



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez
Especialidad de Enfermería Neurológica

**Estudio de caso a una persona con Meningioma
Parasagital bajo los requisitos de Doroteha Orem.**

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

PRESENTA: LE. Brenda Fernanda González Zamora

Asesor: M.R.N Rocio Valdez Labastida

Ciudad de México Octubre, 2018





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

1.- Introducción	3
2.- Justificación	4
3.- Objetivo general.....	5
3.1 Objetivo específico.....	5
4.- Fundamentación	6
4.1.- Antecedentes.....	6
5.-Marco conceptual.....	8
5.1 Conceptualización de enfermería.....	8
5.2.- Paradigmas.....	10
5.3 Teorías de enfermería.....	16
5.4 Proceso de atención de enfermería	20
5.5 Patología.....	24
6.- Metodología	32
6.1 Estrategias de investigación	32
6.2 Selección de caso y fuentes de información	32
6.3 Consideraciones éticas	33
7.- Presentación del caso.....	37
7.1 Descripción del caso	37
8.- Aplicación del proceso de enfermería.....	38
8.1 Valoración.....	38
8.2 Jerarquización y priorización de problemas	40
8.3 Diagnóstico de enfermería	42
8.4 Planeación, ejecución y evaluación de los cuidados.....	44
8.5 Evaluación del proceso	60
9.-Plan de alta	61
10.- Conclusiones	63
11.- Referencias Bibliográficas.....	64
12.-Anexos	68

1.- Introducción

Las enfermedades neurológicas son un problema de gran magnitud y trascendencia, la detección y tratamiento oportuno son determinantes para establecer cuidados de enfermería y una adecuada línea de acciones que garanticen calidad de vida. Los **meningiomas** son neoplasias primarias del sistema nervioso central, que tienen su origen en las células meningoteliales representan el tipo más común de tumor cerebral de localización extra axial.¹ aproximadamente el 95 % de estos tumores son intracraneales, y de estos, 90% son supratentoriales. El 90% de los meningiomas son benignos y tienen una baja tasa de recurrencia (7-20%), comparados con los de naturaleza atípica (frecuencia de 4.7-7.2%) y maligna (frecuencia de 1-2.8%), cuyos porcentajes de recurrencia se encuentran en 40% y 50-80% respectivamente.²

Es importante enfatizar que cuando se presenta esta enfermedad en una persona la atención debe realizarse en instituciones de **alta especialidad** ya que su tratamiento y cuidado terapéutico requieren de competencias especializadas.

El estudio de caso permite evidenciar las experiencias derivadas de la práctica asistencial y establecer un plan de intervención a una persona con diagnóstico médico de meningioma parasagital así como apoyo formativo de profesionales de salud en la alta especialidad; Conforme al perfil del especialista en enfermería, el razonamiento clínico, es la forma de estructurar el pensamiento como un proceso que es la base para la toma de decisiones y para promover la conjunción del conocimiento, la experiencia y la intuición. La construcción de esta forma de **pensamiento crítico** además de ser una herramienta fundamental para la planeación de los cuidados, es una manera de razonamiento útil para el trabajo que realizamos diariamente en los hospitales.³

La relación de cuidado que se realizó para este trabajo es un proceso de atención integral que incluye los aspectos físicos, emocionales, de comunicación y espirituales, y se sustenta en la individualización de los cuidados cuyos ejes principales son la construcción de una relación de confianza y seguridad para obtener el vínculo enfermera-paciente y como resultado el fomento de la autonomía de la persona.

2.- Justificación

El creciente aumento de las expectativas de vida en la población constituye un gran desafío para la medicina actual. La atención de las enfermedades neurológicas tienen un fuerte impacto a nivel personal, familiar y social por la discapacidad que producen a corto y a largo plazo; La necesidad de mitigar los efectos y ayudar a vivir con ellos tanto en la fase aguda como en la crónica obliga al profesional de enfermería a direccionar sus cuidados hacia el afrontamiento de circunstancias que incluya además de la excelencia clínica, las necesidades espirituales y emocionales en las que la tecnología, la ciencia y la ética están al servicio del cuidado humanizado.

El término “meningioma” ha sido utilizado para designar al conjunto de tumores propios de las membranas meníngeas del cerebro y de la espina dorsal, se cree tienen un origen común derivado de las capas más externas de las células aracnoides. La **incidencia anual** ajustada con base en la edad es de aproximadamente 4.52 por cada 100,000 habitantes. La incidencia de los meningiomas se incrementa con la edad y la mayoría son diagnosticados en adultos, aumentando significativamente a partir de los 35 años de edad con un pico de incidencia entre la cuarta y sexta década de la vida y no son frecuentes en los pacientes pediátricos (2%). Predomina en el sexo femenino (2:1 en meningiomas intracraneales, 10:1 en meningiomas espinales) y en la raza negra. El 98,6% de los tumores son benignos y de grado 1.⁴

Para las personas con padecimientos de este tipo es importante el establecimiento oportuno del diagnóstico, así como el tratamiento y el plan de intervención especializado dirigido hacia la atención y cuidados de los requerimientos durante las fases agudas y de recuperación de este. Por esta razón como enfermeras especialistas ofrecer cuidados oportunos basados en evidencia favorece la recuperación de las personas afectadas, así como la actitud reflexiva e indagadora del profesional de la salud en situaciones problemáticas específicamente para favorecer la conciencia de la complejidad, la individualidad y la especificidad que el cuidado neurológico demanda⁵.

3.- Objetivo general

Realizar un estudio de caso a una persona con Meningioma parasagital a partir de un plan de intervenciones especializadas para favorecer su recuperación y prevenir complicaciones con base en el modelo teórico de Dorothea Orem.

3.1 Objetivo específico

Brindar cuidados especializados favoreciendo su reincorporación a la vida diaria, manteniendo su calidad de vida.

Elaborar un plan de alta para reducir potenciales complicaciones por un cuidado inadecuado en el hogar.

4.- Fundamentación casos de enfermería

4.1.- Antecedentes

Para establecer las bases del presente estudio de caso se llevó a cabo una búsqueda y análisis de información respecto al padecimiento de la cual cabe resaltar un artículo de revisión de Alegría, M. publicado en el año 2017 en La Revista Mexicana Del Seguro Social donde concluye que el meningioma es el más común de los tumores primarios del sistema nervioso central y se basan en el **diagnóstico** temprano, así como en la “incidencia oportuna sobre los **factores de riesgo** conocidos y aquellos nuevos que se han evidenciado, principalmente los que implican el estilo de vida”. Resalta que el reconocimiento de estos factores de riesgo son de vital importancia para facilitar al profesional de la salud el establecimiento de un diagnóstico y referir a un paciente para ofrecerle una mejor supervivencia, así como un mejor tratamiento.⁶ (Anexo 1).

Anaya, G. y colaboradores en el 2016 publicaron un artículo en la Revista Mexicana de Cirugía donde realizó un seguimiento de 20 años a personas con diagnóstico histopatológico de neoplasia de sistema nervioso central del año 1993 al 2013 en un hospital de la Ciudad de México, agrupándolos conforme a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2007, es decir, por la caracterización del grupo etario, sexo y localización anatómica. De la muestra obtenida (511): 292 mujeres y 219 hombres con una razón 1.3: 1, con una media de edad de 49.3 años. Los tumores con mayor prevalencia fueron los de meninges 171 (33%), seguido por los neuroepiteliales 121 (24%). En pacientes pediátricos, el astrocitoma fue el **tumor de mayor prevalencia**, mientras que en mayores de 20 años fue el meningioma; la localización supratentorial fue la de mayor involucro⁷ (Anexo 2)

En cuanto al **tratamiento** y **recurrencia** Parera, I. menciona en su artículo publicado en el 2016 en el cual realizó una revisión bibliográfica extensa y actualizada con el objetivo de favorecer el mejor abordaje de esta patología. Refiere que “Los meningiomas son tumores extra axiales originados a partir de las células de la aracnoides y representan el 36,4% de los tumores primarios intracraneanos los cuales pueden ser incidentales, pequeños y de lento crecimiento, o masas extensas y/o de crecimiento progresivo. La neurocirugía y el grado de resección son el pilar del tratamiento y el predictor de progresión.⁸(Anexo 3)

Sánchez, Á. 2010 publica en la revista médica MD un estudio de caso sobre una mujer de 54 años originaria de Tápala Jalisco, hipertensa con evolución de 8 años,

con antecedentes de crisis epilépticas tónico clónico generalizada complejas presenta hemiparesia corporal izquierda proporcionada 4+/5, tono conservado, sensibilidad respetada, reflejos osteotendinosos con hiperreflexia generalizada 3/2. Signos vitales estables recién diagnosticada con meningioma por medio de tomografía axial computarizada. Simple. Sánchez, describe a los meningiomas como uno de los **tumores primarios** intracraneales benignos más comunes. Su **clínica** en la mayoría de las veces resulta insidiosa, debido a su crecimiento lento, y se da principalmente por su efecto de masa sobre las estructuras cerebrales y su localización en zonas elocuentes de la corteza cerebral.⁹ (Anexo 4)

En el artículo original de Zuren, M. 2004 publicado en la Revista Mexicana de Neurociencia realizó un seguimiento de 39 pacientes operados con el diagnóstico de meningioma intracraneal analizando las variables: edad, sexo, signos y síntomas, estudios de imagen, topografía lesional, grados de recesión tumoral y complicaciones refiere que la forma de presentación más frecuente fue el **déficit motor** asociado o no a crisis epilépticas. hace énfasis en que el **diagnóstico** precoz de una masa intracerebral es de pronóstico favorable para el paciente redituando mejores resultados en las cirugías endocraneanas, otro punto importante que concluye Matutes, es que la mayoría de los meningiomas se pueden resear en forma completa a excepción de los del seno cavernoso, los de 1/3 interno del ala del esfenoides con invasión carotidea, petroclivales, parasagitales con invasión del seno sagital y meningiomas en placa. En estos casos la **resección** completa del meningioma es imposible y la recurrencia se produce en aproximadamente el 70% de los pacientes con resección subtotal y deben tener un seguimiento clínico de por lo menos 15 años.¹⁰ (Anexo 5)

En relación a la **incidencia del déficit neurológico** postoperatorio un estudio de caso publicado en la por Rico, V. 2004 en la Revista de Salud Militar. plantea el caso de un piloto militar de 41 años de edad el cual desarrolló un tumor frontal que le provocó dos episodios de crisis tónico-clónicas generalizadas y la pérdida momentánea de conciencia en cada episodio. Después de someterse a tratamiento quirúrgico y tras varias pruebas es declarado apto para seguir ejerciendo como piloto aviador. Rico. concluye que el déficit neurológico post quirúrgico “varía entre el 2 y el 30%”, y depende fundamentalmente de la localización del tumor y de la extensión de la resección. La **mortalidad** varía ampliamente entre una serie y otra; sin embargo, podemos identificar los factores asociados a un aumento de la mortalidad.¹¹(Anexo 6)

5.-Marco conceptual

5.1 Conceptualización de enfermería

La palabra enfermería deriva del latín *infirmus*, se podría decir que es tan antigua como la humanidad. Las diferentes **definiciones de enfermería** se deben interpretar y tienen sentido si se analizan a través del periodo histórico y de desarrollo por el que se atraviesa.

En un inicio la enfermería fue concebida como un conjunto de técnicas subordinadas a la medicina, como un servicio humano compasivo o una simple vocación aprendida. La primera que conceptualizó a la enfermería como una profesión independiente de la medicina y con metas propias fue Florence **Nightingale**. Pero lamentablemente la evolución de enfermería cambió de rumbo y las directrices de Florence se eclipsaron colocando a la enfermería como algo sumiso a la medicina sin identidad propia con un cuerpo de conocimientos no estructurado representado por el aprendizaje repetitivo. En 1960 Virginia **Henderson** definió a la enfermería como *“la asistencia o cuidado al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la recuperación de la misma (o a una muerte digna), y que las podría ejecutar el paciente por sí mismo si tuviera la capacidad, el deseo y el conocimiento”*.

En 1986, Ida **Orlando** plantea que la enfermería es *“brindar la ayuda que el paciente necesite para satisfacer las necesidades que se requieran para que su bienestar físico y mental sea asegurado”*. En 1988 **Watson** sugiere que enfermería es un concepto dinámico y cambiante. *“Es el conocimiento, valores, filosofía, dedicación y acciones relacionadas con las transacciones y subjetividad del cuidado humano. Como tal el cuidado es el ideal moral de enfermería y consiste en el intento transpersonal de proteger transformar y preservar la dignidad de la persona ayudándola a encontrar sentido a la existencia aun en el sufrimiento y aumentar su autoconocimiento, control y bienestar con sentido de armonía interna a pesar de las circunstancias externas”*.

A finales de siglo XX Margaret **Newman** conceptualizó a la enfermería como *“el estudio del cuidado de la experiencia de la salud de los humanos”*. Entendiendo la experiencia de salud como una expansión de la conciencia que en última instancia debe conducir a una mayor comprensión de la situación de salud y a un aumento del autodesarrollo.

Actualmente la enfermería se considera una disciplina profesional en donde el contacto humano es la raíz que sostiene su base teórico-práctico y la humanización puede ser sometida a diferentes cuestionamientos provocando el disenso en su unificación conceptual.¹² el Consejo Internacional de Enfermería (**CIE**) establece que “La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas”. Refiere también, que las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud, en la gestión de los pacientes en los sistemas de salud y la formación.¹³

La **OMS** menciona que 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 circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal*”.¹⁴ no obstante la base filosófica para la realización de este trabajo esta planteada por Dorotea **Orem** en 1971 la cual definió los cuidados de enfermería como “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta”.¹⁵

5.2.- Paradigmas

Las grandes corrientes del pensamientos o maneras de ver y comprender el mundo en la enfermería se plantean a partir de 3 paradigmas; estos establecen la influencia de las formas de pensar y conceptualizar a la disciplina y tienen como base los trabajos de Newman, Sime y Corcoran (1991). los paradigmas se clasifican en paradigma de la categorización, paradigma de la integración y paradigma de la transformación.

El paradigma de la **CATEGORIZACIÓN** se describe como lineal y unicausal y los fenómenos son divisibles en categorías o grupos y en la antigüedad inspiro a la disciplina enfermera una rama orientada a salud pública por ejemplo son ideales que influyeron a Nightingale focalizando a la persona y otra orientada a la enfermedad focalizando a la práctica médica.

Sin embargo, la disciplina de enfermería actualmente ha considerado a la persona en su globalidad en su interacción con el entorno lo cual engloba al paradigma de la **INTEGRACIÓN** donde se prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos de un contexto específico en enfermería. los conceptos que definen este contexto es persona, salud, cuidado, entorno. Y el paradigma de la **TRANSFORMACIÓN** se orienta hacia la globalización y viene determinado por la manera en que la gente se mueve a nivel planetario y sus concepciones culturales sobre la salud¹⁶.

Según las bases filosóficas y científicas las concepciones de la disciplina enfermera se agrupan en **6 escuelas** que surgen a partir de paradigmas derivados de las grandes corrientes del pensamiento; al paradigma de la categorización pertenecen la *filosofía de Nightingale*; En el paradigma de integración se identifican cuatro escuelas: escuela de las **necesidades**, de la **interacción**, de los **efectos deseados** y de la **promoción de la salud**, todas orientadas hacia la persona; mientras que del paradigma de la transformación solo dos: la escuelas del ser **humano unitario** y del **caring** caracterizados por una apertura hacia el mundo en equilibrio con las esferas biopsicosociales del hombre.

Las bases filosóficas y teóricas de la enfermería permiten orientar la práctica y proporcionan una perspectiva de la disciplina; en este sentido definir los elementos básicos de la disciplina es la parte medular del hacer del profesional de la enfermería; por lo tanto y siguiendo este sentido **un meta paradigma** en su sentido etimológico significa "más allá del modelo "lo cual explica que un Meta paradigma en enfermería este constituido por 4 elementos: **persona, el entorno, la salud y el cuidado.**¹⁷

En las siguientes tablas se destacan las definiciones de los 4 elementos básicos de mayor significancia para la práctica de enfermería según las diferentes escuelas:

Tabla 1 los 4 elementos básicos de enfermería según las diferentes escuelas

Escuela de los efectos deseables				
Teórica	Cuidado	Persona	Salud	Entorno
C. Roy 1971 Modelo de adaptación	Ciencia y práctica de la adaptación de la persona que evalúa los factores que influyen en reintegración valorando factores en base a estímulos focales contextuales y residuales	Sistema adaptativo que tiene mecanismos reguladores y cognoscitivos Ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno	Estado y proceso de ser o llegar a ser una persona integral y unificada	Todas la situaciones, circunstancias e influencias susceptibles que afecta el desarrollo y comportamiento de un grupo de personas

Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A. Grandes Corrientes Del Pensamiento Capitulo 1, En: El Pensamiento Enfermero. Edit. Masson. (2005. Barcelona España.Pp.1-21

Tabla 1. los 4 elementos básicos de enfermería según las diferentes escuelas

Escuela de los efectos deseables				
Teórica	Cuidado	Persona	Salud	Entorno
B. Neuman 1975 Modelo de sistemas	Interacción que se orienta hacia la integridad de la persona por todas sus variables que tienen un efecto sobre la respuesta de la persona.	Ser fisiológico y psicológico socio cultural y espiritual capaz de desarrollarse en un todo integral	Estado dinámico de bienestar que está determinado por variables fisiológicas psicológicas y espirituales relacionadas con el desarrollo	Entorno interno y externo causantes de trazar variables que intervienen en la salud de la persona

Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A. (2005). Grandes Corrientes Del Pensamiento Capitulo 1, En: El Pensamiento Enfermero. Edit. Masson. Barcelona España.Pp.1-21

Tabla 1.2 los 4 elementos básicos de enfermería según las diferentes escuelas

Escuela de la interacción				
Teórica	Cuidado	Persona	Salud	Entorno
Hildegard Peplau 1952 Teoría psicodinámica de la Enfermería:	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 en 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

Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A. (2005). Grandes Corrientes Del Pensamiento Capitulo 1, En: El Pensamiento Enfermero. Edit. Masson. Barcelona España. Pp.1-21

Tabla 1.3 los 4 elementos básicos de enfermería según las diferentes escuelas

Escuela de la interacción				
Teórica	Cuidado	persona	Salud	Entorno
Ida Orlando 1962 Teoría del proceso deliberativo de enfermería	Interacción entre la enfermera y la persona que tiene una necesidad de ayuda, proceso que pide a la persona validar su necesidad con fin de mejorar su salud	Organismo capaz de desarrollarse sujeto a necesidades y que está bajo la supervisión médica	Sentimiento de competencia y de bienestar comodidad física y mental	Tiempo y espacio es decir contexto que rodea la situación de los cuidados enfermeros

Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A. (2005). Grandes Corrientes Del Pensamiento Capitulo 1, En: El Pensamiento Enfermero. Edit. Masson. Barcelona España. Pp.1-21

Tabla 1.4 los 4 elementos básicos de enfermería según las diferentes escuelas

Escuela de las necesidades				
Teórica	Cuidado	Persona	Salud	Entorno
Virginia Henderson 1955 Modelo de las 14 necesidades	Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por si misma con el fin de conservar o restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales	Ser biológico, psicológico y social que tiende a la independencia de sus 14 necesidades fundamentales	Capacidad de actuar de forma independiente en relación las 14 necesidades fundamentales	Factores externos que actúan de forma positiva o negativa

Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A. (2005). Grandes Corrientes Del Pensamiento Capitulo 1, En: El Pensamiento Enfermero. Edit. Masson. Barcelona España. Pp.1-21

Tabla 1.5 los 4 elementos básicos de enfermería según las diferentes escuelas

Escuela de la promoción a la salud				
Teórica	Cuidado	persona	salud	entorno
Moyra allen	Ciencia que promueve las interacciones de la salud y la respuesta profesional en la búsqueda natural de una vida sana	Familia y participante activo de una familia o grupo social capaz de aprender de su experiencia	contexto social que reafirma los atributos interpersonales	Contexto social en el que se efectúa el aprendizaje

Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A. (2005). Grandes Corrientes Del Pensamiento Capitulo 1, En: El Pensamiento Enfermero. Edit. Masson. Barcelona España. Pp.1-21

Tabla 1.5 los 4 elementos básicos de enfermería según las diferentes escuelas

Escuela del ser humano unitario				
teórica	Cuidado	persona	Salud	Entorno
Margaret Newman la teoría de la salud como expansión de la conciencia.	Ciencia que favorece la expansión de la conciencia creando una relación mutua entre la persona y la enfermera	Conciencia de la intersección entre el movimiento el tiempo y el espacio	Evolución o expansión de la conciencia	Campo de energía que tiene los límites espaciales o temporales comunes con el universo y que evoluciona hacia una complejidad

Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A. (2005). Grandes Corrientes Del Pensamiento Capitulo 1, En: El Pensamiento Enfermero. Edit. Masson. Barcelona España. Pp.1-21

Tabla 1.6 los 4 elementos básicos de enfermería según las diferentes escuelas

Escuela de caring				
teórica	Cuidado	persona	Salud	Entorno
M. Leininger 1978 Enfermería transcultural,	Ciencia y arte humanista, aprendidos centrados en los comportamientos o las funciones y los procesos de cuidados personalizados	Ser cultural que ha sobrevivido al tiempo y al espacio	Creencias valores y formas de actuar reconocidas culturalmente	Elementos contextuales en los que se encuentran los individuos

Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A. (2005). Grandes Corrientes Del Pensamiento Capitulo 1, En: El Pensamiento Enfermero. Edit. Masson. Barcelona España. Pp.1-21

Las definiciones de los metaparadigmas en enfermería planteadas por **Dorothea Orem** serán los conceptos que guíen el presente estudio de caso:

Persona: Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como el bienestar que tiene una persona.

Enfermería: lo define como un servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar es proporcional a las personas y/o grupos de asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Entorno: Es un conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.¹⁸

5.3 Teorías de enfermería

La necesidad de las enfermeras por clarificar su especificidad, establecer identidad y definir su razón de ser ha motivado a las teorizadoras a analizar las propuestas filosóficas y teóricas del concepto de la enfermería y elaborar **modelos y teorías** conceptuales para su profesión; Estos modelos conceptuales sirven de **guía y orientación** para la práctica, formación, investigación y gestión de los cuidados enfermeros, estos modelos sirven también para recibir los elementos presenciales en la formación de las enfermeras y medir los resultados que se esperan de cada uno de sus cuidados.¹⁹

Las teorías de enfermería reflejan la riqueza del pensamiento enfermero que está continuamente en evolución y se construyen a través de la comprobación de los modelos conceptuales que proponen distintas maneras de pensar en la enfermería y de tratar los amplios conceptos del metaparadigma que son fundamentales para su significado como disciplina respondiendo a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la **calidad y cantidad de cuidados** para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad.²⁰

Ejemplos clave de modelos son el de Calixta Roy, Margory Gordon, Virginia Henderson y **Dorothea Orem**.

Callista Roy propone la teoría de sistema de adaptación con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales:

- a. Paciente: persona que recibe los cuidados enfermeros
- b. Meta de la enfermería (que se adapte el cambio)
- c. Salud
- d. Entorno
- e. Dirección de las actividades enfermeras (que facilitan la adaptación)

Todos los elementos están relacionados entre sí. Los sistemas, **los mecanismos de frotación y los modos de adaptación** son utilizados para tratar estos elementos. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno. La persona es un

sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida.

El modelo establece cuatro modos de adaptación:

- a. Modo fisiológico y físico de adaptación
- b. Modo de adaptación del auto-concepto
- c. Modo de adaptación de función del rol
- d. Modo de adaptación de la interdependencia²¹

M. Gordon con sus **Patrones Funcionales** (1982). Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.²² La utilización de los Patrones, permite una valoración enfermera **sistemática** y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera

Tabla 2 patrones funcionales de Margori Gordon

Patrones funcionales de Margori Gordon		
<p>Patrón 1: <i>Percepción - manejo de la salud,</i> Patrón 2: <i>Nutricional – metabólico,</i> Patrón 3: <i>Eliminación,</i> Patrón 4: <i>Actividad – ejercicio</i></p>	<p>Patrón 5: <i>Sueño – descanso,</i> Patrón 6: <i>Cognitivo – perceptual,</i> Patrón 7: <i>Autopercepción - auto concepto,</i> Patrón 8: <i>Rol – relaciones,</i></p>	<p>Patrón 9: <i>Sexualidad – reproducción</i> Patrón 10: <i>Adaptación - tolerancia al estrés</i> Patrón 11: <i>Valores – creencias.</i>²³</p>

Luis Rodrigo M T(200). Modelos conceptuales enfermeros segunda edición. Editorial Masson Barcelona España 29-41

Otro de los Modelos más utilizados debido a su adecuación a los criterios descritos, es el definido por la Dra. **Virginia Henderson**.

Este Modelo Conceptual se fundamenta en la capacidad de la persona en mantener la independencia en las **14 necesidades fundamentales**.²⁴

Tabla 3 14 Necesidades Fundamentales

14 necesidades fundamentales		
<p>1.-Respiración y circulación.</p> <p>2.-Nutrición e hidratación.</p> <p>3.-Eliminación de los productos de desecho del organismo.</p> <p>4.-Moverse y mantener una postura adecuada.</p> <p>5.-Sueño y descanso.</p>	<p>6.-Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.</p> <p>7.-Termorregulación.</p> <p>8.-Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.</p> <p>9.-Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).</p>	<p>10.-Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones.</p> <p>11.-Creencias y valores personales.</p> <p>12.-Trabajar y sentirse realizado.</p> <p>13.-Participar en actividades recreativas</p> <p>14.-Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.</p>

Irigibel-Uriz, Xabier. (2007). Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson. *Index de Enfermería*, 16(57), 55-59

No obstante, para la elaboración de este trabajo se tomó como base la teoría de **Dorothea Orem** por que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar atención de calidad, considera la relación del binomio salud-enfermedad y proporciona un marco conceptual estableciendo una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona

Dorothea Elizabeth **Orem** (1914-2007) desarrolló una teoría general de enfermería, que integra tres teorías: **la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería**. Orem define al autocuidado como “conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, la salud y el bienestar”²⁵.

La búsqueda de Orem consistió en comprender la naturaleza de la enfermería a finales de los 50”s respondiendo tres preguntas: ¿Qué hacen y que deberían hacer las enfermeras como profesionales de la enfermería?, ¿Por qué hacen las enfermeras lo que hacen? y ¿Cuáles son los resultados de las intervenciones de

enfermería?, derivándose de ellas conceptos elementales, que son su centro de partida, dentro de los cuales mencionaremos:

1) El agente de autocuidado propio:

Que se refiere a la propia persona, capaz de aprender y cubrir sus necesidades de autocuidado.

2) El agente de autocuidado al dependiente:

Aquella que brinda el cuidado a otra, y que representa algo importante para ella.

3) El agente o agencia de autocuidado terapéutico:

Es un profesional o una organización de enfermería.

El modelo de OREM está basado en los requisitos de autocuidado, los cuales constituyen una parte esencial de la valoración del paciente. En 1991 identifiqué 8 actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independiente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo, o entorno ambiental de un individuo²⁶; estas actividades son llamadas requisitos de autocuidado universal. El término requisito se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos
5. Mantenimiento entre el equilibrio entre la actividad y el reposo
6. Mantenimiento entre el equilibrio entre la soledad y la interacción social
7. Prevención de peligros para la vida, e funcionamiento humano, el bienestar humano
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

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida, y son tareas esenciales que un individuo debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo. Hay dos tipos más de requisitos de autocuidado los de desarrollo y desviación a la salud. Los autocuidados para los individuos sanos pueden contemplarse del equilibrio entre varios factores, por lo cual el individuo debe tener la capacidad de satisfacer o cubrir las demandas de autocuidado que se hacen en la vida diaria. Esa idea de equilibrio entre las demandas y actividades es entrar en el modelo de Orem no son a nivel conceptual sino también en término del cuidado práctico de los pacientes.²⁷

La teoría de los sistemas de enfermería habla del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo

Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto, el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.

Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Ejemplo 1. Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente. 2. Paciente encamado con reposo absoluto

Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente, la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.²⁸

5.5 Proceso de atención de enfermería

Toda ciencia ha crecido gracias a las investigaciones propias de cada una; la mayoría de éstas se apoya en métodos que sirven para guiar cualquier aspecto que se requiera desarrollar, concerniente a la disciplina de enfermería; el Proceso de Atención Enfermero (**PAE**) es el método que se utiliza para guiar a los profesionales de salud en el tratamiento del cuidado.²⁹

El nacimiento del proceso de enfermería es el resultado de los esfuerzos de la reflexión que distintas teóricas hicieron a partir de la década de los 50 para resolver cuestiones como la identificación del objeto de estudio, la naturaleza o importancia de los cuidados enfermeros este tiene sus **orígenes** cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso por Hall, Johnson, Orlando y Wiedenbach en el año 1963, considerando un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); En 1967 Yura y Walsh, establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación); y para la década de los 70s Bloch, Roy, Aspinall y algunos autores más, establecieron las cinco etapas actuales al añadir la etapa diagnóstica.³⁰

La investigación por el profesional de enfermería es relativamente joven; inicia en los 80s a pesar de que en la década de los 70 aparecen las primeras teorías en donde sobresalen las estadounidenses, canadienses e inglesas; abordan temas esenciales para la práctica de enfermería y su objetivo es el cuidado, el autocuidado y la visión holística del mismo acercándose prácticamente a la epistemología de las ciencias de enfermería mediante teorías establecidas que sustentan la razón para apoyar sus objetivos.³¹

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las **5 etapas** se superponen.

Tabla 3.1 Etapas del proceso de atención de enfermería

Las etapas del proceso atención de enfermería	
Valoración	Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente.
Diagnóstico	<p>Es un enunciado del problema real o de bienestar o de riesgo del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico pueden seguirse dos métodos de estructura para realizarlos, el formato NANDA o el formato PESS</p> <p>El formato tipo PESS se divide de la siguiente forma:</p> <p>P: problema: Identifica la respuesta humana de la persona si como la alteración real o potencial de la misma</p> <p>E: etiología: Establece los factores que influyen en relación a la salud e indica la percepción de la enfermería de los factores causales y permite flexibilidad y explotación puede estar influido por factores ambientales sociológicos espirituales fisiológicos</p> <p>SS: signos y síntomas: Los signos son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico del paciente, a diferencia de los síntomas, que son elementos subjetivos, señales percibidas únicamente por el paciente como, por ejemplo, el dolor, la debilidad y el mareo.</p>
Planificación	<p>En esta fase se pretende establecer prioridades en los cuidados que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados esto mediante la elaboración de intervenciones y acciones mediante la siguiente estrategia. Se realiza el diseño de las intervenciones.</p> <p>Intervención: <i>Se refiere a dar respuesta a la pregunta ¿Qué se va a hacer? Bajo la influencia de un objetivo general.</i></p> <p>Acción: <i>Es la respuesta de tareas mediante las cuales se dará solución a la pregunta de la intervención para lograr así el cumplimiento del objetivo principal.</i></p> <p>De igual manera se elabora el planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados</p>
Ejecución	Se pone en práctica el plan de cuidados elaborado
Evaluación	Comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados

En la actualidad existen otras herramientas metodológicas que sirven como guía en la implementación de los cuidados enfermeros, por ejemplo

Guías de práctica clínica: son un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión de evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria³².

PLACES: Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del enfermo, los resultados que se esperan, intervenciones y acciones, así como la evaluación de todos los cuidados.³³

Modelos de atención: proponen distintas maneras de pensar en la enfermería y se planearon para servir como guía en la planeación de los cuidados

NANDA- North American Nursing Diagnosis Association: Es una fuerza global para el desarrollo y uso de terminología estandarizada de enfermería para garantizar la seguridad del paciente a través de la atención basada en la evidencia, mejorando así la atención de la salud de todas las personas.

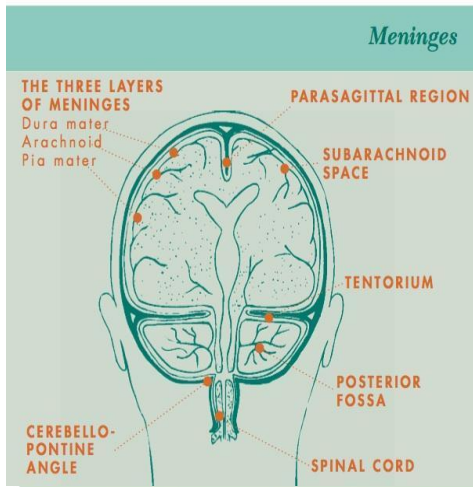
Utilizado para codificar entornos de enfermería. Se organiza entre 13 jerarquías diferentes y contiene 206 diagnósticos.

NIC- Nursing Interventions Classification o Clasificación de Objetivos Enfermeros: Recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin. La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería. Sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación

NOC- Nursing Outcomes Classification: Incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. Su contenido favorece la optimización de la información para la evaluación de la efectividad de los cuidados enfermeros complementándose con la información aportada a través de otras clasificaciones.³⁴

5.6 Patología

Meningioma parasagital

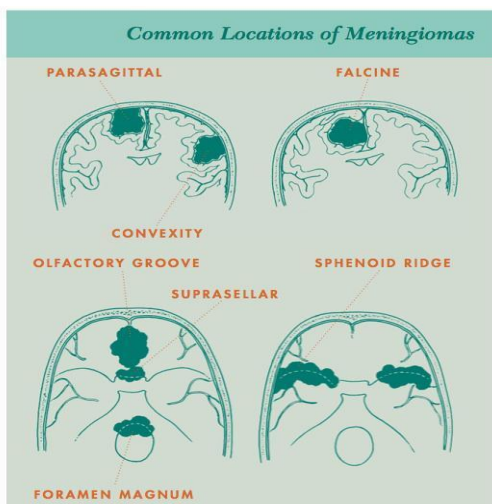


Burger, Scheithauer, and Vogel. *Surgical Pathology of the Nervous System and Its Coverings*. Fourth Edition. Churchill Livingstone, New York, 2002. Diagram reproduced with permission.

Los meningiomas constituyen uno de los grupos tumorales más frecuentes del sistema nervioso, con una incidencia que oscila entre un 15 y un 20% de todos los tumores primarios. Se trata de tumores de crecimiento lento, adheridos a la duramadre y en su mayoría de carácter benigno. Se incluyen como grado I de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, un reducido número de meningiomas tiene un carácter agresivo, con peor evolución clínica e histológicamente corresponden a grados II y III de la OMS. y ocurren con mayor

frecuencia en mujeres de mediana edad.³⁵

Aunque los meningiomas se conocen como tumores cerebrales, no crecen a partir del tejido cerebral. Surgen de las meninges, que son tres capas delgadas de tejido que cubren el cerebro y la médula espinal. Estos tumores se encuentran con mayor frecuencia cerca de la parte superior y la curva externa del cerebro. Los tumores también pueden formarse en la base del cráneo.³⁶



Burger, Scheithauer, and Vogel. *Surgical Pathology of the Nervous System and Its Coverings*. Fourth Edition. Churchill Livingstone, New York, 2002. Diagram reproduced with permission.

Descripción

Los meningiomas usualmente crecen hacia adentro, causando presión en el cerebro o la médula espinal. También pueden crecer hacia el cráneo, lo que hace que se espese. La mayoría de los meningiomas son tumores no cancerosos de crecimiento lento. Algunos contienen sacos de líquido (quistes), depósitos minerales (calcificaciones) o racimos de vasos sanguíneos apretados.

El componente genético relacionado con el desarrollo de los meningiomas es raro, sin

embargo, se ha encontrado que la pérdida de la heterocigocidad en el cromosoma 22, que resulta en mutaciones o deleciones en el gen NF2 como evento temprano en aproximadamente 50% de los meningiomas esporádicos. El gen NF2, implicado en el desarrollo de la Neurofibromatosis tipo 2, codifica una proteína llamada Merlina o Schwannomina, que regula la movilidad y el crecimiento celular al enlazar el citoesqueleto con las proteínas de la membrana celular. La participación del gen NF2 en los meningiomas no explica totalmente el desarrollo de esta neoplasia, por lo que se considera la participación de otros genes, como son el gen BCR Y ZCWCC1.³⁷

Clasificación En el año 2007 la Organización Mundial de la Salud (OMS) modificó su sistema de estadificación de los meningiomas desarrollado en el año 2000, agregando la invasión al parénquima cerebral como signo de atipia.³⁸

Tabla 4 clasificación de los meningiomas.

Clasificación de los Menigiomas según la OMS 2007	
I (Clásico)	Meningotelial, Fibroblastico, Transicional, Angiomatoso, Microquistico, Secretorio, psamomatoso
II (Atípico)	Cordoide, de células claras
III (Maligno)	Papilar, rabdoide

Zuren Matutes F, D
quirúrgicos nuestra exp

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de los meningiomas están dadas por el efecto de masa y su localización, la gran mayoría localizados a nivel de las convexidades (34% de los benignos, 50% de los malignos), la base del cráneo y regiones paraselares. Generalmente su crecimiento es lento, por lo que el espectro clínico suele ser insidioso y poco claro. La cefalea, crisis convulsivas y cambios de personalidad se encuentran entre los síntomas iniciales más frecuentes. Existen algunos síndromes clínicos anatomo-topográficos, que aunque no son específicos del meningioma, nos dan una idea sobre la localización de la neoplasia antes de obtener estudios de neuroimagen.³⁹

Este tipo de tumores se distingue clínicamente por los siguientes síntomas:

Crisis epilépticas. - Por regla general van a ser episodios extraños para la persona que los padece, en los que nota de manera brusca algún síntoma como sensación extraña en extremidades o en un lado de la cara, temblores (clonías) en alguna extremidad, pérdida de la capacidad para hablar o que articula palabras raras, alteraciones visuales, etc.

Estas sensaciones pueden cortarse de la misma forma brusca como se iniciaron o, por el contrario, seguir y extenderse a otras zonas del cuerpo. Incluso llegar a perder el conocimiento y tener verdaderas convulsiones epilépticas.

El tener una crisis epiléptica puede suponer, en el fondo, una suerte. La razón es que estas crisis “parciales” o “focales” llevan al médico a solicitar un TAC o una RM y llegar a un diagnóstico muy precoz.⁴⁰

ILAE 2017 - Clasificación de los tipos de crisis



Pérdida de función. - Si la masa tumoral es suficientemente grande, puede comprimir la zona de la corteza cerebral subyacente e impedir su funcionamiento normal. Esto lleva a un déficit neurológico progresivo: pérdida de fuerza, de sensibilidad, dificultad para hablar o entender lo que le hablan, alteraciones visuales, etc.

Por regla general, para esta situación se requiere un tamaño tumoral de varios centímetros de diámetro.

Cefalea. - En raras ocasiones, se producen dolores de cabeza en la zona donde se implanta el tumor. Son cefaleas no intensas, continuas o esporádicas, fácilmente soportables.⁴¹

En términos generales se clasifica a las cefaleas en primarias y secundarias:

Cefaleas primarias, dejan de ser un síntoma ya que constituyen por sí mismas una enfermedad y no se deben a patologías estructurales subyacentes. En esta categoría se incluyen la migraña, la cefalea tipo tensión y la cefalea tipo *cluster* en racimos

Cefaleas secundarias, como su nombre lo indica, tienen una causa de base, pueden ser de etiología neurológica (en general de pronóstico más ominoso) como tumores o malformaciones vasculares, o de causa sistémica, que involucran desde síndromes miofasciales cervicales y lesiones dentales hasta cuadros infecciosos sistémicos o metabólicos⁴²

Cuando el tumor adquiere un gran tamaño, la cefalea puede ser más global e intensa, dentro del cortejo sintomático producido por la hipertensión intracraneal que provoca la gran masa tumoral.

Hipertensión intracraneal. Se pueden ver en casos de meningiomas muy benignos, de muy lento crecimiento. El cerebro, como una esponja, se va adaptando, hasta que ya no puede ceder más espacio a partir de este momento, la situación intracraneal se descompensa y el paciente evoluciona de una manera muy rápida hacia un deterioro neurológico progresivo⁴³. con cefalea subaguda o crónica con tendencia progresiva que aumenta con la maniobra de Valsalva (pujos, tos y esfuerzos físicos), que aparece o empeora en la madrugada o en la mañana, acompañada o no de vómitos y oscurecimientos visuales transitorios, debe hacernos pensar en una hipertensión endocraneana, lo cual corroboraríamos

con la observación de papiledema bilateral en el fondo de ojo. Las características de la cefalea por hipertensión endocraneana son:

1. Localización difusa
2. Carácter opresivo y, pulsátil o indefinido
3. Más intenso en la madrugada y en el horario de la mañana
4. Aumenta con el esfuerzo, la tos y el pujo
5. Progresivo en el tiempo
6. Manifestaciones asociadas:
 - a) Vómitos (sobre todo en las mañanas)
 - b) Oscurecimientos visuales transitorios
 - c) Constipación
 - d) Bradicardia
 - e) Diplopía (falso signo de focalización)
7. Papiledema bilateral en el FO.⁴⁴

Tabla 5 Síndromes clínicos de los meningiomas

Posibles signos clínicos de los meningiomas intracraneales	
Parasagital	Parafalcina Crisis convulsivas parciales simples, paraparesia
Parasagital posterior	Hemianopsia homónima Parasagital anterior Síndromes neuroconductuales
Ala esfenoidal	Oftalmoplegia, pérdida visual, disfunción trigémina
Surco olfatorio	Anosmia, demencia
Supraselar	Hemianopsia bitemporal
Tentorial	Cefalea, vértigo, ataxia

Zuren Matutes F, De Jong Diaz LF. meningiomas intracraneales aspectos clínicos quirurgios nuestra experiencia. Revista Mexicana de Neurociencias. 2004. 5(4).308-311

Diagnóstico por neuroimagen

Los estudios más utilizados en el abordaje diagnóstico de esta patología son la Tomografía axial computarizada (**TAC**) de cráneo y la Resonancia magnética (**RM**) de cráneo. Ambos estudios pueden revelar datos característicos del meningioma.

Tratamiento

Las terapias actuales para el tratamiento de los meningiomas incluyen la cirugía, la radioterapia y la radiocirugía por estereotaxia. Estas terapias son suficientes para lograr el control tumoral en la mayoría de los casos de meningiomas benignos (clase I), y para algunos con naturaleza atípica (clase 2).⁴⁵

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico de un meningioma requiere de un balance entre el tratar definitivamente el tumor y evitar el daño neurológico del propio tratamiento. Así, factores específicos del paciente (edad, presencia o ausencia de síntomas, comorbilidades) y factores específicos del tumor (localización, tamaño, características histológicas del mismo) son importantes a la hora de determinar el tratamiento óptimo de un meningioma.

Una resección completa es preferible cuando el meningioma se ubica en un área accesible, ya que la completa exéresis tumoral y de la inserción dural suelen proporcionar un tratamiento curativo. Se sigue utilizando la graduación de Simpson para describir la extensión de la resección quirúrgica.⁴⁶

Tabla 6 escala de Simpson

Escala Simpson	
Grado 1	resección completa, incluida la inserción dural y el hueso anormal
Grado 2	resección completa, con coagulación de la inserción dural.
Grado 3	resección completa, sin resección o coagulación de la inserción dural
Grado 4	resección subtotal
Grado 5	solo descompresión tumoral

José Carlos Alonso Escalante. Meningioma: reporte de un caso inusual y revisión bibliográfica. Neuroeje, 2012. 25(2), 341-349.

Como objetivo principal se busca, habitualmente, una resección completa en tumores localizados en sitios como la convexidad, el surco olfatorio, el tercio anterior del seno sagital, al igual que algunos meningiomas del tentorio y la fosa

posterior. Se consideran posibles complicaciones una lesión vascular y cerebral o una fístula del líquido cefalorraquídeo al intentar remover el hueso hiperostótico y la duramadre adyacente, por eso una resección subtotal es, en general, más apropiada para tumores menos accesibles, por ejemplo, los meningiomas localizados en la parte posterior del seno sagital, la región petroclival o el tercio interno del ala del esfenoides.

En general, los meningiomas son tumores vascularizados, por lo tanto, en algunos casos seleccionados, es necesario la utilización de embolización preoperatoria. Sin embargo, desde un punto de vista de técnica quirúrgica, es importante comprender la irrigación arterial del tumor, principalmente producida por arterias meníngeas, para poder planificar correctamente el abordaje.⁴⁷

La **mortalidad** varía ampliamente entre una serie y otra; sin embargo, podemos identificar los factores asociados a un aumento de la mortalidad:

- a. Mala condición clínico-neurológica preoperatoria del paciente.
- b. Compresión encefálica tumoral.
- c. Edad avanzada.
- d. Resección tumoral incompleta.
- e. Hematoma intracraneano que requiere evacuación

Posibles complicaciones

Estas complicaciones son, fundamentalmente:

Hemorragia postoperatoria.- En el lecho tumoral, por debajo de la plastia (subdural) o entre la plastia y el hueso (epidural). Son raras y pueden precisar reintervención quirúrgica.

Infeción. - Puede ir, desde una infección meníngea (meningitis), a una infección de las plastias de duramadre o del hueso. En los casos de meningitis postoperatoria, el tratamiento antibiótico suele solventar el problema. En los casos de infección de la plastia, puede requerirse una reintervención quirúrgica.

Edema cerebral. - Por excesiva manipulación de la corteza cerebral o por lesión de las venas de drenaje. Puede ocasionar lesión neurológica permanente.

Infarto cerebral. - Por cierre de alguna arteria importante próxima al meningioma. Es más raro y ocasionaría un déficit neurológico.

El cierre de una vena de drenaje importante puede llevar también a una situación de infarto cerebral, que aparece con un retraso de 24-48 horas, siendo característica la aparición de **epilepsia** (crisis focales recidivantes o repetitivas),

además del déficit neurológico. La menor movilidad de un miembro favorece la aparición de una trombosis venosa. Pero es que, además, las personas con meningiomas tienen una mayor facilidad para desarrollar este tipo de complicaciones, por tener alterados los mecanismos de la coagulación sanguínea y tener tendencia a la hipercoagulabilidad. Razón por la cual, en el postoperatorio de estos pacientes, se administran con frecuencia algún tipo de anticoagulantes.⁴⁸

La **incidencia de déficit neurológico** postoperatorio varía entre el 2 y el 30%, y depende fundamentalmente de la localización del tumor y de la extensión de la resección. Hay circunstancias que pueden favorecer la aparición de déficits neurológicos postquirúrgicos:

Tamaño del tumor, superior a los 3-4 cm. de diámetro.

Venas corticales cerebrales en íntimo contacto con el meningioma. Pueden lesionarse durante la intervención quirúrgica y provocar un problema circulatorio de retorno sanguíneo en toda la zona dependiente de este drenaje venoso.

Edema cerebral subyacente al meningioma. Esto indica que el meningioma está muy adherido al tejido cerebral. Su separación en estos casos es muy difícil o imposible. El daño cortical que se produce durante el proceso de disección y separación meningioma-corteza cerebral puede llegar a ser importante y definitivo.

La **edad avanzada** influye negativamente en la evolución postoperatoria, aún cuando la técnica quirúrgica haya sido impecable. Conlleva mayor riesgo de complicaciones locales como hematomas postquirúrgicos.

La posibilidad de que aparezcan **crisis epilépticas** durante el periodo postoperatorio, sobre todo si el meningioma se ha manifestado con esta clínica, aconseja tratar de manera profiláctica con medicación antiepiléptica la cual se mantiene de 6 a 12 meses. Si la persona no vuelve a tener ninguna crisis y la RM y EEG postoperatorios son normales, se suspende la medicación de manera paulatina.⁴⁹

6 Metodología

6.1 Estrategias de investigación

El estudio de caso es un método de investigación de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas y sociales que implica un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad de casos de entidades sociales o entidades educativas únicas.⁵⁰

De este modo un campo para comprender en profundidad los fenómenos educativos, aunque también se ha utilizado desde un enfoque nomotético. Desde esta perspectiva, la finalidad del estudio de caso es conocer cómo funcionan todas las partes del caso para crear hipótesis, atreviéndose a alcanzar niveles explicativos de supuestas relaciones causales encontradas entre ellas, en un contexto natural concreto y dentro de un proceso. Para algunos autores el estudio de casos no es una metodología con entidad propia, sino que constituye una estrategia de diseño de la investigación que permite seleccionar el objeto/sujeto del estudio y el escenario real.⁵¹

6.2 Selección de caso y fuentes de información

La incidencia de los meningiomas se incrementa con la edad y la mayoría son diagnosticados en los adultos aumentando significativamente a partir de los 35 años de edad; predominan en el sexo femenino (relación fem:masc>2:1) y en la raza negra. La **incidencia anual** ajustada en base a la edad es de aproximadamente 4.52 por cada 100,000 habitantes⁵² y representan el tipo más común de tumor primario, razón que propicio la selección del caso y la posibilidad de actuar de manera oportuna para favorecer la **prevención de secuelas** neurológicas y realizar un seguimiento clínico eficaz. La información requerida fue obtenida de la entrevista con el enfermo y su cuidador primario y verificada en el expediente clínico electrónico. En relación con la búsqueda de información se consultaron bases de datos como **pubmed, lilacs, scielo, bibliotecas virtual en salud. (BVS)**

6.3 Consideraciones éticas

La enfermería es una profesión que requiere de valores universales y bioéticos obligatorios para su desarrollo profesional diario, sirve para otorgar cuidados en beneficio de las personas a su cargo, regidos por las normas jurídicas, sociales, morales y de trato social, considerando también las características propias de la profesión⁵³. La existencia de las normas morales siempre ha afectado a la personalidad humana, ya que desde pequeños captamos por diversos medios la existencia de dichas normas, y somos afectados por ellas en forma de consejo, de orden o en otros casos como una obligación o prohibición, pero siempre con el fin de tratar de orientar e incluso determinar la conducta humana y profesional.⁵⁴

La **ética** se refiere al componente moral del conocimiento de enfermería e influye en las decisiones que deben tomarse en el contexto de creciente dificultad del cuidado y de la atención de la salud. El patrón de conocimiento ético de enfermería se enfoca en aquellas materias de obligatoriedad. El conocimiento de la moralidad va más allá del conocimiento de las normas o códigos de ética e incluyen todas las acciones voluntarias que están sujetas al juicio de valor moral; debe ser enfocada no como una vía para sancionar sino como una senda para llegar a ser mejores y tener una mejor práctica profesional mientras que la **bioética** es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la salud y del cuidado, examinada a la luz de los valores y de los principios morales.⁵⁵

En 1979, los bioeticistas Tom L. Beauchamp y James F. Childress, definieron los cuatro principios de la bioética: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. En un primer momento definieron que estos principios son *prima facie*, esto es, que vinculan siempre y cuando no colisionen entre ellos, en cuyo caso habrá que dar prioridad a uno u otro, dependiendo del caso.

Los cuatro principios definidos por Beauchamp y Childress son:

Principio de Beneficencia

En el ámbito médico, este principio obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud, de la forma que considere más adecuada. Es un principio ético básico que se aplica primariamente al paciente, aunque también a otros que pueden beneficiarse de un avance médico en particular. Es el principio ético primero de las actuaciones médicas y responde al fin primario de la medicina, que es el promover el bien para el enfermo y la sociedad; en él se han fundamentado los códigos médicos, desde el Juramento de Hipócrates.

La palabra beneficencia tiene aquí su sentido etimológico, no el de una caridad ineficaz y paternalista y resulta más adecuada que el de benevolencia, en cuanto subraya el hecho de tener que hacer efectivamente el bien y no simplemente querer hacerlo o desear hacerlo.

Principio de no-maleficencia

La práctica médica ha estado asociada con la máxima latina *primum non nocere*, “sobre todo, no hacer daño” que los médicos hipocráticos practicaban y enseñaban. Este principio es distinto a la beneficencia, ya que el deber de no dañar es más obligatorio que la exigencia de promover el bien. Implica, sobre todo, el imperativo de hacer activamente el bien y de evitar el mal. El daño que se hace a una persona es más rechazable, en ciertas circunstancias, que el de no haber promovido su bien; la exigencia ética es más imperativa.⁵⁶

Principio de autonomía

Este principio se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Se refiere al respeto debido a los derechos fundamentales del hombre, incluido el de la autodeterminación. Es un principio profundamente enraizado en el conjunto de la cultura occidental, aunque ha tardado en tener repercusiones en el ámbito médico. Significa el reconocimiento de que el ser humano, también el enfermo, es un sujeto y no un objeto.

Cabe aclarar que el reconocimiento de este principio no significa que la decisión moral no tenga en cuenta el bien de los demás; la autonomía no significa automáticamente que el paciente haga o elija lo que quiera. Sucintamente, el principio de autonomía significa, en el terreno médico, que el paciente debe ser correctamente informado de su situación y de las posibles alternativas de tratamiento que se le podrían aplicar.

Asimismo, significa que deben respetarse las decisiones de los pacientes que, después de una adecuada información, tienen la suficiente competencia para tomar la decisión. En cualquier caso, no debe entenderse de manera absoluta el principio de autonomía: no se respetan las opciones del enfermo, aunque posea competencia, cuando son contrarias a las normas de la práctica profesional o a la ética del médico. La conclusión más concreta del reconocimiento del principio de autonomía en el enfermo se centra en el llamado “consentimiento informado”, que regula la relación entre el profesional de salud y su paciente.

Principio de justicia

Se refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, respecto del Estado, en la distribución equitativa de los recursos para prestar los servicios de salud, investigación, etc. Tradicionalmente, la justicia se ha identificado con la equidad, con dar a cada uno lo que le corresponde.

Esta justicia o equidad no significa que se deba tratar a todos los pacientes de la misma forma, pero sí que cada uno tenga acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos. Asimismo, en el trato con el paciente, el médico u odontólogo no deben anteponer juicios de valor ni hacer distinciones por origen racial, sociocultural o socioeconómico, creencias religiosas, ideológicas o de otra índole, sino que el médico solamente debe ver en el paciente al ser humano sufriente que acude a él en busca de alivio a su dolor o sufrimiento.

En México La Ley General de Salud establece la forma de organización y las competencias o atribuciones de los servicios de salud, pero fundamentalmente, especifica la forma en que deben ser tratadas todas las personas, para solucionar cualquier problema de salud, independientemente de la edad, sexo, condición física y social, religión, tendencia política o afiliación a alguna institución en particular.

En relación a la medición de la calidad de los servicios de enfermería, se van definiendo criterios que se traduzcan en herramientas de medición, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano esto con ayuda de los indicadores de calidad de los procesos que son medidas estadísticas basadas en cifras o ratios que se utilizan como criterio para juzgar y evaluar el desempeño.⁵⁷

Consentimiento informado

El consentimiento informado es otro método para asegurar el respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud y es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el enfermo que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas.

El Consentimiento Informado consta de dos partes:

- Información para el sujeto de investigación: el documento de información escrita es un resumen escrito de la información mínima que debe ser comunicada a la persona para cumplir con el principio ético sustantivo del consentimiento informado. Este documento de información será la base o la guía para la explicación verbal y discusión del estudio con el sujeto o su representante legal.
- Formulario de Consentimiento Informado: El formulario de consentimiento informado es el documento que la persona o su representante legal y el testigo (si aplica) van a firmar y fechar, para dejar con ello una evidencia documentada o constancia de que el sujeto ha recibido información suficiente acerca del estudio, el producto de investigación y de sus derechos como sujeto de investigación y que desea libre y voluntariamente participar en el estudio.⁵⁸ (anexo 7)

7 Presentación del caso

7.1 Descripción del caso

Griselda femenina de 30 años de edad, procedente de Tlalnepantla con escolaridad de secundaria, casada, madre de 2 hijas menores de edad, vive en zona urbanizada con sus padres, esposo e hijas; cuenta con todos los servicios. Actualmente desempleada y depende económicamente de su esposo quien también es su cuidador primario.

Niega tener alguna patología agregada no recuerda haber presentado ninguna enfermedad en años anteriores; al inicio de su patología refiere comer adecuadamente y realizar actividad física diaria. Como antecedentes familiares padre con HAS y madre con migraña.

Inicia padecimiento el 15 agosto del 2017 al presentar crisis tónico clónicas focales en miembro pélvico izquierdo, posteriormente el 28 de agosto del mismo año presenta crisis generalizada sin pérdida de control de esfínteres, con duración de un minuto con periodo posictal de una hora presentando confusión, somnolencia, cefalea, alteración del lenguaje. Ingresa al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía el 5 de septiembre por presentar 4 episodios de crisis convulsivas de las características ya descritas en un periodo de 6 horas. Se realiza tomografía axial computarizada y se diagnostica meningioma parasagital.

Actualmente (5 de noviembre del 2017) se encuentra alerta, con signos vitales estables (Fc 86, Fr 26, T/A 140/90, T: 36; pupilas simétricas con respuesta) presenta disminución de la fuerza de miembro torácico izquierdo distal (Daniel's 3/5) con dificultad para deambular arrastrando la pierna izquierda, refiere que la debilidad ha aumentado de forma progresiva (15 días atrás), comienza con debilidad en miembro torácico izquierdo proximal, no presenta crisis desde hace 20 días.

8 Aplicación del proceso de enfermería

8.1 Valoración

I Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Se encuentra alerta con signos vitales de FC 86, Fr 26, T/A 140 /90, T: 36; Glucosa con valores postprandiales de 110 mg/dl sin datos de dificultad respiratoria, pupilas simétricas con respuesta, llenado capilar de 2" segundos, hidratada con coloración de tegumentos adecuada. Refiere cefaleas constantes mayor a 8 en escala de EVA. No presenta crisis convulsivas desde hace un mes. Actualmente toma enalapril y valproato de magnesio.

II Mantenimiento de un apoyo suficiente de agua

Consumo 1 litro de agua al día, se observan tegumentos con adecuada coloración y mucosas orales deshidratadas refiere tener sed constantemente.

III Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Peso: 55 kilos **talla:** 165 cm **IMC:** 20.2

Presenta una pérdida de 5 kilos en los dos meses de hospitalización, refiere no gustarle los alimentos del hospital, presenta vómito y náuseas continuamente, sensibilidad y fuerza de la lengua integra, reflejo nauseoso presente.

IV Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos

Abdomen distendido con dolor a la palpación presenta disminución de la peristalsis (de uno a dos ruidos por minuto) Última evacuación hace 2 días

V Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

Hemiplejia y hemiparestesia del lado izquierdo valorado en 0/5 con la escala de Daniel's, refiere tratar de hacer ejercicios durante el día en su cama, pero le resulta complicado por el medio, refiere no descansar cuando duerme por la entrada y salida de personal o escuchar a pacientes quejarse, duerme 3 horas en el día y 5 horas por la noche no continuas por la inactividad física que tiene en el entorno hospitalario.

VI Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

En casa esta con sus hijas por la tarde y con su esposo por la noche no tiene amigos ni sale fuera de casa o el trabajo,

Refiere extrañar a sus hermanas e hijas ya que en los dos meses que lleva de hospitalización no ha podido verlas, presenta labilidad emocional y signos de ansiedad durante el interrogatorio

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

En domicilio refiere cuidar su salud asistiendo al médico familiar una vez cada tres meses para control, esquema de vacunación completa y evita exponerse a posibles accidentes. Hemiplejia, negación, depresión y ansiedad.

VIII Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos, dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo humano de ser normal

Lleva una vida activa, un auto concepto deficiente, se encuentra desempleada debido a la patología que presenta, refiere temor por depender totalmente de su esposo. Ella conoce su enfermedad y muestra interés por adquirir más conocimiento sobre sus cuidados y signos de alarma.

8.3 Jerarquización y priorización de problemas

Requisito: I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	
ALTERACIÓN	SISTEMA DE ENFERMERÍA
Hipertensión arterial sistémica (140/90 aun con enalapril) Cefalea (9 y 10 en escala de EVA) Crisis convulsivas (actualmente controladas con valproato)	<ul style="list-style-type: none"> • Parcialmente compensatorio • Apoyo educación.
Requisito: II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	
ALTERACIÓN	SISTEMA DE ENFERMERÍA
Deshidratación (Leve del 5-10%) Náuseas Vómito (regularmente 2 o 3 veces al día)	<ul style="list-style-type: none"> • Parcialmente compensatorio. • Apoyo educación
Requisito: III Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	
ALTERACIÓN	SISTEMA DE ENFERMERÍA
Bajo peso. Perdida de 5 kg durante la hospitalización (IMC de 20.2) Náuseas y vómitos (regularmente 2 o 3 veces al día)	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente compensatorio. • Apoyo educación
Requisito: IV Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación.	
ALTERACIÓN	SISTEMA DE ENFERMERÍA
Estreñimiento. (ultima evacuación hace dos días) Dolor abdominal (EVA de 5) Distención abdominal Perístasis disminuida (de 1 a dos ruidos por minuto)	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente compensatorio. • Apoyo educación

Requisito: V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	
ALTERACIÓN	SISTEMA DE ENFERMERÍA
Hemiplejía izquierda. (0/5 en escala Daniel's) Hemiparestesia izquierda Insomnio (duerme solo 5 horas por la noche) Cansancio Irritabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente compensatorio. • Apoyo educación
Requisito: VI. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	
ALTERACIÓN	SISTEMA DE ENFERMERÍA
Ansiedad. (moderada) Tristeza. (profunda) Labilidad emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Parcialmente compensatorio. • Apoyo educación
Requisito: VII. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humanos.	
ALTERACIÓN	SISTEMA DE ENFERMERÍA
Hemiplejia izquierda (0/5 Daniel's) Negación Tristeza Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente compensatorio. • Apoyo educación
Requisito: VIII. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos, dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo humano de ser normal.	
ALTERACIÓN	SISTEMA DE ENFERMERÍA
Incertidumbre Temor	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente compensatorio. • Apoyo educación

8.4 Diagnostico de enfermería

Requisitos:

I Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

1. Inadecuada perfusión cerebral **r/c** compresión de estructuras cerebrales **m/p** cefalea (EVA 10/10), irritabilidad y facies de dolor.
2. Alteración de las constantes vitales **r/c** aumento de la presión intracraneal **m/p** hipertensión arterial 140/90 FC 86, Fr 26, T/A 140 /90, T: 36
3. Riesgo de deterioro neurológico **r/c** desplazamiento de estructuras de tallo cerebral

II Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

4. Inadecuado aporte de líquidos **r/c** negación al ingerir líquidos **m/p** deshidratación leve del 5-10% (mucosas orales y polidipsia), vómito y náusea

III Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

5. Pérdida de masa corporal (5KG) **r/c** negación al ingerir alimentos **m/p** 55 kg e IMC 20.1, náusea, vómito

IV Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación

6. Inadecuada función gastrointestinal **r/c** inactividad, estancia hospitalaria prolongada **m/p** estreñimiento, dolor y distensión abdominal

V Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

7. Inactividad **r/c** reposo prolongado en cama **m/p** fatiga y debilidad
8. Deterioro de la movilidad física **r/c** lesión en vía motora **m/p** hemiplejía izquierda.
9. Falta de sensibilidad **r/c** compresión a nivel del homúnculo de Penfield (area sensitiva primaria) **m/p** hemiparestesia izquierda
10. Inadecuado equilibrio entre el descanso y sueño **r/c** ambiente hospitalario **m/p** insomnio inicial, cansancio e irritabilidad.

VI Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la integración social

11. Ansiedad **r/c** falta de conocimiento de la historia natural de la enfermedad **m/p** temor, angustia, minusvalía y labilidad emocional.

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

- 12. Déficit de autocuidado (higiene) **r/c** falta de fuerza y movilidad **m/p** hemiparesia izquierda.
- 13. Riesgo de deterioro de integridad cutánea **r/c** inmovilidad prolongada
- 14. Riesgo de deterioro de función muscular **r/c** hemiparesia izq.
- 15. Riesgo de lesión por caída **r/c** falta de fuerza (0/5 en escala Daniel's), crisis convulsivas

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

- 16. Distorsión de la imagen corporal **r/c** pérdida del movimiento **m/p** irritabilidad, depresión

8.6 Planeación, ejecución y evaluación de los cuidados

I Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

1.- Inadecuada perfusión cerebral r/c compresión de estructuras cerebrales m/p cefalea (EVA 10/10) irritabilidad y facies de dolor	
PLANEACIÓN	EVALUACIÓN
<p>OBJETIVO: Favorecer el proceso de perfusión cerebral</p> <p>INTERVENCIONES: Mantener la perfusión cerebral.</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none">- Posición semifowler. <p>Ministración de O2 por puntas nasales cuando sea necesario</p> <ul style="list-style-type: none">-Toma, interpretación y evaluación de signos vitales. <p>Mantener TAM en (60mmHg) y saturación de oxígeno (90%)</p> <ul style="list-style-type: none">-Vigilar cambios en el estado de conciencia. <p>(Desorientación en tiempo, persona o espacio o tiempo de respuesta ocular verbal y motora)</p> <ul style="list-style-type: none">-Valoración neurovascular . <p>(Valorar alteración pupilar o papiledema)</p>	<p>Griselda continuó con edema vasogénico, sin embargo, no presentó cambios en el estado de conciencia ni en la circulación periférica.</p> <p>La cefalea se presenta solo de forma ocasional con un valor máximo según la escala de EVA 6/10</p>

2.- Alteración de las constantes vitales r/c aumento de la presión intracraneal m/p hipertensión arterial 140/90

PLANEACIÓN	EVALUACIÓN
<p>OBJETIVO: Vigilar estado hemodinámico.</p> <p>INTERVENCIONES: Mantener mecanismo de neuoprotección.</p> <p>ACCIONES:</p> <p>-Toma, interpretación y evaluación de signos vitales.</p> <p>Mantener TAM en (60mmHg) y saturación de oxígeno (90%)</p> <p>-Vigilar cambios en el estado de conciencia.</p> <p>(Desorientación en tiempo, persona o espacio o tiempo de respuesta ocular verbal y motora)</p> <p>- Posición semifowler</p> <p>- Medicación oportuna.</p> <p>-.Valoración del dolor con escala de EVA</p>	<p>Los signos vitales de Griselda, específicamente la TAM (60mmHg)</p>

3.- Riesgo de deterioro neurológico r/c desplazamiento de estructuras de tallo cerebral.

PLANEACIÓN	EVALUACION
<p>OBJETIVO: Detección oportuna de datos de alarma neurológica</p> <p>INTERVENCIONES Vigilancia del estado neurológico.</p> <p>ACCIONES:</p> <p>-Toma, interpretación y evaluación de signos vitales.</p> <p>Variación en contantes vitales y saturación de oxigeno</p> <p>-Evaluación de cambios en el estado de conciencia.</p> <p>Desorientación en tiempo persona o espacio tiempo de respuesta ocular verbal y motora.</p> <p>-Interpretación y evaluación neurovascular.</p> <p>Valorar alteración pupilar (anisocoria) o presencia de papiledema.</p> <p>-Evaluación e interpretación de Función motora y sensitiva</p> <p>Disminución de actividad motora (utilizando la escala de Daniel's) o actividad sensitiva.</p>	<p>Griselda no presentó alteración en el estado neurológico, sin embargo la progresión de la disfunción motora fue evidente, pasando de la hemiparesia a hemiplejia en 20 días.</p>

II Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

4.- Inadecuado aporte de líquidos r/c negación al ingerir líquidos m/p deshidratación leve del 5-10% (mucosas orales y polidipsia), vómito y náusea	
PLANEACIÓN	EVALUACIÓN
<p>OBJETIVO: Mantener una hidratación adecuada</p> <p>INTERVENCIONES: Educación</p> <p>ACCIONES:</p> <p>Aporte de líquidos</p> <p>Variar sabores (Jarra del buen beber)</p> <p>Acompañamiento durante la ingesta</p> <p>Valoración y seguimiento de datos de deshidratación (mucosas orales y polidipsia).</p> <p>Control o inhibición de náuseas y vómito:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medios físicos: tragos lentos y fríos, posición semifowler.• Ministración de medicamentos. <p>Sensibilizar al cuidador primario: Proporcionarle la información de los antes mencionado, explicando la importancia de una buena hidratación.</p> <p>Valorar proceso de deglución: Valorar integridad de Nervios Craneales (V, VII, IX, X, XI y XII)</p>	<p>Griselda normalizo su consumo de líquidos a 1.5 litros diarios de agua, desaparecieron el vómito y náuseas.</p>

III Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

5.- Pérdida de masa corporal (5 Kg) r/c negación m/p 55 kg IMC 20.1.	
PLANEACIÓN	EVALUACION
<p>OBJETIVO: Evitar desnutrición y mayor pérdida de peso.</p> <p>INTERVENCIONES Educación</p> <p>ACCIONES:</p> <p>Aporte de alimentos</p> <p>Proporcionar alternativas alimenticias.</p> <p>Acompañamiento durante la ingesta</p> <p>Control o inhibición de náuseas y vomito:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medios físicos: tragos lentos y fríos, posición semifowler.• Ministración de medicamentos <p>Toma, interpretación y evaluación del peso. (IMC)</p> <p>Valorar proceso de deglución: Valorar integridad de Nervios Craneales (V, VII, IX,X,XI y XII)</p> <p>Sensibilizar al cuidador primario: Proporcionarle la información de los cuidados antes mencionados, explicando la importancia de una buena alimentación.</p>	<p>Un mes después de la cirugía, Griselda recuperó 5 kilos de peso, se mantiene estable y refiere ya no tener problemas con la alimentación en casa.</p>

IV Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación

<p>6.-Inadecuada función gastrointestinal r/c inactividad, estancia hospitalaria prolongada m/p estreñimiento, dolor y distensión abdominal.</p>	
PLANEACIÓN	EVALUACIÓN
<p>OBJETIVO: Lograr deposiciones</p> <p>INTERVENCIONES Mejorar la motilidad gastrointestinal.</p> <p>ACCIONES:</p> <p>Cambio nutricional</p> <p>Propiciar ingesta de líquidos y alimentos ricos en fibra.</p> <p>Masaje al marco cólico. 15 minutos después de ingerir alimentos.</p> <p>Aplicación de compresas tibias en el abdomen</p> <p>Ministración de laxantes (indicados)</p> <p>Movilización en cama</p> <p>Propiciar ambiente de confianza y privacidad.</p> <p>Exploración física abdominal.</p>	<p>Logra deposición con frecuencia y consistencia normal (Bristol tipo 4) dos días después, sin dolor ni distensión abdominal.</p>

V Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

7.- Inactividad r/c reposo prolongado en cama m/p fatiga y debilidad	
PLANEACIÓN	EVALUACIÓN
<p>OBJETIVO: Incrementar la tolerancia a la actividad</p> <p>INTERVENCIONES: Mantener movilidad</p> <p>ACCIONES:</p> <p>Ejercicios pasivos</p> <p>Flexión, extensión y rotación de articulaciones de todas las extremidades dos veces por turno.</p> <p>Masaje con diferentes texturas en hemicuerpo izquierdo dos veces por turno</p> <p>Movilización fuera de cama:</p> <p>Bajar a reposit al menos dos veces en el turno</p> <p>Aumentar número de Movilizaciones</p> <p>Incrementar de manera progresiva la resistencia a la actividad para facilitar la recuperación en domicilio y enseñarle cómo debe moverse sola en cama apoyada de los barandales.</p> <p>Sensibilizar al cuidador primario: Proporcionarle la información de los antes mencionado.</p>	<p>Griselda se mostró motivada y cooperadora para la realización de ejercicios y cambios posturales, actualmente ella deambula con apoyo de un bastón y es capaz de realizar las actividades de autocuidado y de la vida diaria sin mostrar datos de fatiga o cansancio.</p>

8.-Deterioro de la movilidad física r/c lesión en vía motora r/c hemiplejia izquierda

PLANEACIÓN	EVALUACIÓN
<p>OBJETIVO: Evitar espasticidad</p> <p>INTERVENCIONES: Mantener el funcionamiento motor.</p> <p>ACCIONES</p> <p>Alineación corporal</p> <p>Mantener posiciones ergonómicas. Colocar cabestrillo para evitar que el Miembro Torácico izquierdo (MTI) cuelgue y se luxa el hombro.</p> <p>Vigilar cambios posturales mínimo cada dos horas</p> <p>Ejercicios pasivos</p> <p>Flexión, extensión, rotación de extremidades</p> <p>Masaje con diferentes texturas.</p> <p>Enseñarle a ella y a su cuidador primario cómo debe moverse sola en cama apoyada de los barandales.</p>	<p>No presenta datos de deterioro muscular ni lesiones en la piel.</p>

<p>9.- Falta de sensibilidad r/c compresión a nivel del homúnculo de penfileld m/p hemiparestesia izquierda.</p>	
<p>PLANEACIÓN</p>	<p>EVALUACIÓN</p>
<p>OBJETIVO: Evitar lesiones</p> <p>INTERVENCIONES: Favorecer y Mantener sensibilidad</p> <p>ACCIONES:</p> <p>Educación:</p> <p>Detectar calor para evitar quemaduras durante el baño</p> <p>Detectar alteraciones en la coloración del brazo y pierna por compresión.</p> <p>Detectar inflamación de hemicuerpo Izquierdo</p> <p>Masaje de texturas</p> <p>Masaje con guantes de diferentes texturas al menos 2 veces por turno</p> <p>Mantener Posiciones ergonómicas de todo el cuerpo.</p>	<p>Griselda no presenta lesiones y recupera la sensibilidad del hemicuerpo izquierdo.</p>

10.- Inadecuado equilibrio entre descanso y sueño r/c ambiente hospitalario m/p insomnio comórbido, cansancio e irritabilidad

PLANEACIÓN	EVALUACION
<p>OBJETIVO: Preservar patrón del sueño</p> <p>INTERVENCIONES: Mejorar calidad del sueño</p> <p>ACCIONES:</p> <p>Ajustar el ambiente</p> <p>Luz, ruido, temperatura</p> <p>Enseñanza de técnicas para inducción al sueño</p> <p>relajación de musculatura autógena</p> <p>Enseñanza de higiene del sueño.</p> <p>Establecer horario de sueño</p> <p>No distractores antes del sueño (TV)</p>	<p>Actualmente Griselda mantiene activa su rutina de descanso manteniendo las medidas de mejora para conservar una higiene del sueño adecuada. Logra descansar, disminuye la irritabilidad y cansancio.</p>

VI Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la integración social

<p>11.- Ansiedad r/c falta de conocimiento de la historia natural de la enfermedad m/p temor, angustia, minusvalía y labilidad emocional.</p>	
<p>PLANEACIÓN</p>	<p>EVALUACION</p>
<p>OBJETIVO: Disminuir y controlar nivel de ansiedad.</p> <p>INTERVENCION: Educativo.</p> <p>ACCIONES:</p> <p>Proporcionar información acerca de su padecimiento.</p> <p>Propiciar ambiente de confort.</p> <p>(Disminución de factores estresantes como luz intensa o ruido)</p> <p>Acompañamiento emocional</p> <p>Favorecer la expresión de sentimientos.</p>	<p>Griselda disminuyó la ansiedad al conocer el tratamiento que se le asignaría durante el proceso de recuperación de la función motora</p>

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

12.-Riesgo de deterioro de integridad cutánea r/c inmovilidad prolongada	
PLANEACIÓN	EVALUACIÓN
<p>OBJETIVO: Evitar lesiones.</p> <p>INTERACCIÓN: Disminuir los factores de riesgos.</p> <p>ACCIONES:</p> <p>Movilización en cama mínima cada dos horas</p> <p>Bajar a reposit al menos dos veces en el turno</p> <p>Aumentar número de Movilizaciones Incrementar de manera progresiva la resistencia a la actividad para facilitar la recuperación en domicilio y enseñarle cómo debe moverse sola en cama apoyada de los barandales.</p> <p>Mantener alimentación, hidratación y lubricación de la piel adecuada.</p> <p>Valoración de la integridad de la piel. (Escala de Braden)</p> <p>Sensibilizar a Griselda y su cuidador primario sobre la detección oportuna de daños en la piel. (Coloración, temperatura)</p>	<p>Griselda no mostró lesiones en piel de ningún tipo, aprendió a cuidar aspectos que evitaran la aparición de lesiones relacionadas a la movilidad y cooperaba con su cuidado</p> <p>Actualmente en su recuperación no está en cama puede moverse por sí misma y recuerda siempre vigilar cualquier cambio en su piel</p>

13.-Déficit de autocuidado (higiene) r/c falta de fuerza m/p hemiparesia izquierda.

PLANEACIÓN	EVALUACIÓN
<p>OBJETIVO: Mejorar su autonomía</p> <p>INTERVENCION: Fomentar autocuidado</p> <p>ACCIONES:</p> <p>Asistencia en actividades de autocuidado</p> <p>Sensibilizar al cuidador primario: Proporcionarle la información sobre la importancia de la higiene corporal.</p>	<p>Griselda mostraba un cambio de ánimo favorable cada vez que se atendían sus necesidades de higiene ya que ella menciona que antes de empezar con la patología era muy cuidadosa con su persona, actualmente ella puede cubrir todas las necesidades de autocuidado e higiene por si sola</p>

14.- Deterioro de función muscular r/c hemiparesia izq.

PLANEACIÓN	EVALUACIÓN
<p>OBJETIVO: Evitar el deterioro de la movilidad.</p> <p>INTERVENCIONES: Conservación de la movilidad.</p> <p>ACCIONES:</p> <p>Alineación corporal</p> <p>Mantener posiciones ergonómicas. Colocar cabestrillo para evitar que el Miembro Torácico izquierdo (MTI) cuelgue y se luxé el hombro.</p> <p>Vigilar cambios posturales mínimo cada dos horas</p> <p>Ejercicios pasivos</p> <p>Flexión, extensión, rotación de extremidades</p> <p>Colocar compresas tibias para relajar musculatura</p> <p>Masaje con diferentes texturas.</p>	<p>Griselda se mostró cooperadora y entusiasta a la hora de la realización de ejercicios ya que la pérdida de movimiento le preocupa y le causaba ansiedad ella sabía la importancia de realizar los ejercicios de terapia en tiempo y de manera adecuada; actualmente se mantiene activa en su vida diaria</p>

15.- Riesgo de lesión por caída r/c falta de la fuerza (0/5) en escala de Daniel´s) y crisis convulsivas.

PLANEACIÓN	EVALUACION
<p>OBJETIVOS: Disminución del riesgo</p> <p>INTERVENCIONES: Prevención de riesgos</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none">-Barandales en alto, cama baja-Acompañamiento (durante las movilizaciones)-Educación Movilizaciones seguras y adaptación de movimientos para garantizar el autocuidado. Enseñarle cómo debe moverse sola en cama apoyada de los barandales. <p>Favorecer adherencia al tratamiento farmacológico</p>	<p>No se suscitó ningún accidente relacionado a caída .</p>

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

16.-Distorción de la imagen corporal r/c perdida del movimiento m/p irritabilidad y tristeza	
PLANEACION	EVALUACION
<p>OBJETIVO: Lograr la aceptación de la enfermedad y sus secuelas</p> <p>INTERVENCIONES:</p> <p>Contención emocional</p> <p>ACCIONES:</p> <p>-Promover seguridad:</p> <p>(Contacto visual, táctil, platicas con ella y su cuidador, ejercicios de promoción de autoestima)</p> <p>-Acciones que mejoren su aspecto</p> <p>-Facilitar expresión de sentimientos relacionados al miedo</p>	<p>En cuatro días se logró la confianza de Griselda por lo que expresar sentimientos de miedo y preocupación, así como preguntar acerca de su padecimiento.</p> <p>Se mantuvo contacto vía telefónica antes durante y después de la cirugía lo que la ayudo a disminuir su ansiedad y aceptar el proceso de enfermedad.</p> <p>Griselda dejo de expresarse hacia sí misma con frases despectivas y se concentró en la rehabilitación</p>

8.6 Evaluación del proceso

Se realizó un plan de intervenciones especializado para establecer acciones encaminadas a una persona con diagnóstico médico de meningioma parasagital y con ello prevenir posibles complicaciones y lograr mejorar la calidad de vida de Griselda. Con la ejecución de las intervenciones diseñadas durante el desarrollo del estudio de caso se logró además la reincorporación a las actividades de su vida diaria, el entendimiento y aceptación del proceso de su enfermedad, la disminución de la ansiedad e irritabilidad por desconocimiento, pero sobre todo se logró establecer el vínculo enfermera-paciente que permitió la comunicación bidireccional.

El presente estudio de caso cuenta con un plan de alta para lograr un adecuado seguimiento de Griselda en cuestión de rehabilitación y cuidado de la herida quirúrgica, así como la explicación de signos y síntomas de alarma para asistir al servicio de urgencias del hospital garantizando así un buen cuidado en el hogar.

Con los cuidados aplicados y la intervención quirúrgica, Griselda logro movilidad en un 95 % dos meses después; actualmente se muestra motivada por los resultados, así como agradecida por la atención y cuidados aplicados. Se espera que logre su recuperación en un 100% a mediano plazo.

9.-Plan de alta

Se entregó el siguiente plan de alta de enfermería a su egreso del hospital


P/A

PLAN DE ALTA

CUIDADOS ESPECÍFICOS Y DATOS DE ALARMA

REQUISITO 1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE



Signos de alerta que indican un deterioro neurológico y lo que son motivo de consulta de urgencia: disminución del estado de conciencia



- Alteración pupilar
- Dolor de cabeza intenso
- vómito
- Detección de alteraciones en movimiento y/o sensibilidad
- Problemas con deglución

REQUISITO 2.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

Se recomienda continuar con un consumo adecuado de líquidos (de 1.5 a 2L por día)



REQUISITO 3.-MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS



Se recomienda acudir a cita a nutriología para llevar un adecuado control de peso y se dan charlas de educación e información sobre alimentación balanceada, higiene y conservación de alimentos, horarios de alimentación para facilitar la adopción de cambios que redunden en un mejor nivel de salud.

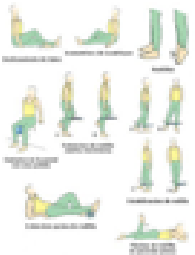
REQUISITO 4.- PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS


En caso de ser necesario se sugiere brindar masaje a marco cólico y se sugiere continuar con dietas altas en fibra.




REQUISITO 5.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Se sugiere continuar las rutinas de ejercicios pasivos y activos al menos 3 veces en el día. seguir con programa de rehabilitación






FERNANDA.GONZALEZ



E.FERNANDA



558885210

P/A

PLAN DE ALTA

REQUISITO 6.-

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Se brinda información y educación que apunten a prácticas recreativas saludables, al fortalecimiento de los nexos familiares, sociales, de pareja y de amistad.



REQUISITO 7.-Prevención de peligros para la vida el funcionamiento humano y el bienestar humano.



sin aplicar ningún producto cubrir herida y mantener seca la zona.

Se identifica y se explica las instituciones de salud a las cuales debe recurrir cuando presente molestias o complicaciones, y se identifican cuidadores primarios en su familia para solicitar su colaboración. se recomienda baño diario, Curación de la herida diaria con jabón neutro

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

Se cuestiona y se proponen mejoras en cuanto al entorno por ejemplo el uso de tapetes que puedan ocasionar caídas, ubicación de la habitación donde duerme o el baño con respecto de otras áreas a donde deba desplazarse para evitar accidentes en relación a la limitación del movimiento.

10.- Conclusiones

La elaboración de este estudio de caso ha sido útil para ejemplificar la utilización del proceso de atención de enfermería con énfasis en el razonamiento de las intervenciones especializadas.

La metodología aplicada constituye una **herramienta** eficaz en la identificación y jerarquización de los requisitos alterados y por lo tanto para el establecimiento de diagnósticos enfermeros; así el conjunto de acciones permite proporcionar cuidados de enfermería precisos, oportunos y con un sustento científico, que contribuyen en la recuperación de la salud de la persona o bien atenúan las posibles complicaciones de su padecimiento.

Este trabajo marca a los profesionales de la salud la importancia de mantener una buena relación enfermera-paciente para reconocer, aceptar y controlar las emociones de la persona afectada, de la familia.

El profesional de la salud comprende mejor las reacciones y la importancia de saber que existen etapas que se viven frente al conocimiento de malas noticias como la negación, la ira, la negociación, la depresión y finalmente la aceptación.

El acompañamiento a las personas cuando más lo necesitan genera un gran impacto en su recuperación al disminuir la ansiedad, el miedo y el estrés y lograr la aceptación de la enfermedad y sus limitaciones mejorando el apego al tratamiento y con ello una recuperación más rápida.

Como profesional de la salud la realización del presente estudio generó evidencia del resultado de una buena ejecución de intervenciones y con ello la satisfacción de la aplicación exitosa de lo aprendido.

11.- Referencias Bibliografías

- 1) Nguema Afumu, Calixto, Rodríguez Ramos. Los Meningiomas intracraneales recidivantes postquirúrgicos. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 2014, 18(2), 231-243.
- 2) Luis Enrique Contreras. Epidemiología de tumores cerebrales revista médica las condes. 2017. 28(3), 332-338.
- 3) Orkaizagirre Gómara, Aintzane, Amezcua, Manuel, Huércanos Esparza, Isabel. El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. Index de Enfermería, 2014. 23(4), 244-249
- 4) José Carlos Alonso Escalante. Meningioma: reporte de un caso inusual y revisión bibliográfica. Neuroeje, 2012. 25(2), 341-349.
- 5) Laura Navarrete Cortés, Sara Santiago García. Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un agente de cuidados que padece evento cerebrovascular, utilizando la teoría general de Elizabeth Dorothea Orem. Revista de enfermería neurológica, 2010. 10(1), 46-52.
- 6) Marco Antonio Aalegria. Tumores del sistema nervioso central. Revista médica del instituto mexicano del seguro social. 2017. 55(3). 330-340.
- 7) Gustavo Anaya-Delgadillo, Pedro Pablo de Juambelz-Cisneros, Basilio Fernández-Alvarado, Fernando Pazos-Gómez, Andrea Velasco-Torre y Rogelio Revuelta-Gutiérrez Prevalencia de tumores del sistema nervioso central y su identificación histológica en pacientes operados: 20 años de experiencia. Cirugía y cirujanos. 2016. 84(6). 447-453.
- 8) Ignacio Casas Pareraa, Alejandra Báeza, Néstor Banfia, Yamila Blumenkrantz. Meningiomas en neurooncología. revista Neurología En Argentina. 2016. 8(3). 144-228.
- 9) Vargas Sánchez Ángel de Jesús. Meningioma: reporte de caso. Revista Medica MD. 2010 6(1). 22-26.
- 10) Zuren Matutes F, De Jong Diaz LF. meningiomas intracraneales aspectos clínicos quirúrgicos nuestra experiencia. Revista mexicana de neurociencias. 2004. 5(4). 308-311.
- 11) Víctor Manuel Rico-Jaime, Roberto Rodríguez-de la Cruz. Meningioma frontal transicional. Presentación de un caso clínico y revisión bibliográfica. Revista De Sanidad Militar. 2004. 58(3). 234-238.
- 12) Cristina Balan Gleves, Magdalena Franco Orozco. Antología de bases teóricas para el cuidado especializado Ciudad de México. 2009.
- 13) Consejo Internacional de Enfermeras (2015). Definición de Enfermería Disponible en <https://www.consejogeneralenfermeria.org/internacional/cie>
- 14) Organización Mundial de la Salud (2018) Definición de Enfermería disponible en : <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- 15) Queirós, Paulo Joaquim Pina, Vidinha, Telma Sofia dos Santos, & Filho, António José de Almeida. Autocuidado: de Orem para la disciplina de enfermería. Revista de Enfermagem. 2014 (3), 157-164.
- 16) Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A. Grandes Corrientes Del Pensamiento Capitulo 1, En: El Pensamiento Enfermero. Edit. Masson. Barcelona España. 2005. Pp.1-21.
- 17) Espinosa Aranzales, Ángela, Enríquez Guerrero, Carolina, Leiva Aranzalez, Felipe, López Arévalo, Martha, & Castañeda Rodríguez, Luz. Construcción Colectiva De Un Concepto De Cuidado Humanizado En Enfermería. Ciencia y enfermería, 2015. 21(2), 39-49.
- 18) Moreno ME, Necesidad de un marco epistemológico para la práctica de enfermería. conferencia en el taller pre coloquio del XVI Coloquio de investigación. 2003. Universidad de Caldas.

- 19) Sánchez B. Utilidad de los modelos de enfermería en la práctica en el arte y la ciencia del cuidado. 2003. 20(1), 13-30.
- 20) Olivella Fernandez, Madeleine Cecilia, Bastidas Sanchez, Clara Victoria, & Castiblanco Amaya, Myriam Angelica. Propuesta de una ruta metodológica para implementación del Modelo de Orem en la práctica de enfermería. Revista Salud Uninorte, 2010. 26(2), 339-348
- 21) Díaz de Flores, Leticia, Durán de Villalobos, María Mercedes. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichán. 2002. 2(1), 19-23.
- 22) Silas Alvarado Rivadeneyra. El Plan De Cuidados y La Calidad De Atención Que Brinda La Enfermería Revista Cubana Enfermería. -2004. 16(2).33-42.
- 23) Guillén Fonseca, Martha. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior. Revista Cubana de Enfermería, 2005. 15(1), 10-16.
- 24) Irigibel-Uriz, Xabier. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson: Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. Index de Enfermería, 2007. 16(57), 55-59.
- 25) Naranjo Hernández, Ydalsys, Concepción Pacheco, José Alejandro, & Rodríguez Larreynaga, Miriam. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana, 2017. 19(3), 89-100.
- 26) Prado Solar, Liana Alicia, González Reguera, Maricela, Paz Gómez, Noelvis, & Romero Borges, Karelía. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica. 2014. 36(6), 835-845
- 27) Marcos Espino, Miriam Paula, & Tizón Bouza, Eva. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos, 2014. 24(4), 168-177.
- 28) Mosqueda-Díaz, Angélica, Vilchez-Barboza, Vivian, Valenzuela-Suazo, Sandra, & Sanhueza-Alvarado, Olivia. Teoría crítica y su contribución a la disciplina de enfermería. Investigación y Educación en Enfermería, 2014 32(2), 356-363
- 29) Jara-Sanabria, F., & Lizano-Pérez, A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Enfermería universitaria, 2016. 13(4), 208-215.
- 30) Cristina Balan Gleaves Antología de Teoría y modelos bases para el cuidado especializado unidad II 2009 Ciudad de México 141-159.
- 31) Gómez Villegas, Inmaculada, García España, Francisco, López del Pino, Dolores, & Ruíz Pérez, Belén.. El Proceso Enfermero como herramienta de cuidados: su aplicación en un equipo de Enfermería de Farmacia Hospitalaria. Index de Enfermería, 2016. 25(3), 175-179.
- 32) Hernández Rodríguez, Antonio Raunel. Las guías de práctica clínica en la atención médica. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología. 2008. 22(2)
- 33) Vidal Mayo, Mara María. Planes de cuidados estandarizados y calidad del cuidado de enfermería en un hospital pediátrico en el sureste de México. 2016. 15(1).46-52
- 34) Bros i Serra, Montserrat.. Aplicación de los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC en la asignatura de Enfermería Geriátrica. Gerokomos, 2006.17(3) 140-143.
- 35) González Orlandi, Yvei, Elizondo Barrier, Luis, Junco Martín, Reinel, Rojas Manresa. Meningioma maligno. Revista Cubana de Cirugía, 2011. 50(1), 108-114.
- 36) Hernández, Alipio, Céspedes, Ghislaine, Lara, Carmen, & González, Jesús. Meningiomas: Hallazgos clínicos y morfológicos en una casuística de 24 años. Gaceta Médica de Caracas. 2008. 116(2), 93-103.
- 37) Teixidor, P., Guillén, A., Cruz, O., & Costa, J.M.. El meningioma en edad pediátrica: Revisión de 10 casos. Neurocirugía. 2008. 19(5), 434-439

- 38) Villalpando-Navarrete, E., & Rosas-Peralta, V., & Sandoval-Balanzario, M. Factores pronósticos del meningioma del paciente geriátrico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2014. 52 (5), 530-537.
- 39) López Flores Gerardo, Samblas García José. Historia Natural Y Clasificaciones De Los Meningiomas De La Base Craneal *Revista Mexicana De Neurociencia*. 2011 12(1): 38-49.
- 40) Herrera-Vázquez, Omar, Toledo Rojas, Andrea, Fleury, Agnès. Neuroinflamación y epilepsia. *TIP. Revista especializada en ciencias químico-biológicas*. 2016. 19(1), 24-33
- 41) Lucas Pérez-Romero, Javier, Lucas Pérez-Romero, Jaime, Lucas Pérez-Romero, Marta, Hernández Fernández, Francisco, Pérez-Romero Martínez, Laura, & Pérez-Romero Martínez, Jaime. Cefalea con signos de alarma. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2013. 6(1), 47-50
- 42) Toledo, J. B., Riverol, M., Martínez-Vila, E., & Irimia, P. Cefalea en urgencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2008. 31(1), 75-85.
- 43) García I, Paloma, Castro G, Francisco Javier De, Asensio C, José Francisco, Paniagua E, Juan Carlos, & Framiñán De Miguel, Andrés. Hipertensión Intracraneal. *Revisión Bibliográfica*. 2013. *Revista Chilena De Radiología*, 11(3), 138-141
- 44) Rodríguez Pupo, Jorge Michel, Díaz Rojas, Yuna Viviana, Rojas Rodríguez, Yesenia, Núñez Arias, Enriqueta, & García Gómez, Amilkar. Hipertensión intracraneal idiopática: principales aspectos neurofisiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Correo Científico Médico*, 2015. 19(2), 282-299..
- 45) Morales, F., Maillo, A., Díaz-Álvarez, A., Merino, M, Muñoz-Herrera, A, Hernández, J, & Santamarta, D. (2005). Meningiomas de la base de cráneo: Un sistema predictivo para conocer las posibilidades de su extirpación y pronóstico. *Neurocirugía*, 16(6), 477-485.
- 46) Guillermo, Pardo C, Gómez A, Fernando, Casares D, Jorge A, Cardoso N, & Varela H, Ariel. Cirugía de los meningiomas intracraneales en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Domenech". *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 2009. 47(2), 124-131.
- 47) Lakhiani, Devi, & Alvarez Pinzon, Andres Mauricio. Evaluación Clínica de Meningioma Intraventricular: Reporte de caso paciente pediátrico y paciente adulto. *Revista Med*. 2017. 25(1), 78-86
- 48) Suárez Alvarado, Edwin, & Heinike Yáñez, Hugo. Meningiomas recurrentes: Factores asociados. *Acta Médica Peruana*. 2010. 27(1), 12-21.
- 49) Barrueta Reyes, D., & Trigo Naranjo, J. Guía de práctica clínica para el tratamiento de los tumores intracraneales. *MediSur*. (2009). 7 (1), 227-231
- 50) Urra Medina, Eugenia, Núñez Carrasco, Rocío, Retamal Valenzuela, Carmen, & Jure Cares, Lucy. Enfoques De Estudio De Casos En La Investigación De Enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2014. 20(1), 131-142.
- 51) González Vega, María Patricia, & Vergara Núñez, Javier. Percepciones Sobre El Estudio De Casos, Como Estrategia De Aprendizaje, En Estudiantes De Enfermería. *Ciencia y enfermería*. 202. 18(1), 111-123.
- 52) Gustavo Anaya-Delgadilloa, Pedro Pablo de Juambelz-Cisneros, Basilio Fernández-Alvarado , Fernando Pazos-Gómez, Andrea Velasco-Torre y Rogelio Revuelta-Gutiérrez Prevalencia de tumores del sistema nervioso central y su identificación histológica en pacientes operados: 20 años de experiencia. *Cirugía y cirujanos*. 2016. 84(6). 447-453
- 53) García Moyano, Loreto. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta bioethica*. 2015. 21(2), 311-317.
- 54) Barrio, I. M., Molina, A., Sánchez, C. M., & Ayudarte, M. L. Ética de enfermería y nuevos retos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2006. 29(3), 41-47.
- 55) Alvarado García, Alejandra. La ética del cuidado. 2009 *Aquichán*, 4(1), 30-39
- 56) Padovani Cantón, Antonio Manuel, & Clemente Rodríguez, María Elisa. ¿Qué es la Bioética?. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2010 14(1), 370-374

- 57)Rojas O, Alberto, & Lara C, Libia. ¿Ética, bioética o ética médica?. Revista chilena de enfermedades respiratorias. 2014.30(2), 91-94.
- 58)Matínez Bulle Goyri, Víctor Manuel, & Olmos Pérez, Alexandra. De la autonomía personal al consentimiento informado y las voluntades anticipadas. Boletín mexicano de derecho comparado. 2016. 49(145), 36-38

Tumores del sistema nervioso central

Marco Antonio Alegría-Loyola,^a Javier Andrés Gámez-Olalde,^a Molinda Mercado^a

Tumors of the central nervous system

Central nervous system (CNS) tumors constitute a heterogeneous group of neoplasms that share a considerable morbidity and mortality rate. Recent advances in the underlying oncogenic mechanisms of these tumors have led to new classification systems, which, in turn, allow for a better diagnostic approach and therapeutic planning. Most of these neoplasms occur sporadically and several risk factors have been found to be associated with their development, such as exposure to ionizing radiation or electromagnetic fields and the concomitant presence of conditions like diabetes, hypertension and Parkinson's disease. A relatively minor proportion of primary CNS tumors occur in the context of hereditary syndromes. The purpose of this review is to analyze the etiopathogenesis, clinical presentation, diagnosis and therapy of CNS tumors with particular emphasis in the putative risk factors mentioned above.

Keywords Palabras clave

Central nervous neoplasms	Neoplasias del sistema nervioso
Glioma	Glioma
Glioblastoma	Glioblastoma
Astrocitoma	Astrocitoma
Meningioma	Meningioma

Los tumores del sistema nervioso central (SNC) representan el 2% de todas las neoplasias.¹ Parecen ser cada vez más frecuentes, no tanto por un verdadero incremento en su incidencia, sino por el incremento en la expectativa de vida de la población en general y por los avances tecnológicos que permiten un diagnóstico más oportuno. Estos tumores constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias que incluye desde lesiones bien diferenciadas y relativamente benignas, como los meningiomas, hasta lesiones altamente invasivas y poco diferenciadas, como el glioblastoma multiforme (GBM).² El conocimiento cada vez más profundo de la citodiferenciación del sistema nervioso y los avances recientes en genómica y proteómica nos han permitido un mejor entendimiento de la biología de estos tumores, lo cual tiene el potencial de mejorar el pronóstico de los pacientes, pues nos permite diseñar tratamientos cada vez más específicos y eficaces.

Actualmente, la tasa de incidencia global de los tumores primarios del SNC es de 10.62 por cada 100 000 personas al año.¹ La epidemiología de estos tumores es compleja y varios metaanálisis que evalúan sus características demográficas y clínicas básicas encuentran una heterogeneidad considerable en la información.² La mortalidad por estos tumores aumenta a medida que incrementa la edad en la que son diagnosticados. En países desarrollados solamente el 14% de los pacientes diagnosticados con tumores del SNC tienen una supervivencia de más de 10 años y solo el 1% de ellos es prevenible.³ Algunas variedades de tumores son particularmente frecuentes en ciertos grupos de edad; por ejemplo, el astrocitoma pilocítico es más común en niños mientras que el GBM es más común en adultos.

Los meningiomas son los tumores cerebrales primarios más comunes y representan el 36.4% de todos los casos, seguidos por los gliomas, que constituyen el 27%. Los gliomas son más frecuentes en adultos, con una incidencia de 14.07 por 100 000 personas al año frente a 0.18 casos por cada 100 000 personas al año en los niños. Por otro lado, el meduloblastoma se presenta más en los niños, con una incidencia de 0.49 casos por cada 100 000 personas al año, comparado con 0.05 casos por cada 100 000 personas al año en adultos.⁴

Por otro lado, sabemos que el grupo más importante de tumores cerebrales son las metástasis, ya que

^aCentro Neurológico y Comité de Neuro-oncología, Centro Médico ABC, Ciudad de México, México

Correspondencia con: Marco Antonio Alegría-Loyola
Correo electrónico: alegriamarco@yahoo.com.mx

ARTÍCULO ORIGINAL

Prevalencia de tumores del sistema nervioso central y su identificación histológica en pacientes operados: 20 años de experiencia



Gustavo Anaya-Delgadillo^a, Pedro Pablo de Juambelz-Cisneros^b,
Basilio Fernández-Alvarado^b, Fernando Pazos-Gómez^b, Andrea Velasco-Torre^b
y Rogelio Revuelta-Gutiérrez^{c,*}

^a Laboratorio de Patología Vascular Cerebral, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Ciudad de México, México

^b Servicio de Neurocirugía, Hospital Español, Ciudad de México, México

^c Servicio de Neurocirugía, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Ciudad de México, México

Recibido el 16 de junio de 2015; aceptado el 14 de enero de 2016

Disponible en Internet el 17 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE

Tumores de sistema nervioso central;
Patología;
Astrocitoma;
Meningioma;
Prevalencia;
Supratentorial;
Infratentorial

Resumen

Antecedentes: Los tumores del sistema nervioso central comprenden un grupo heterogéneo de neoplasias de gran diversidad histológica. Pese a la creciente prevalencia de estas neoplasias en los países en vías de desarrollo, existen pocos trabajos hoy en día, tanto en México como en Latinoamérica, que muestren la realidad de estos en nuestra población.

Objetivo: Describir las características de los tumores primarios y secundarios de sistema nervioso central en los últimos 20 años en una institución mexicana.

Material y métodos: Pacientes con diagnóstico histopatológico de neoplasia de sistema nervioso central del año 1993 al 2013 en nuestra institución, agrupándolos conforme a la clasificación de la OMS 2007, es decir, por la caracterización del grupo etario, sexo y localización anatómica.

Resultados: Se presentaron un total de 511: 292 mujeres y 219 hombres con una razón 1.3: 1, con una media de edad de 49.3 años. Los tumores con mayor prevalencia fueron los de meninges 171 (33%), seguido por los neuroepiteliales 121 (24%). En pacientes pediátricos, el astrocitoma fue el tumor más prevalente, mientras que en mayores de 20 años fue el meningioma; la localización supratentorial fue la de mayor involucro.

Conclusión: Esta es la primera serie de casos en México de tumores malignos y benignos del sistema nervioso central que incluye a pacientes de todas las edades, y se realizó en un lapso de

Vol. 8. Núm. 3. Julho - Setembro 2016,
páginas 143-228

Compartilhar Imprimir Baixar PDF

Seções

- resumen
- palabras clave
- abstract
- keywords
- introducción
- ...

ARTÍCULO ESPECIAL

DOI: 10.1016/j.neuarg.2016.04.001

Open Access

Este item recebeu
14544
Visitas

Meningiomas en neurooncología

Meningiomas in Neuro-Oncology

Ignacio Casas Pareira^a, Alejandra Báez^a, Néstor Banfi^b, Yamilia Blumenkrantz^a, Mario Javier Halfon^a, Máximo Barros^a, Álvaro Campero^a, Guillermo Larrarte^a, Paula De Robles^a, Román Rostagno^a, Alejandra González Roffo^a, Victoria Campanacci^a, Jorge Luis Igrino Gamero^a, Wither Luis Figueroa Intrigo^a, Samuel Díaz Granados^a, Nicolás Martínez Tamborini^a, Valeria B. Kuchkaryan^a, Carlos Louano^a

^a Grupo de Trabajo de Neurooncología, Sociedad Neurológica Argentina, Buenos Aires, Argentina

^b Especialista en Diagnóstico por imágenes y radiología vascular e intervencionista, Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, España

Información do artigo Resumen Texto Completo Bibliografía Baixar PDF Estatísticas

RESUMEN

Introducción

Los meningiomas son los tumores primarios más frecuentes del sistema nervioso central y son de consulta frecuente en neurooncología.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica extensa y actualizada con el objetivo de favorecer el mejor abordaje de esta patología.

Receba a nossa Newsletter

Informe seu e-mail

Ferramentas

- > Imprimir
- > Enviar a um amigo
- > Exportar referência
- > CrossMark
- > Mendeley
- > Estatísticas



Reporte de caso

Meningioma: reporte de caso

Vargas-Sánchez Angel de Jesús

Médico Interno de Pregrado Hospital Civil
Fray Antonio Alcalde

Presentación del caso

Se trata de una mujer de 54 años, originaria de Tapalpa Jalisco, soltera, dedicada al hogar, lateralidad diestra.

Hipertensa de 8 años de evolución manejada con captopril 25mg c/8hrs. Consume además ácido acetilsalicílico 100 mg c/24 hrs. Resto de antecedentes negados o no relevantes.

Inicia su padecimiento actual en diciembre de 2009 con cefalea pulsátil frontal derecha, sin predominio de horario, irradiado a cuello, manejada con analgésicos presentando mejoría parcial. Una semana después del inicio de la cefalea presenta crisis convulsiva tónica clónica generalizada compleja; se inicia manejo con fenitoína 100 mg c/24 hrs. El 27 de enero de 2010 presenta nuevamente crisis convulsiva tónica clónica generalizada compleja, recibiendo atención médica en hospital de segundo nivel, donde solicitan estudio tomográfico de cráneo y envían a nuestra institución, donde solicitamos Resonancia Magnética

(RM). Acude el día 29 de abril de 2010 por presentar nueva crisis convulsiva similar a las anteriores y es hospitalizada.

A la exploración física la paciente presenta signos vitales dentro de los parámetros normales, con habitus mesomórfico, regular estado de hidratación y adecuada coloración mucotegumentaria. Cráneo mesaticéfalo sin huellas de trauma reciente, resto de la exploración general sin datos patológicos. La exploración neurológica revela funciones mentales superiores respetadas, consciente, orientada autopsíquicamente y alopsíquicamente, bradiplálica. Isocórica, normorreflexia pupilar, campimetría por confrontación normal, fondoscopia ocular con papiledema bilateral, resto de pares craneales sin alteraciones aparentes. Hemiparesia corporal izquierda proporcionada 4+/5, tono conservado, sensibilidad respetada, reflejos miotáticos con hiperreflexia generalizada 3/2. Reflejos meningeos ausentes, reflejos atáxicos ausentes, marcha parética, disdiadococineia; reflejos de

Babinsky y Chaddock izquierdo.

Meningiomas Introducción

Los meningiomas son neoplasias primarias del sistema nervioso central, que tienen su origen en las células meningoteliales (capa aracnoidea). Representan el tipo más común de tumor benigno cerebral de localización extra axial. Aproximadamente el 95 % de estos tumores son intracraneales, y de estos, 90% son supratentoriales.

El 90% de los meningiomas son benignos y tienen una baja tasa de recurrencia (7-20%), comparados con los de naturaleza atípica (frecuencia de 4-7-25%) y maligna (frecuencia de 1-2.8%), cuyos porcentajes de recurrencia se encuentran en 40% y 50-80% respectivamente.

Epidemiología

La incidencia anual ajustada con base en la edad es de aproximadamente 4.51 por cada 100,000 habitantes. Los meningiomas pueden ocurrir en cualquier grupo de edad, pero suelen aparecer con

Meningiomas intracraneales. Aspectos clínico quirúrgicos. Nuestra experiencia

Zuren Matutes F,¹ De Jong Díaz LF,² Izquierdo Presmanes P¹

RESUMEN

Introducción: Los meningiomas constituyen la neoplasia no glial más frecuente del sistema nervioso central (SNC). **Método:** En el presente trabajo se estudian 39 pacientes operados con el diagnóstico de meningioma intracraneal analizando las variables: edad, sexo, síntomas y signos acompañantes, estudios imagenológicos, topografía lesional, tipos histopatológicos, grado de resección tumoral y complicaciones. **Resultados y conclusiones:** Encontramos alta proporción de meningiomas intracraneales entre los 46 y 60 años de edad con una relación de casi 2 mujeres por cada hombre. En el cuadro clínico predominaron la cefalea con su capacidad de localización topográfica, las alteraciones motoras, las crisis convulsivas parciales motoras y el papiledema como signo de particular incidencia. La tomografía axial computada (TAC) fue el estudio más realizado y las lesiones a nivel de la convexidad y región parasagital las que predominaron; fue la variante meningotehal la más frecuente. La resección tumoral macroscópica completa se logró en 84.5% con bajo índice de morbilidad.

Palabra clave: meningiomas, aspectos clínicos y quirúrgicos.

Rev Mex Neuroci 2004; 5(4): 308-311

Our experience on intracranial meningioma. Clinical-surgical aspects.

ABSTRACT

Introduction: Meningiomas constitute the most frequent non-glial neoplasm of Central Nervous System (CNS). **Method:** Thirty-nine operated patients with diagnosis of intracranial meningioma were studied in this paper, analyzing variables such as: age, sex, collateral symptoms and signs, imagenologic studies, lesions' topography, histopathological types, tumoral resection grades and complications. **Results and conclusions:** We found a high proportion of intracranial meningiomas in the group between 46 and 60 years old of age, with a female:male rate near of 2:1. Within clinical features predominate headache with capacity of topographic localization, motor disorders, motor partial seizures and papilledema as particular sign of incidence. Computed axial tomography (TAC) was the most performed study and lesions at convexity level and parasagittal region predominated; meningothelial variant was the most frequent one. Complete macroscopic tumoral resection was achieved in 84.5% with low morbidity index.

Key words: meningiomas, clinical and surgical aspects.

Rev Mex Neuroci 2004; 5(4): 308-311

¹Especialista en Cirugía Neurológica. Neurocirujano del Servicio de Neurocirugía del Centro Médico "Dr. Ignacio Chávez", Hemoisla, Sonora, México.

²Especialista en Cirugía Neurológica. Neurocirujano del Servicio de Neurocirugía del Hospital "Dr. Carlos J. Finlay", Ciudad Habana, Cuba.

Correspondencia:

Dr. Zuren Matutes Fábila
Especialista en Cirugía Neurológica
Avenida El Muro No. 11 entre Torralón y Ilarancea.
Caj. El Torralón, C.P. 83230
Hemoisla, Sonora, México.
Tel. consultorio: 2747144
Tel. particular: 2164979
Tel. cel: 0446622908777
Correo electrónico: zurenm@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los meningiomas constituyen la neoplasia no glial más frecuente del sistema nervioso central (SNC).^{1,2} Ellos totalizan aproximadamente 30% de los tumores encontrados incidentalmente en necropsias.³ Generalmente su incidencia aumenta con la edad, alcanzando 8.4 x 100.000 en población adulta y son responsables de 19.2%³ de la neurocirugía tumoral moderna. En el presente trabajo revisamos nuestra casuística al respecto.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo tomando como fuente las historias clínicas de 39

Meningioma frontal transicional. Presentación de un caso clínico y revisión bibliográfica

Gral. de Bgda. M.C. Víctor Manuel Rico-Jaime,* Mayor M.C. Roberto Rodríguez-de la Cruz,**
Mayor M.C. Olga Lidia Juárez-Patiño,*** Tte. de Corb. SSN. M.C. Genaro Eduardo Aja-Von Putlitz***

Dirección General de Sanidad-Escuela Militar de Graduados de Sanidad. Ciudad de México.

RESUMEN

Un piloto militar de 41 años de edad desarrolló un tumor frontal que le provocó dos episodios de crisis tónico-clónicas generalizadas y la pérdida momentánea de conciencia en cada episodio. Los rayos X simples mostraron un tumor en la región frontal, confirmado posteriormente por tomografía de cráneo y los estudios de resonancia magnética. Clínicamente, el tumor fue clasificado como meningioma con base en los resultados radiológicos, así como una masa hipodensa con cambios quísticos a lo largo del seno longitudinal superior con calcificaciones marginales y edema vasogénico; adicionalmente, las imágenes mostraron un defecto anterior del sistema ventricular cerebral. Los estudios de laboratorio fueron normales, pero un EEG y una arteriografía mostraron anomalías.

El piloto fue sometido a una cirugía de cráneo para resección del tumor, el que histológicamente se clasificó como meningioma transicional con hialinización extensa. La recuperación postoperatoria fue satisfactoria sin complicaciones. El paciente fue tratado entonces con esteroides, analgésicos y difenilhidantoina como una medida anticonvulsivante, fue dado de alta 15 días después de la cirugía y se suspendió de vuelo por un periodo de dos años. El EEG y la tomografía computada de cráneo posteriores mostraron, respectivamente, anomalías secundarias a la cirugía, como la presencia de ondas agudas en la región paracentral y una imagen de encefalomalacia. El piloto permaneció asintomático durante tres años sin la medicación anticonvulsivante y su EEG fue normal, por lo que fue sometido a una nueva evaluación para determinar sus aptitudes de vuelo. Después de un examen neurológico y evaluación aerodinámica completos y una prueba inductora de hipoxia, que fue aceptada y autorizada por el piloto, en una cámara hipobárica a 29,000 pies sin oxígeno, para demostrar su tiempo útil de conciencia, no mostró ninguna anomalía neurológica funcional, por consiguiente, se le otorgó aptitud para continuar sus actividades de vuelo. El manejo clínico del piloto fue discutido en consenso aerodinámico.

Los objetivos educativos. La relación entre la recertificación de un individuo que sufrió una cirugía de cráneo y el uso por pri-

Frontal transitional meningioma.

A case report and review of the literature

SUMMARY

A 41 years old male military pilot developed a frontal tumor which caused two episodes of generalized clonic-tonic seizures and temporary loss of consciousness in each episode. Simple X rays showed a tumor at the frontal region, confirmed posteriorly by a CT Scan and magnetic resonance imaging studies. Clinically, the tumor was classified as meningioma based on the radiological findings: a hypodense mass with cystic changes along the superior longitudinal sinus with marginal calcifications and edema of vascular origin; additionally, the patient images showed an anterior defect of the brain ventricular system. Laboratory studies were normal and an EEG and an arteriography were abnormal. The pilot underwent a cranial surgery in order to resect the tumor which was histologically classified as transitional meningioma with hyalinization. Post operative recovery was satisfactory without complications. The patient was then treated with steroids, analgesics and diphenyl hydantoin as an anticonvulsive measure. The patient was delivered 15 days after the surgery and was grounded for a period of two years. The EEG and the CT scan showed, respectively, abnormalities secondary to the surgery such as the presence of spike-waves at the paracentral region and an image of encephalomalacia. The pilot was asymptomatic for three years without anticonvulsive medication and his EEG was again normal for which he underwent a new evaluation to determine his flight capabilities. After a complete neurological and aeromedical evaluation and a decisional provocative hypoxic test, accepted and authorized by the pilot, in a hypobaric chamber at 29,000 feet without oxygen to determine his time of effectiveness, he proved to be safe and did not showed any abnormal neurological functioning. Therefore he obtained a waiver to continue his flying status. The clinical management of the pilot and the aeromedical concerns of the case are discussed.

Educational objectives. Relationship between the recertification of an individual who underwent a cranial surgery and the use

* Jefe de la Sección de Medicina Aeroespacial de la Dirección General de Sanidad. ** Jefe de la Subsección de Certificación de la Sección de Medicina Aeroespacial de la Dirección General de Sanidad. *** Residentes del Curso de especialización en Medicina Aeroespacial, Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

Correspondencia:

Gral. de Bgda. M.C. Víctor Manuel Rico-Jaime
Dirección General de Sanidad. Av. Ejército Nacional esq. Blvd. Manuel Ávila Camacho, Campo Militar No. 1-3, Pradio Reforma, Edif 2-3° piso.
Col. Lomas de Sotelo, C.P. 11500, México, D.F.



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Posgrado en Enfermería Neurológica
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Por medio de la presente, declaro que el alumno de la especialidad en enfermería neurológica Brenda Fernanda González Zamora. Tiene mi consentimiento de hacer público el caso clínico correspondiente a mi persona.

yo Griselda Romero Cabezas
(Nombre) (apellido paterno) (apellido materno)

Consiento que se utilice mi caso clínico con propósitos puramente académicos, para la realización de un estudio de caso. Del mismo modo autorizo la toma de fotografías clínicas, grabaciones de audio y video, revisión de expediente clínico electrónico y valoración neurológica mediante el instrumento de requisitos universales de Dorotea Orem. Para el desarrollo del proceso del estudio de caso

Manifiesto que he sido informado que esta información podrá ayudar a la recuperación de personas que padezcan mi misma condición médica, que mi identidad no será revelada manteniendo mi privacidad y anonimato.

Brenda F. Zamora
Alumno que solicita la autorización

[Firma]
paciente o representante legal

Mara Olvera
Testigo



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA NEUROLOGICA

INSTRUMENTO DE VALORACION DE ENFERMERIA NEUROLOGICA

FICHA DE IDENTIFICACION
 Nombre: Graciela Edad 30 Sexo F Estado civil Casada Religión Catolica Escolaridad Secundaria
 Ocupación: Desempleada Ocupación actual Desempleada Domicilio: Huixquiltepec Edo Mexico Teléfono _____
 # de integrantes en la familia 4 Dx. médico Meningioma Parasagital Activo de consulta Cross Convulsivos Derecho a algún servicio de salud SI () NO Me Cuál? NO Persona responsable Esposo Jorge Edad 34 Parentesco Esposo

Desviaciones de la salud Factores de Riesgo	Si	No
Hipercolesterolemia		X
Obesidad		X
Sedentarismo	X	
Diabetes Mellitus		X
Hipertensión Arterial	X	
Consumo excesivo de sal	X	
Consumo de drogas		X
Anticonceptivos orales		X
Traumatismo craneoencefálico		X
Cuadros gripales (reciente)		X
Infecciones gastrointestinales (reciente)		X

NOTA:

Desviaciones de la salud Antecedentes familiares	Parentesco	
Diabetes mellitus		
Obesidad		X
Hipertensión	X	X
Cardiopatía		X
Enfermedad Vasculat Cerebral		X
Cáncer		X
Migraña		X
Epilepsia		X

SISTEMAS DE ENFERMERIA

- TOTALEMENTE COMPENSATORIO:** La enfermera realiza el principal papel de cuidadora cuando el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de auto cuidado
- PARCIALMENTE COMPENSATORIO:** La enfermera participa implicando al paciente en su propio cuidado
- DE APOYO O EDUCACION:** El paciente es capaz de realizar su auto cuidado

NOTA: En cada requisito se determina el sistema de enfermería en la implantación de cuidados.

I. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire

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

Presenta:	SI	NO
Anosmia		<input checked="" type="checkbox"/>
Tabique desviado		<input checked="" type="checkbox"/>
Rinorrea		<input checked="" type="checkbox"/>
Obstrucción nasal		<input checked="" type="checkbox"/>
Disnea		<input checked="" type="checkbox"/>
Disnea de esfuerzo		<input checked="" type="checkbox"/>
Disnea paroxística		<input checked="" type="checkbox"/>
Ortopnea		<input checked="" type="checkbox"/>
Respiración sibilante		<input checked="" type="checkbox"/>
Alergias		<input checked="" type="checkbox"/>
Tos seca		<input checked="" type="checkbox"/>
Tos productiva		<input checked="" type="checkbox"/>
Hemoptisis		<input checked="" type="checkbox"/>
Expectoración		<input checked="" type="checkbox"/>
Espasmo bronquial		<input checked="" type="checkbox"/>
Murmulo o soplo		<input checked="" type="checkbox"/>
Ronquido		<input checked="" type="checkbox"/>

FC 86 x' FR 26 x' TA 140/90 Nivel de conciencia Coniente Pupilas S/R Glasgow 15

Signos de Respiración patológica	SI	NO
Cheyre stokes		<input checked="" type="checkbox"/>
Neurogénica		<input checked="" type="checkbox"/>
Apnéusica		<input checked="" type="checkbox"/>
Cuss maui		<input checked="" type="checkbox"/>
atáxica		<input checked="" type="checkbox"/>

Fecha y resultado de la última radiografía de Tórax: _____



Observaciones _____

Coloración de piel	SI	NO
Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Palidez		<input checked="" type="checkbox"/>
Cianosis		<input checked="" type="checkbox"/>
Rubicundez		<input checked="" type="checkbox"/>
Otros		<input checked="" type="checkbox"/>

LABORATORIOS		
GASES ARTERIALES	RESULTADO	VALORES NORMALES
SaO ₂	<u>95</u>	93-100
Ph	<u>7.35</u>	7.35-7.45 <u>normal</u>
pO ₂	<u>70</u>	60-80 <u>normal</u>
CO ₂	<u>29</u>	28-32 <u>normal</u>
Exc. B	<u>3</u>	-2+5 <u>normal</u>
Def. B	<u>3</u>	-2+5 <u>normal</u>
HCO ₃	<u>18</u>	18-22 <u>normal</u>

SaO₂ 95 % PVC _____ PIC _____ Apoyo Ventilatorio: Ninguno (X) Puntas Nasales () Mascarilla () Ventilador () Traqueotomía () Aspiración de secreciones por: _____
 Características de secreciones NO Tipo de catéter perforico Línea arterial _____
 Medicamentos y soluciones NO

Totalmente Compensatorio	<input checked="" type="checkbox"/>
Parcialmente Compensatorio	<input checked="" type="checkbox"/>
De apoyo o Educación	<input checked="" type="checkbox"/>

II Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Agua

Totalmente Compensatorio	<input type="checkbox"/>
Parcialmente Compensatorio	<input checked="" type="checkbox"/>
De apoyo o Educación	<input checked="" type="checkbox"/>

A perdido peso últimamente: Si No () Ha ganado peso últimamente Si () No
 Tiene restricciones de líquidos: Si () No Causa: _____ Bebe agua: Potable Hervida ()
 Ingesta de líquidos habitual (cantidad y tipo): 1 litro agua

PIEL Y MUCOSAS		
presenta	SI	NO
Mucosas secas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mucosas hidratadas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Edema	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Piel hidratada	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Piel tibia al tacto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel fría al tacto	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

LABORATORIOS

ELECTROLITOS SERICOS	RESULTADO	VALORES NORMALES
CL	135	135-145 mg/dL
Na	99	98-106 mg/dL
K	3.5	3.5-4.5 mg/dL
Calcio	1.2	1.2-1.35 mg/dL
ALT glutámica	10	10-42 U/l

Observaciones _____

III. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Alimentos

Tipo de alimentación: Enteral Parenteral Via: Sonda Nasogastrica Gastrostomía Otra NO La persona se alimenta Sola
 Con gusto Tipo de dieta que consume: Normal Especial ¿Cómo es su apetito? Bueno Regular Deficiente Nulo Cuántas comidas realiza al día: 7 Cuántas veces a la semana consume? Carnes Harinas Verduras Frutas Lácteos
 ¿Cómo prepara sus alimentos? Fritos Hervidos Asados Otros NO Preferencias alimenticias: NO Desagrados alimenticios: NO
 Consume suplementos alimenticios: SI NO ¿Cuál? NO Total de ingesta NO

Peso: 52 ~~kg~~ Talla: 165 cm.

PRESENTA	SI	NO
Alteraciones al gusto		<input checked="" type="checkbox"/>
Lesiones o úlceras en la boca		<input checked="" type="checkbox"/>
Dificultad para masticar		<input checked="" type="checkbox"/>
Dificultad para deglutir		<input checked="" type="checkbox"/>
Caries		<input checked="" type="checkbox"/>
Prótesis dental		<input checked="" type="checkbox"/>
Infección bucal		<input checked="" type="checkbox"/>
Dolor de garganta		<input checked="" type="checkbox"/>
Nauseas	<input checked="" type="checkbox"/>	
Vómito	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cambio de apetito		<input checked="" type="checkbox"/>
Dolor abdominal o intestinal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

PRESENTA	SI	NO
Parálisis facial central		<input checked="" type="checkbox"/>
Parálisis facial periférica		<input checked="" type="checkbox"/>
Úlcera gástrica		<input checked="" type="checkbox"/>
Intolerancia alimenticia		<input checked="" type="checkbox"/>
Poli-fagia		<input checked="" type="checkbox"/>
Poli-pipsa		<input checked="" type="checkbox"/>
Indigestión		<input checked="" type="checkbox"/>
Flatulencias		<input checked="" type="checkbox"/>
Acidez estomacal		<input checked="" type="checkbox"/>

MC 20.2

Masa corporal:	SI
Peso ideal	<u>NO</u>
Sobrepeso	<u>NO</u>
obesidad	<u>NO</u>

Observaciones
Bajo peso Perdigz mbica / apulalain

Características de la Boca



Sensibilidad de lengua ✓
 Fuerza de lengua _____
 Reflejo nauseoso _____
 Paladar blando _____
Uvula _____

Sensibilidad de la cara



I. derecha
 a.
 II.
 III.

izquierdo
 I.
 II.
 III.

Laboratorios	Resultados	Valores Normales
Triglicéridos	160	70-200 mg/dl
Bilirubina directa		.0-0.4 mg/dl
Bilirubina indirecta		0.0-1.1 mg/dl
Colesterol	160	80-200 mg/dl
Glucosa	110	86-115 mg%
Urea		20-40 mg%
Creatinina		0.8-1.5 mg%
Ácido úrico		2.1-7.4 mg%
Proteínas totales		6.3-8.2 g/dl

Totamente compensatorio _____
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____

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

Totamente compensatorio
 Parcialmente compensatorio
 De apoyo o educación

MICCIONES

¿Cuántas veces orina al día? 4
 Orina: Color Amarillo claro
 Olor —
 Cantidad 600 ml

EVACUACIONES

¿Cuántas veces defeca al día? —
 Heces: Color —
 Olor —

SUDOR
 Características —

presenta	SI	NO
Disuria		X
Poliuria		X
Poluria		X
Oliguria		X
Nicturia		X
Hematuria		X
Dificultad para iniciar la micción		X
Infección de vías urinarias		X
Incontinencia		X

Consistencia —
 Presencia de sangre NO
 Presencia de moco NO

presenta	SI	NO
Ardor al defecar	SI	
Dolor al defecar	✓	
Evacuaciones diarreas		✓
Hemorroides		✓
Prurito		✓
Disminución de ruidos peristálticos	✓	

Valoración de sexo femenino
Antecedentes gineco-obstétricos
 IVSA: —
 Fecha de última menstruación: 27- Nov
 Gesta: 2 em: 2 A 0
 C: 0
 Autoexploración mamaria:
 Si (X) No () Fecha: 10 Sep 18
 Citología vaginal: Si (X) No ()
 Fecha: 10 Sep 18
 Mastografía: Si (X) No ()
 Fecha: NO

LABORATORIOS

Examen general de orina	resultado	Valores normales
densidad	—	1.025
PH	—	5.0-7.0
Leucocitos	—	negativo
Glucosa	—	—
Proteínas	—	Negativo
Cristales	—	Negativo
bacterias	—	negativo

DRENAJES

	FECHA DE INSTALACION	PERDIDA INSENSIBLE	BALANCE
Ventriculostoma corta	<u>12.0</u>		
Drenaje de lecho quirúrgico	<u>NO</u>		
Drenaje subdural	<u>NO</u>		
Drenaje epidural	<u>NO</u>		
Sonda nasogastrica	<u>NO</u>		
Ventriculostoma larga	<u>NO</u>		
Sello de agua	<u>NO</u>		
Sonda Foley	<u>NO</u>		