



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



**PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE CON CÁNCER
HIPOFISIARIO EN FASE TERMINAL**

**PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTA:
ELDA ARIANA GARCIA HERNANDEZ

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



**APLICACIÓN DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE CON
CÁNCER HIPOFISIARIO EN FASE TERMINAL**

**PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTA:

ELDA ARIANA GARCIA HERNANDEZ

ASESOR:

L.E. CLAUDIA GLAFIRA MARTINEZ SALDAÑA E.P.

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



**CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO PARA
LA TITULACION DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

ELDA ARIANA GARCIA HERNANDEZ

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE CON CÁNCER
HIPOFISIARIO EN FASE TERMINAL**

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización por que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña E.P.

Tutor

M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe
Martínez Rocha
Presidente

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López
Secretario

M.E.y.A.S. Clara Elena Infante
Granja
Vocal

I.- INDICE	
II.- INTRODUCCIÓN	8
III.- JUSTIFICACIÓN.....	10
IV.- OBJETIVOS	12
4.1 Objetivo general.....	12
4.2 Objetivos específicos	12
V.- MARCO TEORICO	13
5.1.- La Enfermería como ciencia y disciplina	13
5.2.- El cuidado como objeto de estudio	15
5.3 Proceso de atención de enfermería.....	17
5.4.- Etapas del proceso cuidado enfermero	18
5.4.1.- Valoración	18
5.4.2 Diagnóstico	21
5.4.4.- Ejecución.....	25
5.4.5.- Evaluación.....	26
5.4.6.- Problemática de Salud de la persona: La hipófisis: anatomía y fisiología	28
5.4.7.- Diagnóstico y tratamiento	34
5.5.- Teoría de enfermería.....	38
5.5.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado	38
VI.- RESUMEN DE CASO CLINICO	41
6.1.- valoración.....	42
6.2.- Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación del sujeto del cuidado.....	46
VII.-PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA.....	58
VIII.-CONCLUSIONES	60
IX.- BIBLIOGRAFÍA	62
GLOSARIO DE TERMINOS.....	64
ANEXOS	67

AGRADECIMIENTOS

El amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupaban mis padres por mi avance y desarrollo de mi carrera, es simplemente único y se refleja en la vida de un hijo.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, agotadoras noches en las que su compañía y la llegada de sus cafés era para mí como agua en el desierto; gracias a mi padre por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

A mi hermana, que de una u otra manera siempre ha estado para mí, apoyando en lo que le es posible, durante este proceso y todo el trayecto que recorrí durante el curso de mi carrera.

Finalmente, pero no menos importante a mí esposo que sin su constante apoyo no lo hubiese logrado, a mis docentes, que marcaron con sus enseñanzas mi futuro, especialmente para Carmen Suarez que me brindó su apoyo para llevar a cabo este proceso de titulación, con su conocimiento en el área de la tanatología, y a Claudia Martínez Saldaña, por la asesoría en la estructura de este proyecto.

A todos con mucho cariño

RESUMEN

Introducción: El presente proyecto de titulación describe el cuidado de enfermería ofrecido a un adulto joven con presencia de un tumor hipofisario invasivo, con la intención de resaltar los cuidados de enfermería al final de la vida.

Objetivo: En cuanto al objetivo general de este proceso es desarrollar un Proceso Cuidado Enfermero aplicado en una persona que cursa una enfermedad crónica con pronóstico bajo de sobrevida basado en la teoría de enfermería sobre el final tranquilo de la vida de Rouland & Moore.

Metodología: La elaboración de este proyecto se realizó a través de la identificación del paciente, quien accede a ser valorado firmando un consentimiento informado. Se utilizó el modelo de M. Gordon de patrones funcionales para la valoración y para el plan de cuidados la metodología NANDA, NIC Y NOC, así como la teoría del final tranquilo de la vida.

Resultados: Se identifican patrones disfuncionales priorizando y desarrollando planes de cuidado específicos con 2 diagnósticos enfocados al problema y 1 diagnóstico de riesgo. Se crea un plan de alta apropiado para el paciente y la familia.

Conclusiones: El trabajo realizado motiva a la búsqueda del fortalecimiento de la enfermería capacitada en el cuidado tanatológico, así como los cuidados paliativos. Se logra integrar la teoría del final tranquilo de la vida con el paciente valorado y me motiva a estudiar a fondo y prepararme para abordar de forma adecuada a este tipo de pacientes.

PALABRAS CLAVE: Tumor hipofisario, Valoración, Teoría de enfermería, Plan de cuidado

II.- INTRODUCCIÓN

Enfermería es una disciplina profesional con un marco legal, un conocimiento específico y una mirada diferente de los fenómenos relacionados con el proceso salud-enfermedad-muerte, siendo el cuidado la esencia y razón de ser de la disciplina de enfermería.

Esta ciencia está basada en una amplia gama de teorías. El Proceso Cuidado Enfermero es el método por el cual se aplica de forma científica el cuidado. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exigen habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales ya que va dirigido a cubrir las necesidades de la persona, familia o comunidad. (Cepeda & España, 2012)

El Proceso Cuidado Enfermero ha evolucionado a través del tiempo hacia un proceso de cinco etapas compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955), Jhonson (1959), quienes consideraron un proceso de tres etapas; Yura y Walsh (1967) establecieron cuatro: valoración, planificación, realización y evaluación; Roy (1975) y algunos autores más establecieron las 5 actuales, al añadir la etapa diagnóstica.

Actualmente el Proceso Cuidado Enfermero es considerado como el método que posibilita al enfermero o enferma a realizar planes de cuidado en forma directa e individualizada y se considera como la base de ejercicio de la profesión. (Cepeda & España, 2012)

El presente proyecto de titulación describe el cuidado de enfermería ofrecido a un adulto con una alteración de salud progresiva con pronóstico terminal, como lo es la presencia de un tumor hipofisario invasivo, con la intención de resaltar los cuidados de enfermería al final de la vida, ya que una situación de tal complejidad origina una gran demanda de atención y apoyo emocional, tanto por parte del paciente como de su familia, en la que el miedo y la incertidumbre experimentada en este proceso vital están condicionados por factores de tipo cultural, de necesario entendimiento.

La teoría del final de vida tranquilo, de las enfermeras Rouland y Moore, postula una serie de afirmaciones básicas que se deberían cumplir para proporcionar estabilidad al paciente en los momentos finales con el desarrollo de un proceso cuidado enfermero.

Teniendo en cuenta que los adenomas hipofisarios son lesiones frecuentes, que representan aproximadamente el 10% de todas las neoplasias intracraneales primarias. La

incidencia por edad y sexo varía según el tipo de tumor. En general, los adenomas de la hipófisis son tumores de adultos; menos del 10% se presenta en niños.

A pesar de los avances biomédicos en neurocirugía, cuando este tipo de tumores se convierte en maligno como es el caso del presente proceso de estudio, el reto del cuidado sirva como ejemplo del cuidado individualizado abarcando cuestiones fisiológicas, psicológicas y emocionales.

Teniendo como resultado comprender la enfermedad crónica - terminal desde el sentido humano de la profesión mostrando una vez más que los cuidados de enfermería enfocados en las necesidades del paciente y con enfoque tanatológico y/o paliativo.

III.- JUSTIFICACIÓN

Para la mejora en la calidad de la atención de enfermería, la herramienta utilizada en la profesión es el proceso cuidado enfermero el cual se desarrolla en los cuatro paradigmas de la enfermería.

Persona: incluye al individuo, familia y comunidad e identifica al receptor o receptores de los cuidados.

Entorno: identifica las circunstancias físicas, sociales o de otra naturaleza que afectan a la persona.

Salud: estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal.

Cuidado: la propia definición de Enfermería, es decir, “las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras. Las acciones enfermeras son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación”. (García, 2015)

Como expositora para llevar a cabo el proceso de titulación se realiza el proceso cuidado enfermero a un paciente con enfermedad crónica (cáncer) con el interés de dar a conocer que los cuidados en enfermedad terminal son posibles llevar a cabo de manera holística cuando hay participación del equipo multidisciplinario y de la propia familia del paciente.

Teniendo en cuenta que los adenomas hipofisarios son lesiones frecuentes, que representan aproximadamente el 10% de todas las neoplasias intracraneales primarias. La incidencia por edad y sexo varía según el tipo de tumor. En general, los adenomas de la hipófisis son tumores de adultos; menos del 10% se presenta en niños. (Portillo, 2008)

A pesar de los avances biomédicos en neurocirugía, cuando este tipo de tumores se convierte en maligno como es el caso del presente proceso de estudio, el reto del cuidado sirva como ejemplo del cuidado individualizado abarcando cuestiones fisiológicas, psicológicas y emocionales.

Teniendo como resultado comprender la enfermedad crónica - terminal desde el sentido humano de la profesión mostrando una vez más que los cuidados de enfermería enfocados en las necesidades del paciente y con enfoque tanatológico y/o paliativo.

A pesar de los avances biomédicos en neurocirugía, cuando este tipo de tumores se convierte en maligno como es el caso del presente proceso de estudio, el reto del cuidado sirva como ejemplo del cuidado individualizado abarcando cuestiones fisiológicas, psicológicas y emocionales.

Teniendo como resultado comprender la enfermedad crónica - terminal desde el sentido humano de la profesión mostrando una vez más que los cuidados de enfermería enfocados en las necesidades del paciente y con enfoque tanatológico y/o paliativo.

La novedad científica que ofrece este caso es el abordaje a un paciente con enfermedad terminal por medio de la utilización del modelo teórico sobre el final tranquilo de la vida de Rouland & Moore, y su valoración a través de patrones funcionales de Marjory Gordon.

Como resultado, incluye trabajo investigación, documentación, y sustento en evidencia científica de las actividades e intervenciones en un paciente real, con el conocimiento y consentimiento del mismo.

Su finalidad, buscar la asimilación satisfactoria de la enfermedad, mediante la participación activa del sujeto de los cuidados.

Además puede servir como referente para estudiantes, pasantes y profesionales del cuidado ya que contiene información actualizada obtenida de fuentes confiables.

La factibilidad, para realizar este trabajo de investigación, fue satisfactoria, pues se dispuso de tiempo, recurso humano y material. Así como el dominio de conocimientos en la metodología aplicada.

IV.- OBJETIVOS

4.1 Objetivo general:

Desarrollar un Proceso Cuidado Enfermero por medio de la valoración por patrones funcionales de Majory Gordon aplicado en una persona que cursa por una enfermedad crónica con pronóstico bajo de sobrevida, basado en la teoría de enfermería sobre el final tranquilo de la vida de Rouland & Moore.

4.2 Objetivos específicos:

1. Identificar por medio de la valoración los diagnósticos prioritarios en el caso.
2. Integrar intervenciones basadas en el modelo teórico de enfermería del final tranquilo de la vida de Rouland y Moore.
3. Diseñar un plan de alta enfocado a un paciente con cáncer hipofisiario en fase terminal.

V.- MARCO TEORICO

5.1.- La Enfermería como ciencia y disciplina

Como ciencia retoma la filosofía, ontología, epistemología y ética, para reflexionar sobre los interrogantes de la misma. La Enfermería es la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de los otros, fundamentada por el conocimiento empírico propio y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia asistencial y los valores y expectativas personales y sociales. (Mariner & Alligood, 2008)

Las concepciones de Florence Nightingale fueron influenciadas de los presupuestos filosóficos defendidos por Hipócrates en Grecia Antigua, 400 a.C., de esas observaciones resultaron sus premisas sobre la interrelación del ser humano-medio ambiente y la condición de enfermar como resultado del desequilibrio de esa relación; tanto Nightingale como Hipócrates reconocían las fuerzas curativas inherentes al poder curativo de la naturaleza. También tuvo influencia del pensamiento de Francis Bacon, conocido por su slogan Baconiano “saber es poder” (Bacon, 1979), este slogan nos permite ver explícitamente la superioridad del saber científico sobre las formas de conocimiento.

Desde Nightingale, la enfermería es una ciencia y arte, como ciencia se apoyó en sus pensamientos y observaciones, análisis lógico, estadístico y validación de datos, recolectados a partir de su experiencia en la guerra de Crimea durante catorce años; mostró la utilización del método inductivo que le permitió desarrollar un conjunto de leyes denominadas leyes de la vida Nightingale a partir de sus observaciones en el cuidado de Enfermería mostró que estar enfermo tenía parte de su origen en la pobreza, desnutrición y condiciones insalubres de la época (condiciones de guerra); Nightingale fue una enfermera con capacidad de conectar la condición de enfermar con los factores medio ambientales y más allá, con los determinantes del bienestar de las personas como son: políticas de estado, lo socioeconómico y cultural.

Aseguró que todo lo que no fuese comprobado por los sentidos era superstición, para ella, teoría que no se basara en la experiencia práctica era solo inspiración, en este sentido Reed y Zurakowsky, la denominó como teoría y práctica. Las observaciones de Nightingale, la utilización del método inductivo, la empírica, la sistematización de sus datos ofrece evidencia inicial del desarrollo de la Enfermería como ciencia; pues, si la ciencia desde una concepción filosófica se hace preguntas por la finalidad del objeto de estudio, Nightingale lo

hace evidente al conceptualizar explícitamente e implícitamente sobre las leyes de la vida, la importancia del medio ambiente en la curación del enfermo, el ser humano, enfermería y salud-enfermedad; es decir, comprendió con todo aquello que interactuó: salud, enfermedad, medio ambiente, persona y enfermería, se puede decir, que aquí aplica, el concepto de conocimiento como la consecución o percepción de la realidad adquirida a través de la investigación.

Para Rogers, la Enfermería tiene dos dimensiones principales una, la ciencia de la Enfermería y dos, la utilización o aplicación de esta ciencia para el mejoramiento del hombre; es decir, la práctica de la Enfermería, y agrega: “sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional”. Este postulado de Rogers, evidencia a Enfermería como ciencia articulada a la práctica del cuidado. La ciencia de Enfermería incluye el estudio de las relaciones entre enfermeras, usuarios y medio ambiente en el contexto de la salud, en este aspecto, se observa coincidencia con la naturaleza de Enfermería, presentado antes de acuerdo con algunos de los pensamientos de Nightingale.

La ciencia de Enfermería genera teorías para capacitar a las enfermeras profesionales, en el control de la práctica. La ciencia de la Enfermería como disciplina está referida a la enseñanza como campo de estudio, es aquí donde se articula la relación ciencia- disciplina; como el conocimiento desarrollado, para la enseñanza en el campo del saber de Enfermería (cuáles son sus preocupaciones, la naturaleza de los fenómenos que se dan, como se relacionan, cuáles y como se definen sus paradigmas, sus campos de actuación). Las disciplinas profesionales tienen por objetivo desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

El surgimiento de la ciencia de Enfermería como disciplina, profesional, autónoma, distintiva, valorada por la sociedad, confronta las demandas de la profesión y la sociedad para que la Enfermería asuma toda la responsabilidad de las decisiones, acciones y consecuencias. La actuación de la enfermera en su profesión–práctica, la expone a aspectos legales, que ella podrá resolver, en tanto que posee principios y fundamento científico, disciplinar y ético.

La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria,

a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos. Según Marriner y Raile, clasifican tres grupos de teorías que son: las filosofías, los modelos conceptuales o grandes teorías y las de rango medio.

Estas teorías presentan conceptos y proposiciones explicativas de los fenómenos de Enfermería, muestra interrelaciones entre los conceptos y paradigmas. Todas las teoristas de Enfermería definen su comprensión, respecto a los paradigmas, expresados en los conceptos de persona, entorno, salud y enfermería-cuidado; estos paradigmas están incluidos en el área de interés y preocupación de la ciencia y disciplina de Enfermería.

Lo interesante es que estas teorías, le confieren el carácter de ciencia y consideran la dinámica de los fenómenos de enfermería, en interacción con el medio; que le permite transformar las observaciones de dichos fenómenos de interés para Enfermería; de esta manera, la enfermera actúa con las personas y el medio, transformándose y simultáneamente transformando su contexto o medio ambiente.

De otra parte, también delimita unos campos de actuación de Enfermería, los cuales se consideran, se manifiestan en la educación (docencia), práctica (asistencia clínica y ambulatoria) e investigación (generación de nuevos conocimientos de Enfermería). Así Enfermería como ciencia y disciplina, trata de establecer todos sus fenómenos y objeto de su interés, expresado como punto central de inicio y final en el cuidado, que se manifiesta en la profesión o práctica de Enfermería. (Guerrero, Cortes, & Vargas, 2017)

5.2.- El cuidado como objeto de estudio

El ser y el hacer de la enfermería han sido abordados por diversas teóricas, las cuales han coincidido en identificar el cuidado como la esencia de la profesión.

El cuidado se define como una transacción terapéutica interpersonal, única y recíproca de orientación presente y futura, que es multidimensional, contextual y refuerza patrones continuos de experiencia, cuyos resultados pueden resumir en: crecimiento del sujeto del cuidado y del cuidador y aumento del potencial para el autocuidado.

De acuerdo con Andrade Cepeda se señalan las siguientes cuatro dimensiones fundamentales en el acto de cuidar:

1. **INTERACCION.** Es un intercambio de ideas, acciones, experiencias y sentimientos entre el paciente y el personal de enfermería, en el cual se despliega una influencia recíproca, con el propósito de conseguir una intervención terapéutica de calidad.
2. **PARTICIPACION:** La participación del paciente en su cuidado hace mucho más humana la práctica de enfermería, porque da oportunidad reconoce al otro como una persona, con el derecho y la obligación de ser protagonista de su salud y no simplemente un receptor de acciones planeadas por el profesional que lo atiende.
3. **AFECTO:** Se ubica como una vivencia humana referida al tono emocional y al estado de ánimo , traducida en los sentimientos y emociones de cada persona, que matizan simultáneamente la interacción, haciéndose evidentes en la relación interpersonal que se establece, otorgándole un carácter humano y terapéutico a la vez.
4. **ETICA:** El sistema de valores que integra aquellos que están asociados a un profundo respeto por las maravillas y misterios de la vida y del cuerpo, el reconocimiento de una dimensión espiritual de esta; que incluye altruismo humanístico, sensibilidad a sí mismo y a los demás y amor a la vida y a otros humanos.

La conservación del avance del cuidado humano es un problema crítico para la enfermería de hoy, en una sociedad cada vez más despersonalizada ya que se debe tomar en cuenta la totalidad de la personalidad humana.

Cuidar es un fenómeno social y cultura, una ciencia social y humana que necesita preparación, conocimiento, investigación y, sobre todo, experiencia de trabajo de campo.

De igual manera el proceso de enfermería es el método mediante el cual se fundamenta científicamente la práctica profesional de enfermería; se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de los problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o sistema familiar. (Cepeda & España, 2012)

5.3 Proceso de atención de enfermería

La aplicación del método científico en la práctica profesional de enfermería es el método conocido como PCE, el cual permite a la enfermería prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

El PCE se originó cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso; esto ocurre con Hall (1955), Jhonson (1959), quienes consideraron un proceso de tres etapas; Yura y Walsh (1967) establecieron cuatro: valoración, planificación, realización y evaluación; Roy (1975) y algunos autores más establecieron las 5 actuales, al añadir la etapa diagnóstica.

Esta última etapa es la que más se ha desarrollado a partir de 1973, en las conferencias Nacionales para la Clasificación de Diagnósticos Enfermeros.

En la octava conferencia (1988) se aprueba la taxonomía I ANA (American Nursing Association) reconoció a la NANDA como la organización responsable del desarrollo, aprobación y revisión de los diagnósticos de enfermería (DdE) y de esta manera tener una estandarización en los diagnósticos de enfermería. En el año 2000 se aprobó la taxonomía II, que se diseña de una manera multiaxial, que da flexibilidad a la nomenclatura y permite hacer modificaciones con facilidad; está compuesta por tres niveles (dominio, clase y diagnósticos de enfermería), los trece dominios que constituyen la dimensión de los patrones de respuesta humana y siete ejes.

Por otra parte, en México a partir de los años setenta, la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería señaló la importancia de que en la enseñanza se hicieran cambios que favorecieran e impulsaran al pensamiento reflexivo, ordenado y analista que se requiere para brindar una atención adecuada y de calidad, así como también que el cuidado se fundamente en una metodología científica. (Cepeda & España, 2012)

5.4.- Etapas del proceso cuidado enfermero

En la última década se han incluido las taxonomías de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC, por sus siglas en inglés) y la de clasificación de resultados de enfermería (NOC, por sus siglas en inglés).

El PCE es el conjunto de acciones intencionadas que enfermería realizara en un orden específico con el fin de asegurar que una persona, grupo o comunidad recordaban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería compuestos, por cinco pasos consecutivos. (Cepeda & España, 2012)

5.4.1.- Valoración

La valoración es la primera etapa del PCE, es el proceso organizado y metódico de recoger información procedente de diversas fuentes, verificar, analizar y comunicar datos sistemáticamente, a fin de identificar el estado integral de salud de la persona, grupo o comunidad; debe ser sistematizada y premeditada; es un proceso intencionado que se basa en un plan para recoger información exacta y completa para facilitar las siguientes etapas.

Kozier y colaboradores mencionan que tal vez la valoración sea la parte más importante del PCE, porque ofrece una base sólida para una atención individualizada y de calidad.

Cuando el personal de enfermería realiza la **valoración** aplica el razonamiento crítico y, simultáneamente, también sintetiza su conocimiento, experiencia, estándares y actitudes con base en el conocimiento de las ciencias naturales, humanísticas y sociales.

Existen diferentes modelos o esquemas para organizar los datos obtenidos en la valoración, estos pueden variar de acuerdo con la normativa de la institución o el estado de salud de la persona; como ejemplo tenemos los marcos de referencia basados en las teorías de enfermería de Dorotea Orem, Virginia Henderson, Callista Roy y la tipología de patrones funcionales de Marjory Gordón, entre otros.

Tipos de valoración

1. Valoración inicial o básica.
2. Valoración continuada o focalizada.
3. Valoración de urgencia o rápida.

Fases de la valoración

Recolección de datos

Cosiste en la obtención de la historia de salud y estado global de la persona a través de diversas fuentes y técnicas.

Fuentes de los datos

- a) Primaria
- b) Secundaria

Tipos de datos

Los datos que se obtienen son de 4 categorías:

- a) Datos subjetivos.
- b) Datos objetivos.
- c) Datos de antecedentes.
- d) Datos actuales.

Métodos y técnicas

Para la recolección de datos se requiere de un proceso sistematizado y el ejemplo de métodos y técnicas, en los que se encuentran los siguientes:

- La entrevista
Es la técnica empleada principalmente para la obtención de los datos subjetivos; consta de tres secciones (inicio cuerpo y cierre). Permite obtener información acerca de la persona familia o comunidad en torno a los problemas y preocupaciones de salud, a través de la interacción profesional de enfermería-persona.
- La observación
Comprende la utilización de todos los sentidos para captar a información de manera globalizada, por lo que se requieren amplios conocimientos teóricos y habilidades en el uso de estos.
- El examen físico.
Este método se realiza a través del uso de ciertas técnicas, con la finalidad de obtener información para describir y determinar las respuestas a los procesos vitales de la

persona; también para detectar problemas reales y potenciales y confirmar, objetivamente, los datos subjetivos obtenidos en la entrevista, interrogatorio o de otras fuentes. Es el tercer medio más importante de recolección de datos durante la valoración. El examen de enfermería se centra en:

- a) Definir aún más la respuesta de la persona ante el proceso fisiológico o patológico; sobre todo, aquellas respuestas susceptibles de ser tratadas con acciones de enfermería.
- b) Establecer una base de datos para comparar la eficacia de las intervenciones de enfermería, independiente e interdependiente o de colaboración.

Durante esta valoración física se utilizan las siguientes cinco técnicas básicas

1. Inspección: este consta de un examen visual cuidadoso y además global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en ciertas características físicas como lo son tamaño, forma, situación anatómica, textura, color, aspecto, movimientos y simetría.
2. Palpación: mediante el tacto determinas ciertas características, sobre todo de la estructura corporal, tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulso, vibraciones, consistencia y movilidad. Esta técnica es mayormente utilizada para tentar órganos en abdomen, diversos movimientos corporales y la expresión facial que nos será guía en la valoración.
3. Percusión: implica dar un par de golpes con uno o varios dedos, estos sobre la superficie corporal, la finalidad es obtener algún sonido. Diferenciando éstos e identificándolos como: “sordos”, que son los que aparecen cuando se percuten músculos o huesos; “mates”, los cuales aparecen en el hígado y bazo; “hipersonoros”, que se presentan en el pulmón normal lleno de aire y, por último; los “timpánicos”, están en el estómago lleno de aire.
4. Auscultación: esta consiste en escuchar los sonidos emitidos por los órganos del cuerpo, se emplean herramientas como el estetoscopio y determinamos características de la zona a explorar.
5. Medición: Técnica que tiene con objetivo dar un valor numérico. Los datos que reporta son útiles para encontrar o reconocer una magnitud para comprenderla con otra que se ha tomado como referencia. (Cepeda & España, 2012)

5.4.2 Diagnóstico

Esta es la segunda etapa del PCE, definido en 1990 por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) como juicio clínico sobre respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/ proceso vitales reales o potenciales, proporciona las bases para la selección de aquellas actuaciones de lo que enfermería es responsable de tratar.

El diagnóstico es la fase que comprende un proceso de análisis – síntesis para emitir un juicio o conclusión sobre el estado de salud de la persona ante sus preocupaciones, necesidades o problemas de salud. Además, es la base para las posteriores fases del proceso, que son la planificación, la ejecución y la evaluación de los cuidados de enfermería y, por tanto, requiere que las enfermeras y enfermeros utilicen el pensamiento crítico- científico y sus experiencias profesionales y humanísticas para lograr una atención individualizada y de calidad. (Quintero, 2015)

En esta fase se desarrolla el diagnóstico enfermero que proviene de lo identificado en la etapa anterior y abarca todo el proceso de diagnosticar, llegar a una conclusión o juicio alcanzado y expresando en una categoría diagnóstica. Para clasificar mejor el porqué del uso del diagnóstico.

El diagnóstico se compone:

1. Etiqueta
2. Definición
3. Características definitorias
4. Factores relacionados
5. Factores de riesgo

Ejes

La taxonomía II es un sistema multiaxial formado por siete ejes; se define como la dimensión de la respuesta humana que se considera que el proceso diagnóstico, mejoras sustancialmente la flexibilidad y nomenclatura y permite hacer con facilidad adiciones o modificaciones, pero, sobre todo, aplicarlo con un paciente específico. Los ejes son los siguientes:

- Eje 1. Concepto diagnóstico: Es el elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz de la formulación diagnóstica, el concepto diagnóstico puede constar de una o más palabras. En cuyo caso deben dar idea de un solo significado.
- Eje 2. Sujeto del diagnóstico: Se define como la persona concreta para la que se formuló un diagnóstico determinado. Los valores son: Persona, Familia, Grupo y Comunidad.
- Eje 3. Juicio: Es el descriptor o modificador que limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero; dentro de él se encuentran valores como aumentado, comprometido, deficiente, etc.
- Eje 4. Localización: Partes o regiones corporales: todos los órganos, regiones o estructuras anatómicas.
- Eje 5. Edad: Se refiere a los años de vida que tenga la persona a la que se le realiza el diagnóstico.
- Eje 6. Tiempo: Describe la duración del eje diagnóstico. Los valores del eje son: agudo, crónico, intermitente y continuo.
- Eje 7. Estado del diagnóstico: Se refiere a la actualidad o potencialidad del problema, o la categorización del diagnóstico como de salud/problema de salud. Los valores son: Promoción a la salud, Salud, Riesgo, Real. (Quintero, 2015)

5.4.3.- Planeación

En la tercera fase del proceso de atención de enfermería se contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

La planeación incluye las siguientes etapas:

1).- Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.

2).- Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema. Los resultados o metas, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles.

Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.

3).- Planeación de las intervenciones de enfermería. Están destinadas a ayudar al paciente a lograr las metas del cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería.

Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Adaptar o diseñar un plan de cuidados basados en conocimientos actualizados de las ciencias enfermeras, biológicas, sociales, físicas y comportamentales.

2. Por cada diagnóstico enfermero identificado establecer objetivos pactados con el paciente, definidos de formas realistas y mensurables, congruentes con el resto de tratamientos planificados que especifiquen el tiempo de consecución y dirigidos a maximizar la autonomía del paciente.

3. Prescribir y priorizar las intervenciones dirigidas a conseguir los objetivos pactados o establecidos y a favorecer la participación del paciente.

4. Prescribir y priorizar estas intervenciones con base en la aplicación de los resultados de la valoración y de los conocimientos científicos vigentes.

5. Prescribir las intervenciones con base en el servicio enfermero que se requiera.

6. Revisar y actualizar el plan de cuidados para adaptarlo a la evolución del estado de salud del paciente.

7. Determinar las áreas de colaboración con otros profesionales. (Hernández, 2002)

Para llevar a cabo esta etapa del proceso cuidado enfermero se requiere de la utilización de 2 fuentes bibliográficas principalmente

1.- Clasificación de resultados de enfermería (NOC): incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. También hace uso de un lenguaje estandarizado de cara a universalizar el conocimiento enfermero. Facilita la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente.

Su contenido favorece la optimización de la información para la evaluación de la efectividad de los cuidados enfermeros complementándose con la información aportada a través de otras clasificaciones.

2.- Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC): recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin. La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica; sino que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación. (Hernández, 2002)

5.4.4.- Ejecución

La ejecución constituye la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería, en la cual se pone en marcha el plan de los cuidados y está enfocada en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan a las personas a lograr los objetivos deseados. Es necesario tomar en cuenta que las acciones deben ser éticas y seguras.

Phaneuf recomienda que, para llevar a cabo la ejecución, el personal de enfermería debe considerar:

- Las capacidades de las personas para realizar o reanudar sus actividades.
- Las necesidades concretas de conocimiento.
- Los recursos humanos, económicos y prácticos de que dispone.
- Un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarias.
- La edad de la persona.
- Las complicaciones surgidas durante la hospitalización.
- Los problemas de salud ya existen.
- El estado psicológico de la persona.

La ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente, en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares. (Barrera & Gómez, 2004). Para Iyer P, Taptich B, Bernocchi, 1997, citado por Universidad de Antioquia La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente. (Universidad de Antioquía, 2016)

Para (Hernández, 2002) En esta etapa se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones en enfermería y durante el desarrollo de esta se requiere: 1) Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos. 2) Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance. 3) Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.

5.4.5.- Evaluación

La última fase de enfermería es estar presente durante la ejecución del cuidado, lo cual es continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera (o) valora la efectividad de las actuaciones de enfermería. (PCE, 2021)

La evaluación requiere el examen de varios aspectos como:

- El examen físico del paciente
- El análisis del historial clínico
- La entrevista con el paciente

Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos:

- Observación directa

- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades). ,

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
información dada por el resto del personal

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

- Entrevista con el paciente.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

- Medir los cambios del paciente
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera

- Con el fin de establecer correcciones.

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

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva (PCE, 2021)

5.4.6.- Problemática de Salud de la persona: La hipófisis: anatomía y fisiología

La hipófisis es una estructura neuroendocrina compuesta formada por dos lóbulos, cada uno de ellos de origen embriológico, estructura, función y procesos patológicos diferentes. El lóbulo anterior más grande o adenohipófisis, es el lugar donde se produce una síntesis y secreción hormonal meticulosamente regulada y también es la localización fundamental de la afección hipofisaria más importante clínicamente. Está formado por una disposición topológica reglada de cinco tipos de células, cada una de las cuales produce una hormona distinta. (Portillo, 2008)

Estos cinco tipos de células son las somatotropas, las lactotropas, las corticotropas, las tiotropas y las gonadotropas y se distinguen funcionalmente por su capacidad para secretar hormona de crecimiento (GH), prolactina (PRL), corticotropina (ACTH), hormona estimulante del tiroides (TSH) y gonadotropinas (hormona lutenizante [LH] y hormona foliculoestimulante (FSH) respectivamente. Las capacidades secretoras y proliferativas de estas células están controladas por un equilibrio preciso entre las influencias tróficas hipotalámicas y los efectos de la retroalimentación negativa impuestos por las hormonas de los órganos afectados. Aunque la susceptibilidad es distinta, la transformación neoplásica puede afectar a cualquiera de estos tipos celulares de una forma multicausal y a través de varios pasos. El adenoma resultante conserva la capacidad secretora, las características morfológicas y la nomenclatura de las células donde se originó. (Portillo, 2008)

Además de las cinco poblaciones celulares hormonalmente activas antes mencionadas, se especula con la posibilidad de que exista un sexto tipo de células dispersadas aleatoriamente en el interior de la hipófisis normal. Estas células, conocidas como nulas,

son hormonalmente inactivas y su contribución funcional a la hipófisis sigue siendo oscura. También podrían ser susceptibles de transformación neoplásica y darían origen a tumores hipofisarios frecuentes conocidos como adenomas de células nulas. Como estas células no producen cantidades mensurables de producto hormonal alguno, tanto ellas como sus respectivos tumores se conocen como no funcionantes. (Portillo, 2008)

El lóbulo posterior de la hipófisis o neurohipófisis, es una extensión del sistema nervioso central (SNC) y está formado por fibras nerviosas entrelazadas y elementos gliales especializados conocidos como pituicitos. Las principales hormonas liberadas por la hipófisis posterior son la vasopresina y la oxitocina. La primera es el regulador esencial de la homeostasis del agua y del equilibrio osmolar y la segunda es importante durante el parto y la lactancia. Aunque la hipófisis posterior puede ser a veces asiento de tumores metastásicos, rara vez es origen de tumores hipofisarios clínicamente significativos.

La Hipófisis está profundamente alojada en la base del cerebro, ubicada dentro de los confines óseos de la silla turca, revestida por la duramadre. Está unida al hipotálamo a través del tallo hipofisario y se encuentra rodeada por varias estructuras nerviosas delicadas y críticas. Sus relaciones superiores incluyen los nervios y el quiasma óptico, el hipotálamo, la corteza del lóbulo frontal y la pared anterior del tercer ventrículo. Lateralmente se relaciona con el seno cavernoso y la arteria carótida interna. (Portillo, 2008)

EPIDEMIOLOGÍA

Según los datos que nos presenta la UNMSM en la revista de neurología los adenomas hipofisarios son lesiones frecuentes, que representan aproximadamente el 10% de todas las neoplasias intracraneales primarias. (Portillo, 2008)

Constituyen la tercera neoplasia por orden de frecuencia de todas las neoplasias intracraneales primarias, detrás de gliomas y meningiomas.

La incidencia por edad y sexo varía según el tipo de tumor. En general, los adenomas de la hipófisis son tumores de adultos; menos del 10% se presenta en niños.

Las prolactinomas tienen un predominio femenino de 1:4-5, y se ven generalmente en adultos jóvenes.

Los adenomas corticotropos también se presentan principalmente en mujeres; el 22% de los casos se da en niñas o adolescentes.

Los tumores de secreción de hormona del crecimiento tienen un predominio masculino de 1:2.

Los microadenomas son definidos como adenomas hipofisarios con un diámetro, de 10 mm o inferior; los macroadenomas son mayores de 10 mm. (Portillo, 2008)

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Los tumores hipofisarios se reconocen clínicamente por uno o más de tres patrones de presentación muy constantes:

- Síntomas de hiposecreción hipofisaria
- Síntomas neurológicos

Se ha observado que alrededor del 70% de los casos, el cuadro clínico está dominado por los rasgos de la hipersecreción de la hipófisis anterior, que dan lugar a un síndrome hipersecretor característico, así como:

- Hipersecreción de GH: Acromegalia
- Hipersecreción de ACTH: Enfermedad de Cushing
- Hipersecreción de PRL: Amenorrea-Galactorrea
- Hipersecreción de TSH: Hipertiroidismo secundario

Por otra parte, los tumores hipofisarios pueden manifestarse con síntomas de hipopituitarismo parcial o total (fatiga, debilidad, hipogonadismo, regresión de los caracteres sexuales secundaria, hipotiroidismo). Este cuadro suele ser insidioso y se asocia con macroadenomas hipofisarios que han alcanzado un tamaño suficiente y comprimen el tejido no tumoral adyacente. (Portillo, 2008)

En casos de compresión crónica y progresiva, los distintos elementos secretores de la hipófisis tienen una reserva funcional diferente: las células gonadotrópicas son las más vulnerables y suelen ser las que se afectan en primer lugar, seguidas sucesivamente por las tirotropas y las somatotropas, siendo las corticotropas las que demuestran poseer mayor resistencia funcional. En la insuficiencia hipofisaria, una brusca hemorragia intratumoral o un infarto provocan en ocasiones una combinación potencialmente mortal de hipopituitarismo agudo y masa craneal en expansión.

El tercer patrón de presentación es el dominado por los síntomas neurológicos, aislados o coexistentes con una o varias de las alteraciones endocrinológicas antes descritas. Como se ha dicho, una masa hipofisaria progresivamente creciente generará una constelación de signos y síntomas neurológicos que dependerán de la trayectoria del crecimiento y de las estructuras nerviosas vecinas que resulten alteradas.

Los síntomas y signos para encontrar son:

a. Cefaleas: Pueden ser un signo precoz y se atribuyen al estiramiento de la duramadre que recubre la hipófisis o del diafragma de la silla turca. Está presente en el 75% de los casos y se localiza más frecuentemente en la región frontal y orbital. (Portillo, 2008)

b. Pérdida de visión: Debido a la compresión de los nervios ópticos o del quiasma óptico. El patrón clásico de pérdida visual es una hemianopsia bitemporal a menudo asociada con disminución de la agudeza visual. Posteriormente puede haber una ceguera completa de uno o ambos ojos.

c. Manifestaciones hipotalámicas: Debido a la compresión del hipotálamo por grandes adenomas hipofisarios que provocan:

- Alteraciones del sueño
- Alteraciones de la atención
- Alteraciones de la conducta
- Alteración de la alimentación
- Alteración de las emociones

d. Hidrocefalia obstructiva: Debido a la infiltración de las láminas terminales que hace que el tumor penetre en la región del III ventrículo, ocasionando obstrucción a la salida de LCR.

e. Compromiso de nervios craneales. Debido a la extensión lateral del tumor hacia la región del seno cavernoso, por donde transcurren los nervios craneales. Así las manifestaciones más características son:

- Ptosis: Por compromiso del III nervio craneal (motor ocular común).
- Dolor o alteraciones sensitivas faciales. Por compromisos de las ramas oftálmica y maxilar superior del Nervio Trigémino.
- Diplopia: Por compromiso del III, IV y VI nervios craneales.

Una característica importante, aunque inespecífica, de los adenomas hipofisarios relacionada con el efecto de masa, que también puede encontrarse en otras lesiones de masa de la región selar, es la hiperprolactinemia. La secreción de prolactina se encuentra bajo el control inhibitor de diversos "factores inhibidores de la prolactina" hipotalámicos (de los cuales la dopamina es el principal).

La dopamina liberada por el hipotálamo desciende a través de los vasos portales hasta alcanzar el lóbulo anterior de la hipófisis, donde inhibe la liberación de PRL por las células lactotróficas normales. Los procesos que determinan una alteración de la liberación hipotalámica de dopamina (por ejemplo, lesiones compresivas o destructivas del tallo de la hipófisis) inducen en las células lactotróficas hipofisarias un estado de desinhibición.

La pérdida del control hipotalámico permite que las células lactotróficas no tumorales de la hipófisis aumenten su secreción de PRL, lo que se traduce en una moderada elevación de los niveles sanguíneo de la hormona. Este fenómeno, llamado efecto de "sección del tallo", puede hacer que los niveles de PRL se eleven hasta 150ng/ml; (normal < 25 ng/ml). Sólo cuando los niveles de PRL superan este umbral pueden ser atribuidos a una producción autónoma de PRL por un tumor hipofisario secretor de dicha hormona. (Portillo, 2008)

5.4.7.- Diagnóstico y tratamiento

DIAGNOSTICO

A. Endocrinológico: Con la guía de la historia y los exámenes clínicos se puede hacer un diagnóstico endocrinológico mediante determinaciones de las hormonas hipofisarias y de los órganos afectados.

Una detección sistemática inicial útil debe incluir determinaciones de PRL, GH, cortisol plasmático, ACTH, LH/FSH, Tiroxina y TSH.

Estas mediciones iniciales permiten comprobar la integridad o alteración de diversos ejes hipotalámico-hipofisario-órganos afectados e identificar estados de exceso o deficiencia relativos.

Sin embargo para definir con precisión una endocrinopatía específica pueden necesitarse análisis hormonales adicionales, ya sea inducido, dinámicos o especiales.

B. Neuro oftalmológico: Debe incluir un examen de la agudeza visual y una campimetría. Estas determinaciones se hacen a menudo seriadamente, a fin de documentar la progresión de la enfermedad y su respuesta a las intervenciones terapéuticas.

C. Por imágenes

a) Radiografía de Silla Turca: Los macroadenomas producen un aumento difuso del tamaño de la silla turca, erosiones focales de ésta y amplias destrucciones selares.

b) Tomografía Computarizada: Los microadenomas son normalmente isodensos con respecto a la hipófisis normal adyacente. Con la administración de contraste aparecen hipodensos. Los macroadenomas son isodensos y muestran realce tras la administración de contraste.

c) Resonancia Magnética: La Resonancia Magnética (RM), con potenciación con gadolinio ha sustituido prácticamente a la tomografía computarizada (TC) en el diagnóstico de los tumores hipofisarios.

La mayor capacidad resolutive de la RM es especialmente evidente en los microadenomas, ya que permite detectar lesiones de tan sólo 3 mm.

Los microadenomas son hipointensos con y sin contraste.

Los macroadenomas son isointensos y tras la administración de contraste el realce es intenso. (Portillo, 2008)

TRATAMIENTO

Una vez establecido el diagnóstico de adenoma hipofisario mediante los estudios clínicos, bioquímicos y radiológicos oportunos, se hace una valoración de las opciones terapéuticas. El tratamiento de los tumores hipofisarios debe ir dirigido a lograr los siguientes objetivos:

- a. Eliminar la endocrinopatía y restablecer una función hipofisaria normal.
- b. Eliminar la masa tumoral y restablecer la función neurológica normal.

Por fortuna, la consecución de estos objetivos se ha hecho progresivamente más factible gracias a la evolución de la técnica de microcirugía, al desarrollo de la farmacoterapia mediada por receptores y al perfeccionamiento de la administración de la radioterapia. Cada una de estas modalidades terapéuticas posee ventajas e inconvenientes específicos que han de considerarse en conjunto y que deben ser particularizados cuidadosamente en todo paciente con un tumor hipofisario.

Microcirugía Transesfenoidal

Aunque ha surgido una tendencia que favorece el uso inicial de tratamientos no quirúrgicos en casos seleccionados de adenomas hipofisarios, la cirugía sigue siendo el tratamiento de elección inicial en la inmensa mayoría de estos tumores.

El aumento de la eficacia y seguridad de la cirugía hipofisaria puede atribuirse al desarrollo del abordaje microquirúrgico transesfenoidal transeptal, que es el corredor más directo y menos traumático de acceso quirúrgico a la hipófisis.

Actualmente, más del 95% de los tumores hipofisarios se aborda por vía transesfenoidal, quedando reservados los abordajes transcraneales tradicionales para los pocos casos en los que las características anatómicas de la silla o una extensión intracraneal no habitual del tumor limitan la accesibilidad por aquella vía.

En la mayoría de los microadenomas hipofisarios y en muchos macroadenomas, la cirugía transesfenoidal es curativa por sí sola y evita la necesidad de tratamientos farma-cológicos o radioterapéuticos coadyudantes.

Tratamiento Farmacológico

La actividad secretora de las células hipofisarias tumorales no escapa por completo a los controles fisiológicos de regulación.

Esta observación establece la sensibilidad y la justificación terapéutica de la manipulación farmacológica de esos mecanismos reguladores como forma de tratamiento médico de los adenomas hipofisarios.

Dos son las clases de medicamentos que han surgido como tratamientos primarios o coadyudantes en los tumores hipofisarios: los agonistas de la dopamina y los análogos de la somatostatina. (Portillo, 2008)

El agonista de la dopamina prototípico y más utilizado es la bromocriptina, que ejerce sus efectos clínicos amplificando las vías dopaminérgicas inhibitoras hipotalámico-hipofisarias existentes. La dopamina es el inhibidor fisiológico natural de la secreción de prolactina. Al saturar los receptores de dopamina en la superficie de las células tumorales, la bromocriptina inhibe eficazmente la secreción de prolactina.

Esta capacidad para normalizar los niveles de prolactina y reducir así el tamaño del tumor ha hecho de ella una alternativa eficaz al tratamiento quirúrgico de muchos prolactinomas. La bromocriptina reduce también eficazmente, aunque en menor grado, los niveles de GH en los tumores que producen acromegalia.

Con el descubrimiento de que la somatostatina inhibe fisiológicamente la secreción de GH, pudieron demostrarse las posibilidades terapéuticas de este agente en el tratamiento de los tumores secretores de GH. Los análogos de la somatostatina, que son biológicamente más estables que la hormona natural, desempeñan un papel cada vez más amplio en el tratamiento de los tumores asociados a acromegalia.

Aunque se ha demostrado que los análogos de la somatostatina reducen los niveles de GH y que en algunos casos producen una disminución del tamaño del tumor, la constancia y duración de la respuesta son imprevisibles. En consecuencia, por el momento no se considera que los análogos de la somatostatina sean una alternativa de largo plazo al tratamiento quirúrgico. En la actualidad, se los considera principalmente como una útil terapéutica coadyuvante reservada para los pacientes con enfermedad postoperatoria persistente o recidivante.

Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento del cáncer para el que se utilizan rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para eliminar las células cancerosas o impedir que crezcan. Algunas formas de radioterapia evitan que la radiación cause daño al tejido sano cercano. (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., 2020)

La radioterapia ha desempeñado tradicionalmente un importante papel coadyuvante en el tratamiento postoperatorio de los tumores hipofisarios. Sin embargo, con el aumento de la eficacia de la cirugía y la mayor disponibilidad de tratamientos médicos coadyuvantes, se hace cada vez más difícil definir con precisión el lugar de la radiación en el tratamiento actual de los tumores hipofisarios.

El objetivo de la radioterapia consiste en prevenir la progresión o la recidiva del crecimiento tumoral. Probablemente la indicación más clara de la radioterapia sea la persistencia o recidiva, después de la cirugía, de un estado de hipersecreción rebelde al tratamiento médico. En los grandes adenomas hipofisarios no funcionantes también puede considerarse la posibilidad de la radioterapia en casos de tumores invasores o de extirpación incompleta.

Las complicaciones de la radioterapia hipofisaria consisten en un panhipopituitarismo tardío, alteraciones cognoscitivas, radionecrosis del nervio óptico o del lóbulo temporal y la posibilidad de desarrollo de tumores inducidos por la radiación. Los adelantos conceptuales y técnicos en cuanto a administración de la radioterapia han reducido al mínimo la frecuencia de muchas de estas complicaciones. No obstante, panhipopituitarismo tardío sigue siendo un problema importante. (Portillo, 2008)

5.5.- Teoría de enfermería

Final Tranquilo de la Vida – Cornelia MM. Rouland & Shirley M. Moore (*biografía*

Anexo 1)

5.5.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado

La teoría del final tranquilo de la vida está conformada por varios marcos teóricos (Roulan y Moore, 1998). Esta se basa fundamentalmente en el modelo de Donabedian de estructura, proceso y desenlaces que fue parcialmente desarrollada a partir de la teoría de sistemas generales.

Esta teoría es dominante en todos los tipos de teorías en enfermería, desde los modelos conceptuales a las teorías intermedias o de micro rango, lo que indica su utilidad para explicar la complejidad de las interacciones y organizaciones de asistencia sanitaria. Un segundo puntual teórico es la teoría de la preferencia (Brandt, 1979) que han utilizado los filósofos para explicar y definir la calidad de vida, un concepto importante para la investigación y la práctica del Final Tranquilo de la Vida. (Ceballos & Hernández, 2013)

En la teoría de la preferencia, se define I buen calidad de vida, como conseguir lo que se desea, un enfoque que parece especialmente adecuado en el cuidado del Final Tranquilo de la Vida; la calidad de la vida se define y evalúa como una manifestación de la satisfacción mediante la evolución empírica de criterios como el alivio de los síntomas y la satisfacción con las relaciones interpersonales, la incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados de salud se considera apropiada y necesaria para conseguir desenlaces satisfactorios. Esta teoría es un ejemplo de desarrollo inicial de una teoría intermedia utilizando un estándar de práctica como fuente.

Esta teoría del final tranquilo de la vida se basa en la evidencia empírica de la experiencia directa de las enfermeras expertas y de una profunda revisión de bibliografía sobre varios componentes de la teoría. El grupo de profesionales expertos que desarrolló el estándar asistencial del Final Tranquilo de la Vida tenía por lo menos 5 años de experiencia clínica en el cuidado de los pacientes terminales. (Ceballos & Hernández, 2013)

El estándar estaba compuesto por las mejores prácticas basadas en datos científicos obtenidos por la investigación en las áreas de control del dolor, bienestar, nutrición y relajación. Esta teoría prescriptiva también incluye varias afirmaciones relacionales para las que se necesitan más datos empíricos. En gran medida, se pueden obtener fácilmente hipótesis explícitas de estas afirmaciones para probar su utilidad. Debe destacarse que los autores del estándar asistencial y de la teoría intentaron incorporar conceptos y relaciones observables, descritos con claridad, que expresen la noción del cuidado.

Conceptos Principales

Ausencia de dolor: la parte fundamental de la experiencia del Final Tranquilo de la Vida de muchos pacientes es estar libre de sufrimientos molestias sintomáticas. El dolor se considera como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada con una lesión potencial o real.

Experiencia de bienestar: El bienestar se define de forma general, usando el trabajo de Kilcaba (1991), como “alivio de la molestia, el estado de relajación y satisfacción, y todo lo que hace la vida fácil y placentera”.

Experiencia de dignidad y respeto: todo paciente terminal se respeta y se aprecia como un ser humano (Rouland y Moore, 1998). Este concepto incorpora la idea del valor de la persona, expresado por el principio ético de autonomía o respeto a las personas, que establece que las personas deben tratarse como entes autónomos, y que las personas con autonomía reducida tienen derecho a protección.

Estado de tranquilidad: la tranquilidad es un sentimiento de calma, armonía y satisfacción libre de ansiedad, agitación, preocupaciones y miedo. Un estado tranquilo incluye las dimensiones físicas psicológicas y espirituales.

Proximidad de los allegados: la proximidad el sentimiento de estar conectado a otros seres que se preocupan. Implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones afectuosas, íntimas. (Ceballos & Hernández, 2013)

Metaparadigmas

Como la teoría del final tranquilo de la vida viene de un estándar de cuidados que ha sido descrito por un grupo de enfermeras expertas que enfrentaban un problema práctico, los conceptos del metaparadigma eran inherentes al fenómeno de enfermería tratando el cuidado complejo y holístico necesario para ayudar a un final de la vida tranquilo.

En esta teoría encontramos dos supuestos principales y dos implícitos.

Principales supuestos

- 1.- Los acontecimientos y sentimientos de la experiencia del final tranquilo de la vida son personales e individuales.
- 2.-El cuidado de enfermería es crucial para crear una experiencia del final tranquilo de la vida. Las enfermeras y enfermeras evalúan e interpretan las manifestaciones que reflejan las experiencias del final tranquilo de la vida de la persona e interviene de manera adecuada para conseguir o mantener una experiencia serena.

Supuestos implícitos

- 1.- La familia, un término que incluye a todos los allegados, es una parte importante del cuidado del final tranquilo de la vida.
- 2.- El objetivo del cuidado del final tranquilo de la vida no es optimizar el cuidado en el sentido en que debe ser el mejor tratamiento y más avanzado tecnológicamente, o un tipo de cuidado que lleve a un tratamiento excesivo es decir, se debe proporcionar el mejor cuidado posible y las medidas de bienestar para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila. (Ceballos & Hernández, 2013)

VI.- RESUMEN DE CASO CLINICO

FICHA DE PRESENTACION

Nombre del paciente: GGT

Fecha de nacimiento: 19/02/1983

Edad: 38 años

Sexo: masculino

Estado civil: casado

Ocupación: Primer Operador de Corte Transversal

Esquema de vacunación: Completo Alergias: Negadas

La valoración al paciente se llevó a cabo en su hogar bajo un consentimiento informado (*Anexo 5*), ya que actualmente debido a su patología diagnosticada por medio de estudios imagenológicos (*Anexo 4*), se encuentra incapacitado para presentarse a laborar.

Antecedentes heredofamiliares

Madre: Hipertensa

Padre: Derrame cerebral en 2 ocasiones, fumador por 40 años. (Fallecido).

Antecedentes personales no patológicos

En su casa vive con su esposa y 2 hijas, la relación que tiene con ellas es muy buena; el hogar cuenta con todos los servicios necesarios.

Antecedentes personales patológicos

Refiere que anteriormente padecía de dolor de cabeza muy frecuente.

Tumor hipofisario invasivo: que se sospecha a partir de Examen Médico Periódico debido a la pérdida repentina de la visión en el mes de Junio del presente año, posterior a esto se inicia con pruebas para su diagnóstico actual. Se inicia tratamiento analgésico paracetamol, sulindaco, etofenamato e indometacina; posteriormente se da tratamiento únicamente con paracetamol.

6.1.- valoración

1.- Percepción - Manejo de salud

Paciente masculino de 38 años de edad se encuentra en casa, ha llevado una vida sedentaria por el trabajo desde hace 15 años, el paciente con un diagnóstico de tumor maligno de la hipófisis, consiente, orientado en sus tres esferas, sin embargo se lleva a cabo el test mini mental (*Anexo 6*) el cual nos arroja una puntuación de 23 que nos indica un existe un deterioro cognitivo de leve a moderado. (WAPA, 2019) Refiere presentar cefalea con una puntuación de escala de EVA (*Anexo 2*) de 10 y facies de dolor, sangrado nasal y cuenta con el siguiente tratamiento médico: paracetamol, sulindaco, etofenamato e indometacina. Posterior a la valoración se ministra etofenamato IM, y presenta conducta defensiva para evitar dolor y sangrado. El paciente comenta tener miedo a morir ya que le preocupa el bienestar de su esposa y principalmente de sus hijas, ya que actualmente la mayor tiene 8 años y la menor apenas 2 años.

2.- Nutricional metabólico

Refiere haber perdido peso en el último mes, tiene una talla de 1.65 m y un peso de 75kg, al momento de la valoración presenta T/A: 146/96mmHg, FC: 86 x 1, FR: 18x1, TC: 36.4°C Spo2: 94% por indicación médica actualmente lleva una dieta balanceada, baja en grasas, su mucosa oral se encuentra hidratada, cuenta con todas sus piezas dentales y empaste en premolares, refiere tolerar adecuadamente los alimentos.

Cráneo sin alteraciones aparentes, cabello negro bien implantado y distribuido. Oídos con buena agudeza auditiva, pabellones auriculares sin alteraciones, conducto auditivo externo se encuentra en buen estado de higiene. Presenta perdida de la agudeza visual del ojo derecho. Cavidad oral en condiciones óptimas para la masticación, deglute alimentos sin problema, piezas dentales completas sin presencia de signos de deshidratación. Abdomen globoso, sin dolor a la palpación, movimientos intestinales normales, presenta cicatriz en hipocondrio izquierdo debido a una caída de su bicicleta.

3.-Eliminación

En cuanto a la evaluación urinaria comenta que durante el día micciona de 4 a 5 veces al día de la cuales 1 o 2 son por la noche, la orina es color amarilla sin sedimentos y sin presencia de olor.

Realiza 3 deposiciones, y refiere que es lo habitual. Controla de manera correcta sus esfínteres y presenta una adecuada sudoración.

4.- Actividad y ejercicio

Paciente que no requiere ayuda para la movilidad, sin embargo, refiere que en los últimos tres días a presentado cansancio excesivo por el hecho de solo dar unos pasos en la casa, así como debilidad y tensión muscular en la piernas, refiere no haber realizado ningún tipo de ejercicio desde hace ya unos años debido a que los horarios laborales no se lo permiten, durante su estancia en casa por incapacidad comenta que únicamente camina del cuarto a la sala y al comedor ya que caminar otras distancias provoca fatiga.

5.- Seño y descanso

Actualmente refiere no conciliar adecuadamente el sueño por las noches, comenta dormir 5 a 6 horas en promedio, despierta por periodos prolongados durante la noche por presentar cefaleas intensas y en ocasiones vuelve a dormir, no se médica para conciliar el sueño, sin embargo si toma medicamento para controlar la cefalea, lo cual nos indica que su sueño no es reparador debido al discomfort.

6.- Cognitivo perceptual

Paciente que no aparenta su edad cronológica ya que aparenta mayor edad, su lenguaje es fluido, el paciente requiere apoyo visual de un mes a la fecha, refiere que fue por ello que se dio cuenta de su real diagnóstico, ya que comenzó hace un mes aproximadamente a darse cuenta que tenía dificultades para ver. Actualmente el paciente refiere que tiene dificultad para recordar fechas de nacimiento de sus hijas, y el cómo escribir el nombre de cada una de ellas y esto llega a generarle ansiedad, llanto y temor.

7.-Autopercepcion y autoconcepto

Su postura ante su situación médica es buena, mantiene contacto visual con el personal de salud al momento de darle alguna explicación cuando se le da información sobre su patología, expresa sus dudas y refiere que los médicos no le han dado la información necesaria para entender por completo su patología, su conducta es cooperadora en todo lo que se le indica.

8.- Rol relaciones

El paciente es casado, vive con su esposa y sus dos hijas, su sustento económico depende de su trabajo, habita casa propia, cuenta con todos los servicios, y refiere que ahora que está en casa trata de ayudar en lo que puede ya que se cansa cuando realiza diversas actividades.

9.- Sexualidad y reproducción

Menciona tener 2 hijas, refiere no haber presentado enfermedades de transmisión sexual, actualmente lleva una vida sexual activa y satisfactoria. A la exploración física se encuentra región glútea y genital sin alteraciones ni presencia de abscesos Vasectomía realizada el 08/10/019.

10.- Adaptación y tolerancia al estrés

Su familia comenta que la situación por la que están pasando, les ha permitido unirse más como familia, el paciente refiere presentar niveles de estrés altos durante su estancia hospitalaria, y relajarse cuando lo dan de alta y regresa a casa con sus hijas, sin embargo refiere cuestionarse por qué están pasando ellos por esa situación, y porque ahora y no cuando sus hijas puedan ser independientes, lo que provoca impotencia.

11.- Valores y creencias

Refiere ser de religión católica y tiene fe tanto en la ciencia como en dios ante situaciones de enfermedad, refiere que tiene devoción a su religión así mismo menciona que no le impide que se realicen procedimientos médicos ya que tiene fe en que ambas pueden ayudar a su bienestar.

El paciente refiere contar con la disposición para que se lleva a cabo un proceso de enseñanza y poder alcanzar sus objetivos antes de que algo malo pueda pasar.

6.2.- Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación del sujeto del cuidado



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN						
<p>Patrón (es): 1.-Percepción – Manejo de Salud 2.- Nutricional metabólico</p> <p>Relación con teoría de enfermería: Ausencia de dolor: la parte fundamental de la experiencia del Final Tranquilo de la Vida de muchos pacientes es estar libre de sufrimientos molestias sintomáticas. El dolor se considera como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada con una lesión potencial o real.</p> <p>Datos Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de EVA (<i>Anexo 2</i>) con puntuación de 10 • T/A: 146/96 mmHg • Postura antiálgica <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refiere fatiga • Expresa dolor 	<p>Dominio: 12 Confort</p> <p>Clase: 1 Confort físico Sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Dolor crónico 00133 Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior 3 meses.</p> <p>Factor (es) relacionado(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fatiga <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad alterada para realizar actividades • Expresa fatiga • Expresión fácil de dolor <p>Condición asociada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)						
		Dominio: V Salud percibida		Clase: V Sintomatología				
		Resultado: Nivel del dolor 2102						
		Criterios de resultado:						
		Grave 1		Sustancial 2		Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
		Indicador (es)		Puntuación inicial*		Puntuación Diana*		
		<ul style="list-style-type: none"> • Dolor referido • Duración de episodios de dolor 		2	2	4		
		<ul style="list-style-type: none"> • Expresiones faciales de dolor • Muecas de dolor 		2	1	4		
				2	1	4		
				1	1	4		
Criterios de resultado:								
Desviación grave del rango 1		Desviación sustancial del rango 2		Desviación moderada del rango 3	Desviación leve del rango 4	Sin desviación del rango normal 5		
		<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial 		3	3	4		



CRUZ ROJA
MEXICANA
SAN LUIS POTOSÍ

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



INTERVENCIONES (NIC)/GPC**	FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN																								
Dominio: 1 fisiológico básico	<p>El dolor es una experiencia que cada paciente manifiesta subjetivamente, por tanto, el paciente dice el dolor a sentir dado que en ocasiones tiene un componente afectivo.</p> <p>El dolor para un paciente con enfermedad terminal tiene un significado, por lo general el piensa que su padecimiento está empeorando y la muerte está próxima; en este sentido, el dolor crónico incesante es agobiante y desmoralizador, es por ello que es indispensable reducir este dolor. (Gómez, 2009)</p>	RESULTADO: Nivel del dolor 2102																								
Clase: E Fomento de la comodidad física		Criterios de resultado																								
INTERVENCIÓN. Manejo del dolor crónico 1415		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Grave 1</td> <td>Sustancial 2</td> <td>Moderado 3</td> <td>Comprometido 4</td> <td>Ninguno 5</td> </tr> </table>	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Comprometido 4	Ninguno 5																			
Grave 1		Sustancial 2	Moderado 3	Comprometido 4	Ninguno 5																					
<ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, aparición, duración frecuencia e intensidad, así como los factores que alivian o provocan. Controlar los factores ambientales que pueden influir en el dolor del paciente. Preguntar al paciente sobre el dolor a intervalos frecuentes, al mismo tiempo que se comprueban los signos vitales o en cada visita a la consulta. Instruir al paciente y a su familia sobre las bases del manejo del dolor. Fomentar el uso apropiado de técnicas no farmacológicas. 		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Indicador (es):</td> <td colspan="3">Puntuación final</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Dolor referido</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Duración de episodios de dolor</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Expresiones faciales de dolor</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Muecas de dolor</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>	Indicador (es):		Puntuación final			• Dolor referido		3			• Duración de episodios de dolor		4			• Expresiones faciales de dolor		3			• Muecas de dolor		3	
Indicador (es):		Puntuación final																								
• Dolor referido		3																								
• Duración de episodios de dolor		4																								
• Expresiones faciales de dolor		3																								
• Muecas de dolor		3																								
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Desviación grave del rango 1</td> <td>Desviación sustancial del rango 2</td> <td>Desviación moderada del rango 3</td> <td>Desviación leve del rango 4</td> <td>Sin desviación del rango normal 5</td> </tr> </table>	Desviación grave del rango 1	Desviación sustancial del rango 2	Desviación moderada del rango 3	Desviación leve del rango 4	Sin desviación del rango normal 5																				
Desviación grave del rango 1	Desviación sustancial del rango 2	Desviación moderada del rango 3	Desviación leve del rango 4	Sin desviación del rango normal 5																						
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>• Presión arterial</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>	• Presión arterial	3																							
• Presión arterial	3																									



CRUZ ROJA
MEXICANA
SAN LUIS POTOSÍ

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
		CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio: I.- Salud funcional	Clase: A Mantenimiento de la energía	
		Resultado: Nivel de fatiga 0007		
		Criterios de resultado:		
		Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3
		Leve 4	Ninguno 5	
		Indicador (es)	Puntuación inicial*	Puntuación Diana*
		<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea 	2	4
		Criterios de resultado:		
		Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente Comprometido 3
		Levemente Comprometido 4	No comprometido 5	
		<ul style="list-style-type: none"> • Actividades instrumentales de la vida diaria. • Rendimiento del estilo de vida. • Calidad del sueño. 	3	4
			3	4
			2	4



CRUZ ROJA
MEXICANA
SAN LUIS POTOSÍ

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



INTERVENCIONES (NIC)/GPC**	FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN				
<p>Dominio:1 Fisiológico: Básico</p> <p>Clase: A Control de actividad y ejercicio</p> <p>INTERVENCIÓN. Manejo de la energía 0180</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia. • Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional. • Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras arritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria). • Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar fatiga. • Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía. 	<p>La fatiga por exceso de actividades físicas o mentales, o por cuestiones de salud; alteran la conducta y el desempeño diario del paciente.</p> <p>La identificación de intereses, motivaciones y limitaciones que tiene el paciente, así como los factores respecto a la comprensión sobre el equilibrio biopsicosocial del individuo, desarrollado de estímulos intrínsecos y del ambiente terapéutico, facilita una planeación individual de actividades basadas en la selección, orientación y ejecución para llegar al descanso, a la creatividad y progreso físico, mental y emocional.</p>	RESULTADO: Nivel de fatiga 0007				
		Criterios de resultado				
		Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	comprometido 4	Ninguno 5
		Indicador (es):			Puntuación final	
		• Cefalea			4	
		Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente Comprometido 3	Levemente Comprometido 4	No comprometido 5
		<ul style="list-style-type: none"> • Actividades instrumentales de la vida diaria. • Rendimiento del estilo de vida. • Calidad del sueño. 			<p>4</p> <p>4</p> <p>3</p>	



CRUZ ROJA
MEXICANA
SAN LUIS POTOSÍ

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>1.- Percepción - Manejo de salud</p> <p>10.- Adaptación y tolerancia al estrés</p> <p>Relación con teoría de enfermería:</p> <p>Los acontecimientos y sentimientos de la experiencia del final tranquilo de la vida son personales e individuales.</p> <p>Datos Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de estrés percibido (A mayor puntuación mayor estrés percibido) <i>(Anexo 3)</i> • Enfermedad en fase terminal <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresión verbal del miedo • Expresión de impotencia y temor verbalizado 	<p>Dominio: 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés</p> <p>Clase: 2 Respuestas de afrontamiento Procesos de gestión del estrés del entorno</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Ansiedad ante la muerte 00147 Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada hacia la propia existencia</p> <p>Factor (es) relacionado(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticipación del impacto de la muerte sobre los demás. <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impotencia. • Pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía. • Preocupación por el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas. • Temor de una muerte prematura. 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: V.- Salud Percibida		Clase: U Salud y calidad de vida	
		Resultado: Muerte Confortable 2007			
		Criterios de resultado:			
		Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4
	Indicador (es)	Puntuación inicial*	Puntuación Diana*		
	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar Psicológico 	2	4		
	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de la familia 	4	4		
	<ul style="list-style-type: none"> • Vida espiritual 	3	4		
	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión de preparación para una muerte inminente 	2	4		
	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de los amigos 	4	4		



CRUZ ROJA
MEXICANA
SAN LUIS POTOSÍ

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



INTERVENCIONES (NIC)/GPC**	FUNDAMENTACION DE INTERVENCION	EVALUACIÓN													
Campo: 3.-Conductual	Cuando el enfermo terminal padece un proceso agudo o crónico que lo sumerge en una situación crítica y lo conduce a la muerte. Cuando curar ya no es posible, el objetivo se centra en proporcionar al moribundo bienestar y alivio, por eso es muy importante elaborar un ABC para los cuidados de enfermería a pacientes con enfermedad terminal enfocados en proporcionar confort y disminución de la ansiedad con el propósito de brindar un final tranquilo. (Díaz, 2013)	RESULTADO: Muerte Confortable 2007													
Clase: R Ayuda para el afrontamiento		Criterios de resultado													
INTERVENCIÓN: Cuidados en la agonía 5260		<table border="0"> <tr> <td>Gravemente comprometido</td> <td>Sustancialmente comprometido</td> <td>Moderadamente comprometido</td> <td>Levemente comprometido</td> <td>No comprometido</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	1	2	3	4	5			
Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido											
1	2	3	4	5											
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> Comunicar la voluntad de comentar aspectos de la muerte. Animar al paciente y a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte. Ayudar al paciente y a la familia a identificar un sentido compartido de la muerte. Observar los cambios del estado de ánimo. Incluir a la familia en las decisiones y actividades sobre los cuidados según se desea. Apoyar al paciente y a la familia en los estadios del duelo. Modificar el ambiente en función de las necesidades y los deseos del paciente. 		Indicador (es): <ul style="list-style-type: none"> Bienestar Psicológico Apoyo de la familia Vida espiritual Expresión de preparación para una muerte inminente Apoyo de los amigos 	Puntuación final <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> </table>				4		5		4		4		5
	4														
	5														
	4														
	4														
	5														



CRUZ ROJA
MEXICANA
SAN LUIS POTOSÍ

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN				
		CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)				
		Dominio: III.- Salud Psicosocial	Clase: M Bienestar Psicológico			
		Resultado: Nivel de Ansiedad 1211				
		Criterios de resultado:				
		Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
		Indicador (es)	Puntuación inicial*	Puntuación Diana*		
		• Trastorno del sueño	2	4		
		• Aumento de la presión sanguínea	3	4		
		• Ansiedad verbalizada	2	4		
		• Inquietud	2	4		
		• Dificultades para la concentración	3	4		



CRUZ ROJA
MEXICANA
SAN LUIS POTOSÍ

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



INTERVENCIONES (NIC)/GPC**	FUNDAMENTACION DE INTERVENCION	EVALUACIÓN					
Campo: 3.-Conductual	El hombre es considerado como un individuo con dimensiones biológicas, sociales y psicológicas, éstas últimas integradas por sentimientos, procesos mentales y espirituales • Los siguientes son componentes de la personalidad humana: – Conciencia: distinción del exterior, lo que pertenece a nuestro ser, aumentar el saber con ayuda del pensamiento; esto depende del grado de madurez – Memoria: facultad de recordar (fijar, conservar y evocar recuerdos) – Pensamiento: ideas, opiniones, aptitud de lenguaje – Sensibilidad: facultad de experimentar sentimientos y emociones.	RESULTADO: Nivel de Ansiedad 1211					
Clase: R Ayuda para el afrontamiento		Criterios de resultado					
INTERVENCIÓN: Apoyo emocional 5270		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 20%;">Grave 1</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">Sustancial 2</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">Moderado 3</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">Leve 4</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">Ninguno 5</td> </tr> </table>	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
Grave 1		Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5		
<ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el paciente • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones • Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; border-right: 1px solid black;">Indicador(es)</td> <td style="width: 30%;">Puntuación final</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del sueño • Aumento de la presión sanguínea. • Ansiedad verbalizada. • Inquietud. • Dificultades para la concentración. </td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>4</p> </td> </tr> </table>	Indicador(es)	Puntuación final	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del sueño • Aumento de la presión sanguínea. • Ansiedad verbalizada. • Inquietud. • Dificultades para la concentración. 	<p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>4</p>		
Indicador(es)	Puntuación final						
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del sueño • Aumento de la presión sanguínea. • Ansiedad verbalizada. • Inquietud. • Dificultades para la concentración. 	<p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>4</p>						



CRUZ ROJA
MEXICANA
SAN LUIS POTOSÍ

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN						
<p>Patrón (es): 6.- Cognitivo perceptual 7.-Autopercepción y auto concepto 11.- Valores y creencias</p> <p>Relación con teoría de enfermería: El objetivo del cuidado del final tranquilo de la vida es proporcionar el mejor cuidado posible y las medidas de bienestar para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila</p> <p>Datos Objetivos: Pérdida de autonomía por enfermedad avanzada Diagnostico terminal</p> <p>Datos Subjetivos: Expresa incertidumbre ante el desconocimiento de la evolución de la enfermedad.</p>	<p>Dominio: 10 Principios Vitales Clase: 3 Congruencia entre valores/creencias/acciones</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Riesgo de sufrimiento espiritual 00067 Susceptible de deterioro de la habilidad para experimentar e integrar sentido y propósito en la vida a través de la conexión con el yo, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior al yo que puede comprometer la salud</p> <p>Factor de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción de tener asuntos sin resolver <p>Población en riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuos que experimentan eventos de vida inesperados • Personas que reciben cuidado terminal <p>Condición asociada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad crónica 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)						
		Dominio: V.- Salud percibida		Clase: U Salud y calidad de vida				
		Resultado: Salud Espiritual 2001						
		Criterios de resultado:						
				Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
		Indicador (es)	Puntuación inicial*		Puntuación Diana*			
		<ul style="list-style-type: none"> • Expresión de significado y fin de la vida • Gozo por la vida • Expresión de serenidad • Relación con los demás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias 	2	4				
			2	4				
			2	4				
			3	4				



CRUZ ROJA
MEXICANA
SAN LUIS POTOSÍ

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



INTERVENCIONES (NIC)/GPC**	FUNDAMENTACION DE ACTIVIDADES	EVALUACIÓN				
Campo: 3.- Conductual	Un paciente con una enfermedad terminal y dependiendo de su edad, signos y síntomas, apoyo farmacológico y otros aspectos, presenta angustia psicológica debido a una reacción de adaptación a su realidad, también aparece severa ansiedad y depresión de la cual sus fases son: negación, ira, negociación y aceptación. Estos estados emocionales pueden requerir de apoyo farmacológico y psicoterapia; esta última deberá ser con un enfoque orientado hacia intervención en crisis. Aunado a este apoyo, generalmente los pacientes están aislados y temerosos, y otros se refugian en su fe o religión, por ello en ocasiones piden la visita del sacerdote o capellán de la iglesia, para confesarse, comulgarse, o recibir los óleos. (Gómez, Fundamentos de enfermería, 2009)	RESULTADO: Salud Espiritual 2001				
Clase: R ayuda para el afrontamiento		Criterios de resultado				
INTERVENCIÓN: Apoyo espiritual 5420		Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática. • Animar al individuo a revisar su vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espirituales. • Tratar al individuo con dignidad y respeto. • Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales. • Compartir la propia perspectiva espiritual, según corresponda. 		Indicador (es):		Puntuación final		
		<ul style="list-style-type: none"> • Expresión de significado y fin de la vida • Gozo por la vida • Expresión de serenidad • Relación con los demás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias 		4 4 3 4		



CRUZ ROJA
MEXICANA
SAN LUIS POTOSÍ

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN				
		CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)				
		Dominio: III salud psicosocial	Clase: N adaptación psicosocial			
		Resultado: Aceptación: estado de salud 1300				
		Criterios de resultado:				
		Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
		Indicador (es)	Puntuación inicial*	Puntuación Diana*		
		<ul style="list-style-type: none"> Reconoce la realidad del estado de salud 	2	4		
		<ul style="list-style-type: none"> Se adapta al cambio del estado de salud. 	2	4		
		<ul style="list-style-type: none"> Mantiene las relaciones 	3	4		
		<ul style="list-style-type: none"> Toma de decisiones relacionadas con la salud 	3	4		



CRUZ ROJA
MEXICANA
SAN LUIS POTOSÍ

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



INTERVENCIONES (NIC)/GPC**	FUNDAMENTACION DE ACTIVIDADES	EVALUACIÓN														
Campo: 3.- Conductual	Explicar al paciente la relación con su medio ambiente, el ser humano es autónomo en medida de su libertad y responsable de lo que hace, de sus obligaciones, valores, equilibrio de área racional-emotiva y de su capacidad de juicio, así como el conocimiento de su enfermedad. La satisfacción de necesidades o generación de problemas respecto a hábitos básicos (alimentación, sueño, alojamiento, eliminación, entre otros), estilo de vida (intimidad, interacción social, dependencia, indumentaria, entre otros) y expectativas (acciones, derechos, logros, conocimientos) originan un determinado comportamiento. Una atención basada en la orientación, comprensión, aceptación y apoyo, estimula el comportamiento para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales y espirituales. (Gómez, 2009)	RESULTADO: Aceptación: estado de salud 1300														
Clase: S Educación de los pacientes		Criterios de resultado <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Nunca demostrado</td> <td>Raramente demostrado</td> <td>A veces demostrado</td> <td>Frecuentemente demostrado</td> <td>Siempre demostrado</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>					Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	1	2	3	4	5
Nunca demostrado		Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado											
1	2	3	4	5												
INTERVENCIÓN: Enseñanza proceso de enfermedad 5605	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">Indicador (es):</td> <td style="width: 30%;">Puntuación final</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce la realidad del estado de salud • Se adapta al cambio del estado de salud. • Mantiene las relaciones • Toma de decisiones relacionadas con la salud </td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> <p>4</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> </td> </tr> </table>					Indicador (es):	Puntuación final	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce la realidad del estado de salud • Se adapta al cambio del estado de salud. • Mantiene las relaciones • Toma de decisiones relacionadas con la salud 	<p>4</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p>							
Indicador (es):	Puntuación final															
<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce la realidad del estado de salud • Se adapta al cambio del estado de salud. • Mantiene las relaciones • Toma de decisiones relacionadas con la salud 	<p>4</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p>															
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. • Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección. • Identificar cambios en el estado físico del paciente. • Describir las posibles complicaciones crónicas, según corresponda. • Explorar recursos/apoyo posible, según sea el caso. 																

VII.-PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: GGT

EDAD: 38 AÑOS SEXO: MASCULINO

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: TUMOR HIPOFISARIO INVASIVO (MALIGNO)

FECHA DE ELABORACIÓN: 13 DE AGOSTO DEL 2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES (PACIENTE Y FAMILIA)
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	En caso de emergencia comunicarse al siguiente número 4448216363 del IMSS Hospital General de zona 50. Tener a la mano la agenda de contactos principales en caso de llegar a presentar alguna complicación cuando se encuentre solo.
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	Ayudar a que el paciente identifique signos de alarmas como lo es la cefalea intensa, dificultad para comprender, pérdida del equilibrio, que nos pueda indicar que exista una hemorragia intracraneal. Educar a la familia para que identifique signos de alarma que el paciente no pueda referir como lo es la dificultad del habla, desmayo, En caso de presentar alguno de estos síntomas es necesario acudir al médico.
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	Educar al paciente y a la familia sobre las posibles complicaciones que pueda llegar a presentar durante el proceso de su enfermedad.
DIETA (Información relativa a la nutrición)	Se indica aplicar diariamente los alimentos del plato del buen comer siendo estos equilibrados, variados e inocuos y ajustados al contexto del paciente (degustar platillos de su preferencia). Se dialogan dudas respecto a remedios alimenticios de herbolaria y se llegaron acuerdos entre el paciente, familia y equipo multidisciplinario.

<p>AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)</p>	<p>Se recomienda a la familia adecuar los espacios del hogar donde el paciente permanezca con frecuencia para reducir el riesgo de caídas o lesiones secundarias al deterioro visual; apoyo emocional, psicológico y espiritual al paciente, así como darle la confianza para que este pueda expresar sus sentimientos, y así favorecer a la tranquilidad del mismo.</p> <p>Dar seguimiento a los asuntos laborales (incapacidades o posible jubilación); tener papelería en regla en caso de defunción.</p>
<p>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)</p>	<p>Asesorar al paciente sobre técnicas de relajación y ejercicios mentales que puede llevar a cabo en casa y que brindaran un resultado positivo y satisfactorio para evitar la ansiedad y el deterioro cognitivo.</p> <p>Se recomiendan ejercicios sencillos que se puedan llevar a cabo en casa para favorecer a la movilidad física.</p>
<p>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</p>	<p>Hacer conciencia de la importancia de seguir estrictamente su régimen farmacológico y orientar sobre técnicas no farmacológicas como lo es la musicoterapia y aromaterapia que contribuyen a la relajación y ayudan a evitar el dolor.</p> <p>Platicar con el paciente y familia sobre remedios herbolarios mismos que solo se podrán llevar a cabo bajo indicación médica.</p>
<p>ESPIRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)</p>	<p>Orientar al acercamiento religiosos según sus creencias.</p> <p>Se realiza un grupo de WhatsApp con familia y personas cercanas para brindar apoyo diario al paciente, se le recomiendan videos de Tik Tok de pacientes con cáncer para que se comprenda la importancia de una actitud positiva sin importar el pronóstico médico; estrategias consideradas como grupos de apoyo.</p>

VIII.-CONCLUSIONES

El concluir con semanas de trabajo exhaustivas, donde la importancia de conseguir un título profesional es primordial para llegar a la introducción a un campo laboral. Si bien cabe mencionar que este método de titulación abre un área de oportunidad para futuras generaciones.

MOORE menciona que en la actualidad es indispensable que cada alumno graduado de un doctorado debe concluir siendo capaz de crear nuevas teorías de enfermería. Respecto al tema, mi opinión es: sería brillante iniciar creando Licenciados en Enfermería y Obstetricia capaces de proponer y porque no, crear nuevas teorías de enfermería que ayuden y faciliten el ejercicio de la profesión, El Centro Universitario de la Salud, cuenta con capital humano capaz de capacitar, orientar y facilitar a los alumnos estrategias, para que al término de este primer escalón, los recién egresados de Cruz Roja Mexicana Incorporada a la UNAM dejemos huella en la enfermería.

Por otra parte el cuidado de enfermería brindado a la persona con alteración oncológica con un pronóstico negativo está basado en actitudes de respeto por la dignidad humana, aunque principalmente se abordan las necesidades psicológicas, emocionales y espirituales, así como las necesidades físicas relacionadas con el alivio del dolor y cumplimiento médico. Es así como se muestra la importancia en el sentido del acompañamiento, lo cual direcciona a centrarse solamente en un cuerpo que está amenazado, tomando en cuenta que es absolutamente necesario motivar una comunicación que lleve a expresar abiertamente lo que se vive en este plano la experiencia del tránsito de la vida a la muerte.

Los significados de la experiencia de la persona con alteración oncológica en la etapa final de la vida frente al cuidado de enfermería recibidos son vividos como una experiencia de protección y respeto a su condición humana, cuyas necesidades referidas al campo físico son atendidas a través del asesoramiento al afrontamiento y al alivio del dolor. Situación que los hace sentir como un receptor pasivo de una serie de intervenciones puesto que las limitaciones de tiempo en el ejercicio del cuidado restringen a breves momentos de interacción. Los resultados de la experiencia muestran la necesidad que tienen estos pacientes de ser escuchados, dialogar y expresar emociones, sentimientos, angustias, miedos y temores con el fin de sentirse importantes para las otras personas.

El cuidado que se puede ofrecer a una persona adulta con tumor hipofisario invasivo en la etapa final de su vida, le aporta trascendentales experiencias y profundos significados relacionados con el orden para el cuidado al aliviar el dolor y aportar tranquilidad a la persona, a través del reconocimiento de su condición y dignidad humana. Describen la satisfacción personal producto del haber cumplido como un ejercicio de apoyo, en el que aun siendo conscientes de la realidad compleja que los envuelve y determina debido a la falta de asesoramiento, la transformación emocional y conductual producto del dolor, sufrimiento y lágrimas al enfrentarse a la pérdida de la salud, sienten una valentía que los desafía y los impulsa a continuar de una forma tranquila su final de la vida.

Este proyecto me deja como experiencia que hay áreas de la enfermería que nos hace falta explorar más a fondo, ya que comúnmente nos enfocamos a la prevención de enfermedades o a la contribución de la cura de las mismas, sin embargo enfermería juega también un papel importante en la última etapa de vida de los seres humanos, lo cual me motiva a seguir con el estudio de la relación de enfermería con la tanatología y poder así aplicar cuidados especializados para brindar a los pacientes un final tranquilo de la vida.

IX.- BIBLIOGRAFÍA

- Arias, A. C., Oviedo, H., & Herazo, E. (2014). Escala de Estrés Percibido. *Instituto de Investigación del Comportamiento Humano*, 4.
- Bacon, F. C. (1979). In *Ib C. os Pensadores*. En F. C. Bacon, *In Ib C. os Pensadores*. Brasil: Cultural.
- Barrera, S. R., & Gómez, E. R. (2004). Fundamentos de enfermería . En S. R. Barrera, & E. R. Gómez, *Fundamentos de enfermería* . México: El manual moderno .
- Ceballos, L. A., & Hernández, A. R. (30 de Mayo de 2013). *Teorías Intermedias*. Obtenido de Teorías Intermedias: http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/05/final-tranquilo-de-la-vida_30.html
- Cepeda, R. M., & España, J. T. (2012). *Proceso de atención de enfermería*. México: Trillas.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (12 de 08 de 2020). *Tratamiento de los tumores de hipófisis*. Obtenido de Insituto nacional del cáncer : cancer.gov/español/tipos/hipofisis/pro/tratamiento-hipofisis--pdq
- García, M. C. (2015). Metaparadigma, modelo y teoría en Enfermería. *Revista Electronca de Portales Médicos*, 2.
- Gómez, E. R. (2009). Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología. En E. R. Gómez, *Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología* (págs. 506-507). México, D.F.: El Manual Modderno.
- Guerrero, L. A., Cortes, L. M., & Vargas, Z. G. (2017). Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de enfermería . En L. A. Guerrero, L. M. Cortes, & Z. G. Vargas, *Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de enfermería* (págs. 20-25). Cali, Colombia: Universidad Santiago de Cali.
- Hernández, M. d. (MAYO-AGOSTO de 2002). Operacionalización de procesos de tención de enfermería . *Revist Mexicana de Enfermería Cardiológica* , 10(2), 65.
- Mariner, T. A., & Alligood, M. R. (2008). Modelos y teorías de enfermería. En T. A. Mariner, & M. R. Alligood, *Modelos y teorías de enfermería*. España: ESLEBIER Mosby.
- Mora, G. (22 de 09 de 2021). *Intramed* . Obtenido de Intramed: <https://itramed.com/dolor-articular-tiene-solucion/eva/>
- PCE. (17 de julio de 2021). *Proceso Cuidado Enferero* . Obtenido de <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>
- Portillo, M. G. (2008). Tumores de la hipofisis . En M. G. Portillo, *Neurocirugia* . Perú: UNMS.
- Quintero, R. (08 de NOVIEMBRE de 2015). *PAE ETAPA DISGNOSTICA*. Obtenido de SLIDESHARE: [s.slideshare.net/DayanaGlez/pae-etapa-diagnostico](https://www.slideshare.net/DayanaGlez/pae-etapa-diagnostico)

Rodriguez, M. M., A., G. R., & M.M, M. R. (2013). MANEJO DE LA ANSIEDAD: “DEL AGOBIO A LA. *HYGÍA DE ENFERMERIA*(82), 5. Obtenido de <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia82.pdf>

Universidad de Antioquía. (16 de Abril de 2016). *Aprender en línea* . Obtenido de Aprender en línea : <https://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=619>

WAPA. (28 de Mayo de 2019). *Stimulus*. Obtenido de Stimulus: <https://stimuluspro.com/blog/mini-mental-de-folstein-mmse/>

GLOSARIO DE TERMINOS

1. **Adenoma:** Tumor benigno que se origina en el tejido glandular. Con frecuencia, los pólipos del colon están compuestos por tejido adenomatoso.
2. **Benigno:** Término que describe los tumores no cancerosos, cuyo crecimiento es lento, carecen de capacidad de destrucción de tejidos y no se propagan a otros órganos.
3. **Biopsia:** Obtención de una muestra de tejido, empleando distintas técnicas quirúrgicas, para posteriormente observarla al microscopio y determinar el tipo de células que lo forman.
4. **Calidad de vida:** Término de difícil definición que hace referencia a un fenómeno subjetivo y multidimensional, en el que se implican factores físicos, funcionales, emocionales, sociales y espirituales. Se relaciona con la capacidad funcional del paciente, así como con la presencia de síntomas y su grado de control. La medición de la calidad de vida suele utilizarse con frecuencia en cuidados paliativos.
5. **Cáncer:** Tumor maligno en general. La peculiaridad específica de la malignidad consiste en la capacidad para invadir y destruir tejidos sanos de su entorno (proceso que denominamos infiltración), y de enviar células a zonas distantes del organismo, donde pueden anidar o crecer originando nuevos tumores denominados metástasis. Ver Tumor.
6. **Ciclo:** En quimioterapia hace referencia a la cadencia con la que el paciente recibe las dosis de fármacos antineoplásicos o quimioterápicos.
7. **Cuidados paliativos:** Rama de la medicina dedicada al tratamiento integral del paciente con una enfermedad no curable y cuya supervivencia estimada no supera los seis meses. Su objetivo es tratar los síntomas provocados por la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente.

Atención específica, activa e integral que deben recibir los pacientes con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades. Esta atención ayuda a la persona a tener la mejor calidad de vida posible a medida que su cáncer progresa, y tiene como fines principales aliviar el dolor y demás síntomas, mejorar el bienestar emocional, mental y espiritual y por

último, dar apoyo a los miembros de familia de la persona que tiene cáncer durante el enfermedad y después de la muerte de la persona

8. **Efectos secundarios:** Síntomas no deseados, provocados por un tratamiento.
9. **Estadio:** Cada una de las fases evolutivas de un tumor. Se aceptan cuatro estadios (I a IV) para la mayoría de los cánceres. Así, el estadio I se refiere a una fase inicial en la que la neoplasia no ha salido del órgano de origen; los estadios II y III son fases intermedias, y el estadio IV se refiere a una fase diseminada. En general, los tumores son tanto más curables cuanto menor es el estadio.
10. **Etiología:** Origen o causa de una enfermedad.
11. **Extirpar:** Extraer quirúrgicamente algún tejido, órgano o tumor del cuerpo. Se expresa técnicamente mediante el sufijo "...ectomía".
12. **Factor de Riesgo:** Cualquier elemento que incremente el riesgo de una persona para desarrollar una enfermedad.
13. **Hipófisis:** La hipófisis, o glándula pituitaria, es la glándula maestra del cuerpo, comprada con otras glándulas es la que produce mayor cantidad de hormonas, incluso algunas que controlan el funcionamiento de las demás glándulas endocrinas del cuerpo.
14. **Maligno:** Término empleado para designar a los tumores que crecen invadiendo los tejidos que le rodean y son capaces de diseminarse a otros órganos del cuerpo.
15. **Neoplasia:** Masa o bulto producido por crecimiento excesivo de células. Puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso). También se denomina tumor.
16. **Oncología:** Estudio del cáncer.
17. **Oncólogo:** Médico especializado en el tratamiento del cáncer. Hay varios tipos. El oncólogo médico, que se especializa en el tratamiento del cáncer con medicamentos y el oncólogo radioterápico, que se especializa en el tratamiento del cáncer con radiaciones ionizantes.
18. **Paliativo:** Tratamiento cuyo objetivo es mejorar los síntomas derivados del cáncer, sin aspirar a su curación.

19. **Quimioterapia:** Tratamiento farmacológico antitumoral. En sentido estricto, se refiere al tratamiento farmacológico de cualquier enfermedad, pero su uso más habitual en la actualidad es el relacionado con el cáncer. Su objetivo es destruir las células cancerosas en su lugar de origen y en cualquier otra zona donde se pudiera estar diseminando. Puede ser endovenosa (el producto se inyecta lentamente en la sangre) u oral (en forma de comprimidos, sobres o cápsulas).
20. **Radioterapia:** Tratamiento antitumoral realizado con radiaciones ionizantes. Su objetivo es destruir el tumor en su lugar de origen y en los ganglios próximos al mismo.
Suele ser de administración diaria (una fracción, cinco días por semana), aunque existen variantes de dos fracciones al día. Su duración es muy variable, oscilando entre dos y siete semanas, dependiendo del tipo de tumor y de la existencia de otros tratamientos previos (cirugía, quimioterapia). La radioterapia se administra a través de grandes aparatos como el acelerador lineal o la unidad de cobaltoterapia.
21. **Resonancia Magnética Nuclear:** Procedimiento diagnóstico que emplea campos magnéticos para generar las imágenes.
22. **Sistema nervioso central:** Comprende el cerebro y la médula espinal.
23. **Tumor Maligno:** Masa de células con crecimiento descontrolado que tiene capacidad de invasión o infiltración local y de provocar de metástasis a lugares distantes del tumor primario.

ANEXOS

Anexo 1

Biografía de teóricas

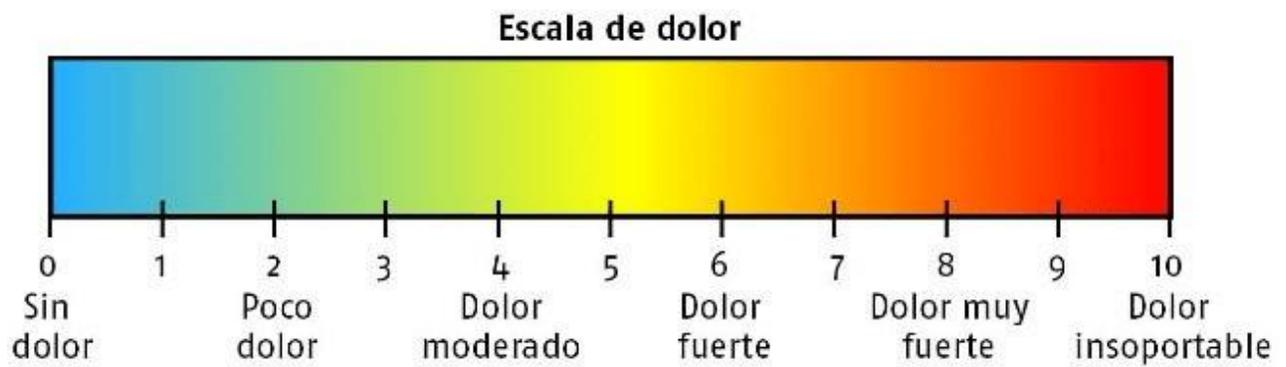
Cornelia M. Rouland: obtuvo el doctorado de enfermería en la Case Western Reserve University, en Cleveland (Ohio), en 1998. En la actualidad es directora del Center for Shared Decision Making and Nursing Research en el Rikshospitalet University Hospital de Oslo (Noruega); Rouland ha creado un amplio programa de investigación para la mejora de la toma de decisiones compartida y las asociaciones paciente-proveedor en el cuidado de la salud. Su centro de atención está en los aspectos de la toma de decisiones compartidas, en situaciones clínicamente comprometidas y en los instrumentos que utiliza; Rouland ha sido la investigadora principal en numerosos proyectos de investigación y ha recibido varias distinciones por su trabajo. (Ceballos & Hernández, 2013)

Shirley M. Moore: docente asociada de investigación y profesora de la School of Nursing de la Case Western Reserve University. Obtuvo su diploma de enfermería en la Yungstown Hospital Association School of Nursing (1969) y su licenciatura de enfermería en la Kent State University (1974) obtuvo un máster en enfermería psiquiátrica y salud mental (1990), así como un doctorado en ciencias de la enfermería (1993). Ha enseñado teoría y ciencia de la enfermería a estudiantes de todos los niveles, dirige un programa de investigación desarrollo de teorías sobre la recuperación tras episodios cardíacos; Moore ha ayudado al desarrollo y publicación de varias teorías (Good y Moore, 1996; Huth y Moore, 1998; Rouland y Moore, 1998) y considera la elaboración de teorías como una habilidad esencial para los estudiantes de doctorado. (Ceballos & Hernández, 2013)

Anexo 2

Escala de eva

(Mora, 2021)



Escala Visual Analógica ▶ EVA

Ilustración 1 Escala de EVA

Anexo 3

Escala de Estrés Percibido

(Arias, Oviedo, & Herazo, 2014)

Durante el último mes	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
6. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
8. ¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
9. ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Ilustración 2 Escala de Estrés Percibido

Anexo 4

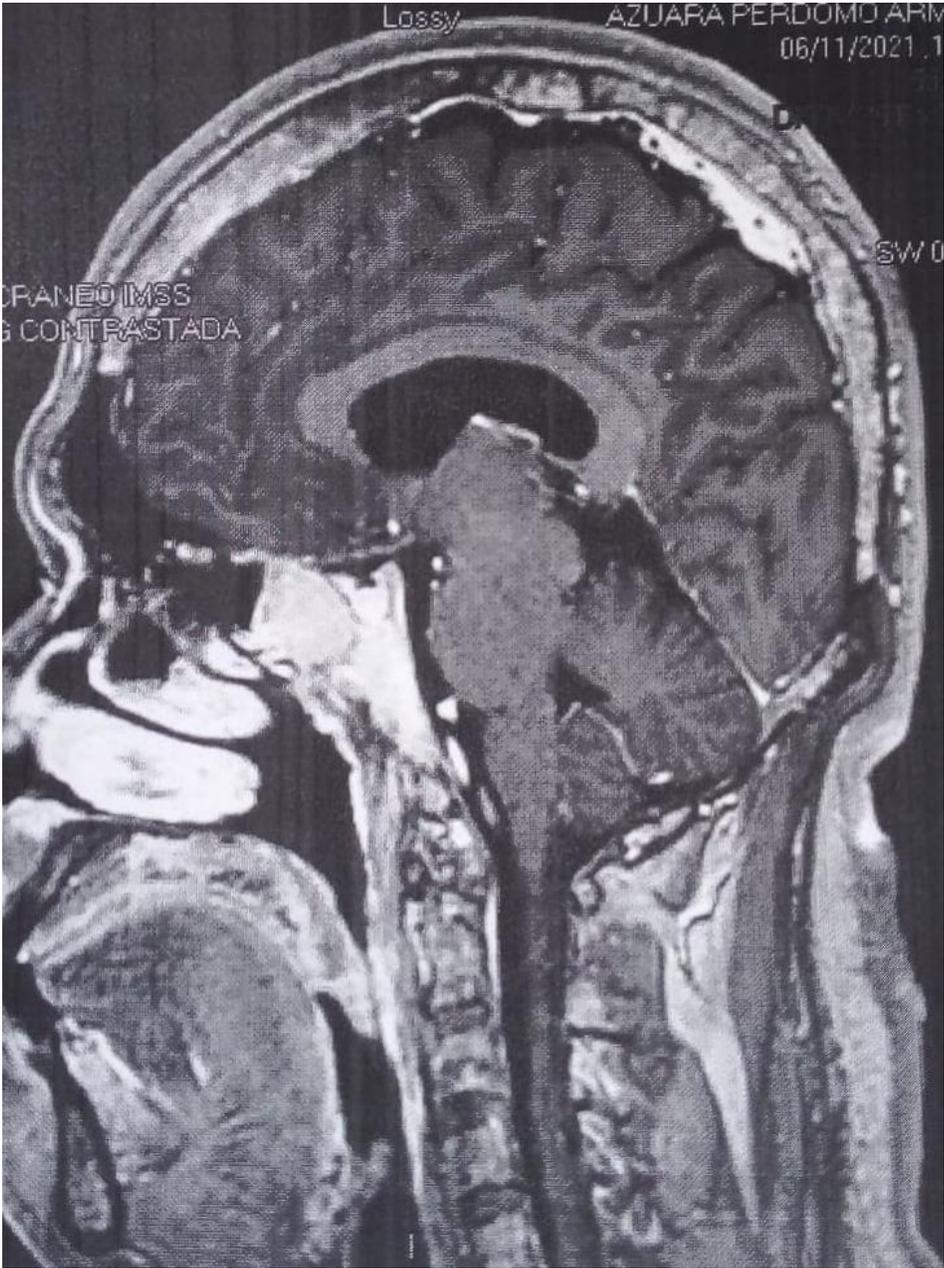


ILUSTRACIÓN 3 ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS

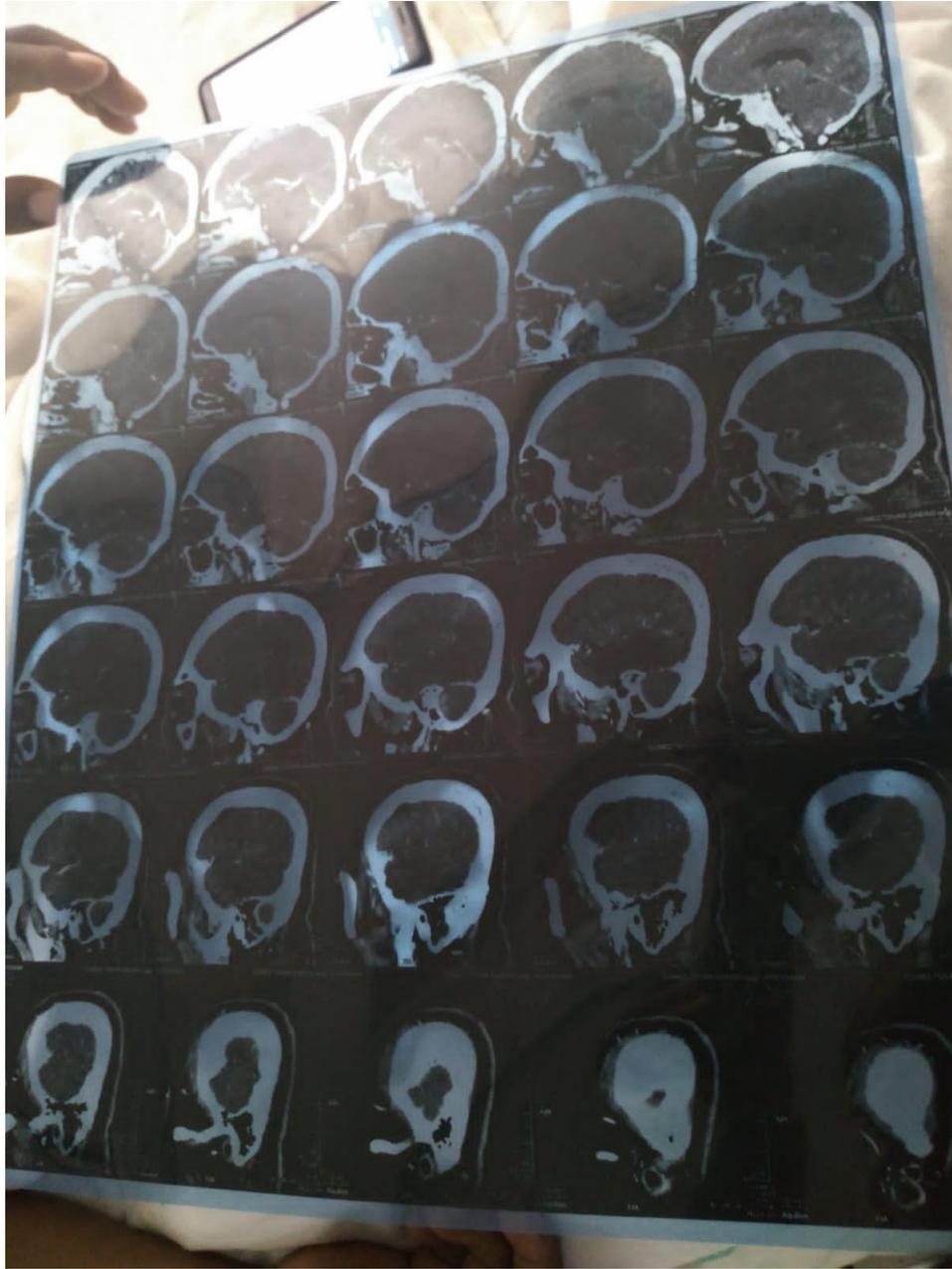


ILUSTRACIÓN 4 ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS

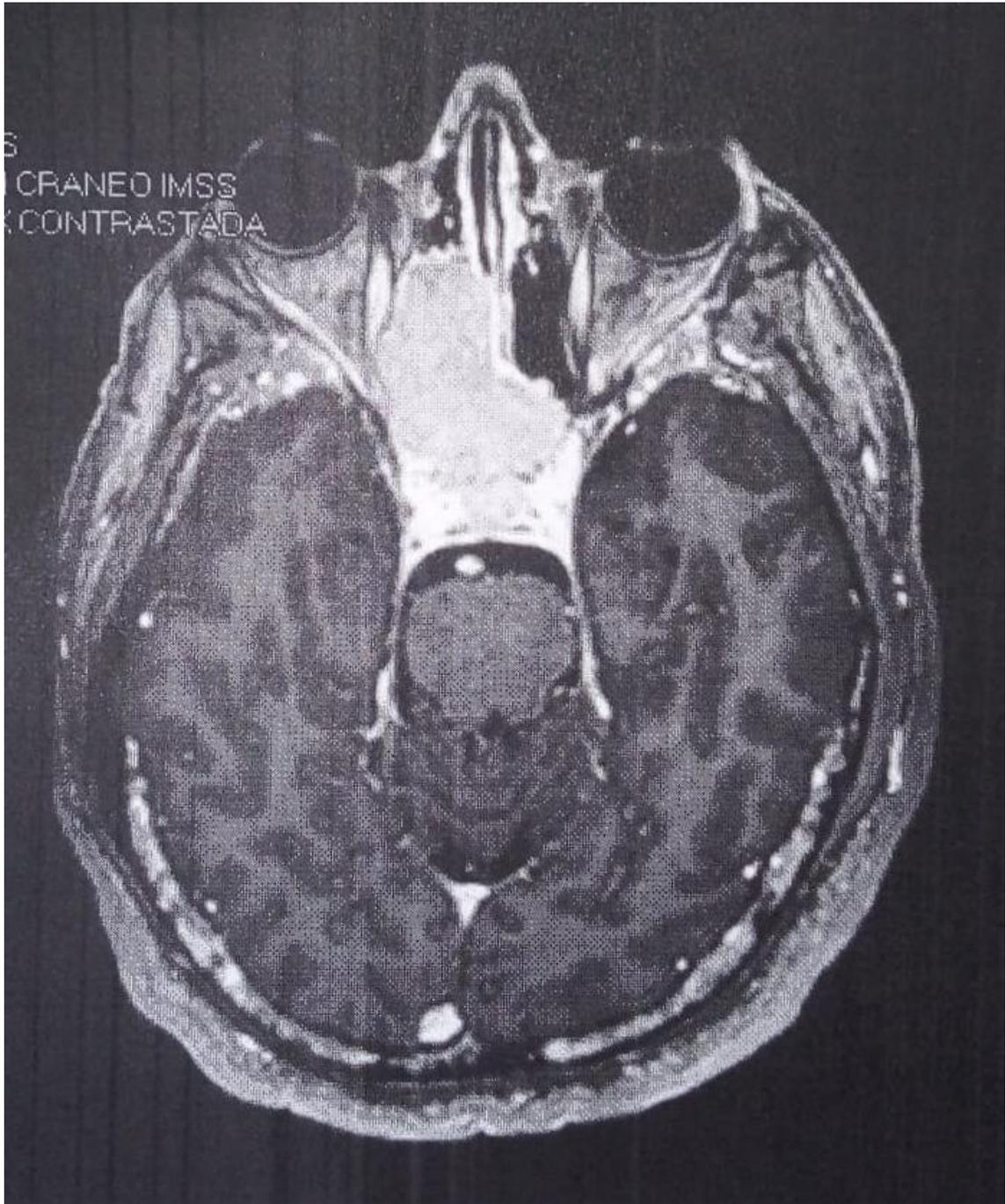


ILUSTRACIÓN 5 ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS



ILUSTRACIÓN 6 ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS

Resonancia Magnética de Cráneo Simple y Contrastado

1. A nivel de la región sellar la glándula pituitaria hipófisis se advierte aumentada de tamaño de aspecto heterogéneo de comportamiento hipointenso en secuencias T1, e hiperintensas en las secuencias T2 y Flair, dicha lesión se advierte de morfología irregular con bordes lobulados y realza en forma homogénea mediante las fases contrastadas, igualmente aparenta envolver el segmento cavernoso de las arterias carótidas bilateralmente de predominio izquierdo, se extiende hacia la cavidad de las fosas nasales predominantemente hacia el lado derecho e involucra la órbita ipsilateral a través de su pared interna condicionando protrusión ocular a éste nivel, igualmente pasa a través de la cavidad craneal a través de la lámina cribosa del etmoides derecha, dicha lesión no presenta depósitos de ferritina ni restringe en las imágenes de difusión, todos éstos hallazgos obligan a descartar la presencia de macroadenoma hipofisario de comportamiento atípico, correlacionar clínicamente éstos hallazgos; se identifican picos elevados de lactato y lípidos sin cambios significativos en la relación colina-creatina, en las imágenes por espectroscopia.
2. Se identifica adecuada diferenciación entre la sustancia gris y la materia blanca de los diferentes lóbulos que conforman el encéfalo.
3. El sistema ventricular y cisternas de la base se conservan.
4. No se identifican imágenes que sugieran la presencia de hidrocefalia, hematomas, malformaciones congénitas, hemorragias, aneurismas ni aparentes malformaciones vasculares intracraneales al momento del estudio.
5. Lo visualizado de los huesos que conforman la calota del cráneo se conservan.

mjm/tr atla

ILUSTRACIÓN 7 INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS IMAGENOLÓGICO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante

Soy egresada del Centro Universitario de la Salud de Cruz Roja Mexicana. Como requisito para mi proceso de titulación se llevara a cabo un PROCESO CUIDADO ENFERMERO en el cual se requiere de la participación de un paciente. Lo he seleccionado a usted para llevar a cabo este proyecto, y su participación consiste en acceder a que se le realice una valoración y a que se le puedan aplicar cuidados de enfermería correspondientes a su patología, así como también me permita tener conocimiento de su seguimiento médico.

La información obtenida a través de esta investigación se mantendrá sobre estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. Este estudio pretende que usted obtenga un beneficio y no conlleva ningún riesgo.

Si presenta alguna duda puede comunicarse conmigo al número 4445036696 o con mi asesor de investigación L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña al 4441328006.

Investigador:

Elda Ariana García Hernández 

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Elda Ariana García Hernández para el PCE de titulación. He recibido copia de este documento.

Firma del participante

Fecha

17 de Julio de 2021



Anexo 6

Anexo 2 Mini-Mental State Examination (MMSE) versión NORMACODERM

MINI -MENTAL STATE EXAMINATION														
Nombre y Apellidos: GGT														
Fecha nacimiento:							Estudios: Preparatoria							
¿A que edad finalizó los estudios?: 18							Sabe leer: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Profesión:							Sabe escribir: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
I. ORIENTACIÓN TEMPORAL					II. FIJACION					V. LENGUAJE				
¿En qué año estamos ? 2021					Nombrar 3 objetos,					Señalando el lápiz ¿Qué es esto?				
¿Qué día del mes es hoy? 13 Vie res					a intervalos de 1 segundo					INC	0	COR	1	
¿En qué mes del año estamos? Agosto					BICICLETA, CUCHARA, MANZANA Avanza, Alejandra, Tovar					Señalando el reloj ¿Qué es esto?				
RESPUESTA			REAL			Ahora dígalos usted					INC	0	COR	1
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		INC	COR			0	1		
10	7	00	10	7	00	BICICLETA	0	1	Quiero que repita lo siguiente:					
11	11	11	11	11	11	Avanza	1	0	"NI SÍ, NI NO, NI PEROS"					
11	11	11	11	11	11	CUCHARA	0	1						
22	2	22	22	2	22	Alejandra	0	1						
22	2	22	22	2	22	MANZANA	0	1	1					
22	2	22	22	2	22	Tovar	0	1						
33	3	33	33	3	33		0	3	Haga lo que le voy a decir					
44	4	44	44	4	44	Repetir los nombres hasta que			INC	COR				
55	5	55	55	5	55	los aprenda.					0	1		
66	6	66	66	6	66				Coja este papel con la mano derecha,					
77	7	77	77	7	77	III. ATENCION Y CALCULO						1		
88	8	88	88	8	88	Le voy a pedir que reste desde			dóblelo por la mitad					
99	9	99	99	9	99	100 de 7 en 7			0			1		
¿Qué día de la semana es hoy?					RES	REAL	INC	COR	y déjelo en el suelo					
RESPUESTA					99	93	20	1	0					
L	M	X	J	V	S	D	86	86	0	1	2			
REAL					79	79	0	1	Haga lo que dice aquí:					
L	M	X	J	V	S	D	72	72	0	1				
¿En qué estación del año estamos?					64	65	10	1	(mostrar atrás de esta hoja)					
RESPUESTA									"Cierre los ojos"					
REAL									0	1	2			

ILUSTRACIÓN 9 TEST MINI-MENTAL REALIZADO AL PACIENTE PRIMERA PARTE

Fejoo D, Ginesta E, Alambiego-Caravaca AM, Ararín M, Córcoles E, Botella J, Alacreu M, Climent MT, Moreno L.
 Potenciar la lectura desde la farmacia comunitaria en personas mayores para protegerlas del deterioro cognitivo

PRIMA		PRIMA		Deletree al revés la palabra				Escriba una frase que tenga													
VERANO	/	VERANO	//	MUNDO				sentido (atrás de esta hoja)													
OTOÑO		OTOÑO		RES	REAL	INC	COR														
INVIER		INVIER		M	O	/O	1	Copie este dibujo (atrás de esta													
	0	1	2	3	4	5		O	D	/O	1	hoja)									
ORIENTACION ESPACIAL				D	N	/O	1														
¿En qué país estamos?				U	U	0	✓1	PUNTUACION TOTAL													
INC	0	COR	1	N	M	/O	1	0	1	2	3										
¿En qué provincia estamos?					0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
INC	0	COR	1	IV. MEMORIA				Puntuación máxima (30)													
¿En qué ciudad estamos?				Dígame el nombre de los tres				EDAD													
INC	0	COR	1	objetos que le nombré antes				E		≤ 50	51-75	>75									
¿Dónde estamos ahora?					INC	COR		S	≤ 8	0	+1	+2									
INC	0	COR	1	BICICLETA	0	✓1		C	9-17	-1	0	+1									
¿En qué piso /planta estamos?				CUCHARA	0	✓1		O	>17	-2	-1	0									
INC	0	COR	1	MANZANA	0	✓1		L													
	0	1	2	3	4	5			0	1	2	3									
								PUNTUACION CORREGIDA													

ILUSTRACIÓN 10 TEST MINI-MENTAL REALIZADO AL PACIENTE SEGUNDA PARTE