



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



**A UN ADULTO MAYOR DEPENDIENTE PARA REALIZAR SUS
ACTIVIDADES COTIDIANAS DEBIDO A ALTERACION
ORGANICA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA PRESENTA:**

**AMÉRICA WENDY CRUZ MOLANO
No. 098206711**

**DIRECTOR ACADEMICO
LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ**

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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	I
MARCO REFERENCIAL DE LA PATOLOGIA	II
JUSTIFICACIÓN	III
OBJETIVOS	IV
METODOLOGIA	V

1 MARCO TEÓRICO

1.1 PROCESO DE ATENCION ENFERMERIA (ETAPAS).....	1
1.2 TEÓRIA DE VIRGINIA HENDERSON.....	25
1.3 SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	29
1.4 PROCESO DEGENERATIVO DEL ADULTO MAYOR.....	38
1.5 LINFOMA NO HODGKIN.....	49

2 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION ENFERMERÍA

2.1 VALORACION	60
2.2 DIAGNOSTICO.....	65
2.3 PLANEACION.....	65
2.4 EJECUCION.....	66
2.5 EVALUACIÓN.....	66

CONCLUSIONES.....	81
--------------------------	-----------

GLOSARIO

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En el presente trabajo se muestran las actividades realizadas a la aplicación del proceso mediante las intervenciones de enfermería basadas en la teoría de las necesidades de Virginia Henderson así como la patología. Con dos principales propósitos el primero mejorar la calidad de cuidado del paciente en el hogar, el segundo coadyuvar en la prevención de factores de riesgo en el hogar.

Por lo que se tiene que intervenir con convencimiento y tratar de llegar a todos los objetivos posibles y siempre mantener ética profesional

Por lo que tenemos que el linfoma no Hodgkin incluye muchos tipos diferentes de linfoma (cáncer del sistema linfático). Cuando las células mutan y proliferan sin estar reguladas por los procesos que habitualmente controlan el crecimiento. Debido a que el tejido linfático se encuentra en varias partes del cuerpo, el LNH puede originarse en cualquier lado y diseminarse a prácticamente cualquier órgano en el cuerpo pero también puede afectar el estómago, los intestinos, la piel, la glándula tiroides o cualquier otra parte del cuerpo.

Existen diversos tipos de LNH generalmente los tipos se describen en la rapidez en la que crece el cáncer: LNH indolente (de bajo grado) aparece con mayor frecuencia en los adultos y LNH agresivo (de alto grado) es más común en los niños pero los dos aparecen casi con la misma frecuencia

Lo anterior expuesto despierta un gran interés para proporcionar un cuidado integral y coadyuvar en la mejoría del estado de salud de la persona así como una mejor calidad de vida con la intención de promover la importancia que tiene el cuidado en los parientes de los pacientes enfermos.

Siendo de esta manera el siguiente PAE esta constituido por un índice, objetivos, metodología, marco teórico, así como una valoración con su respectivo plan de cuidados y todo lo que implica la bibliografía.

OBJETIVO GENERAL

- Lograr la titulación de Licenciada en Enfermería y Obstetricia mediante la aplicación del Proceso de Atención Enfermería a un adulto mayor dependiente para realizar sus actividades cotidianas debido a alteración orgánica en el Sistema Nerviosos Central.

JUSTIFICACION

Este Proceso de Enfermería se aplica con la finalidad de ampliar mis conocimientos sobre este caso clínico de Linfoma no Hodgkin cerebral y así proporcionar un cuidado de calidad al enfermo así como fomentar y promover el buen cuidado del paciente a su familia.

Por lo que la utilización del Proceso de Atención Enfermería estimula a participar activamente e involucra a su familia a su vez fomenta la continuidad de los cuidados creando un ambiente seguro además de una mejor calidad de vida al paciente con alto grado de dependencia para el mantenimiento de la salud.

Así que el proceso esta enfocado a cubrir las necesidades del individuo y su familia en el hogar.

METODOLOGIA

Este Proceso de Atención Enfermería se aplica a un adulto mayor con Linfoma no Hodgkin cerebral con alto grado de dependencia para el mantenimiento de la salud; en base a los conocimientos adquiridos en la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia así como la revisión bibliografica para la integración de este proceso.

El Proceso de Atención Enfermería fué aplicado en el hogar de la persona con la interacción estrecha con la esposa y familiares del paciente en su domicilio ubicado en: Santiago de la Vega #36 Col. Sta. Martha Acatitla. México D.F.

Este PAE se considera bibliográfico documental, descriptivo, analítico y observacional, En cuanto al diseño se parte de la identificación de los problemas del paciente para la elaboración del diagnóstico de enfermería, el Plan de Atención de Enfermería, su ejecución y la evaluación de este.

Las técnicas e instrumentos que se utilizó fue la observación y la entrevista

CAPITULO I. MARCO TEORICO

1.1 El Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. ¹

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen: ²

Etapas de valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. ³

¹ Dueñas José Raúl. "Cuidados de Enfermería" En: <http://teleline:terraes/personal/duenas/home.htm>

² Ibidem.;

³ Ibidem

Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática. ⁴

Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud. ⁵

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde se debe buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

⁴ Duenas Jose Raul."Op Cit

⁵ Ibidem

En las valoraciones posteriores, se debe tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas) .
- Convicciones (ideas, creencias, etc...)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

⁶

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

⁶ Dueñas José Raúl. Op Cit

- Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).⁷
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

Facilitar la relación enfermera/paciente.

Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos y también ayudar a la enfermera a

⁷ Ibidem

determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.⁸

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre.

Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.⁹

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas.¹⁰

Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos.

B) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la

⁸ Kozier "Fundamentos de Enfermería" Pags180

⁹ Dueñas José Raúl. Op Cit

¹⁰ Ibidem

interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.¹¹

C) La exploración física :

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: Determinar en profundidad de la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.¹²

Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos.

¹¹ Kozier B. "Enfermería Fundamental" Pag. 192

¹² Dueñas José Raúl."Cuidados de Enfermería" En: <http://teleline> :terra es/
personal/dueñas/home.htm

Mates, aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros, aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y timpánicos, se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.¹³

Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud :

Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.¹⁴

Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

VALIDACIÓN DE DATOS:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

¹³ Ibidem

¹⁴ Dueñas José Raúl. Op Cit

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros. ¹⁵

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

Datos de identificación.

Datos culturales y socioeconómicos.

Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.

Valoración física

Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones

¹⁵ Ibidem

funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).¹⁶

Etapa de Diagnóstico:

La segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.¹⁷

Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnostico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: Problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.¹⁸

Alto Riesgo: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para

¹⁶ Kozier“ Enfermería Fundamental” pags 207

¹⁷ Duenas Jose Raul. Op Cit

¹⁸ Ibidem

respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona. ¹⁹

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito. ²⁰

¹⁹ Kozier B "Enfermería Fundamental" Pags 200

²⁰ Ibidem

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.

Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud.

Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.

Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.

Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional

Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.

Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.

Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.

Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.

Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.

Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.

Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución

Etapas de Planificación:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).²¹

Etapas en el Plan de Cuidados

Establecer prioridades en los cuidados. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.²²

²¹ Ibidem

²² Kozier B "Enfermería Fundamental" Pags 230

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables,

realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidad así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia.²³

La elaboración de las actuaciones de enfermería es, determinar los objetivos de plan. Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas

²³Ibidem

interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.²⁴

* DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:

Es un paso en la fase de planeación, en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por lo tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972).

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

²⁴ Dueñas José Raúl. Op Cit

Dirigir los cuidados.

Identificar los resultados esperados.

Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería.

- Objetivos del paciente.

Normas generales para la descripción de objetivos

Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.

Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.

Elaborar objetivos cortos.

Hacer específicos los objetivos.

Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.

Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.

A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.

A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad. Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.²⁵

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- Medio plazo: Para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

OBJETIVOS DEL PACIENTE:

²⁵ Dueñas José Raúl. Op. Cit.

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas

detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

Deben ser alcanzables

Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.

Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.).

Los objetivos pueden comprender 3 áreas como son:

Cognoscitivos: Estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.

Afectivos: Son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, conceptuaciones, valores y tendencias emotivas,

Psicomotores: Estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las

actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente²⁶

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

²⁶Dueñas José Raúl. Op, Cit

Las acciones de enfermería pueden ser:

Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.

Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.

Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.

Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.

Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.

Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.

Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

Promoción de la salud,

Prevenir las enfermedades,

Restablecer la salud

Rehabilitación.

Acompañamiento en los estados agónicos..

Etapa de Ejecución:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras: ²⁷

Continuar con la recogida y valoración de datos.

Realizar las actividades de enfermería.

Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas

Dar los informes verbales de enfermería,

Mantener el plan de cuidados actualizado.

²⁷ Ropielle "Cuidados de Enfermería" pags 711

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

Etapas de Evaluación:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.²⁸

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

²⁸ Ropielle "Cuidados de Enfermería" pags 711

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

Observación directa, examen físico.

Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

Observación directa

Entrevista con el paciente.

Examen de la historia

3.- Conocimientos:

Entrevista con el paciente

Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.

Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

Entrevista con el paciente.

Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para

plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

El paciente ha alcanzado el resultado esperado.

El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

Medir los cambios del paciente/cliente.

En relación a los objetivos marcados.

Como resultado de la intervención enfermera

Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.²⁹

1.2 Virginia Henderson

²⁹ Marriner Tomey An "Modelos y Teorías en Enfermería" Pags 99

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

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

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .³⁰

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1º .- Respirar con normalidad.

³⁰ Marriner Tomey An "Modelos y Teorías en Enfermería" Pags 99

- 2º .- Comer y beber adecuadamente.
 - 3º .- Eliminar los desechos del organismo.
 - 4º .- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
 - 5º .- Descansar y dormir.
 - 6º .- Seleccionar vestimenta adecuada.
 - 7º .- Mantener la temperatura corporal.
 - 8º .- Mantener la higiene corporal.
 - 9º .- Evitar los peligros del entorno.
 - 10º .- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
 - 11º .- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
 - 12º .- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
 - 13º .- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14º .- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud .

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos. ³¹

³¹ Marriner Tomey An "Modelos y Teorías en Enfermería" Pags 100

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variables: Estados patológicos:

Falta aguda de oxígeno.

Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).

Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).

Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.

Estados febriles agudos debidos a toda causa.

Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.

Una enfermedad transmisible.

Estado preoperatorio.

Estado postoperatorio

Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.

Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de

enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

- Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental , que está constituida por componentes biológicos , psicológicos , sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- Salud:

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.³²

1.3 EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

El cerebro controla todas las funciones del organismo, entonces el sistema nervioso vendría a ser una red que envía mensajes en ambos sentidos entre el cerebro y las distintas partes del cuerpo. Lo hace a través de la médula espinal, la cual, partiendo del cerebro, desciende por la espalda y contiene nervios en su interior, una especie de filamentos que se ramifican hacia todos los órganos y partes del cuerpo.

Cuando llega un mensaje al cerebro procedente de cualquier lugar del cuerpo, el cerebro envía a su vez un mensaje a esa parte del cuerpo que le indica cómo debe reaccionar.

³² Marriner Tomey An "Modelos y Teorías en Enfermería" Pags 99-111

Teniendo en cuenta todo lo que hace, el cerebro humano es increíblemente pequeño, pesando solo unos 1360 g. De todos modos, tiene multitud de pliegues y surcos, que le proporcionan la superficie adicional que necesita para almacenar toda la información importante sobre el cuerpo. ³³

La médula espinal, por su parte, es un largo tejido nervioso de unos 45 cm. de largo y poco menos de 2 cm. de grosor. Se extiende desde la parte inferior del cerebro hasta el extremo caudal de la columna vertebral. A lo largo de todo el recorrido de la médula espinal, los nervios se van ramificando hacia el resto del cuerpo, lo que se conoce como sistema nervioso periférico.

Tanto el cerebro como la médula espinal están protegidas por tejido óseo: el cerebro por los huesos del cráneo, y la médula espinal por una serie de huesos entrelazados en forma de anillo denominados vértebras. Están protegidos y amortiguados por capas de membranas denominadas meninges, así como por un líquido especial denominado líquido cefalorraquídeo. Este líquido ayuda a proteger al tejido nervioso, a mantenerlo sano y a eliminar sus productos de desecho.

La totalidad de las funciones vitales del organismo, se llevan a cabo bajo la coordinada y perfecta supervisión del Sistema Nervioso, formado por una cantidad varias veces millonaria en células y filamentos altamente especializados para desarrollar su trabajo. A continuación se enumeran los principales componentes, que a partir del cerebro, recorren completamente el cuerpo humano: ³⁴

1. Cerebro
2. Cerebelo
3. Plexo cervical
4. Bulbo raquídeo
5. Nervio frénico
6. Plexo braquial

³³ Tortora G "Principios de Anatomía y Fisiología" Pag 347

³⁴ Ibidem

7. Nervios torácicos
8. Nervio radial
9. Plexo lumbar
10. Plexo lumbar
11. Nervio cubital
12. Nervio ciático
13. Nervio safemo
14. Nervio femoro-cutáneo
15. Nervio peroneo común
16. Nervio cutáneo lateral
17. Nervio cutáneo medial
18. Nervio tibial
19. Nervio sural
20. Rama plantar lateral
21. Rama plantar medial

Medula Espinal.

La médula espinal consta de dos partes: el conducto central y la sustancia nerviosa que lo recubre. La región central o conducto del epéndimo, es un ventrículo medular que tiene su nacimiento en el encéfalo, llegando con su extremidad inferior hasta la región coxígea (filum terminal de la médula).

Los fascículos o haces de las vías medulares, tienen directa relación con las sensibilidades dolorosas, táctiles, etc.

Aunque la médula espinal es primordialmente, un conductor nervioso y su principal es la transmisión de los impulsos sensibles, está comprobado que también actúa como centro nervioso para algunos actos de reflejo ajenos a la sensibilidad consciente del individuo.³⁵

³⁵Tortora G "Principios de Anatomía y Fisiología" Pag 360

<u>Fascículos</u>	<u>Impresiones</u>
Piramidal directo	Motoras
Piramidal cruzado	Motoras
Cerebeloso directo	Sensibilidad profunda
De gowers	Sensibilidad profunda
Fundamental anterolateral	Térmicas y dolorosas
De budach	Sensibilidad profunda y táctil
De goll	Sensibilidad profunda y táctil.

Bulbo raquídeo

Se le aplica la denominación de bulbo raquídeo o médula ablongada a la parte del neuroeje, intercalada entre el encéfalo y la médula, de la cual es su continuación. En este órgano se encuentran distintos elementos que corresponden al cerebro, al cerebelo, a la médula espinal y una cantidad abultada de nervios bulbares. Aunque el bulbo, en el conjunto de los centros nerviosos, es relativamente

pequeño, sus funciones hacen de él un elemento indispensables para la vida. Su supresión causa la muerte inmediata.

Su configuración morfológica, lo presenta como a un pequeño integrante del aparato nervioso que pesa entre 6 y 7 gr. y que mide alrededor de 3cm de largo, formando parte específica de la médula espinal, de la que es su porción superior. Su forma es la del cono truncado invertido y su ubicación topográfica está en el área inmediata inferior al agujero occipital, entre ambos sectores de la cavidad craneal y el canal raquídeo.³⁶

³⁶Ibidem

El cerebro

El cerebro forma parte del sistema nervioso central de los vertebrados y se encuentra ubicado dentro del cráneo. En la especie humana pesa en promedio 1,3 kg y es una masa de tejido gris-rosáceo que está compuesto por unos 12 mil millones de células nerviosas aproximadamente (en un cerebro adulto), conectadas unas con otras y responsables del control de todas las funciones mentales. Asimismo, el cerebro es el centro de control de casi todas las actividades vitales necesarias para la supervivencia. Todas las emociones humanas como el amor, el odio, el miedo, la ira, la alegría y la tristeza están controladas por el cerebro. También se encarga de recibir e interpretar las innumerables señales que se envían desde el organismo y el exterior. La gran superficie que posee el cerebro y su complejo desarrollo justifican el nivel superior de inteligencia del hombre si se compara con el de otros animales. La corteza está dividida por una fisura longitudinal en una parte derecha y otra izquierda, denominadas hemisferios cerebrales, los cuales son simétricos, como una imagen vista en un espejo. Ambos hemisferios, se encuentran interconectados a través del "cuerpo calloso" que es un conglomerado de fibras nerviosas blancas que los conectan y transfieren información de uno a otro lugar.

El cerebro es el órgano del cuerpo que más trabaja, ya que todo aquello que se hace, se siente o se piensa, es debido al cerebro y funcionando en una forma mucho más compleja ya que procesa la información sintetizando e integrando la misma a través de procesos paralelos y simultáneos. Al saber esto, es necesario recordar igualmente, que toda la información que puede recibir el cerebro del mundo exterior, se obtiene por medio de los sentidos (gusto, tacto, olfato, vista y oído) cuyas sensaciones se reciben a través de los órganos respectivos (lengua, piel, nariz, ojos y oídos) que a su vez están controlados por el cerebro; estas partes sensibles se encuentran enviando constantemente "mensajes" informándonos sobre todo lo que sucede a nuestro alrededor, De igual manera se ha podido determinar, en líneas generales, que cada hemisferio se interrelaciona íntimamente con su homólogo, aunque ejercen funciones diferentes y cada uno es responsable de un lado del cuerpo, en forma espectacular, es decir que las funciones realizadas por el lado izquierdo del cuerpo son dirigidas y controladas por el hemisferio derecho, sucediendo de forma semejante con el hemisferio

izquierdo, permitiendo de esta manera complementar cada uno de los mensajes recibidos y ejecutar totalmente las funciones corporales competentes a este órgano.³⁷

El cerebelo

El cerebelo está colocado en la parte posterior del cuarto ventrículo. Es una masa nerviosa voluminosa que pesa 140 g y se encuentra en la parte posterior e inferior de la base del cráneo. Se localiza por debajo de la parte posterior del cerebro del que lo separa un repliegue de la duramadre llamado tienda del cerebelo, el cual se introduce en la cisura transversa. El cerebelo tiene forma ovoide, ligeramente aplanado y con una escotadura central. En la línea media presenta una eminencia longitudinal llamada vermis, y a cada lado del vermis se encuentran dos eminencias voluminosas llamadas hemisferios cerebelosos, que está cubiertos por una fina capa de sustancia gris, plegada en numerosas circunvoluciones finas.

El cerebelo se comunica con el cerebro a través de unos cordones de fibras llamadas pedúnculos superiores, con la protuberancia anular por los pedúnculos medios y con el bulbo raquídeo por los pedúnculos inferiores.

La sustancia gris contiene células en las cuales se originan fibras que van a formar sinapsis con los que provienen de otras partes del encéfalo y que penetran al cerebelo. Los impulsos de los centros motores del cerebro, de los conductos semicirculares del oído interno y de los músculos estriados llegan al cerebelo por los pedúnculos. Los impulsos motores que recibe el cerebelo son transmitidos hacia los centros motores del cerebro y de la medula con destino a los músculos.

La neurona

³⁷ Tortora G “Principios de Anatomía y Fisiología” Pag 360

La neurona es la célula nerviosa, derivada del neuroblasto. Es la unidad funcional del sistema nervioso pues sirve de eslabón comunicante entre receptores y efectores, a través de fibras nerviosas.

Consta de tres partes: Cuerpo o soma: compuesto fundamentalmente por núcleo, citoplasma y nucléolo. Dendritas: terminaciones nerviosas.

Axón: terminación larga, que puede alcanzar hasta un metro de longitud. El axón suele tener múltiples terminaciones llamadas "botones terminales", que se encuentran en proximidad con las dendritas o en el cuerpo de otra neurona. La separación entre el axón de una neurona y las dendritas o el cuerpo de otra, es del orden de 0,02 micras.

Esta relación existente entre el axón de una neurona y las dendritas de otra se llama "sinapsis".

A través de la sinapsis, una neurona envía los impulsos de un mensaje desde su axón hasta las dendritas o un cuerpo de otra, transmitiéndole así la información nerviosa.

La transmisión sináptica tiene las siguientes características: ³⁸

1. La conducción de los impulsos nerviosos se efectúa en un solo sentido: del axón de una neurona al cuerpo o dendritas de la otra neurona sináptica.
2. El impulso nervioso se propaga a través de intermediarios químicos, como la acetilcolina y la noradrenalina, que son liberados por las terminaciones axónicas de la primera neurona y al ser recibidos por la siguiente incitan en ella la producción de un nuevo impulso.
3. En el sistema nervioso central, hay neuronas excitadoras e inhibitoras y cada una de ellas libera su propia sustancia mediadora.

³⁸ Guyton "Tratado de Fisiología medica" Pags555

4. La velocidad de conducción de un impulso a lo largo de la fibra nerviosa varía de 1 a 100 metros por segundo, de acuerdo a su tamaño, siendo mayor en las más largas.
5. Cuando las terminaciones presinápticas son estimuladas en forma continuada o con frecuencia elevada, los impulsos transmitidos disminuyen en número a causa de una "fatiga sináptica".
6. La transmisión de una señal de una neurona a otra sufre un retraso de 5 milisegundos.

Los nervios

Los nervios son, generalmente, haces o conjuntos de axones, salvo los nervios sensoriales que están constituidos por dendritas funcionales largas que van desde el "asta" dorsal de la médula hasta los receptores sensoriales y cumplen la función de conducir los impulsos como los axones.

Las distintas fibras que componen un nervio se mantienen unidas por tejido conjuntivo.

Los nervios pueden clasificarse de diversas maneras:

Por su origen:

Raquídeos: Constituidos por fibras nerviosas de las raíces anteriores o motrices y de las raíces posteriores o sensitivas, que salen de la médula a través de los agujeros

Intervertebrales.

Los nervios raquídeos tienen elementos viscerales y somáticos. Los viscerales están relacionados con las estructuras vecinas a los aparatos digestivo, respiratorio, urogenital y el sistema vascular y la mayor parte de las glándulas.

Los somáticos están relacionados con los tejidos de revestimiento corporal y los músculos voluntarios.

Craneales: Son 12 pares de nervios que nacen del tronco cerebral, a nivel del cuarto ventrículo, por encima del bulbo y sirven en su mayoría a sentidos especializados de la cara y la cabeza. Su funcionamiento es mixto, es decir, contiene fibras sensitivas y motoras.

Entre los nervios craneales se encuentran: el olfatorio; el óptico, que se une al sistema nervioso central a nivel del tálamo; el oculomotor común; el troclear o patético; el oculomotor externo; el trigémino, con fibras sensitivas de temperatura, dolor, tacto y presión; el facial; el estato-acústico; con receptores acústicos y de posición y movimientos de la cabeza; el glossofaríngeo; el vago; el espinal accesorio y el hipogloso.³⁹

Por su función:

Sensitivos o aferentes: Conducen los impulsos que informan de las distintas sensaciones.

Motores o eferentes: Conducen los impulsos para las funciones motrices.

Mixtos: Contienen fibras sensitivas y fibras motoras.

Por los receptores:

Exteroceptivos: Para impulsos producidos por los estímulos ajenos al cuerpo: tacto, temperatura, dolor, presión, y órganos sensoriales como el ojo y el oído.

Propioceptivos: Para estímulos nacidos en el mismo cuerpo: músculos, tendones, articulaciones y los relacionados con el equilibrio.

Interoceptivos: Para los impulsos procedentes de las vísceras: sistema digestivo, respiratorio, circulatorio, urogenital y las glándulas.

Las meninges

Las meninges son tres: Duramadre, piamadre y aracnoides. En el interior de las meninges cerebrales se observan unos corpúsculos blanquecinos de forma y de

³⁹ Guyton "Tratado de Fisiología medica" Pags555

tamaño variable denominados granulaciones meníngeas de Pacchioni, éstas solo se encuentran en personas adultas y aumenta su número con la edad. La duramadre tapiza la cara interna de la columna vertebral y de la caja craneana hallándose en contacto directo con la aracnoides. Entre ambas y la piamadre se observa la presencia de un líquido llamado cefalorraquídeo, transparente, incoloro y muy denso.

El sistema nervioso constituye el sistema de control más importante del organismo y, junto con el sistema endocrino, desempeña la mayoría de las funciones de regulación. En general, el SN controla las actividades rápidas del cuerpo, como las contracciones musculares, los fenómenos viscerales que evolucionan rápidamente, e incluso las secreciones de algunas glándulas endocrinas. En cambio, el sistema endocrino, regula principalmente las funciones metabólicas del organismo.

1.4 PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

La consideración psicosocial del anciano nos lleva a plantear que los cambios propios del proceso de envejecimiento ocurren desde tres perspectivas:

- Cambios Biológicos: Todos los cambios orgánicos que afectan sobre sus capacidades físicas y asociadas a la edad.
- Cambios Psíquicos: Cambios en el comportamiento, autopercepción, conflictos, valores y creencias.
- Cambios Sociales: Se estudia el papel del anciano en la comunidad.

Cambios Biológicos:

La involución caracterizada por la disminución del número de células activas, alteraciones moleculares, tisulares y celulares que afecta a todo el organismo, aunque su progresión no es uniforme.

1.- Modificaciones celulares:

Desde el punto de vista macroscópico se observa una disminución del volumen de los tejidos y microscópicamente se observa un retardo en la diferenciación y crecimiento celular lo cual provoca el descenso del número de células.

También hay un descenso del agua intracelular. Y existe un aumento del tejido adiposo hay un descenso del tejido adiposo superficial y un aumento del tejido adiposo profundo.

2.- Envejecimiento en la piel:

El envejecimiento desde el punto de vista funcional produce: Alteración de la permeabilidad cutánea, disminución de las reacciones inflamatorias de la piel, disminución de la respuesta inmunológica, trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización, pérdida de elasticidad de los tejidos, percepción sensorial disminuida y disminución de la producción de la vitamina D, Palidez y velocidad de crecimiento disminuida. Desde el punto de vista estructural: En la Epidermis hay variaciones en el tamaño, forma, y propiedades de las células basales, disminución de melanocitos y células de Langerhans y aplanamiento de la unión dermoepidérmica. En la Dermis existe

una reducción del grosor, de la vascularización y la degeneración de las fibras de elastina. En la Hipodermis hay un descenso del número y atrofia de las glándulas sudoríparas.⁴⁰

3.- Envejecimiento del cabello:

Existe una disminución de la velocidad de crecimiento del pelo, aparecen las canas por la pérdida de melanina en el folículo piloso. Pérdida de pelo frontotemporal (alopecia androgénica) en los varones. También puede aparecer alopecia difusa por deficiencia de hierro, hipotiroidismo. Hay un aumento del vello

⁴⁰ Duenas Jose Raul."Cuidados de Enfermería" En: <http://teleline.terra.es/personal/duenas/home.htm>

facial en las mujeres, sobre todo si tienen piel clara, y en los hombres en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales.

4.- Envejecimiento en las uñas:

El crecimiento continúa, suelen ser más duras, espesas y más difíciles de cortar. Pueden aparecer estrías por alteración de la matriz ungueal.

5.- Envejecimiento óseo:

Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos, la mujer suele perder un 25% y el hombre un 12%, este proceso se denomina osteoporosis senil o primaria, se produce por la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio, y la pérdida por trastornos endocrinos. Esto propicia las fracturas en el anciano.⁴¹

Existe una disminución de la talla, causado por el estrechamiento de los discos Intervertebrales. Aparece cifosis dorsal que altera la estática del tórax. En los miembros inferiores los puntos articulares presentan desgastes y se desplaza el triángulo de sustentación corporal, esto propicia la aparición de callosidades y altera el equilibrio, la alineación corporal y la marcha.

6.- Envejecimiento muscular:

La pérdida de fuerza es la causa principal del envejecimiento, hay un descenso de la masa muscular, pero no se aprecia por el aumento de líquido intersticial y de tejido adiposo. Hay una disminución de la actividad, la tensión muscular y el periodo de relajación muscular es mayor que el de contracción.⁴²

Envejecimiento articular:

Las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran y las superficies de la articulación entran en contacto, aparece el dolor, la crepitación y la

⁴¹ Ibidem

⁴² Dueñas José Raúl. Op Cit

limitación de movimientos. En el espacio articular hay una disminución del agua y tejido cartilaginoso. Otra forma de degeneración articular la constituye el crecimiento regular de los bordes de la articulación, dando lugar a deformidades y compresión nerviosa.

Envejecimiento del Sistema Cardiocirculatorio:

Cambios de la estructura cardiovascular:

El corazón puede sufrir atrofia, puede ser moderada o importante, disminuye de peso y volumen. También existe un aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo y que está dentro de los límites normales en individuos sanos, sólo está exagerado en individuos hipertensos.

El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad. El tejido fibroso aumenta de tamaño, algunos de los miocitos son sustituidos por este tejido. También existe un aumento de tamaño de los miocitos.

Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas y la aorta se dilata y se alarga, ello no es atribuible al proceso ateroscleroso, puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de Calcio. Aparecen rigidez valvular debidos al engrosamiento y pérdida de la elasticidad. También se depositan sustancias en las paredes de los vasos dando lugar a la esclerosis y una disminución de la red vascular.

Cambios en la función cardiovascular:

Existe enlentecimiento del llenado diastólico inicial y es atribuido por cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo, Puede existir un cuarto ruido cardiaco llamado galope auricular. La hemodinámica está alterada no se debe por la insuficiencia del fuelle aórtico, sino del aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular,

provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo, fuerza y un aumento de la presión arterial.⁴³

También el desequilibrio hemodinámico se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación.

El gasto cardiaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta.

Existen pocos cambios en la composición de la sangre, sólo aparecen pequeñas alteraciones del número de hematíes, también la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación está disminuida.

7.- Envejecimiento del Sistema Respiratorio:

El envejecimiento no sólo afecta a las funciones fisiológicas de los pulmones, también a la capacidad de defensa.

Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y la distribución de los gases se deben a alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica, como la pulmonar. Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios es menor. También existe rigidez, pérdida de peso y volumen, y eso produce un llenado parcial. Existe una disminución del número de alvéolos y eso provoca dilatación en los bronquiolos y conductos alveolares. Hay alteraciones en el parénquima pulmonar debida a la pérdida del número y del calibre de los capilares interalveolares con una disminución del PO₂, afectando a la ventilación pulmonar y difusión alveolocapilar.

La distensibilidad de la pared torácica disminuye de manera gradual al avanzar la edad, probablemente como consecuencia de la osificación de las articulaciones condrocostales, el incremento del diámetro anteroposterior del tórax, la cifosis y el aplastamiento vertebral.

⁴³ Dueñas José Raúl."Cuidados de Enfermería" En: <http://teleline.terra.es/personal/duenas/home.htm>

Las respuestas a la hipoxia y a la hipercapnia disminuyen con la edad, por este motivo los ancianos son más vulnerables a la reducción de los niveles de Oxígeno.⁴⁴

Existe una pérdida del reflejo tusígeno eficaz, esto contribuye a la propensión a la neumonía, también existe una disminución a la inmunidad humoral y celular que facilitan la infección.

8.- Envejecimiento del Aparato Digestivo:

No hay grandes cambios a nivel anatómico, tan solamente la reaparición del epitelio columna en la parte inferior del esófago, la aparición de varicosidades y engrosamiento de la túnica del colón.

Existe una disminución de la movilidad y de los movimientos peristálticos, la reducción del tono muscular de la pared abdominal, atrofia de la mucosa gástrica, la disminución de HCl generan en el anciano dificultades. También la disminución del tamaño, funcionalidad del hígado, la lentitud del vaciado vesicular y el espesamiento de la bilis contribuyen a aumentar estas dificultades.

Existe pérdida de piezas dentarias que dificultan la masticación y la disminución en la producción de saliva, contribuyen a la sequedad bucal y a la pérdida de la sensación gustativa.

En el colon existe atrofia e insuficiencia funcional por la disminución del peristaltismo.

9 .- Envejecimiento del Sistema Genitourinario:

El aumento de la edad produce una pérdida de masa renal, y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270 a 180-200. La pérdida de la masa renal es principalmente cortical, el número de glomérulos disminuye. En el túbulo renal existen una serie de modificaciones microscópicas leves, aparecen

⁴⁴ Dueñas José Raúl."Cuidados de Enfermería" Op. Cit

divertículos en la nefrona distal, éstos pueden evolucionar en forma de quistes de retención simples.

Existe alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes, éstas son más intensas en la hipertensión . Los vasos pequeños no aparecen afectados.

El flujo sanguíneo renal disminuye, pasando de los 1.200ml/minuto a 800ml/minuto, se debe a modificaciones anatómicas fijas más que un vasoespasmo.

También hay una pérdida de volumen y de la capacidad de concentrar la orina el riñón. Se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual. Los órganos genitales aparecen cambios como la pérdida de vello púbico, atrofia, pérdida de secreción, facilitándose las infecciones.

En la mujer disminuyen de tamaño y los senos se vuelven flácidos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal. En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida de vello púbico y un aumento del tamaño de la próstata.

10.- Envejecimiento del Sistema Endocrino:

La secreción hormonal disminuye con la edad, por dos motivos: el descenso de la producción hormonal y la falta de respuesta de los órganos a las hormonas. Hay una disminución a la tolerancia de glucosa. En la mujer hay una pérdida de estrógenos y progesterona.

11.- Envejecimiento del Sistema Inmunitario:

Las enfermedades infecciosas en individuos de edad avanzada tienen mayor gravedad, debido a que el sistema inmunitario es menos sensible y más susceptible a la infección.

La involución del Timo, el timo contribuye de dos formas distintas a la inmunidad: Proporciona el ambiente adecuado para que evolucionen los precursores de los

linfocitos y produce una serie de hormonas que inducen a una mayor proliferación. La cantidad de linfocitos T y B en sangre se modifica. Existe una notable pérdida de la capacidad funcional de la inmunidad celular, que se pone de manifiesto por un descenso de reacciones de hipersensibilidad tardía.⁴⁵

También existe depresión de la inmunidad celular y suelen deberse a defectos de los linfocitos T asociados con la edad. También el reflejo tusígeno está disminuido por lo que se predispone a la infección respiratoria. Existe una disminución de la producción de los anticuerpos.

12.- Envejecimiento del Sistema nervioso y de los Órganos de los Sentidos:

Las células del sistema nervioso no se pueden reproducir, y con la edad disminuyen su número. El grado de pérdida varía en las distintas partes del cerebro, algunas áreas son resistentes a la pérdida (como el tronco encefálico). Un cambio es el depósito del pigmento del envejecimiento lipofuscina en las células nerviosas, y el depósito amiloide en las células.

Existen mecanismos compensadores que se ponen de manifiesto cuando existe una lesión, estos son menores. El cerebro pierde tamaño y peso, se pierde tono al perder neuronas y existe un enlentecimiento de los movimientos. A nivel funcional hay una disminución generalizada de la sensibilidad (gustativa, dolorosa, etc...). Y aparece el temblor senil.

Sobre los órganos de los sentidos el envejecimiento produce una disminución. En la vista la agudeza y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad. Existe una disminución de las células de la conjuntiva que producen mucina, lubricante para el movimiento del ojo, esto causa la queratitis seca. La

⁴⁵ Dueñas José Raúl."Cuidados de Enfermería" En: <http://teleline.terra.es/personal/duenas/home.htm>

conjuntiva también puede manifestar metaplasia e hiperplasia, que conduce a la acumulación de líquido en el espacio de unión entre la esclera y la córnea. En la esclerótica se depositan depósitos de sales de calcio y colesterol, esto se denomina arco senil. Con la edad la pupila tiende a hacerse más pequeña, reacciona de forma más perezosa a la luz y se dilata más lentamente en la oscuridad y experimentan de dificultad cuando pasan de un ambiente luminoso a otro más oscuro. Hay un agrandamiento del cristalino con la consecuente pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos (presbiopía). La secreción lacrimal disminuye la cantidad y la calidad.⁴⁶

En el oído existe una pérdida de la agudeza auditiva como consecuencia de la degeneración del nervio auditivo. Anatómicamente existe un aumento del tamaño del pabellón de la oreja por crecimiento del cartílago. La membrana timpánica está engrosada. Hay una proliferación de pelos en el oído y el acumulo de cerumen en el oído.

El gusto y el olfato suele estar disminuido por la disminución de papilas gustativas, atrofia de la lengua, y el nervio olfativo se degenera. La nariz se ve aumentada de tamaño por crecimiento continuo del cartílago y en el varón suelen proliferar pelos.

El tacto suele estar disminuido, sobre todo la sensibilidad térmica y dolorosa profundas.

Cambios Psíquicos:

Envejecimiento de las Capacidades Intelectuales:

A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales y se acelera con la vejez. Existe pérdida de la capacidad para resolver problemas. Falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de

⁴⁶ Dueñas José Raúl."Cuidados de Enfermería" Op Cit

lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existe alteraciones en la memoria, suele padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

Carácter y Personalidad:

La personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.

Cambios Sociales:

Cambio de Rol individual:

Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones:

- El anciano como individuo. Los individuos en su última etapa de vida se hacen patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

- El anciano como integrante del grupo familiar. Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

- El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas. La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.

Cambio de rol en la comunidad:

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

Cambio de Rol Laboral:

El gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe de tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. La jubilación es una situación de una persona que tiene derecho a una pensión, después de haber cesado de su oficio.

Las consecuencias de la jubilación: La adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados entorno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral, los recursos económicos disminuyen.

El anciano debe de conocer las consecuencias de la jubilación, para prevenir sus efectos negativos, y para mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas. El anciano deberá de prepararse antes de la jubilación.⁴⁷

1.5 LINFOMA NO HODGKIN

⁴⁷ Dueñas Raúl "Enfermería Geriátrica" En <http://teleline.terra.com.ar/personal/duenas/home2htm>

Linfoma linfocítico; Linfoma histiocítico; Linfoma linfoblástico; Cáncer no Hodgkin

Definición

Es un cáncer que comienza en el tejido linfoide que se compone de los ganglios linfáticos, el bazo y otros órganos del sistema inmunitario.

Causas, incidencia y factores de riesgo

Los glóbulos blancos llamados linfocitos se encuentran en los tejidos linfáticos. Los linfomas comienzan en un tipo de glóbulos blancos llamados linfocitos B.

Para la mayoría de los pacientes, la causa del cáncer se desconoce. Sin embargo, los linfomas se pueden desarrollar en personas con sistemas inmunitarios debilitados; por ejemplo, después de un trasplante de órganos.⁴⁸

Los linfomas no Hodgkin se agrupan o clasifican en grado bajo, intermedio o alto, de acuerdo con la rapidez con la cual se diseminan. El tumor de Burkitt es un ejemplo de linfoma de grado alto. Existen muchos tipos diferentes de estos linfomas.

De acuerdo con la Asociación Estadounidense del Cáncer (*American Cancer Society*), una persona tiene una probabilidad de 1 en 50 de desarrollar el linfoma no Hodgkin. La mayoría de las veces, este cáncer afecta a los adultos; sin embargo, los niños pueden desarrollar algunas formas de LLC. Los grupos de alto riesgo abarcan aquellos que han recibido trasplante de órganos o que tienen un sistema inmunitario debilitado (inmunodepresión). Este cáncer es más común en hombres que en mujeres.

Síntomas

El linfoma no Hodgkin puede causar diversos síntomas, los cuales dependen del área del cuerpo afectada por el cáncer. Síntomas puede abarcar:

⁴⁸ Cabanillas F, "Linfoma no Hodgkin" Pags 56

- Inflamación de los ganglios linfáticos Dichos en el cuello, las axilas, la ingle u otras áreas (puede ocurrir como protuberancia axilar)
- Fiebre
- Sudoración excesiva, con sudores nocturnos
- Pérdida de peso involuntaria
- Picazón severa

Se puede presentar tos o dificultad para respirar si el cáncer afecta el timo o los ganglios linfáticos en el pecho, lo cual ejerce presión sobre la tráquea.

Algunos pacientes pueden presentar hinchazón o dolor de estómago, lo que puede llevar a falta de apetito, estreñimiento, náuseas y vómitos.

Si el cáncer afecta las células en el cerebro, la persona puede presentar dolores de cabeza, problemas de concentración, cambios de personalidad o convulsiones.

Signos y exámenes

El médico lleva a cabo un examen físico y palpa los ganglios linfáticos para ver si están inflamados. Los exámenes para diagnosticar y clasificar el linfoma no Hodgkin abarcan: ⁴⁹

- Biopsia de ganglio linfático
- Biopsia de médula ósea
- CSC con diferencial
- TC de tórax, abdomen y pelvis
- Análisis bioquímico de la sangre
- Radiografías
- TEP (tomografía por emisión de positrones)

Tratamiento

El tratamiento depende de la rapidez con la cual se disemine el cáncer, la etapa de la enfermedad cuando se diagnostica por primera vez y los síntomas.

⁴⁹ Cabanillas F, "Linfoma no Hodgkin" Pags 56

Comúnmente se utiliza la quimioterapia. A menudo, se utiliza una droga llamada rituximab (Rituxan), una forma de inmunoterapia, para tratar este tipo de linfoma.

En algunos casos, se puede usar la radioinmunoterapia, lo cual implica unir una sustancia radioactiva con un anticuerpo que ayuda al sistema inmunitario a combatir la infección, e inyectar la sustancia dentro del cuerpo.

En casos especiales, se puede necesitar el trasplante de células madre.⁵⁰

Grupos de apoyo

El estrés causado por la enfermedad se puede aliviar al participar en un grupo de apoyo, donde los integrantes comparten experiencias y problemas en común.

Expectativas (pronóstico)

El linfoma no Hodgkin de bajo grado no se puede curar con quimioterapia; sin embargo, es una forma de cáncer que progresa lentamente y pueden pasar más de 10 años antes de que la enfermedad empeore.

La quimioterapia puede ayudar a curar el linfoma de alto grado. Sin embargo, si el cáncer no responde a los medicamentos quimioterapéuticos, la enfermedad puede causar la muerte rápidamente.

Complicaciones

- Infección
- Anemia hemolítica autoinmunitaria

Situaciones que requieren asistencia médica

Se debe acudir al médico si se desarrollan síntomas de este trastorno.

Si la persona tiene un linfoma no Hodgkin, debe llamar al médico si experimenta fiebre persistente u otros signos de infección.

⁵⁰ Cabanillas F, "Linfoma no Hodgkin" Pags 60

LINFOMA NO HODGKIN CEREBRAL

Es un cáncer que comienza en el cerebro.

El linfoma primario del sistema nervioso central (SNC) es una enfermedad en la cual se forman células malignas (cancerosas) en el tejido linfático del cerebro o de la médula espinal.⁵¹

El linfoma es una enfermedad en la cual se forman células malignas (cancerosas) en el sistema linfático. El sistema linfático es parte del sistema inmunitario y está compuesto por la linfa, los vasos linfáticos, los ganglios linfáticos, el bazo, el timo, las amígdalas y la médula ósea. Los linfocitos (transportados en la linfa) entran y salen del sistema nervioso central (SNC). Se cree que algunos de estos linfocitos se tornan malignos y forman el linfoma en el sistema nervioso central. El linfoma primario del SNC se origina en el cerebro, la médula espinal o las meninges (las capas que forman la cubierta externa del cerebro). Dado que el ojo se encuentra tan cerca del cerebro, el linfoma primario del SNC puede comenzar también en el ojo (llamado linfoma ocular).

El sistema inmunitario debilitado aumenta el riesgo de desarrollar el linfoma primario del SNC.

La causa del linfoma cerebral primario se desconoce, pero es más común en personas entre los 45 y 70 años de edad. Los pacientes inmunocomprometidos, como aquellos con VIH o con trasplante de órganos, especialmente trasplantes de corazón, están en mayor riesgo de desarrollar este tipo de linfoma. En los

⁵¹Ibidem

pacientes inmunocomprometidos, el linfoma está ligado a la infección por el virus de Epstein-Barr (EBV).

La incidencia está aumentando, pero este linfoma es aún relativamente raro.

Síntomas

- Cambios en la personalidad
- Confusión
- Cambios en el lenguaje
- Cambios en la visión
- Debilidad en las manos
- Disminución de la sensibilidad al calor, al frío, al dolor
- Convulsiones
- Dolor de cabeza
- Alucinaciones ⁵²

Signos y exámenes

Se puede utilizar las siguientes pruebas y procedimientos:

Examen físico e historia: Examen del cuerpo para verificar si existen signos generales de salud, incluido el control de signos de enfermedad, como tumores o todo lo que tenga apariencia inusual. Se registrarán también los hábitos de salud, las enfermedades anteriores y los tratamientos del paciente.

Examen neurológico: Una serie de preguntas y exámenes para evaluar la función del cerebro, la médula espinal y los nervios. El examen evalúa el estado mental, la coordinación, la capacidad para caminar normalmente y el grado de

⁵² American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2006*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2006.

funcionamiento de los músculos, los sentidos y los reflejos de una persona. Esto se denomina también neuroexamen o examen neurológico.

Examen ocular con lámpara de hendidura: Examen que utiliza un microscopio especial con una hendidura estrecha, brillante por la que atraviesa la luz para examinar el exterior y el interior del ojo.

Se pueden realizar los siguientes exámenes para ayudar a diagnosticar un linfoma cerebral primario:

- Biopsia cerebral que muestra el linfoma
- TC craneal que muestra una lesión cerebral
- Proteína total en LCR alta
- Conteo celular en LCR que muestra el aumento de glóbulos blancos o células del linfoma

Tomografía computarizada (TAC): Procedimiento mediante el cual se toma una serie de fotografías detalladas de áreas internas del cuerpo, desde ángulos diferentes. Las imágenes son creadas por una computadora conectada a una máquina de rayos X. Se inyecta una tinción en una vena o se ingiere a fin de que los órganos o los tejidos se destaquen más claramente. Este procedimiento se denomina también tomografía computada, tomografía computadorizada o tomografía axial computarizada. En el caso del linfoma primario del SNC, la tomografía computada se realiza en el pecho, el abdomen y la pelvis (la parte del cuerpo entre las caderas).⁵³

IRM (imágenes por resonancia magnética): Procedimiento que utiliza un imán, ondas de radio y una computadora para crear una serie de fotografías detalladas de zonas internas del cerebro y la médula espinal. Se inyecta en una vena del

⁵³ American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2006*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2006.

paciente una sustancia denominada gadolinio. El gadolinio se acumula en torno a las células cancerosas de manera que se ven más brillantes en la fotografía. Este procedimiento se denomina también imágenes por resonancia magnética nuclear (IRMN).

Punción lumbar: Procedimiento utilizado para recoger líquido cefalorraquídeo (el líquido en los espacios en torno al cerebro y la médula espinal) de la columna vertebral. Para ello se coloca una aguja en la columna vertebral. Este procedimiento se denomina también PL o punción espinal. Las pruebas de laboratorio para diagnosticar el linfoma primario del SNC incluyen la verificación del nivel de proteínas en el líquido cefalorraquídeo.

Biopsia estereotáctica: Procedimiento de biopsia que utiliza una computadora y un mecanismo de exploración tridimensional (3 D) para encontrar el lugar de un tumor y guiar la extirpación de tejido de manera que pueda visualizarse bajo el microscopio a fin de verificar si existen signos de cáncer.

Recuento sanguíneo completo (RSC) con diferencial: Procedimiento en el cual se extrae una muestra de sangre y se analiza en cuanto a lo siguiente:

El número de glóbulos rojos y plaquetas.

El número y el tipo de glóbulos blancos.

La cantidad de hemoglobina (la proteína que transporta el oxígeno) en los glóbulos rojos.

La parte de la muestra de sangre compuesta por glóbulos rojos.

Estudios de la química de la sangre: Procedimiento en el cual se analiza una muestra de sangre a fin de medir las cantidades de ciertas sustancias liberadas a la sangre por los órganos y los tejidos en el cuerpo. Una cantidad inusual (mayor o menor a la normal) de una sustancia puede ser un signo de enfermedad en el órgano o en el tejido que la produce.

Ciertos factores afectan el pronóstico (probabilidad de recuperación) y las opciones de tratamiento.

FACTORES DE RIESGO

Cualquier cosa que aumenta el riesgo de contraer una enfermedad se llama factor de riesgo. Los factores de riesgo para el linfoma no Hodgkin en adultos incluyen los siguientes:

- Tener edad avanzada, ser varón o de raza blanca.
- Padecer una de las siguientes afecciones médicas:
 - Una afección inmunológica heredada (por ejemplo, hipogammaglobulinemia o síndrome de Wiskott-Aldrich).
 - Una enfermedad autoinmune (por ejemplo, artritis reumatoide, psoriasis, o el síndrome de Sjögren).
 - VIH/SIDA.
 - Virus linfotrópico T humano tipo I o virus de Epstein-Barr.
 - Antecedentes de infección por *Helicobacter pylori*.
- Tomar medicación inmunodepresora después de un trasplante de órganos.
- Estar expuesto a ciertos plaguicidas.
- Régimen alimentario con alto contenido de carnes y grasas.
- Tratamiento anterior por linfoma de Hodgkin.⁵⁴

SIGNOS

Los signos posibles del linfoma no Hodgkin en adultos incluyen fiebre, sudores, fatiga y pérdida de peso.

Estos y otros síntomas pueden ser ocasionados por el linfoma no Hodgkin en adultos. Existe la posibilidad de que otras enfermedades ocasionen los mismos

⁵⁴ American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2006*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2006.

síntomas. Debe consultarse a un médico ante cualquiera de los siguientes problemas:⁵⁵

- Hinchazón sin dolor en los ganglios linfáticos del cuello, la axila, la ingle o el estómago.
- Fiebre sin razón aparente.
- Sudores nocturnos abundantes.
- Sentirse muy cansado.
- Pérdida de peso sin razón aparente.
- Erupción cutánea o comezón en la piel.
- Dolor en el pecho, el abdomen o los huesos sin razón aparente.

Pruebas que examinan el cuerpo y el sistema linfático se utilizan para ayudar a detectar (encontrar) y diagnosticar el linfoma no Hodgkin en adultos.

Tratamiento

El tratamiento inicial se realiza con corticosteroides. Sin embargo, la quimioterapia incrementa la posibilidad de supervivencia en muchos individuos hasta 3-4 años o más y consiste principalmente de metotrexato en altas dosis administrado por vía intravenosa o a través de la médula espinal.

El tratamiento de pacientes inmunocomprometidos no tiene tanto éxito, pero está mejorando.

La radioterapia solía ser el principal tratamiento para el linfoma, pero ahora generalmente se reserva para tratar aquellos pacientes en quienes la quimioterapia no ha tenido éxito.⁵⁶

Expectativas (pronóstico)

⁵⁵Ibidem

⁵⁶ Cabanillas F, Linfoma no Hodgkin Pags 100

La posibilidad de sobrevivir de una persona con un linfoma cerebral primario que no reciba tratamiento es de menos de dos meses. Los pacientes tratados con quimioterapia a menudo sobreviven 3-4 años o más y alrededor de un 40% de los pacientes están vivos a los 5 años. Los pacientes de edad avanzada en general tienen un pronóstico menos alentador que los pacientes jóvenes.

Complicaciones

Dentro de las posibles complicaciones se encuentran:

- Efectos secundarios de la radiación, incluyendo confusión, dolores de cabeza, problemas neurológicos y muerte tisular
- Efectos secundarios de la quimioterapia, incluyendo conteos sanguíneos bajos
- Recurrencia del linfoma ⁵⁷

1.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EL LINFOMA NO HODGKIN.

El estadio de la enfermedad se establece utilizando toda la información aportada por las diferentes pruebas diagnosticas, el estadio hace referencia a la extensión de la enfermedad. Esto tiene su importancia ya que la enfermedad de hodgkin puede ser localizada o difusa. El tratamiento depende de las características y el alcance de la enfermedad. ⁵⁸

Una vez establecido el estadio de la enfermedad, la atención se centra en seleccionar el plan terapéutico. El tratamiento debe ser el menor posible para conseguir la curación y minimizar las complicaciones inmediatas a largo plazo. La radioterapia aplicada sobre las zonas afectadas durante 4 o 6 semanas consigue

⁵⁷ American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2006*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2006.

⁵⁸ Lewis Mantis Sharon Enfermería Medico Quirúrgica p 756-760

la curación, la quimioterapia combinada se utiliza en algunos estadios iniciales cuando los pacientes presentan un linfoma resistente o tienen un riesgo elevado de recaídas. La quimioterapia intensiva con o sin trasplante de medula ósea o de células madre y factores de crecimiento hematopoyético es el tratamiento de elección para los estadios avanzados de la enfermedad de Hodgkin, los trasplantes permiten administrar dosis de quimioterápicos más alta y potencialmente curativas disminuyendo al mismo tiempo la leucocitopenia

Los cuidados enfermeros para la enfermedad de Hodgkin se dirigen fundamentalmente al control de la pancitopenia y de otros efectos secundarios del tratamiento. Dado que la supervivencia de los pacientes con la enfermedad de Hodgkin depende de la respuesta al tratamiento es sumamente importante apoyarlos durante la fase de inmunodepresión.

El paciente que va a someterse a radioterapia tiene unas necesidades enfermeras especiales. Hay que prestar atención a la piel del campo irradiado. Así mismo la enfermera debe conocer los conceptos relacionados con la administración de la radioterapia.

Los aspectos psicosociales tienen la misma importancia deben abordar las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente. Las alteraciones de la fertilidad plantean un problema especial, ya que la enfermedad afecta a menudo a adolescentes y adultos jóvenes. A este respecto, la enfermera debe abordar el tema un poco después del diagnóstico. Es importante evaluar al paciente a largo plazo, ya que las consecuencias tardías de la enfermedad y el tratamiento pueden permanecer ocultas durante muchos años.

CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

PRESENTACION DEL CASO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: T C M

Edad 76 años

Edo. Civil: Casado

Fuente de Fiabilidad: su esposa R. M.

2.1 VALORACION

VALORACION POR NECESIDADES

Oxigenación

El paciente no presenta ningún problema con esta necesidad no refiere ningún dolor al respirar su aspecto general es de un color uñas rosadas sin presencia de estertores en sus campos pulmonares.

Nutrición e hidratación

Peso: 65 kg Talla: 1.70

El paciente necesita ayuda algunas veces para comer ya que menciona que no tiene la suficiente fuerza para levantar la cuchara del plato.

El paciente refiere comer a sus horas 3 veces al día con 2 colaciones de fruta 3 veces al día además de tomar complejo b.

Se observa con una piel hidratada, así como sus mucosas, le faltan algunas piezas dentales, sus encías se observan sanas de un color rosado

Eliminación

Necesita ayuda para ir al baño ya que se encuentra discapacitado por su enfermedad en silla de ruedas pero refiere haber tenido problemas de

estreñimiento pero que fue al medico y le receto senosidos A B una diaria por la mañana y que su problema a disminuido a la auscultación se encontraron sus ruidos intestinales son normales a pesar de su edad su familia refiere tener aun un buen control de esfínteres.

Termorregulación

Tuvo una temperatura de 36.6 C refiere su esposa que trata de acuerdo al clima ya que por las mañanas tiene un poco de frío y por lo regular lo ayuda a trasladarlo al patio para tomar un poco de sol.

Moverse y tener una buena postura

Es asistido para trasladarlo de un lugar a otro ya que por su enfermedad quedo incapacitado para caminar por lo que se le traslada en una silla de ruedas.

Higiene y protección de la piel

Su esposa refiere que el paciente necesita de ayuda para bañarse por lo cual ella o sus hijos lo asisten en el baño y refieren ayudarlo a cambiarse diario de ropa sólo lo asisten en lo que ellos observan que necesita ayuda ya que el puede lavarse sus manos asearse su cara así como sus dientes. El paciente se observa de buena presentación y sus ropas se observan limpias.

Descanso y sueño

Refiere dormir sus 8hrs diarias con una siesta por las tardes no padece de insomnio no toma ningún medicamento para dormir. El se observa atento a la entrevista sin ansiedad ni nerviosismo.

Vestido

Como ya se ha mencionado tiene incapacidad para moverse por lo cual de igual forma se le tiene que asistir en su vestido lo cual sus familiares lo ayudan.

Evitar peligros

No se observa ningún peligro en su hogar que pueda poner en riesgo al paciente ya que no existen escaleras en su casa ya que vive en planta baja y puede trasladarse sin problemas. Además casi nunca esta sólo su familia refiere siempre estar con el.

Comunicarse

Se observa con un problema de lenguaje debido a su enfermedad por lo que trata de comunicarse con dificultad su familia refiere llevarlo a terapia de lenguaje y movimiento en un DIF de por su comunidad también refieren haber avanzado mucho.

Creencias y valores

Refiere que es católico y el dice que espera la muerte sin temor ya que todos tenemos que morir algún día y que el ya esta preparado para ese momento pues el dice ya haber vivido lo suficiente y que se puede ir contento con lo que ha hecho lo único que le preocuparía es dejar a su esposa sola.

Trabajo y Realización

Comenta ser jubilado y pensionado a raíz de su enfermedad pero que a el le hubiera gustado dar más de si ya que a pesar de su edad a el le gustaba su trabajo y tantos años de servicio lo hicieron a tomar un ritmo de vida un poco atareado por lo que al ser jubilado refiere haberlo deprimido un poco. Pero el se considera ser una persona realizada ya que pudo hacer todo a su momento.

Jugar y Participar en actividades recreativas

Su pasatiempo menciona que después de su jubilación optó por ir a bailar Danzón cada semana en la ciudadela ya que se le hacía muy divertido por lo que era de su época también refiere haber sido un buen deportista por lo que le gustaba ir a jugar frontenis dos veces por semana pero que a raíz de su enfermedad ya no puede ir ni a bailar ni a jugar pero que su familia lo lleva de paseo cada vez que pueden además de que sale a sus terapias que son lunes miércoles y viernes el lo ve como distracción además de que le gusta mucho leer.

Aprendizaje

El paciente por su edad refiere costarle aprender pero que es un reto para el aprender cosas nuevas pero que lee mucho para mantenerse informado y aprender muchas cosas.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso: 76 kg	F.C. 80	F.R. 20
Talla: 1.65	T. A. 110-70	T.C. 36.5

Cabeza

Su cabeza es simétrica su cabello es depigmentado con problemas de alopecia se le observa con una cicatriz en el cráneo debido a una cirugía que recibió para extraer el tumor en el hemisferio izquierdo

Su piel esta hidratada con una ligera palidez de tegumentos, sus ojos son simétricos utiliza anteojos por su edad ya que refiere tener una vista cansada su nariz es simétrica a sus ojos con sus tabique ligeramente desviado refiere haber recibido un golpe hace mucho tiempo en él y no haberse atendido pero refiere tener problemas con el sentido del olfato, sus oídos son simétricos a su nariz y sus ojos, dice no tener problemas con el sentido del oído, su boca es simétrica a su nariz sus labios son rosados, sus encías también son rosadas su lengua es roja se observan piezas dentales ausente su garganta esta un poco enrojecida.

Su cuello es corto, su traquea se encuentra central y móvil. Su columna vertebral tiene un problema en postura lordosis.

Su tórax se encuentra sin dolor al inhalar y exhalar aire a la auscultación se encuentra sin presencia de estertores y silbilancias, sus ruidos respiratorio son normales no hay signos de disnea su corazón a la auscultación presenta ruidos normales sin alteraciones sin dolor.

Su abdomen es blando depresible a la auscultación se encuentran ruidos peristálticos normales con una cicatriz de herida quirúrgica debajo de la cicatriz umbilical refiere haber tenido una intervención quirúrgica en la próstata hace más de 30 años.

Sus miembros pélvicos son simétricos.

2.2 DIAGNOSTICO

Alteración nutricional relacionado con efectos secundarios de la quimioterapia manifestado por pérdida del apetito, emesis matutinos posteriores a la quimioterapia.¹

OBJETIVO

Mantener un equilibrio nutricional optimo para el paciente

2.3 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

1. Antes de alimentar al paciente con alteración en el sistema nervioso central proporcionarle higiene oral
2. Preparar la comida antes de que el paciente empiece a comer

¹Luis Rodrigo Ma Teresa, Los Diagnósticos enfermeros, pags 21

3. Dar pequeñas cantidades de alimentos favoritos, uno cada vez a la temperatura adecuada
 4. Para aumentar la ingesta oral utilizar un tentempié 3 veces al día entre comidas
 5. proporcionar al usuario un lugar agradable y tranquilo
-
6. Si el usuario no come proporcionar 30ml de suplemento nutricional cada hora mientras este despierto²

2.4 EJECUCION

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Antes de alimentar al paciente con alteración en SNC se le proporcione higiene oral	La higiene oral estimula el flujo de saliva y el gusto
Se proporcionaron líquidos ácidos agrios antes de cada comida preferentemente después del tratamiento con quimioterapia y radiación	Los líquidos y comidas ácidas y agrias estimulan la producción de saliva
Se le implemento al paciente platillos con pequeñas cantidades de alimentos favoritos, de preferencia secos, eliminando grasas en la dieta uno cada vez sin mezclarlos, a la temperatura adecuada.	La ingesta de comida aumenta cuando llama la atención al usuario, mezclar diferentes alimentos reduce el atractivo de la comida así mismo su ingesta
Para aumentar la ingesta oral se utilizo una colación 3 veces al día entre comidas	El cuidado nutricional individualizado aumenta la ingesta oral diaria
Se le proporcione un entorno	La ingesta de comida aumenta cuando

² Ackey J. Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, pags 287-298

agradable con música del gusto del paciente tranquila y lenta para comer, sin distracciones	se esta tranquilo concentrado y la compañía es agradable ³
---	---

2.5 EVALUACION

El paciente reacciono favorablemente a las intervenciones de enfermería, tuvo una disminución importante sobre las emesis matutinas postquimioterapia y radioterapia incremento su ingesta favorablemente.

DIAGNOSTICO

Estreñimiento relacionado con falta de ejercicio físico y una escasa ingesta de fibras y líquidos manifestado por la disminución de la frecuencia de evacuación, eliminación de heces duras y secas.

OBJETIVO

Mantendrá la eliminación de heces blandas formadas sin esfuerzo

PLAN DE CUIDADOS

1. Valorar el hábito intestinal del paciente anotando el número de defecaciones, conocer cuáles son sus hábitos, valorar los signos o síntomas (Distensión y flatulencia abdominal, espasmos abdominales, heces duras y secas.
2. Auscultar los ruidos intestinales para conocer la naturaleza de la actividad peristáltica.

³ Ibidem

3. Recomendar medidas para promover una dieta equilibrada que favorezca la evacuación regular.
4. Obtener los antecedentes de la dieta habitual del paciente.
 - Fomentar el consumo de alimentos con alto contenido en fibra como por ejemplo: fruta fresca con piel, salvado, nueces y semillas, panes y cereales integrales , frutas y verduras cocinadas , zumos , etc ..
 - Comentar las preferencias dietéticas con el paciente para y planificar las modificaciones en la dieta .

- Fomentar que el paciente coma aproximadamente 800 gr. En frutas y verduras al día.
5. Fomentar la ingesta de al menos dos litros (de 8 a 10 vasos)
 - Identificar y acomodar las preferencias en los líquidos, siempre que sea posible.
 - Establecer un horario regular para la ingesta de líquidos.
6. Programar la hora ideal para la evacuación.
 - Sugerir que intente hacer deposiciones una hora después de las comidas, instruirle para que se quede en el servicio la cantidad suficiente de tiempo.
7. Intentar estimular el entorno doméstico del paciente para la evacuación. ⁴
8. Ayudar al paciente para que se coloque en una postura adecuada, en el retrete.
 - Darle intimidad en los intentos de evacuación, cerrar la puerta del cuarto de baño, correr las cortinas, poner la televisión o la radio para desenmascarar los ruidos ambientales.
 - Proporcionarle comodidad , material de lectura , diversión , etc ..
9. Explicarle cómo la actividad física afecta a la evacuación diaria. Animarle para que realice una deambulación regular

EJECUCION

⁴ Ackey J. Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, pags 628-630

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Se valoro el hábito intestinal del paciente anotando el número de defecaciones (Distensión y flatulencia abdominal, espasmos abdominales, heces duras y secas.</p>	<p>Suele haber múltiples razones para el estreñimiento; el primer paso consiste en la valoración de los patrones usuales de eliminación intestinal.</p>
<p>Se le recomendó a la familia las medidas para obtener una dieta equilibrada que favorezca la evacuación regular :</p>	<p>Si el usuario tiene una dieta consume una dieta sana con suficientes con suficientes frutas y verduras y suficientes raciones de alimentos con grano integral evitara el estreñimiento de forma natural.</p>
<p>Se Obtuvieron los antecedentes de la dieta habitual del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se fomento el consumo de alimentos con alto contenido en fibra como por ejemplo : fruta fresca con piel , salvado , nueces y semillas , panes y cereales integrales , frutas y verduras cocinadas , zumos , etc ... 	<p>La fibra ayuda a prevenir el estreñimiento proporcionando volumen a las heces.</p>
<p>Se le recomendó al paciente que comiera aproximadamente 800 gr. en frutas y verduras al día para promover las deposiciones regulares.</p>	<p>Una ingesta de 25 a 30gr de fibra puede incrementar la frecuencia de deposiciones en usuarios con estreñimiento.</p>
<p>Se sugirió al paciente que aumentara la ingesta de al menos dos litros de agua (de 8 a 10 vasos).</p> <ul style="list-style-type: none"> - se Identifico y las preferencias de líquidos. - Se estableció un horario regular para la ingesta de líquidos. 	<p>El incremento de la ingesta de líquidos de 1.5 a 2lt. Al día mientras se mantiene una ingesta de 25gr puede significar un incremento en la frecuencia de deposiciones en usuario con estreñimiento.</p>

<p>Se programo la hora ideal para la evacuación.</p> <p>-Se le Sugerio que intente hacer deposiciones una hora después de las comidas, instruirle para que se quede en el servicio la cantidad suficiente de tiempo.⁵</p>	<p>El establecimiento de un horario proporciona al usuario una sensación de control pero lo que es más importante favorece la evacuación antes de que se sequen las heces y produzca estreñimiento.</p>
<p>Se le ayudo en estimular el entorno doméstico al paciente para la evacuación.</p> <p>- Se le dio intimidad, se le cerró la puerta del cuarto de baño.</p> <p>- Se le Proporciono la comodidad, material de lectura , diversión , etc..</p>	<p>La eliminación intestinal constituye en un acto muy privado, y la carencia de intimidad puede conducir al estreñimiento de manera natural</p>
<p>Pedir al usuario que efectuó una respiración profunda a través de la boca para favorecer la defecación de los músculos del suelo pélvico y el uso de los músculos abdominales para la evacuación</p>	<p>Se debe evitar el uso de laxantes estimulantes porque crean dependencia y pérdida de función intestinal normal.</p>

EVALUACION

El paciente respondió favorable al plan de cuidados su ingesta de verduras y líquidos aumento a la vez se le incremento el uso de fibra en sus alimentos por lo que aumento la frecuencia de evacuación y sus heces dejaron de ser duras y secas.

DIAGNOSTICO

⁵ Ackey J. Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, pags 921-927

Deterioro de la movilidad relacionado con la alteración neuromuscular manifestado por dificultad para realizar sus actividades cotidianas.

OBJETIVO

Fomentar la movilidad en el paciente y a su vez aumentar la actividad física.

PLAN DE CUIDADOS

1. Obtener cualquier de asistencia que sea necesario para la actividad como por ejemplo bastón, andadera, muletas, o silla de ruedas.
2. Si el usuario esta inmóvil, realizar ejercicios pasivos de al menos 2 veces al día sino esta contraindicado.
3. Si el usuario ha tenido algún problema neurológico, considerar el uso de la terapia de restricción inducida de movimiento, en la que la extremidad funcional es restringida intencionalmente y el usuario se ve forzado a usar la extremidad afectada.
4. Si el usuario no es capaz de alimentarse y arreglarse el cuidador deberá sentarse junto a el deberá colocar su mano junto con la del usuario , sujetando el codo del usuario con la otra mano y así ayudara al usuario a comer por si mismo, usar la mima técnica para peinarse.

EJECUCION

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Se le aconsejo a los familiares del paciente obtener alguna forma de asistencia que fuera necesario para la actividad en este caso fue la silla de ruedas.	Los instrumentos de asistencia pueden ayudar a aumentar a aumentar la movilidad
Se le implemento al paciente una serie de ejercicios pasivos al menos 2 veces: Usando tanto extremidades	La movilidad contribuye rápidamente al acortamiento muscular y a la aparición de cambios periarticulares y

inferiores como superiores flexionando y extendiendo los tobillos y rodillas y caderas.	cartilagosos en la estructura de las de las estructuras de las articulaciones.
Debido a que el paciente tiene debilidad en sus miembros superiores e inferiores del lado izquierdo se le considero pertinente el uso de la terapia de restricción inducida de movimiento, en la que la extremidad funcional es restringida intencionalmente y el usuario se ve forzado a usar la extremidad afectada.	Estos ejercicios ayudan a revertir el debilitamiento y atrofia en los músculos.
Se le oriento al paciente sobre como alimentarse y arreglarse, junto con el cuidador se le ayudo colocar su mano junto con la del usuario , sujetando el codo del usuario con la otra mano y así se le ayudo al usuario a comer por si mismo, usar la misma técnica para peinarse.	Esta técnica de alimentación aumenta la movilidad del usuario, su amplitud de movimiento y su independencia, y de esta manera generalmente los usuarios comen más. ⁶

EVALUACION

El paciente se adapto favorablemente al plan de cuidados y disminuyo su atrofia muscular favorablemente pero cabe de señalar que por ser una persona de edad adulta su proceso de movilidad en recuperación es lenta, por lo que hay que tener paciencia por parte de los familiares y el cuidador.

DIAGNOSTICO

⁶ Ackey J. Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, pags 921-927

Alteración de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad, radiación expuesta en la piel, manifestado por resequedad en la zona ardor, comezón.⁷

OBJETIVO

Mantener la integridad cutánea del paciente.

PLAN DE CUIDADOS

1. Monitorizar en estado de la piel por lo menos 1 vez al día para determinar los cambios de color y textura, los trastornos dermatológicos o las lesiones. Determinar si el paciente esta experimentando pérdida de sensibilidad o dolor.
2. Monitorizar las prácticas de cuidados cutáneos del usuario, observando el tipo de jabón, la temperatura del agua y la frecuencia de limpieza cutánea.
3. Si es adecuado cambiar de posición al usuario cada dos horas.
4. Evaluar el empleo del colchón, cama y dispositivos especiales.
5. Usar lociones y emolientes para evitar que la piel se seque, especialmente en invierno.⁸

EJECUCION

INTERVECIONES	FUNDAMENTACION
Se le Monitorizo al paciente el estado de su piel diario para determinar los cambios de color y textura, los trastornos dermatológicos o las lesiones. Y así Determinar si el paciente estaba experimentando pérdida de sensibilidad o dolor.	La inspección sistemática puede identificar problemas inminentes en su inicio.
Se le Monitorizo las prácticas de	Individualizar el plan de acuerdo con

⁷ Luis Rodrigo Ma. Teresa "Los diagnósticos de Enfermería" pags. 87-88

⁸ Ackey J. Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, pags 776-779

cuidados cutáneos al usuario, se le sugirió usar un jabón libre de perfumes neutro, la temperatura del agua y la frecuencia de limpieza cutánea	el estado de la piel, las necesidades y preferencias del usuario resulta benéfico para el paciente
Se le cambio de posición al paciente cada que fue necesario	Transferir al usuario de posición al paciente resulta benéfico para protegerle de efectos adversos de las fuerzas externas expuestas (como la fricción y la presión). ⁹
Se le recomendó a la familia del paciente una cama o colchón confortable para el descanso del paciente así como mantener la cabecera de la cama a una pequeña elevación con la ayuda de almohadas y dispositivos reductores de presión en la cama	El uso de almohadas y dispositivos de elevación reduce la presión en las prominencias óseas evitando las úlceras por presión
Se le proporcionaron al paciente lociones y emolientes para evitar que su piel se seque, después de su baño haciendo un hábito diario.	Evitar los productos de cuidado cutáneo que contengan alergenicos como lanolina, látex y tintes
Incrementar la ingesta de líquidos a un mínimo de 1.500 ml. Diarios	La piel seca está causada por la pérdida de líquido; el aumento de su ingesta hidrata la piel.

EVALUACION

El paciente respondió favorablemente a las recomendaciones que se le hicieron hacia el cuidado de su piel evitando cualquier irritación y así evitando cualquier tipo de infección cutánea en las zonas radiadas.

⁹ Ibidem

DIAGNOSTICO

Alteración en la higiene personal relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad para lavar parcialmente o totalmente el cuerpo ¹⁰

OBJETIVO

Fomentar la limpieza y autoestima en el paciente.

PLAN DE CUIDADOS

1. Pedir al usuario datos sobre sus hábitos de baño y sus preferencias culturales sobre el baño.
2. Tener en cuenta factores humanos y ambientales que puedan limitar la habilidad para bañarse, como alcanzar los artículos necesarios colocación de barandales en el área del baño para facilitar el sostienen del paciente y hacer que se sienta un poco independiente
3. Enseñar al usuario el modo de equipo de baño adaptado. (como cepillos de baño largos, atar el jabón con una cuerda, manoplas, barras en la pared, bancos en la bañera, silla cómoda sin taza en la dicha).
4. Proporcionar intimidad: Tener un solo cuidador que le ayude en el baño, facilitar un area de baño sin circulación y con intimidad
5. Tener preparado todos los artículos de baño para las necesidades del paciente antes empezar el baño.
6. Usar agua tibia
7. Enseñar al cuidador a utilizar el masaje durante el baño.
8. Utilizar un contacto suave durante el baño evitar los movimientos de fricción vigorosos.
9. Mantener al usuario cálidamente tapado¹¹

EJECUCION

¹⁰ Luis Rodrigo Ma. Teresa "Los diagnósticos de Enfermería" pags. 195

¹¹ Ackey J. Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, pags 294-300

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Se le pidió al usuario datos sobre sus hábitos de baño y sus preferencias culturales sobre el baño.	Crear oportunidades para guiar el cuidado personal respetas las rutinas establecidas, aumenta el control, y hace que el aumento del baño sea más placentero para el cuidador.
Se notaron en cuenta los factores humanos y ambientales que pudieran limitar la habilidad del paciente para bañarse, como alcanzar los artículos necesarios y se le sugirió a la familia la colocación de barandales en el área del baño, para facilitar el sostenen del paciente y hacer que se sienta un poco independiente	Los factores ambientales pueden favorecer basándose en principios de ingeniería que adaptan los artículos necesarios para satisfacer las capacidades del usuario.
Se le enseñó al usuario y el cuidador el modo de uso del equipo de baño adaptado. (Como cepillos de baño largos, atar el jabón con una cuerda, manoplas, barras en la pared, bancos en la bañera, silla cómoda sin taza en la ducha).	Los mecanismos de adaptación aumentan el alcance del usuario la velocidad, y la seguridad, se disminuye el esfuerzo, y reducen la carga del cuidador.
Proporcionar intimidad: Tener un solo cuidador que le ayude en el baño, facilitar un área de baño sin circulación y con intimidad	El usuario percibe menos intimidad si participa más de un solo cuidador.
Enseñar al cuidador a preparar todos los artículos que se puedan requerir en el baño para las necesidades del paciente antes empezarlo.	Las lesiones a menudo se producen cuando se deja solo a un usuario con deterioro cognoscitivo mientras se buscan artículos olvidados
Se le Recomendó al paciente y al cuidador el agua tibia	El agua caliente fomenta la sequedad cutánea
Se le enseñó al cuidador a utilizar el	El masaje es deseable por los

masaje relajante durante o después del baño.	usuarios para reducir el dolor o la agitación.
Se le enseñó al cuidador a utilizar el masaje relajante durante o después del baño.	El masaje es deseable por los usuarios para reducir el dolor o la agitación.
Se le recomendó al cuidador a utilizar un contacto suave durante el baño evitar los movimientos de fricción vigorosos.	La piel de los ancianos es más delgada, frágil y menos capaz de resistir la fricción mecánica que la piel más joven
Se trato de evitar las corriente de aire durante el baño al usuario a su vez cálidamente tapado después del baño	Los usuarios, especialmente los ancianos propensos a la hipotermia, pueden sufrir refrigeración evaporativa durante y después del baño, produciendo una sensación desagradable de frío. ¹²

EVALUACION

El paciente se sintió mejor con la ayuda de su familia en el baño ya que se le dio una serie de recomendaciones para realizar esta necesidad que con anterioridad se le dificultaba bastante pero gracia a la ayuda de la ingeniería adaptada se sintió un poquito de independecia y mejoro su autoestima y su auto imagen.

DIAGNOSTICO

Déficit del autocuidado vestido relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por Incapacidad para quitarse la ropa y los zapatos¹³

OBJETIVO

Enseñar al paciente a usar mecanismos de adaptación para vestirse con o sin ayuda del cuidador.

¹² Ibidem

¹³ Luis Rodrigo Ma. Teresa "Los diagnósticos de Enfermería" pags. 197

PLAN DE CUIDADOS

1. Observar la habilidad del usuario para vestirse y arreglarse a través de la observación directa.
2. Considerar y eliminar las barreras ambientales y los factores humanos que pueden limitar la habilidad para vestirse y arreglarse (como alcanzar la ropa, instalar plataformas giratorias o cajones en los armarios a una altura entre los ojos y la cadera).
3. Preguntar al usuario sus elecciones sobre el vestuario y como aumentar la facilidad para vestirse.
4. Utilizar equipos de adaptación para vestirse y arreglarse según sea necesario (cepillos con mangos largos mecanismos de agarre, cierres de velero, cuerdas para tirar de las cremalleras, gancho para botones, cordones elásticos, botones grandes).
5. Poner la ropa en el orden que se pondrá el usuario vestir primero la parte inferior y después la superior.
6. Fomentar la participación, guiar la mano del usuario a través de la tarea, si es necesario
7. Mantener la temperatura del hogar a un nivel confortable cuando se vista al usuario en fase terminal.¹⁴

EJECUCION

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Se observo la habilidad del usuario para vestirse y arreglarse.	La presencia de una enfermedad crónica altera las rutinas para vestirse.
Se le sugirieron a los familiares algunas formas de eliminar las barreras ambientales y los factores humanos que pudieran limitar la habilidad para vestirse y arreglarse (como alcanzar la ropa, la instalación	Reducir las barreras mejora las capacidades del usuario para mejorar la función.

¹⁴ Ackey J. Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, pags 307-311

de plataformas giratorias o cajones en los armarios a una altura entre los ojos y la cadera).	
Se le pregunto al usuario sus elecciones sobre el vestuario y como aumentar la facilidad para vestirse.	la ejecución de tareas por parte del usuario puede estar afectada por una pérdida de control individual debido a la frustración por no ser capaz de anticiparse a los eventos de cuidados,
Se necesito la ayuda de equipos de adaptación para vestirse y arreglarse con el consentimiento de los familiares, como (cepillos con mangos largos mecanismos de agarre, cierres de velero, cuerdas para tirar de las cremalleras, gancho para botones, cordones elásticos, botones grandes).	Los mecanismos de adaptación aumenta la velocidad y la seguridad y disminuye el esfuerzo
Se le indico al usuario así como al cuidador a colocar la ropa en el orden que se pondrá el usuario, vestir primero la parte inferior y después la superior.	Simplificar las tareas para vestirse aumenta la habilidad de autocuidado.
Se fomentó la participación de usuario, guiando la mano del usuario a través de la tarea, las veces que fue necesario.	Experimentar el proceso normal de una tarea a través de la práctica guiada facilita un óptimo reaprendizaje.
Enseñar al paciente y cuidador a mantener la temperatura del hogar a un nivel confortable cuando se vista al usuario libre de corrientes de aire.	Los usuarios en fase Terminal pueden tener dificultades con la termorregulación, lo cual añadirá a la demanda de energía o disminuirá la comodidad durante las actividades de higiene. ¹⁵

¹⁵ Ackey J. Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, pags 307-311

EVALUACIÓN

La respuesta del paciente y de los familiares fue favorable ya que se les hizo un poco más sencillo el cambio de vestido del usuario y a su vez el y también se animo a participar en su vestido se sintió un poco más independiente con los objetos adaptados en su armario.

CONCLUSIONES

Al aplicar el Proceso de Atención Enfermería a un paciente con Linfoma no Hodgkin fue un trabajo arduo ya que este tipo de pacientes adultos mayores, necesitan motivación por parte del cuidador y así como de sus familiares.

Por lo que gracias a la Profesión de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia al tener un método como el proceso Enfermero Se le logro dar al paciente un cuidado eficaz valorando las necesidades afectadas y a su vez proporcionando un cuidado Integral y de calidad aplicando bases científicas.

En cuanto al paciente se logró una óptima recuperación en el cual fue muy importante el apoyo de su familia, para lograr que se cumpliera su plan de atención.

GLOSARIO

Aspiración y biopsia de la médula ósea - la médula puede ser extraída por medio de una aspiración o de una biopsia con aguja bajo anestesia local. En la biopsia por aspiración se extrae una muestra de líquido de la médula ósea, mientras que en la biopsia por punción se extraen células (en lugar de líquido). A menudo, estos métodos se utilizan en combinación.

Audición - series de eventos en los cuales las ondas sonoras en el aire se convierten en señales eléctricas que luego son enviadas como impulsos nerviosos al cerebro, donde son interpretadas.

Audífono - dispositivo electrónico que amplifica el sonido que llega al oído.

Audiología - estudio de la audición y los trastornos auditivos.

Audiólogo - profesional del cuidado de la salud capacitado para identificar y determinar deficiencias auditivas y trastornos relacionados mediante diversas pruebas y procedimientos.

Audiometría por potenciales evocados del tronco encefálico (su sigla en inglés es ABR) - prueba que se utiliza para evaluar la audición de los bebés y niños pequeños o para evaluar el funcionamiento cerebral en los pacientes que no responden.

Autismo - trastorno cerebral que comienza en la niñez temprana y persiste en la edad adulta; afecta tres áreas cruciales del desarrollo: la comunicación, la interacción social y el juego creativo o imaginativo.

B

Benigno - término que describe los tumores no cancerosos que tienden a crecer en forma lenta y que no se diseminan.

Biopsia - obtención de una muestra de tejido que luego se examina con un microscopio.

Blastos - células sanguíneas inmaduras.

C

Cáncer - el cáncer no es una sola enfermedad, sino un grupo de enfermedades. Todas las formas de cáncer provocan un cambio y un crecimiento descontrolados de las células del cuerpo. La mayoría forma una masa o bulto que se denomina tumor, que puede invadir y destruir tejidos sanos.

Carcinógenos - agentes químicos, físicos o virales como por ejemplo, el asbesto y el humo del tabaco, que provocan cáncer.

Célula cancerosa - célula que se divide y se multiplica sin control y que tiene la capacidad de diseminarse por todo el cuerpo y desplazar a las células y tejidos normales.

Células del órgano de Corti - células sensoriales del oído interno cubiertas de estructuras similares a cabellos (esterocilios), las cuales transforman la energía mecánica de las ondas sonoras en impulsos nerviosos.

Cera en el oído - secreción amarillenta de las glándulas del oído externo (cerumen) que mantiene la piel del oído seca y la protege contra las infecciones.

Citomegalovirus (CMV) - grupo de virus relacionado con el virus herpes simplex que infecta a los humanos y puede provocar una serie de síntomas clínicos que incluyen la sordera o la deficiencia auditiva. La infección puede producirse al nacer o después del nacimiento.

Cóclea - estructura con forma de caracol que se encuentra en el oído interno y que contiene el órgano de la audición.

Congénito - presente al nacer.

Constreñir - apretar; estrechar.

Cromosoma - estructura que se encuentra en las células y que contiene los genes (unidades básicas de la herencia). Los seres humanos cuentan con 23 pares de cromosomas, un miembro de cada uno de estos pares se hereda de la madre y el otro del padre. Cada cromosoma puede contener cientos o miles de genes.

Cuerdas vocales (pliegues vocales) - pliegues musculares de membrana mucosa que se extienden desde la pared de la laringe (caja de la voz) y que se encuentran protegidas por ligamentos vocales elásticos y por músculos que controlan la tensión y frecuencia de vibración de las cuerdas a medida que el aire pasa a través de ellas.

Cultivo de exudado faríngeo - procedimiento mediante el cual se toma una muestra de exudado faríngeo y se la monitorea en el laboratorio para determinar el tipo de organismo que provoca una infección.

D

Decibelio - unidad que mide la intensidad o el volumen del sonido.

Deficiencia progresiva de la audición - pérdida auditiva provocada por la disfunción del oído externo o medio.

dispositivos auxiliares - herramientas y dispositivos técnicos como por ejemplo, tablas alfabéticas, teléfonos de texto o software de conversión de texto a voz que se utilizan para ayudar a personas con trastornos físicos o emocionales a llevar a cabo determinadas acciones, tareas y actividades.

E

Ecografía (También llamada sonografía.) - técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia y una computadora para crear imágenes de vasos sanguíneos, tejidos y órganos. Se utiliza para ver el funcionamiento de los órganos internos y para evaluar el flujo sanguíneo a través de diversos vasos.

Edema - hinchazón debida a la acumulación de líquido.

Endolinfa - líquido en el laberinto (órgano del equilibrio que se encuentra en el oído interno).

Enfermero especializado en oncología - enfermero con una maestría en Enfermería oncológica que se especializa en el cuidado de pacientes con cáncer.

Equilibrio - sistema biológico que permite a las personas determinar su Ubicación física en el medio ambiente y mantener una posición deseada. El equilibrio normal depende de la información procedente del laberinto del oído interno y de otros sentidos como por ejemplo, la vista y el tacto, así como también del movimiento muscular.

Equipo de trabajo contra el cáncer - grupo de profesionales de la salud que trabajan en conjunto para detectar, tratar y asistir a pacientes con cáncer.

Especialista en dolor - oncólogos, neurólogos, anestesiólogos, neurocirujanos y otros médicos, enfermeros o farmacéuticos que se especializan en dolor. Es posible que también se encuentre disponible un equipo de profesionales de la salud para tratar los problemas vinculados al control de dolor.

Estadificación - proceso mediante el cual se determina si un tumor se ha propagado y, de ser así, hasta dónde lo hizo. Existe más de un sistema de estadificación.

Estudio clínico - estudio comparativo que evalúa a una gran cantidad de niños de todo el mundo que padecen un mismo tipo de cáncer, con el fin de analizar los tratamiento, los efectos secundarios y su supervivencia.

F

Faringe - parte posterior de la garganta.

Fonología - estudio de los sonidos del habla.

G

Ganglios linfáticos - parte del sistema linfático; órganos en forma de frijol que se encuentran debajo de la axila, en la ingle, el cuello y en el abdomen, y que actúan como filtro del líquido linfático a medida que éste los atraviesa.

Grado - refleja el grado de anormalidad de un tipo de cáncer al ser observado con un microscopio. Existen varios sistemas de graduación diferentes para los distintos tipos de cáncer.

Gusto - sensación provocada por un estímulo aplicado a los terminales nerviosos gustativos de la lengua (sabor). Los cuatro sabores son salado, ácido, dulce y amargo, sin embargo, se dice que existe un quinto sabor que se describe como "sabroso".

H

Habla - producción de sonidos vocales definidos que forman palabras con el fin de expresar pensamientos e ideas.

Hemoglobina - tipo de proteína de los glóbulos rojos que transporta oxígeno a los tejidos del cuerpo.

Hemograma completo (su sigla en inglés es CBC) - medición del tamaño, la cantidad y la madurez de las diferentes células sanguíneas en un volumen de sangre específico.

I

Implante coclear - prótesis que sortea las estructuras dañadas del oído interno y estimula directamente el nervio auditivo para que las personas sordas puedan aprender a escuchar e interpretar los sonidos y el habla.

Infección del oído - presencia y crecimiento de bacterias o virus en el oído.

Inflamación - enrojecimiento, hinchazón, calor y dolor en un tejido debido a una lesión química o física, una infección o una reacción alérgica.

L

Laberinto - órgano del equilibrio que se encuentra en el oído interno y que consiste en tres conductos semicirculares y el vestíbulo.

Laringe (También llamada caja de la voz.) - conjunto de cartílago, músculos y tejido blando dispuestos en forma cilíndrica que contiene las cuerdas vocales. Estas últimas constituyen la abertura superior hacia el conducto de aire (tráquea), el conducto hacia los pulmones.

Laringitis - inflamación e hinchazón del epitelio de la laringe, que generalmente provoca ronquera o pérdida de la voz.

Lengua - gran músculo del piso de la boca que maneja el alimento para su masticación y deglución. Es el órgano principal del gusto y también colabora en la producción de los sonidos del habla.

Lenguaje - sistema para la comunicación de ideas y sentimientos mediante sonidos, gestos, signos o marcas.

Lenguaje de señas - lenguaje de señas manuales, expresiones faciales y movimientos que se utiliza como medio de comunicación.

Leucemia mielógena crónica (LMC) - cáncer de la sangre que progresa lentamente y en el cual se producen demasiados glóbulos blancos en la médula ósea.

Linfa - parte del sistema linfático; líquido transparente y poco espeso que circula a través de los vasos linfáticos y transporta células sanguíneas que luchan contra las infecciones y las enfermedades.

Linfangiograma (su sigla en inglés es LAG) - estudio por imágenes que puede detectar la presencia de células cancerosas o anomalías en el sistema y en las estructuras linfáticas. Consiste en la inyección de un colorante en el sistema linfático.

Linfocitos - parte del sistema linfático; glóbulos blancos que luchan contra las infecciones y las enfermedades.

Linfoma Hodgkin - tipo de linfoma; cáncer del sistema linfático. La enfermedad de Hodgkin provoca la reproducción anormal de las células del sistema linfático, lo cual, con el tiempo, disminuye la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones. Como consecuencia, se produce un agrandamiento ininterrumpido de las glándulas linfáticas, el bazo y otros tejidos linfáticos.

Linfoma no Hodgkin - tipo de linfoma; cáncer del sistema linfático que provoca la reproducción anormal de células del sistema linfático y, con el tiempo, el crecimiento de tumores. Las células del linfoma no Hodgkin también pueden diseminarse hacia otros órganos.

Localización primaria - sitio en el que se origina el cáncer. El cáncer primario recibe la denominación del órgano en el cual se origina. Por ejemplo, si lo hace en un riñón, se lo denomina cáncer de riñón, aunque luego se disemine (metástasis) hacia otros órganos, como son los huesos o los pulmones.

Logopeda o especialista en el lenguaje - profesional de la salud capacitado para evaluar y tratar a las personas con trastornos de la voz, el habla, el lenguaje o la deglución, incluida la deficiencia auditiva, que afectan su capacidad de comunicación.

M

Maligno - término que se utiliza para describir a aquellos tumores cancerosos que tienden a crecer con rapidez, que pueden invadir y destruir los tejidos normales cercanos y que se pueden diseminar.

Mareos - inestabilidad física, falta de equilibrio y aturdimiento asociados con los trastornos del equilibrio y otros.

Mastoide - porción posterior del hueso temporal detrás de la oreja.

Medicamentos antiinflamatorios - medicamentos que reducen los síntomas y signos de la inflamación.

Médico oncólogo - médico especializado en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer mediante la quimioterapia y otras formas de medicación.

Médula ósea - tejido esponjoso y blando que se encuentra dentro de los huesos. Es el medio en el que se desarrollan y almacenan alrededor del 95 por ciento de las células sanguíneas del cuerpo.

Membrana timpánica (También llamada tímpano.) - membrana fina del oído medio que transmite las vibraciones sonoras al oído interno.

Meningitis - inflamación de las meninges, las membranas que rodean al cerebro y a la médula espinal, que puede provocar pérdida de la audición o sordera.

Metástasis - diseminación de células tumorales hacia otras regiones del cuerpo.

Miringotomía - procedimiento quirúrgico que se realiza con el objeto de eliminar la infección de la apófisis mastoides.

N

Nervio auditivo - octavo par craneal que conecta el oído interno con el tronco encefálico.

O

Oído externo - parte externa del oído compuesta del pabellón auditivo, o aurícula, y del conducto auditivo.

Oído interno - parte del oído que contiene el órgano de la audición (cóclea) y el órgano del equilibrio (laberinto).

Oído medio - parte del oído que comprende el tímpano y los tres huesecillos del oído medio. Termina en la ventana redonda que conduce hacia el oído interno.

Olfato - percepción del olor o el aroma a través de estímulos que afectan los nervios olfatorios.

Oncología - rama de la medicina que se ocupa del diagnóstico y el tratamiento del cáncer.

Oncólogo - médico especializado en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer.

Oncólogo pediátrico - médico que se especializa en cáncer infantil.

Oncólogo radioterapeuta - médico que se especializa en el tratamiento del cáncer por medio de radiación.

Otitis externa - inflamación de la parte exterior del oído que se extiende hasta el conducto auditivo.

Otitis media - inflamación del oído medio provocada por una infección.

Otoemisiones acústicas - sonidos de baja intensidad producidos por el oído interno que se pueden medir rápidamente mediante un micrófono sensible que se ubica en el conducto auditivo.

Otólogo - médico especializado en enfermedades del oído.

Otorrinolaringólogo - médico que se especializa tanto en las enfermedades del oído, la nariz y la garganta como en las de la cabeza y el cuello.

P

Papilas gustativas - grupos de células ubicadas en la lengua que permiten el reconocimiento de los distintos sabores.

Patólogo - médico que se especializa en el diagnóstico y la clasificación de enfermedades mediante pruebas de laboratorio como por ejemplo, la observación de células y tejidos con un microscopio. El patólogo define si un tumor es benigno o canceroso y, en caso de ser canceroso, determina con precisión el grado y el tipo de célula.

Pediatra - médico especializado en la atención de niños.

Pérdida de la audición inducida por ruido - pérdida de la audición provocada por una exposición única o repetida a sonidos muy fuertes o con distinto volumen durante un período prolongado de tiempo.

Pérdida sensorineural de la audición - pérdida de la audición provocada por el daño a las células sensoriales o a las fibras nerviosas del oído interno.

Pólipo nasal - pequeño trozo redondeado de epitelio nasal que puede extenderse hacia los conductos de la nariz.

Posterior - relativo a la parte posterior de una estructura.

Pronóstico - predicción de la evolución de una enfermedad; perspectiva de cura de un paciente.

Protocolo - esquema o plan formal, como por ejemplo, la descripción y el calendario de los tratamientos que recibirá un paciente.

Purulento - que contiene o produce pus.

Q

Quimioterapia - medicación que puede resultar beneficiosa en la lucha contra el cáncer.

R

Radiografía - estudio de diagnóstico que utiliza rayos de energía electromagnética invisible para obtener imágenes de los tejidos, los huesos y los órganos internos en una placa radiográfica.

Radiólogo - médico especializado en el diagnóstico de enfermedades mediante la interpretación de radiografías y otros tipos de estudios por imágenes como por ejemplo, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas nucleares.

Radioterapeuta - profesional especialmente capacitado en la operación de equipos de radioterapia.

Radioterapia - tratamiento con rayos de energía de alta intensidad (como por ejemplo, los rayos X) que se utiliza para matar o reducir las células cancerosas. La radiación puede provenir del exterior del cuerpo (radiación externa) o de materiales radiactivos colocados directamente en el tumor (radiación interna o con implante).

Ronquera - voz anormalmente áspera o discordante provocada por el abuso de las cuerdas vocales y otros trastornos.

S

Sangre - líquido que mantiene la vida y que está compuesto de plasma, glóbulos rojos (eritrocitos), glóbulos blancos (leucocitos) y plaquetas. La sangre circula a través del corazón, las arterias, las venas y los capilares del cuerpo, transporta desechos y dióxido de carbono para su eliminación y aporta nutrientes, electrolitos, hormonas, vitaminas, anticuerpos, calor y oxígeno a los tejidos.

Sifilis - enfermedad transmitida generalmente por contacto sexual y que puede provocar serias lesiones al feto.

Sistema linfático - parte del sistema inmunológico que incluye la linfa, los conductos, los órganos, los vasos linfáticos, los linfocitos y los ganglios linfáticos. Su función es producir y transportar glóbulos blancos para combatir las infecciones y las enfermedades.

Sordera autoinmune - pérdida de la audición que se puede asociar con una enfermedad autoinmune como por ejemplo, la artritis reumatoide o el lupus.

Sordera súbita - pérdida de la audición que se produce de repente debido a una explosión, una infección viral o al uso de ciertas drogas.

Supurativo - que produce pus.

T

Tartamudez - repetición frecuente de palabras o de partes de ellas que altera el flujo uniforme del habla.

Terapia complementaria - terapia que se utiliza como complemento de una terapia estándar.

Timpanoplastia - reparación quirúrgica del tímpano (membrana timpánica) o de los huesecillos del oído medio.

Tomografía computarizada (También llamada TC o TAC.) - procedimiento de diagnóstico por imágenes que utiliza una combinación de radiografías y tecnología computarizada para obtener imágenes de cortes transversales (a menudo llamadas "rebanadas") del cuerpo, tanto horizontales como verticales. Una TC muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, incluidos los huesos, los músculos, el tejido adiposo y los órganos. Las tomografías computarizadas muestran más detalles que las radiografías generales.

Toxoplasmosis - enfermedad infecciosa provocada por un parásito que puede dañar al feto.

Trabajador social especializado en oncología - profesional de la salud con una maestría en trabajo social cuya especialidad es coordinar y proveer cuidados no médicos a los pacientes.

Transiluminación - examen que utiliza la irradiación de luz a través de los tejidos para ayudar a determinar un diagnóstico. La transmisión de la luz se modifica para los diferentes tejidos.

Trastorno auditivo - alteración en el proceso auditivo normal; las ondas sonoras no se convierten en señales eléctricas y los impulsos nerviosos no son transmitidos al cerebro para su interpretación.

Trastorno del habla - defecto o anomalía que evita que un individuo se comunique por medio de la palabra hablada.

Trastornos de la garganta - trastornos o enfermedades de la laringe (caja de la voz) o del esófago.

Trastornos del lenguaje - problemas con la comunicación verbal y la habilidad de utilizar y comprender el sistema de símbolos para la comunicación interpersonal.

Trompa de Eustaquio - conducto que une el oído medio con la región de la garganta y que ayuda a equilibrar la presión entre el oído externo y el oído medio. El mismo nivel de presión permite una transferencia adecuada de las ondas sonoras. Al igual que el interior de la nariz y la garganta, la trompa de Eustaquio se encuentra recubierta de moco.

Tumor - masa o bulto anormal de tejido. Los tumores pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos).

V

Vasos linfáticos - parte del sistema linfático; conductos delgados que transportan el líquido linfático a través del cuerpo.

Ventana redonda - membrana que separa el oído medio y el interno.

Vestíbulo - cavidad ósea del oído interno.

Virus herpes - virus que puede afectar la piel y el sistema nervioso central.

Vocalización sonora - capacidad de producir voz.

Voz - sonido producido por el aire al pasar a través de la laringe y el tracto respiratorio superior.

BIBLIOGRAFIA

Ackey J. Betty

Manual de Diagnósticos de Enfermería

Ed. Elseiver 6ta. edd

Madrid 2007

Pp. 1316

Cabanillas F,

Linfoma no Hodgkin

Ed Doyma

Barcelona España 1988

Pp.116

Carpenito L.

Planes de cuidados y documentación en enfermería

Ed. Interamericana

Barcelona 1994

Pp753

C. long Bárbara

Enfermería Medico Quirúrgica

Ed. Harcourt 3era edd

Madrid 2003

Pp.

García Ma Jesús

El Proceso de Enfermería y El modelo de V. Henderson

Ed. Progreso

México DF. 1997

Pp320

Kozier Bárbara

Enfermería Fundamental Tomo I, II, III, 4ta Edd

Ed. MacGrawHill

Barcelona 1994

Pp1542

Lewis

Enfermería Medico Quirúrgica 6ta Edd

Ed Mosby Vol I

Barcelona 2004

Lippincott
Manual de Enfermería Práctica
Ed. McGraw-Hill Interamericana
México 1997
Pp.1014

L, Swearing Pamela
Intervenciones enfermeras y tratamiento Interdisciplinario
Ed. Harcourt 4ta edd
Madrid España 2000
Pp 1200

Luis Rodrigo Ma. Teresa
Los Diagnósticos de Enfermería Ed Masson
Barcelona España 2000Pp.279

Mantik Lewis Sharon
Enfermería Medico Quirúrgica
Ed. Elsevier vol. 1 6ta edd
Madrid 2004
Pp. 500

Marriner Tomey An
Modelos y Teorías de Enfermería
Ed. Harcourt Brace Edd 4ta
España 1999
Pp555

POLIT Denisse F
Investigación Científica en Ciencias de la Salud
McGraw Hill Interamericana 6ta edd 2000

POTTER Patricia y Ann Perry
Fundamentos de Enfermería Teoría Práctica
Ed. Mosby-Doyma Madrid España

ROSALES Susana
Fundamentos de Enfermería
Ed El manual moderno
México DF 1999

Tortora G,
Principios de Anatomía y Fisiología
Ed Harla 1993 6ta Edd
Pp 1205