



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA TITULADO:
TEORÍA DOROTHY OREM APLICADA A UNA PERSONA
CON DÉFICIT DE AUTOCUIDADO ASOCIADO A
EXÉRESIS DE MENINGIOMA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA PRESENTA:

SHANTAL GUADALUPE GUTIÉRREZ VALENCIA

No. Cuenta. 413090957

ASESORA: MTRA. TERESA SÁNCHEZ ESTRADA

CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO.

OCTUBRE DE 2017





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.

DEDICATORIAS:

A MIS PADRES:

Por ser el pilar fundamental de mi vida, por su incondicional amor, paciencia, por los esfuerzos y sacrificios que han hecho por mí y que ahora se ven reflejados; mi educación es gracias a ustedes. Todo mi amor y agradecimiento por siempre.

A MI HERMANO:

Gracias por todo tu apoyo, has sido participe de mis logros y ahora se vienen los tuyos. Espero ser siempre un buen ejemplo para ti; Te amo hermanito.

A MIS FAMILIARES:

Abuelita Juana, Tía Julia, Tía Pina ustedes son testigos de todo mi esfuerzo, han vivido conmigo todas las etapas de mi vida y quiero darles gracias por su apoyo, sus consejos y su compañía en este proceso; A Montse, Luis, Bere, Samuel quienes han sido más que primos, son mis hermanos, gracias por haber contribuido de muchas maneras en mi camino. Todos ustedes sepan que cuentan conmigo, los amo.

A mi Abuelito Luis (QEPD) gracias por tus palabras antes de partir, siempre tuviste sabios consejos para mí; tus anécdotas, tus risas, tus bailes y tus frases siempre las llevaré en mi corazón, te recordaré y amaré por siempre. Te mando un fuerte abrazo y un beso, que Dios te tenga junto a él y a la Abuelita Rosa.

GUILLERMO:

Llegaste a mi vida en un abrir y cerrar de ojos, a partir de entonces no has parado en demostrarme cuánto me amas; gracias infinitas amor mío por apoyarme, por estar a mi lado, por escucharme y abrazarme cuando lo necesito. Es un verdadero placer compartir mis más grandes logros junto a ti y vamos por más. Te amo Memo, para siempre.

LUCIA:

Amiga de mi corazón, gracias por seguir aquí a mi lado, por tu cariño, tu apoyo y tus consejos cuando los necesito; siempre tendrás mi amistad y mi compañía, cuenta conmigo para todo, te quiero Lucy.

AGRADECIMIENTOS:

A mi maravillosa Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme formar parte de ella y por brindarme un mundo abierto al conocimiento. Me siento feliz y orgullosa de ser universitaria.

A mi querida Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, mi eterno agradecimiento por acogirme y darme un sinfín de herramientas para mi estudio, por haberme dado la oportunidad de conocer otro estado, por las amistades que me diste y que aún continúan en mi vida, por ponerme a la persona que alegra mis días, gracias por los maestros maravillosos que pusiste en mi camino y que me enseñaron lo que ejerceré toda la vida, especialmente a la Maestra Nubia, Nely, Carmen, Amparo, Lasty, Rene, Guillén, Araceli Jiménez y Araceli Diosdada quienes son mi ejemplo de perseverancia y constancia.

Mi eterno respeto, admiración y cariño para usted Maestra Tere, quién me ha brindado su espacio para guiarme, para escucharme y aconsejarme en las decisiones que he tomado a lo largo de estos 5 años de estudio, usted ha sabido el gran reto que ha presentado mi formación académica, el esfuerzo que me tomo realizar este trabajo y del cual usted puso su conocimiento y experiencia para que se lograra. Gracias maestra por su paciencia y cariño.

ÍNDICE

I.	Introducción.....	6
II.	Objetivo general.....	8
2.1.	Objetivos específicos.....	8
III.	Metodología.....	9
IV.	Marco conceptual.....	10
4.1.	El cuidado como objeto de estudio de la enfermería y sus implicaciones éticas. 10	
4.1.1.	Principios éticos.....	13
4.2	Dorothy E. orem: teoría enfermera del déficit de autocuidado.....	16
4.2.1.	Conceptos metaparadigmáticos.....	19
3.2.	Proceso de atención de enfermería.....	20
3.2.1.	Etapa de valoración.....	21
3.2.2.	Etapa de diagnóstico.....	22
3.2.3.	Etapa de planificación.....	24
3.2.4.	Etapa de ejecución.....	25
3.2.5.	Etapa de evaluación.....	26
V.	Cuadro clínico de meningioma.....	28
5.1.	Meningioma.....	28
5.1.1.	Origen y localización.....	28
5.1.2.	Manifestaciones clínicas.....	30
5.1.3.	Diagnóstico.....	31
5.1.4.	Tratamiento.....	31
5.2.	Meninges.....	32
5.3.	Líquido cefalorraquídeo.....	33
5.3.1.	Producción y circulación.....	34
VI.	Caso clínico.....	36
6.1.	Selección del caso.....	36
6.2.	Descripción del caso.....	37
6.2.1.	Antecedentes generales de la persona.....	38

VII.	Aplicación del proceso de atención de enfermería.....	39
7.1.	Valoración de enfermería.....	39
7.2.	Identificación de los principales requisitos universales con déficit de autocuidado.	41
7.3.	Diagnósticos, planeación, ejecución y evaluación.....	42
VIII.	Conclusiones.....	56
IX.	Referencias bibliográficas.....	58
X.	Anexos.....	62
10.1.	Glosario.....	62
10.2.	Escalas de valoración.....	68

I. INTRODUCCIÓN.

En este trabajo académico se documentan las intervenciones de Enfermería, sistematizadas según la metodología del proceso de atención de enfermería; en el marco de la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothy Orem dirigidos a una persona en estado crítico pos operada de exéresis de meningioma.

Se describe la valoración de enfermería lo que permitió la identificación de los requisitos universales de autocuidado que presentaron déficit para proceder a la planeación, ejecución y evaluación de la atención.

Para fundamentar las intervenciones se describen brevemente aspectos fundamentales sobre el cuidado como fenómeno de estudio de la Enfermería, se incorporan los conceptos nucleares de la teoría del déficit de autocuidado además del cuadro clínico o fisiopatología de los meningiomas como neoplasias cerebrales, mismos que regularmente son benignos y de lento crecimiento que tienen su origen de las células meningoteliales; raramente se malignizan y, dependiendo su localización, son susceptibles de resección con un riesgo relativamente bajo de mortalidad o de secuelas neurológicas.

Desde luego, la intención de fundamentar las intervenciones de Enfermería centradas en la persona pos operada de cirugía cerebral por exéresis de meningioma, pretender evitar o minimizar las potenciales complicaciones que se presenten. Por lo anterior, se enfatiza en la valoración permanente de las respuestas fisiopatológicas y el déficit de autocuidado que presentó la persona atendida a fin de evitar un deterioro que ponga en peligro su vida.

Se describe a detalle el plan de cuidados ejecutado a partir del requisito de autocuidado con déficit, el diagnóstico enfermero, el objetivo planteado, las intervenciones y su evaluación. Dentro de éstas, se incorporan los tratamientos y las intervenciones interdependientes como son los datos de laboratorio y tratamiento médico indicado.

Se incluye un apartado a manera de conclusión derivada de esta experiencia de cuidado según D. Orem y los requisitos de autocuidado y desde luego, la bibliografía consultada.

Como anexos se incluyen en primer término un glosario de términos clínicos relacionados con la neurología. Se agregaron las siguientes escalas utilizadas en el cuidado del paciente neurológico: Escala de Coma Glasgow, escala RASS para la valoración de la sedación/anestesia, Escala visual analógica del dolor, Escala de riesgo de caídas y la Escala de Braden para valoración de úlceras por presión.

II. OBJETIVO GENERAL.

Utilizar los elementos del Método Enfermero para definir los cuidados de enfermería basados en la teoría de Dorothy Orem aplicados a una persona en estado crítico pos operado de exéresis de meningioma.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar los principales requisitos universales con déficit de autocuidado para realizar su planeación, ejecución y evaluación.
- Diseñar las intervenciones de enfermería en base a la teoría de los sistemas de Dorothy Orem.
- Revisar las bases teóricas de los meningiomas a fin de sustentar el proceso de atención de enfermería.

III. METODOLOGÍA.

El Proceso de Atención de Enfermería, se inició con la selección de un caso clínico a una persona adulto mayor con afecciones microquirúrgicas hospitalizada en una Institución de tercer nivel de atención, dentro del área de Terapia intermedia;

Se llevó a cabo una valoración de enfermería mediante el instrumento de la teoría de Dorothy Orem, se hizo una exploración física y se revisó el expediente clínico, con la finalidad de obtener datos objetivos que fueron desarrollados en las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Los diagnósticos de Enfermería fueron formulados mediante el formato PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas), que ayudaron a brindar un cuidado específico a las manifestaciones clínicas que presentó la paciente, sus intervenciones fueron descritas mediante la teoría de los sistemas enfermeros de Dorothy Orem; también se hizo la integración de un marco teórico acerca de la enfermedad y de la teórica, mismos que apoyan en la descripción y ejecución de este Proceso de Atención de Enfermería.

IV. MARCO CONCEPTUAL.

4.1. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA Y SUS IMPLICACIONES ÉTICAS.

La historia de la enfermería demuestra la importancia de la teoría para la enfermería como una rama de la educación y un campo especializado de la práctica. Actualmente hablar del cuidado lleva a pensar en este concepto como el eje de la profesión de enfermería. Sin embargo el origen del cuidado está íntimamente ligado al acto de cuidar de la naturaleza humana, y en ese sentido podemos ubicar su desarrollo paralelo al desarrollo del hombre y de toda la humanidad, identificándolo como un recurso de las personas para procurarse los elementos necesarios para el mantenimiento de la vida y su supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad. Fue en el siglo XIX cuando Florencia Nightingale reconoció que el propósito de la enfermería no se limitaba a cuidar a los enfermos en los hospitales, sino que también procura ayudar a la gente a vivir. Su marco de trabajo enfatizaba la utilidad del conocimiento empírico y la sistematización del registro de datos para mejorar la calidad del cuidado brindado⁴⁴. La orientación que propone Nightingale es una visión holística del proceso de curación, la preocupación de la enfermera, que está al lado de las personas enfermas o sanas, consiste en proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud.⁴⁵

A medida que los hospitales y las técnicas médicas van complejizándose a la par de los descubrimientos científicos, los cuidados de salud se van centrando cada vez más en la patología, circunscribiéndose a la intervención clínica, orientada específicamente al órgano, al tejido y se pierde el valor de la visión holística, de la cual enfermería y sus cuidados originalmente hacen eje.⁴⁵

Los sujetos de cuidado son el individuo y sus grupos sanos o con alguna alteración de la salud; sus componentes son los conocimientos derivados de la

ciencia y los elementos derivados del arte que son necesarios para establecer una relación interpersonal con el individuo al que se cuida, identificados como: respeto, tolerancia, empatía, solidaridad, confianza, etc. La conjunción de estos elementos dentro de la relación enfermera-persona cuidada convierten el cuidado en un acto de vida de dos personas en interacción; es acto de vida para ambos, porque en nuestra interrelación con el otro no nos abstraemos de nuestro propio curso de vida, sino que, siendo parte de ella, influimos recíprocamente el acto de cuidar. Podemos afirmar que damos “cuidado de enfermería” solo cuando utilizamos el conocimiento surgido de la ciencia del cuidado como respaldo de las acciones de cuidar y hacemos un arte de la conjugación de la ciencia con la interrelación enfermera-persona que cuida⁹.

La persona es vista como sujeto de adaptación o receptor del cuidado de enfermería. La familia, el colectivo, grupo o comunidades engloban el concepto de persona. El ambiente representa el escenario donde crece, interactúa y desarrolla la persona y en que se reconocen los componentes sociales, culturales, espirituales, físicos y psicológicos. La salud es considerada como la representación de la calidad de vida, como la finalidad de la acción de enfermería y como un proceso dinámico y evolutivo además enfermería como persona profesional que brinda cuidados integrales de forma holística a otra persona⁴⁵.

En la actualidad las enfermeras buscan transformar la práctica profesional, mediante la transmisión de saberes que la propia profesión considera de vanguardia, con ello nos referimos a la enseñanza del Proceso de Enfermería y a las Teorías y Modelos. Ambos enfoques buscan establecer y delimitar el trabajo de Enfermería, es decir el cuerpo de saberes³².

Enfermería debe mantener las bases sólidas de su objeto de estudio; el cuidado, se entiende por cuidado, a la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de

mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.³⁴

El profesional de enfermería, independientemente del área en la que se desempeñe y el modelo o teoría con la que trabaje, debe mostrar en su actuar las bases éticas que sostienen un cuidado de calidad y en las que recae la importancia de la profesión. El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud, la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas. Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica. La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.³⁵

La ética en los cuidados se refiere a las relaciones entre las personas, el carácter y la actitud de la enfermera con respecto a los demás, un compromiso personal y emocional con otros, los profesionales en la salud deben ser sensibles a las relaciones desiguales que pueden conducir al abuso del poder de una persona sobre otra ya sea intencionado o no. Cuidar implica preocupación, explotar nuestras competencias, acompañamiento, sensibilidad con el dolor humano y esperanza. Se requiere entonces, conocer a la persona que requiere ayuda y diseñar las estrategias necesarias para garantizar el confort, así como ganar la confianza en pacientes y familiares⁴⁵.

Lo que la ética a la enfermera le solicita y más aún le exige es que dé un testimonio unánime a través de sus acciones, de lo que son sus convicciones acerca de la dignidad humana, y que proporcione atención personalizada y humanizada, en un ejercicio de la profesión de constante interacción con la persona.³⁵

Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales. La enfermera, consciente o inconscientemente los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermería sin esta interrelación. La enfermera, a través del cuidado, pone en marcha todo aquello que mueve la energía del ser humano, su potencial, su deseo de vivir. Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia. Por todo esto se hace necesario que la enfermera conozca las potencialidades y debilidades de sí misma y de los demás, esa cualidad de reconocer su capacidad humana implica su disposición de dar, de conducirse y de actuar, así como de renunciar a todo aquello que pueda hacer y hacerle daño.

La calidad del cuidado comprende la atención de las necesidades básicas de la persona en forma oportuna y segura, atendiendo las dimensiones social, biológica, espiritual, mental que se basan en los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. El cuidado comprende también el respeto a la privacidad, la confidencialidad, confiabilidad y la fidelidad.³¹

4.1.1. PRINCIPIOS ÉTICOS DE ENFERMERÍA.

- **Beneficencia y no maleficencia.**- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada,³⁵

logrando el mayor beneficio, ello supone no sólo desear el bien del otro, sino más bien ejecutarlo.³³

- Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.³⁵
- Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.³
- Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.^{36,38}
- Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.^{36,38}

- Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.³⁸
- Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.^{33, 38}

4.2 DOROTHY E. OREM: TEORÍA ENFERMERA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

Dorothy Elizabeth Orem, es una de las enfermeras americanas más destacadas, nacida en Baltimore, Maryland en el año de 1914; Egresada de la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC en 1930. El acercamiento de Orem a las practicas enfermeras incluyeron las actividades de enfermería quirúrgica, enfermería de servicio privado domiciliario y hospitalario, en unidades pediátricas y adultos; su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Es por ello, que desarrolla en el año de 1958 su teoría enfermera del déficit de autocuidado².

El enfoque específico del modelo de Orem es el desarrollo de las capacidades de las personas para alcanzar la salud, el objetivo de enfermería es el estado que indica la necesidad de asistencia enfermera “la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de salud personal” (Orem, 2001). Es el foco real que determina el dominio y los límites de enfermería como un campo de conocimiento y práctica. Esta fue la base para el desarrollo de su teoría de déficit de autocuidado.⁴⁴ La teoría enfermera del déficit de autocuidado de Orem ofrece una conceptualización del servicio de ayuda característico que presta la enfermería.²

Dorothy Orem identifico su teoría enfermera de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

1. La teoría de autocuidado, que describe por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente.
3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.²

Requisitos de autocuidado universales.

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Son ocho requisitos para los hombres, mujeres y niños²:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo al potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Autocuidado: la palabra auto se utiliza en el sentido del ser humano completo. El autocuidado comporta la connotación dual para uno mismo y realizado por uno mismo. El proveedor de autocuidado se denomina agente de autocuidado. El término agente se usa en el sentido de persona que lleva a cabo la acción. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres relacionadas⁴⁴:

1. Teoría de Autocuidado.

Explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. El autocuidado es una actividad aprendida por el individuo orientado hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida dirigidas por las personas sobre sí mismas,

hacia los demás o hace el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

2. Teoría de Déficit de Autocuidado.

Describe y explica las razones por las que la enfermera puede ayudar a las personas. En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a dichas limitaciones a causa de su salud o relacionados con ella, no pueden asumir autocuidado o el cuidado independiente.

3. Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se dé la relación con la enfermera. En la que se explican los modos en que las enfermeras pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistema de Enfermería Totalmente Compensatorio: la enfermera suplente al individuo. Cuando la enfermera está compensando una incapacidad total o una prescripción que impide a la persona realizar acciones de autocuidado, esta incapacidad puede estar relacionada con desconocimiento, imposibilidad física o falta de voluntad para realizar la acción.
- Sistema de Enfermería Parcialmente Compensatorio: el personal de enfermería proporciona cuidados. Cuando tanto el enfermo como la persona asistida realizan medidas terapéuticas u otras actividades de cuidado dentro de sus posibilidades.
- Sistema de Enfermería de Apoyo-Educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

4.2.1. CONCEPTOS METAPARADIGMÁTICOS.

En su teoría Dorothy E. Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos^{2, 5}:

- Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.
- Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.
- Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.
- Entorno: Conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

3.2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

En el proceso de atención de enfermería se aplican los conocimientos a la práctica profesional. Esta práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un oficio, a desarrollar un marco conceptual propio. Los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de procedimientos, protocolos y planes de cuidado.⁴²

El proceso de Enfermería se define como el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional del Enfermería.⁴

El Proceso de Atención de Enfermería se fundamenta en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnostica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran. Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.³⁹

El Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la

valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de Enfermería para un mismo sujeto. Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado.³⁹

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, solo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.⁴

3.2.1. ETAPA DE VALORACIÓN.

Es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores⁵.

La obtención de los datos se obtiene de dos fuentes:

- Las fuentes primarias de información son⁴²:
 - Paciente
 - Entrevista
 - Observación
 - Exploración física de enfermería céfalo – caudal (auscultación, inspección, palpación, percusión).
- Las fuentes secundarias de información son⁵:
 - Expediente clínico
 - Familiares
 - Cualquier otra persona que de atención al enfermo.

En la valoración se obtienen datos tanto objetivos como subjetivos, es la recogida de toda la información que necesitamos del paciente.⁴²

Tipos de datos a recoger⁵:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de la persona. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.
- Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento.
- 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.
- Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.

Para la validación de los datos se debe asegurar que estos son reales; se realiza siempre que no exista seguridad sobre la información reunida; se debe hacer tanto para los datos subjetivos como para los objetivos.⁴³

3.2.2. ETAPA DE DIAGNÓSTICO.

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería. Un diagnóstico es un enunciado del problema real o en potencia de la persona que requiera de la intervención de enfermería, con el objeto de resolverlo o disminuirlo⁵.

En esta fase se desarrolla el diagnóstico enfermero que proviene de lo identificado de la etapa anterior y abarca todo un proceso de diagnosticar, llegar a una conclusión o juicio alcanzado y expresado en una categoría diagnóstica.⁴³

Tipos de Diagnóstico^{5,9}:

- Diagnóstico de enfermería real: se refiere a una situación que existe en el momento actual.

- Diagnóstico de enfermería de 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.
- Diagnóstico de enfermería de promoción de la salud: es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud tales como la nutrición o el ejercicio.
- Diagnóstico de enfermería de salud o de bienestar: Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar

Los diagnósticos de Enfermería en formato PES permiten la realización de cuidados específicos a las respuestas humanas que genere un enfermo. Sus componentes son: Problema + Etiología diagnóstica + Sintomatología; es una forma de elaborar un diagnóstico real.⁴⁴

Se determinó que cada diagnóstico de enfermería (real) tuviera los componentes que a continuación se describen⁴³:

1. Etiqueta (enunciado del problema): proporciona un nombre el diagnóstico; es un término o frase concisa con el que se representa un patrón de claves relacionadas; puede incluir modificaciones.
2. Características definitorias: grupo de signos y síntomas y factores de riesgo; inferencias observables que se agrupa como manifestaciones en un diagnóstico enfermero.
3. Factores relacionados: muestra algún tipo de patrón relacionado con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes en el diagnóstico.

3.2.3. ETAPA DE PLANIFICACIÓN.

Tercera etapa del proceso de atención de enfermería; en ella se seleccionan las intervenciones de enfermería, una vez que se han analizado los datos de la valoración y se ha llegado al diagnóstico de enfermería. Se trata de establecer intervenciones de enfermería que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.⁴³

Etapas en la planificación:

1. Establecer prioridades en los cuidados: se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados (diagnósticos), para orientar las intervenciones.^{5,43}
2. Planteamiento de los objetivos: 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.⁵
3. Actuaciones de enfermería: las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar a la persona al logro de los resultados esperados. Para ello se elaboraran 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.

- Formulación de Objetivos.

La formulación de los objetivos se elaboran una vez que se han priorizado los diagnósticos; de esta manera, un objetivo es la evolución de una persona o una modificación deseada de su comportamiento; es una forma de proyección de la respuesta esperada observa los comportamientos que manifiestan cambio

biológico, afectivo, cognoscitivo, social, espiritual. Al establecer los objetivos hay que considerar el tiempo para poder obtener los resultados esperados:

- Corto Plazo: son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Son adecuados, especialmente, para establecer la atención inmediata, cuando las personas son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos, o bien para identificar desviaciones y corregirlas rápidamente.
- Mediano Plazo: para un tiempo intermedio, que puede oscilar entre una semana o un mes, de tal forma que se puedan utilizar para reconocer los logros de la persona y mantener la motivación.
- Largo Plazo: son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos, uno que abarca un periodo prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro; otro se obtiene a través de una secuencia de objetivos a corto plazo.⁴³

- Elección de Intervenciones.

Las intervenciones están dirigidas a modificar los factores etiológicos o factores relacionados; si la intervención resulta exitosa, puede esperarse que el estado de salud de la persona mejore. Representan toda acción que realiza la enfermera, toda actividad o comportamiento que adopta o que trata de desarrollar en la persona; en el marco de sus funciones profesionales, busca el mayor bienestar de la persona cuidada.⁴³

3.2.4. ETAPA DE EJECUCIÓN.

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. Es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- ✓ Continuar con la recogida y valoración de datos.
- ✓ Realizar las actividades de enfermería.

- ✓ Anotar los cuidados de enfermería.
- ✓ Mantener el plan de cuidados actualizado.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.⁵

Hay tres tipos de habilidades para ejecutar satisfactoriamente el plan de cuidados, a saber⁴³:

- **Habilidades Cognitivas.** Para la solución de problemas, toma de decisiones y para el razonamiento crítico y el pensamiento creativo; el uso de estas habilidades es crucial para proporcionar un cuidado de enfermería seguro.
- **Habilidades interpersonales:** son los recursos que las personas utilizan para comunicarse directamente con otras; incluyen habilidades verbales y no verbales que son necesarias para todas las intervenciones de enfermería.
- **Habilidades Técnicas:** Son habilidades psicomotoras o manuales para la manipulación de equipo y material, colocar un vendaje, movilizar una persona, etc. Para este tipo de habilidades se requieren conocimientos y destreza manual.

3.2.5. ETAPA DE EVALUACIÓN.

En esta etapa se deben comparar las respuestas de la persona y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos⁵. La evaluación tiene como propósito fundamental determinar el progreso de las personas o grupos para mejorar, aliviar o recuperar su situación de salud. En este sentido, los dos criterios más importantes que valora la enfermería son la eficacia y la efectividad de las actuaciones.⁴³

El proceso de evaluación consta de los siguientes aspectos⁵:

1. Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados

3. Elaboración de un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, tres posibles conclusiones a las que se puede llegar son⁵:

1. La persona ha alcanzado el resultado esperado.
2. La persona está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
3. La persona no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso se debe realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados y de las actividades llevadas a cabo.

V. CUADRO CLÍNICO DE MENINGIOMA.

5.1. MENINGIOMA

Los meningiomas (tumores de las meninges) se caracterizan por ser tumores benignos y de crecimiento lento (habitualmente) en los adultos, las personas que presentan meningiomas suelen encontrarse dentro del rango de edad de 40 a 60 años (con un pico de incidencia a los 45 años aproximadamente) y, por un margen escaso, son más probables en mujeres (proporción de 3:2)⁸; probablemente esto se deba a la presencia de receptores hormonales (estrógenos y progesterona)⁴⁰ Los meningiomas se pueden encontrar por la superficie externa del cerebro (duramadre) así como dentro del sistema ventricular, donde proceden de las células meningoteliales de la aracnoides del plexo coroideo.⁶

5.1.1. ORIGEN Y LOCALIZACIÓN.

Los meningiomas se originan de las células aracnoideas que se encuentran en las vellosidades, en los puntos donde los vasos sanguíneos y los nervios craneales atraviesan la duramadre y a lo largo de la base del cráneo. La mayor parte de meningiomas (alrededor del 90%) se encuentran en la cavidad craneal o asociados a la medula espinal (alrededor del 9%).⁸

Los Meningiomas son clasificados según su localización más que por su histología, dado que el pronóstico depende generalmente solo de este factor.⁴⁰

Los meningiomas se encuentran en las siguientes localizaciones:

- Parasagital
- Convexidad
- Tubérculo de la silla
- Cresta esfenoidal
- Surco olfatorio
- Hoz del cerebro
- Del foramen magno
- Del ala del Esfenoides

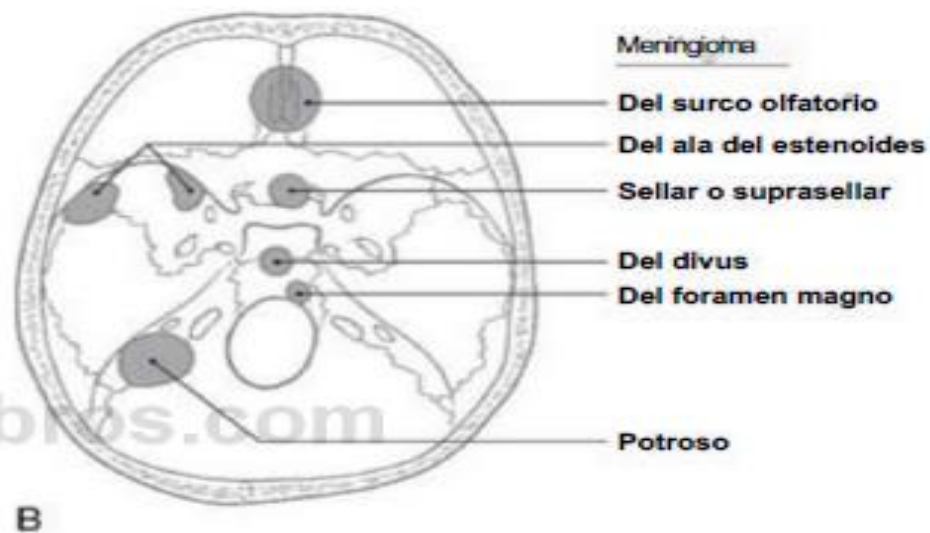
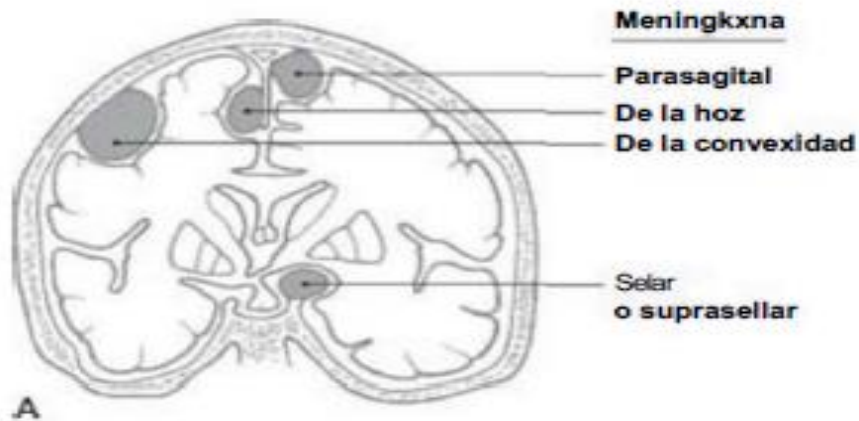


Figura 7-10. Vista coronal del cerebro (A) y una vista de la base del cráneo (B) que muestran las localizaciones de los meningiomas. En estos ejemplos, obsérvese que el nombre de este tumor habitualmente alude a su posición en relación a los tabiques meníngicos o a las referencias óseas.

Imagen tomada de: Duane E. H. *Principios de Neurociencia: Aplicaciones básicas y clínicas*. 4° ed. Barcelona, España: Elsevier. 2014. p: 102

Los meningiomas se consideran como grado I/IV de la OMS, teniendo un riesgo relativamente bajo de recurrencia o de crecimiento agresivo⁶:

- Grado I: Son lesiones de bajo grado, y no tienen significación pronóstica. Entre estos se encuentran el sincitial, el Fibroblástico, el transicional, el psamomatoso, el secretor y el microquístico.

- Grado II: Es una lesión con un mayor grado de recidivas y un crecimiento local más agresivo. Entre estos se encuentran el atípico, célula clara y el cordoide.
- Grado III: Es un tumor muy agresivo que tiene un aspecto macroscópico de sarcoma de alto grado. El meningioma anaplásico es un grado III.
- Grado IV: Son lesiones con una gran propensión a recidivar. Entre estos se encuentran el meningioma papilar y el Rabdoide.

Mientras que la mayor parte de los meningiomas se separan con facilidad del cerebro incluso si lo desplazan, algunos tumores infiltran el cerebro. La presencia de invasión cerebral se asocia con un aumento del riesgo de recidiva pero no cambia el grado histológico de la lesión.⁶

5.1.2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

La clínica de los meningiomas varía de acuerdo a su localización, grado de infiltración y extensión. Las formas de presentación son⁴⁰:

- Síndrome de Hipertensión Intracraneana. Aparece con tumores que poseen un volumen superior a los 25 cm³, o bien si obstruyen la circulación del LCR y producen hidrocefalia.
- Síndrome Cerebral Focal. El compromiso de un sector del cerebro se evidencia clínicamente con síntomas característicos. Por ejemplo, si se compromete el área motora habrá una hemiparesia; y si está comprometida el área frontal del lenguaje, una afasia de Broca.
- Crisis Epilépticas. Pueden ser focales o generalizadas.

Los síntomas generales (malestar, anorexia, pérdida de peso, fiebre) sugieren una metástasis más que un tumor cerebral primario.⁴¹

5.1.3. DIAGNÓSTICO.

La existencia de una lesión tumoral se sospecha por la clínica antes descrita, y se confirma mediante la TAC y las IRM. Si bien la primera aporta datos precisos sobre la localización y extensión de una masa cerebral, el estudio de elección en los tumores son las IRM de cerebro con y sin la administración de contraste endovenoso. Actualmente la única forma de conocer con certeza la histología es con biopsia o cirugía.⁴⁰

5.1.4. TRATAMIENTO.

❖ Medicación antiedema.

- Dexametasona 4-8 mg cada 6 horas con protección gástrica.

Especialmente las metástasis y en menor grado el resto de los tumores, tienen una respuesta muy favorable a los corticoides. Éstos mejoran transitoriamente los síntomas al disminuir el edema vasogénico y la hipertensión Intracraneana.

❖ Medicación anticonvulsivante.

- Difenhidantoína 100 mg cada 8 horas.

La difenhidantoína es el anticonvulsivante de primera elección. Puede indicarse otra droga anticonvulsivante en caso de alergia, intolerancia, reacciones adversas, etc.

❖ Tratamiento Quirúrgico.

- Resección tumoral completa, subtotal, parcial o biopsia, según conveniencia o posibilidad, buscando generar el menor daño posible a las estructuras neurovasculares circundantes.
- Además de descomprimir el tejido cerebral con la resección tumoral, la cirugía tiene otras dos funciones: diagnóstica, para conocer la histología de la lesión, y facilitadora de la acción de la radioterapia y la quimioterapia, que son los tratamientos coadyuvantes más frecuentemente utilizados. La cirugía, al estimular la proliferación de células malignas en reposo, las hace más sensibles a estos tratamientos.⁴⁰

5.2. MENINGES

Dentro del cráneo, el cerebro está recubierto por tres membranas protectores que se continúan a nivel de la medula espinal, estas son la duramadre, la aracnoides y la piamadre. La duramadre es una membrana gruesa y resistente, adherida al cráneo y a las vértebras, e inervada por las fibras aferentes del nervio trigémino y de los nervios cervicales superiores.⁷ Las porciones internas de la duramadre dan lugar a pliegues o tabiques, tales como la hoz del cerebro y el tentorio (tienda del cerebelo) que separan regiones encefálicas entre sí.⁸

Por debajo de ella, se encuentra la aracnoides, es una capa celular fina que se ancla a la duramadre que la recubre, está separada por la piamadre por el espacio subaracnoideo.^{7, 8}

La piamadre se localiza sobre la superficie del encéfalo y de la medula espinal y sigue estrechamente los diferentes surcos y elevaciones.⁸

El espacio subaracnoideo está lleno de líquido cefalorraquídeo y también alberga a las arterias principales, cuyas ramas atraviesan la piamadre y penetran en el sistema nervioso central.⁷

Las meninges se extienden en dirección caudal, y recubren a la medula espinal. Aquí, la duramadre se adhiere al agujero magno en su porción superior y se proyecta hacia abajo, para terminar a nivel de la segunda vértebra sacra.⁷

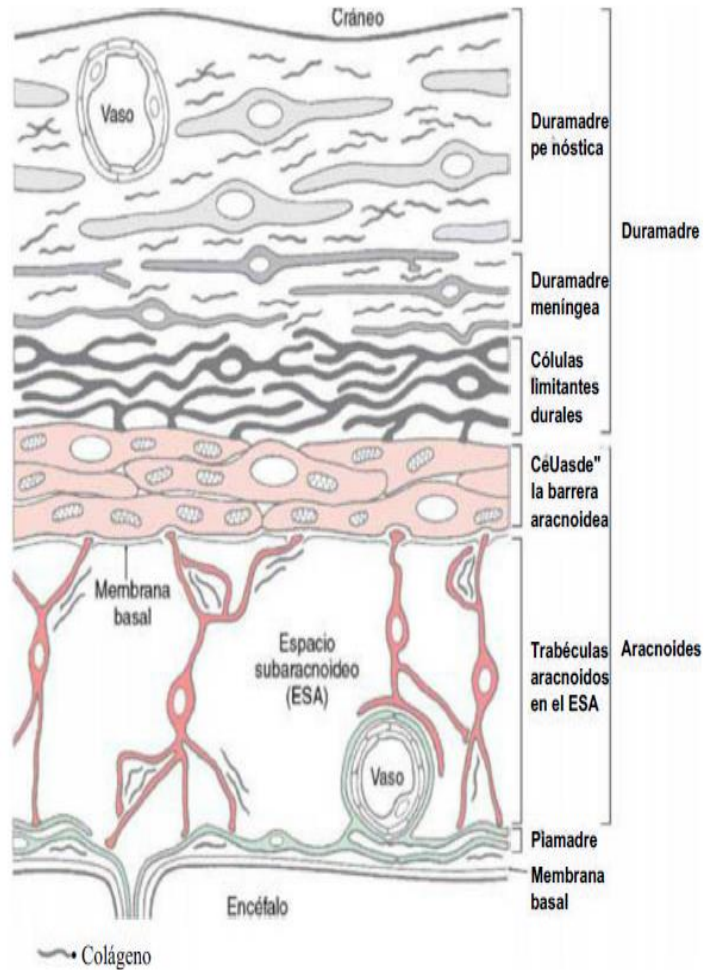


Figura 7-3. Estructura de las meninges. Las capas de la duramadre se muestran en una escala de grises, la aracnoide en una escala de rosas y la piamadre en verde. (De Haines DE: *On a question of a subdural space. Anat Rec* 230:3:21, 1991.)

Imagen tomada de: Duane E. H. *Principios de Neurociencia: Aplicaciones básicas y clínicas. 4º ed.* Barcelona, España: Elsevier. 2014. p: 114

5.3. LIQUIDO CEFALORRAQUÍDEO.

El LCR se genera en los plexos coroideos, que se encuentran principalmente en los ventrículos. El LCR es similar al plasma sanguíneo tiene concentraciones más altas de cloruro, magnesio y sodio; concentraciones similares de creatinina; y concentraciones menores de potasio, calcio, glucosa y proteínas, albuminas y ácido úrico; cuando hay desviación de estos valores normales es indicativo de un estado patológico o de un proceso patológico en curso.^{7,8}

El LCR normal es cloro e incoloro y contiene muy pocas proteínas (15 a 45 mg/dl), escasas inmunoglobulinas y solo de una a cinco células (leucocitos) por mililitro. Los cambios a partir de estos valores normales son útiles en el diagnóstico de diversos procesos patológicos. El número y tipos de células que se encuentran en el LCR varían según el tipo de enfermedad; los pacientes con tumores primarios del SNC habitualmente tienen unos niveles elevados de proteínas en su LCR.⁸

5.3.1. PRODUCCIÓN Y CIRCULACIÓN

El LCR producido por los plexos coroideos circula por el sistema ventricular para abandonar el cuarto ventrículo a través de los forámenes de Luschka y Magendie. En este punto, el LCR entra en el espacio subaracnoideo, el cual se continua alrededor del encéfalo y de la medula espinal. El LCR en el espacio subaracnoideo aporta la flotabilidad necesaria para prevenir que el encéfalo comprima las raíces nerviosas y los vasos sanguíneos contra la superficie interna del cráneo. El movimiento de LCR a través del sistema ventricular y del espacio subaracnoideo está influido por varios factores. En primer lugar, el movimiento ciliar de las células endimarias intactas mueve el LCR a lo largo de los ventrículos laterales y del tercer ventrículo, a través del acueducto cerebral, al interior del cuarto ventrículo y al interior del espacio subaracnoideo. En segundo lugar, existe un ligero gradiente de presión entre los puntos de producción de LCR (plexo coroideo) y los puntos donde el LCR es transferido al interior del sistema venoso (vellosidades aracnoideas). Dado que el LCR no es compresible, tiende a moverse a favor de este gradiente. En tercer lugar, también contribuyen a la circulación de LCR las pulsaciones de las arterias en el espacio subaracnoideo, el movimiento pasivo del LCR a través del epéndimo y del tejido cerebral y los movimientos leves del encéfalo y de la medula espinal durante la actividad normal. Después de atravesar el espacio subaracnoideo, el LCR alcanza las vellosidades aracnoideas que se extienden en el interior del seno sagital superior y dentro de los lagos venosos del seno sagital superior (lagunas laterales o lagunas laterales del seno sagital superior). El espacio subaracnoideo y el LCR que contiene se extienden hasta el interior del eje de cada vellosidad. En este punto, el LCR entra

en la circulación venosa a través de dos rutas. Una cantidad limitada pasa entre las células que conforman la vellosidad aracnoidea, mientras que la mayor parte es transportada a través de estas células en vesículas delimitadas por membrana. Entre 330 y 380 ml de LCR aproximadamente entran en la circulación venosa al día y alrededor de 120 a 140 ml se encuentran en todo momento en los ventrículos y en el espacio subaracnoideo.⁸

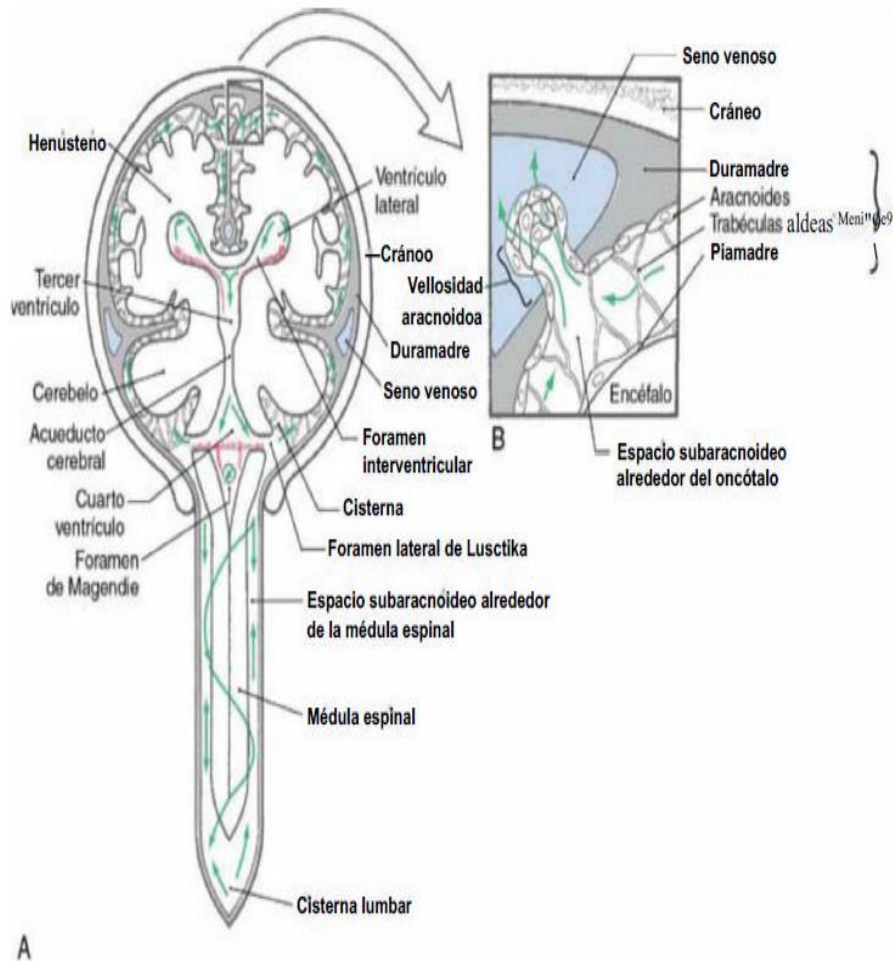


Figura 6-20. Representación del encéfalo y de la médula espinal (A) que muestra las localizaciones del plexo coroideo (rojo) y las rutas que sigue el LCR (verde) a través de los ventrículos y del espacio subaracnoideo alrededor del sistema nervioso central. El detalle (B) muestra las relaciones de una vellosidad aracnoidea con el espacio subaracnoideo y el seno venoso. Aunque no se muestra aquí, el seno venoso está delimitado por un endotelio. El LCR entra en el sistema venoso principalmente mediante transporte a través de las células de la vellosidad aracnoidea (B, flechas verdes discontinuas), aunque algo de fluido pasa entre estas células (B, flecha verde sólida).

Imagen tomada de: Duane E. H. *Principios de Neurociencia: Aplicaciones básicas y clínicas*. 4^o ed. Barcelona, España: Elsevier. 2014. p: 109

VI. CASO CLÍNICO.

6.1. SELECCIÓN DEL CASO.

El caso clínico que se seleccionó para la realización del proceso de atención de enfermería fue el de la paciente C.Q.C. de 71 años de edad originaria y residente del estado de Hidalgo, fue ingresada el día 15 de diciembre de 2016, por diagnóstico de tumor cerebral; se llevó a cabo el día 22 de diciembre de 2016 la intervención quirúrgica por exéresis de Meningioma, ingresando al área de Terapia intermedia en su pos operatorio para recibir cuidados del personal de enfermería; área donde se tuvo el primer contacto con la paciente el día 11 de enero de 2017. A partir del día 11 de enero se inicia con la valoración de Enfermería aplicando el modelo de Dorothy Orem, trabajando con la paciente hasta el día 23 de enero de 2017, durante este periodo se recabaron datos personales de la paciente a través de su expediente clínico, también de la aplicación de las fases del proceso de atención de enfermería y de las intervenciones resultantes de ésta, ejecutadas y evaluadas para brindar un cuidado al paciente en estado crítico.

6.2. DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Se realizó una revisión del expediente clínico, en donde se asienta que la paciente acude a una institución de tercer nivel para valoración médica donde se solicita estudio de imagen que corrobore hallazgos de tumor cerebral y se inicie tratamiento.

En el expediente clínico se menciona que su padecimiento inicio hace aproximadamente 6 meses con alteraciones en la memoria, repetía mucho las cosas, esta sintomatología se acompaña de cefalea de predominio en región frontal, con una escala EVA 7/10 que cedía de manera parcial a la administración de analgésicos, se ha acompañado en ocasiones de náuseas y emesis de manera esporádica, al inicio de su padecimiento aproximadamente 20 días posteriores se presenta dificultad para la deambulaci3n; en los últimos 3 meses previos a acudir al Instituto hubo pérdida de peso de aproximadamente 10 kg. A su ingreso se le realizó una exploraci3n física donde se encontró despierta, dirigía y centraba la atenci3n con problemas para mantenerla, se encontraba orientada en persona y lugar, mas no en tiempo ni espacio, su lenguaje era coherente, congruente, con fallos en la memoria, el resto se encontraba sin alteraciones. Presentó una campimetría por confrontaci3n sin alteraciones, mirada primaria central, sin limitaci3n de movimientos oculares sin alteraci3n. Mantenía pupilas isocóricas normoreflécticas. Sensibilidad facial conservada, movimientos de gesticulaci3n sin alteraciones, úvula central, reflejo nauseoso presente, movimientos cervicales y de trapecio sin alteraciones; lengua con tono y trofismo normal, sensibilidad conservada global, tono y trofismo muscular sin alteraciones. Reflejos patológicos Hoffman y Tromner bilaterales, respuesta plantar indiferente bilateral; marcha normal.

6.2.1. ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA.

Paciente femenina de 71 años de edad con los siguientes antecedentes médicos de importancia:

- Antecedentes Heredo Familiares:
 - Tía materna con cáncer de mama.
 - 2 hermanos con tumores cerebrales, no especificó cuáles.

- Antecedentes Personales Patológicos:
 - Hipertensión arterial sistémica de aproximadamente 6 años de evolución en tratamiento con losartán.
 - Fracturas negadas.
 - Alergias negadas.
 - Tabaquismo, etilismo y otras toxicomanías negadas.

- Cirugías previas:
 - Cirugía abdominal, no se especificó cuál.

- Antecedentes Gineco Obstétricos:
 - Menarca a los 12 años.
 - Gestaciones 5 (Partos 3, abortos 2).
 - Menopausia a los 48 años.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

7.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

Durante el pos operatorio la paciente se encontraba con un estado de conciencia estuporoso y durante mi primer contacto y posteriores continuaba con el mismo.

Se llevó a cabo la valoración de enfermería céfalo – caudal identificando lo siguiente:

❖ Cabeza.

De características Normo-cefálicas, presenta herida quirúrgica temporo-parietal izquierda por exéresis de meningioma más herida quirúrgica frontal por cirugía de Derivación Ventrículo Peritoneal, ambas en proceso de cicatrización, a la valoración pupilar, presenta leve respuesta con un diámetro pupilar de 3 mm aproximadamente, ojos limpios con mucosas irrigadas, presenta aumento en lagrimeo; se observa edema palpebral, oídos limpios simétricos, nariz con morfología normal, fosas nasales limpias con presencia de sonda nasogástrica en narina derecha, sonda permeable y cerrada sin presencia de residuo gástrico. La paciente queda en ayuno por espera de realización de procedimiento quirúrgico (traqueostomía), tiene boca pequeña, con piezas dentales faltantes, mucosas orales deshidratadas, no se observa inflamación o irritación de encías, mantiene reflejo nauseoso conservado. Paciente oro-intubada conectada a ventilador mecánico, modo SIMV con un FiO₂ al 40%; se aspiran secreciones por circuito cerrado de características amarillentas fétidas y se aspira sialorrea abundante. Presenta palidez tegumentaria.

❖ Cuello.

Presenta cuello corto y ancho con tráquea central y móvil, se palpan pulso carotideo y yugular, no presenta inflamación ganglionar.

❖ Tórax

La paciente tiene instalado un catéter central subclavio bi-lumen de lado derecho, no hay presencia de signos de infección en el punto de inserción. Se encuentra monitorizada para toma de PVC (4 cmH₂O) y toma de constantes vitales no invasiva (FC 90, FR 28, pulso 90, Saturación de oxígeno 99%, T/A 138/72 TAM

88) y ECG con ritmo sinusal, se auscultan ruidos cardiacos rítmicos, se auscultan estertores en zona apical del pulmón derecho. Mamas simétricas, a la palpación no presenta nódulos.

❖ Abdomen

A la palpación, presenta abdomen globoso, se auscultan ruidos peristálticos 6x', presenta herida quirúrgica abdominal en mesogastrio por Derivación Ventrículo Peritoneal, en proceso de cicatrización, no se palpan visceromegalias. Presenta incisión de McBurney por apendicectomía.

❖ Genito-urinario:

A la observación la paciente cuenta con sonda vesical a derivación con presencia de orina, color amarillo paja, llegó a presentar un balance urinario por día de 400 ml (oliguria) con D.U. de 1015. No se palpa globo vesical. Mantiene a la observación y palpación genitales externos sin alteraciones. Presentó evacuación sólida sanguinolenta con salida de moco, glúteos normales sin UPP. Presenta laceración dérmica inguinal por irritación de pañal desechable, en tratamiento.

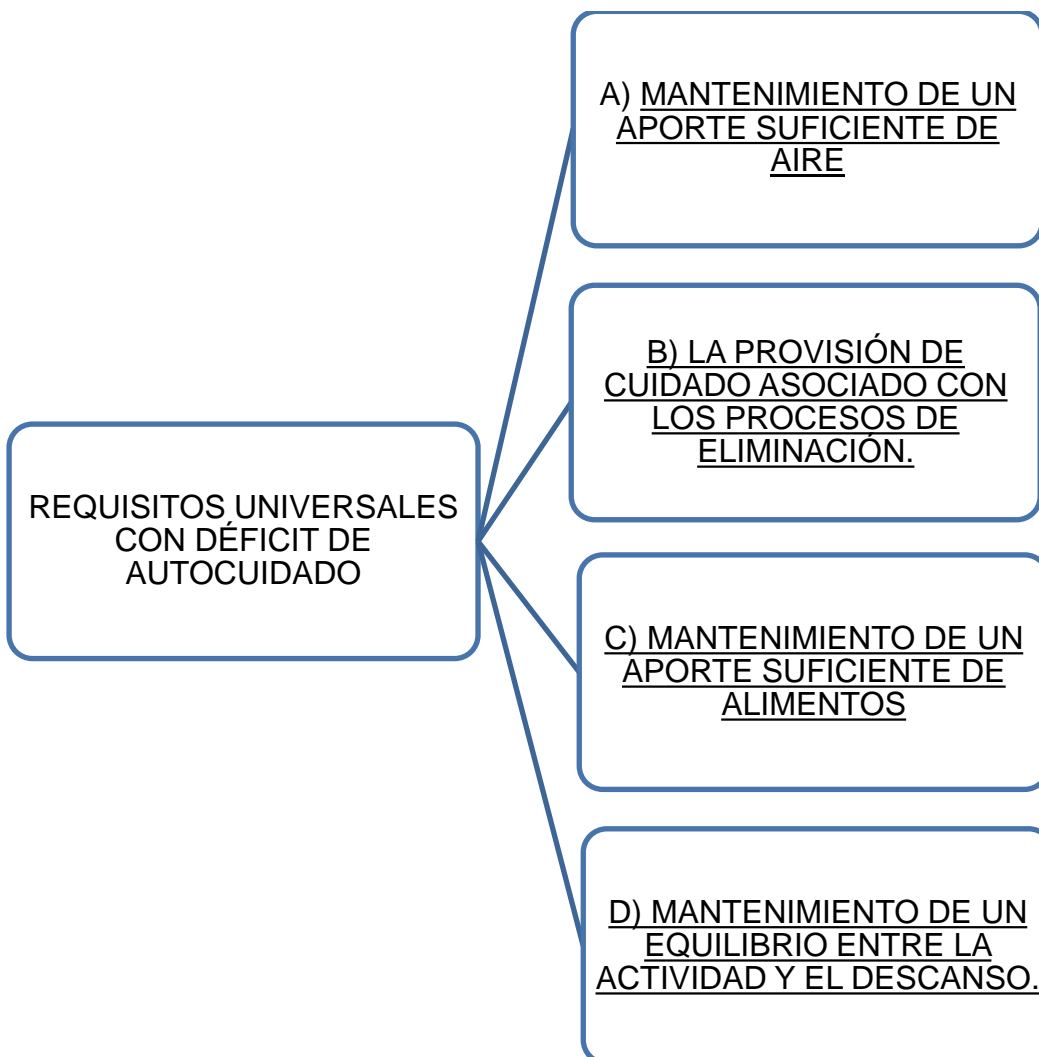
❖ Extremidades:

Presentan palidez tegumentaria, mantiene un llenado capilar de 2 segundos, se observa y palpa edema en las 4 extremidades valorado en escala godet de +++, los miembros torácicos se encuentran con vendaje compresivo por extravasación de líquido extracelular. Presenta línea arterial pedía derecha funcional la cual se mantiene monitorizada con toma de presión arterial invasiva (130/70). Pulsos humeral, radial, femoral, poplíteo y pedio presentes con dificultad a su palpación de moderada intensidad debido al edema.

Paciente con Cuadriplejia, una escala Braden con puntuación 9, Escala Downton con puntuación 4, Escala Glasgow con puntuación 3, Escala Visual Analógica no es valorable y una escala RASS de puntuación -4.

7.2. IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES REQUISITOS UNIVERSALES CON DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

Se identifican los principales requisitos universales con déficit de autocuidado.



FUENTE: Shantal Guadalupe Gutiérrez Valencia. ENEO-UNAM.2017

7.3. DIAGNÓSTICOS, PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

Se describen los diagnósticos de enfermería, se plantean las intervenciones de enfermería mediante la teoría de los sistemas, se describe su ejecución y evaluación.

DIAGNÓSTICOS.

DETERIORO DE LA RESPIRACIÓN RELACIONADO CON ALTERACIÓN DEL ESTADO NEUROLÓGICO (GLASGOW 3, RASS -4) MANIFESTADO POR SECRECIONES POR CIRCUITO CERRADO DE CARACTERÍSTICAS AMARILLENTAS FÉTIDAS Y SIALORREA ABUNDANTE.

ALTERACIÓN DE LA DISMINUCIÓN DE LA ELIMINACIÓN RELACIONADO CON RETENCIÓN DE LÍQUIDOS MANIFESTADO POR EDEMA GENERALIZADO Y OLIGURIA.

APORTE INSUFICIENTE DE ALIMENTOS RELACIONADO CON AYUNO PROLONGADO MANIFESTADO POR PIEL Y MUCOSAS DESHIDRATADAS.

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA RELACIONADO CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS MANIFESTADAS POR CUADRIPLÉJIA.

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA RELACIONADO CON CUADRIPLÉJIA MANIFESTADO POR LACERACIÓN INGUINAL.

**FUENTE: Shantal
Guadalupe Gutiérrez
Valencia. ENEO-
UNAM.2017**

REQUISITO UNIVERSAL CON DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:

A) MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.

DIAGNÓSTICO.

1. DETERIORO DE LA RESPIRACIÓN RELACIONADO CON ALTERACIÓN DEL ESTADO NEUROLÓGICO (GLASGOW 3, RASS -4) MANIFESTADO POR SECRECIONES POR CIRCUITO CERRADO DE CARACTERÍSTICAS AMARILLENTAS FÉTIDAS Y SIALORREA ABUNDANTE.

OBJETIVO.

Mantener una vía aérea permeable mediante una adecuada técnica de aspiración de secreciones para lograr una adecuada oxigenación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Totalmente compensatorio.

Monitoreo cardiaco y respiratorio: la monitorización cardiaca y respiratoria, y su exploración física suelen revelar taquipnea, taquicardia, alteración en la presión cardíaca, cifras bajas en la oximetría de pulso, cambios en los parámetros ventilatorios y los hallazgos auscultatorios de ruidos respiratorios bronquiales y estertores secos indicativos de consolidación. Por todo esto se requiere su vigilancia en parámetros vitales.^{11, 22}

EJECUCIÓN.

Se mantuvo con monitorización no invasiva a la paciente manteniendo una FR de 28 x' (taquipnea) lo que se llevó a la vigilancia del patrón respiratorio y la toma de muestra sanguínea arterial para gasometría obteniendo los

EVALUACIÓN.

No se logró una permeabilidad total de la vía aérea debido a que continuaba con las mismas características de las secreciones; debido al daño neurológico presente se decide la realización de traqueostomía para ventilación

<p>Totalmente compensatorio.</p> <p><u>Aspiración de Secreciones:</u> La aspiración de secreciones del árbol bronquial a través de la nariz, boca o de una vía aérea artificial permite mantener la vía aérea permeable, favorece la oxigenación y previene potenciales complicaciones.^{11,21}</p> <p>Totalmente compensatorio.</p> <p><u>Vigilancia de las secreciones:</u> La vigilancia de las características de las secreciones ayuda a la identificación de posibles enfermedades de las vías aéreas; en las infecciones bacterianas el esputo es amarillo, verde, oxidado (sangre mezclada con esputo amarillo), claro o transparente, purulento; con estrías de sangre, mucoide o viscoso. Si llegará a existir la presencia de espuma abundante en las secreciones puede ser signo de un edema agudo pulmonar.^{11, 12}</p> <p>Totalmente compensatorio.</p> <p><u>Movilización del paciente:</u> Realizar cambios de posición en los pacientes resultan fundamentales para facilitar el desprendimiento de las secreciones bronquiales y con esto mejorar la oxigenación. Es importante la monitorización de los efectos del cambio de posición en la oxigenación y así evitar</p>	<p>siguientes resultados:</p> <p>pH= 7.518</p> <p>PCO2= 24.7</p> <p>PO2= 79.4</p> <p>HCO3= 19.6</p> <p>lo que derivó a un cambio en los parámetros ventilatorios pasando del modo SIMV al CPAP; por otro lado se toma una muestra de esputo debido a las características que este presenta y se solicita un cultivo de esputo para determinar el tipo de bacteria presente.</p>	<p>mecánica prolongada; para el día 23 de enero de 2017 aún no se le realizaba tal procedimiento.</p>
--	---	---

una desaturación de oxígeno por posición.		
---	--	--

21

REQUISITO UNIVERSAL CON DEFICIT DE AUTOCUIDADO:

B) LA PROVISIÓN DE CUIDADO ASOCIADO CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN.

DIAGNÓSTICO.

2. DISMINUCIÓN DE LA ELIMINACIÓN RELACIONADO CON RETENCIÓN DE LÍQUIDOS MANIFESTADO POR EDEMA GENERALIZADO Y OLIGURIA.

OBJETIVO.

Realizar un adecuado control de líquidos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EJECUCIÓN.	EVALUACIÓN.
<p>Totalmente compensatorio.</p> <p><u>Balance de líquidos:</u> El personal de enfermería es quien lleva a cabo los registros de ingresos y egresos que presenta el paciente por turno, es indispensable registrar adecuadamente el volumen total de diuresis que presentan, ya que es un signo potencial de riesgo ante una falla renal que se pudiera asociar.^{18,23}</p> <p>Totalmente compensatorio.</p> <p><u>Vigilar las características de la orina:</u> Vigilar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, volumen y color. El volumen total de orina en un adulto por día equivale</p>	<p>La paciente presentaba alteraciones electrolíticas (Na+= 133.1) por lo que se le ministra 800 ml de NaCl al 0.9% + 120 ml de NaCl al 17.7% a 150 ml para 20 min, c/6 hr. Se mantuvo con medicación diurética con furosemida 10mg IV c/12 hr., para el control del edema. En las extremidades torácicas se mantuvo</p>	<p>Se controlaron los niveles de Na+ séricos (136.5) quedando como solución base 1000 ml de NaCl al 0.9% a 40 ml/hr. Se suspenden los diuréticos por disminución del edema y se mantuvo un volumen urinario dentro de los parámetros normales.</p>

<p>entre 1500 a 2000 ml. Se conoce como oliguria a la disminución de orina inferior a 500 ml. Lo que indica falla renal, deshidratación o retención de líquidos. Vigilar el aspecto, color, olor, y densidad urinaria es importante ya que ayudan a reconocer visualmente si pudiera existir algún signo de infección y sospechar de un aumento en los solutos que tiene la orina.¹⁹ La oliguria suele ser causada por insuficiencia renal aguda, choque, deshidratación y desequilibrio de líquidos y electrolitos.²³</p> <p>Totalmente compensatorio.</p> <p><u>Monitorizar el estado hemodinámico:</u></p> <p>Es de suma importancia monitorizar el estado hemodinámico del paciente, un dato clínico que se valora es la P.V.C. que nos indica si hay datos de insuficiencia cardíaca congestiva lo que sí es mayor de 15 a 20 cmH₂O indica una hipervolemia y si es menor a 4 equivale a una hipovolemia del paciente, lo que puede justificar el edema.^{20,21}</p>	<p>con vendaje compresivo debido a la extravasación. Se corrige la oliguria presentando un aumento en los volúmenes urinarios a 1200ml/día, considerando así un restablecimiento oportuno.</p>	
---	--	--

REQUISITO UNIVERSAL CON DEFICIT DE AUTOCUIDADO:

C) MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

DIAGNÓSTICO.

3. APORTE INSUFICIENTE DE ALIMENTOS RELACIONADO CON AYUNO PROLONGADO MANIFESTADO POR PIEL Y MUCOSAS DESHIDRATADAS.

OBJETIVO.

Evitar complicaciones nutricionales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Totalmente compensatorio.

Valorar el tiempo mínimo de ayuno:

La importancia de valorar adecuadamente el tiempo de ayuno en el paciente neurológico es debido a que el cerebro para mantener sus funciones adecuadamente necesita de oxígeno y glucosa, esta última es un sustrato metabólico principal lo que hace a las células cerebrales dependientes a ella. Después de 24 a 48 horas de ayuno, se disminuye la producción de insulina, aumenta la de glucagón y cortisol y se propicia el catabolismo frente al anabolismo. Hay una pérdida proteica de alrededor de 150 g/día, que si se mantiene acabaría con la vida del paciente en

EJECUCIÓN.

La paciente se mantuvo en ayuno a partir del día 9 de enero de 2017 debido a procedimiento quirúrgico (Traqueostomía), para el día 11 de enero continuaba en ayuno. Se mantuvo hidratada mediante la ministración de soluciones vía intravenosa, se le toman muestras sanguíneas para

EVALUACIÓN.

El ayuno se prolongó hasta el día 13 de enero, reestableciendo la alimentación enteral mediante dieta polimérica de 1416 Kcal + 66 g de proteínas.

unos 10 días.¹³

Totalmente compensatorio.

Toma de muestras sanguíneas: La vigilancia de la carga proteica en laboratorios nos ayuda a definir si existe problemas de absorción de nutrientes y deteriorando el estado general y nutricio de los pacientes por lo cual es de suma importancia mantener al paciente con apoyo nutricional para evitar una disminución en las proteínas y albumina para la pronta recuperación del paciente.^{14, 17}

Totalmente compensatorio.

Nutrición Enteral: La SNG se utiliza en todo paciente neurológico con lesión cerebral aguda para evacuación del contenido gástrico y descompresión por lo tanto es muy importante mantener precauciones ante su manipulación y vigilancia de cualquier residuo que se encuentre presente en el tubo. La posición semifowler ayuda a mantener la vía digestiva completamente abierta, evitando probables reflujos alimenticios y evitando reflejos vágales. La higiene en la sonda evita

conocer los valores de las proteínas (4.91 g/dl) y de la albumina (2.4 g/dl).

la proliferación de bacterias, todos los tubos además del riesgo de infección generan algún grado de molestia y dolor, esto aumenta el consumo de oxígeno cerebral.¹⁵

Totalmente compensatorio.

Vigilancia de la piel y mucosas: La palidez mucocutánea es una pérdida anormal del color de la piel normal o de las membranas mucosas. Lo que se aprecia en los labios, la boca y en las conjuntivas. Dentro de los cuidados enfermeros esta la identificación de la palidez cuando haya una alteración en el estado nutricional del paciente, entre estos está la observación de palidez de conjuntivas del parpado inferior, palidez de la lengua, debajo de las uñas y el tiempo de llenado capilar.¹⁶

REQUISITO UNIVERSAL CON DEFICIT DE AUTOCUIDADO:

D) MANTENIMIENTO DE UN EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL DESCANSO.

DIAGNÓSTICO.

4. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA RELACIONADO CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS MANIFESTADAS POR CUADRIPLÉJIA.

OBJETIVO.

Dar movilización física evitando complicaciones o lesiones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Totalmente compensatorio.

Movilización física: Una de las actividades propias del personal de enfermería es la asistencia en la movilización del paciente que previene deformidades y complicaciones de una enfermedad o lesión, suelen prevenirse mediante cambios frecuentes de posición, colocación adecuada en la cama y el ejercicio. La finalidad de los cambios de posiciones es prevenir las contracturas, estimular la circulación y ayudar a prevenir la tromboflebitis, las úlceras por decúbito y el edema de las extremidades, facilita la expansión pulmonar y el drenaje de las secreciones respiratorias y a aligerar

EJECUCIÓN.

Se realizó movilización física acompañada de ejercicios activos y pasivos de las extremidades para evitar complicaciones. Se llevó a cabo el cambio de posición cada 2 horas mínimo lo que evito se desarrollaran úlceras por presión.

EVALUACIÓN.

Se continuó con la movilización física, sin embargo debido al daño neurológico no se manifestó alguna mejora en el tono muscular, continuando con cuadriplejia.

la presión ejercida en una parte del cuerpo.^{23,25}

Totalmente compensatorio.

Dar posición al paciente: El paciente neurológico debe mantener una posición supina o semifowler dependiendo las condiciones en las que se encuentran en su pos operatorio. En el caso de la posición supina la cabeza debe estar alineada con la columna, tanto en posición de lado, como anteroposterior, los brazos se flexionan hacia el codo, con las manos descansando a un lado del abdomen, las piernas se extienden llevando un pequeño soporte firme debajo del área poplítea, los talones se suspende en el espacio comprendido entre el colchón y el pie de la cama, los dedos del pie son dirigidos hacia arriba, pequeños rollos de toallas se colocan debajo de los trocánteres mayores a nivel de la articulación de la cadera.^{26, 27}

Totalmente compensatorio.

Fisioterapia: La terapia física abarca ejercicios que abarcan la función de los músculos, de los nervios, huesos y articulaciones. La recuperación de

<p>la función depende de la fuerza de la musculatura que mueve la articulación. El papel de la enfermera consiste en la realización de ejercicios de movimientos pasivos o activos. ^{23,} 24, 30</p>		
---	--	--

REQUISITO UNIVERSAL CON DEFICIT DE AUTOCUIDADO:

E) MANTENIMIENTO DE UN EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL DESCANSO.

DIAGNÓSTICO.

5. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA RELACIONADO CON CUADRIPLÉJIA MANIFESTADO POR LACERACIÓN INGUINAL.

OBJETIVO.

Evitar el desarrollo de lesiones en la piel.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EJECUCIÓN.	EVALUACIÓN.
<p>Totalmente compensatorio.</p> <p><u>Mantenimiento de un área adecuada:</u></p> <p>Observar si hay fuentes de presión o fricción; es importante que se mantenga un área libre, limpia y segura en donde este descansando el paciente, ya que las partículas o arrugas en la cama provocan ulceraciones en la piel, específicamente en puntos de presión.²⁵</p> <p>Totalmente compensatorio.</p> <p><u>Dar posición a la cama:</u> Dar posición a paciente encamado, cefálica a 45° y podálica 15°, esta posición evita el deslizamiento del paciente evitando el cizallamiento.^{23,25}</p>	<p>Al realizar la movilización constante del paciente se previno la ulceración en puntos de presión, sin embargo por la humedad presente en el área inguinal izquierda se presentó una laceración dérmica la cual está en tratamiento con Aciclovir en crema cada 8 horas, se evitó el uso de pañal desechable ya que este conserva humedad</p>	<p>La lesión inguinal disminuyo, sin embargo se continuó con su tratamiento.</p>

Totalmente compensatorio.

Prevenir lesiones en la piel: la prevención y tratamiento de las úlceras por presión varían según su localización y grado de lesión, (Escala Braden puntuación 9), estas medidas son: practicar ejercicios activos o pasivos, utilizar un colchón de presión alterna, el uso de cojines para aliviar la presión.²⁵

Totalmente compensatorio.

Mantener limpio al paciente: Mantener una buena higiene del paciente tiene como objetivo conservar la piel y las mucosas en buen estado para facilitar sus funciones protectoras. La higiene personal implica el cambio de pañal en caso de ser necesario y evitar que el paciente tenga contacto prolongado con la humedad lo que puede agravar la laceración que ya presenta en zona inguinal.²³

y se mantuvo con pañal de tela.

VIII. CONCLUSIONES.

Debido al estado crítico que presentaba la paciente, no fue posible la obtención de resultados favorables a su condición clínica, saliendo de la terapia al servicio de hospitalización en neurocirugía en el área de pacientes crónicos, ya que su estancia hospitalaria se prolongó por aumento en el deterioro neuroquirúrgico. Por su condición médica se reportaba como grave consecuentemente requeriría cuidados de enfermería a largo plazo.

El meningioma que presentaba la paciente fue de una clasificación de grado 1 Transicional, lo que le da un bajo grado de lesión, sin embargo al presentar la lesión en el ala esfenoidal hizo difícil el abordaje quirúrgico y el riesgo de complicaciones en el pos operatorio se incrementaron.

Como se muestra en la descripción de los diagnósticos de enfermería, sus intervenciones son más apegadas al ámbito de los cuidados paliativos, lo que hizo de este caso clínico un reto en el desempeño como profesional de Enfermería, ya que me hizo tener mayor empatía ante una persona que padece una enfermedad en estado terminal.

Una enfermera que cuida a un paciente con alteraciones neurológicas sabe que éste presenta dolor, aunque no lo diga, de ahí que toda enfermera que cuida a un paciente neurológico genera habilidades técnicas y de sentido humano para comprender lo que el paciente necesita; mismas que llevaré en el ejercicio de mi profesión.

La Enfermera no debe ser indiferente ante el enfermo, ya que éste depende de ella en un sistema totalmente compensatorio, volviéndola su cuidador primario y el principal acercamiento con el mundo externo ya que el refugio de todo paciente es su enfermera.

Realizar mi servicio social en una Institución de Tercer Nivel, me mostró las pautas hacia el trabajo de la enfermería moderna. Sin duda, me confirman que la profesión de Enfermería es un pilar fundamental en el área clínica y que el desarrollo de este Proceso de Atención de Enfermería es un ejemplo de ejercer la enfermería con calidad y calidez.

Finalmente, se puntualiza la utilidad del P.A.E. presentado:

- Guía metodológica que apoye como instrumento de trabajo al personal de enfermería para su aplicación, lo que favorecerá a la profesión de un carácter científico.
- Identificación de respuestas humanas que ayuden a la formulación de diagnósticos y así aplicar cuidados de enfermería específicos a la patología primaria.
- Aplicar los planes de cuidados mencionados en el trabajo dentro de las áreas clínicas donde se cuente con pacientes que asemejen la sintomatología.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Alligood M, Marriner T. *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier; c2011.
2. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron.* [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 mayo 01]; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.
3. Universidad de Antioquia. *Diagnósticos enfermeros*. Citado el (10, junio, 2017). Recuperado de: <http://bit.ly/2g9whG9>
4. UNAM: FES Iztacala. Proceso de Atención de Enfermería. PDF Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf> [Consultado: 2 Abr. 2017].
5. Muñoz B. *Proceso de atención de enfermería en adulta madura con aneurismas múltiples basado en la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem*. Tesis de: Licenciatura no publicada. (2015). Citado: 12 de agosto de 2017, UNAM, México. Disponible en: <http://bit.ly/2w010fS>
6. Kumar, Abbas, Fausto. *Patología Estructural y Funcional: Robbins y Cotran*. 7ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2005.
7. Barker R, Barasi, S. *Neurociencia en Esquemas*. 3º ed. Buenos Aires, Argentina: Librería Akadia Editorial. 2010,
8. Duane E. H. *Principios de Neurociencia: Aplicaciones básicas y clínicas*. 4º ed. Barcelona, España: Elsevier. 2014.
9. González L. *Lactante con malformaciones múltiples congénitas en un proceso de atención de enfermería y la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem*. Tesis de: Licenciatura no publicada. (2002). Citado el 5 de abril de 2017. UNAM, México. Disponible en <http://bit.ly/2w26RkO>
10. Ortiz I, Torres A. *Cuidados intensivos respiratorios para enfermería*. Barcelona, España: Springer-Verlag Ibérica. (1997).

11. Cristiancho W. *Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilación mecánica*. (3° ed.). Bogotá, Colombia: Manual Moderno. (2015).
12. Lemone P, Burke K. *Enfermería Médico-Quirúrgica: pensamiento crítico en la asistencia del paciente*. (4° ed.). Madrid, España: Pearson. (2009).
13. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. *Soporte Nutricional en el Post operatoria en el Paciente Crítico*. Citado: (3, marzo, 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2fEuOYu>
14. Knobel E. *Terapia intensiva: nutrición*. Bogotá, Colombia: Distribuna. 2007.
15. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. *Cuidados Neurológicos del Paciente en UCI*. Buenos Aires, Argentina. 2005.
16. Departamento de Agricultura. *Otras carencias de micronutrientes y desordenes nutricionales menores*. Citado el 27, abril, 2017. Disponible en: <http://bit.ly/1mPcdak>
17. Crocker J, Burnett D. *La ciencia del diagnóstico de laboratorio*. (2° ed.). México: McGraw Hill. 2007.
18. Cahill M. *Signos y síntomas*. Ciudad de México, México: McGraw Hill. 1986.
19. Ignatavicius D., et al. *Manual de enfermería médico-quirúrgica*. Ciudad de México, México: McGraw Hill. 1993.
20. Senior J. M. *Manual de normas y procedimientos en cardiología*. (2° ed.). Bogotá, Colombia: Distribuna. 2016.
21. Terry C. L, Weaver A.L. *Enfermería de cuidados intensivos*. Ciudad de México, México: Manual Moderno. 2012.
22. Rayón V. E. *Procedimientos diagnósticos y terapéuticos cardiovasculares*. Madrid, España: Síntesis.
23. Brunher L. *Enfermería Práctica*. México: Interamericana. c1980.
24. Micheli F. E, Fernández M. *Neurología en el anciano: Nuevos enfoques y aplicaciones en la práctica clínica*. (2° ed.). Buenos Aires, Argentina: Panamericana. 2014.
25. Rider J., et al. *Módulos de procedimientos básicos en enfermería*. Ciudad de México, México: Manual Moderno. 1983.

26. Pryse W. *Neurología Clínica*. Ciudad de México, México: Manual Moderno. 1984.
27. Rowland P, Pedley T. A. *Neurología de Merritt*. (12° ed.). España: Lippincott Williams y Wilkins. 2011.
28. Aguirre, L., et al. (2016). *Historial distribution of central nervous system tumors in the Mexican National*, Institute of Neurology and Neurosurgery. *Salud Pública de México*, [S.I.], v. 58, n. 2, p. 171-178, mar. 2016. ISSN 1606-7916. Disponible en: <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7786/10648>>.
29. García, S. *Nociones generales sobre los meningiomas*. [Unidad de neurocirugía]. Citado el día (18, abril, 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2uGVrTq>
30. López E. *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid, España: Panamericana. 2004.
31. Garzón, N. *Ética profesional y teorías de Enfermería*, Vol. 5, (N. 1). (2005). Disponible en: <http://bit.ly/2vQd6Fy>
32. García M, Arana B, Cárdenas L, Monroy A. Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México - la reconstrucción del camino. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2009 Jun [citado 2017 Jul 02]; 13(2): 287-296. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200008&lng=es.
33. Frailer g. SCIENCE, ETHICS and NURSING. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2002 junio [citado 2017 julio 01]; 8(1): 09-14. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100002&lng=en.
34. Diario Oficial de la Federación. *Norma Oficial Mexicana 019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud*. Citado el día 17, agosto, 2017. Disponible en: <http://bit.ly/19XehWV>
35. Gobierno del Estado de Aguascalientes *Código de conducta para la enfermería*. Citado (16, agosto, 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2ieLjeG>

36. Tapiero A. *Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?* Vol. 18 (N.12). 2001. Disponible en: <http://bit.ly/28KUZEEn>
37. Alonso J.P. *Contornos negociados del “buen morir”* Vol. 16 (N.40). 2012. Disponible en: <http://bit.ly/2uZyxD1>
38. Sánchez A, et al. *Aspectos éticos de los cuidados intensivos*. Citado 18, agosto, 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2vM8zWj>
39. Reina N. *el proceso de enfermería: instrumento para el cuidado*, citado el 5, agosto, 2017. Revista: Umbral Científico 2010. Disponible en: <http://bit.ly/1vjLhyE>
40. Juan José Mezzadri. *Introducción a la Neurocirugía*, Primera Edición ed. : Journal; 2006
41. Dennis L. Kasper. *Harrison Manual de Medicina*, Primera Edición ed. Madrid: McGraw-Hill; 2005.
42. Susana Josefina Campos Salazar. *Proceso de Atención de Enfermería en paciente con diagnóstico de alteración de la movilidad por fractura de cadera en la perspectiva de Virginia Henderson*. México. D.F.: UNAM; 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2eO0847>
43. Celestino Hervert C. *Proceso de atención de enfermería aplicado a un adulto maduro en tratamiento sustitutivo de la función renal con hemodiálisis basado en el modelo de Virginia Henderson*. Ciudad de México: UNAM; 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2xEqFs9>
44. Padilla Munguía V. *Proceso de atención de enfermería aplicado a una persona con alteración en los requisitos universales de respiración y movilidad basados en la teoría de Dorothea Orem*. México, DF: UNAM; 2015. Disponible en: <http://bit.ly/2vzlcFP>
45. Justo E. Evolución del objeto del estudio de la disciplina enfermera: los cuidados. Citado (29 de Agosto 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2vzK40g>

X. ANEXOS.

10.1. GLOSARIO.

- **Apendicectomía.**
Es una cirugía para extirpar el apéndice.

- **Campimetría por confrontación.**
Es el estudio del campo visual y la detección de sus defectos (escotomas o zonas de pérdida parcial o total de visión) mediante el empleo de un campímetro o perímetro.

- **Campo Visual.**
Es el espacio en el que un objeto puede ser visto mientras la mirada de la persona estudiada permanece fija hacia el frente.

- **Cuadriplejía.**
También llamada Tetruplejía, es la parálisis de los brazos, manos, tronco, piernas y órganos pélvicos.

- **Droga anticomicial.**
Son fármacos que se utilizan principalmente para las crisis epilépticas, algunos trastornos psicopatológicos como el trastorno bipolar y, sobretodo, para el dolor neuropático. En ocasiones se denominan fármacos antiepilépticos o anticonvulsivos.

- **Edema vasogénico.**
También llamado edema cerebral, es un tipo de edema del sistema nervioso central caracterizado por un exceso de líquido, que se acumula en el espacio intersticial encefálico o medular, proveniente de las arteriolas que irrigan el tejido nervioso.

- **Edema.**
Es una hinchazón causa por el exceso de líquido atrapado en los tejidos del cuerpo. Si bien el edema puede afectar cualquier parte del cuerpo, se observa con mayor frecuencia en las manos, brazos, los pies, los tobillos y las piernas.
- **Elevación de paladar blando.**
Consiste en la tensión del paladar blando para que la lengua pueda apoyarse en él, exprimiendo del bolo de alimento hacia el dorso de la cavidad bucal, de esta manera impedirá que el alimento pase a la cavidad nasal.
- **Estertores.**
Son ruidos respiratorios chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en el pulmón.
- **Extravasación.**
Escape de sangre, linfa u otro líquido hacia los tejidos.
- **Línea arterial.**
Es una técnica invasiva en la que se utiliza un catéter para medir o tener un control continuo de la presión arterial con gran precisión y/o para la extracción de gasometrías arteriales repetidas.
- **Líquido extracelular.**
Es el líquido que se encuentra fuera de la célula, se divide en líquido intersticial y el plasma.
- **Llenado capilar.**
Es una prueba rápida que se realiza sobre los lechos ungueales. Se utiliza para vigilar la deshidratación y la cantidad de flujo sanguíneo al tejido.

- Marcha normal.

La marcha es el medio mecánico de locomoción del ser humano. La locomoción normal se describe como la serie de movimientos alternantes, rítmicos, de las extremidades y del tronco que determinan un desplazamiento hacia delante del centro de gravedad.

- Mirada primaria central.

Se define como mantener la mirada adelante, mirando al infinito.

- Movimientos cervicales.

Son los movimientos que el cuello puede realizar, entre estos están la flexión, extensión, rotación e inclinación.

- Movimientos de gesticulación.

Son movimientos cuando no existe lesión del nervio facial, lo que brinda motricidad a los músculos de la cara.

- Movimientos oculares.

Son habilidades que tiene cada ojo ante estímulos de movimiento.

- Presión arterial invasiva.

Es un parámetro importante en la valoración hemodinámica del paciente crítico.

- Pulso arterial.

Es la percusión que se genera cuando la sangre que bombea el corazón circula por las arterias y produce su expansión.

- Pulso axilar.

Se palpa profundo en la fosa de la axila, por detrás del borde posterior del músculo pectoral mayor.

- Pulso braquial.
Se palpa sobre la cara anterior del pliegue el codo, hacia medial. Se conoce también como pulso humeral.

- Pulso carotideo.
Se busca en el recorrido de las arterias carótidas, medial al borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. En las personas mayores no conviene presionar mucho sobre la arteria, ni masajearla, por el riesgo que pueda desprenderse una placa de ateroma.

- Pulso carotideo.
Pulso de la arteria carótida, palpable en el cuello si se ejerce una leve presión con el dedo sobre el surco entre la laringe y el esternocleidomastoideo.

- Pulso femoral.
Se palpa bajo el pliegue inguinal, hacia medial.

- Pulso pedio.
Se palpa en el dorso de los pies, lateral al tendón extensor del ортеjo mayor. Una palpación transversal a la dirección de la arteria, con dos o tres dedos, puede facilitar ubicar el pulso.

- Pulso poplíteo.
Se palpa en la cara posterior de las rodillas, ya sea estando el paciente en decúbito dorsal o prono. Puede convenir efectuar una palpación bimanual.

- Pulso radial.
Se palpa en la cara anterior y lateral de las muñecas, entre el tendón del músculo flexor radial del carpo y la apófisis estiloides del radio.

- Pulso tibial.
Se palpa detrás de los maléolos internos de cada tobillo.

- Pupilas isocóricas normoreflécticas.
Ambas pupilas presentan el mismo tamaño que reaccionan a la luz disminuyendo su tamaño.

- Reflejo nauseoso.
También llamado reflejo faríngeo, es un reflejo en el que un estímulo que entra en contacto con la parte posterior de la garganta o la base de la lengua, provoca la contracción de los músculos que contraen la faringe, ocasionando náuseas.

- Reflejo de Hoffman.
Es una respuesta refleja anormal que consiste en la flexión de los dedos de la mano al presionar la uña del dedo medio.

- Reflejo de Trömmer.
Consta en golpear rápidamente la yema del dedo medio (semiflexionado) del enfermo con la yema del explorador.

- Ruidos cardíacos.
Son los escuchados en la auscultación cardíaca. Los ruidos cardíacos se deben a los cierres de las válvulas en el interior de los ventrículos o del comienzo de las grandes arterias y que por su intensidad se propagan a las paredes del tórax.

- Ruidos peristálticos.
Son los provocados por el movimiento de los intestinos a medida que impulsan el alimento. Los intestinos son huecos, así que los sonidos

intestinales hacen eco a través del abdomen de manera similar a los sonidos que producen las tuberías de agua.

- Saturación de oxígeno.
Es la cantidad de oxígeno disponible en sangre.
- Sialorrea.
Es la producción excesiva de saliva.
- Signo godet: es una maniobra que permite poner en evidencia la existencia de un edema, ejerciendo presión sobre el tejido o mucosa. El signo es positivo si, al retirar la presión se observa un hundimiento que tarda segundos en desaparecer.
- Tono muscular.
Es la contracción parcial, pasiva y continua de los músculos.
- Trofismo muscular.
Es el estado de nutrición que tiene un tejido, en el caso de los músculos esta es dada por el movimiento.
- Úvula.
La úvula es un pequeño apéndice que cuelga en la parte posterior del paladar blando entre las amígdalas. Tiene forma cónica y es conocida comúnmente como “campanilla”.
- Vendaje compresivo.
Funciona para comprimir una herida con el objeto de limitar un sangrado. Este tipo de vendaje es importante para evitar la aparición de edemas.

10.2. ESCALAS DE VALORACIÓN.

ESCALA DE BRADEN.

Mide el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Completamente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente.	

Interpretación del puntaje.

Menor a 13 = Alto Riesgo.

De 13 a 14 = Riesgo Moderado.

Mayor a 14 = Bajo Riesgo.

ESCALA DOWNTON.

Es una escala que se utiliza para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída.

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS.		
CAIDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – Sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Anti parkinsonianos	1
	Otros medicamentos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones Auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

Interpretación del puntaje.

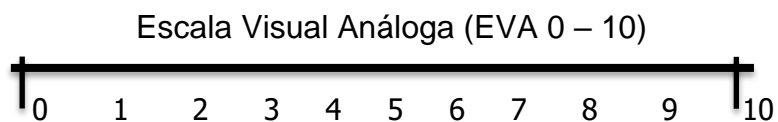
3 o más = Alto Riesgo.

1 a 2 = Mediano Riesgo.

0 a 1 = Bajo Riesgo.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR.

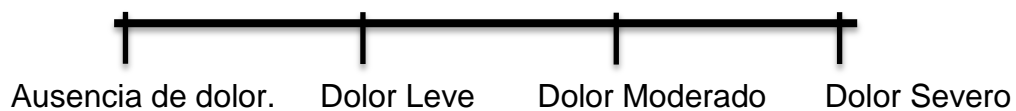
Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente.



Ausencia de dolor.

El máximo dolor posible.

Escala descriptiva.



ESCALA RASS

Escala RASS para valoración de la sedación / agitación en el paciente crítico.

RASS			
Puntuación	Denominación	Descripción	Exploración
+4	Combativo	Combativo, violento, con peligro inmediato para el personal	Observar al paciente
+3	Muy agitado	Agresivo, intenta retirarse los tubos y catéteres	
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito; "lucha" con el ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos	
0	Alerta y calmado		
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene (≥ 10 segundos) despierto (apertura de ojos y seguimiento con la mirada) a la llamada	Llamar al enfermo por su nombre y decirle "abra los ojos y míreme"
-2	Sedación leve	Despierta brevemente (<10 segundos) a la llamada con seguimiento de la mirada	
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la llamada (pero sin seguimiento con la mirada)	
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la llamada, pero movimientos o apertura ocular al estímulo físico	Estimular al enfermo sacudiendo su hombro o frotando sobre la región esternal.

ESCALA DE COMA GLASGOW.

Permite medir el nivel de conciencia de una persona.

GLASGOW		Puntuación
Respuesta Verbal	Paciente orientado que conversa	5
	Desorientado que conversa	4
	Palabras inteligibles, pero sujeto que no conversa	3
	Sonidos ininteligibles, quejidos	2
	No habla incluso con aplicación de estímulos dolorosos	1
Respuesta Palpebral	Apertura Abertura palpebral espontanea	4
	El sujeto abre los ojos solo con estímulos verbales	3
	La victima abre los ojos solo con estímulos dolorosos	2
	No hay apertura palpebral	1
Respuesta Motora	Cumple órdenes	6
	En respuesta a un estímulo doloroso.	
	Localiza e intenta retirar la zona corporal del estímulo	5
	Retira la zona corporal del estímulo	4
	Postura de Flexión	3
	Postura de Extensión	2
	Ningún Movimiento de las extremidades	1

Interpretación del puntaje.

13 a 15 = Leve

9 a 12 = Moderado

3 a 8 = Grave