



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de posgrados
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez
Especialidad en Enfermería en Neurología

**ESTUDIO DE CASO EN UNA PERSONA CON SCHWANNOMA
BILATERAL E HIDROCELIA A PARTIR DEL MODELO DE D. OREM**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN NEUROLOGÍA**

P R E S E N T A

LE. Elizabeth Vargas Márquez

Asesor

MRN. Rocio Valdez Labastida

Coordinadora

M. E. Verónica Balcázar Martínez

Ciudad Universitaria, CD de Mexico; Julio 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Agradezco a Dios por la vida, las lecciones de vida y sobre todo a la persona que me otorgo mi nombre y me enseñó que nunca es tarde para aprender, aquella persona que pese a sus muchas dificultades fue una persona feliz, toda una guerrera “Juanita”, mi abuelita; a mi madre que siempre me apoya, confía y es mi corazón, a mis hijas que son lo que más quiero en la vida y espero que sea un reflejo en sus vidas futuras y a mi pareja que siempre tiene palabras de aliento para seguir adelante.

Agradezco en especial a MRN. Rocio Valdez Labastida quien, gracias a su gran apoyo, consejos y disposición, me otorgo la fuerza y capacidad para llegar a concluir mis estudios de posgrado.

Y mi maestra M.E. Verónica Balcázar Martínez quien siempre tuvo gran interés porque nosotros sus alumnos aprendiéramos, siempre al pendiente de cada detalle.

Y todas aquellas personas que; aunque ya no están aquí siguen presentes porque siempre están en mi pensamiento y corazón. Y los amigos de corazón; gracias por sus palabras y su apoyo.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACION.....	2
3. OBJETIVO GENERAL.....	3
3.1. Objetivo (s) específico (s).....	3
4. FUNDAMENTACIÓN	
4.1. Antecedentes	4
5. MARCO CONCEPTUAL	
5.1. Conceptualización de enfermería.....	6
5.2. Paradigmas.....	8
5.3. Teorías de enfermería.....	15
5.4. Teorías en otras disciplinas.....	18
5.5. Proceso de enfermería.....	19
5.6. Patología y/o Enfermedad.....	20
6. METODOLOGÍA.	
6.1. Estrategia de investigación: Estudio de caso.	30
6.2. Selección del caso y fuentes de información.....	31
6.3. Consideraciones éticas.....	31
7. PRESENTACIÓN DEL CASO.	
7.1. Descripción del caso.....	34
8. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.	
8.1. Valoración.....	35
8.2. Valoración focalizada.....	35
8.3. Jerarquización y priorización de problemas.....	37
8.4. Diagnósticos de enfermería.....	38
8.5. Planeación ejecución y evaluación de los cuidados.....	40
8.6. Evaluación del proceso.....	56
9. PLAN DE ALTA.....	57
10. CONCLUSIONES.....	58
11. BIBLIOGRAFÍA.....	59
12. ANEXOS.....	65

1. Introducción

El shwannoma vestibular bilateral es tumor benigno, se presenta 1/100,000 habitantes es una enfermedad autosómica dominante, con mayor prevalencia en personas menores de 30 años, en ambos sexos.¹ Es un padecimiento que se caracteriza por la discapacidad que genera y el golpe económico y social para la familia.

En los últimos años se han desarrollado mejores técnicas quirúrgicas y tratamiento no invasivo, sin embargo; las secuelas continúan y aunque algunas veces es transitoria sigue siendo de gran impacto llegando en muchos de los casos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula 16.5 millones de mexicanos sufren alguna incapacidad la cual se ve rebasada por 150% más que en 2010.² Hablar de discapacidad “son todas aquellas deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales y que al interactuar con distintos ambientes del entorno social pueden impedir su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones que los demás”³.

Las intervenciones de alta especialidad neurológicas son necesarias para la persona y para el cuidador primario, especialmente cuando no tienen apoyo para atención privada en el domicilio. La educación al cuidador primario es parte de los objetivos específicos. Caminar juntos enfermera, persona y cuidador primario es fundamental para evitar complicaciones en el proceso enfermedad- salud.

El presente estudio de caso es en una persona en edad productiva, con diagnóstico de shwannoma vestibular bilateral más hidrocefalia, bajo el modelo teórico de Dorothea Orem. En él se valorarán los ocho requisitos universales y se planteará la educación para dirigir su autocuidado y evitar factores de riesgo y complicaciones.

¹ Mura J., Cuevas J., et al. Schwannomas vestibulares: experiencia en el tratamiento quirúrgico de 67 casos en 10 años. 2015.

² Estadísticas de Discapacidad en México. 2016 disponible en: <http://www.ccem.org.mx/statmex>

³ Inegi. México 2010 disponible en: cuéntame.inegi.org.mx/población/discapacidad.aspx?tema=P

2. Justificación

Florence Nightingale fue la primera en observar que es esencial conocer el resultado de cada intervención para planificar los cuidados⁴. Los conjuntos de intervenciones a través de un estudio de caso cobran importancia cuando están dirigidos a disminuir el impacto de las enfermedades y su historia natural en las personas y las familias afectadas.

La Enfermería con Práctica Basada en Evidencia es la plataforma para una práctica que mejore el hacer proporcionando resultados convincentes.

El Shwannoma Vestibular se presentan en una de cada 33,000 personas con una prevalencia 0.47-0.86 por cada 100,000 habitantes, la edad de aparición de la enfermedad es antes de los 30 años, es autosómica dominante, hasta el 50% no se había presentado genéticamente dicha entidad⁵; el impacto de esta, la alteración en la familia y en la persona es devastador ya que provoca secuelas muy importantes como amaurosis transitoria, parálisis del nervio abducen, visión borrosa, disfagia, parálisis parcial del nervio trigémino, dificultad para deglutir, alteraciones del equilibrio, parestesias.

Así mismo la dinámica familiar se ve alterada en el aspecto económico, social y espiritual, ya que va acompañada por la sobrecarga para el cuidador primario por lo que la orientación y educación del especialista es de suma importancia.

De tal manera que el desarrollo el presente estudio de caso permitirá reducir el impacto en la persona y su familia, profundizar en el conocimiento específico y evidenciar las intervenciones con sus resultados.

⁴ Alonso Coello P, et al. Enfermería basada en evidencia hacia la excelencia de los cuidados. 2004

⁵ Mura J., et al. Schwannomas vestibulares: experiencia en el tratamiento quirúrgico de 67 casos en 10 años 2015.

3. Objetivo general

- Proporcionar cuidados de alta especialidad a la persona afectada para mejorar su estado actual de salud, calidad de vida y reintegrarlo a su vida cotidiana

3.1 Objetivo específico

- Integrar y Educar a la familia entorno al cuidado de la persona afectada.
- Elaborar un plan de alta que permita la rehabilitación, disminuya riesgos a la salud y secuelas.

4. Fundamentación

4.1. Antecedentes

Mura J y cols en el artículo Schwannomas vestibulares: experiencia en el tratamiento quirúrgico de 67 casos en 10 años, describe los resultados quirúrgicos de SV operados en un hospital público chileno. Se presenta una serie de 67 pacientes tratados quirúrgicamente entre los años 2002-2012 se encontró; Sesenta y cinco casos (97%), correspondieron a tumores KOOS III y IV, de los cuales el 52% fueron grandes (3-4 cm) o gigantes (> 4 cm). Se realizó acceso retrosigmoides transmeatal en 41 casos (61%). Se logró exéresis total en el 97% y subtotal en el 3% de los casos. A los 6 meses de seguimiento promedio se obtuvo buena función facial (House-Brackmann I o II) en el 32,7% de los casos y función moderada (House-Brackmann III o IV) en el 42,3%. Las complicaciones cardiopulmonares fueron las más frecuentes (28%) y la mortalidad fue de 1,5%. En conclusión, los SV son tumores que pese a su naturaleza benigna pueden causar deterioro clínico significativo en estadios avanzados. Su tratamiento quirúrgico reviste gran complejidad, por lo que este debe ser realizado por equipos especializados para asegurar resultados funcionales óptimos.⁶

Arribas L y cols. En el artículo. Tratamiento no quirúrgico del schwannoma vestibular. Introducción y objetivos: Valorar los resultados de control local y complicaciones en el tratamiento del schwannoma vestibular tratado con radiaciones. El estudio retrospectivo de 194 pacientes diagnosticados de schwannoma vestibular, tratados de manera consecutiva bien con observación o bien con radiaciones (bien radiocirugía o radioterapia esterotáctica fraccionada) de 1997 a 2012. Analizamos el control local de los tumores, así como de las complicaciones secundarias al tratamiento con radiocirugía. Los resultados fueron: El 68% (132 tumores) son inferiores a 2 cm es decir grado I-II de la clasificación de KOOS, 22 pacientes (13%) con tumores grandes grado IV, el resto (40 pacientes) son grado III. Los tumores relacionados con la neurofibromatosis (NF2) representan el 3,6% (6 tumores en 4 pacientes). El control tumoral para los pacientes tratados con radiaciones es del 97% a 5 años, con un seguimiento mediano de 80,4 meses. Para los tumores grandes el control local es del 91% a 5 años. La supervivencia libre de complicaciones crónicas es del 89% a 5 años. De los 50 tumores a los que se realizó seguimiento, 28 (58%) continúan en seguimiento al no haberse objetivado crecimiento alguno. La conclusión de los autores fue La radiación y el seguimiento con RM, dentro de un enfoque multidisciplinar, es una alternativa a la cirugía en el tratamiento del schwannoma vestibular, con un bajo nivel de complicaciones.⁷

⁶ Mura J., et al. Schwannomas vestibulares: experiencia en el tratamiento quirúrgico de 67 casos en 10 años 2015

⁷ Arribas L., et al. Tratamiento no quirúrgico del schwannoma vestibular 2014.

Pérez- Graw y cols. En el artículo Neurofibromatosis tipo 2. Establecen que la neurofibromatosis tipo 2 es una enfermedad invalidante que se hereda de forma autosómica dominante. A menudo se ha confundido con la neurofibromatosis tipo 1, aunque son patologías distintas. Todos los sujetos que hereden una mutación en el gen de la neurofibromatosis tipo 2 (NF2), desarrollarán dicha enfermedad, caracterizada por el crecimiento de schwannoma, habitualmente vestibulares y de forma bilateral, así como meningiomas u otros tumores benignos del sistema nervioso central, antes de los 30 años. Actualmente, podemos identificar la mutación del NF2 en la mayoría de las familias afectas. Hasta un 20% de los pacientes afectados de NF2 sin historia familiar, aparentemente casos esporádicos, son en realidad individuos con mosaicismo para esa mutación. La morbilidad de esos tumores es en gran medida debida a su tratamiento, que es principalmente quirúrgico. Cuando son pequeños, los schwannomas vestibulares se pueden resear completamente con preservación tanto de la función auditiva como facial. En caso de tumores grandes se puede colocar un implante coclear o bien de tronco cerebral durante el mismo acto quirúrgico. Los principales factores pronósticos son: la edad media al diagnóstico, la presencia de meningiomas intracraneales y si el paciente fue tratado o no en un centro especializado.⁸

Fares Y; y cols. En el artículo Neurofibromatosis tipo 1 y 2 (características clínicas y manejo). Presentan un total de 42 pacientes con la enfermedad de neurofibromatosis, 34 de ellos compatibles con neurofibromatosis tipo 1 mientras los 8 restantes con neurofibromatosis tipo 2, de acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos por los institutos nacionales de la conferencia de los consensos en salud. En 1987. Todos los pacientes con F1 y F2 fueron radiológicamente evaluados. La participación de los Nervio óptico se observó en pacientes Con NF1, seguido de Hamartomas en 9 casos, mientras que 23 Pacientes tenían enfermedad craneal o espinal Alteraciones con la osteolítica Defectos, escoliosis, vertebral Festoneado y "Espondilolistesis". En la NF2 a alta incidencia de neuromas acústicos fue visto (5 Casos), meningiomas y astrocitoma fueron observados en 3 casos, Teniendo así un peor índice de vida expectativa.⁹

Cordeor Tous N., et al. En el artículo Hidrocefalia crónica del adulto: diagnóstico, tratamiento y evolución. Estudio prospectivo. Se analizan prospectivamente 40 pacientes. El diagnóstico de HCA idiopática se hizo cuando el paciente cumplía 3 tipos de criterios: a) clínicos, b) radiológicos (Evans > 0,3) y c) hidrodinámicos (test de infusión de Katzman con Rout [mmHg/ml/min] > 12) o monitorización de la PIC patológica (ondas B en más del 20% del registro nocturno). Se colocó una DVP de baja presión GAV 5/35 en todos los casos. Se realizaron revisiones clínicas a los 3, 6 y 12 meses y radiológicas a los 6 meses de la intervención, así como encuesta de satisfacción a los 12 meses. Se valoró la mejoría clínica del paciente

⁸ Pérez Grau M., et al. Neurofibromatosis tipo 2. 2016.

⁹ Fares Y., et al. Neurofibromatosis tipo 1 y 2. 2008.

mediante las escalas de puntuación NPH, RANKIN modificado y PFEIFFER modificado. Resultados: El estudio de los factores de riesgo (edad, sexo, fumador, bebedor, HTA, DM, dislipidemia) no estableció relaciones estadísticamente significativas. Se evidenció mejoría global estadísticamente significativa ($p < 0,01$) en los test de Rankin y NPH a los 3, 6 y 12 meses, siendo las cifras: NPH 73, 74 y 64%, y RANKIN 54, 72 y 56% de mejoría, respectivamente. En el PFEIFFER solo se evidenció mejoría significativa a los 12 meses. Dichas mejorías se clasificaron en niveles (elevada, moderada, leve y no mejoría). El índice de Evans inicial medio fue 0,385, postoperatorio 0,3675. Solo ocurrió una infección del sistema valvular (2%), sin secuelas. La mortalidad y la morbilidad relacionadas con el procedimiento fueron del 0%. Conclusión: Una adecuada selección de los pacientes con criterios clínicos, radiológicos, hidrodinámicos y de monitorización de la PIC permite la obtención de buenos resultados con bajo índice de complicaciones.¹⁰

5. Marco conceptual

5.1 Conceptualización de enfermería

Desde los inicios de la civilización, ha existido la necesidad de cuidar. La triada enfermedad, cuidado y sanación han tenido diversas interpretaciones a través de la historia de la humanidad, de acuerdo con la ideología y la visión del mundo de determinada sociedad, intentó explicar el fenómeno, a través de simbolismos y explicaciones al alcance de sus recursos.¹¹

En América la medicina tenía sus propias características y un gran desarrollo atestiguado por los indígenas y crónicas de los españoles que llegaron a estas tierras, estos atribuían sus enfermedades a dos factores básicamente: uno era el religioso, en donde la ofensa a las divinidades era la causa de enfermedad y otro podía ser causas naturales, tenían un amplio conocimiento de anatomía, una larga lista de especialistas y una clara distinción de un médico verdadero o falso. Las parteras prehispánicas atendían el parto. En la nueva España los enfermeros y ayudantes eran encargados de aplicar las unturas ordenadas por el médico bajo vigilancia del practicante. Ya hacia 1945 la Escuela de enfermería se independiza de medicina y se construye la escuela de Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, fue dirigida por médicos hasta 1974.¹¹

Florence Nightingale “La dama de la lámpara” con el primer modelo sanitarista, el cual establece que las acciones del cuidado deben estar orientadas a la mejora de

¹⁰ Cordeor Tous N., et al. Hidrocefalia crónica del adulto: diagnóstico, tratamiento y evolución. Estudio prospectivo. 2013.

¹¹ Casas García P. Una visión antropológica de la enfermería en México 2009.

los pacientes además de promover la creación de la escuela de enfermeras de St. Thomas Hospital.¹²

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) tienen registro a partir de 1996 en donde aparecieron las primeras publicaciones en bases de datos. La práctica basada en evidencia (PBE) es “la utilización consciente, explícita y juiciosa (crítica) de teoría derivada; la información basada en investigación en la toma de decisiones para el cuidado que se da a individuos o grupos de pacientes en consideración con las necesidades y preferencias individuales”.¹²

La creación de guías de práctica clínica, artículos científicos, la estandarización de lenguaje NANDA-NOC-NIC son parte del hacer enfermero. La enfermería, el arte del cuidado, la utilización de la beneficencia, la conexión entre la agencia del cuidado y agente dependiente son pautas para alcanzar una mejora en la calidad de vida en el trascurso de enfermedad salud. Marriner la define “La enfermería es la ciencia del cuidado guiada por la ética y el arte”.¹³

Para Martha Rogers “Enfermería es una ciencia y un arte y que lo que hace exclusiva a enfermería es su preocupación por las personas y el mundo en que viven, el cual es un antecesor natural de un sistema abstracto y organizado que engloba a las personas y sus contextos”. Tener claridad, sobre; la misión y visión, de la enfermería de una manera más introspectiva y poderlo extrapolar facilita el camino a la consecución de objetivos, brinda un guía hacia dónde direccionar el esfuerzo.¹³

Para la OMS “La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas. Comprender la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”.¹⁴

Enfermería es una disciplina que abarca la atención autónoma como de colaboración a todas las edades, tanto de prevención a la salud como en la enfermedad. La enfermera tiene cuatro grandes campos de acción que son: asistencial, administración, investigación y docencia. La evolución de la disciplina dependerá de los integrantes que lo conformen en el presente como en el futuro dando fruto y dejando huellas de lo que se hizo, mejorando a través de la práctica basada en evidencia. Los enfermeros trabajan con seres humanos, deben tener en cuenta los aspectos psicosociales, comunicación efectiva y empatía con la persona en su proceso enfermedad-salud.¹⁵

¹² Alonso Coello P., et al. Enfermería basada en evidencia hacia la excelencia de los cuidados. 2004.

¹³ Balan Gleaves C., Franco Orozco M. Teorías y Modelos de Enfermería.2009.

¹⁴ Organización Mundial de Salud. 2015.

¹⁵ Valverde C. Enfermería centrada en los significados del paciente: Importancia de la filosofía para la enfermería. 2007

5.2 Paradigmas

La ciencia es una doctrina o conjunto unificado de conocimientos que ocupa una materia específica. Y el fenómeno es un objeto o un aspecto que se conoce mejor a través de los sentidos que mediante el pensamiento o la intuición. ¹⁶Explicar la causa – efecto; donde el fenómeno es el efecto y ambos se desarrollan con una interacción y la transformación de los mismos.

Un modelo es una representación esquemática de alguno de los aspectos de la realidad; estos se pueden clasificar en dos grandes grupos empíricos y teóricos. El modelo médico fuerza a enfermería a trabajar la salud- enfermedad desde el punto de vista dicotómico y las manifestaciones orgánicas como el fenómeno esencial.

El Paradigma es un término utilizado para poner de manifiesto la relación, aceptada por una disciplina, que existe entre ciencia, filosofía y teoría. Este término se refiere a lo que los miembros de la comunidad tienen en común. Así que el paradigma predominante dirige las actividades de la disciplina. El paradigma positivista defiende la existencia de un mundo con una realidad objetiva que puede ser observada y medida. El paradigma constructivista discute la existencia de una realidad objetiva y defiende que cada individuo construye su realidad objetiva.¹⁷

El metaparadigma según Fawcett (1989) es “La perspectiva global de cualquier disciplina que actúa como estructura que encapsula y al interior de la cual se desarrollan los marcos de referencia conceptuales”. El identifica los conceptos centrales de enfermería: paciente de enfermería, proceso de cuidado, ambiente, salud, terapéutica de enfermería, transición e interacción Enfermería, persona, salud y cuidado, paradigmas con los cuales trabaja la enfermera en su hacer día a día. Las perspectivas que tiene cada una de las teóricas es según el modelo teórico que se desarrolló.¹⁷

La aplicación de las teorías en la práctica, la investigación y la docencia posibilita la racionalidad y disminuye la intuición; proyecta el que hacer más allá de la técnica, de las rutinas y la tradición; fomenta la estructura, la organización del conocimiento de la enfermería y provee un significado sistemático; explica, predice e influye en la práctica de la enfermería; mejora la comunicación entre los profesionales de enfermería al proveer una base común de pensamiento, una unidad de lenguaje y de propósito que favorece la continuidad, eficiencia y eficacia en el cuidado.

A principios del siglo XIX, la orientación de la enfermedad se centraba en el control de infecciones, la salud era concebida como ausencia de enfermedad, el cuidado era identificado como déficit o incapacidades de la persona, la persona

¹⁶ Enterovic Díaz C., Stieповich Bertoni J. Enfermería Basada en la Evidencia y la Formación Profesional. 2010

¹⁷ Cutcliffe J., et al. Modelos de enfermería. 2010.

reconocible como un todo ser independiente y el entorno es algo separado de la persona.¹⁸

Estos cuatro metaparadigmas son definidos según la perspectiva de cada teórica corriente a la cual pertenezcan y al avance científico de cada época.

El estudio de caso basado en el modelo de Dorothea Orem, donde el objetivo principal es que persona dependiente del cuidado sea su propia agencia de autocuidado. En la tabla numero No.1 solo se abordarán las definiciones de los paradigmas con las diferentes corrientes teóricas:

¹⁸ Marriner – Tomey A. Modelos y Teorías en enfermería.1994.

Tabla num.1 Metaparadigmas de enfermería.

	Cuidado	Persona	Salud	Entorno
Florence Nightingale	Servicio a la humanidad, basado en la observación y la experiencia, que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecer o preservar la salud.	Enferma o con salud, que consta de los componentes; físico intelectual, emocional, social y espiritual.	Ausencia de enfermedad y capacidad de utilizar plenamente sus recursos.	Factores externos que afectan a la persona en su proceso de salud: aire, agua, luz calor, limpieza, tranquilidad, dieta adecuada.
Escuela de Necesidades.				
Virginia Henderson	Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no pueden hacer por si mismas por la falta de fuerza, de la voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.	Ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.	Capacidad de actuar de forma independiente en la relación con las catorce necesidades fundamentales.	Factores externos que actúan de forma positiva o negativa.
Dorothea E. Orem	Campo de conocimientos y servicios humano que tiende a cubrir limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidado relacionados con su salud y reforzar sus capacidades de autocuidado	Ser que funciona biológica, simbólica y socialmente y que presenta exigencias de autocuidados universales, de desarrollo y ligados a desviaciones de la salud.	Estado de ser completo e integrado a sus diferentes componentes y modos de funcionamiento.	Todos los factores externos afectan los autocuidados o el ejercicio de autocuidados.
Faye Abdallah	Utilización del método de resolución de problemas con el fin de ayudar a la persona a adaptarse en sus veintiuna necesidades de salud que son de la competencia enfermera.	Paciente o cliente que presenta problemas relacionados con los cuidados enfermeros.	Nivel en el que no es necesaria la asistencia en la satisfacción de una necesidad: independencia en sus propios cuidados.	Factores sociales de medios tales como el hospital, la casa o la comunidad que contribuyen en las necesidades de la persona.

Tabla: Kérouac. El pensamiento enfermero.⁸ Inspirado y adaptado de J:J:Fitzpatrick y A.L. Whall (1989); conceptual models of Nursing, 2ª ed. Norwalk,

Tabla num.1 Metaparadigmas de enfermería.

Escuela de la interacción				
Hildegard Peplau	Relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro fases: orientación, identificación, profundización y resolución.	Sistema compuesto de características y de necesidades bioquímicas, físicas y psicológicas; énfasis puesto en las necesidades psicológicas.	Nivel productivo de ansiedad que permite una actividad interpersonal y el cumplimiento de tareas de desarrollo personal.	Grupo de personas significativas con quien la persona interactúa.
Josephine Paterson y Loretta Zderad	Refuerzo de bienestar y de superación por un proceso de transacción intersubjetivo en el que las necesidades relacionadas con la salud /enfermedad son percibidas.	Ser encarnado en actualización continua y en relación con otros seres humanos y con las cosas en un mundo de tiempo y espacio.	Mas que la ausencia de la enfermedad, la salud es el aumento del bienestar y de la superación.	Mundo interno que es una realidad en actualización y mundo externo de los humanos y de las cosas en el tiempo y en el espacio.
Ernestine Wiedenbach	Mezcla deliberada de pensamientos, sentimientos, acciones y percepciones para comprender a la persona su condición situación y sus necesidades, con el fin de mejorar sus cuidados, prevenir la reaparición del problema y acomodarse con su ansiedad, su incapacidad y su angustia.	Ser funcional y competente que tiene la capacidad de determinar si tiene necesidad de ayuda.	No ha sido definida. Los intereses de la enfermera están relacionados con la salud.	Conjunto de objetos, leyes, situaciones momentos y seres humanos que son imprevisibles y perturbadores
Ida Orlando	Interacción entre la enfermera y la persona que tiene una necesidad de ayuda; proceso que pide a la persona validar su necesidad y la ayuda recibida con el fin de mejorar su salud.	Organismo humano capaz de desarrollarse, sujeto a necesidades y que está bajo la supervisión médica o tratamiento médico.	Sentimiento de competencia y de bienestar; comodidad física y mental.	Tiempo y espacio, es decir, contexto que rodea la situación de los cuidados enfermeros.
Imogene King	Proceso de interacción recíproca entre la enfermera, la persona y el entorno conduciendo a transacciones y a conseguir objetivos, dirigidos a un estado funcional de salud.	Sistema abierto que presenta fronteras permeables a los cambios de materia, energía y de información con el entorno.	Ajuste dinámico a los estresantes del medio interno y externo para la utilización óptima de recursos a fin de que la persona cumpla su máximo potencial en la vida cotidiana y en las funciones sociales.	Sistema abierto que posee fronteras permeables y permite los cambios de materia, energía e información con la persona.
Joyce Travelbee	Proceso interpersonal y servicio dirigido asistir a la persona o familia a fin de prevenir la enfermedad o de acomodarse con el sufrimiento; asistir a la persona con objetivo de encontrar un significado a su experiencia y darle esperanza.	Organismo único biológico y social; individuo irremplazable, diferente de los otros individuos, que está influenciado por la herencia, el entorno, la cultura y las experiencias; individuo en proceso de actualización y capaz de elegir.	Estado de completo bienestar físico, mental y social; la salud no es la ausencia de enfermedad o de dolencia.	No ha sido definido.

Tabla: Kérouac. El pensamiento enfermero.⁸ Inspirado y adaptado de J:J:Fitzpatrick y A.L. Whall (1989); conceptual models of nursing, 2ª ed. Norwalk,

Tabla num.1 Metaparadigmas de enfermería.

Escuela de los efectos deseables				
Callista Roy	Ciencia y práctica de la promoción de la adaptación de la persona que tiende a evaluar los comportamientos del cliente y los factores que influyen su adaptación en los cuatro modos y a intervenir modificando estos factores (estímulos focales, contextuales y residuales) con el fin de contribuir a mejorar su estado de salud, su calidad de vida o permitirle morir con dignidad.	Sistema adaptativo que tiene mecanismos reguladores y cognoscitivos ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante que tiene cuatro modos de adaptación: modo "fisiológico", modo "autoconcepto" modo "función según los roles" y modo "interdependencia"	Estado y proceso de ser o de llegar a ser una persona integral y unificada. El estado salud es la adaptación en cada uno de los cuatro modos. El proceso salud es el esfuerzo constante realizado por el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación.	Todas las situaciones, circunstancias e influencias susceptibles de afectar el desarrollo y comportamientos de las personas o grupos.
Lydia Hall	Acto profesional en el cual la enfermera interactúa con el cliente en un proceso complejo de enseñanza y aprendizaje, en el que la enfermera se centra en el conocimiento de los cuidados que se han de prodigar al cuerpo humano, de forma que se modifiquen los procesos unidos con la patología y el tratamiento y que se corrijan, teniendo en cuenta la personalidad del cliente.	Ser compuesto de tres aspectos (cuerpo, patología persona) que busca sus propios objetivos y conseguir su máximo potencial por un proceso de aprendizaje cuya base es la toma de conciencia de sus sentimientos y la clarificación de sus motivaciones.	La curación por la autoconciencia libera sus propias fuerzas de curación.	No ha sido definido.
Dorothy Johnson	Arte y ciencia que tienden a la restauración, mantenimiento y logro de un equilibrio dinámico del sistema comportamental en el grado más alto posible.	Sistema de comportamientos que contiene siete subsistemas: pertenencia, dependencia, autorrealización agresividad, ingesta, eliminación y sexualidad.	Estado determinado por factores psicofisiológicos, valorado y compartido por los profesionales de la salud; estableciendo el equilibrio dinámico que sobreviene durante el proceso evolutivo de la salud.	Mecanismos externos de regularización que actúan sobre los comportamientos.
Betty Newman	Intervención que se orienta hacia la integridad de la persona: que se interesa por todas las variables que tienen un efecto sobre la respuesta de la persona a los agentes de estrés, con el fin de reducir los efectos.	Ser fisiológico, psicológico sociocultural y espiritual, capaz de desarrollarse: es un todo integral.	Estado dinámico de bienestar o de enfermedad que está determinado por las variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales, relacionadas con el desarrollo.	Entorno interno y externo es todo lo que es externo a la persona; el entorno interno es el estado interno de la persona que ha trazado las variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales relacionadas con el desarrollo.

Tabla: Kérouac. El pensamiento enfermero.⁸ Inspirado y adaptado de J.J:Fitzpatrick y A.L. Whall (1989); conceptual models of Nursing, 2ª ed. Norwalk,

Tabla num.1 Metaparadigmas de enfermería.

Myra Levine	Interacción humana basada en principios científicos dirigidos a conservar la energía e integridad mediante los cambios en el entorno y mediante los cuidados individualizados, según las necesidades particulares de las personas, orientados a sostener su adaptación.	Organismo cambiante en constante interacción con el entorno interno y externo y que busca mantener su integridad.	La salud y la enfermedad son las estructuras de cambio adaptativo de la integridad.	El entorno interno es la psicología de la persona; el externo posee componentes perceptuales, operacionales y conceptuales.
Escuela de la promoción a la salud				
Moyra Allen	Ciencia que promueve las interacciones de salud y la respuesta profesional en la búsqueda natural de una vida sana en un proceso de atención en la situación de salud.	Familia y participante activo de una familia o grupo social, capa de aprender sus experiencias.	Proceso social que reafirma los atributos interpersonales aprendidos y desarrollados con el tiempo.	Contexto social en el que se efectúa el aprendizaje.
Escuela del ser humano unitario				
Martha E. Rogers.	Promoción de la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno, centrado en la integridad de los campos de energía.	Campo de energía unitario y pandimensional caracterizado por los patterns y comportamientos en el que el todo puede ser comprendido a partir de conocimiento de las partes.	Valor y proceso continuo de intercambios energéticos que favorecen la expresión de un máximo potencial de vida.	Campo de energía pandimensional donde están agrupados y organizados todos los elementos exteriores del campo humano.
Rosemarie R. Parse.	Ciencia y arte centrados en el ser humano en tanto que unidad viviente en actualización y la calidad de vida mediante la participación cualitativa de la persona en sus experiencias de salud.	Ser abierto que tiene la capacidad de actuar en cinergia con el universo con el que comparte los límites espaciales o temporales; libre de escoger sus orientaciones.	Proceso de actualización tal como es vivido por la persona.	Contribuye el devenir en los cambios simultáneos de energía con la persona.

Tabla: Kérouac. El pensamiento enfermero.⁸ Inspirado y adaptado de J:J:Fitzpatrick y A.L. Whall (1989); conceptual models of Nursing, 2ª ed. Norwalk,

Tabla num.1 Metaparadigmas de enfermería.

Margaret Newman	Ciencia que reconoce los patterns y favorece la expansión de la conciencia creando una relación mutua entre la enfermera y la persona.	Conciencia: pattern específico, intersección entre el movimiento, el tiempo y el espacio.	Pattern de evolución y expansión de la conciencia; poco la forma o dirección que toma.	Campo de energía que tiene los límites espaciales o temporales comunes con el universo y que evoluciona hacia una complejidad y una reciente diversidad, manifestándose en los patterns rítmicos.
Jean Watson	Arte y ciencia humana del caring, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía "cuerpo-alma-espíritu" utilizando diez factores de cuidados.	Forma viviente que crece y que comprende cuerpo, alma y espíritu.	Unidad y armonía entre el cuerpo, el alma y el espíritu.	Realidad interna y externa de la persona.
Madeleine Leininger	Ciencia y arte humanista aprendidos, centrados en comportamientos, las funciones y los procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de los comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados culturales.	Ser cultural que ha sobrevivido al tiempo y al espacio.	Creencias, valores y formas de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas con el fin de preservar y mantener el bienestar de la persona o un grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas.	Todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales, por ejemplo, características físicas, ecológicas y sociales, así como las visiones del mundo.

Tabla: Kérouac. El pensamiento enfermero.⁸ Inspirado y adaptado de J:J:Fitzpatrick y A.L. Hall (1989); conceptual models of Nursing, 2ª ed. Norwalk, Appleton and Lange, pág., 438-443.

5.3 Teoría de enfermería

La teoría es un conjunto lógico de proposiciones que presentan una visión sistemática de un fenómeno. Los conceptos son la materia de la teoría, representan algún aspecto de la realidad que puede cuantificarse, son abstractos y proceden de las impresiones que recibe la mente humana, a través de los sentidos, de los fenómenos del entorno.

El nivel de las teorías varía en complejidad y ámbito de aplicación desde las microteorías que son de menor complejidad a las grandes teorías que son más complejas, están compuestas por conceptos sumativos e incluyen numerosas teorías de rango inferior. Las teorías de mediano rango sitúan entre estas dos. Las últimas las teorías parciales son las que están en vías de desarrollo.¹⁹

Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007) nació en Baltimore, Maryland; realizó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C. A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de Enfermería; en 1946 obtuvo un Maestría en Ciencias en Formación Enfermera (MSNE); durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; durante 8 años permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana donde buscó mejorar la calidad de enfermería; en 1959 publicó Guidelines for developing curricula for the education of practical nurses; en 1971 publicó el libro Nursing: concepts of practice; se retiró en 1984 pero continuó asistiendo a conferencias.¹⁹

En 1985 Orem formula y expresa el concepto de enfermería. Dentro de los principales conceptos y definiciones destaca:¹¹ Autocuidado es una actividad del individuo aprendida y orientada hacia un objetivo.

- Requisitos de autocuidado son la expresión, que se ha de alcanzar, de los resultados que se desea obtener del compromiso deliberado del autocuidado. Son los medios para llevar las acciones que constituyen el autocuidado.

¹⁹ Marriner – Tomey A. Modelos y Teorías en enfermería.1994.

- Requisitos de autocuidado son comunes para todos los seres humanos y son: el aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana, estos representan las acciones humanas las cuales son condiciones humanas internas y externas, por lo cual son parte de la valoración. Los requisitos de autocuidado universales son:
 - ❖ Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
 - ❖ Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
 - ❖ Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.
 - ❖ Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
 - ❖ Equilibrio entre actividades y descanso.
 - ❖ Equilibrio entre soledad y la comunicación social.
 - ❖ Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
 - ❖ Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano.

Los requisitos de autocuidado relativos al desarrollo estos promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previenen las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos. Los requisitos del autocuidado alteraciones de la salud A quien se define el termino enfermedad como todo lo que altera el funcionamiento humano integrado (estructuras /mecanismos fisiológicos o psicológicos).²⁰

Demanda de autocuidado terapéutico es de carácter humano, con base objetiva en la información que describe; el individuo desde el punto de vista estructural, funcional y desarrollo. Acción de autocuidado es la habilidad compleja para identificar las necesidades continuas de uno mismo. Agente es la persona que ejecuta la acción. Agente de autocuidado: Es la persona que proporciona el autocuidado. Agente asistencial dependiente Es la persona a quien se le proporciona el autocuidado.²⁰

Déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado.

Acción de enfermería es una propiedad o atributo complejo de las personas formadas y entrenadas como enfermeras que capacita para conocer y ayudar a los demás a conocer su demanda de autocuidado terapéutico.

²⁰ Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. 2011.

El sistema de enfermería es una serie continua de acciones que se producen cuando las enfermeras vinculan una o varias formas, de ayuda a sus propias acciones o a las acciones de personas a las que están asistiendo y que están dirigidas a identificar las demandas de autocuidado terapéutico o regular su acción de esas personas. Los tipos de sistema de enfermería son:

- Sistema de enfermería totalmente compensadores: La enfermera está compensando una incapacidad total de la persona para realizar acciones de autocuidado.
- Sistema de enfermería parcialmente compensadores: son todos aquellos en los que tanto la enfermera como el paciente realizan medidas de asistencia.
- Sistema de apoyo educativo: son para aquellas situaciones en que el paciente es capaz de realizar o puede y debe aprender a realizar medidas de autocuidado.²¹

Métodos de ayuda incluyen: actuar o hacer por; guiar; enseñar; apoyar y proporcionar un entorno que estimule el desarrollo. Sus supuestos son:

1. Los seres humanos necesitan ser estimulados de una forma continua para seguir vivos y actuar de acuerdo con las cualidades humanas naturales.
2. La acción humana, la capacidad de actuar deliberadamente, se ejerce en forma de ayudar hacia uno mismo y hacia los demás para identificar las necesidades y crear los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones para actuar en ayuda de uno mismo y de los demás, mediante aportaciones que sustenten la vida y regulen sus funciones
4. La acción humana se lleva a cabo al descubrir, desarrollar y transmitir a los demás formas y medios para identificar las necesidades y realizar las aportaciones hacia uno mismo y hacia los demás.
5. Grupos de seres humanos que poseen unas relaciones estructuradas agrupan las tareas y reparten las responsabilidades para ayudar a los miembros del grupo que experimentan privaciones para realizar aportaciones deliberadas necesarias hacia sí mismos o hacia los demás.²²

²¹ Cavanagh J.S. Modelo de Orem. 1993.

²² Prado Solar L, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. 2014.

5.4 Teorías de otras disciplinas.

Los conocimientos enfermeros dejan de ser intuitivos cuando son avalados mediante la investigación científica, para llegar a este punto, se ha tenido que trabajar desde sus teorías, modelos, filosofía; resaltando la importancia del desarrollo de la ciencia de enfermería como una racionalidad teoría para la práctica de enfermería.²³

La enfermería pertenece a las disciplinas humanas porque están orientadas a producir “conocimiento sobre los seres humanos”. Además de estar incorporada a las ciencias puras; por lo cual enfermería se definió como disciplina profesional práctica, porque busca usar el conocimiento desde una (el propio) o más ciencias para las resoluciones de problemas del diario vivir en la práctica o dentro de un campo práctico.²³

Enfermería se ha basado en la tradición filosófica- teórica de la lógica- positivista, se ha desarrollado en cuatro fases: la primera fue la identificación del territorio, la segunda síntesis de teorías, la tercera el desarrollo de conceptos y la última el debate filosófico. Se ha creado dos grandes corrientes la visión tradicional de las ciencias, esto es la testificación de las teorías. Y por otro lado las científicas las cuales han contribuido con nuevos paradigmas humanistas.²⁴

El haber desarrollado un sistema de clasificación: taxonomías diagnósticas, clasificación de intervenciones y resultados además de establecer una vinculación entre la educación y los servicios de enfermería. La proyección de enfermería no tan solo debería estar alcanzado por la predicción un fenómeno, explicarlo o describirlo, si no tener una práctica basada en evidencia, en la cual estandarice los cuidados, aunque estamos aún en pañales ya que el humano es único y holístico.

La práctica basada en evidencia da secuencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC), las hojas de buenas prácticas (Best Practice Information Sheet [BPIS]) del Instituto Joanna Briggs y sus centros colaboradores.

Enfermería interactúa juntamente con otros modelos; compartir responsabilidad con otros significa intercambiar, ideas, conceptos con un solo objetivo ofrecer cuidados que respondan a las necesidades de la población.

²³ Ramírez -Elizondo N. Enfermería basada en la evidencia, una ruta hacia la aplicación en la práctica profesional. 2011.

²⁴ Kérouac S. Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. 2007.

5.5 Proceso Atención enfermería

La Asociación Americana de Enfermeras (ANA) define a la enfermería como como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales. Para poder realizar un diagnóstico es necesario tener en cuenta el proceso de atención de enfermería.²⁵

El proceso de atención enfermería (PAE) se define como “el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de salud.”

Es un instrumento fundado en el método científico y es la herramienta de elección de la enfermería. Es un proceso sistemático, dinámico, cíclico, periódico y organizado que valora los signos y síntomas humanos. Las etapas del PAE está constituido por cinco etapas que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; las cuales son dinámicas.²⁶

El enfoque científico es un proceso de aprendizaje de la verdad mediante la recogida sistemática y comparación de datos observables, verificables, a través de los sentidos para describir, explicar y predecir acontecimientos y fenómenos particulares.²⁷

El PAE es un instrumento óptimo, necesario para guiar el cuidado porque ofrece directrices de manera lógica secuencial y evaluable sobre el modo de satisfacer las necesidades del cuidado de los sujetos tanto en el ámbito asistencial como comunitario.

El PAE está compuesta de fases:

- Valoración. Se recolectan los datos en esta fase, se realiza la valoración (observación); directa o indirecta al paciente, se detectan factores de riesgo y desviaciones de la salud.
- Diagnóstico. Se realizan diagnósticos según problema, etiología y signos y síntomas.
- Planeación. Se priorizan los diagnósticos para dar paso al de mayor alteración.

²⁵ Urra M. E. avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. Cienc enferm. V.15 no 2. La serena, Chile 2009; pág.: 9-17. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art02.pdf>

²⁶ Kosier B., Err G., Blas K. Conceptos en la práctica de enfermería. 1995.

²⁷ Santillán García A. Enfermería basada en evidencia: camino a hombros de gigantes.

- Ejecución. Se llevan a cabo las intervenciones para solucionar los problemas de salud.
- Evaluación. Se realiza una revisión sistemática para verificar si satisfacen el problema de salud llevando a la persona a la mejora.

El Proceso de Enfermería es un instrumento óptimo, necesario para guiar el cuidado de Enfermería porque ofrece directrices de manera lógica, secuencial y evaluable sobre el modo de satisfacer las necesidades de cuidado de los sujetos tanto en el ámbito asistencial como comunitario.²⁸

También; es una herramienta que permite alcanzar las metas de cuidado, donde algunas teóricas de Enfermería como Abdellah, Orlando, Newman, Watson, Swanson, Lehninger, Orem, Henderson, entre otras, coinciden en que a través de la operacionalización del metaparadigma: persona, entorno, salud y enfermería, se involucra el proceso de enfermería, por lo menos en tres etapas: la Valoración donde se describe la observación como primer paso en el proceso, luego el Diagnóstico con el cual se realiza la intervención basado en los conocimientos propios de Enfermería y de áreas de conocimiento relacionadas y posteriormente la Evaluación, con el fin de lograr satisfacer las necesidades de cuidado de las personas.²⁷

Este es aplicable a los modelos de diferentes teóricas lo cual lo enriquece, además del esfuerzo por estandarizar el lenguaje enfermero con los diagnósticos enfermeros de la NANDA, las intervenciones de enfermería de NIC y los resultados esperados del NOC, además de las guías de práctica clínica, estudios de caso, e investigaciones en enfermería.

Desde el punto de vista didáctico ayudar a comprender la dinámica de la PBE, las enfermeras deben detenerse a elaborar preguntas PICO (identificación de incertidumbre); buscar evidencias en las bases de datos y realizar lecturas críticas; además de formar círculos de interconsulta entre ellas mismas.

²⁸ Reina G. N C, EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. 2010.

5.6 Patología y/o enfermedad

Schwannomas vestibulares

Los schwannomas vestibulares (SV) son tumores benignos extra axiales, originados habitualmente en la porción vestibular del VIII nervio craneal.²⁹

Etiología

Se origina de las células de Schwann de los nervios vestibulares superior o inferior en la zona de transición entre la mielina central y periférica (zona de Obersteiner-Redlich), que ocurre en la zona lateral del ángulo ponto cerebeloso y medial del conducto auditivo interno.³⁰

Epidemiología

La incidencia en los Estados Unidos es 0.99-1 por cada 100,000 habitantes, con un rango de edad de aparición antes de la tercera década de la vida, aunque el rango se amplía desde el nacimiento hasta los 70 años

Signos y síntomas

Tinnitus, hipoacusia y alteración del equilibrio normalmente de inicio insidioso, aunque ocasionalmente la hipoacusia puede ser de aparición brusca, presumiblemente debida a un compromiso vascular del tumor alteraciones visuales acufenos, hasta progresar hasta la amaurosis temporal, Raramente provoca parálisis facial, aunque sea de gran tamaño.³¹

Para la valoración del schwannoma se necesitan 3 criterios importantes:

- La clasificación de KOOS (el grado de extensión).

Grado I	Tumor intracanalicular
Grado II	Tumor pequeño que protruye en el ángulo pontocerebeloso, hasta 2 cm
Grado III	Tumor que ocupa la cisterna pontocerebelosa, sin desplazar el tronco cerebral, hasta 3 cm
Grado IV	Tumor grande, con desplazamiento del tronco o de nervios craneales, >3 cm

Fuente: Gonzalez-Darder et al.⁷.

Gonzalez-Darder JM, Pseudo-Martinez JV, Feliu-Tatay R, BorrásMoreno JM. Tratamiento neuroquirúrgico de los neurinomas del acústico sin indicación de tratamiento con radiocirugía. Neurocirugía (Astur). 2004;15:439---46.

²⁹ Mura J., Cuevas J., et al. Schwannomas vestibulares: experiencia en el t tratamiento quirúrgico de 67 casos en 10 años.2015

³⁰ Gonzalez-Darder JM., et al. Tratamiento neuroquirúrgico de los neurinomas del acústico sin indicación de tratamiento con radiocirugía. 2014.

³¹ Stott C., Albertz N., Aedo C. Neurinoma del acústico (schwannaoma vestibular). Chile. 2008.

- El compromiso auditivo (Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the evaluation of hearing preservation in acoustic neuroma (vestibular schwannoma)).
- Función facial clasificación House –Brackmann.³²

Tabla IV. Escala de graduación de la función facial de House-Brackmann⁶

Grado I:	función normal en todos los territorios
Grado II:	disfunción leve. Ligeira o leve debilidad de la musculatura, apreciable tan sólo en la inspección meticolosa. En reposo, simetría normal. Sin sincinesias ni contracturas ni espasmos faciales
Grado III:	disfunción moderada. Diferencia clara entre ambos lados sin ser desfigurante. Incompetencia para el cierre palpebral completo; hay movimiento de región frontal, asimetría de la comisura bucal en movimientos máximos. En reposo simetría y tono normal
Grado IV:	disfunción moderadamente severa. Debilidad y/o asimetría desfiguradora. En reposo, simetría y tono normal. No hay movimiento de región frontal; imposibilidad para cerrar el ojo totalmente; Sincinesias; Espasmo facial.
Grado V:	disfunción severa. Tan sólo ligera actividad motriz perceptible. En reposo, asimetría
Grado VI:	parálisis total. No hay movimiento facial. Pérdida total del tono

Diagnostico

- Resonancia Magnética craneal y espinal.
- Evaluación auditiva..
- Evaluación oftalmológica.
- Examen cutáneo.

Tratamiento

- Quirúrgico.
- Radioterapia estereotipa fraccionada (RTEF).

³² Stott C., Albertz N., Aedo C. Neurinoma del acústico (schwannoma vestibular). Chile. 2008.

Complicaciones de la cirugía.³³

Complicaciones medico quirurgicas
complicaciones mayores
Fístula de líquido cefalorraquideo
Hematoma o contusion hemorragica de la fosa posterior
Hematoma o contusion hemorragica del lobulo temporal
Meningitis /ventriculitis
Hidrocefalia
Compromiso mixto de nervios craneales
Neumonía y/o atelectasia pulmonar
Edema pulmonar agudo
síndrome perdedor de sal
Complicaciones menores
Infección de herida
Dehiscencia de herida
Infección urinaria

Fuente: Mura J., Cuevas J., et al. Schwannomas vestibulares: experiencia en el t tratamiento quirúrgico de 67 casos en 10 años.2015

Complicaciones de la radioterapia.

- Incluyen empeoramiento de la enfermedad.
- edema facial y palpebral al día siguiente del tratamiento,
- Empeoramiento de la hipoacusia con sordera súbita en otro, dolor trigeminal homolateral.
- Infección en un punto de fijación del marco esterotáctico.³⁴

El shwannoma vestibular bilateral tiene 3 trastornos relacionados, pero genéticamente distintos del sistema nervioso, que se heredan de forma autosómica dominante, y que causan tumores de las células de la neuroglia; estos son:

- Neurofibromatosis tipo1 o enfermedad de Von Recklinghausen (NF1).
- Neurofibromatosis tipo 2 (NF2).
- Schwannomatosis.³⁵

³³ Mura J., Cuevas J., et al. Schwannomas vestibulares: experiencia en el t tratamiento quirúrgico de 67 casos en 10 años.2015

³⁴ Gonzalez-Darder JM., et al. Tratamiento neuroquirúrgico de los neurinomas del acústico sin indicación de tratamiento con radiocirugía. 2014.

³⁵ Stott C., Albertz N., Aedo C. Neurinoma del acústico (schwannoma vestibular). Chile. 2008

Neurofibromatosis tipo 2 (NF2).

La neurofibromatosis tipo 2 es una enfermedad invalidante que se hereda de forma autosómica dominante.³⁶

Etiología

Las manifestaciones de la NF2 son el resultado de mutaciones puntuales o de deleciones o grandes reordenamientos del gen NF2 localizado en el brazo largo del cromosoma 22. Esto produce como resultado la disminución de la producción de la proteína merlina o schwannomina. Actualmente se conocen más de 100 mutaciones para este gen, estas alteraciones son principalmente mutaciones sin sentido, mutaciones por cambio de marco, variaciones en el empalme (splicing) y deleciones. Este tipo de mutaciones dan origen a una proteína truncada con una funcionalidad reducida.³⁷

La Merlina interviene claramente en la regulación del crecimiento y la proliferación celular, sin embargo, no es su única función, ya que se ha demostrado que merlina interactúa con numerosas proteínas, sugiriendo su participación en diversos procesos celulares, tales como motilidad celular y distintos procesos de señalización.³⁶

Epidemiología

Su edad de aparición es en menores de treinta años, y se presenta en 1 en cada 100,000 habitantes.³⁸

Los criterios clínicos son:

1. Schwannomas bilaterales del VIII par craneal diagnosticados en la RM o el TC (biopsia no necesaria)³⁷
2. Familiar de primer grado con NF2 y:
 - a) schwannoma unilateral del VIII nervio, de inicio temprano.
 - b) dos de los siguientes:
 - Meningiomas
 - Glioma
 - Schwannoma
 - Menores con opacidad lenticular subscapular posterior (catarata cortical juvenil).

³⁶ Fares Y., F. Haddad G., Kanj A., Farhat O. Neurofibromatosis tipo 1 y 2. 2008.

³⁷ Sierra – Fonseca J., Vargas- Medrano J., Plenge- Tellechea L. Revisión: Mecanismos moleculares de la neurofibromatosis tipo 2. 2012.

³⁸ Ferrer Y., et al. Neurofibromatosis bilateral acústica en paciente gestante. 2012.

3. Schwannoma de VIII par craneal unilateral diagnosticado por TAC o RNM de inicio precoz de los siguientes:

- a) Meningiomas
- b) Glioma
- c) Schwannoma
- d) Catarata cortical juvenil

4. Meningiomas múltiples:

- a) schwannoma del VIII nervio, unilateral
- b) 2 de los siguientes:
 - Glioma
 - Schwannoma
 - Catarata cortical juvenil ³⁹

Hidrocefalia

Es la acumulación excesiva de LCR en el cerebro como resultado de la dilatación anormal del sistema ventricular y a su vez ocasiona una presión potencialmente perjudicial. Los trastornos en la producción, circulación y absorción del LCR son las causas que provocan una dilatación en el sistema ventricular, principalmente en las dos últimas.⁴⁰

Signos y síntomas

Aumento de la presión intracraneal (PIC), (Vomito en proyectil, cefalea intensa y papiledema), Diplopía y la triada de Hakim:

- Marcha atáxica.
- Incontinencia.
- Alteraciones cognitivas.

Se puede clasificar de dos formas:

³⁹ Ferrer Y., et al. Neurofibromatosis bilateral acústica en paciente gestante. 2012.

⁴⁰ García P.S., Pérez C., Gutiérrez C. Alteraciones del líquido cefalorraquídeo y su circulación: hidrocefalia, pseudotumor cerebral y síndrome de baja presión baja. 2011.

1. Comunicante ocurre cuando el flujo del LCR se ve bloqueado después de salir de los ventrículos al espacio subaracnoideo. Se dice comunicante porque aun entre los ventrículos puede fluir LCR.⁴¹
2. No comunicante o hidrocefalia obstructiva se produce cuando LCR se ve bloqueado a lo largo de una o más vías estrechas que conectan los ventrículos; una de las causas más comunes es la estenosis acueductal.⁴⁰

Clasificación de hidrocefalias según su mecanismo de producción y etiología.

	Hidrocefalia comunicante	Hidrocefalia no comunicante
Lesiones congénitas		
	Agnosia o aplasia de granulaciones aracno	Procesos expansivos: tumorales, no tumorales.
	Lisencefalia	Estenosis de acueducto de silvio.
	Procesos inflamatorios leptomenígeos	Malformaciones de Dandy Walter (atresia Luschka y Mafgendie)
	Infecciones Leptomenígeas	
	Arnold Chiari	
	Encefaloceles	
	Disrafias	
	Asociados a distocias de parto	
Lesiones adquiridas		
	Infecciones e inflamatorios leptomenígeos	Ventriculitis
	Hemorragia subaracnoidea	Procesos expansivos: tumorales, no tumorales.
	Procesos expansivos: tumorales y no tumorales	
	traumatismos craneoencefalicos.	

Fuente: P.Simon R., J. A. (2010). Hidrocefalia normotensiva. En J. A. P.Simon R., Neurología clínica. (págs. 53-54). México: Mc Graw Hill- Lange.

⁴¹ P. Simón R., J. Aminoff M., A. Greenberg D. Neurología clínica. Hidrocefalia normotensiva. 2010.

Escala de hidrocefalia crónica del adulto	Puntuación
Valoración de la marcha(M)	
Paciente encamado, imposibilidad para la deambulaci3n aut3noma	1
Deambulaci3n aut3noma pero con ayuda	2
Marcha independientemente pero inestable. Presenta caídas	3
Marcha anormal pero estable	4
Marcha normal	5
Funciones cognitivas (FC)	
Paciente en estado vegetativo	1
Demencia grave	2
Alteraci3n de la memoria con trastornos conductuales	3
Alteraciones de la memoria reciente apreciable por el paciente o la familia	4
Alteraciones cognitivas solo apresibales en test especifcos.	5
Control de esfinteres (CE)	
Incontinencia urinaria y fecal	1
Incontinencia urinaria continua	2
Incontinencia urinaria esporádica	3
Imperiosidad miccional (urgencia)	4
Control de esfinteres normal	5

Fuente: P.Simon R., J. A. (2010). Hidrocefalia normotensiva. En J. A. P.Simon R., Neurología clínica. (págs. 53-54). México: Mc Graw Hill- Lange.

Diagnostico

- Resonancia magnética y tomografía computarizada

Tratamiento

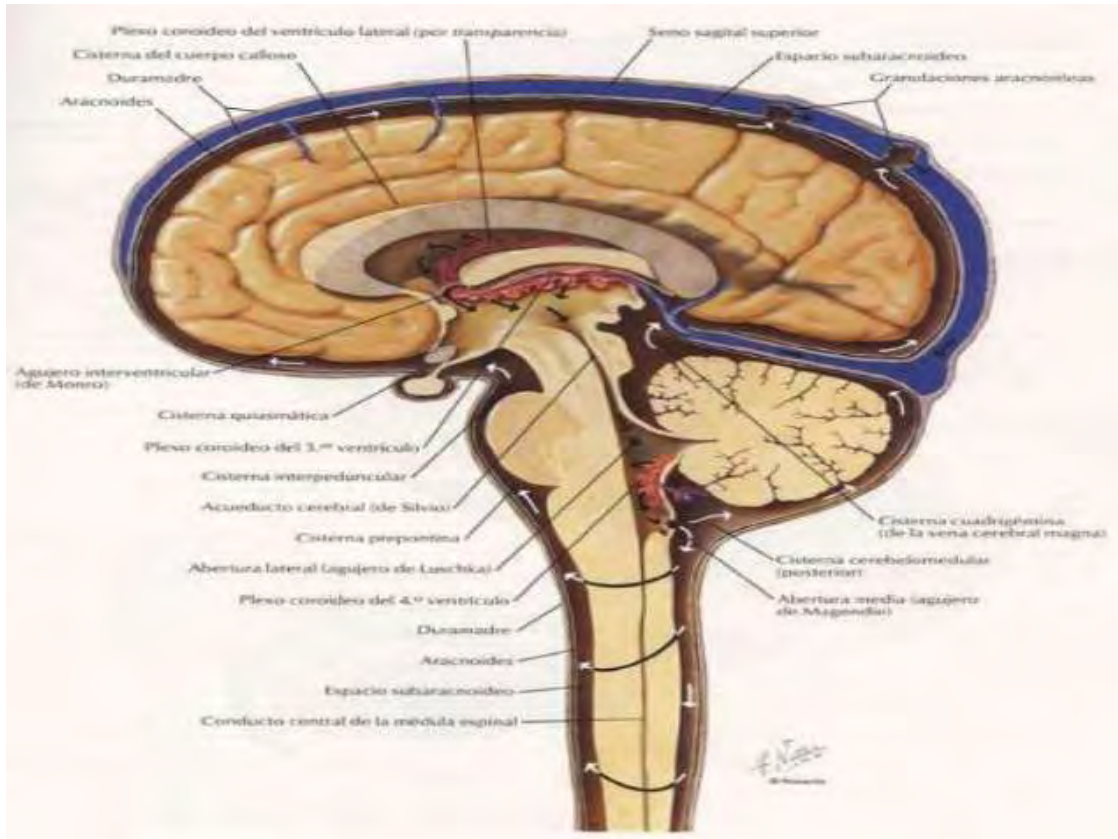
El procedimiento de elecci3n es la *derivaci3n ventriculoperitoneal*. Las derivaciones lumboperitoneales se han utilizado, pero tienden a producir sobre drenaje.⁴²

Candidato ideal para la derivaci3n.

1. Presencia de la tríada clásica, un periodo corto de evoluci3n y demencia leve.
2. Punci3n lumbar (PL). Presi3n inicial de LCR tras PL mayor de 10 cm H₂O.
3. Realizar una cistenogamagrafía.

⁴² P. Sim3n R., J. Aminoff M., A. Greenberg D. Neurología clínica. Hidrocefalia normotensiva. 2010.

4. TAC o RM cerebrales. Ventriculos dilatados, con presión en surcos cerebrales, surcos colapsados, signos de absorción transependimaria y balonamiento de las astas frontales.⁴³



Fuente: Imagen del libro de Neurocirugía clínico pág. 54. 19

Complicaciones:

- Disfunción valvular u obstrucción.
- Aumento de PIC.
- Infección.
- Crisis convulsivas.⁴⁴

⁴³ Cordeor Tous N., et al. Hidrocefalia crónica del adulto: diagnóstico, tratamiento y evolución. Estudio prospectivo. 2013.

⁴⁴ J. Tortora., Derrickson Principios de anatomía y Fisiología. El encéfalo y los nervios craneales.2009.

Válvula Ventrículo Peritoneal.

- VALVULAS REGULABLES. (PROGRAMMABLE VALVES) (PROGAV)

Estas válvulas son unidireccionales, facilitan el flujo en sentido ventrículo-abdominal, pero impiden el reflujo desde la cavidad peritoneal hacia los ventrículos. En el momento en el que la derivación es implantada, el neurocirujano programa la válvula con la cifra más adecuada para que cuando aumente la presión intraventricular por encima, el dispositivo permita el flujo de LCR hacia la cavidad peritoneal.

El ajuste de la presión de apertura de la válvula se realiza con un imán (un campo magnético codificado) aplicado desde el exterior sobre la válvula subcutánea, que hace relieve en la piel de la cabeza del paciente. Este campo magnético externo modifica la presión de salida de flujo de LCR a través de la válvula y permite corregir las fluctuaciones de la presión intracraneal de manera cómoda y ambulatoria.⁴⁵



El baúl del radiólogo .Disponible en: <http://www.elbauradiologico.com/2012/09/valvulas-de-derivacion-ventriculo.html>.

Derivación ventrículo peritoneal:

Es una cirugía en la que se realiza con mayor índice de natalidad en nuestros hospitales, y con ella permiten que el flujo del LCR pase desde el ventrículo lateral derecho hasta el peritoneo, donde dicho líquido será reabsorbido por lo menos del peritoneo. Este tipo de derivación está indicada en hidrocefalias obstructivas. Existe otro tipo de cirugía alternativo que garantiza la derivación aséptica del LCR desde las cavidades ventriculares o el espacio subaracnoideo lumbar, hacia una bolsa recogida. Son los llamados DRENAJES NEUROLÓGICOS EXTERNOS.⁴⁶

⁴⁵ El baúl del radiólogo. Disponible en: <http://www.elbauradiologico.com/2012/09/valvulas-de-derivacion-ventriculo.html>.

⁴⁶ Luque Oliveros M., Bullón M., Peña, A. LA DISFUNCIÓN DEL SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL: IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS. 2009.

Hay tres tipos de complicaciones:

MECANICAS

OBSTRUCCIÓN: Puede ocurrir tanto en el extremo proximal como en el distal, aunque la obstrucción del catéter ventricular es el más común. La obstrucción puede deberse a presencia de parénquima cerebral, plexo coroideo, taponamiento proteico o células tumorales.

DESCONEXIÓN: puede tener lugar en cualquier punto del sistema. Las zonas de más riesgo son la desconexión y movilidad, como el lateral del cuello. Las válvulas que han estado colocadas durante cierto tiempo llegan a fijarse con frecuencia por el desarrollo de un tejido fibroso alrededor del catéter. Este también experimenta una mineralización y biodegradación, que unido a lo anterior contribuye a la ruptura del catéter con el crecimiento.

MIGRACIÓN: Esto puede traer como resultado un mal funcionamiento, por la alteración de la absorción del LCR por el bloqueo del catéter por las estructuras adyacente (escroto, ano, intestino, etc.).

FALLO DEL EQUIPO: son escasos, pero no descartado. Dado la variabilidad de las presiones de las válvulas, pueden provocar un mal funcionamiento si se ha seleccionado una presión inadecuada para un determinado paciente.

COMPLICACIONES ABDOMINALES POR EL CATÉTER DISTAL: si la longitud del catéter distal es suficiente puede ser eficaz durante varios años, pero si es excesiva pueden aparecer las complicaciones a nivel abdominal (perforaciones de vísceras, obstrucciones intestinales).

INFECCIÓN

Es la segunda causa de disfunción de la DVP. Pueden ser muy variables, aunque existen unos factores de riesgos asociados como pueden ser la existencia de mielomeningocele, colocación de la DVP antes del primer año de vida o sucesivas revisiones de DVP.

DRENAJE ANÓMALO DEL LCR

Estas anomalías se pueden dar en dos situaciones, en DEFECTO (inadecuada presión de apertura valvular) y EXCESO (pudiendo ser de tres tipos:

- crónicas; niños con ventrículos pequeños, con cefaleas esporádicas y sin interferencia
- subaguda: cuando la sintomatología crónica aumenta en intensidad interfiriendo en la vida del sujeto.
- aguda: es la más grave requiere de tratamiento inmediato.⁴⁷

⁴⁷ Luque Oliveros M., Bullón M., Peña, A. LA DISFUNCIÓN DEL SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL: IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS. 2009.

6. Metodología

6.1 Estrategias de investigación: Estudio de caso

La práctica basada en la investigación es un distintivo de la enfermería profesional, ya sea de forma cualitativa o cuantitativa, es de importancia crítica para los cuidados de calidad y económicos. Es parte fundamental que las enfermeras puedan evidenciar y describir su contribución profesional a la salud de los individuos, grupos, comunidades y población en general, desarrollando investigaciones centradas principalmente en el cuidado, para establecer un cuerpo de conocimientos sólido y propio.⁴⁸

Petitot subraya “La investigación enfermera puede aumentar la autonomía del saber enfermero; en la hipótesis favorable, vendrá a legitimar las consideraciones sociales y psicológicas en el cuidado de los enfermos, por oposición a las perspectivas estrictamente médicas”.⁴⁷

Harper (1978) señala en su análisis epistemológico de la ciencia enfermera que existen cuatro tipos de saber: el saber empírico o científico, el saber estético (arte), el personal (de uno mismo y de los demás) y el ético (aspecto moral); son esenciales para la elaboración del conocimiento. Estos modos unen la práctica y la investigación. Las investigaciones orientadas hacia los conceptos centrales y sus interrelaciones contribuyen a la elaboración de la ciencia enfermera⁴⁹

El estudio de caso es la pauta para evidenciar las intervenciones de enfermería, crear nuevos diagnósticos y formación de nuevas guías de práctica clínica. Está fundamentado en el aprendizaje basado en problemas (ABP), esta técnica demanda la elaboración de una documentación básica, una especie de testamento que se legará, especialmente a aquellos colegas que en un momento dado deban hacer uso de dicha actividad o que acudirá el mismo cuantas veces sea necesario.⁵⁰

6.2 Selección del caso y fuentes de información.

En México el 5.1% tiene una discapacidad, de estos el 39.4 adquirieron una enfermedad⁵¹. La OMS calcula presenta, una magnitud 16.5 millones de mexicanos sufren alguna incapacidad la cual se ve rebasada por 150% más que en el 2010 a la fecha ⁵²; por tal motivo, lo convierte en un problema de salud pública.

⁴⁸ Alonso Trujillo J., Alonso Ricardez A., Valadez Díaz D. Actitud hacia la investigación científica de estudiantes de enfermería. 2015.

⁴⁹ Morán Peña L., Guillen Velasco R. Paradigmas que subyacen en la investigación de enfermería. 2015.

⁵⁰ Sola Ayape C. Aprendizaje Basado en Problemas. 2005.

⁵¹ Instituto Nacional de estadística y Geografía e Informática (INEGI). 2010.

⁵² Estadísticas de discapacidad en México 2016.

A pesar de que los schwannomas son tumores en general benignos, tienen una incidencia 1/100 000 personas estos se presentan en personas jóvenes menores a 30 años dejando efectos devastadores en la familia y la persona. A pesar de que la enfermedad progresa lenta y paulatinamente puede pasar del tinnitus – a la sordera total, alteraciones del equilibrio entre otras. La recuperación es muy lenta, en el transcurso de esta, la persona se ve muy vulnerable al riesgo de infecciones, caídas hasta la pérdida total de algún órgano y en esto lo más susceptible es la vista.

Las intervenciones especializadas benefician de forma importante en la reducción de secuelas de ahí la importancia de la selección del presente caso. Las fuentes de información para el estudio de caso fueron la exploración física, entrevista a los cuidadores primario y el expediente clínico, así como una búsqueda exhaustiva en las bases de datos: Scielo, Redalyc, Pubmed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) donde se encontró la siguiente información al respecto.

6.3 Consideraciones éticas

En las últimas décadas la ética y la deontología se establecieron como ejes de formación de los profesionales de enfermería. Cuando una enfermera cuida a un paciente debe demostrar un sentimiento de empatía. En general la moral de las personas obedece a la convivencia y al orden social, político y económico de un pueblo o de una nación.⁵³ El concepto de la ética profesional, tiene relación con la calidad moral de trabajo, implica el modo de llevar a cabo el quehacer, entrega vocacional, responsabilidad, honestidad intelectual y práctica.

Los valores son todo aquello que permite darle significado a la vida humana, lo que produce estima o admiración, por lo que la fuente principal puede adquirir valores. Ética del vocablo ethos que significa “carácter”, “modo de ser”, es un conjunto de valores que gobierna la conducta individual y colectiva, los cuales los orienta a comportarse de acuerdo con lo que se considera bien.⁵⁴ Hay 15 principios bioéticos de la UNESCO (2008):

- ✓ Dignidad humana y derechos humanos.
- ✓ Beneficio y efectos nocivos.
- ✓ Autonomía y responsabilidad individual.
- ✓ Consentimiento.
- ✓ Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento.
- ✓ Respeto de la vulnerabilidad humana la integridad personal.
- ✓ Privacidad y confidencialidad.
- ✓ Igualdad, justicia y equidad.
- ✓ No discriminación y no estimación.

⁵³ Blasco- León M., Ortiz- Luis R. Ética y valores en enfermería. 2016.

⁵⁴ García V., et al. Aproximaciones a la ética y responsabilidad profesional de Enfermería. 2012.

- ✓ Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo.
- ✓ Solidaridad y cooperación.
- ✓ Responsabilidad social y salud.
- ✓ Aprovechamiento compartido de los beneficios.
- ✓ Protección de la generación futura.
- ✓ Protección del medio ambiente, biosfera y la diversidad.

La biótica es la ciencia encargada del estudio de los aspectos éticos de las ciencias de la vida, así como de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos.

Principio de autonomía.

El principio ético de autonomía se refiere al respeto por los derechos de cada persona a tomar sus propias decisiones. En el campo de la investigación clínica, el principio de autonomía se concreta con la obtención de un consentimiento informado, comprensivo, competente y voluntario de la persona que va a participar en una investigación.⁵⁴

Principio de beneficencia/ No maleficencia

Este principio debe entenderse como la obligación de no hacer daño a las personas que participan en una investigación, en el terreno práctico tratando de maximizar todos los posibles beneficios y previendo las acciones necesarias para minimizar los eventuales riesgos. En la correcta aplicación del principio de beneficencia en la vida práctica, es de máxima relevancia la evaluación riesgo/beneficio que de manera obligatoria debe hacer un comité ético-científico independiente basado en la revisión del protocolo de investigación antes de su ejecución.⁵⁴

Principio de Justicia

Este principio se fundamenta en la equidad de la distribución de los riesgos y beneficios de la investigación.

Los derechos del paciente están establecidos en la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos en el capítulo cuarto. El elemento rector es el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) establece deberes fundamentales: promover la salud y aliviar el sufrimiento. La ética del cuidado está íntimamente relacionada con la enfermería, aunque no es exclusiva de ella.⁵⁵

El Consentimiento informado es un documento que informa al paciente o cuidador primario el procedimiento a realizarse, cómo, cuándo y dónde se realizará, así como los riesgos a los que se expondrá; para la realización de este estudio de caso se informó al cuidador primario sobre el procedimiento de este. (Anexo 1.)

⁵⁵ García Moyano L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. 2012.

7. Presentación del caso.

7.1 Descripción del caso.

Patricia de 27 años, femenina, soltera de religión católica. Ocupación sin especificar, hija mayor de padres campesinos; originaria y residente de Oaxaca, con factores de riesgo, por padre con diabetes, hipertensión arterial sistémica y obesidad.

Inicia su padecimiento con alteración de la audición y vista de un año de evolución; atendida en el sector privado por un Otorrinolaringólogo; con aparente mejoría, sin embargo es referida con el neurólogo; el cual realiza Tomografía Axial Computarizada (TAC) donde se observa masa ocupativa sugestiva de tumor tipo Neurofibromatosis tipo 2 más hidrocefalia; por lo cual es referida al centro de Salud y de ahí al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, con el diagnóstico antes mencionado. A su llegada al servicio de urgencias presenta pérdida de la audición y amaurosis; se realizan TAC observándose imágenes compatibles con schwannoma vestibular bilateral más hidrocefalia. Se realiza resección parcial del tumor y colocación de válvula ventrículo peritoneal; se traslada a recuperación con apoyo ventilatorio en asisto control, con sonda nasogástrica.

Veinte días después se instala traqueostomía y se determina diagnóstico:

Schwannoma vestibular bilateral, Hidrocefalia más sistema de derivación ventrículo peritoneal, (SDVP), Probable Neurofibromatosis Tipo 2.

Actualmente Patricia se encuentra en piso, alerta con amaurosis e hipoacusia, no obedece ordenes, con alteración en nervios craneales bajos, palidez de tegumentos, semihidratados, catéter subclavio derecho permeable, traqueostomía con abundantes secreciones, disfagia, con gastrostomía tolerando dieta, bajos ruidos peristálticos; sonda Foley a derivación, en relación con la actividad motora se encuentra con alteración del equilibrio.

8. Aplicación de Proceso de atención enfermería.

8.2 Valoración focalizada

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Paty con signos vitales de: frecuencia cardiaca de 60 por min., frecuencia respiratoria 18 por min., tensión arterial 100/60 mmHg Glasgow de 14; alerta, pupilas simétricas con respuesta; palidez de tegumentos, traqueostomía con abundantes secreciones. Campos pulmonares, con presencia de estertores, tos productiva y expectoración (secreciones semihemáticas), apoyo con puntas nasales saturando al 97%.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Alteración de nervios craneales bajos, disfagia, con sialorrea, piel tibia semihidratada; petequias cafés en el tronco superior a la altura del pecho; con gastrostomía. Electrolitos con parámetros normales.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Disfagia, con alteraciones en la fuerza de la lengua, alimentada por gastrostomía, con dieta polimérica, reflejo nauseoso disminuido paladar formado blando, con sobre peso (60 kg, 1.50 mts de estatura), IMC 26.6, disfagia, caries, con alteración en los nervios trigémino, facial e hipogloso en sus porciones sensitivas y motoras, Glucosa de 157 mg /dl.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y las excretas.

Paty se encuentra con sonda vesical a derivación, orina de características amarillo claro, olor amoniacal, poliuria (1390 ml en 6 horas); estreñimiento, con bajo ruidos peristálticos.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

Se moviliza con ayuda en cama, refiere dolor de cabeza , parálisis facial, insomnio, la actividad motora de miembros torácicos y pélvicos es de 4/5 mantiene reflejos y sensibilidad.

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.

Amaurosis, nistagmus en ojo izquierdo, pérdida de la audición, presenta afasia motora, no obedece ordenes, el estado emocional no se pudo valorar en el momento, pero se le nota ansiosa e inquieta.

Angustia y ansiedad del cuidador primario por los procedimientos y técnicas realizadas en su familiar (paciente).

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio y apoyo educativo.

7. Prevención de los peligros para la vida.

Presenta factores de riesgo por parte del padre para diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y obesidad, amaurosis e hipoacusia con alteración del equilibrio, catéter venoso central subclavio derecho

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y apoyo educativo

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

Se encuentra hospitalizada con angustia y ansiedad e inquietud y alteración de las funciones mentales superiores (cálculo, razonamiento abstracto, memoria)

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y de apoyo educativo.

8.3 Jerarquización y priorización de problemas

Requisito	Diagnóstico de enfermería	Sistema de enfermería
I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Alerta, hipotensión, traqueostomía con abundantes secreciones campos pulmonares con estertores, tos productiva y expectoración semihemática con apoyo de puntas nasales.	Totalmente compensatorio.
II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	Disfagia, abundante sialorrea, parálisis facial, piel tibia y semihidratada mucosas secas, petequias en tronco superior, gastrostomía.	Totalmente compensatorio.
III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	Disfagia, abundante sialorrea, parálisis facial, alteración de la fuerza de la lengua, reflejo nauseoso disminuido, gastrostomía con dieta polimérica, sobrepeso (IMC 26), alteración de los nervios craneales V, VII, IX, X, XII glucosa de 157 mg/dl. Caries.	Totalmente compensatorio.
IV. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y las excretas.	Poliuria (1399ml en 6 horas), orina amarillo claro, con olor amoniacal, bajos ruidos peristálticos, estreñimiento.	Totalmente compensatorio
V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.	Cefalea (facies de dolor), parálisis facial, insomnio, con falta de equilibrio.	Parcialmente compensatorio.
VI. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.	Amaurosis, hipoacusia, no obedece ordenes, angustia, ansiedad.	Parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.
VII. Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.	Amaurosis hipoacusia, alteración del estado de equilibrio, catéter venoso, sonda Foley.	Totalmente compensatorio y de apoyo educativo.
VIII. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.	Angustia, ansiedad amaurosis e hipoacusia. Cambios de roles familiares.	Totalmente compensatorio y de apoyo educativo.

8.4 Diagnósticos de enfermería.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

- ❖ Inadecuada perfusión cerebral r/c bajo flujo sanguíneo arterial m/p hipotensión 100/60 mmHg
- ❖ Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C daño en la parte superior del punte M/P abundantes secreciones espesas, semihemáticas, sialorrea.
- ❖ Riesgo de perfusión cerebral ineficaz R/C reincidencia tumoral.
- ❖ Riesgo de aspiración R/C falta de fuerza por lesión en el nervio trigémino, facial, glossofaríngeo

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

- ❖ Déficit de volumen líquidos R/C deficiente función endocrina m/p piel tibia semihidratada, mucosas secas, abundante sialorrea, poliuria de 3.75 ml/hr.
- ❖ Riesgo de deshidratación r/c daño del nervio hipogloso

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

- ❖ Deterioro de la deglución R/C alteración de la parte motora y sensitiva del nervio trigémino, facial y glossofaríngeo M/P disfagia, parálisis facial, poca fuerza en la lengua, reflejo nauseoso disminuido.
- ❖ Alteración en el metabolismo de carbohidratos R/C función endocrina anormal M/P hiperglicemias (145 -157mg/dl) e IMC de 26.6 (sobrepeso)
- ❖ Obesidad R/C alteración del metabolismo M/P sobrepeso 60kg (IMC=26.6) y talla 1.50m.
- ❖ Inadecuada higiene bucal R/C falta de conocimiento M/P sialorrea, alitosis, ligera gengivitis.
- ❖ Riesgo de asfixia R/C alteración de la parte motora del nervio glossofaríngeo.

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y las excretas

- ❖ Estreñimiento R/C estancia prolongada en cama M/P dolor y distensión abdominal, una deposición por día.

- ❖ Deficit en aporte de líquidos R/C alteración de la función endocrina m/p poliuria 3.76ml/kg/hr (1399 ml en seis horas) orina amarillo claro con olor amoniacal, piel y mucosas secas.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.

- ❖ Inestabilidad motora R/C alteración del nervio vestibulococlear en la parte vestibular M/P falta de equilibrio.
- ❖ Dolor R/C procedimiento quirúrgico M/P Facies de dolor (EVA 7)
- ❖ Inadecuado descanso R/C alteración del ciclo sueño-vigila y ambiente hospitalario m/p insomnio
- ❖ Riesgo de caída R/C falta de equilibrio y amaurosis

6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.

- ❖ Deterioro de la comunicación R/C lesión del nervio vestibulococlear M/P hipoacusia, afasia y amaurosis.

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

- ❖ Riesgo de caída R/C pérdida de equilibrio, amaurosis.
- ❖ Riesgo de infección R/C catéter venoso central, sonda Foley.
- ❖ Riesgo de deterioro neurológico R/C obstrucción del flujo del líquido cefalorraquídeo.

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

- ❖ Alteración del rol cuidador R/C proceso de enfermedad M/P ansiedad y angustia.
- ❖ Cansancio del cuidador primario r/c falta de información m/p nerviosismo y angustia.
- ❖ Riesgo de abandono del cuidador primario R/C ampliación de las tareas,

Plan de cuidados

Requisito 1: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	
Diagnóstico de Enfermería: Inadecuada perfusión cerebral R/C deficiente flujo sanguíneo arterial M/P hipotensión 100/60 mmHg	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo. Mejorar la perfusión cerebral	
Intervención. Favorecer la perfusión cerebral	
Monitorización neurológica (buscar datos de alteración en el estado de conciencia). Monitorización cardiaca (60 a 100 ml en cada latido) y 4 – 8 li por minuto.) Valoración de la presión arterial. (mantener una presión media entre 80-130mmhg). Posición semifowler. Proporcionar volumen de líquido adecuado.	
Evaluación: Paty logra mantenerse alerta y con la TA en cifras normales 125/80 mmHg.	

Requisito1: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	
Diagnóstico de Enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C daño en la parte superior del punte M/P secreciones espesas, hemáticas y sialorrea.	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo. Contar con un aporte de oxígeno suficiente.	
Intervención. Mantener permeable la vía aérea.	
<ul style="list-style-type: none"> Aspiración de secreciones. Fisioterapia pulmonar Aporte de oxígeno por puntas nasales Posición semifowler y movilidad Valoración de nivel de saturación de oxígeno Auscultación de campos pulmonares Valoración de estudios de gabinete Tener un aporte adecuado de líquidos Valorar condiciones del estoma y cánula Educación para la expectoración Educación al cuidador primario 	
Evaluación: Paty mantuvo las vías aéreas permeables con nivel de oxígeno óptimo (97%), sin alteraciones en el estoma. Se capacito para auto aspiración de la sialorrea.	

Requisito1: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de perfusión cerebral ineficaz R/C reincidencia tumoral.	Sistema de enfermería Educación
Objetivo Mantener informado sobre los signos y síntomas de alarma al cuidador principal.	
Intervención Proporcionar Educación para la salud sobre los signos y síntomas de alarma.	
<ul style="list-style-type: none"> • Educar a Paty y a su cuidador primario en la detección oportuna de signos de alarma como: datos de hidrocefalia normotensa [triada de Hakim (marcha atáxica, incontinencia, alteraciones cognitivas), cefalea, náusea, vómito, diplopía]. • Vigilar datos de deterioro neurológico. • Capacitar en qué hacer en caso de emergencia. (acudir al centro de salud más cercano) 	
Evaluación: El cuidador primario se siente más seguro respecto a su actuar en caso de emergencia y detección de signos de alarma.	

Requisito 1: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de aspiración r/c falta de fuerza por lesión en el nervio trigémino, facial, glossofaríngeo	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo Prevenir aspiración.	
Intervención Mantener la vía área permeable	
<ul style="list-style-type: none"> • Aspiración de secreciones. • Valorar las condiciones del estoma y de la cánula. • Posición semifowler. • Movilidad dentro y fuera de la cama • Ejercicios de Rehabilitación pulmonar. 	
Evaluación: Paty no presento datos de aspiración.	

Requisito 2: Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	
Diagnóstico de Enfermería: Déficit de volumen líquidos R/C deficiente función endocrina M/P piel tibia semihidratada, mucosas secas, abundante sialorrea, poliuria de 3.75 ml/hr.	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo Proporcionar suficientes líquidos.	
Intervención Mantener el volumen líquido óptimo en el cuerpo.	
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia de signos de encefalopatía (cambios en el estado de conciencia, crisis convulsivas) • Mantener una terapia de perfusión óptima. (Vigilar los datos de hipoperfusión: hipotensión, cianosis distal) • Mantener una volemia óptima. (volemia de 60 a 100ml por minuto). • Vigilancia de la función de la vasopresina. (volúmenes y densidad urinarios) • Valoración de los estudios de laboratorio. 	
Evaluación: Los signos de deshidratación de Paty se remitieron.	

Requisito 2: Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de deshidratación r/c daño del nervio hipogloso.	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo Evitar signos de deshidratación.	
Intervención Mantener el volumen líquido óptimo en el cuerpo.	
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de perfusión. (mantener vía intravenosa, vigilancia de efecto de aminos) • Aporte de volúmenes óptimos. (mantener una volemia de 4 a 8 lt en reposo). • Vigilancia de la función de la vasopresina. (volúmenes y densidad urinarios) • Valoración de los estudios de laboratorio. 	
Evaluación: Sin datos de deshidratación	

Requisito 3: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	
Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la deglución R/C alteración de la parte motora y sensitiva del nervio trigémino, facial y glossofaríngeo M/P disfagia, parálisis facial, poca fuerza en la lengua, reflejo nauseoso disminuido.	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo Mejorar la deglución	
Intervención rehabilitación del paracraneal trigémino facial e hipogloso	
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización neurológica (vigilancia del estado de conciencia, vigilar el nivel de funcionamiento de la parte motora y sensitiva de los músculos para la masticación y deglución). • Rehabilitación en las áreas de inervación de los nervios afectados. <ul style="list-style-type: none"> ○ Masaje en el área de musculos maseteros. ○ Colocar compresas de frio-calor. ○ Entrenar a la paciente a tragar y tapan la traqueostomía cuando trague. • Proporcionar dieta establecida. • Posición semifowler. • Valorar estudios de laboratorio. 	
Evaluación: Paty presenta escasos reflejos por lo que continua con dieta por gastrostomía, no presenta signos de desnutrición.	

Requisito 3: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	
Diagnóstico de Enfermería: Alteración en el metabolismo de carbohidratos R/C función endocrina anormal M/P hiperglicemias (145 -157mg/dl) e IMC de 26.6 (sobrepeso).	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo Favorecer una función metabólica estable.	
Intervención Mantener glicemias estables en el organismo.	
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del estado de conciencia. • Vigilancia de la función hipotalámica (vigilar los niveles de función endocrina e hipotalámica sean normales). • Vigilar estudios de laboratorio (química sanguínea, general de orina) y gabinete (resonancia magnética). • Proporcionar una dieta baja en carbohidratos y alta en fibras. • Proporcionar actividad física de acuerdo con su estado de salud. • Aporte suficiente de líquidos. • Educación al cuidador primario en relación con el tipo de dieta que puede consumir. 	
Evaluación: Paty no presenta alteración de estados de conciencia, se mantienen en esta cifra y se le proporciona dieta baja en carbohidratos.	

Requisito 3: Mantenimiento de un aporte suficiente alimentos.	
Diagnóstico de Enfermería: Obesidad R/C alteración del metabolismo M/P sobrepeso (IMC=26) peso 60 kg y talla 1.50 m.	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo Mantener un IMC 18- 24.	
Intervención Proporcionar estado físico saludable.	
<ul style="list-style-type: none"> • Pesarse a la paciente una vez por semana. • Determinar IMC • Ejercitar según el estado de salud. • Proporcionar una dieta baja en carbohidratos. • Proporcionar suficientes líquidos. 	
Evaluación: Paty está alerta, su estado de salud es estable.	

Requisito 3: Mantenimiento de un aporte suficiente alimentos.	
Diagnóstico de Enfermería: inadecuada higiene bucal R/C falta de conocimiento M/P sialorrea, alitosis, ligera gengivitis.	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo proporcional la higiene bucal adecuada.	
Intervención Mantener higiene bucal.	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar técnica correcta de higiene bucal • Vigilar signos de infección en las encías. • Usar enjuague bucal con clorhexidina. • Proporcionar educación para la salud en el área de higiene bucal al cuidador primario. • Enfatizar la visita con el odontólogo. 	
Evaluación: El cuidador primario comprende su importancia de la revisión periódica del odontólogo. Paty sigue presentando caries pero no presenta gingivitis..	

Requisito 3: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de asfixia R/C alteración de la parte motora del nervio glosofaríngeo.	
Objetivo Mantener la vía aérea permeable.	
Intervención Cuidados a la persona con traqueostomía.	
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia del estado de conciencia. • Valorar el nivel de funcionamiento de la parte motora y sensitiva de los músculos para la masticación y deglución). • Rehabilitación en las áreas de inervación de los nervios afectados. • Aspiración de secreciones. • Vigilar las condiciones de la cánula y la estoma. • Valoración neurológica. • Posición semifowler y movilidad. • Mantener actividad peristáltica. 	

Vigiar que residuos gástricos.
Evaluación: Paty no presenta asfixia.

Requisito 4: Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.	
Diagnóstico de Enfermería: Estreñimiento R/C estancia prolongada en cama M/P dolor y distensión abdominal, una deposición por día.	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo Mantenimiento de la motilidad gastrointestinal.	
Intervención Manejo de la motilidad gastrointestinal.	
<ul style="list-style-type: none"> • Masaje marco- cólico. • Aumento de consumo de fibra. • Aumentar el consumo de agua. • Auscultar ruidos peristálticos. • Vigilar distensión abdominal. • Aumentar la actividad, bajar al reposit. 	
Evaluación: Paty regresa a su peristalsis normal y no presenta estreñimiento.	

Requisito 4: Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.	
Diagnóstico de Enfermería: Deficit en aporte de líquidos R/C alteración de la función endocrina m/p poliuria 3.76ml/kg/hr (1399 ml en seis horas) orina amarillo claro con olor amoniacal, piel y mucosas secas.	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo Lograr balance hídrico.	
Intervención Mantener un control de ingresos y egresos adecuado	
<ul style="list-style-type: none"> • Balance de líquidos • Control de líquidos • Reposición de volumen • Vigilancia de densidad urinaria y características macroscópicas de la orina • Valoración de los estudios de gabinete(química sanguínea, urea creatinina, albumina, electrolitos).. • Tener un adecuado aporte de líquidos. • Vigilancia de signos de deshidratación (taquicardia, hipotensión, piel y mucosas secas, sin lagrimeo) 	
Evaluación: Paty regresa a su estado normal de micción con volúmenes de 1000ml por día, desaparece olor amoniacal. Sin datos de deshidratación.	

Requisito 5: Equilibrio entre actividades y descanso.	
Diagnóstico de Enfermería: Inestabilidad motora R/C alteracion del nervio vestibulococlear en la parte vestibular M/P falta de equilibrio.	Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio.
Objetivo Mantener una postura adecuada.	
Intervención. Ayudar a la deambulación.	
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del nervio vestibulo coclear en la parte vestibular. • Mantener un espacio de seguridad. • Promover la deambulación segura. • Proporcionar confort. 	
Evaluación: Paty es llevada con silla de ruedas, ya que aún falta el equilibrio	

Requisito 5: Equilibrio entre actividades y descanso.	
Diagnóstico de Enfermería: Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico M/P facies de dolor (EVA 7).	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo Evitar cefalea.	
Intervención: Proporcionar confort	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar estado de sensibilidad al dolor. • Vigilar datos de infección de la herida. • Administrar analgésico prescrito. • Mantener un ambiente tranquilo. 	
Evaluación: Paty no presenta más dolor.	

Requisito 5: Equilibrio entre actividades y descanso.	
Diagnóstico de Enfermería: Inadecuado descanso R/C alteración del ciclo sueño-vigila y ambiente hospitalario m/p insomnio	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo Ayudar a mejorar su descanso.	
Intervención Mantener un ambiente de confort.	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el sistema activador reticular ascendente. • Proporcionar un ambiente seguro y tranquilo. • Evitar estímulos. • Realizar actividades físicas. 	
Evaluación: Paty empieza a regular su sueño – vigilia.	

Requisito 5: Equilibrio entre actividades y descanso.	
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de caída R/C falta de equilibrio y amaurosis .	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo Evitar lesión por caída.	
Intervención: Proporcionar seguridad.	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado del nervio vestibulo coclear y fuerza motriz en miembros inferiores (escala de Daniels). • Proporcionar un ambiente seguro y ordenado. • Deambular. • Mantener una comunicación efectiva. 	
Evaluación: Paty no presenta ninguna caída.	

Requisito 6: Equilibrio entre soledad y la comunicación social.	
Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la comunicación R/C lesión del nervio vestibulococlear M/P hipoacusia, afasia y amaurosis.	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo Mantener una vía de comunicación.	
Intervención: Mantener un mecanismo de lenguaje.	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado de funciones mentales superiores. • Valoración nivel de comunicación (valorar las funciones mentales superiores). • Propiciar un lenguaje o medio de comunicación. • Proporcionar un ambiente de confort. 	
Evaluación: Paty se comunica con gestos, pero necesitas estar cerca de ella para que la vía de comunicación se establezca.	

Requisito 7: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de caída R/C pérdida de equilibrio y amaurosis.	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo Evitar una lesión por caída.	
Intervención: Proporcionar seguridad	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado de los nervios óptico, toclear, oculomotor, abducen. • Valoración de nervio vestibulo coclear. • Proporcionar un ambiente seguro y ordenado. • Deambular. • Mantener una comunicación efectiva. 	
Evaluación: Paty no presenta ninguna caída.	

Requisito 7: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección R/C catéter venoso central, sonda Foley.	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.
Objetivo Evitar el riesgo de infección	
Intervención: Mantener vías libres de microorganismo patógenos.	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar cuidados al paciente con vía venosa central. ✓ Proporcionar cuidados al paciente con sonda Foley. ✓ Vigilar estudios de gabinete. 	
Evaluación: Paty no presento signos de infección.	

Requisito 7: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de deterioro neurológico R/C alteración del flujo del líquido cefalorraquídeo.	Sistema de enfermería Apoyo educativo.
Objetivo: Evitar deterioro neurológico.	
Intervención: Mantener la función neurológica integra.	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Educar al cuidador primario sobre los signos y síntomas de presión intracraneal: cefalea intensa, vomito en proyectil, alteración en el estado de conciencia e hidrocefalia normotensa (triada de -Hakim). ✓ Dar a conocer alternativas sobre las probables unidades de ayuda para la atención emergente. ✓ Mantener en vigilancia médica periódicamente. 	
Evaluación Se le dan a conocer los signos de alarma, Paty no presentó ningún signo de alarma	

Requisito 8: Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.	
Diagnóstico de Enfermería: Alteración del rol cuidador R/C proceso de enfermedad M/P ansiedad y angustia.	Sistema de enfermería Apoyo educativo.
Objetivo Evitar la angustia al cuidador primario.	
Intervención: Educación, orientación sobre cuidados a brindar	
<ul style="list-style-type: none"> • Educar al cuidador primario y a la familia sobre el cuidado. • Mantener comunicación telefónica. • Proporcionar confianza al cuidador principal. • Recomendar actividades relajantes al cuidador primario. 	
Evaluación: el cuidador primario no se siente angustiado, la familia participa en el cuidado de Paty.	

Requisito 8: Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.	
Diagnóstico de Enfermería: Cansancio del cuidador primario R/C falta de información M/P nerviosismo y angustia.	Sistema de enfermería Apoyo educativo.
Objetivo Mantener libre de angustia al cuidador primario.	
Intervención Proporcionar educación sobre cuidados especializados.	
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar los signos de alarma neurológicos. • Educar al cuidador primario. • Mantener comunicación telefónica. • Proporcionar confianza al cuidador principal. • Recomendar un rol de actividades. 	
Evaluación: el cuidador primario no se siente angustiado.	

Requisito 8: Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.	
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de abandono del cuidador primario R/C ampliación de tareas.	Sistema de enfermería Apoyo educativo.
Objetivo Brindar alternativas de organización.	
Intervención Mantener activos a todos los grupos de apoyo.	
<ul style="list-style-type: none"> • Educar a todos los grupos de apoyo. • Realizar las intervenciones de alta especialidad para todos los grupos de apoyo. • Mantener un clima de confort. • Mantener una comunicación efectiva. • Distribuir las actividades entre los grupos de apoyo. 	
Evaluación: La mamá de Paty, se siente segura con el apoyo que se le brindo en la consultoría, tener unida a la familia la hace sentir segura, además de darle asesorías telefónicas.	

8.6 Evaluación del proceso

Proporcionar cuidados de alta especialidad de enfermería Neurológica, utilizar el modelo de Dorothea Orem; fue primordial para ver realizado el objetivo general, los diagnósticos realizados junto con las intervenciones; ya que disminuyeron la magnitud de la secuela, en este momento Paty se le retiro la gastrostomía, recupero la función motora del nervio trigémino y facial, deambula con ayuda, con menos vértigo.

Paty ocupa un medio de comunicación en el cuál le ayuda a interactuar con las personas, aunque aún presenta afasia; empieza a ser su propio agente de autocuidado, se reintegra a la sociedad, no obstante, sigue en control en el instituto.

El cuidador primario y su familia se benefició con la enseñanza que se le impartió sobre el cuidado de Paty, propiciando una mayor comunicación entre los integrantes, además de otorgarles un plan de alta para tener en cuenta esos aspectos específicos de los cuales ellos, debían tener especial consideración y cuidado.

9. Plan de alta

- ✓ Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.

Aspirar a Paty cada vez que lo necesite, cuando tenga muchas secreciones.

Mantener limpia la traqueostomía, realizando curación diaria.

Los signos de asfixia son: no poder respirar, respira con dificultad, sus uñas de pies y manos, así como labios están morados.

- ✓ Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua y aporte suficiente de alimentos.

Proporcionar agua, alimentos y medicamentos por la sonda de gastrostomía.

Realizar la dieta según indicación del nutriólogo.

- ✓ Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.

Educar a Paty que tiene que hacer del baño antes de ir a acostarse y al despertar.

- ✓ Equilibrio entre actividades y descanso.

Tener un ambiente tranquilo y seguro para descansar.

- ✓ Equilibrio entre soledad y la comunicación social

Hablar fuerte y claro de frente con Paty para que pueda entender.

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

Evitar tener objetos tirados o desacomodados en el suelo.

Evitar tener objetos punzo cortantes cerca de ella.

Evitar tener cosas con las que pueda tropezar o con las que pueda tropezar el cuidador cuando ayuda a deambular.

Estar alerta a los signos de alarma: alteración en el estado de conciencia, cefalea intensa, vomito en proyectil, amaurosis temporal, crisis convulsivas fiebre, dolor de nuca.

Al presentar cualquiera de los datos mencionados; debiera acudir a su hospital más cercano, al convivir con una familia extensa se sugiere limitar el cuidado de la enferma a 2 o 3 personas para evitar errores en el mismo.

- ✓ Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano.

Fomentar los lazos familiares, los cuidadores deben estar atentos a la mejora o signos de alarma que presente.

Platicar con Paty de si ella quiere estar en reuniones familiares.

10. Conclusiones

El desarrollo de intervenciones especializadas reestablecen y minimizar las secuelas y complicaciones causadas por los padecimientos; los cuidados de las especialistas deben reflejarse en la calidad de vida de las personas. El lograr que los usuarios se reintegren a la sociedad y sean agentes de su autocuidado es el objetivo primordial de la realización de un estudio de caso.

Ver reflejado el conocimiento y habilidades adquiridas durante la formación especializada en situaciones específicas y su impacto significativo reconocer el alcance del hacer cotidiano de la enfermería. El suponer a Paty como un ser único permitió potencializar sus posibilidades de recuperación y reintegración a su vida diaria, ocupar un lugar en su familia y adquirir nuevas responsabilidades personales y familiares.

Considero que en la disciplina de enfermería como en la actualidad social se requiere de la profundización de conocimientos y fortalecimiento de principios éticos y bioéticos encaminados al bienestar social, la especialidad de enfermería neurológica permite destacar la ciencia y el humanismo que los profesionales de la salud deben tener.

11. Bibliografía

1. Mura J., Cuevas J., Rojas- Zalazar D., Riquelme F., Luna F., Sariego H. Mariago J. Schwannomas vestibulares: experiencia en el tratamiento quirúrgico de 67 casos en 10 años. Elsevier España. 2015, Neurocirugía, Vol. 5; Núm. 26(6) Pág. :261–267. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neucir.2015.02.005>.
2. Estadísticas de Discapacidad en México. 2016 disponible en: <http://www.ccem.org.mx/statmex>
3. INEGI. México 2010 disponible en: <HTTP://cuéntame.inegi.org.mx/población/discapacidad.aspx?tema=P>
4. Alonso Coello P, Ezquerro Rodríguez O, Fargues García Alamino J, Marzo Castillejo M, Navarra Llorens M, et al. Enfermería basada en evidencia hacia la excelencia de los cuidados. Madrid España. Difusión avances de Enfermería. Primera edición 2004 Pag: 17 Disponible en: <http://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2013/08/EBE.-Hacia-la-excelencia-en-cuidados.pdf>.
5. L. Arribas. Tratamiento no quirúrgico de shwannoma vestibular.2015, Elsevier, España; SLU y Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial, Vol. (\$) Núm. 66 pág:185-191. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otorri.2014.08.003>.
6. Pérez- Grau M., Miro N., Prades J., Vergés J., Lareo S., Roca- Rivas F. Neurofibromatosis tipo 2. Acta Otorrinolaringol Esp. España: Elsevier Doyma; 2010;61(4); Pág:306–311. Disponible en: [file:///C:/Users/las%20muchachas/Downloads/S0001651909001782_S300_es%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/las%20muchachas/Downloads/S0001651909001782_S300_es%20(4).pdf)
7. Fares Y., F. Hadad G., Kanj A., Farhat O. Neurofibromatosis tipo 1 y 2. Revista médica de costa rica y Centroamérica. LXV (583); 2008. pág. 131-137. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/583/art10.pdf>
8. Cordeor Tous N., Román Cutillas A., Jorques Infante A., Olivares Granados G., Suaura Rojas J., Yáñez Velasco B. et al. Hidrocefalia crónica del adulto: diagnóstico, tratamiento y evolución. Estudio prospectivo. Neurocirugía. España 2013; 24(3), pág.: 93-101. Disponible en: [file:///C:/Users/las%20muchachas/Downloads/S1130147312001467_S300_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/las%20muchachas/Downloads/S1130147312001467_S300_es%20(1).pdf).
9. Casas García P. Una visión antropológica de la enfermería en México. México, Miguel Ángel Porrúa, 2009 Pág:27-28-35-51-91-92.

10. Alonso Coello P, Ezquerro Rodríguez O, Fargues García I, García Alamino J, Marzo Castillejo M, Navarra Llorens M, et al. Enfermería basada en evidencia hacia la excelencia de los cuidados. Madrid España. Difusión avances de Enfermería. Primera edición 2004 Pag: 17 Disponible en: <http://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2013/08/EBE.-Hacia-la-excelencia-en-cuidados.pdf>
11. Balan Gleaves C., Franco Orozco M. Teorías y Modelos de Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México. 2009. México, Pág. 38-39.
12. Organización Mundial de Salud. 2015. Disponible en: <http://enfermeria-udlap.blogspot.mx/2015/11/definicion-de-enfermeria-segun-la-oms.html>
13. Valverde C. Enfermería centrada en los significados del paciente: Importancia de la filosofía para la enfermería. Norte de Salud Mental 2007,28. Disponible en: http://www.omeaen.org/NORTE/28/NORTE_28_030-8-15pdf.
14. Enterovic Díaz C., Stiepovich Bertoni J. Enfermería Basada en la Evidencia y la Formación Profesional. Ciencia y Enfermería XVI (3): 2010 pág. 9-14. Disponible: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n3/art_02.pdf.
15. Cutcliffe J., Mckenna H., Hyrkä (N., 2011) (Salud, 2016), K. Modelos de Enfermería. Manual moderno. México, 2010 Pág.: IX, 19, 20
16. Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. España 1994. Mosby pág:3-25;28-35,181-190.
17. Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf. Neurol. Vol. 10 No 3 México, 2011; pág.: 163-167. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
18. Cavanagh J.S. Modelo de Orem. España, 1993. Masson -Salvat. Pág.: 7-34.
19. Prado Solar L, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. Vol. 36 no 6. Matanza. 2014. Pág. 1-11. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
20. Ramírez -Elizondo N. Enfermería basada en la evidencia, una ruta hacia la aplicación en la práctica profesional. Enfermería en costa rica 2011;32 (1) pag.: 89-96. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art7.pdf>
21. Kérouac S. Pepín J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Elsevier Masson. 2007; España. Pág.: 48-56.

22. Urra M. E. avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. Cienc enferm. V.15 no 2. La serena, Chile 2009; pág.: 9-17. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art02.pdf>
23. Kosier B., Err G., Blas K. Conceptos en la práctica de enfermería. McGraw Hill. México, 1995. Pág: 77-93.
24. Santillán García A. Enfermería basada en evidencia: camino a hombros de gigantes. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. Vol. 43. España 2016; pág.: 1-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-enfermeria-basada-evidencias-caminando-hombros-S201352461630006X>.
25. Reina G.; N. C. EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico 2010. Pág:18-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>. Fecha de consulta: 19 de noviembre de 2016.
26. Gonzalez-Darder JM, Pseudo-Martinez JV, Feliu-Tatay R.y Borrás Moreno JM. Tratamiento neuroquirúrgico de los neurinomas del acústico sin indicación de tratamiento con radiocirugía. Neurocirugía (Astur). 2004; 15:439---46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otorri.2014.08.003>
27. Stott C., Albertz N., Aedo C. Neurinoma del acústico (schwannoma vestibular). Chile. 2008. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello; Vol.68: Pág.: 301-308.Disponible: <http://www.scielo.cl/pdf/orl/v68n3/art12.pdf>
28. Gonzalez-Darder JM, Pseudo-Martinez JV, Feliu-Tatay R, Borrás Moreno JM. Tratamiento neuroquirúrgico de los neurinomas del acústico sin indicación de tratamiento con radiocirugía. Neurocirugía (Astur). 2004; 15:439---46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otorri.2014.08.003>
29. Stott C., Albertz N., Aedo C. Neurinoma del acústico (schwanoma vestibular). Chile. 2008. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello; Vol.68: Pág.: 301-308.Disponible: <http://www.scielo.cl/pdf/orl/v68n3/art12.pdf>
30. Sierra – Fonseca J., Vargas- Medrano J., Plenge- Tellechea L. Revisión: Mecanismos moleculares de la neurofibromatosis tipo 2. Tecnociencia. Chihuahua México. 2012 vol. VI núm. 1 Pág:33-48. Disponible en: http://tecnociencia.uach.mx/numeros/v6n1/data/Revision_Mecanismos_moleculares_de_la_neurofibromatosis_tipo_2.pdf
31. Ferrer Y, Hernández Pernía A, Oliva M, Noguera O, Muñoz Cabás D, Ferrer O, Moreau N, Neurofibromatosis bilateral acústica en paciente gestante. Multiciencias 20121291-96. Disponible en: <http://h.redalyc.org/articulo.oa?id=90423275011>. Fecha de consulta: 3 de enero de 2017.

32. García P.S., Pérez C., Gutiérrez C. Alteraciones del líquido cefalorraquídeo y su circulación: hidrocefalia, pseudotumor cerebral y síndrome de baja presión baja. *Medicine*, 2011; 10(71); España; pág.: 4814-4824. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/62/62v10n71a13191286p df001.pdf>.
33. P. Simón R., J. Aminoff M., A. Greenberg D. *Neurología clínica. Hidrocefalia normotensiva*. MC Graw Hill. Lange. México, 2010, Pág.: 53-54.
34. Tortora G., Derrickson B. *Principios de Anatomía y Fisiología. El encéfalo y los nervios craneales*. Ed: Panamericana 11 ava. México. Pág: 481-485.
35. El baúl del radiólogo. Disponible en: <http://www.elbauradiologico.com/2012/09/valvulas-de-derivacion-ventriculo.html>.
36. Luque Oliveros M., Bullón M., Peña, A. LA DISFUNCIÓN DEL SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL: IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS. España, *Enf. Global* núm. 15 2009, pág.: 5 Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/49822/48481> DOI: ISSN
37. Alonso Trujillo J., Alonso Ricárdez A., Valadez Díaz D. Actitud hacia la investigación científica de estudiantes de enfermería. *Cuid arte el arte del cuidado*. México vol. 4 Núm. 7 Año: 2015; Pág:24-34. Disponible en: https://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1CHZL_esMX705MX705&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=estudio%20de%20caso%3A%20metodo%20de%20investigacion%20de%20enfermeria%20mas%20articulo%20cietifico%20mas%202015
38. Morán Peña L., Guillen Velasco R. Paradigmas que subyacen en la investigación de enfermería. *ENEO-UNAM*. México; 2015 Pág.: 3-28. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicaciones/ENEO-UNAMParadigmasEnvestigacionEnfermeria/ENEO-UNAMParadigmasEnvestigacionEnfermeria.pdf>
39. Sola Ayape C. *Aprendizaje Basado en Problemas*. 2015 México; Editorial Trillas jera. Edición Pág :45
40. Blasco- León M., Ortiz- Luis R. Ética y valores en enfermería. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc*. México; 2016. Pág.: 145-149. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162l.pdf>
41. García V., Paredes P., Rivas E. Aproximaciones a la ética y responsabilidad profesional de Enfermería. *Revista Iberoamericana de*

educación e investigación. Chile. (L., La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera., 2012)2012 vol. 2 núm. 4. Pág.: 48-57. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/55/>

42. García Moyano L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. Acta Bioética (Scielo). España. 2012 vol. 21 núm. 2 pág.: 311-317. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v21n2/art17.pdf>

Anexos



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTOS DE CASO CLINICO.

México D.F. A 24 de Noviembre de 2010.

C. Patricia Lara me identifico _____
y _____ con _____ el _____ domicilio
en: Calle Pascuero
2512320 teléfono de casa 5452 02 64 tel.
celular _____.

Declaro que se me ha explicado ampliamente por el estudiante de posgrado en Enfermería en Neurología Elizabeth Vargas Márquez; sobre el estudio de caso el cual se llevara con mi paciente proporcionando orientación y seguimiento durante un año; sobre el cuidado y sobre todo llevando a la práctica los conocimientos adquiridos durante el proceso del posgrado. Así mismo estoy en total acuerdo en colaborar en dicha orientación y seguimiento para la mejora de mi paciente.

Sin prejuicio de las valoraciones que se le realizara a mi paciente declaro tener plena capacidad de conciencia y lucidez, para decidir y aceptar las valoraciones. Y seguimiento por vía telefónica.

Nombre y Firma del paciente

Patricia Lara

Nombre y firma del cuidador primario

José María / Susana María Vargas

Nombre y firma de la Enfermera.

L.E. Elizabeth Vargas Márquez