



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



Instituto Nacional De Neurología y Neurocirugía  
Manuel Velasco Suárez.

**Estudio de caso aplicado a una persona con desviación de la salud a causa de un Glioblastoma Multiforme bajo el modelo de Dorothea Orem.**

**Que para obtener el título de Especialista en Enfermería Neurológica presenta:**

LEO. Maria Teresa Martinez Acosta.

ASESORADO POR MRN. Rocio Valdez Labastida.

México D.F.

JULIO 2011.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE.

1. Introducción .....	1
2. Justificación.....	2
3. Objetivo general.....	3
3.1 objetivo específico.....	3
4. Fundamentación.....	4
4.1 Antecedentes.....	4
5. Marco conceptual.....	5
5.1 Conceptualización de Enfermería.....	5
5.2 Metaparadigma.....	6
5.3 Teorías de Enfermería.....	7
5.4 Proceso Atención de Enfermería.....	9
5.5 Glioblastoma multiforme.....	14
6. Metodología.....	20
6.1 Estrategias de Investigación.....	20
6.2 Selección de caso y Fuentes de información.....	22
6.3 Consideraciones Éticas.....	23
7. Presentación del Caso.....	24
7.1 Descripción del Caso.....	24
8. Aplicación de Proceso Atención de Enfermería.....	26
8.1 Valoración.....	26
8.2 Jerarquización y Priorización de Problemas.....	28
8.3 Diagnósticos de Enfermería.....	30
8.4 Problemas Interdependientes.....	33
8.5 Planeación Ejecución y Evaluación de los Cuidados.....	33
8.6 Evaluación del Proceso.....	60
9. Plan de Alta.....	61
10. Conclusiones.....	63
11. Bibliografía	
12. Anexos	

## **Agradecimientos.**

Primero que todo quiero agradecer a mi DIOS, que me ha enseñado tanto a través de lo vivido, gracias por lo que te has llevado en mi camino, pero también por todo lo que has puesto en el, gracias por acompañarme cada segundo y permanecer en mi corazón.

A mis papas por su apoyo y amor durante tantos años, por creer en mi aun cuando las cosas se pintan de gris, por hacer de mi esta mujer de la que me siento orgullosa de ser; ustedes son mi inspiración y lo que mas amo en la vida.

A mis hermanas que son también mis amigas por compartir tantos momentos, por crecer juntas, Ara gracias por tu ayuda en este trabajo, sin ti no habría quedado, Tita gracias por aconsejarme y cuidarme Sol gracias por ser tu siempre, por ustedes también es esto las amo y respeto.

A todas aquellas personas que han puesto un granito de arena para verme feliz y realizada (Elo amiga, gracias por desvelarte conmigo, por apoyarme y por aguantarme tantos años, gracias por todas aquellas pequeñas cosas, que al final resultan ser las mas grandes en la vida, Mayra Alarcón por inducirme por primera vez al campo profesional, gracias por creer en mi sin conocerme y muy especialmente a los Sánchez Abelar por su cariño y apoyo durante tantos años, a mi ángel guardián todo esto también es por ti.) Gracias a todos ustedes por subir al tren de mi vida.

A mi maestra MRN. Rocio Valdez Labastida por su paciencia y apoyo en este estudio de caso, ya que sin su experiencia, esto no seria posible.

## 1.- INTRODUCCIÓN.

La profesión de enfermería ha venido practicándose hace más de un siglo y a través del tiempo ha evolucionado a partir del conocimiento empírico hasta el basado en la ciencia. Hoy en día, la aplicación de teorías y modelos son la guía para elaborar el plan de cuidados especializados de la enfermera que son la base en el tratamiento integral de las personas en este caso con problemas neurológicos.

En el instituto de neurología y neurocirugía se cuenta con tres áreas importantes para el tratamiento de problemas relacionados con el cerebro y la médula espinal, como neuropsiquiatría, neurología y neurocirugía, en cada una de estas áreas se cuenta con aparatos únicos diseñados para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. La enfermera juega un papel importante en cada intervención para la recuperación de las personas, ya que brinda atención de calidad, holística y especializada, basada en el conocimiento teórico práctico que se obtiene durante la capacitación continua del personal, con el fin de trabajar en conjunto con el equipo de salud en beneficio de quienes requieren el servicio.

Durante la especialización se elaboró un estudio de caso en una persona con diagnóstico médico de glioblastoma multiforme, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), sustentado bajo el modelo conceptual de Dorothea Orem, quien se basa en el autocuidado de las personas. El estudio de caso es una guía universal que el especialista elabora con base en la investigación y conocimiento teórico. Posteriormente otros profesionales utilizarán para prestar cuidados específicos facilitando la efectividad y calidad de los mismos, así como para mantener o restablecer el estado de salud.

Los diagnósticos están encaminados a elaborar planes de cuidados con información bibliográfica, fundamentando las intervenciones de enfermería. Lo anterior fue realizado para fomentar el autocuidado, independencia y calidad de vida de la persona.

La evaluación de los cuidados de enfermería proporcionados a la persona con afección neurológica fue continua. Por último se describe la metodología del estudio de caso.

## **2.- JUSTIFICACIÓN.**

En las últimas décadas se ha observado el aumento gradual y la prevalencia de enfermedades neurológicas, principalmente tumores cerebrales. Los avances conseguidos en el tratamiento han permitido un aumento considerable en la sobrevivencia; aunque se debe considerar la calidad de vida que las personas tendrán posteriormente. Es importante tomar en cuenta la capacidad que tienen para recuperarse y reintegrarse a una vida social de acuerdo a sus limitantes.

El profesional especializado en enfermería neurológica se prepara para brindar cuidados específicos desde un punto de vista bio-psico-socio-cultural, fomentando el autocuidado de la persona, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, así como su reintegración a una vida social lo más cómoda posible. Cuando los objetivos no se cumplen y la persona entra en una fase terminal, existe una sensación de profunda impotencia ante lo irremediable; sin embargo la enfermera interviene en las diferentes etapas por las que pasa una persona, es la encargada de ayudar a disminuir el dolor y aliviar el sufrimiento o acompañarlos durante un bien morir.

### 3.- OBJETIVOS.

#### GENERAL.

Elaborar un Estudio de Caso en una persona con afección neurológica secundaria a glioblastoma multiforme, basado en el modelo conceptual de Dorothea Orem, para proporcionar cuidados especializados encaminados a mejorar o mantener la calidad de vida de la persona otorgándole el máximo beneficio.

#### ESPECIFICOS.

Elaborar un plan de cuidados especializados para mantener el autocuidado de la persona.

Brindar cuidados de enfermería paliativos.

## 4.- FUNDAMENTACIÓN.

### 4.1. Antecedentes.

#### Significado histórico de los cuidados de enfermería.

La historia se basa en el estudio de varias actividades, pensamientos y creaciones de las generaciones de otros tiempos, nos sirve para fundamentar el conocimiento actual, y así comparar el crecimiento del objeto de estudio. Es el estudio del hombre a través del tiempo.

Para estudiar la evolución de la enfermería se ha fragmentado en una rama específica para ello.

Los cuidados de enfermería establecen lazos que construyen un hecho histórico ya que son constantes, es por ello que el ámbito enfermero está constituido por la materia histórica, relacionada con el saber y el quehacer de la actividad de cuidar a lo largo de los siglos. Su contenido se remonta a las prácticas cuidadoras ligadas a la conservación de la especie humana. En todas las etapas de la historia, las madres, mujeres y esclavos han utilizado algún tipo de conocimiento intuitivo o de transmisión oral tanto en su saber teórico como práctico, ligados inevitablemente a la sociedad humana.

Domínguez Alcon apunta que en este momento forma parte de nuestro quehacer como enfermeras intentar iluminar a la luz de la historia el contenido propio de nuestra disciplina tratando de extraer el significado de los cuidados, ¿Quién los ha proporcionado?, ¿Cómo?, ¿Dónde?, ¿Por qué? y ¿para qué?<sup>1</sup>

Hasta finales del siglo XIX creían que separar el cuerpo del espíritu era una fuente de impureza y fornicación. Solo podía ser objeto de cuidados el cuerpo enfermo y abandonado, el rol está prescrito por las reglas que dictan las conductas y comportamientos de la mujer consagrada.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Hernández, J. (1999) Historia de la Enfermería Pp. 23-27

<sup>2</sup> Collier, M. (1998) Promover la vida Pp. 15-17

Los servicios de enfermería tienen como misión cuidar la salud de los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana.

La clave de la evolución para la profesión de enfermería parece estar en aclarar la identidad de los cuidados, sin trazar un perfil de lo que es de lo que se debe hacer o en lo que se tiene que convertir la enfermera, ni refiriéndose a un modelo teórico capaz de formarla, sino identificando la naturaleza, la razón de ser, el significado, valoración social y económica que ofrece a los necesitados de cuidados.<sup>3</sup>

Actualmente esta profesión se encuentra inmersa en un avance importante, el cual supone un cambio que cada profesional deberá escoger en la medida de lo posible para su desarrollo, en beneficio de las personas que requieran de cuidados especializados basados en conocimiento, avances tecnológicos y científicos.

## **5.- MARCO CONCEPTUAL.**

### 5.1. Conceptualización de Enfermería.

La palabra enfermería nace del latín *nutriré* (alimentación) o *nutrix* (mujer que cría). Conforme la sociedad fue evolucionando los conceptos se fueron ampliando hasta que la palabra enfermería se derivó de *infirmus* (enfermedad).

La enfermera ayuda a las personas en diferentes etapas de su desarrollo vital, en la salud, enfermedad así como en la prevención de ésta, para que puedan desarrollar actividades de la vida diaria que no podrían hacer en ese momento.

---

<sup>3</sup> Hernández, J. (1999). Historia de la Enfermería Pp.17

Tienen como base el cuidado a las personas de manera autónoma y holística, por ello deben estar formadas con valores como el respeto, justicia y ética profesional que les permita desempeñar su trabajo de mejor manera, pero también para favorecer su desarrollo profesional y humano. Además debe contar con conocimientos actualizados y suficientes para brindar cuidados específicos y de calidad de manera oportuna.

El punto central de la enfermera es la respuesta individual a los problemas relacionados con la salud de cada persona. Ella esta encargada de enseñar a las personas sanas o enfermas actividades que contribuyan a su autocuidado para mantener o recuperar el estado salud y así satisfacer las necesidades básicas de la persona en sociedad, a través de cuidados basados en conocimiento.

Orem define a la enfermería como un servicio humano destinado a vencer las limitaciones humanas del autocuidado por razones de salud.<sup>4</sup>

Por tanto considero que la enfermería es una disciplina que se encuentra en desarrollo e investigación para ser considerada como ciencia ya que cuenta con una filosofía, método y código ético. Se encarga del diagnostico y tratamiento de las respuestas humanas en una persona, familia o comunidad ante un problema real o potencial de salud, considerando a la persona desde un punto de vista holístico.

## 5.2. Metaparadigma.

Los metaparadigmas de enfermería son utilizados para identificar conceptos de interés de la disciplina (cuidado, persona, entorno, salud) y posteriormente verlos de manera global y afirmar la relación que existe entre cada uno de ellos.

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros, son usados por diferentes teóricas en sus modelos conceptuales.

---

<sup>4</sup> Beare, Miers (1993). Enfermería, principios y práctica. P.p. 6

La representación de los paradigmas de la profesión de enfermería se encuentran derivados del metaparadigma de la misma, estos cuatro conceptos se definen y enfocan de acuerdo al modelo conceptual, proporcionan organización para pensar, observar e interpretar lo que se ve, estableciendo así la relación que existe entre cada uno de los conceptos que engloban a la profesión.

Por ello el uso de un modelo conceptual facilita la comunicación entre las enfermeras y proporciona un enfoque más unificado para la práctica, la educación, administración así como la investigación en enfermería.

### 5.3. Teoría de Enfermería.

El valor profesional de una enfermera, se incrementa utilizando el conocimiento teórico ya que los métodos desarrollados sistemáticamente guían el pensamiento crítico y la toma de decisiones.

A medida que las enfermeras utilizan la teoría para guiar la práctica profesional es más probable el éxito, porque organiza más rápidamente los datos deciden que acción es necesaria y dan el cuidado con una expectativa de resultado. Las teorías de enfermería están científicamente comprobadas, aunque para ello tienen que pasar por un proceso de investigación que la sustente; puede iniciar siendo una hipótesis (modelo). Un plan de cuidados basado en una teoría de enfermería donde se engloban conceptos básicos de la profesión proporciona autonomía al profesional orientando las actividades asistenciales, educativas y de investigación.

Por tanto la teoría lleva a la autonomía profesional guiando la práctica, formación e investigación dentro de la profesión. Además el estudio de la teoría desarrolla capacidades analíticas y de pensamiento crítico, clarifica los valores y supuestos y dirige objetivos de práctica formación e investigación de enfermería.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Mariner, A. (2007) Modelos y Teorías de Enfermería Pp13

Teoría déficit de autocuidado de Orem. Publicada por primera vez en 1971 contiene tres teorías relacionadas.

- ★ El autocuidado.
- ★ El déficit de autocuidado.
- ★ Los sistemas de enfermería.

La teoría propone que el autocuidado es una conducta aprendida que los individuos inician y llevan a cabo por si mismos para conservar la vida, la salud y el bienestar. Por lo que el concepto gestión del cuidado es importante en esta teoría al referirse a la capacidad de cada persona para auto ayudarse.

Hay tres clases de requisitos para el autocuidado:

1. Los requisitos universales: comunes a todo el mundo como son el aporte de aire, agua, comida, la evacuación de excretas, la actividad y el descanso, el aislamiento y la interacción social, la prevención de peligro para la vida y el bienestar, así como fomentar la actividad humana.
2. Los requisitos del desarrollo: asociados a los factores que fomentan los procesos de desarrollo conocidos a lo largo de la vida.
3. Requisitos de las alteraciones de la salud: se refieren a los defectos y cambios de la estructura e integridad que influyen negativamente en la capacidad del individuo para autocuidarse.

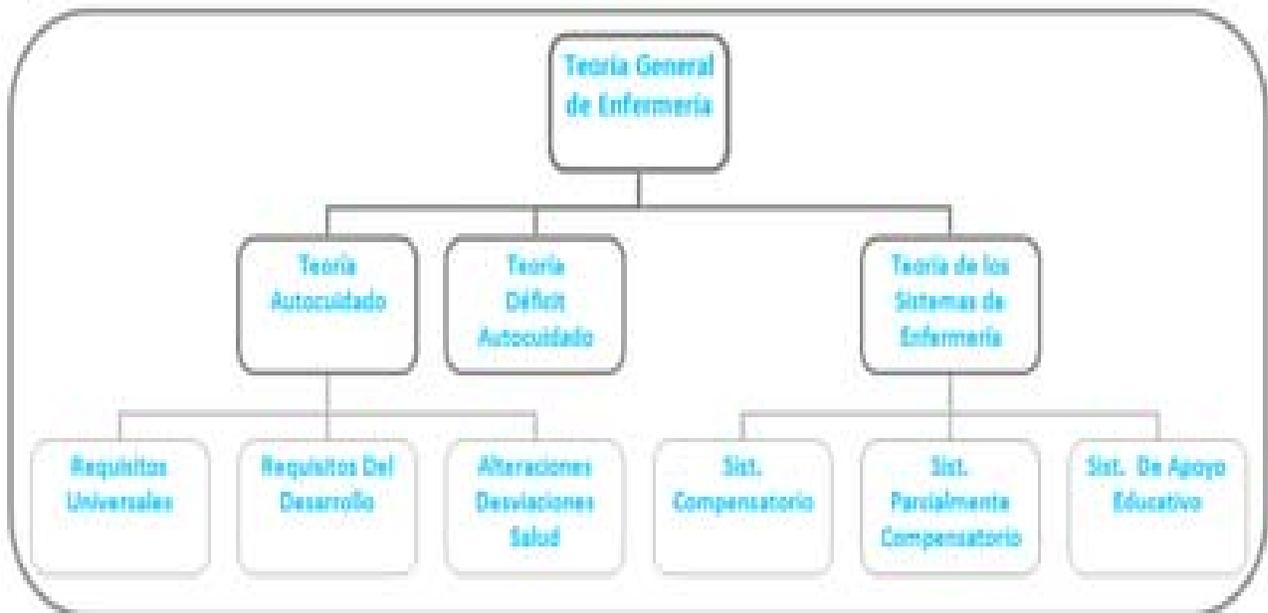
El déficit de autocuidado se produce cuando la gestión (capacidad) no es suficiente para satisfacer la demanda reconocida de autocuidado.

La teoría de sistemas de enfermería propone que estos se forman cuando la enfermera prescribe, diseña y presta servicios de enfermería que regulan las aptitudes de autocuidado se distinguen tres tipos de sistemas:

- *Totalmente compensatorios.* Necesarios para las personas incapaces de regular y vigilar su ambiente y de elaborar la información. La enfermera:
- *Parcialmente compensatorio:* persona incapaz de realizar algunas actividades. La enfermera:

- *De apoyo educativo:* Las personas que deben aprender a aplicar medidas que favorezcan su autocuidado.

Las necesidades humanas se manifiestan a través de conductas, estas se encuentran presentes a lo largo de nuestra vida y van desde las necesidades fisiológicas básicas (para mantener la homeostasis) hasta la autorrealización que representa a necesidades y deseos más elevados.



Organigrama de La Teoría General de Enfermería Según Orem.<sup>6</sup>

#### 5.4 Proceso de Atención de Enfermería.

En 1955 Hall creó el término de proceso de enfermería, desde entonces las enfermeras lo han utilizado como el cimiento que caracteriza a la profesión y que a través del tiempo ha ido evolucionando hasta convertirse en una actividad organizada en la aplicación de conocimientos teóricos y prácticos, para prestar cuidados de enfermería específicos e individuales a cada persona.

Es un método sistemático y racional de planificar cuidados de enfermería individualizados, con el fin de conocer el estado de salud de la persona así como sus necesidades reales o potenciales; además el proceso de enfermería

<sup>6</sup> es.wikiversity.org/auto cuidado.

es cíclico, sus elementos siguen un orden lógico y es el eje de los abordajes enfermeros, promueve cuidados humanísticos centrados en objetivos.

El proceso atención de enfermería se compone de cinco fases.

### **VALORACIÓN.**

Es la primera etapa del proceso de enfermería, durante esta se realiza la recabación, organización, validación y registro de los datos obtenidos. Estos se pueden obtener de varias fuentes como la observación, exploración física, interrogatorio. Todos los datos sirven como base para la actuación de la enfermera y las decisiones posteriores.

#### a) Entrevista.

Durante la entrevista se pueden obtener dos tipos de datos:

Subjetivos: se refiere a lo que la persona dice o describe.

Objetivos: lo que es observable y se puede medir.

#### b) Observación.

Es el segundo método de valoración, implica el uso de los sentidos para obtener información del paciente, y de su entorno, los hallazgos encontrados mediante la observación posteriormente pueden ser confirmados o descartados. La enfermera inicia aquí la recolección de datos que continua la relación enfermera-paciente.

#### c) Exploración Física.

La exploración física se basa en determinar la respuesta de la persona al proceso de enfermedad, obtener una base de datos para establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones y confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

La enfermera utiliza en esta etapa cuatro fases.

Inspección

Palpación

Percusión

Auscultación

Exploración física: puede ser de tres tipos.

- Céfalo-caudal
- Por aparatos y sistemas
- Por necesidades afectadas.

Documentación y Registro de la Valoración.

### ***DIAGNÓSTICO.***

En esta fase la enfermera analiza y resumen los datos recabados durante la valoración, se identifican los problemas de salud para elaborar enunciados diagnósticos basados en un juicio. La enfermera puede redactar los diagnósticos enfermeros de acuerdo con dos sistemas:

- Sistema NANDA
- Sistema PES

La diferencia entre ellos, es que el sistema NANDA fue desarrollado por la asociación americana de diagnósticos. Se describe de acuerdo a la patología de la persona una etiqueta diagnóstica, el significado de la misma, características definatorias, factores relacionados y factores de riesgo, no se pueden modificar porque son universalmente aceptados. Pero no ha todas las respuestas humanas es aplicable una etiqueta diagnóstica por lo que el sistema PES permite a la enfermera plasmar el problema o beneficio de la persona de acuerdo a la información obtenida sin utilizar una etiqueta NANDA.

Existen cuatro tipos de diagnósticos:

Real: Es un juicio sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad, ante un problema de salud que existe en el momento de la valoración de la enfermera; consta de tres componentes.

Problema (P) mas etiología (E) mas signos y síntomas (S) que validan el diagnostico.

Potencial o de riesgo: Es el juicio clínico de una persona, familia o comunidad vulnerables a determinados problemas que otros en situación igual o parecida, consta de dos componentes.

Problema (P) mas etiología/factor de riesgo (E)

Posibles: Aquel en que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales.

De bienestar: se refiere a una respuesta saludable por parte de la persona.

## ***PLANEACIÓN.***

En esta etapa la enfermera desarrolla un plan de cuidado en el que prescriben intervenciones y toma medidas necesarias para cubrir las necesidades afectadas del paciente para cumplir con el resultado esperado.

En esta etapa se establecen:

- Prioridades
- Objetivos o resultados esperados
- Se programan las intervenciones
- Se redacta el plan <sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Fernández, F.(1999) El modelo de Hend y el Proceso Atención de Enfermería Pp. 123-125

## ***EJECUCIÓN.***

En esta etapa se establecen las intervenciones para que la enfermera lleve a cabo los cuidados de enfermería, así mismo se registran y se observan las respuestas de la persona a los cuidados.

Incluye la valoración del plan de atención: este se realiza antes de la ejecución para valorar si la intervención aun es necesaria o se pueden cambiar prioridades de asistencia.

Dentro de la ejecución también se determina la necesidad de cuidados a cada persona, se documenta el plan de atención para comunicarse de una enfermera a otra y a lo largo de esta etapa la enfermera puede continuar colectando datos, que se pueden utilizar como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado o en su defecto para establecer cambios en la atención, que mejoren la calidad de vida en la persona.

## ***EVALUACIÓN.***

En esta etapa la enfermera valora la respuesta de la persona a las intervenciones de enfermería, señala en qué medida se han alcanzado los resultados esperados. El plan de cuidados se vuelve a revisar y ello puede producir cambios en cualquiera de las fases del PAE.

Existen tres tipos de evaluación:

- ★ Continua: se realiza inmediatamente después de ejecutar una intervención de enfermería y permite realizar modificaciones puntuales en una intervención.
- ★ Intermitente: se realiza por intervalos determinados, muestra el grado de progreso hacia la consecución del resultado esperado y permite a la enfermera corregir cualquier deficiencia así como modificar el plan de cuidados en función de los requisitos.

- ★ Final: indica el estado del paciente al ser dado de alta, incluye la valoración de resultados esperados y la evaluación de la capacidad de la persona para cuidarse por sí mismo.<sup>8</sup>

### 5.5 Glioblastoma Multiforme.

Los astrocitomas son un grupo de neoplasias intracraneales primarios del sistema nervioso central que aparecen en el parénquima cerebral y rara vez produce metástasis a otros tejidos. La célula predominante en estos tumores deriva de los astrocitos que se han vuelto inmortales y constituyen aproximadamente un 80% de los tumores neuroepiteliales.

En 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció criterios para clasificar los astrocitomas en cuatro grados basados en sus características histológica.

Grado I: Astrocitoma de bajo grado, poco frecuentes, excelente pronóstico después de su extirpación, aparecen en niños más que en adultos. (Astrocitomas pilocítico).

Grado II: (Astrocitomas difuso de bajo grado).

Grado III: Astrocitoma anaplásico, un tumor difuso, infiltrante caracterizado por anaplasia dispersa y elevado potencial proliferativo, por lo general aparecen de un astrocitoma de bajo grado aunque pueden ser diagnosticados sin un precursor. Tienen un potencial intrínseco de progresar a un glioblastoma maligno. (Astrocitoma anaplasico).

Grado IV: muy parecido el glioblastoma multiforme.

El glioblastoma multiforme, el más frecuente en edades avanzadas, con una incidencia máxima a los 65 años aproximadamente; crece principalmente en los hemisferios cerebrales y tiende a ser el tumor más agresivo entre los astrocitomas, altamente infiltrante y destructivo, con zonas de degeneración quística, necrosis y hemorragias. Frecuentemente pasa de un hemisferio a otro

---

<sup>8</sup> Kozier, B. (1999) Fundamentos de Enfermería Pp. 117

a través de las comisuras, del 3 al 5% es multifocal en su crecimiento. La supervivencia de pacientes con glioblastoma multiforme se extiende a 12 meses con tratamiento quirúrgico junto con radio y quimioterapia.

Presenta una supervivencia media, a los dos años, de aproximadamente 10 por ciento.<sup>9</sup>

La etiología exacta de los tumores cerebrales aun no se sabe con seguridad, salvo las radiaciones ionizantes, no existe ningún otro factor ambiental que se haya podido probar como causa de estas. Algunos factores predisponentes específicos de algunos tumores son la inmunosupresión para los linfomas cerebrales, el trauma craneal para el meningioma o el glioma que se produce en un área de desmielinización previa en la esclerosis múltiple. El nexo común para la predisposición a desarrollar tumores, se encuentra en el papel de los genes llamados de supresión tumoral ya que en su estructura anormal permite el crecimiento celular desordenado y la aparición de neoplasias.<sup>10</sup>

Los glioblastomas pueden causar metástasis por vía linfática y hemática, a diferencia de otros tumores cerebrales. Se caracteriza por la gran variedad de células que lo componen; los datos que lo distinguen del astrocitoma de cuarto grado son:

- La proliferación vascular.
- Micronecrosis rodeada de células malignas.

Es capaz de infiltrar la duramadre y el hueso adyacente.

Los síntomas específicos dependen del tamaño, localización, grado de invasión e inflamación respectiva del tumor. Los más comunes son:

- Cefalea persistente que aumenta al incorporarse
- Vómito,
- Crisis convulsivas
- Debilidad en una parte del cuerpo

---

<sup>9</sup> Maurice, V. (2002) Principios de Neurología Pp. 646-649

<sup>10</sup> Juan, Zarranz. (2001) Compendio de Neurología, Pp 510-519.

- Cambios en las funciones mentales de la persona como cambios de personalidad y comportamiento, cambios emocionales o pérdida de la memoria.

Para el diagnóstico médico se requiere una tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética para caracterizar el tumor y la extensión, incluyendo el tamaño, la ubicación y su consistencia.

Algunos tumores no muestran síntomas hasta que ya son bastante grandes y causan rápido deterioro de la función mental de la persona.

Con los siguientes exámenes, se puede confirmar la presencia de un tumor cerebral e identificar su localización:

- ◆ TC de la cabeza
- ◆ IRM de la cabeza
- ◆ EEG
- ◆ Biopsia guiada por tomografía computarizada (puede confirmar el tipo exacto de tumor)
- ◆ Examen del líquido cefalorraquídeo (LCR) que puede revelar células cancerosas

El tratamiento se basa principalmente en cuidados paliativos para la persona. Aunque también se incluye:

### **Cirugía.**

En algunos casos, la cirugía se considera curativa, poniendo fin al tratamiento, como es el caso de muchos tumores benignos. Cuando se trata de tumores malignos, la operación no es curativa sino que el objetivo de la misma es llegar al diagnóstico de certeza del tipo de tumor, reducir su tamaño para aliviar los síntomas de compresión cerebral y preparar para otros tratamientos posteriores, que suelen ser más efectivos si se ha podido reducir este tamaño.

## **Radioterapia.**

La radioterapia es un tipo de tratamiento basado en la aplicación de radiaciones en el cerebro.

- ★ Hernia del cerebro (a menudo mortal)
  - hernia tentorial
  - Hernia del agujero magno
  
- ★ Pérdidas neurológicas profundas, permanentes y progresivas
- ★ Pérdida de la capacidad para interactuar o desempeñarse
- ★ Efectos secundarios de los medicamentos, incluyendo la quimioterapia
- ★ Efectos secundarios de los tratamientos con radiación
- ★ Recurrencia del crecimiento del tumor.<sup>11</sup>

## **COMPLICACIONES.**

Una de las complicaciones más comunes en las personas con afecciones neurológicas es la depresión ya que en ocasiones la falta de información otorgada a las personas que son sometidas a un tratamiento quirúrgico puede desencadenar en gran medida problemas de tipo emocional, sobre todo cuando la persona no tiene claro la gravedad de la enfermedad así como las respuesta que se pudieran originar después de una intervención.

Las personas con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (por ejemplo: cefaleas y dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual.<sup>12</sup>

Se puede diagnosticar cuando se presentan cinco o más síntomas de depresión durante al menos dos semanas.

---

<sup>11</sup> [www.senec.org.tumor](http://www.senec.org.tumor). Sociedad Española de Neurocirujanos (SENEC).

<sup>12</sup> [www.cerebrito.com](http://www.cerebrito.com). Psicóloga Sofía Mann de Dayan.

Se desconoce la causa específica, pero se asocia con desequilibrios químicos en el cerebro, los cuales pueden ser hereditarios o causados por sucesos de la vida de una persona.

Puede tratarse de diferentes maneras, particularmente con medicamentos y terapias psicológicas, la mayoría de las personas se benefician de una combinación de los dos.

Es importante mantener un estilo de vida saludable que comprenda: comer balanceado, evitar el alcohol y las drogas, dormir bien y hacer ejercicio con regularidad, al igual que buscar relaciones de apoyo interpersonal.<sup>13</sup>

Estas personas pueden presentar otra complicación como la parálisis facial central, secundaria a la presencia de un tumor cerebral maligno que en este caso se encuentra en la cuarta etapa de su evolución. Aunque dicha parálisis se produce también por problemas vasculares encefálicos, hemorragias o trombosis.

En este tipo de parálisis se compromete sólo la musculatura peri bucal ya que la musculatura superior (frontal, superciliar, orbicular de los párpados) recibe inervación de ambos lados de la corteza cerebral. De este modo, la persona no puede levantar las cejas, cerrar los ojos, pero la comisura bucal se desvía hacia el lado sano.

A la parálisis facial central se une una hemiplejía o monoplejía, ya que la lesión afecta a todas las fibras del haz piramidal antes de cruzarse. No hay alteraciones del gusto.

Obedece fundamentalmente a lesiones de etiología vascular de la vía piramidal desde la corteza hasta el núcleo de origen, también se reconocen en patologías infecciosas o degenerativas.

Por otra parte es importante mencionar los cuidados que se brindan a una persona en fase terminal, ya que está es una etapa en el desarrollo de vida que inicia desde el momento en el que se sabe que la enfermedad es devastadora

---

<sup>13</sup> [www.cerebrito.com](http://www.cerebrito.com)

y de mal pronóstico. La enfermera tiene el deber de prestar cuidados durante la fase terminal. Conforme avanza la enfermedad y van surgiendo complicaciones los cuidados se van modificando con el fin de llevar a la persona a un bien morir a través de cuidados paliativos.

La OMS ha definido los cuidados paliativos como el cuidado activo e integral de personas cuya enfermedad no responde a un tratamiento activo se deben proporcionar a las personas en caso de enfermedad terminal, avanzada, progresiva e incurable, con pronóstico de vida limitado y cuyo objetivo sea conseguir la mejor calidad de vida posible para la persona y su familia sin acortar la vida ni prolongarla innecesariamente, aliviando el sufrimiento.

Los derechos de la persona en estado terminal, establecidos por la OMS en 1990, incluye el derecho a participar en las decisiones terapéuticas, a no morir solo o con dolor, a no ser engañado, a la asistencia de parte de y para la familia.

De todos los síntomas el más desgastante es el dolor físico y espiritual. El objetivo de los cuidados de enfermería es el alivio de los síntomas que aparecen durante la enfermedad terminal, principalmente el dolor ya que aparece desde el inicio hasta el fin de la enfermedad y va haciéndose más intenso durante las diferentes etapas de esta. Estos cuidados representan una alternativa válida para ofrecer una muerte digna a las personas, controlando el dolor a través de la ministración de medicamentos y condiciones ambientales que disminuyan la intensidad de este síntoma, manteniendo cómoda a la persona.

Descripción de los objetivos de los Cuidados Paliativos según la OMS.

- Alivio del dolor y otros síntomas
- No alargar ni acortar la vida
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual
- Reafirmar la importancia de la vida
- Considerar la muerte como algo normal

- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

Los cuidados paliativos se brindan a personas con:

- a) Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable
- b) Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- c) Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- d) Pronostico de vida inferior a seis meses.<sup>14</sup>

## 6. METODOLOGIA.

### 6.1. Estrategias de investigación para el estudio de caso.

La investigación en enfermería se centra primordialmente en el desarrollo del conocimiento sobre la enfermería y su ejercicio, incluida la atención a las personas sanas y enfermas. Va dirigida a la comprensión de los mecanismos fundamentales que afectan a la capacidad de las personas y las familias para mantener o incrementar una actividad óptima y minimizar los efectos negativos de la enfermedad.

- Se determino el problema de la persona para iniciar la investigación
- Para la formulación del marco teórico se realizo la lectura de diferentes fuentes bibliográficas (libros, páginas de Internet), todo relacionado con los requisitos alterados de la paciente.
- Se realizo una justificación por la importancia del tema, así como objetivos del trabajo.
- Se aplico un instrumento de valoración para recabar datos.
- Se organizaron, analizaron y redactaron los datos obtenidos

---

<sup>14</sup> [www.Gador.com.ar](http://www.Gador.com.ar)

- Se redactaron diagnósticos de enfermería
- Se realizó un plan de cuidados específico para la enfermedad de la persona.

### Enfermería basada en la evidencia.

En la profesión de enfermería se incluyen valores, actitudes, medios técnicos y atención a personas con enfermedades ya que cuidar es un acto de vida con un impacto que va más allá. Hoy en día los sistemas teóricos se utilizan por los profesionales de enfermería mostrando investigaciones basadas en logros científicos que posteriormente son usados para la práctica. Como ejemplo en el hospital general de Massachusetts investigadores del hospital publican en una revista británica llamada Nature Cell Biology, la liberación de algunas vesículas que pueden traspasar la barrera de sangre cerebral para que el tumor sea detectado con un análisis haciendo más fácil el diagnóstico del cáncer cerebral.

Estas vesículas son llamadas exosomas (sacos membranosos con sustancias capaces de modificar los tejidos que las rodean) y podrían ser útiles para conocer la naturaleza del tumor y se podría desarrollar una forma de tratamiento efectiva contra el glioblastoma. Descubrieron que dos moléculas presentes en los exosomas EGFRvIII y miRNA-21 podrían detectarse en sangre y evitar métodos invasivos.<sup>15</sup>

### Antecedentes aumentan el riesgo de tumores cancerosos cerebrales.

Las personas cuyos parientes próximos tuvieron un glioblastoma tienen el doble de probabilidades de padecerlo igualmente, concluyeron los autores de esta investigación publicada en la revista Neurology del 23 de septiembre. El riesgo se multiplica por cerca de cuatro veces más.

Según Blumenthal, en Estados Unidos se diagnosticaron en 2005 unos 20.500 casos de tumores primarios del cerebro, cuya mitad fueron gliomas, un término que designa tumores cancerosos del cerebro.

---

<sup>15</sup> [www.salud.com](http://www.salud.com)

## 6.2. Selección de caso y fuentes de información.

El presente estudio de caso fue elegido para desarrollar y explorar campos de la profesión de enfermería, como son los cuidados que se proporcionan a una persona con enfermedad terminal; ¿Qué papel juega la enfermera en esta etapa?, ¿cómo participa con los familiares para mantener la calidad de vida y el bienestar de la persona?, cuando parece que no hay más que hacer. Además de trabajar en equipo, (familia, enfermera, persona y entorno) donde cada pieza es fundamental durante el proceso de enfermedad.

El estudio de caso se selecciono ya que es una de las primeras causas de atención en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, además la investigación por parte de la profesión de enfermería acerca del tema aun es escasa.

Se llevo a cabo a partir del día 15 de octubre del 2008 en el cuarto piso en el área de neurocirugía. Se eligió para estudio de caso a la Sra. Elizabeth, que se encuentra en la etapa adulta de la vida. Se aplico el instrumento de valoración basado en los ocho requisitos de Dorothea Orem diseñado por la primera generación de la especialización de enfermería neurológica; con este se recabo información para identificar el estado actual de la persona, completando la misma a través de la observación, exploración neurológica y expediente clínico; así se identificaron problemas presentes y factores de riesgo que pudieran ocasionar complicaciones.

Los diagnósticos se plantearon de acuerdo al formato PES (problema, etiología, signos y síntomas), y en los requisitos afectados clasificándose posteriormente en reales y de riesgo.

Durante la planeación se priorizaron diagnósticos y se establecieron resultados esperados durante las intervenciones de enfermería planeadas, dirigidas a prevenir complicaciones, mantener la calidad de vida de la persona, así como al bien morir.

Durante la ejecución se llevaron a cabo las intervenciones planteadas.

En la evaluación se estableció un juicio sobre la evolución y capacidad de la persona para desempeñar lo establecido en los resultados esperados; en esta etapa se determinó si el resultado esperado se logró totalmente, parcialmente, o no fue alcanzado.

### 6.3. Consideraciones éticas.

La ética de enfermería estudia las razones del comportamiento en la práctica de la profesión, los principios que regulan conductas, motivaciones, valores del ejercicio profesional, cambios y las transformaciones a través del tiempo.

Las fuentes de la ética profesional están destinadas a la prestación de un servicio a la sociedad. Las enfermeras disponen del juramento, con el código internacional de ética adoptado en Brasil y puesto en práctica después de varias revisiones en 1973, este se basa en principios tradicionales de ética adaptable a todas las culturas y se refiere a todos los aspectos de la vida de una enfermera como profesional.

El consentimiento informado forma parte de las consideraciones éticas y trata de las condiciones que hay que cumplir para respetar los derechos de las personas para tomar decisiones respecto a su salud y cuerpo. Es la expresión de dos voluntades (investigador e investigado) que intervienen en un proceso de cualquier índole, ambas debidamente conocedoras, competentes, autónomas, que deciden contribuir a un procedimiento científico con proyección y beneficio social. Documento legal en el que una persona acepta un procedimiento, es necesario para mantener a las personas informadas. Pero también es para la enfermera una norma moral humana y ética que dirige su función preventiva, paliativa, educativa o de investigación. El consentimiento informado consta de lo siguiente:

- Encabezado
- Información necesaria para la persona, redactando el objetivo de la investigación o el procedimiento a realizar.
- Firma de la enfermera médico ó investigador

- Firma de aceptación de la persona investigada o a la que se le realice el procedimiento.

Anexo 1.

## **7. PRESENTACION DEL CASO.**

### 7.1. Descripción del caso.

Se trata de Elizabeth de 42 años, vive actualmente en unión libre, oficinista de profesión, con dos hijos adolescentes, antecedentes de gastritis, depresión mayor e hipertensión arterial.

Inicia su padecimiento en el mes de mayo del 2008, con cefalea occipital que califica con No.10 de acuerdo con la escala numérica del dolor sin irradiación, con duración de ocho horas que cedió poco con analgésico (AINE). Posteriormente presento cefalea que predominaba por la mañana acompañada de dificultad para dormir, náusea y vómito en tres ocasiones durante cinco días. Ingresa al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía por el servicio de urgencias.

Al realizar imágenes de tomografía axial computarizada y resonancia magnética de cráneo le diagnosticaron glioblastoma multiforme en el área frontal derecha con desviación de la línea media y edema perilesional, fue intervenida el día 25-mayo-2008 con exeresis parcial de la lesión, se da de alta el día y se completa tratamiento con radioterapia fraccionada en 35 sesiones, las cuales fueron interrumpidas en el numero 26, ya que Elizabeth presentó efectos secundarios a la radiación (cefalea y nausea llegando al vómito); por lo que fue enviada al servicio de urgencias en donde se le dio tratamiento sintomático y se dejo cita abierta.

Ya en su domicilio el día 5-junio-2008 Elizabeth tuvo un periodo de desconexión con el entorno y posteriormente presento crisis convulsiva tónico clónica generalizada, que duro aproximadamente un minuto, sus familiares mencionan que en el postictal presento náuseas y vómito, así como

desorientación y lenguaje incoherente; por lo que reingresa el día 16-junio-2008 al Instituto con deterioro lento y progresivo del estado de conciencia. En este momento se eligió a la Sra. Elizabeth para la elaboración de este estudio de caso.

A referir de los familiares Elizabeth tuvo disminución del apetito y estado de ánimo, al grado de dejar de comer y beber agua durante 21 días por lo que bajo aproximadamente 10 kilos en este tiempo, mantuvo ánimo triste, anhedonia e irritabilidad; posteriormente se observó abombamiento de crecimiento rápido en área de extirpación tumoral. Durante la hospitalización se negó a comunicarse verbalmente por tiempo prolongado, tolerando poco vía oral, con hemiparesia izquierda y mioclonias de miembro superior derecho; es programada para una nueva cirugía el 12-09-08 posterior a ella, presenta fístula de LCR e inicia con necrosis del cuero cabelludo en la herida quirúrgica, y exposición de masa tumoral acompañada de secreción amarilla y fétida, además de hemiplejía en hemicuerpo izquierdo. Presento laceración epidérmica sacra que no progresa a úlcera por presión.

El 5-11-08 Presenta crisis convulsiva tónico clónico generalizada, abundantes secreciones amarillo sanguinolentas por boca y vómito con características de pozos de café.

Elizabeth tiene vía periférica en miembro torácico izquierdo. Se le instaló sonda nasogastrica a derivación por contenido gástrico de pozos de café y posteriormente se usó para alimentación cuando dejó de aceptar vo.

Se monitorizan signos vitales y se coloca apoyo de O2 con mascarilla a nebulizador por presentar esfuerzo respiratorio, y Sat O2 de 87% el día 16 de noviembre del 2008, por las condiciones de la persona y la presencia de una enfermedad devastadora Elizabeth fallece en el ámbito hospitalario.

## 8. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

### 8.1. Instrumento a trabajar

El instrumento que se utilizó para la valoración de este estudio de caso, fue elaborado por la primera generación de la especialidad en enfermería neurológica del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. El cual consta de la ficha de identificación, factores de riesgo y desviaciones a la salud, sustentado bajo el modelo teórico de Dorothea Orem.

#### 8.1. 1. Valoración.

#### VALORACIÓN POR REQUISITOS UNIVERSALES.

APORTE SUFICIENTE DE AIRE. Parcialmente compensatoria.

- ◆ Requirió apoyo de mascarilla a nebulizador por saturación baja.
- ◆ Tos productiva con secreción café y palidez generalizada. Hb 9 FC de 78 por minuto, esfuerzo respiratorio y Sat O<sub>2</sub> 87%.

APORTE SUFICIENTE DE AGUA. Totalmente compensatorio.

- ◆ Presenta mucosa oral seca y piel fría al tacto.
- ◆ Acepta poco vo. al inicio de la enfermedad.
- ◆ Resultado de electrolitos. CL 108 mmo/l bajo, Na 147 mmo/l alto, K 3.1 mmo/l bajo. (hipocalemia e hipernatremia).

APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS. Totalmente compensatorio.

- ◆ Elizabeth toleraba poco vía oral al inicio de su enfermedad.
- ◆ Presentó vómito abundante con características de pozo de café, evacuaciones diarreicas y dolor abdominal
- ◆ Pérdida de peso aproximado de 15 kilos desde el inicio de su enfermedad.
- ◆ Peso de 39kg aprox. y talla de 1.57m IMC 16.25
- ◆ Presenta úlcera gástrica, indigestión, flatulencias y acidez estomacal posterior a la alimentación; sensibilidad en la lengua y reflejo nauseoso.

PROCESOS DE ELIMINACION Y LOS EXCREMENTOS. Totalmente compensatorio.

- ◆ No controla esfínter vesical,
- ◆ La orina es de color amarillo, olor característico.
- ◆ Presenta períodos de poliuria.
- ◆ En cuanto a la eliminación intestinal controla esfínter, presento diarrea fétida, café y semilíquida, en la actualidad evacua ocasionalmente una vez por semana en poca cantidad.

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO. Totalmente compensatorio.

- ◆ Hemiparesia izquierda, que evoluciona a hemiplejía izquierda.
- ◆ Presenta mioclonias de miembro superior derecho. Posteriormente crisis tónico clónicas generalizadas y disminución del tono en las cuatro extremidades.
- ◆ Fuerza muscular disminuida. Expresiones faciales ausentes.
- ◆ Sin apego a tratamiento antidepresivo por presentar taquicardia posterior a la toma del medicamento.

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOCIEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL. Parcialmente compensatoria.

- ◆ Convive con pareja actual y uno de sus hijos. Elizabeth es el sostén económico familiar.
- ◆ Con sensación de tristeza y ansiedad, mencionó tener pocas relaciones sociales y mal humor que inicio al perder su empleo.
- ◆ Tiene poca facilidad para relacionarse con otros.
- ◆ Presenta períodos de labilidad frecuentes, se comunica poco.
- ◆ Acepta poco la comunicación verbal.

PREVENCION DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO.  
Totalmente compensatoria.

- ◆ Presenta cefalea intensa e hipertensión 150/100- 160/100 mm/Hg.
- ◆ Elizabeth tiene herida cefálica dehiscente, con exposición de masa encefálica Y Fistula de LCR.
- ◆ Crisis convulsivas tónico clónico generalizadas.
- ◆ Tiene vía periférica en miembro torácico izquierdo.
- ◆ Tiene sonda nasogástrica.
- ◆ Cuenta con los servicios básicos y casa propia

PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y EL DESARROLLO HUMANO  
DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES. Totalmente compensatoria.

- ◆ autoestima baja con comentarios despectivos hacia su persona.
- ◆ Cuenta con todas sus piezas dentales, se observa placa de caries en formación, con encías rosadas sin edema.

8.2. Jerarquización de problemas.

I.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

- Sat O2 sin mascarilla de 87 %
- Apoyo ventilatorio con mascarilla a nebulizador 95%
- Deterioro del estado de alerta.

II.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

- Acepta poco vía oral
- Dejo de beber agua durante 21 días (turgencia de la piel disminuida, aumento de Na. en sangre, mucosa oral deshidratada, pérdida de peso)
- Sodio de 147-153 mg/dl.

III.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

- Pérdida de peso 15kg aproximado desde el inicio de su enfermedad.
- Alimentación por sonda nasogástrica
- IMC 16.25
- Sangrado digestivo y vómito
- Compresión progresiva de nervios craneales (glossofaríngeo, hipogloso, vago)

IV.- Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excrementos.

- Periodos de estreñimiento de hasta cinco días alternados con diarrea
- Incontinencia de esfínter vesical.
- Poliuria.

V.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

- Síndrome piramidal
- Hemiparesia que progresa a Hemiplejía izquierda.
- Crisis convulsivas.
- Incapacidad para caminar
- Tono y fuerza muscular disminuidos
- Antecedentes de sedentarismo

VI.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

- Relación familiar disfuncional
- Sostén familiar económico.
- Variaciones en el estado de ánimo
- Dificultad para interactuar con otros.

VII.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

- Herida quirúrgica dehiscente
- Exposición de masa encefálica

- Fístula de LCR expuesta
- Presencia de CCTCG
- Limitación para el movimiento
- Sonda nasogástrica
- Vía periférica

VIII.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

- Aislamiento social
- Limitación de la movilidad física.

### 8.3 Diagnósticos de Enfermería.

#### Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Alteración de la perfusión cerebral R/C aumento de la presión intracraneal M/P cefalea intensa, náusea y vómito.

Dificultad respiratoria R/C Compresión del bulbo raquídeo M/P Sat de O<sub>2</sub> 87% y esfuerzo respiratorio.

Deterioro del estado de conciencia R/C Perfusión cerebral disminuida por compresión M/P somnolencia.

#### Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Riesgo de broncoaspiración R/C afección de nervio craneal vago, abundantes secreciones y vómito.

Desequilibrio hidroelectrolítico R/C baja ingesta de líquidos M/P Na 147mg/dl y somnolencia.

Riesgo de deshidratación R/C poliuria y baja ingesta de líquidos.

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Alteración de la nutrición por déficit R/C compresión del nervio craneal hipogloso M/P índice de masa corporal 16.25 y disfagia.

Alteración de la nutrición por déficit R/C lesión de la mucosa gástrica M/P sangrado digestivo, vomito con características de pozos de café y Hb de 9.4 mg/dl.

Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y excrementos

Estreñimiento crónico R/C baja ingesta de alimentos y líquidos M/P evacuaciones poco frecuentes y de consistencia dura.

Incontinencia urinaria R/C pérdida de control de esfínter vesical M/P micción involuntaria.

Alteración en la eliminación vesical R/C Aumento de Na en sangre M/P volúmenes urinarios altos, densidades urinarias bajas.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Alteración de la movilidad física R/C afección de la vía piramidal M/P hemiplejía izquierda, hiperreflexia y babinsky.

Déficit de autocuidado en las actividades de la vida diaria R/C deterioro neuromuscular M/P dependencia para realizar su autocuidado.

Déficit de actividad eléctrica neuronal R/C Compresión encefálica por tumor M/P Crisis convulsivas.

Riesgo de lesión física R/C Actividad convulsiva.

Mantenimiento de equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Alteración en el estado de ánimo R/C disminución del neurotransmisor serotonina M/P periodos de llanto, ansiedad y comunicación verbal disminuida.

Autoestima disminuida R/C relación familiar disfuncional M/P aislamiento, irritabilidad y enojo.

Disminución en la comunicación verbal R/C Proceso terminal de enfermedad M/P disminución de atención

Prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano.

Infección en herida quirúrgica cefálica R/C dehiscencia de la piel de herida quirúrgica M/P secreción amarilla, exposición de la masa tumoral y necrosis de la piel circundante.

Riesgo de caídas R/C disminución del movimiento.

Riesgo de úlcera por presión R/C tiempo prolongado en cama

Dolor crónico R/C crecimiento de tumor cerebral M/P llanto y facies de dolor.  
Riesgo de caídas R/C crisis convulsivas.

Angustia R/C limitantes para el autocuidado M/P irritabilidad, inquietud y llanto.

Riesgo de flebitis R/C Permanencia prolongada de vía periférica.

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Déficit de actividades recreativas R/C cambios en el estado de ánimo M/P aislamiento social.

Riesgo de síndrome por desuso R/C disminución de la movilidad física.

#### 8.4. Problemas interdependientes.

- ◆ Alteraciones respiratorias.
- ◆ Estado nutricional deficiente de acuerdo a su edad y talla
- ◆ Estado emocional fluctuante depresión mayor diagnosticada, sin apego al tratamiento.

#### 8.5. Planeación ejecución y evaluación de los cuidados.

##### I.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

- ★ Alteración de la perfusión cerebral R/C aumento de la presión intracraneal M/P cefalea intensa, náusea y vómito.

**Sistema:** totalmente compensatorio.

**Objetivo:** Evitar el aumento de la presión intracraneal manteniéndola dentro de parámetros aceptables e identificar signos y síntomas que indiquen complicación.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
--------------------------------------

Identificar de manera oportuna la presencia de síntomas que indiquen aumento de la PIC (presión intracraneal), como deterioro del estado de conciencia, cambios pupilares, alteraciones en los signos vitales como aumento de T/A, cambios respiratorios cheyne-stokes.
---

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO.</b>
--

Toma y registro de tensión arterial y TAM (tensión arterial media) manteniéndola entre 90 y 110 mg/hg.
--

Toma y registro de frecuencia cardíaca y respiratoria.
--

Mantener el drenaje epidural gastando de acuerdo a la indicación médica.
--

Ministración de diuréticos osmóticos y esteroide de acuerdo a la indicación médica y vigilando ingresos y egresos de líquidos.
Elevar la cabecera de la cama a 35°.
Hiperventilar a la persona con una mascarilla a nebulizador 98%.
Tomar gasometría arterial para valorar PaCo2 que debe encontrarse entre 35 y 45 mm Hg.

### **EVALUACIÓN.**

El objetivo fue parcialmente cumplido durante los primeros dos meses desde el ingreso de la persona, mediante las intervenciones de enfermería, aunque debido a la malignidad del tumor no fue posible evitar su crecimiento creando complicaciones en la perfusión cerebral de la persona; sin embargo se lograron atenuar síntomas como el dolor durante el proceso de la enfermedad.

- ★ Dificultad respiratoria R/C Compresión del bulbo raquídeo M/P Sat O2 87% y esfuerzo respiratorio.

**Sistema:** parcialmente compensatorio.

Objetivo: Mantener la Sat.O2 en 95% oxígeno para mejorar el estado de conciencia así como el nivel de oxigenación a tejidos primarios como el cerebro, corazón y pulmones.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
Identificar la respiración de la persona de acuerdo con los tipos de respiración neurológica.
Mantener la función respiratoria a través de aditamentos como puntas nasales, mascarilla ó ventilador si fuese necesario.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO.</b>
Vigilar el estado de conciencia de la persona.
Mantener a la persona con apoyo ventilatorio óptimo.

Colocar un Sensor de Sat O2.
------------------------------

Mantener a la persona en posición semifowler.
---

### **EVALUACIÓN.**

Se mantuvo la función respiratoria de la persona con apoyo de aditamentos para el incremento y captación de oxígeno, en este caso se colocó mascarilla a nebulizador continuo, sin embargo la afección por desplazamiento de la línea media cerebral y compresión progresiva del bulbo, centro de la respiración condujeron a la persona a presentar paro respiratorio.

- ★ Deterioro del estado de conciencia R/C Perfusión cerebral disminuida por compresión M/P somnolencia.

**Sistema:** parcialmente compensatorio.

Objetivo. Disminuir el riesgo de que la persona presente herniación encefálica.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
--------------------------------------

Identificar datos de deterioro rostrocaudal como: Cefalea, náusea, vómito, cambios en signos vitales, en el estado de conciencia, cambios pupilares como midriasis bilateral o anisocoria por midriasis y crisis convulsivas que indican herniación encefálica.
---

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO.</b>
--

Detectar cambios en el estado de conciencia, intranquilidad, cefalea, crisis convulsivas y cambios pupilares.
---

Toma de frecuencia respiratoria identificando cambios en el patrón respiratorio (cheyne-stokes, hiperventilación neurogena, respiración apnéustica, deprimida o Kussmaul).
--

Identificar períodos de hipertensión y bradicardia.
---

Identificar alteraciones en los reflejos que se controlan en tallo cerebral como los músculos oculares, el patrón respiratorio.
---

Informar de cualquier cambio observado, para la toma de imagen computarizada y actuación efectiva durante el periodo de herniación que pueden salvar a la persona.

### **EVALUACIÓN.**

Durante la hospitalización de Elizabeth se vigilaron e identificaron datos de herniación que desafortunadamente no se pudo evitar por el tipo de tumor devastador y rápidamente progresivo, por lo que el objetivo fue parcialmente cumplido dentro de nuestras funciones y límites como profesionales de salud.

#### II.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

- ★ Riesgo de broncoaspiración R/C afección de nervio craneal vago, abundantes secreciones y vómito.

**Sistema:** totalmente compensatorio.

Objetivo. Evitar que la persona presente broncoaspiración.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.**

Mantener la vía aérea de la persona permeable.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO.**

Aspiración de secreciones cada vez que sea necesario.

Ministrar medicamentos antieméticos.

Cambios de posición frecuentes.

Dar terapia de vibración para despegar secreciones.

Mantener hidratada a la persona para fluidificar y favorecer la expectoración de secreciones.

## EVALUACIÓN.

El objetivo fue totalmente cumplido ya que durante el periodo de hospitalización la persona no presento bronco aspiración.

- ★ Desequilibrio hidroelectrolitico R/C baja ingesta de líquidos M/P Na 147mg/dl y somnolencia.

**Sistema:** totalmente compensatorio

Objetivo: Mantener el equilibrio hidroelectrolitico en la persona.

### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Identificar signos de desequilibrio hidroelectrolitico (debilidad, espasmos musculares, fatiga, aumento de la T/A y frecuencia cardiaca irregular, cambios en el estado de conciencia, irritabilidad, incluso crisis convulsivas). Todo lo anterior perjudica al sistema nervioso central de la persona ya que las células se deshidratan principalmente a nivel neuronal.

ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO.	ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO.
Vigilar y registrar ingresos y egresos de líquidos por turno.	Vigilar cambios de conducta en la persona. (Inquietud, paso de estado de alerta a somnolencia).
Ministrar soluciones hipotónicas (al medio).	
Medir densidades urinarias.	
Reponer líquidos de acuerdo con egresos el 50% vía oral ó venosa.	

## **EVALUACIÓN.**

El objetivo fue totalmente cumplido, ya que a través de las intervenciones de enfermería se logro el control de electrolitos principalmente el sodio; se restableció y mantuvo dentro de límites aceptables. Además se hidrato a la persona favoreciendo mucosas y piel.

- ★ Riesgo de deshidratación R/C poliuria y baja ingesta de líquidos.

**Sistema:** totalmente compensatorio

Objetivo. Mantener hidratada a la persona, compensando la pérdida de líquido para mantener el equilibrio hidroelectrolítico.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
--------------------------------------

Evaluar signos y síntomas de deshidratación (boca reseca, cambios en la turgencia de la piel, taquicardia, llenado capilar de más de 2 seg, laceración de mucosas orales).
--

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
--------------------------------

Iniciar la rehidratación vía parenteral a dosis bajas
---

Vigilar el estado de la piel en la persona
--

Registrar y reportar ingresos y egresos de líquidos por turno
---

Ministración de fármacos antidiuréticos indicados.
--

Reponer líquidos por sonda nasogástrica.
--

## **EVALUACIÓN.**

El objetivo fue cumplido parcialmente, la reposición de egresos se realizo vía parenteral y Elizabeth se mantuvo hidratada durante las primeras etapas de la enfermedad; posteriormente por las condiciones gastrointestinales y

alteraciones del sodio en sangre hubo un periodo en el que Elizabeth presento signos de deshidratación.

III.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

- ★ Alteración de la nutrición por déficit R/C compresión del nervio craneal hipogloso M/P índice de masa corporal 16.25 y disfagia.

**Sistema:** totalmente compensatorio.

Objetivo: Mejorar el estado nutricional de la persona dentro de sus limitaciones a través de una dieta adecuada a sus condiciones actuales.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
Insistir en la alimentación de Elizabeth, con ayuda del cuidador primario, instruyéndolo e informándole sobre las precauciones que debe tener durante la alimentación para evitar broncoaspiración, como: la posición de la persona.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO.</b>	<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO.</b>
Alimentación por sonda nasogastrica.	Observar la coloración y aspecto de la piel
Medir residuo gástrico antes de iniciar nuevamente la dieta, este debe ser menor a 200ml; durante las primeras 48 horas se mide cada 6 horas, después y antes de cada alimentación.	Observar si el aspecto nutricional de la persona mejora
Explorar el nervio craneal vago, hipogloso y glossofaríngeo. Diciendo a la persona que con la boca abierta diga "aaaa", normalmente se eleva el	Fomentar la implicación de la familia

<p>velo del paladar y la úvula se mantiene en el centro.</p> <p>Si hay parálisis unilateral del vago se contrae el velo del lado sano y la úvula se atrae hacia él.</p> <p>En el glossofaríngeo se hace lo mismo solo que se observa la pared posterior de la faringe que no se contrae cuando este nervio esta dañado.</p> <p>En el nervio hipogloso se explora la simetría de las dos mitades de la lengua, así mismo si existen fasciculaciones. La posición de la lengua si existe desviación de ella y la fuerza muscular de la misma pidiendo a la persona que presione con la lengua una de sus mejillas.</p>	
<p>Vigilar si presenta reflejo tusígeno.</p>	
<p>Proporcionar un ambiente óptimo durante la alimentación.</p>	

### **EVALUACIÓN.**

El objetivo fue parcialmente cumplido, se inicio dieta líquida al ingreso de Elizabeth, quien durante 21 días no comió ni bebió nada por lo que no tolero la dieta presentando vomito de lo que ingería, se le coloco sonda nasogastrica, sin embargo se mantuvo en ayuno durante la mayor parte de la hospitalización. La persona no mejoro su estado nutricional ya que sus condiciones por enfermedad progresiva- maligna no lo permitieron.

- ★ Alteración de la nutrición por déficit R/C lesión de la mucosa gástrica M/P sangrado digestivo, vómito con características de pozos de café y Hb de 9.4 mg/dl

Sistema: totalmente compensatorio

Objetivo: Eliminar el sangrado gástrico, a través de medicamentos indicados y soluciones frías para favorecer la hemostasia, así como disminuir la pérdida de sangre y continuar con la alimentación de la persona.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
Vigilar el estado hemodinámico de la persona.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO.</b>	<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO.</b>
Aspiración de secreciones.	Ver que el sangrado haya cesado, vigilando que la sonda nasogastrica a derivación deje de drenar líquido hemático, así como en imagen de TAC toraco-abdominal.
Mantener la sonda nasogastrica de la persona a derivación.	Toma de electrolitos y biometría hemática.
Cuantificar la cantidad de liquido que drene, así como sus características	Restablecer dieta iniciando con líquidos.
Registrar las veces que presente vómito, la cantidad y características.	Continuar con ministración de omeprazol de acuerdo con la indicación médica.
Ministración de medicamentos indicados.	
Transfundir paquete globular por hemoglobina baja.	

## **EVALUACIÓN.**

Se logro detener el sangrado de tubo digestivo en la persona, se reinicio dieta a través de sonda nasogástrica cinco horas por una de descanso y 150 ml de agua entre tomas, pero la persona no recupero su estado nutricional.

### IV.-Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excrementos.

- ★ Estreñimiento crónico R/C baja ingesta de alimentos y líquidos M/P evacuaciones poco frecuentes y de consistencia dura.

**Sistema:** Parcialmente compensatorio.

Objetivo: La persona logrará evacuar de acuerdo a sus patrones de eliminación, con la ayuda de las intervenciones de enfermería.

<b>INTERVENCION DE ENFERMERÍA.</b>
------------------------------------

Vigilar la presencia de signos y síntomas de intestino neurogénico como: dolor e inflamación abdominal, más de 72 horas sin evacuar.
--

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO.</b>
--

Sugerir que la dieta sea rica en fibra que ayude a retener líquidos para reblandecer las heces.
---

Proporcionar a la persona alimentación e hidratación.
---

Ayudar a la persona a moverse para estimular al intestino.
--

Proporcionar masaje a marco cólico, veinte minutos después de su dieta en sentido contrario a las manecillas del reloj durante quince o veinte minutos.
---

Ministrar medicamentos laxantes.
----------------------------------

Observar si la persona evacua, así como las características.
--

## EVALUACIÓN.

Durante su hospitalización la persona presento evacuaciones poco frecuentes con características secas duras en escasa cantidad, alternando con periodos diarreicos ocasionales por lo que el objetivo fue parcialmente cumplido.

- ★ Incontinencia urinaria R/C pérdida de control de esfínter vesical M/P micción involuntaria.

**Sistema:** totalmente compensatorio.

Objetivo: Evitar que la persona permanezca tiempos prolongados húmeda para no formar lesiones en la piel.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
Vigilar datos de vejiga neurogenica. La vejiga hiperactiva puede originar que la persona orine con demasiada frecuencia y en cantidades pequeñas ó puede tener dificultad para vaciar toda la orina de la vejiga.
En cambio en la vejiga hipoactiva la persona puede tener demasiada orina y dejarla escapar ó puede tener dificultad para empezar a orinar y vaciar toda la orina. También puede haber incapacidad para identificar la sensación de que su vejiga esta llena y retención urinaria.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO.</b>	<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO.</b>
Aconsejar a los familiares acerca de cómo tratar a la persona con incontinencia vesical.	Vigilar datos de infección por procedimiento invasivo.
Colocación de sonda vesical.	Revisar fecha de instalación de la sonda y realizar el recambio al cumplir un mes de haberse instalado.
Cuidados a la piel, no mantener a la	Enseñar al cuidador primario el

persona húmeda.	manejo de una sonda vesical el casa si permanece colocada al egreso de la persona.
Llevar un control de ingresos y egresos.	Enseñar al cuidador la forma correcta de asear los genitales para evitar infecciones.

### **EVALUACIÓN.**

No se logro recuperar el control del esfínter vesical de la persona, sin embargo permaneció con sonda vesical durante un mes evitando así complicaciones de piel por humedad e infecciones vaginales por permanencia prolongada de la sonda vesical.

- ★ Alteración en la eliminación vesical R/C Aumento de Na en sangre M/P volúmenes urinarios altos, densidades urinarias bajas.

**Sistema:** totalmente compensatoria.

Objetivo. Mantener el sodio en sangre dentro de niveles adecuados 135-145mEq/L.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
Vigilancia e identificación de signos y síntomas que indiquen desequilibrio hidroelectrolítico por aumento de sodio como: inquietud, confusión, somnolencia, volúmenes urinarios altos por hora y densidades urinarias de 1.000 o menos. (Volumen urinario en 24 hrs. en una persona normal oscila entre 1 lt y 1 ½ lt. Y la DU entre 1.012 y 1.024 esto puede variar de acuerdo a la dieta ingerida).

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO.</b>	<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO.</b>
Identificar cambios en el estado de	Estar al pendiente de los cambios en

conciencia de acuerdo con la escala de Gasglow.	el nivel de sodio de acuerdo a los laboratorios.
Preguntar si la persona tiene cefalea	Solicitarle dieta hiposódica.
Tomar electrolitos séricos	
Registrar ingresos y egresos de líquidos por turno	
Tomar las densidades urinarias, así como el volumen urinario.	

### **EVALUACIÓN.**

El objetivo fue ampliamente cumplido, ya que se logro a través de los cuidados específicos brindados a Elizabeth mantener los niveles de sodio adecuados eliminando así el periodo de poliuria.

#### V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

- ★ Alteración de la movilidad física R/C afección de la vía piramidal M/P hemiplejía izquierda, hiperreflexia y babinsky.

**Sistema:** Totalmente compensatorio.

Objetivo: Proporcionar a la persona el grado de apoyo que requiera en sus desplazamientos, al igual que cualquier dispositivo de ayuda que pudiera necesitar.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
Identificar signos de afección motora de acuerdo con la graduación de fuerza y sensibilidad de Lovett.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO.</b>	<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO.</b>
Movilizar a la persona cada dos horas.	Establecer un ambiente de confianza

	enfermera-persona-familiar.
Permitir que la persona participe en su autocuidado de acuerdo con sus limitaciones	Proporcionar información verídica de servicios sociales que puedan prestar su apoyo
<p>Enseñar a los familiares como movilizar a la persona en cama.</p> <p>La movilización debe ser entre dos personas ya que Eli no coopera deben Colocarse cada persona a un lado de la cama, frente a Eli, colocar los pies separados y las rodillas ligeramente flexionadas, retirar la ropa superior de la cama así como la almohada del paciente e introducir un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro debajo del muslo; llevarlo a decúbito lateral.</p> <p>Es importante evitar fricciones y sacudidas bruscas.</p>	Realizar ejercicios de flexión y extensión y de amplitud de arcos de movimiento, para mejorar el tono muscular, y mantener las áreas conservadas
Toma y registro de presión arterial, de acuerdo al resultado movilizar o no a la persona, ya que si la presión se encuentra elevada, es probable que la PIC se modifique durante el movimiento.	Enseñar al cuidador como trasladar a Elizabeth de la cama al reposet o a una silla de ruedas.
Mantener a la persona en posición alineada con almohadillas bajo prominencias óseas, cuando se encuentre acostada o en silla de ruedas.	

## EVALUACIÓN.

Se logro movilizar a la persona primero en silla de ruedas o reposit posteriormente en cama cada dos horas, ya que fue perdiendo movilidad principalmente por el crecimiento del tumor, el estado nutricional y emocional.

- ★ Déficit de autocuidado en las actividades de la vida diaria R/C deterioro neuromuscular M/P dependencia para realizar su autocuidado.

**Sistema:** totalmente compensatorio.

**Objetivo:** Estimular a la persona para que participe en su autocuidado dentro de sus limitantes, y así mantener un grado de independencia.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
Identificar el grado de deterioro muscular de extremidades explorando tonicidad fuerza y movimiento de las mismas.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO.</b>	<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO.</b>
Determinar el nivel de dependencia de la persona.	Observar las características de la piel (color, hidratación, textura, tono, lesiones) así como su continuidad y cicatrización.
Alentar a la persona y familiares a participar en su cuidado.	Vigilar la circulación distal.
Asistir a la persona en lo necesario para su autocuidado, como en la movilización pasiva, el aseo personal y vestido.	Evaluar el grado de movilidad de acuerdo con la escala graduación de fuerza Lovets.

Vigilar la temperatura de las extremidades, la circulación y presencia de dolor.	
--	--

### **EVALUACIÓN.**

Durante los primeros días de hospitalización se logro involucrar a la persona en su aseo personal como el baño y alimentación; progresivamente fue perdiendo tono y fuerza muscular, así mismo presento después de la hemiparesia hemiplejía izquierda posterior a la cirugía por lo que su participación se vio limitada, afectando su independencia.

- ★ Déficit de actividad eléctrica neuronal R/C Compresión encefálica por tumor M/P Crisis convulsivas.

**Sistema:** parcialmente compensatorio.

Objetivo. Identificar crisis convulsivas para evitar complicaciones como el status epiléptico.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
Vigilar y reportar la presencia de crisis convulsivas, identificando el tipo (tónico-clónico generalizadas, de ausencia, mioclónicas, simples o complejas), la duración y medicación.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO.</b>	<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO.</b>
Cuidar que la persona no sufra lesión durante la crisis convulsiva, manteniendo barandales en alto.	Observar la reacción de la persona en el posictal. Orientarla en tiempo, lugar y espacio.
Instalar vía periférica para ministración de medicamentos.	Vigilar si se vuelve a presentar una nueva crisis convulsiva.

Mantener la vía aérea permeable, evitando introducir objetos en la boca durante la crisis, ya que podemos desviarla lengua hacia atrás y obstruir el paso de aire.	Tomar electrolitos sericos y glucosa para descartar que la crisis sea por causas diferentes a la compresión encefálica.
--	---

## **EVALUACIÓN.**

El objetivo fue cumplido parcialmente ya que Elizabeth presento crisis convulsivas al inicio de la enfermedad, pero se lograron controlar manteniéndola libre de estas durante un periodo prolongado, al final de la enfermedad se volvieron a presentar, se le proporcionaron cuidados especializados y se elimino el riesgo de estatus epiléptico.

★ Riesgo de lesión física R/C Actividad convulsiva.

**Sistema.** Totalmente compensatorio.

Objetivo: Evitar que Elizabeth presente lesiones físicas por crisis convulsivas.

## **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.**

Orientar y explicar al cuidador primario acerca de los cuidados que debe tener en casa durante una crisis convulsiva para evitar caídas y lesiones (como: mantener la cama de la persona lo más cerca al piso, evitar sujetarla durante la convulsión, no introducir objetos en la boca, .proteger la cabeza con una almohada, si vomita colocarla de lado, que observe su comportamiento después de la crisis y si son continuas o no ceden acudir al servicio de urgencias).

## **ACCIONES DE ENFERMERÍA.**

Retirar objetos con los que la persona se pudiera lastimarse.

Mantener la cama lo más baja posible, si se encuentra en el hospital mantener los barandales de la cama en alto.

Colocar en posición decúbito lateral a la persona por si presenta vómito.
Aspirar secreciones posteriormente a la convulsión evitando broncoaspiración.
No introducir nada en cavidad bucal, ya que los músculos están rígidos durante la crisis y se puede lesionar la mucosa oral.
Evitar sujetarlo durante la crisis porque se puede lastimar a la persona.
Si la persona esta en el piso colocar algo que proteja su cabeza como una almohada.
Vigilar que la persona no obstruya la vía aérea con su propia lengua.
Brindar apoyo moral a la persona ya que puede sentirse avergonzada con miedo y ansioso, esto ayuda a tranquilizarla y disminuye la percepción sensorial que podría ocasionar una nueva crisis.

### **EVALUACIÓN.**

El conocimiento especializado acerca del manejo de personas con afecciones neurológicas que pueden presentar actividad convulsiva, favoreció el cumplimiento del objetivo, Elizabeth no presento ningún tipo de lesión durante las crisis convulsivas que presento dentro del instituto.

### VI.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

- ★ Alteración en el estado de ánimo R/C disminución del neurotransmisor serotonina M/P periodos de llanto, ansiedad y comunicación verbal disminuida.

**Sistema:** totalmente compensatorio

Objetivo: Disminuir las fluctuaciones de estado de ánimo de la persona a través de la ministración de medicamento indicado para mejorar su calidad de vida e interacción familiar.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
Identificar signos (llanto fácil, apatía, apetito disminuido) acentuados de depresión documentando e informando al equipo de salud correspondiente.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO</b>	<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO</b>
Alentar a la persona a expresar sus sentimientos.	Ministración de medicamento antidepresivo.
Proporcionar a la persona medios de comunicación (señas, gestos o pluma y papel)	Identificar y eliminar condiciones que incrementen el estado depresivo en la persona.
Mantener un ambiente de tranquilidad	
Vigilar conducta de la persona.	

### **EVALUACIÓN.**

Desafortunadamente no se logro reincorporar a la persona a su entorno social, ya que progresivamente se desconecto del medio que le rodeaba incluyendo familia y personal de la salud.

- ★ Autoestima disminuida R/C relación familiar disfuncional M/P aislamiento, irritabilidad y enojo.

**Sistema:** parcialmente compensatorio

Objetivo: Los familiares se involucrarán en los cuidados y enfermedad de la persona con el fin de entender el proceso de ésta y el sentir de la persona enferma.

<b>INTERVENCION DE ENFERMERÍA.</b>
Fomentar la unión familiar, así como la interacción de la enfermera con la familia y la persona con el fin de mejorar la calidad de vida de ambas partes.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO.</b>	<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO.</b>
Ayudar a la persona en su arreglo personal	Reorientar a la persona acerca del concepto de si misma, eliminando aspectos negativos e incrementando

	los positivos.
Fomentar la visita de personas significativas para Elizabeth.	Explicar a los familiares el fin de los cuidados de enfermería
	Explicar a los familiares la enfermedad devastadora y la importancia de mantenerse cerca de la persona y mostrarle apoyo.

### **EVALUACIÓN.**

Se logro que una parte de la familia de la persona se mantuviera al pendiente y participara en el cuidado de la persona durante su hospitalización.

- ★ Disminución en la comunicación verbal R/C Proceso terminal de enfermedad M/P disminución de atención

**Sistema.** Parcialmente compensatorio.

Objetivo: Lograr la comunicación con Elizabeth para mejorar la calidad de atención de acuerdo a sus inquietudes.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
Fomentar en la persona la importancia que tiene la comunicación verbal para brindar cuidados durante su enfermedad.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO.</b>
Invitar a la persona a leer algo que le guste.
Saludar siempre a la persona esperando su respuesta.
Formular preguntas que la persona pueda responder con un si o no, al inicio para que no se sienta presionada.
Hablar claro con la persona sin mostrar prisa para no generar frustración o ansiedad, y darle tiempo de comunicar sus dudas, necesidades o temores.
Si la persona acepta comunicarse, elogiarla para que continúe comunicándose,

fortaleciendo así la relación enfermera paciente.
Evitar que Elizabeth se sienta aislada por falta de comunicación verbal, dando opciones diferentes para comunicarse.
Enseñar a los familiares a que el hecho de que no quiera comunicarse no significa que ella no entienda.

### **EVALUACIÓN.**

El objetivo fue parcialmente cumplido, se insistió a Elizabeth con la comunicación verbal y llegó un periodo corto en el que ella emitió un par de palabras o respuestas si y no en alguna ocasión.

### VII.- Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar humano.

- ★ Infección en herida quirúrgica cefálica R/C dehiscencia en la piel de la herida M/P secreción amarilla, exposición de la masa tumoral y encefálica y necrosis de la piel circundante.

**Sistema:** totalmente compensatorio

Objetivo: Vigilar que los datos de infección disminuyan permitiendo el cierre de la herida quirúrgica, manteniendo la integridad de los tejidos.

<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.</b>
Vigilar el crecimiento de la herida quirúrgica.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO.</b>	<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO.</b>
Realizar aseo de la herida quirúrgica con jabón antiséptico y cubrirla.	Evaluar las características de la herida de acuerdo con escala de Fedpalla y observar si ha crecido registrándolo en la nota de enfermería.

Tomar muestra de secreción de la herida quirúrgica.	Enseñar a los familiares como realizar la limpieza de la herida quirúrgica
Ministración de medicamentos antibióticos (ceftriaxona y vancomicina) y antipiréticos.	Vigilar el estado nutricional y de hidratación de la persona.
Toma y registro de temperatura, hemocultivar si fuera mayor a 38°	

### **EVALUACIÓN.**

La fístula de líquido cefalorraquídeo expuesta y difícil de sellar, así como la dehiscencia de la piel, la exposición de la masa encefálica y tumoral fueron factores muy importantes para la infección de la herida que no logro controlarse a pesar de la ministración en infusión de antibióticos; por lo que este objetivo no logro cumplirse dentro de lo esperado.

★ Riesgo de caídas R/C disminución del movimiento.

Sistema: totalmente compensatorio

Objetivo: Evitar que la persona sufra caídas por disminución en su actividad motora.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
Movilizar a la persona cada dos horas con ayuda de un compañero, de acuerdo con el grado de movilidad que tenga; tomando en cuenta la escala de Daniels.

<b>ACCIONES DE ENFERMERIA A CORTO PLAZO.</b>	<b>ACCIONES DE ENFERMERIA A MEDIANO PLAZO.</b>
Mantener los barandales de la cama arriba.	Vigilar el estado neurológico de la persona.
Alejar objetos que pudieran lastimar a	Explicar y orientar a los familiares y a

la persona durante la crisis convulsiva.	la persona acerca de las crisis convulsivas.
Ministrar anticonvulsivantes e impregnaciones.	

## **EVALUACIÓN.**

Durante su hospitalización la persona se mantuvo libre de caídas evitando complicaciones adicionales a la enfermedad inicial.

- ★ Riesgo de úlcera por presión R/C tiempo prolongado en cama

**Sistema:** totalmente compensatorio

Objetivo: La persona mantendrá libre de abrasiones su piel durante la estancia hospitalaria.

<b>INTERVENCION DE ENFERMERÍA.</b>
Explorar la piel de la persona con alteraciones de movimiento observando signos de laceración en piel antes de que aparezca abrasión en ella.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO.</b>
Examinar el estado de la piel de la persona diariamente de acuerdo con la escala de FEDPALLA.
Mantener la piel de la persona limpia y seca en todo momento
Lubricar la piel de la persona con crema
Colocar colchón de aire para evitar la rigidez del colchón de cama
Movilizar a la persona mínimo cada dos horas liberando zonas de presión.
Proteger prominencias óseas con almohadas principalmente en cabeza, codos, cóccix, rodillas, tobillos y talones.

## **EVALUACIÓN**

El objetivo fue cumplido totalmente ya que la persona no presento laceración en piel a pesar de su estado nutricional, bajo peso y dificultad para la movilización, las intervenciones de enfermería evitaron complicaciones agregadas a la enfermedad.

- ★ Dolor crónico R/C crecimiento de tumor cerebral M/P llanto y facies de dolor.

**Sistema:** totalmente compensatorio

Objetivo: La persona disminuirá las manifestaciones físicas y emocionales del dolor.

<b>INTERVENCION DE ENFERMERÍA.</b>
Identificar el grado de dolor de la persona de acuerdo con la escala del dolor. (valor de 1 a 10 )

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PALZO.</b>
ministración de analgésicos indicados y valorar su efecto
Identificar signos de dolor como taquicardia, hipertensión, taquipnea, facies de dolor , mal humor etc.
Escuchar a la persona cuando quiera comunicarse y darle apoyo.

## **EVALUACIÓN.**

Se logro el objetivo parcialmente, al principio se logro disminuir el dolor que la persona manifestaba pero conforme la enfermedad progreso se hizo intenso y difícil de eliminar del todo, aunque disminuía con analgésico ministrados periódicamente.

- ★ Angustia R/C limitantes para el autocuidado M/P irritabilidad, inquietud y llanto.

**Sistema.** Parcialmente compensatorio.

Objetivo: Disminuir la angustia de Elizabeth dando respuesta a sus inquietudes.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
Identificar signos de angustia como la irritabilidad, inquietud y mutismo.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A MEDIANO PLAZO.</b>
Contestar las preguntas o peticiones que pudiera hacer la persona sin titubear.
Informar a la persona acerca de sus inquietudes para disminuir la angustia.
Escuchar las preocupaciones de la persona si quisiera expresarlas y poner interés para brindarle seguridad.
Fomentar la distracción con actividades recreativas.
Ministrar medicamento para el dolor ya que este también puede crear angustia.

### **EVALUACIÓN.**

Se cumplió el objetivo gracias a las intervenciones de enfermería, se recomendó al familiar leerle e Elizabeth y poner música de a nivel bajo de vez en cuando, lo que visiblemente disminuyo la angustia en la persona.

- ★ Riesgo de flebitis R/C Permanencia prolongada de vía periférica.

**Sistema.** Totalmente compensatorio.

Objetivo: Evitar la presencia de signos que indiquen flebitis en sitio de punción como dolor, falta de retorno, edema y enrojecimiento.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</b>
--------------------------------------

Colocar vía periférica de preferencia en áreas que no sean pliegues, en venas de calibre mediano, rectas no tortuosas.
--

<b>ACCIONES DE ENFERMERIA A MEDIANO PLAZO.</b>
--

Vigilar la presencia de dolor en sitio de punción preguntando a la persona si siente dolor al paso de la solución. Estar al pendiente de signos como: enrojecimiento, endurecimiento del área, fuga de líquido y falta de retorno.
--

Cambiar la vía periférica cuando sea necesario o tenga ya tiempo prolongado.
--

### **EVALUACIÓN.**

El objetivo fue cumplido, Elizabeth no presento flebitis, ya que se mantuvo en observación la vía periférica cada 72 horas, lo que permitió su cambio en caso de ser necesario eliminando el riesgo.

VIII.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

- ★ Déficit de actividades recreativas R/C cambios en el estado de ánimo M/P aislamiento social.

**Sistema:** Totalmente compensatorio.

Objetivo: La familia mantendrá comunicación con la persona durante los cuidados que se le realicen, manteniendo la relación y comunicación con ella.

<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.</b>
------------------------------------

Tomar en cuenta las condiciones neurológicas de la persona y decidir que tipo de actividades recreativas puede poner en práctica.
---

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO.</b>
Hablar con la persona aunque no pueda responder, mostrándole apoyo y comprensión
Proporcionar masaje a la persona. Tipo Terapéutico se utiliza para mejorar la función circulatoria, recuperar la movilidad restringida entre los tejidos dañados, aliviar o reducir el dolor y para optimizar la conciencia sensorial. Por otro lado el masaje proporciona relajación y bienestar ayudando en la recuperación y debe ser realizado por fisioterapeutas y enfermeras capacitadas.
Pedir al familiar que traiga algún libro o periódico y lea a la persona.
Proporcionar a la persona objetos para realizar ejercicios de acuerdo a sus limitantes.

### **EVALUACIÓN.**

Se logro que la persona realizara por si misma durante la primera etapa de la enfermedad ejercicios con hemicuerpo derecho. Algunos miembros de la familia se involucraron en el cuidado proporcionando masaje y hablando con ella.

- ★ Riesgo de síndrome por desuso R/C disminución de la movilidad física.

**Sistema:** Totalmente compensatorio.

Objetivo: Evitar que la persona presente complicaciones por disminución de la movilidad.

<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.</b>
Proporcionar cuidados específicos de acuerdo a los cambios orgánicos que vaya presentando la persona como complicación de la enfermedad.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA A CORTO PLAZO.</b>
Mantener la función respiratoria entre el 95 y el 100%, colocando aditamentos necesarios ( puntas nasales, mascarilla o ventilador )

Prevenir la acumulación de secreciones, proporcionando líquidos a la persona.
Movilizar a la persona de acuerdo con sus limitaciones y valorando el aumento de PIC.
Proporcionar dieta rica en fibra, que facilite la evacuación intestinal.
Llevar a cabo medidas para evitar las úlceras por presión.
Observar si la piel presenta eritema o palidez ya que son signos importantes para detectar hipoxia tisular.
Aplicar un masaje suave en cada cambio de posición.
Colocar medias de compresión al muslo para aumentar el riego sanguíneo en venas más profundas evitando tromboflebitis.
Enseñar al familiar a realizar a la persona ejercicios de amplitud, extensión y flexión cuando se le puedan efectuar.
Vigilar la aparición de hipercalcemia como confusión, anorexia, dolor abdominal, muscular y debilidad, ya que la falta de movimiento y el soporte del peso provoca destrucción ósea causando la liberación de calcio en la sangre.

## **EVALUACIÓN.**

Se logro el objetivo parcialmente, ya que fue inevitable por la enfermedad que algunos sistemas controlados por el cerebro, como el respiratorio, musculo esquelético, y el circulatorio se deterioraran; sin embargo durante la hospitalización de Elizabeth, no tuvo problema de úlceras por presión o rigidez muscular.

### 8.6. Evaluación del proceso.

El proceso de enfermería como es bien sabido en la actualidad es la herramienta principal de la enfermera para prestar cuidados específicos, integrales y especializados a las personas que así lo requieran.

El presente estudio de caso tuvo cumplimiento amplio a través de las intervenciones y acciones especializadas de enfermería se logro mantener a la persona con una calidad de vida favorable durante su hospitalización y de

acuerdo a su estado actual de salud; así mismo se brindaron cuidados paliativos y se le acompaña durante el camino hacia un bien morir.

## 9. PLAN DE ALTA.

De acuerdo a las condiciones en las que se encontró a la persona por la etapa de la enfermedad, fue imposible su alta médica así como la elaboración de un plan de alta para cuidados domiciliarios. Sin embargo durante su hospitalización se apoyo y oriento a los familiares para el cuidado de la persona.

- ◆ Se hablo con el cuidador primario para que permitiera visitas que podrían mejorar el estado de ánimo de Elizabeth.
- ◆ Se capacito al cuidador primario para brindar cuidados domiciliarios a Elizabeth.
- ◆ Se le oriento sobre la manera de obtener apoyo en caso de necesitar aditamentos en el hogar. (Trabajo social ó damas voluntarias del hospital).
- ◆ Se mencionaron signos y síntomas de alarma (fiebre, calor local en herida quirúrgica, enrojecimiento y salida de secreción. Somnolencia, vomito, cefalea y crisis convulsivas).
- ◆ Higiene general de la persona (baño de esponja, aseo bucal lavado de manos, cambio de pañal y ropa hospitalaria diario)
- ◆ Signos de infección en herida quirúrgica cefálica (calor local, enrojecimiento, secreción purulenta).
- ◆ Signos de infección de vías urinarias (orina turbia, sedimentada, secreción vaginal, dolor)
- ◆ Movilización de la persona en cama
- ◆ Alimentación por sonda nasogastrica
- ◆ Como ministrar alimentos y medicamentos por la sonda nasogástrica.
- ◆ Tipo de alimentación que la persona pudiera ingerir por la sonda.

- ◆ Medidas para evitar laceraciones en piel (movilizar a la persona, liberar zonas de presión y alinear segmentos).
- ◆ Ejercicios de flexión y extensión, así como arco de movimiento para evitar atrofia muscular.
- ◆ Como aspirar a la persona durante la hospitalización.
- ◆ Masaje marco cólico para lograr evacuaciones constantes de acuerdo con el patrón de eliminación de la persona.
- ◆ Fisioterapia pulmonar para facilitar la salida de secreciones.
- ◆ Se sugirió a la familia ser constantes en la visita de su familiar, hablarle y estimularla participando con ella en ejercicios pasivos.
- ◆ Se le pidió interconsulta con área de neuropsiquiatría.
- ◆ Se apoyo a la persona en su arreglo personal.

## 10. CONCLUSIÓN.

El estudio de caso se realizó para profundizar y aportar conocimientos anteriormente adquiridos como profesionales de la salud, a través de la investigación de la respuesta humana en la persona así como en su entorno.

Como es que se pueden beneficiar quienes se encuentran a su alrededor, y a ella misma durante el periodo de enfermedad. Este caso fue elegido por la gravedad y devastación rápida que les causa a la persona un tumor cerebral de tipo glioblastoma multiforme, ya que la enfermera juega un papel importante en el cuidado a personas en etapa terminal.

Durante este periodo se logró valorar a la persona elegida, se detectaron factores de riesgo y desviaciones de salud que permitieron elaborar un plan de cuidados, para apoyar a Elizabeth durante la etapa de enfermedad y de bien morir ya que los cuidados específicos de especialidad que se le proporcionaron durante la hospitalización mejoraron su calidad de vida; Pero también se favoreció al conocimiento y aprendizaje con otros profesionales de enfermería inscritos en otras especialidades; durante la presentación en el auditorio de dichos estudios de caso que demandan esfuerzo y trabajo en equipo para obtener un buen resultado principalmente en beneficio de la persona, así mismo para el éxito como profesionalista.

Por otra parte la enfermera tiene áreas de trabajo importantes como los cuidados paliativos en personas terminales, en lo personal me amplió la visión de cómo tratar a estas personas, que cuidados proporcionar y en qué momento incluir al familiar.

A través de las intervenciones oportunas de Enfermería, se mejoró la calidad de vida de Elizabeth; durante su estancia en el hospital no presentó lesiones en integridad cutánea, se trató de mantener en un ámbito cómodo, se trabajaron ejercicios pasivos, así mismo se brindó apoyo emocional a su pareja que fue el cuidador primario de Elizabeth durante su enfermedad.

## 11. BIBLIOGRAFIA.

Hernandez, Condeza, J. (1999) Historia de la enfermería, Madrid España: Mc Graw Hill.

Franciose, Colliere, M. (1998) Promover la vida, Madrid; España: McGraw-Hill.

Ellen, Murria, M. (1998) Proceso Atención de Enfermería, D.F; México: McGraw-Hill

Espejo, Arias, M. (2005) Cuidados Avanzados Paliativos, Difusión de Avances de Enfermería.mercoscre

Maurice, V. (2002) Principios de Neurología, D.F; México: McGraw-Hill.

Organización Mundial de la Salud. (2003) La Salud y los Derechos Humanos, Aspectos éticos y morales, Consejo de Europa, Organización Panamericana de la Salud: Washington E.U.

Marriner, Tomey, A. (2007) Modelos y Teorías de Enfermería, Madrid; España: ELSEVIER MOSBY.

Fernández, F. (1999) El modelo de Hend y el Proceso Atención de enfermería, Barcelona; España: MASSON SALVAT.

Kozier, B. (2006) Fundamentos de Enfermería Conceptos, Proceso y Práctica, Madrid; España: McGraw-Hill

Alfaro, R. (2003) Aplicación del PAE Fomentar el cuidado en colaboración, Barcelona; España:MASSON

Dolcini, H. (2005) Ética y Bioética para el Equipo de Salud, Buenos Aires; Argentina: AKADIA.

Moore, D. (2005) Anatomía con orientación clínica, Buenos Aires; Argentina: LIPPINCOTT WILLIAMS Y WILKINS.

Gordon Marjory, (2000), Diagnóstico enfermero proceso y aplicación, editorial Harcourt brace, España, ed. 4ta.

Beare, M. (1993) Enfermería Principios y Práctica, Madrid; España: Panamericana.

[www.innn.gob.mx](http://www.innn.gob.mx)

[www.senec.org.tumor](http://www.senec.org.tumor) Sociedad Española de neurocirujanos (SENEC)

[www.cerebrito.com](http://www.cerebrito.com) Psicóloga Sofia Mann de Dayan

[www.nurses.info](http://www.nurses.info)

[www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar) cuidados paliativos según la OMS

[www.salud.com](http://www.salud.com).

Es. Wikiversiti. Org/autocuidado.

[www.cuidadospaliativos.org.mx](http://www.cuidadospaliativos.org.mx).

<http://bitacoramedica.com>.weblog 2010

**ANENOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA NEUROLOGICA**



**INSTRUMENTO DE VALORACION DE ENFERMERIA NEUROLOGICA**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**  
 Nombre: \_\_\_ Sexo  M  F Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Ocupación anterior: \_\_\_\_\_ Ocupación actual: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de integrantes en la familia: \_\_\_\_\_  
 Dx. Médico: \_\_\_\_\_ Tratamiento médico actual: \_\_\_\_\_  
 Motivo de consulta: \_\_\_\_\_ Derecho a algún servicio de salud SI ( ) NO (x) ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Persona responsable: \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Desviaciones de la salud	Si	No
Factores de riesgo		
Hipercolesterolemia _____		
Obesidad		
Sedentarismo _____		
Diabetes mellitas		
Hipertensión arterial _____		
Consumo excesivo de sal		
Consumo de drogas		
Anticonceptivos orales		
Traumatismo craneoencefálico		
Cuadros gripales (reciente)		
Infecciones gastrointestinales (reciente)		

Desviaciones de la salud	
Antecedentes familiares	parentesco
Diabetes mellitus	
Obesidad	
Hipertensión	
Cardiopatía	
Enfermedad vascular cerebral	
Cáncer	
Migraña	
Epilepsia	

**SISTEMAS DE ENFERMERIA**

**TOTALMENTE COMPENSATORIO:** La enfermera realiza el principal papel de cuidadora cuando el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de auto cuidado

**PARCIALMENTE COMPENSATORIO:** La enfermera participa implicando al paciente en su propio cuidado

**DE APOYO O EDUCACIÓN:** El paciente es capaz de realizar su auto cuidado

Nota: En cada requisito se determina el sistema de enfermería en la plantación de cuidados.

I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Totalmente compensatorio \_\_\_\_\_  
 Parcialmente compensatorio \_\_\_\_\_  
 De apoyo o educación \_\_\_\_\_

¿Cuándo realiza sus actividades cotidianas lo hace sin fatigarse?: Si ( ) No ( )  
 ¿Cómo considera que son sus actividades cotidianas?: Sedentaria ( ) Activa ( )  
 ¿Usted fuma? Si ( ) No ( ) ¿Cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_ ¿Convive con fumadores? Si ( ) No ( )

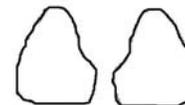
Presenta:	SI	NO
Anosmia		
Tabique desviado		
Rinorrea		
Obstrucción nasal		
Disnea		
Disnea de esfuerzo		
Disnea paroxística		
Ortopnea		
Respiración sibilante		
Alergias		
Tos seca		
Tos productiva		
Hemoptisis		
Expectoración		
Espasmo bronqueal		
Murmullo o soplo		
Ronquido		

FC \_\_\_\_\_ x' FR \_\_\_\_\_ x' TA \_\_\_\_\_ Nivel de conciencia \_\_\_\_\_  
 Pupilas \_\_\_\_\_ Glasgow \_\_\_\_\_

Signos de Respiración patológica	SI	NO
Cheyre stokes		
Neurogénica		
Apneusica		
Cuss mauil		
ataxica		

Fecha y resultado de la ultima radiografía de Tórax:  
 Fecha: / /

Neumonía \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Coloración de piel	SI	NO
Normal		
Palidez		
Cianosis		
Rubicundez		
Otros		

LABORATORIOS		
GASES ARTERIALES	RESULTADO	VALORES NORMALES
SaO <sub>2</sub>		
Ph		
pO <sub>2</sub>		
CO <sub>2</sub>		
Exc. B		
Def. B		
HCO <sub>2</sub>		

SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_% PVC \_\_\_\_ PIC \_\_\_\_\_ Apoyo ventilatorio: Ninguno ( ) Puntas nasales ( ) Mascarilla ( ) Ventilador ( )  
 Traqueotomía ( ) Aspiración de secreciones por: cánula boca y narinas Características de secreciones \_\_\_\_\_  
 Tipo de catéter \_\_\_\_\_ Línea arterial \_\_\_\_\_ Medicamentos y soluciones \_\_\_\_\_

*II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua*

Totalmente compensatorio_____
Parcialmente compensatorio_____
De apoyo o educación _____

A perdido pero últimamente: Si ( ) No ( ) Ha ganado peso últimamente Si ( ) No ( )  
 Tiene restricciones de líquidos: Si ( ) No ( ) Causa: \_\_\_\_\_ Bebe agua: Potable ( ) Hervida ( )  
 Ingesta de líquidos habitual (cantidad y tipo): \_\_\_\_\_

PIEL Y MUCOSAS		
presenta	SI	NO
Mucosas secas		
Mucosas hidratadas		
Edema		
Piel hidratada		
Piel tibia al tacto		
Piel fría al tacto		

**LABORATORIOS**

ELECTROLITOS SERICOS	RESULTADO	VALORES NORMALES
CL		
Na		
K		
Calcio		
ALT glutamica		

Medicamentos y soluciones


Observaciones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos*

Totalmente compensatorio_____
Parcialmente compensatorio_____
De apoyo o educación _____

Tipo de alimentación: Enteral ( ) Parenteral ( ) Vía: Sonda Nasogastrica ( ) Gastrostomía ( ) Otra \_\_\_\_\_  
 La persona se alimenta solo ( ) Con ayuda ( ) Tipo de dieta que consume: Normal ( ) Especial ( ) \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo es su apetito? Bueno ( ) Regular ( ) Deficiente ( ) Nulo ( ) Cuántas comidas realiza al día: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas veces a la semana consume? Carnes ( ) Harinas ( ) Verduras ( ) Frutas ( ) Lácteos ( )  
 ¿Cómo prepara sus alimentos? Fritos ( ) Hervidos ( ) Asados ( ) Otros \_\_\_\_\_  
 Preferencias alimenticias: \_\_\_\_\_ Desagrados alimenticios: \_\_\_\_\_  
 Consume suplementos alimenticios: SI ( ) NO ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Total de ingesta: \_\_\_\_\_

PRESENTA	SI	NO
Alteraciones al gusto		
Lesiones o úlcera en la boca		
Dificultad para masticar		
Dificultad para deglutir		
Caries		
Prótesis dental		
Infección bucal		
Dolor de garganta		
Nauseas		
Vómito		
Cambio de apetito		
Dolor abdominal o intestinal		

PRESENTA	SI	NO
Parálisis facial central		
Parálisis facial periférica		
Úlcera gástrica		
Intolerancia alimenticia		
Polifagia		
Polidipsia		
Indigestión		
Flatulencias		
Acides estomacal		

Peso: \_\_\_\_\_ Kg. Talla: \_\_\_\_\_ Cm.

Masa corporal:	SI
Peso ideal	
Sobrepeso	
obesidad	

**Observaciones**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



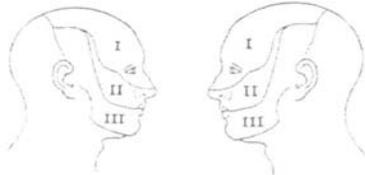
**Características de la Boca**

Sensibilidad de lengua \_\_\_\_\_  
 Fuerza de lengua \_\_\_\_\_  
 Reflejo nauseoso \_\_\_\_\_  
 Paladar blando \_\_\_\_\_  
 Úvula \_\_\_\_\_

**Sensibilidad de la cara**

Derecho

- I. \_\_\_\_\_
- II. \_\_\_\_\_
- III. \_\_\_\_\_



Izquierdo

- I. \_\_\_\_\_
- II. \_\_\_\_\_
- III. \_\_\_\_\_

LABORATORIOS	Resultados	Valores Normales
Triglicéidos		
Bilirrubina directa		
Bilirrubina indirecta		
Colesterol		
Glucosa		
Urea		
Creatinina		
Acido úrico		
Proteínas totales		

*IV. Provisión de cuidados asociados con los procesos  
De eliminación y los excrementos.*

Totalmente compensatorio_____
Parcialmente compensatorio_____
De apoyo o educación _____

**MICCIONES**

¿Cuántas veces orina al día? \_\_\_\_\_  
 Orina: Color \_\_\_\_\_  
 Olor \_\_\_\_\_  
 Cantidad \_\_\_\_\_

<b>presenta</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Disuria		
Polaquiuria		
Poliuria		
Oliguria		
Nicturia		
Hematuria		
Dificultad para iniciar la micción		
Infección de vías urinarias		
incontinencia		

**EVACUACIONES**  
 ¿Cuántas veces defeca al día? \_\_\_\_\_  
 Heces: Color \_\_\_\_\_  
 Olor \_\_\_\_\_  
 Consistencia \_\_\_\_\_  
 Presencia de sangre \_\_\_\_\_  
 Presencia de moco \_\_\_\_\_

<b>presenta</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ardor al defecar		
Dolor al defecar		
Evacuaciones diarreicas		
Hemorroides		
Prurito		
Disminución de ruidos peristálticos		

**SUDOR**

Características  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Valoración de sexo femenino  
Antecedentes ginecoobstetricos**

IVSA: \_\_\_\_\_  
 Fecha de última menstruación: \_\_\_\_\_  
 Gesta: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
 C: \_\_\_\_\_  
 Autoexploración mamaria:  
 Si ( ) No ( ) Fecha: \_\_\_\_\_  
 Citología vaginal: Si ( ) No ( )  
 Fecha: \_\_\_\_\_  
 Mastografía: Si ( ) No ( )  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**LABORATORIOS**

Examen general de orina	resultado	Valores normales
densidad		
PH		
Leucocitos		
Glucosa		
Proteinas		
Cristales		
bacterias		

**DRENAJES**

	<b>FECHA DE INSTALACION</b>	<b>PERDIDA INSENSIBLE</b>	<b>BALANCE</b>
Ventriculostomia corta			
Drenaje de lecho quirúrgico			
Drenaje subdural			
Drenaje epidural			
Sonda nasogastrica			
Ventriculostomia larga			
Sello de agua			
Sonda foley			

V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Totalmente compensatorio \_\_\_\_\_  
 Parcialmente compensatorio \_\_\_\_\_  
 De apoyo o educación \_\_\_\_\_

Problemas para movilizarse: Si ( ) No ( ) ejercicios de movilización Si ( ) No ( )

¿Realiza alguna actividad recreativa?: Si ( ) No ( ) ¿cual? \_\_\_\_\_ ¿se cansa al moverse? Si ( ) No ( )

¿Sufre de estrés? Si ( ) No ( ) ¿Cuántas horas duerme?: \_\_\_\_\_ ¿utiliza algún remedio para dormir? Si ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Requiere ayuda para movilizarse? Si ( ) No ( ) ¿cual? Bastón ( ) Andadera ( ) Silla de ruedas ( ) Muletas ( ) Apoyo del personal

Presenta:	SI	NO
Articulaciones dolorosas		
Deformación de articulaciones		
Espasmos musculares		
Monoplejía		
Hemiplejía		
Cuadriplejía		
Monoparecia		
Cuadriparecia		
Temblor		

Presenta:	SI	NO
Dolor de cabeza		
Vértigo		
Crisis convulsiones		
Alteraciones de la memoria		
Alteraciones de sueño		
Atrofia muscular		
Postura inadecuada		
Espasticidad		
Marcha ataxica		
Marcha cerebelosa		
Marcha jacksoniana		

Observaciones

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

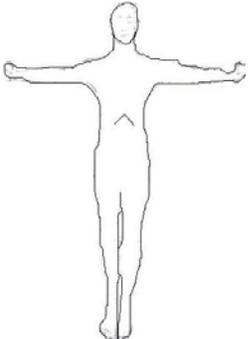
Reflejos patológicos

	SI	NO
Babinsky		
Brudzinsky		
Kerning		
Hiperreflexia		
Hiporreflexia		

**Actividad motora**

Fuerza

\_\_\_\_\_



Fuerza

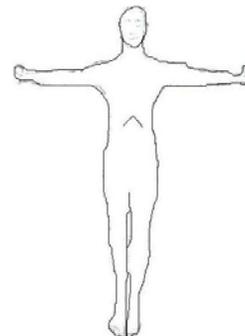
\_\_\_\_\_

Fuerza

\_\_\_\_\_

**sensibilidad y Reflejos**

Reflejos Sensibilidad  
 + +  
 ++ ↓  
 +++ ↓↓



Reflejos Sensibilidad  
 + +  
 ++ +  
 +++ ---

Reflejos Sensibilidad  
 + +  
 ++ ↓  
 +++ ---

Reflejos Sensibilidad  
 + +  
 ++ +  
 +++ ---

**Expresión facial**



Presentes +  
 Ausentes X  
 Frente ( )  
 Nariz ( )  
 Boca ( )

*VI. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social*

Totalmente compensatorio \_\_\_\_\_  
 Parcialmente compensatorio \_\_\_\_\_  
 De apoyo o educación \_\_\_\_\_

¿Trabaja?: Si ( ) No ( ) ¿Con quién convive? Solo ( ) familia ( ) Hijos ( ) Pareja ( ) Padres ( )

¿Descripción de las relaciones en el núcleo familiar?: buena ( ) mala ( ) regular ( ) nula ( )

¿Papel que desempeña en el hogar? \_\_\_\_\_ ¿Cómo se siente en relación a su trabajo? Satisfecho ( ) Valorado ( ) Insatisfecho ( )

<b>INTERACCION SOCIAL</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Le satisface el rol que desempeña en el hogar		
Se ha visto alterado su rol que desempeña por su padecimiento		
Se siente satisfecho con su propia vida		
Siente ansiedad o temor de estar solo o con otras personas		
Tiene facilidad para comunicarse con los demás		
Tiene facilidad para relacionarse con otras personas		
Su familia lo apoya con su enfermedad		
Busca ayuda en otras personas cuando tiene problemas		
Busca apoyo en su religión		
Cuenta con alguna persona en quien apoyarse en una situación de crisis		
Se siente aislado		

<b>Dificultad para comunicarse</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Afasia		
Alexia		
Apraxia		
Disartria		
Anomia		
Perseverancia		

**Observaciones**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Vida sexual**

Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria: Si ( ) No ( )

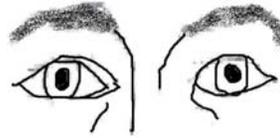
En caso de que su respuesta sea no, ¿le resulta un problema digno de mencionar?: \_\_\_\_\_

En caso de que sea afirmativa su respuesta, ¿cree que la causa es personal o situacional?: \_\_\_\_\_

<b>Estado emocional</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ansioso		
Deprimido		
Lábil		
Miedoso		
Agresivo		
Pasivo		

Ojos	SI	NO
Lagrimeo excesivo		
Prurito en os ojos		
Partículas flotantes		
Visión doble		
Fotofobia		
Infecciones frecuentes		
Uso de lentes		
Ptosis palpebral		

**Valoración ocular**

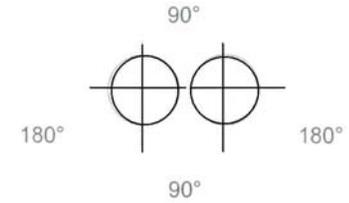


Movimientos oculares

Reflejo pupilar

Reflejo corneal

**Campos visuales**



NOTA: lesiones visuales marcar el cuadrante ocular que este afectado

**Valoración auditiva**



**Rinne:**

Resultado + --

Oído derecho ( ) oído izquierdo ( )

**Weber:**

Lateraliza X

Izquierda ( ) Derecho ( ) Central ( )

Oídos	SI	NO
Tinitis		
Secreción ótica		
Vértigo		
Sensibilidad auditiva		
Infección		
Auxiliar auditivo		

Totalmente compensatorio x\_\_\_\_  
 Parcialmente compensatorio \_\_\_\_\_  
 De apoyo o educación \_\_\_\_\_

*VII. promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal*

Lleva una vida: Sedentaria ( ) Activa ( )

Autoconcepto de si mismo \_\_\_\_\_

Cual es su situación laboral actual \_\_\_\_\_

Con que frecuencia visita al medico \_\_\_\_\_

Realiza el aseo bucal: 3 veces ( ) 2 veces ( ) 1 vez ( ) ninguno ( )

**Observaciones**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

VIII. prevención de peligros para la vida, el funcionamiento  
Humano y el bienestar humano

Totalmente compensatorio \_\_\_\_\_  
 Parcialmente compensatorio \_\_\_\_\_  
 De apoyo o educación \_\_\_\_\_

¿Qué hace para cuidar su salud? \_\_\_\_\_  
 Vacunación completa ( ) Incompleta ( ) Última vacuna aplicada \_\_\_\_\_  
 Consumo de alcohol: Si ( ) No ( ) frecuencia \_\_\_\_\_ alergias Si ( ) No ( ) A que \_\_\_\_\_  
 Toxicómanas Si ( ) No ( ) Frecuencia \_\_\_\_\_  
 Acude regularmente a las revisiones de salud: Si ( ) No ( ) quien le lleva un control de su enfermedad \_\_\_\_\_  
 ¿Ha presentado cefalea últimamente? Si ( ) No ( ) ¿con que frecuencia e intensidad? \_\_\_\_\_

Realiza algún control adicional	SI	NO
Dieta		
Ejercicio		
Control de presión arterial		
Registro de pulso		
Registro de respiración		
Control de glucosa desangre		
Visión		
Audición		
Memoria		

Factores de riesgo	SI	NO
Suelo encerado		
Suelo mojado		
Cables en el piso		
Suelo a desniveles		
Falta de iluminación en escaleras		
Falta de iluminación en habitación		
Falta de barandales en la cama		

Conservación del entorno
Distribución de cuartos que tiene en la casa Cocina: _____ Habitaciones: _____ Baño: _____
Cuenta con Agua <input type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/> luz <input type="checkbox"/>
la casa es: rentada <input type="checkbox"/> propia <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>
Material de construcción Concreto con loza.
Animales Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Perros: _____ gatos: _____ otros : _____ ¿Están vacunados? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Dónde se encuentran? Fuera de la casa <input type="checkbox"/> dentro de la casa <input type="checkbox"/>
Comentarios:

**Observaciones**

---

---

---

---

---

---

---

---



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



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Acepto libremente participar con la Enfermera Maria Teresa Martínez Acosta en este estudio de caso, se me informo que tiene como objetivo prestar cuidados de Enfermería específicos y especializados a mi familiar, así mismo recibiré capacitación como cuidador primario otorgando una mejor calidad de vida a mi familiar.

Doy mi consentimiento para que la información obtenida del problema de mi familiar Elizabeth sea expuesta con fines académicos, de investigación así como de aprendizaje manteniendo en todo momento la confidencialidad y respeto a su dignidad humana.

---

Firma del familiar.

---

LEO. María Teresa Martínez Acosta