



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

ESTUDIO DE CASO

**APLICADO A UNA PERSONA CON MACROADENOMA DE
HIPÓFISIS BAJO EL MODELO DE DOROTHEA OREM**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE :

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

P R E S E N T A

NERI DE JESÚS HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

CON LA ASESORÍA DE:

EEN. VERÓNICA BALACAZAR MARTÍNEZ



CDMX

ENERO, 2020



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.

AGRADECIMIENTOS

Una inversión en conocimiento paga los mejores intereses.

Benjamín Franklin

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme formar parte de esta gran comunidad universitaria.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por la formación que me brindó a través de sus profesores.

Al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, por ser un lugar lleno de oportunidades para aprender. Por los grandes profesionales y personas que aquí conocí.

A las maestras Rocío Valdez Labastida y Verónica Balcázar Martínez por sus enseñanzas y conocimientos compartidos.

DEDICATORIAS

"Las familias son la brújula que nos guían. Son la inspiración para llegar a grandes alturas, y nuestro consuelo cuando ocasionalmente fallamos".

Brad Henry

A mis padres, que gracias a su incondicional apoyo, sacrificios y amor, mis sueños se convirtieron en metas y las metas en triunfos.

A mis hermanos, en especial Carlos que contribuiste cada día, sacándome de apuros, por ser mi mano derecha y motivándome a seguir.

A Jovana, Rubí, Yuriana, amigas que encuentras en el camino, porque siempre se merece más y la vida te premia con mejores personas en ella.

A Dios, GRACIAS.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. OBJETIVO GENERAL.....	5
3.1 Objetivos Específicos.....	5
4. FUNDAMENTACIÓN	
4.1 Antecedentes.....	6
5. MARCO CONCEPTUAL	
5.1 Conceptualización de la Enfermería.....	8
5.2 Paradigmas.....	11
5.3 Teoría de Enfermería.....	16
5.4 Proceso de Enfermería.....	25
5.5 Patología y/o Enfermedad.....	30
6. METODOLOGÍA	
6.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso.....	34
6.2 Selección del caso y fuentes de información.....	36
6.3 Consideraciones éticas.....	36
7. PRESENTACIÓN DEL CASO	
7.1 Descripción del caso.....	40
8. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	
8.1 Valoración.....	41
8.2 Valoración focalizada.....	47
8.3 Jerarquización y focalización de problemas.....	47
8.4 Diagnósticos de Enfermería.....	48
8.5 Planeación, ejecución y evaluación de los cuidados	49
8.6 Evaluación del proceso.....	56
9. PLAN DE ALTA.....	57
10. CONCLUSIONES.....	58
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
12. ANEXOS.....	63

1. INTRODUCCIÓN

Los cuidados que Enfermería lleva a cabo en el individuo, familia o comunidades, han pasado por un camino lleno de cambios, los cuales han modificado la forma de poder realizarlos. Así como también la modificación de aquellas acciones que tras su comprobación a través de la práctica empírica arrojaron no favorecer buenos resultados, o que no fueron del todo apropiados para los objetivos que se tenían planeados.

Dentro de las poblaciones se ha observado que existen distintos factores de acuerdo con la raza, ubicación geográfica, así como costumbres propias que influyen en los cuidados de enfermería, es por ello por lo que las enfermeras deben realizar y planificar cuidados únicos e individualizados de acuerdo a la situación que esté tratando.

Así como estos factores sociodemográficos y culturales influyen, otro de los principales elementos que intervienen el cuidado de enfermería es el proceso patológico y sus manifestaciones en la persona, de ahí la importancia de desarrollar cuidados especializados de enfermería, con el objetivo de poder valorar, jerarquizar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar de manera centralizada y específica los cuidados necesarios para una persona de acuerdo a sus manifestaciones propias del proceso que está pasando.

De acuerdo con el Plan de Estudios de Programa Único de Especialidades en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, la Especialidad en Enfermería Neurológica tiene como propósito formar enfermeras (os) expertos, que sean capaces de desarrollar sus potencialidades para otorgar cuidado con conocimiento científico, tecnológico, ético y humanístico que requieren las personas con daño neurológico.

Para el enfermero especialista en Neurología es importante desarrollar e identificar posibles riesgos que pueden empeorar y complicar el estado neurológico de las personas que están bajo su cuidado es por ello por lo que para poder identificar estos posibles riesgos se basa con lo que Dorothea Orem estableció como la

“Teoría del Déficit de Autocuidado”. Donde se instituyen los ocho requisitos de autocuidado que el especialista deberá compensar en caso de que la persona no pueda realizarlos, con el objetivo de en un futuro dicha persona pueda llevarlos a cabo cumpliendo así su autocuidado en donde no solamente se involucra al agente de cuidado sino también y de manera importante a los familiares de esta.

La incidencia de trastornos neurológicas de acuerdo con un estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud los refiere como una causa importante de mortalidad y a escala mundial representan el 12% del total de muertes. Las enfermedades cerebrovasculares son responsables del 85% de las muertes debidas a trastornos neurológicos. Los trastornos neurológicos constituyen el 16.8% del total de muertes en los países de ingreso medio bajo en comparación con 13.2% del total de muertes en los países de ingreso alto. Entre los trastornos neurológicos, se estima que la enfermedad de Alzheimer y otras demencias constituyen el 2.84% del total de muertes en países de ingreso alto en el 2005. La enfermedad cerebrovascular constituye 15.8%, 9.6%, 9.5% y 6.4% del total de muertes en los países de ingreso medio bajo, medio alto, alto y bajo, respectivamente.

Es de acuerdo con este panorama que surge la importancia de preparar al recurso humano capacitado para poder realizar los cuidados especializados para este tipo de población. Y no solo para aminorar las complicaciones que pueden suscitarse sino también para la participación en la rehabilitación de las secuelas que estos trastornos dejan a su paso.

El presente estudio de caso trata sobre una femenina de 43 años con diagnóstico de fistula de líquido cefalorraquídeo por macroadenoma de hipófisis recidivante, que con base en los ocho requisitos de autocuidado universal de Dorothea Orem se identificaron las alteraciones para con ello desarrollar y brindar un plan de cuidados especializados que favorezcan a la recuperación de la persona, así como evitar riesgos y complicaciones en la misma.

2. JUSTIFICACIÓN

Los macroadenomas de hipófisis son las neoplasias dentro del área de la neurología que mayores problemas genera al segundo nervio craneal (Óptico), desarrollando así incapacidad y limitaciones en las personas que presentan este problema patológico.

Al escuchar la palabra incapacidad la mayoría de las veces se tiene la concepción que solo se refiere a personas que tienen la limitación de poder caminar o no poder realizar actividades de la vida diaria sin el apoyo de alguien más debido a paresias u otros factores, pero, la OMS dentro de la definición sobre incapacidad incluye ahora a los débiles visuales dentro de este grupo.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez la incidencia de este tipo de neoplasia se refleja en el cuarto lugar dentro de las tumoraciones que aquí se atienden.

Debido a la principal secuela que el macroadenoma desarrolla, es importante la aplicación de los cuidados especializados basados con el modelo teórico de Dorothea Orem en este estudio de caso, considerando como objetivo, lograr el autocuidado en la persona sujeta del cuidado, así como evitar posibles riesgos y complicaciones que puedan originarse sin el adecuado proceso de atención enfermero.

3. OBJETIVO GENERAL

- Realizar un plan de intervenciones de enfermería especializados a la persona con un proceso neurológico basado en los ocho requisitos universales de autocuidado del Modelo de Dorothea Orem y la valoración neurológica de enfermería.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar factores de riesgo que incremente el deterioro neurológico.
- Evitar la complicación de secuelas por padecimientos neurológicos en la persona.
- Realizar un plan de alta adecuado a los requerimientos de la persona.

4. FUNDAMENTACIÓN

4.1 ANTECEDENTES

Los macroadenomas hipofisarios desarrollan una incidencia de complicaciones comunes en los casos que han sido reportados; de acuerdo con López Juárez N. Et. Al. En su Artículo “Valor pronóstico de las características clínicas, bioquímicas e imagenológicas en los pacientes con macroadenomas hipofisarios clínicamente no funcionantes al momento del diagnóstico.” Incluye a pacientes con Macroadenomas Hipofisarios No Funcionantes atendidos en la consulta externa del Servicio de Endocrinología de la Unidad, entre marzo de 2008 y junio de 2009. Los pacientes fueron evaluados de acuerdo con un protocolo preestablecido que incluye: historia clínica completa, campimetría computarizada, determinaciones hormonales e imagen de resonancia magnética nuclear de hipófisis (RMN) arrojando los siguientes resultados respecto a la presentación clínica más frecuente en los macroadenomas: alteración de los campos visuales, más específicamente, la hemianopsia bitemporal (86.5%) y la cefalea (66%). En 21 pacientes (6.7%) se cumplieron criterios clínicos de apoplejía hipofisaria, mientras que en 8 (2.6%), la presentación fue de parálisis ocular motora.

El volumen medio de los tumores fue de $14,248 \pm 1,115$ mm. En 93 pacientes (29.8%) el adenoma fue intraselar, en 157 (50.3%) hubo invasión supra o paraselar y en 62 (19.87%) el adenoma se clasificó como gigante, mayor de 4 cm.

Por su parte en el artículo “Fístula espontánea de líquido cefalorraquídeo a través del clivus” de Robledo Moreno E. Et. Al. Expone un caso clínico de femenino de 56 años que comienza con rinorrea y cefalea holocraneana intermitente de leve a moderada intensidad. Tras la Exploración y uso de Resonancia Magnética¹ como método diagnóstico evidenciando un defecto en la pared posterior del seno esfenoidal correspondiente a la porción superior del clivus. Queriendo mostrar cómo es que las Fístulas de Líquido Cefalorraquídeo representan un serio

¹ Resonancia Magnética: Estudio imagenológico que actúa a través de la radiofrecuencia y la excitabilidad de partículas de hidrógeno para la obtención de la imagen.

problema y una condición potencialmente fatal cuyo manejo requiere un abordaje multidisciplinario; ya que la complicación de estas puede generar meningitis.

Balcázar en su Reporte de caso "Tratamiento multimodal de los adenomas de hipófisis recidivantes clínicamente no funcionales" Se muestra la incidencia de sintomatología que existe en los casos de adenomas hipofisarios. Realizó un estudio de una mujer de 53 años, que acudió a valoración endocrinológica por padecimiento de un año y medio de evolución caracterizado por hemianopsia bitemporal y disminución de la agudeza visual con predominio en ojo izquierdo, progresiva, acompañada de cefalea, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, fotofobia y miodesopsias. Que tras reportar esta sintomatología se realizó tomografía computada de cráneo donde se hizo evidente una lesión en la región selar de 35 × 30 × 35 mm con invasión al seno cavernoso izquierdo, desplazamiento del infundíbulo y compresión del quiasma óptico.

Los tumores en el área selar representan la tercera causa de neoplasias intracraneales en la población, en la Tesis "Macroadenoma hipofisario, hallazgos mediante resonancia magnética en la UMAE Hospital de Especialidades no. 14, Veracruz de Laínez Ochoa, se llevó a cabo un estudio de tipo prospectivo, transversal, descriptivo y observacional, donde se estudiaron en total 93 pacientes con esta patología, reportando los siguientes resultados de incidencia por edad y género. La media de edad fue de 41.84 años. Con presencia de macroadenoma hipofisario fueron 63 (68 %), de acuerdo con la distribución de macroadenoma hipofisario por grupos de edad el grupo entre 41 y 60 años predominó con 25 (27 %). El género femenino fue el que más desarrolló esta patología con 30 (42 %).

Castañeda J. Et Al. En su artículo original "Evolución de pacientes con adenoma hipofisario después de resección quirúrgica vía transesfenoidal en Hospital Teodoro Maldonado analizó a 25 pacientes que fueron intervenidos por adenoma hipofisario por vía transesfenoidal, de los cuales 14 fueron mujeres y 11 varones. Según la clasificación por su tamaño, 3 pacientes presentaron microadenoma y 22 macroadenoma; 7 pacientes con adenoma hipofisario funcionante y 18 pacientes con adenoma hipofisario no funcionante. El 60 % de pacientes tuvo mejoría en la

visión. En los adenomas hipofisarios funcionantes los niveles hormonales disminuyeron en 6 pacientes y en 1 paciente incrementó. Las complicaciones posquirúrgicas se presentaron en 6 pacientes, que representan un 24 % de pacientes; 2 presentaron fístula de líquido cefalorraquídeo, 2 pacientes empeoraron su sintomatología visual, 1 paciente desarrolló diabetes insípida y 1 paciente falleció en el posquirúrgico mediato. Demostrando así que el porcentaje de macroadenomas en la población estudiada fue alta y que una de las principales complicaciones se centra en fístula de LCR.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

El cuidado otorgado para la sanación de la enfermedad se ha considerado desde tiempos prehistóricos como una acción que se llevaba a cabo de manera intuitiva, se pensó en la mujer como la cuidadora de los hijos y por tanto la responsable de la conservación de la especie. (1) El principal objetivo que tenían era la supervivencia y la preservación de su especie y/o tribu. (2)

Se considera al cuidado, parte del rol que desempeñaban las mujeres dentro del asentamiento, sabían que tenían a su cargo actividades y obligaciones para mantener a su tribu y/o grupo sano o buscar la curación en caso de 'enfermedad', heridas de gravedad, etc. Los conocimientos empleados por estas mujeres 'cuidadoras' se basaban principalmente en un empirismo.

El empirismo se considera como un tipo de conocimiento que se caracteriza principalmente por un enfoque basado en la experiencia y que responde a una demanda y necesidad social. (3)

De tal manera que, a partir de este concepto, importante dentro de la evolución de muchas disciplinas y la creación de paradigmas que ayudaran a justificar todo este conocimiento, se va a considerar al cuidado como un acto basado en experiencias previas que resultaron favorecer y mejorar dolencias en algún individuo enfermo o que tenga un problema que afecte su bienestar en general.

Poder conceptualizar a la enfermería no ha sido un trabajo fácil, para poder llegar a ello se ha tenido que recorrer un largo camino a través de la historia. Hablar del cuidado en cada época resultaría una tarea larga y sustanciosa, pero, es importante mencionar las que se consideran esenciales y que generaron un impacto en el actual concepto de enfermería.

Inicialmente las tribus antiguas no consideraban a los problemas de salud como una enfermedad, sino que todo era asociado a espíritus que se creía habitaban en objetos, este concepto que ellos adoptaron para explicar tanto los fenómenos que ocurrían en su entorno como para las enfermedades, se le conoce como “animismo”. (2) Por lo tanto, los cuidados brindados tenían un enfoque ‘mágico’.

A partir de la época Neolítica, surge el término “dualismo” que hace referencia a la “magia” comienza a ser reemplazado de forma sustanciosa por la “religión”, puesto que ahora las enfermedades ya no van a asociarse a ánimas, sino que serán consideradas como castigo divino o como hechos propios de la naturaleza. (2)

Por lo tanto, ya que se asociaba a hechos religiosos los problemas de salud, es que las primeras mujeres que recibieron una preparación para poder llevar a cabo el cuidado a enfermos se formaban en iglesias.

La principal figura de la enfermería que recibió este tipo de formación y fue precursora y parte importante de lo que hoy conocemos, es: Florence Nightingale. Quien, a partir de la observación, la percepción y la experiencia que posteriormente ella escribía como evidencia, es comienza con la profesionalización de enfermería.

Nightingale definió a enfermería como “cuidar y ayudar al paciente que sufre de alguna enfermedad a vivir; lo mismo que la enfermería de la salud es mantener o lograr que la salud de cualquier niño o persona sana se mantenga y no sea susceptible a la enfermedad” (Nightingale 1969 original de 1859) (4)

El uso de este concepto perduro por mucho tiempo e incluso fue influencia para el desarrollo de las concepciones de nuevas Teóricas.

Ahora tras conocer un poco respecto a la historia, definir enfermería como profesión implica incluir a la ciencia y su método científico, ya que ésta cuenta con un sujeto de estudio, una metodología y herramientas para llevar a cabo acciones y justificarlas a la vez. Así como evidencia que forma parte de la columna que sostiene y fundamenta nuestras actividades.

La ciencia puede definirse como un sistema ordenado de conocimientos en forma de conceptos, juicios teóricos, hipótesis teóricas y leyes teóricas. (5) las cuales ayudan a dar un sentido del porqué de las cosas, acciones o sucesos dentro del mundo en que el hombre se desarrolla.

Por lo tanto, enfermería se va a considerar como una disciplina y una ciencia que cuenta con un cuerpo propio de conocimientos los cuales son derivados de la práctica y experiencia documentada.

Actualmente existen organizaciones que conceptualizan a la enfermería de distintas maneras, pero todas contienen puntos clave de la disciplina.

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

Como puede apreciarse Enfermería no sólo se encarga del cuidado y atención de los enfermos sino también de grupos sanos que están en contacto con factores de riesgo que puedan modificar su estado de salud actual por lo que enfermería juega un papel importante en la prevención de riesgos por estos factores.

En México de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM -019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Enfermería se va a definir como “la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir,

fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.”

5.2 PARADIGMAS

Tras la publicación de la obra “Las estructuras de las Revoluciones Científicas” que Thomas Kuhn hizo en 1962, la filosofía que se tenía respecto a la ciencia se vio modificado e impactado por la implementación de un nuevo término: paradigma. El cual lo definiría como “las realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica” (Kunh 1995). (6)

El paradigma para Kuhn tenía diversos sentidos:



Elaboró: Neri de Jesús Hernández González
Fuentes: SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 10(1):57-65, enero - abril, 2014
Discusiones Filosóficas. Año 17 N.º 28, enero - junio 2016. pp. 47 - 66

De acuerdo con estos planteamientos lo que Kuhn trataba de proyectar es que toda ciencia, se genera de creencias que las comunidades científicas compartían y que desarrollaban un marco teórico para resolver problemas que emerjan de cada disciplina.

Si esta idea se extrapola a la disciplina enfermera, seremos capaces de ver que no podía quedar exenta. Por lo tanto, Enfermería se considera como una ciencia, ya que su base de conocimientos surge a partir de creencias que en un inicio como ya se mencionó, ayudaron a comprender hechos y circunstancias, en el proceso salud-enfermedad de las personas que se brindaban los cuidados.

Luego de adoptar este trascendental término, se ha podido delimitar el campo que le compete a la Enfermería, así como revolucionar el enfoque y el ejercicio que se tiene del cuidado.

Existen tres importantes paradigmas que ayudaron a orientar la disciplina enfermera, los cuales fueron postulados por K rouac, a partir de la necesidad respecto a los paradigmas en Enfermería que Newman había expresado en su publicación "Prevailing paradigms in nursing" en 1962. (7)



→ PARADIGMA DE CATEGORIZACIÓN:

Surge del positivismo en el siglo XIX y K rouac lo identifica con "fenómenos divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. (7)

A través de este paradigma emergen dos orientaciones en la profesión enfermera: la orientación hacia la salud y orientación hacia la enfermedad. (4) (Figura 2)

Lo importante de rescatar de este paradigma es que se encuentra enfocado en el factor causal de la enfermedad o la enfermedad misma.

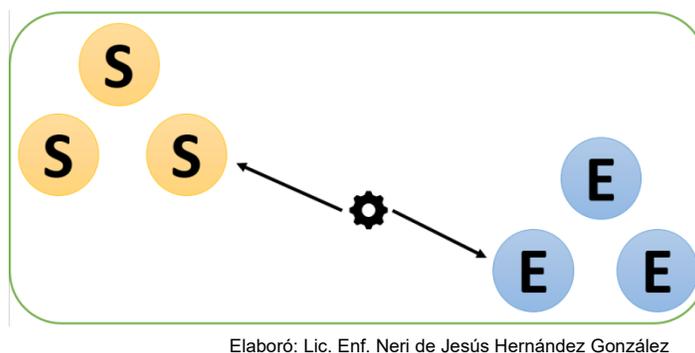


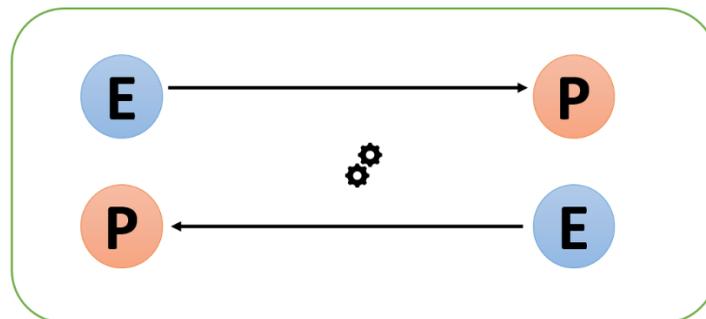
Figura 2: PARADIGMA DE CATEGORIZACIÓN

→ PARADIGMA DE INTEGRACIÓN:

Este paradigma surge a partir de un hecho impactante en la historia, que fue la Segunda Guerra Mundial, debido a la situación por la que los pueblos atravesaban respecto al sufrimiento y el aumento en las necesidades de salubridad, alimentación y seguridad, surge en 1948 la Organización Mundial de la Salud con el objetivo de salvaguardar la salud no solo de los pueblos afectados por la guerra sino de más en el mundo. (4)

El paradigma de integración no solo va a enfocarse en la enfermedad, sino que también va a incluir y reconocer a la persona como parte de los elementos y las manifestaciones del fenómeno. (Figura 3)

Es de este cambio que aparecen Teorías como la de Motivación de Humana de Abraham Maslow y la Teoría de Sistemas de Ludwig von Bertalanffy. (7) Debido a que estas Teorías incluyen factores internos y externos de la persona pero que forman parte de su entorno.



Elaboró: Lic. Enf. Neri de Jesús Hernández González

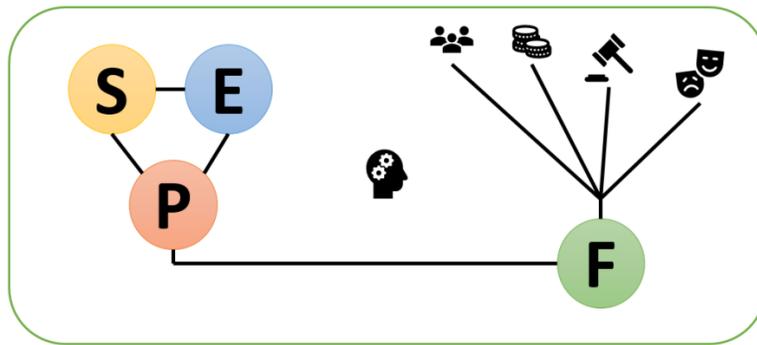
Figura 3: PARADIGMA DE INTEGRACIÓN

→PARADIGMA DE TRANSFORMACIÓN

A partir de 1970 inicia y se sitúa esta corriente del pensamiento que representó un cambio en la mentalidad respecto a los fenómenos, ya que afirma Kérouac que no existen dos fenómenos que sean iguales, cada fenómeno es único y se definen como unidades globales en sí mismas, no como la mera suma de sus partes. (7)

Por lo tanto, se trata de un proceso que es recíproco y simultáneo de interacción (4), lo que quiere decir es que, en este paradigma, la enfermedad ya no se va a

considerar como un fenómeno lineal (causa y efecto) sino que incluirá a la persona como en el paradigma de integración, pero ahora se verán involucrados factores externos, por ejemplo: factores sociales, culturales, políticos, económicos, etc. Lo cual da una apertura considerable e importante del personal de Enfermería para llevar a cabo en mayor cobertura e impacto sus cuidados.



Elaboró: Lic. Enf. Neri de Jesús Hernández González

Figura 4: PARADIGMA DE TRANSFORMACIÓN

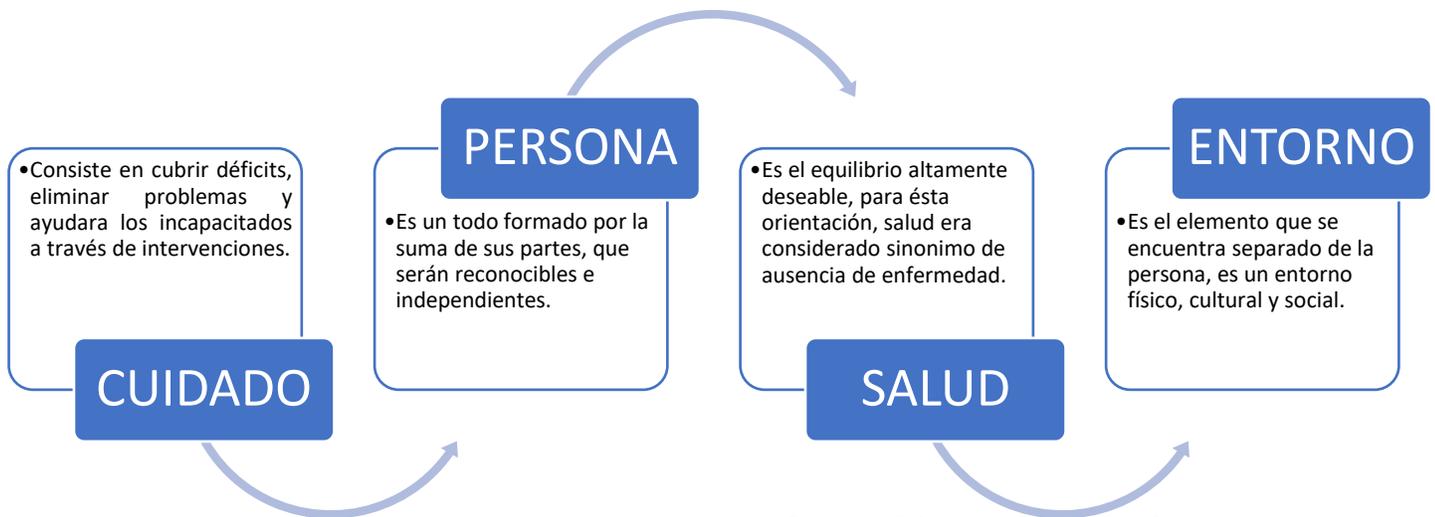
METAPARDIGMAS

Derivados de los paradigmas de las grandes corrientes del pensamiento surgen cuatro conceptos esenciales para la profesión enfermera y que son parte fundamental en las distintas teorías que existen en el área, que son: cuidado, persona, salud y entorno.

Estos conceptos ya estaban presentes en los escritos que Florence Nightingale realizó, y los considero como factores que influenciaban tanto del cuidado como de la recuperación de las personas. (4)

Nightingale no se considera como integrante de alguna de las seis escuelas que surgieron durante estas grandes corrientes, pero haciendo un breve análisis, de acuerdo con lo que ella planteaba y sugería podría bien ser partícipe de la Escuela de las Necesidades, y recordando que esta Escuela forma parte de la Categorización, por lo tanto, estos conceptos que son el pilar de la profesión enfermera, aparecen durante esta importante corriente.

Las primeras definiciones que se realizaron para estos conceptos son las siguientes:



Elaboró: Lic. Enf. Neri de Jesús Hernández González

Balan Gleaves C. Franco Orozco M. Teorías y Modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. México. 2011.

Como se puede apreciar estos conceptos van a estar íntimamente relacionados, hablar de cuidado en Enfermería es hablar de la base de esta disciplina, que tiene como objetivo principal llevar a cabo actividades que puedan ayudar a cubrir necesidades básicas alteradas, mejorar la condición de una persona, familia o comunidad (4) o evitar complicaciones en personas ya enfermas o prevenir enfermedades en personas sanas.

La persona para la disciplina enfermera, será considerada como su 'objeto de estudio' ya que será quien reciba los cuidados, educación u orientación. Estas intervenciones dependerán de la condición de la persona o de los objetivos que el personal se plantee para un grupo o comunidad.

Salud, a través del tiempo ha tenido modificaciones en su concepto en relación a los factores que se consideran puedan definir bienestar general y ausencia de enfermedad.

El entorno es uno de los factores más importantes que influyen tanto en las condiciones de salud en que se encuentre la persona y también será partícipe en la mejora en caso de que exista un problema o proceso de enfermedad.

Es importante destacar que el entorno será un elemento separado de la persona y puede ser físico, político, social o cultural. (4)

Si hacemos hincapié en las corrientes del pensamiento podremos observar que estos términos se enfocan en el paradigma de transformación y es por esto que se considera a Nightingale como la precursora de lo que actualmente conocemos u sabemos de la Enfermería, que, aunque ella dejó evidencia respecto a estas concepciones, no fue hasta después que se tomaron con mayor importancia y fueron clave fundamental en el desarrollo de los conceptos actuales.

5.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

Luego de establecer a Enfermería como una ciencia, la obligación y la demanda por crear nuevos conocimientos y herramientas que sigan justificando el porque nuestro “quehacer enfermero” es parte de las disciplinas científicas, se comenzaron a formar modelos respecto a cómo poder aplicar y llevar a cabo el proceso de cuidar.

Entonces dentro del área, iniciaron las Teorizadoras a crear proposiciones y conceptos que facilitarían como categorizar las actividades y roles de enfermería.

Se va a definir como teoría al conjunto de conceptos y presupuestos, relacionados entre sí, abarcando el campo de la práctica, de la enseñanza y de la investigación. Las teorías de enfermería traen conceptos y proposiciones relacionadas con la enfermería y ligados a una visión del mundo. (8)

Puesto que para cada teorizadora diseña los conceptos de acuerdo con su perspectiva, experiencia y forma de ver el mundo, existirán dentro de la disciplina enfermera múltiples Teorías que van avocadas a diferentes objetivos de cuidado.

Al igual que el diseño de Teorías, se formaron igual Modelos lo cuales tienen un diferente concepto. Dentro de las definiciones de la Real Academia Española, incluye al modelo como un esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, como la evolución económica de un país, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento.

De este concepto se pueden rescatar las siguientes palabras; esquema teórico, sistema, realidad, comprensión y estudio. Si usamos estas palabras para la formación de un concepto más allegado a lo que es un Modelo de Enfermería podemos construir lo siguiente: “es el esquema teórico diseñado para implementar cuidados de enfermería a la persona que se va a considerar como un sistema complejo el cual tras la comprensión de su realidad se podrá facilitar el estudio sobre su comportamiento y los factores que modifiquen su actual realidad”.

Existen seis escuelas de las cuales emergen las Teorizadoras con sus modelos, propuestas y conceptos que les otorgan a los metaparadigmas propios de nuestra disciplina.

Escuela de las Necesidades	Escuela de la Interacción	Escuela de los Efectos Deseables
Escuela de la Promoción de la Salud	Escuela del Ser humano Unitario.	Escuela del Caring

La Escuela con mayor impacto en Enfermería, así como en la realización de teorías, fue la escuela de las Necesidades, y quien jugó el papel más importante dentro de ella fue: Virginia Henderson y en segunda instancia Dorothea Orem.

Virginia Henderson

“14 necesidades de Henderson”



Fuente: <https://cutt.ly/fr6PC7q>

Principales definiciones y conceptos.

Para Virginia Henderson lo esencial en una persona era que pudiera satisfacer y cubrir sus necesidades básicas y si por algún factor interno o externo este no pudiera, la enfermera jugaría un papel importante para suplir y ayudarlo a llevarlas a cabo. Dividió estas necesidades en 14 siendo ordenadas de acuerdo con su prioridad de cumplimiento.

Supuestos

Cuidado

Ayuda principal que tiene el individuo enfermo o sano que lo ayudara a retomar su independencia lo más pronto posible o en su defecto ayudarlo a tener una muerte tranquila.(9)

Persona

La familia e individuo son una unidad influyente por el cuerpo y mente con necesidades básicas que cubrir para la supervivencia, necesitan fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana. (9)

Salud

Capacidad del individuo funcionar independecia relación con las catorce necesidades básicas. (9)

Entorno

Florence relaciona para el entorno con la familia, abarcando en a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados a la persona cuando no puede satisfacer sus necesidades por sí solo. (9)

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.

Perteneciente a la Escuela de las Necesidades, Orem expresa su Teoría mediante tres teorías las cuales consisten en:



En primer lugar, en la Teoría del Autocuidado, es importante definir que es el “autocuidado”, Orem lo va a considerar como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (12), también se identifica como la capacidad de poder realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir de las personas. (4) Para poder llevar a cabo este autocuidado las personas deben ser capaces de usar la razón y así comprender su estado de salud. Por tal motivo se va a considerar al autocuidado como un fenómeno activo. (4) Entendiendo que el autocuidado debe llevarse a cabo no de manera rutinaria, pero sí de manera constante y consciente, para poder tener la capacidad de identificar cuando existan cambios o déficits en las necesidades esenciales de la persona.

Dentro de esta Teoría se encuentran distintos conceptos fundamentales de la misma que a continuación se definirán.

- **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO:** son definidos como las actividades que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo (12). Se podría mediar también como reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo y de desviación de la salud (13).

Una vez que los requisitos se encuentran debidamente formulados van a representar lo que son los objetivos del autocuidado, aquello que se espera o desea al realizar estos autocuidados.

Dorothea Orem propone por lo tanto ocho requisitos dentro de su Teoría, los cuales asigna como “Requisitos de autocuidado Universales”

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

Estos requisitos deben abarcar no solo aspectos físicos y fisiológicos sino también elementos psicológicos, sociales y espirituales.

Orem tratando de profundizar y hacer más focalizados los requisitos universales, desarrolló los requisitos de autocuidado de desarrollo. Estos difieren de los universales porque estarán enfocados de acuerdo en la etapa de desarrollo en que se encuentre la persona. Por ejemplo: vida intrauterina, nacimiento, vida neonatal, lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta, etc. (4)

Estos requisitos dentro del desarrollo son tres:

1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
 2. Implicación en el autodesarrollo.
 3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa el desarrollo humano.
- AGENCIA: Es la persona educada y entrenada, que tiene las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes (13).
 - AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: Se considera agente de cuidado dependiente a aquella persona que recibirá el cuidado para poder llevar a cabo el cumplimiento de los ocho requisitos de Orem establece, con el objetivo de poder reestablecer su autocuidado y pueda llevar a cabo por el mismo estas acciones de cuidado de manera oportuna.

Dentro de la Teoría de Déficit del Autocuidado, se debe resaltar lo que es este déficit para Orem y como modifica las actividades enfermeras, dentro de su Teoría generalmente hablando.

El déficit de autocuidado se va a conocer como la incapacidad de conocer y cubrir algunos o todos los requerimientos terapéuticos de autocuidado que se plantearon en un inicio.

Una vez planteado un déficit entran en juego otros de los elementos esenciales de la Teoría de Orem, los sistemas enfermeros.

Se van a conocer a estos sistemas como una serie o secuencia de acciones que realiza el personal enfermero para poder cubrir, regular o proteger el desarrollo de las actividades de autocuidado.

Son tres sistemas de enfermería que rigen en esta Teoría.

1. Totalmente compensatorio: en este sistema el papel que juega el personal enfermero es en demasía importante, ya que debe de satisfacer los requisitos de la persona en un porcentaje completo, esto debido a que él sujeto es incapaz de realizar o llevar a cabo sus propias actividades de autocuidado.
2. Parcialmente compensatorio: en este sistema no se requiere la misma amplitud e intensidad de intervención por parte de enfermería ya que el sujeto es capaz en cierta medida de ejercer su propio cuidado en cuanto a toma de decisiones y acción.
3. De apoyo/educación: aquí enfermería ayuda y orienta a la persona en la toma de decisiones a través de expresarle conocimientos y habilidades.

Orem dentro de su Teoría va a definir los metaparadigmas propios del área enfermera de la siguiente manera (14):

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

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

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

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

5.5 PROCESO DE ENFERMERÍA

Puesto que toda disciplina científica, tiene un método para resolver problemas o llevar a cabo acciones que lleguen a cumplir objetivos planteados, enfermería tiene como herramienta y además como fundamentación metodológica, el proceso atención enfermero.

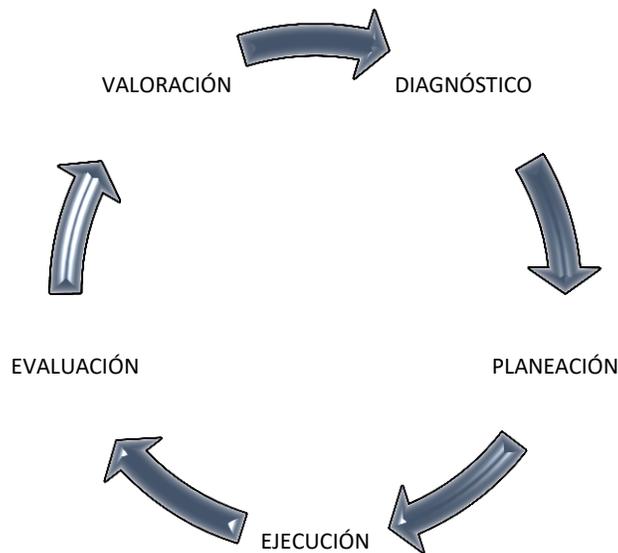
La realización de este método que ayuda orienta y organiza las intervenciones que realiza el personal enfermero, surge de la necesidad de poder ejercer el cuidado con autonomía. (7) Puesto que con anterioridad se seguía el método médico y se tenían que acatar a ordenes propias de la medicina, a través de ejercicio diario de la práctica, el personal de enfermería se da cuenta de la importancia de poder desempeñarse con bases y fundamentos propios y entonces aparece este cambio, donde Enfermería con base en sus modelos y teorías llevan a cabo un proceso en el cual la autonomía no solo les brindaría libertad de poder ejercer el cuidado, sino que también ayudaría a poder evaluar el impacto de los cuidados en la persona, grupo o comunidad.

La palabra proceso por definición de acuerdo con la Real Academia Española se considera como un conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial.

En este caso llevamos a cabo un proceso artificial el cual fue diseñado para poder llevar a cabo nuestros planes de cuidado con libertad y autonomía, un gran avance para la enfermería, pero es importante mencionar, que entre mayor autonomía tiene una profesión, mayores responsabilidades va a adquirir, por lo tanto para poder llevar a cabo este proceso es indispensable que el personal que lo ejerza tenga los conocimientos no solo de saber cómo utilizar este proceso sino

también del que y porque se están llevando a cabo las actividades del cuidado en una persona.

Este proceso constará de cinco etapas:



Elaboró: Lic. Enf. Neri de Jesús Hernández González

Cada etapa cumple una función específica, y es importante que no se omita alguna de ellas ya que la confiabilidad del proceso y los resultados podrían variar.

a) **VALORACIÓN:** va a comprender lo que es la recogida de datos sobre la persona que se le va a brindar el cuidado, esta información se va a obtener a través de dos importantes fuentes; directas e indirectas.

Las fuentes directas van a englobar a la persona misma, y su familia.

Las fuentes indirectas serán expedientes, laboratorios y algunos otros estudios realizados en la persona.

Para que el personal enfermero pueda obtener esta información deberá hacer uso de distintos métodos, ejemplo: entrevista, observación y valoración física (7). A través de estos métodos será posible identificar las necesidades que tiene la persona, así como determinar cuales con prioritarias y cuales pasan a un plano menos grave.

También un método importante y que podrá ayudar a resaltar datos importantes es la exploración física.

Esta exploración también conlleva etapas y un orden, podrá realizarse por aparatos y sistemas, de manera cefalo caudal o llevar a cabo una exploración neurológica.

Los pasos por seguir para una exploración física son los siguientes:

- ✓ Observación
- ✓ Palpación (superficial/profunda)
- ✓ Auscultación
- ✓ Percusión

Una vez realizado este método será más preciso encontrar datos que ayuden al personal a determinar que necesidades se ven comprometidas en la persona.

b) **DIAGNÓSTICO:** Luego de identificar datos relevantes, es importante realizar un juicio clínico, determinar cuál es la causa y como se esta manifestando en la persona. Este juicio se va a conocer como Diagnóstico enfermero.

Los enunciados emitidos por el personal de enfermería deberán cumplir con un formato ya establecido de acuerdo con los sustentos y fundamentos metodológicos. Debe comprender la siguiente estructura.



Elaboró: Lic. Enf. Neri de Jesús Hernández González

Este formato conocido como PESS, engloba los datos encontrados de esta manera, va a iniciar plasmando el problema encontrado, nombrará la etiología causante de problema, sin hacer uso de terminologías médicas, se debe recordar que el objetivo de profesionalizar la enfermería fue independizarla y pudiera construir sus propios juicios y argumentos.

También va a incluir los signos apreciados y las manifestaciones de la persona.

Existen tres tipos de diagnósticos: reales, de riesgo y de salud (4).

El primero va a consistir en las situaciones reales que se están presentando en la persona.

Los siguientes hacen referencia a las situaciones que se encuentran latentes, pero todavía no han desarrollado dificultades que comprometan al bienestar de la persona.

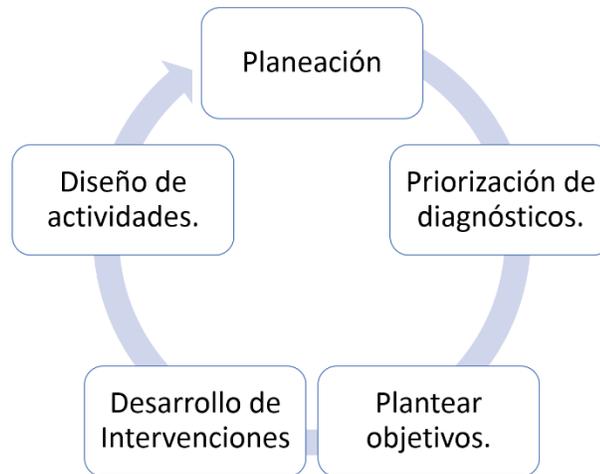
Los diagnósticos de salud son aquellos donde no hay alteraciones y que son de relevancia puesto que ayudan a identificar los puntos fuertes de las personas, así como el interés que ellos tienen por intervenir en mejorar su situación actual.

- c) **PLANEACIÓN:** En esta etapa del proceso enfermero se desarrollará el diseño de estrategias para los cuidados. Para llevar a cabo de manera correcta este paso, es importante realizar con antelación una priorización de los diagnósticos que se deben atender en primer lugar. Esto con el fin de atender aquellas manifestaciones que comprometan en mayor grado la situación de salud de la persona.

Igual es importante el desarrollo de los objetivos que se desean o esperan alcanzar con la aplicación de este plan. Una vez que se tienen bien definidos los objetivos, qué se debe hacer hincapié en que tienen que ser objetivos reales y alcanzables, se va a llevar a cabo el desarrollo de las intervenciones de Enfermería sustentadas en principios científicos. Las cuales se consideran como aquellas estrategias que van a reforzar respuestas saludables de la persona, grupo, familia o comunidad a la que se le apliquen. Tomando en cuenta que éstas van a impedir, reducir o corregir respuestas desequilibradas (4).

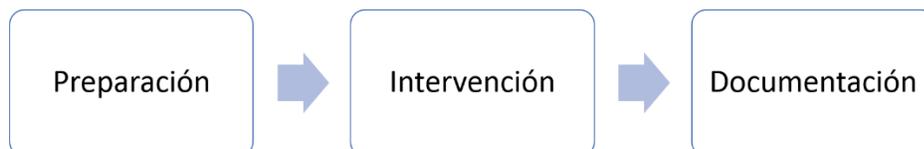
Finalmente, todas estas intervenciones realizadas por el personal de enfermería deberá documentarlas de forma estandarizada e informatizada

(4), esto con el objetivo de poder recurrir y consultarlas nuevamente en caso de necesitarlo.



Elaboró: Lic. Enf. Neri de Jesús Hernández González

d) **EJECUCIÓN:** Durante esta etapa se van a llevar a cabo las intervenciones que anteriormente se diseñaron y planearon, con el propósito de conseguir y lograr los objetivos que se plantearon y puedan reflejarse los resultados esperados y deseados en la persona. Va a constar de tres etapas, las cuales son:



Elaboró: Lic. Enf. Neri de Jesús Hernández González

Es importante que, en la documentación, no solo se incluyan las intervenciones realizadas sino también las respuestas de la persona (4) a dichas intervenciones que se llevaron a cabo.

e) **EVALUACIÓN:** Aquí se determinará la calidad de los cuidados brindados a la persona, se deben revisar detalladamente cada uno de los registros realizados en el Proceso, ya que a partir de ello se podrá apreciar y analizar los resultados de los cuidados realizados en la persona, así como poder identificar las actividades que no resultaron de acuerdo a lo esperado y poder realizar las modificaciones necesarias para nuevamente aplicarlas siguiendo las etapas de acuerdo a nuestro proceso, hasta obtener de una manera más próxima los resultados deseados.

Los principales objetivos de este proceso serán:

1. Facilitar la construcción de un plan de cuidados al enfermero y que beneficien a la persona.
2. Ayudar a fijar metas y objetivos por lo que el cuidado será más centrado y específico.
3. Ser una herramienta que ayude a evaluar y aclarar si los cuidados brindados a la persona fueron adecuados.
4. Diseñar distintas estrategias que lleven a lograr los objetivos planteados del cuidado

5.6 PATOLOGÍA Y/O ENFERMEDAD.

MACROADENOMA DE HIPÓFISIS

La glándula pituitaria, o hipófisis, también es llamada como la glándula "maestra" del sistema endocrino, debido a que controla las funciones de varias otras glándulas endocrinas. (15)

Está situada en la base del cerebro, unida al hipotálamo por fibras nerviosas. La hipófisis está formada por tres secciones anatómicas (15):

1. Lóbulo anterior o adenohipófisis
2. Lóbulo intermedio
3. Lóbulo posterior o neurohipófisis.

Cada una de estas secciones de la hipófisis tienen a su cargo secretar ciertas hormonas.

La adenohipófisis produce la hormona del crecimiento (GH), la prolactina (PRL), la hormona adenocorticotrópica (ACTH), la hormona estimulante de la tiroides (TSH), la hormona folículoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH); el lóbulo intermedio produce principalmente a la melatonina (hormona estimulante de melanocitos); mientras que la neurohipófisis almacena arginina vasopresina (AVP)

o también conocida como la vasopresina) y oxitocina, que son producidas en el hipotálamo. (15)

La disfunción hipofisaria puede ser causada por una gran variedad de enfermedades que afectan a la glándula hipófisis y el hipotálamo y pueden producir manifestaciones clínicas principales, incluyendo coma pituitario. Los adenomas hipofisarios son mucho más comunes que como antes se suponía, su prevalencia es aproximadamente de 1 por 1000 personas. (15) Esta patología representa el 90% de las lesiones selares (16) presentándose más frecuentemente en la tercera y cuarta década de la vida, afectando por igual a hombres y mujeres y constituyen la tercera neoplasia por orden de frecuencia de todas las neoplasias intracraneales primarias, detrás de gliomas y meningiomas. (17)

Con base en los reportes epidemiológicos del Informe Anual 2016 del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez la incidencia de Tumores Benignos de Glándulas Endócrinas y No Especificadas ocupa el cuarto lugar de morbilidad en el mismo y los casos por año oscilan entre los 157 casos. Mientras que la mortalidad de este proceso patológico ocupa el quinto lugar y fluctúa en 4 casos por año aproximadamente.

Se va a definir al adenoma de hipófisis como una neoplasia benigna originada por proliferación monoclonal, que se originan en una célula del parénquima de la adenohipófisis, esta lesión se ubica en la silla turca que es la cara superior o cerebral del cuerpo del esfenoides.

Los Adenomas Hipofisarios (AH) corresponden a lesiones tumorales primarias del parénquima de la glándula hipofisaria (16) derivados de las células adenohipofisarias principalmente. (18)

Existen dos principales maneras de poder clasificar los adenomas de hipófisis:

1. **ORIGEN:** en la característica sui generis de estos tumores de secretar hormonas. Por lo tanto la primera forma de dividirlos es en funcionantes y no funcionantes. Lo cual quiere decir que un adenoma de hipófisis funcionante será productor en exceso de hormonas hipofisiarias. Mientras que el no funcionante no secretan hormonas o no la suficiente cantidad como para manifestarse clínicamente. (16)



Mgyf.org

2. **TAMAÑO:** microadenomas se refiere a los tumores cuyo tamaño es menor a 10mm, y los macroadenomas aquellos cuyo tamaño es mayor a 10mm. (16)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las principales manifestaciones clínicas de un adenoma son: la compresión del quiasma óptico y defecto visual secundario.

En forma clásica, la compresión desde abajo del quiasma, produce inicialmente una disminución de campo visual, comprometiendo inicialmente los cuadrantes superiores (cuadrantopsia bitemporal), a medida que progresa, compromete los dos hemisferios temporales (hemianopsia bitemporal), finalmente los campos nasales inferiores, hasta comprometer la visión central y eventualmente llegar a la amaurosis. (16)

En el caso de la neurohipófisis, esta es bastante resiliente a la compresión, de manera tal, que la aparición de diabetes insípida es excepcional como manifestación de un macroadenoma de hipófisis. (16)

TRATAMIENTO

El tratamiento médico tiene dos componentes. El primero, corresponde a la sustitución de las hormonas que se encuentran disminuidas en el estudio preoperatorio. Los ejes que requieren sustitución preoperatoria son el eje tiroideo y adrenal. Esto se realiza con Hidrocortisona 20mg/día y Levotiroxina 50 a 100ug/día según la severidad del déficit y la presencia de uno o más ejes comprometidos. (16)

El tratamiento quirúrgico sigue siendo el tratamiento de elección en el caso de los tumores no secretores con compromiso visual y en el caso de los tumores funcionantes en que el objetivo es la remisión bioquímica el tratamiento de elección es la resección vía trans-esfenoidal. (16)

COMPLICACIONES

Existen múltiples complicaciones derivadas de un macroadenoma hipofisario, entre ellas y la más frecuente es: fístula de Líquido Cefalorraquídeo.

Se le va a conocer como Fístula a una comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas. Se presenta como una complicación postoperatoria. (19)

Mientras que el Líquido Cefalorraquídeo va a ser un líquido plasmático claro que rodea el cerebro y la médula espinal. Producido por el plexo coroideo, una red de células en la comunicación de las cavidades del cerebro llamadas ventrículos. (20)

Por lo tanto una fistula de LCR se le va a conocer como una comunicación entre el espacio subaracnoideo y el ambiente externo. Se necesitan tres factores concomitantes para que se produzca una fístula de LCR: defecto óseo, disrupción meníngea, y un gradiente de presión. Estas fístulas se clasifican, de acuerdo con su causa, en traumáticas y no traumáticas. (21)

Otra complicación también frecuente es la Diabetes insípida que se produce como consecuencia de una disminución o ausencia de AVP. Se caracteriza por polidipsia y poliuria con emisión de orina diluida o hipotónica. (22)

Factores que parecen incrementar el riesgo de su aparición son (22):

Edad joven

Sexo masculino

Tamaño tumoral: más frecuente en masas intraselares de gran tamaño y en macroadenomas

Fístula de líquido cefalorraquídeo intraoperatoria

Regularmente la diabetes Insípida suele ser transitoria, puede aparecer a las 24-48h de la cirugía y resolverse durante los 10 días siguientes. Se produce por disfunción transitoria de las neuronas productoras de AVP como consecuencia del traumatismo ocasionado por la manipulación quirúrgica o por reducción del aporte sanguíneo al tallo y la hipófisis posterior. Se resuelve cuando dichas neuronas recuperan su función normal. (22)

6 METODOLOGÍA

6.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE CASO.

El estudio de caso es la investigación empírica de un fenómeno del cual se desea aprender dentro de su contexto real cotidiano, especialmente útil cuando los límites o bordes entre fenómenos y contexto no son del todo evidentes, por lo cual se requieren múltiples fuentes de evidencia. (23)

Es una metodología que permite a las ciencias exactas obtener soporte para descubrimientos (estudios exploratorios) (Chetty, 1996), sobre todo en relación a enfermedades y temas de salud física y mental, de hecho, ha sido tan utilizado para esa rama del saber que en algunos artículos científicos se puede leer un número mínimo de repeticiones (casos), para que se pueda generalizar alguna enfermedad o síntoma. (24)

A partir de la información planteada anteriormente, el estudio de casos ayudará a poder aprender sobre un tema en específico y con ello hallar mayor información, así como retroalimentar lo que ya se conocía sobre ello.

En enfermería el estudio de caso va dirigido a la relación del cuidado, que se va a conocer como “la relación enfermera-paciente que ofrece unos cuidados enfermeros personalizados y de gran calidad a la persona y su familia, abarcando todas sus dimensiones. El objetivo principal de esta relación es la promoción de la salud, el aumento del bienestar y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, con lo que se favorece su empoderamiento y participación activa en el proceso salud-enfermedad.” (25)

Por lo tanto lo que se pretende lograr a través del estudio de caso es establecer, fundamentar y mejorar los cuidados de enfermería específicos para alteraciones y cambios en un individuo que cursa por una patología en particular, pero individualizados y personalizados para cada persona.

Es por esto que el estudio de caso permite la reflexión y el análisis sobre situaciones complejas clínicas o relacionales que podemos utilizar como fuente de aprendizaje y de propuestas de mejora que redunden positivamente en la atención ofrecida al paciente. (25)

6.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN.

Los adenomas hipofisarios son tumores relativamente comunes y representan del 10 al 15% de todas las neoplasias intracraneales .Su prevalencia se estima entre 80-90 casos por cada 100,000 habitantes. (18)

En México con base en los reportes epidemiológicos del Informe Anual 2016 del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez la incidencia de Tumores Benignos de Glándulas Endócrinas y No Especificadas ocupa el cuarto lugar de morbilidad en el mismo y los casos por año oscilan entre los 157 casos. Mientras que la mortalidad de este proceso patológico ocupa el quinto lugar y fluctúa en 4 casos por año aproximadamente.

Los ADH tienen una incidencia en el área neurológica considerablemente alta, por lo que los cuidados que se necesitan para mejorar las condiciones de una persona que cursa con este problema son de relevancia para poder, mejorar las intervenciones que ya se han planteado con el objetivo de optimizar la recuperación de este proceso neuroquirúrgico.

Para la realización de este Estudio de Caso se utilizaron las siguientes fuentes de información:

- Entrevista
- Revisión del expediente clínico
- Exploración física
- Valoración neurológica de enfermería
- Uso del Instrumento de Valoración Neurológica
- Consulta de bibliografía especializada
- Uso de bases de datos: CINAHL, PubMed, Elsevier, BVS, Enferteca, BiDi UNAM, TESISUNAM.
- Sitios web oficiales: OMS, OPS, IMSS, CIE, DOF, INNN.

6.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La profesión de enfermería que, como muchas otras profesiones, debe trabajar aunada a la ética e incluir el uso de valores, ideales y cumplimiento de los derechos y obligaciones propias dentro de la disciplina.

En 1894 Florence Nightingale, quien simboliza la profesión actualmente, da un inicio de lo que ahora conocemos como un Código de Ética, esto debido a un juramento para enfermeras escrito por ella. En el cual menciona términos de grandes importancias en la actualidad para el ejercicio de la profesión; como conservar dignidad, evitar daños a la persona y la confidencialidad. Teniendo como precedente este hecho importante, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), desarrolla en el año de 1953 el primer Código de Ética para las enfermeras, el cual tiene como premisas, lo siguiente.

- Mantener y restaurar la salud
- Evitar las enfermedades

- Respeto por la vida, la dignidad y los derechos humanos
- Relaciones de la enfermera con sus colegas, con otros profesionales, con la sociedad y con la profesión.

Puesto que en nuestra profesión trabajamos y tenemos contacto directamente con seres humanos, es importante mencionar y resaltar que Enfermería tiene un compromiso significativo dentro de la sociedad, este compromiso es lo que llamamos como la base de nuestra disciplina, el cuidado. Por lo tanto, enfermería está comprometida a llevar a cabo un adecuado cuidado a la persona, familia, grupo o comunidad, cuidados que deben generar respuestas positivas y que no causen daño alguno.

En el país existen artículos, normas y leyes que rigen y cautelan la profesión enfermera. En el Artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se habla del derecho que los ciudadanos del país tiene para el acceso a los sistemas de salud, así como de la protección de la salud misma de los individuos, por lo tanto, para poder llevar a cabo lo que la carta magna del país decreta, se publica en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 7 de Febrero de 1984 la Ley General de Salud, que será quien lleve a cabo con más especificidad la vigilancia en el cumplimiento del apartado de dicho artículo constitucional. Para llevara a cabo con más precisión esta tarea de arbitraje, se crean a partir de esta Ley, las decenas de Normas Oficiales Mexicanas que rigen vigilan, y estandarizan las especificaciones que deben llevarse a cabo en las tareas, que realizan los prestadores de servicio del área de la salud, así como de la regulación de la infraestructura, uso de medicamentos, programas de prevención, etc.

Quien igual vigila la profesión enfermera en conjunto con las demás profesiones de áreas distintas es la Ley General de Profesiones, quien en su artículo 5to establece que todos los profesionales que mientras ejercen su labor llegaran a cometer errores significativos e irreversibles, estarán sujetos a lo que se encuentre establecido en la ley. Por ello la disciplina también se liga a lo que son a unos principios bioéticos. Los cuales son:

- No-maleficencia,

- Justicia
- Beneficencia
- Autonomía.

La importancia de considerar estos 4 importantes principios permite que Enfermería pueda percatarse de la importante responsabilidad que tiene al llevar a cabo el cuidado. Ya que en todo momento deberá hacer el bien y evitar por sobre todas las cosas daño en la persona, familia o comunidad, hablando física, emocional o psicológicamente.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO se habla sobre los derechos que la persona tiene al entrar a un sistema de salud para su cuidado, unos de puntos importantes que esta norma trata, es sobre el derecho que tienen las personas de ser previamente informadas del proceso por el cual van a pasar, su enfermedad y así como de los procedimientos que se pueden o llevaran a cabo durante su estancia hospitalaria, otorgando o no la autorización. El documento que registra esta información se le va a conocer como: consentimiento informado.

La OPS precisa al consentimiento informado como “el proceso mediante el cual un sujeto confirma voluntariamente su deseo de participar en un estudio en particular después de haber sido informado sobre todos los aspectos de éste que sean relevantes para que tome la decisión de participar”.

Por su parte, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, considera al consentimiento informado como “la decisión de participar en una investigación, tomada por un individuo competente que ha recibido la información necesaria, la ha comprendido adecuadamente y la ha considerado. Toma la decisión sin haber sido sometido a coerción, intimidación, influencias o incentivos indebidos”

En la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD EN SERES HUMANOS, en el concepto 4.3 **Carta de**

consentimiento informado en materia de investigación, está definido como el documento escrito, signado por el investigador principal, el paciente o su familiar, tutor o representante legal y dos testigos, mediante el cual el sujeto de investigación acepta participar voluntariamente en una investigación y que le sea aplicada una maniobra experimental, una vez que ha recibido la información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los riesgos y beneficios esperados. Deberá indicarse los nombres de los testigos, dirección y la relación que tienen con el sujeto de investigación.

El Consentimiento informado debe contener los siguientes aspectos:

Logotipos de las instituciones participantes, título del estudio, grupo de población al que se aplica, Introducción, Objetivos, Procedimientos, Beneficios, Riesgos, estrategias para guardar la confidencialidad de la Información, Participación voluntaria o retiro del estudio en cualquier momento (26).

7. PRESENTACIÓN DEL CASO

7.1 DESCRIPCION DEL CASO

Rosa, femenina de 43 años, la cual es originaria de Puebla, en calle Mariano Abasolo SN Colonia Amozoc CP. 72980, casada, madre de un hijo, analfabeta, de religión católica, ama de casa. Se observan los siguientes factores de riesgo personales: IMC de 36.70 lo cual refiere a Obesidad grado II y Sedentarismo

Tras la entrevista refiere madre con DM y obesidad, niega otras enfermedades crónicas degenerativas y antecedentes patológicos personales y familiares.

Conocida del Instituto desde 2009 la cual ingresó tras comenzar a perder de manera gradual y rápida agudeza visual del ojo izquierdo, y de manera más lenta del ojo derecho, visita un médico general de la zona de origen y sugiere visita con neurólogo, es referida al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez donde se diagnostica con macroadenoma de hipófisis no funcional, el cual es intervenido quirúrgicamente, presenta Diabetes Insípida tras el procedimiento la cual revierte tras tratamiento, la persona reingresa cuatro

veces posteriores para la resección del mismo ya que su etiología se define como recidivante y por referir la persona amaurosis del ojo izquierdo y disminución de agudeza visual ahora del ojo derecho.

Reingresa el día 11 de octubre del 2018 por el servicio de urgencias de este mismo instituto por comenzar con salida de líquido en la nariz izquierda con las siguientes características: transparente e incoloro tras realizar esfuerzo físico. Su diagnóstico médico actual es Fístula de líquido cefalorraquídeo y nuevo crecimiento del mismo adenoma.

8. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

8.1 VALORACIÓN

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE

Rosa refiere ser una persona sedentaria, Por lo tanto, al realizar actividades de la vida diaria se fatiga, con sobrepeso Obesidad II, niega toxicomanías. Convive con animales; aves de corral, perros.

A la exploración se observa uso de los músculos accesorios de la respiración, disnea, con una saturación al medio del 95% su frecuencia respiratoria es de 23 x minuto.

Con taponamiento a través de sonda trasnasal.

Estado de conciencia: alerta Pupilas: SCR (3 mm), con Glasgow: 15 (Anexo 40).

Se realiza exploración del primer nervio craneal viéndose modificada por desecaciones de sangre en cavidades nasales, la persona refería percibir los olores pero de manera disminuida.

La coloración de la piel se observa mínimamente pálida.

No requiere de apoyo ventilatorio, satura al medio ambiente en 95%, con abundantes secreciones en boca, amarillentas las cuales se expulsan a través de la misma expectoración de la persona.

Cuenta con un acceso vascular periférico en miembro torácico izquierdo el cual fue instalado el día 1 de noviembre del 2018.

2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

Con control de líquidos. Las mucosas se encuentran secas en boca, la piel es tibia al tacto y se encuentra parcialmente seca.

Los últimos laboratorios de electrolitos séricos arrojaron como resultados lo siguiente:

Cl: 97 mEq/L

Na: 146 mmEq/L

K: 4.1 mEq/L

Ca: 9.3 mg/dl

Como puede observarse los niveles de Sodio sobrepasan los límites considerados dentro de los rangos normales (hipernatremia) por lo que actualmente a la persona se observa la ministración de soluciones parenterales de NaCl al 0.45%

Los ingresos se observan de la siguiente manera:

INGRESOS	CANTIDAD APROXIMADA
Vía oral	1030
Soluciones parenterales	280
Medicamentos	100
Total	1410

Elaboró: Lic. Enf. Neri de Jesús Hernández González

Los egresos quedaron registrados de la siguiente manera:

EGRESOS	CANTIDAD APROXIMADA
Uresis	210
Evacuacion	100

Drenaje (Perifix)	80
Pérdidas insensibles	371
Total de egresos	761
BALANCE	+649

Elaboró: Lic. Enf. Neri de Jesús Hernández González

El balance de líquidos que usualmente maneja Rosa es uno positivo. Indicando que no se está produciendo una retención de líquidos.

La frecuencia cardiaca es de 62 x minuto con un llenado capilar de 3" y una T/A de 120/70 mmHg.

3. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

Rosa ha perdido peso. Su alimentación es vía oral y consume una dieta normal., con ayuda de su familiar, por disminución de agudeza visual.

Realiza las tres comidas establecidas dentro del área de hospitalización del Instituto.

Su peso inicial era de 88 kilogramos, actualmente pesa 84.8 kilogramos, tiene una talla de 1.52 metros con un IMC de 36.70 lo cual indica un Sobrepeso II.

No refiere alteraciones en el gusto, no se observan lesiones ni ulceraciones en lengua ni boca.

Sin ausencia de piezas dentales.

Características de la boca:

Sensibilidad de la lengua presente, distingue alimentos fríos y calientes.

Fuerza de la lengua adecuada.

No se realiza la búsqueda del reflejo nauseoso para evitar esfuerzos que llegaran a generar alguna complicación o malestar por su proceso patológico pero Rosa refiere sentir nauseas, por ejemplo, cuando un alimento no le agrada.

Paladar y úvula sin desviaciones.

Los músculos involucrados en la masticación se encuentran con fuerza preservada.

Se evaluó la sensibilidad de la cara obteniendo los siguientes datos:

Lado derecho		Lado izquierdo	
I.	Con alteración de la sensibilidad estereoceptica.	I.	Con alteración de la sensibilidad, estereoceptica.
II.	Sin alteraciones de la sensibilidad, identifica sensibilidad estereoceptica y propioceptiva.	II.	Sin alteraciones de la sensibilidad, identifica sensibilidad estereoceptica y propioceptiva.
III.	Con alteración de la sensibilidad estereoceptica.	III.	Con alteración de la sensibilidad estereoceptica.

4. PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS.

MICCIONES:

Actualmente Rosa tiene instalada Sonda Vesical a derivación continua, para control estricto de líquidos, el color de su orina es amarilla concentrada, con una densidad urinaria de 1.020.

EVACUACIONES:

Al día evacua de una a dos veces, las heces son color café de consistencia pastosa, sin presencia de moco o sangre, Bristol 4 (Anexo 41).

No refiere dificultad para evacuar.

Tiene instalado un drenaje epidural.

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

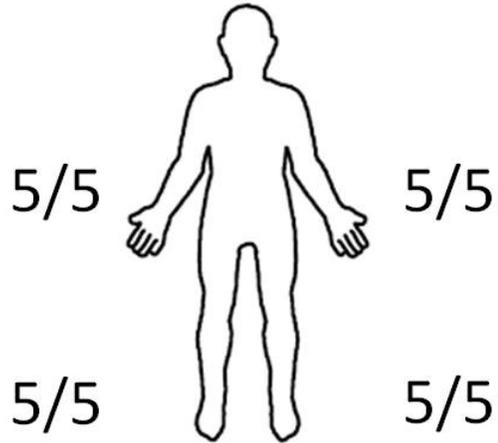
Sedentaria, no realiza actividades físicas., fatiga al esfuerzo físico, no requiere de dispositivos de apoyo para moverse.

Sin la presencia de interacción o una estimulación verbal o física, Rosa tiende a dormirse.

Presenta constantemente cefalea.

Actividad motora:

Escala Daniels 5/5 en las cuatro extremidades. (Anexo 42).



Elaboró: Lic. Enf. Neri de Jesús Hernández González

Sensibilidad y reflejos:

Sensibilidad: normoestesia

Reflejos:

Bicipital: ++

Tricipital: ++

Estilorial: ++

Sensibilidad: normoestesia

Reflejos:

Bicipital: ++

Tricipital: ++

Estilorial: ++

Sensibilidad: normoestesia

Reflejos:

Patelar: ++

Aquileo: ++

Plantar: +++

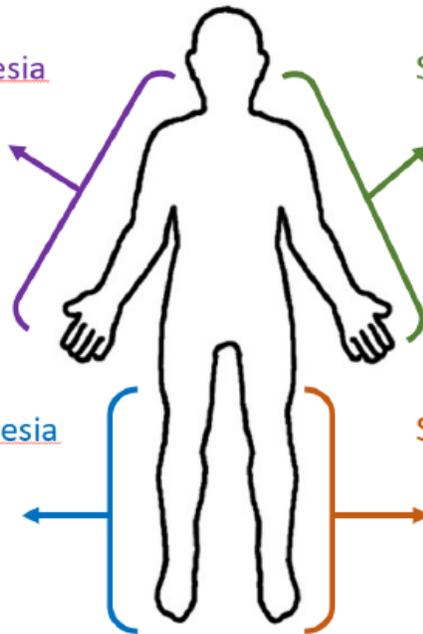
Sensibilidad: normoestesia

Reflejos:

Patelar: ++

Aquileo: ++

Plantar: ++



Elaboró: Lic. Enf. Neri de Jesús Hernández González

De acuerdo con la Escala Wartenberg (Anexo 43). se observa nomorreflexia en los reflejos de estiramiento muscular (REM).

En el reflejo superficial plantar de lado derecho se observa hiperreflexia mientras que en el izquierdo se observa normorreflexico.

Reflejos patológicos ausentes.

Expresión facial:



Frente: presente

Nariz: presente

Boca: presente

Elaboró: Lic. Enf. Neri de Jesús Hernández González

Tras realizar la exploración del séptimo nervio craneal se encuentra conservada la función motora, existe respuesta de los músculos de la expresión facial tanto en frente, nariz y boca.

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOCIEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL.

Rosa refiere no trabajar, su esposo y su hijo son quienes aportan económicamente a la familia que está compuesta por tres personas en total, ella, su esposo y su hijo.

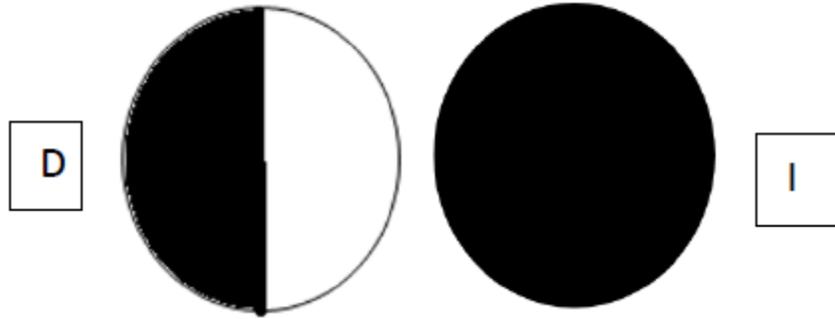
Refiere una buena relación con su familia, que aunque su rol dentro de ella se vio modificado por estar actualmente internada se siente satisfecha de ser ama de casa y dedicar tiempo completo a su familia.

Rosa es analfabeta por lo que solo puede comunicarse a través del habla. Solo reconoce su nombre de manera escrita. En caso de requerir leer o firmar algún documento legal lo hace con ayuda de su esposo.

Valoración ocular:

No se observa lagrimeo excesivo, ni datos de prurito, Rosa no refiere diplopía.

Refiere amaurosis del ojo izquierdo y hemianopsia temporal del ojo derecho más disminución considerable de la agudeza visual.



Elaboró: Lic. Enf. Neri de Jesús Hernández González

Visión cromática alterada: refiere ver colores muy opacos.

Movimientos oculares:

Se valoran los nervios craneales 3, 4 y 6 con funciones conservadas y sin alteraciones aparentes.

Reflejo pupilar: presente.

Reflejo corneal: presente.

Valoración auditiva:

Sin datos de secreción ótica ni infección.

7. PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y EL DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.

Rosa se define como una persona tranquila, no trabaja, le gusta ser ama de casa y dedicar tiempo a su familia. Desde lo ocurrido acude a sus consultas subsecuentes en el Instituto, así como a consultas de urgencias en caso necesario. Realiza aseo bucal dos veces al día.

8. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.

Afirma que para cuidar su salud, acude a sus citas médicas para prevenir complicaciones por el proceso que cursa. La última vacuna colocada fue el 23 de octubre del 2018 para Neumococo e influenza en el Instituto Nacional de ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. No refiere consumo de alcohol ni alguna otra toxicomanía.

Constantemente presenta cefalea, no realiza ejercicio, dieta ni algún control de presión arterial en su centro de salud cercano a su comunidad.

8.2 VALORACIÓN FOCALIZADA

8.3 JERARQUIZACIÓN Y FOCALIZACIÓN DE PROBLEMAS

REQUISITO	NOMBRE	PROBLEMA	SISTEMA
1	Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Debilidad en músculos accesorios para la respiración Disnea Taponamiento nasal (sonda transnasal). Abundantes secreciones en boca.	P/C A/E
2	Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	Desequilibrio hidroelectrolítico Sodio 146 mEq/L	T/C A/E
3	Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	IMC de 36.70 (Obesidad II)	A/E
4	Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.	Oliguria	T/C
5	Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Tendencia al sueño, irritabilidad.	T/C A/E
6	Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.	Amaurosis Hemianopsia bilateral en ojo derecho. Cambios en la agudeza visual. Analfabeta Sonda transnasal.	T/C A/E
7	Promoción del funcionamiento y el	Ansiedad	A/E

	desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.		
8	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	Cefalea constante Fístula de LCR.	T/C

Elaboró: Lic. Enf. Neri de Jesús Hernández González

8.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Incapacidad para respirar adecuadamente r/c falta de fuerza en los músculos accesorios de la respiración m/p fatiga al esfuerzo físico.
2. Inadecuada limpieza de la vía aérea r/c taponamiento nasal y desecación de sangre en cavidades nasales m/p disnea.
3. Desequilibrio hidroelectrolítico r/c aumento de los niveles de Sodio en sangre m/p mucosas en boca secas, piel reseca, oliguria.
4. Alteración de la sensibilidad exteroceptiva r/c lesión del quinto nervio craneal m/p hipoestesia, hipoalgesia en rama oftálmica y maxilar.
5. Alteración del sueño r/c estancia hospitalaria m/p ansiedad y tendencia al sueño.
6. Lesión del segundo nervio craneal r/c compresión del quiasma óptico m/p amaurosis del ojo izquierdo, hemianopsia temporal del ojo derecho, cambios en la visión cromática y agudeza visual baja.
7. Riesgo de neuroinfección r/c procedimiento quirúrgico: exposición de seno esfenoidal y duramadre.
8. Alteración del bienestar físico r/c procedimiento quirúrgico m/p cefalea 5/10, irritabilidad.
9. Incapacidad para comunicarse adecuadamente r/c taponamiento nasal m/p voz nasal y dificultad para mantener el diálogo continuo.

8.5 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS.

Requisito: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.				
Diagnóstico: Incapacidad para respirar adecuadamente r/c falta de fuerza en los músculos accesorios de la respiración m/p fatiga y saturación de O2 90% al esfuerzo físico.				
Objetivo	Mejorar la respiración en la persona.	Sistema de Enfermería		
		T/C	P/C	A/E
INTERVENCIONES		ACCIONES		
Mantener saturación de oxígeno adecuado.		<ul style="list-style-type: none"> • Considerar colocar dispositivo de bajo flujo para el apoyo de oxígeno en caso de SatO2 menor al 90% 		
Educación		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar respiraciones pausadas por boca 		
Movilización		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar saturación de oxígeno en los cambios de posición. 		
EVALUACIÓN		La saturación de O2 se ha mantenido en 95% sin necesidad de colocar un dispositivo para el apoyo ventilatorio.		

Requisito: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.				
Diagnóstico: Inadecuada limpieza de la vía aérea r/c taponamiento nasal y desecación de sangre en cavidades nasales m/p disnea y abundantes secreciones en boca..				
Objetivo	Mejorar la limpieza eficaz de la vía aérea.	Sistema de Enfermería		
		T/C	P/C	A/E
INTERVENCIONES		ACCIONES		
Limpieza de la vía aérea.		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la capacidad de expectorar secreciones. • Fomentar la expectoración de secreciones. • Drenaje postural • Palmopercusión torácica 		
EVALUACIÓN		Tras la aplicación de las acciones planteadas, se mejoró la limpieza de la vía aérea, el día 8 de noviembre se retira sonda trasnasal mejorando así la respiración.		

Requisito: Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.				
Diagnóstico: Desequilibrio hidroelectrolítico r/c aumento de los niveles de Sodio en sangre (146 mmEq/l) m/p mucosas en boca secas, piel reseca y oliguria.				
Objetivo	Optimar la hidratación en mucosas orales y mejorar la hidratación en piel.	Sistema de Enfermería		
		T/C	P/C	A/E
INTERVENCIONES		ACCIONES		
Hidratación vía oral		<ul style="list-style-type: none"> • Se motiva a la paciente a ingerir líquidos • Se dan reposiciones de líquidos vía oral de 500 ml de agua libre. 		
Hidratación vía parenteral		<ul style="list-style-type: none"> • Se ministran soluciones para mejorar la hidratación a nivel intravenoso, se usan soluciones al 0.45% de NaCl para evitar aumentar los niveles de Sodio. 		
Laboratorios: Electrolitos Séricos		<ul style="list-style-type: none"> • Identificar e interpretar posibles cambios en los niveles de Sodio en Sangre. 		
Registro de densidades urinarias		<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza la medición de densidad urinaria tras cada cuantificación de orina de la bolsa recolectora. 		
Colorimetría de la orina		<ul style="list-style-type: none"> • Se observa las características de la orina para determinar posibles causas asociadas a su coloración. 		
EVALUACIÓN		<p>La paciente refirió miedo en un inicio antes de consumir agua, ya que le genera ansiedad el hecho de volver a recurrir a un proceso de Diabetes Insípida, se le explica la importancia de mantenerse hidratado.</p> <p>Las mucosas orales y los labios se notaron más hidratados, se le explicó la importancia de hidratar la piel, por lo que se apega al uso de esta en los últimos días. Se desconocen los resultados de los últimos laboratorios tomados.</p> <p>Las densidades urinarias que se mantenían entre 1.030 y 1.035 disminuyeron a 1.015</p> <p>Las características de la orina pasaron de amarillo oscuro al tono suigeneris</p>		

Requisito: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.				
Diagnóstico: Alteración de la sensibilidad exteroceptiva r/c lesión del quinto nervio craneal m/p hipoestesia, hipoalgesia en rama oftálmica y maxilar.				
Objetivo	Estimular la sensibilidad exteroceptiva	Sistema de Enfermería		
		T/C	P/C	A/E
INTERVENCIONES		ACCIONES		
Estimulación de la sensibilidad.		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la evolución de la afección sensitiva. • Identificar el calor y frío. • Identificar texturas. 		
EVALUACIÓN		La persona puede identificar el calor y el frío, pero en cuanto a texturas llega a disociar principalmente entre texturas suaves y ásperas y en objetos de punta y romos en el área oftálmica y maxilar.		

Requisito: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.				
Diagnóstico: Alteración del ciclo del sueño r/c estancia hospitalaria m/p ansiedad y tendencia al sueño.				
Objetivo	Reeducar el ciclo normal del sueño.	Sistema de Enfermería		
		T/C	P/C	A/E
INTERVENCIONES		ACCIONES		
Interacción social		<ul style="list-style-type: none"> • Se acerca con frecuencia a la persona para que converse y mantenerla activa a través del diálogo. • Expresión de la religión; utilizar un rosario, se le pide a la persona lleve a cabo el ritual espiritual. 		
Farmacoterapia		 <p>https://www.savellireligious.com/es/san-benito-rosario-plata-6544.html</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de medicamentos que induzcan el sueño. (Quetiapina) 		
EVALUACIÓN		Se motiva a Rosa a llevar a cabo uno de los rituales más comunes de esta religión, con el fin de mantenerle ocupada y evitar durmiera durante el		

Requisito: Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.				
Diagnóstico: Lesión del segundo nervio craneal r/c compresión del quiasma óptico m/p amaurosis del ojo izquierdo, hemianopsia temporal del ojo derecho, cambios en la visión cromática y agudeza visual baja.				
Objetivo	Prevenir accidentes.	Sistema de Enfermería		
		T/C	P/C	A/E
INTERVENCIONES		ACCIONES		
Educación y orientación		<ul style="list-style-type: none"> • Uso de lentes de aumento • Determinar la capacidad de reconocer los colores y formas para reintegrarse a sus actividades de la vida diaria.  <ul style="list-style-type: none"> • Consideración de dispositivos que ayuden a desplazarse. • Adaptar las instalaciones de casa. 		
EVALUACIÓN		<p>Se consideró el uso de lentes. Se utilizaron hojas con círculos impresos de los colores primarios, se obtuvo una respuesta adecuada a una distancia de 1 m, pero a 2 m la respuesta no fue la más satisfactoria. Hubo confusión del color azul con morado en una ocasión y el rojo con el naranja dos ocasiones.</p>		
		día. Lo realizó de forma entusiasta.		

Requisito: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.				
Diagnóstico: Incapacidad para comunicarse inadecuadamente r/c taponamiento nasal m/p voz nasal y dificultad para mantener el dialogo continuo.				
Objetivo	Mejorar la comunicación.	Sistema de Enfermería		
		T/C	P/C	A/E
INTERVENCIONES		ACCIONES		
Comunicación alternativa		<ul style="list-style-type: none"> • Uso de comunicación corporal • Escuchar atentamente • Uso de Escala Visual Análoga para confirmar dolor. 		
Educación		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar respiraciones pausadas por boca. • Explicar la importancia de la sonda 		

Control de ansiedad	transnasal •Favorecer la expresión de sentimientos que indiquen incomodidad
EVALUACIÓN	Tras la aplicación de las intervenciones, hubo mejoría para efectuar la comunicación, se confirmó la presencia de Dolor con el uso de escalas apropiadas. El día 8 noviembre después de 18 días se retira la sonda transnasal en el Servicio de Otoneuro, favoreciendo aun más la comunicacio

Requisito: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.			
Diagnóstico: Riesgo de neuroinfección r/c procedimiento quirúrgico: exposición de seno esfenoidal y duramadre.			
Objetivo	Prevenir infecciones	Sistema de Enfermería	
		T/C	P/C
INTERVENCIONES		ACCIONES	
Evaluación del Líquido Cefalorraquídeo		<ul style="list-style-type: none"> • Cuantificar el gasto de LCR por fistula, así como las características de este. • Colocar bigotera nasal y cambiarla cuando sea necesario. 	
Educación		<ul style="list-style-type: none"> •Evitar manipular la bigotera si no es necesario. • Se le explica a Rosa la importancia de toser y estornudar con la boca abierta. • Explicar la importancia de no manipular la sonda transnasal y la nariz. 	
EVALUACIÓN		No se activa la fistula, el día 8 noviembre después de 18 días se retira la sonda transnasal en el Servicio de Otoneuro. No se presentan datos de infección	

Requisito: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.				
Diagnóstico: Alteración del bienestar físico r/c procedimiento quirúrgico m/p cefalea EVA 5/10, irritabilidad.				
Objetivo	Disminuir el dolor.	Sistema de Enfermería		
		T/C	P/C	A/E
INTERVENCIONES		ACCIONES		
Control del dolor		<ul style="list-style-type: none"> • Mantener a la persona en confort • Evitar demasiada luz en la habitación del paciente. • Evitar el ruido. • Uso de antipirético/analgésico como tratamiento para el dolor en caso de referirse EVA igual o mayor a 4 		
Posición		<ul style="list-style-type: none"> • Alineación del paciente. • Colocar a la persona en posición semi fowler (35 a 45°) para favorecer la circulación de LCR (de acuerdo con Teoría Monro Kellie) 		
EVALUACIÓN		Se presentaron 2 cefaleas en una semana de intensidad EVA 5/10 y 4/10. Tras tratamiento farmacológico y disminución de factores estimulantes se logra disminuir a 0/10 en ambos casos.		

8.6 EVALUACIÓN DEL PROCESO

Se llevo a cabo un plan de cuidados especializados para poder mejorar el autocuidado de la persona invitándola a participar en las actividades que influyeran en su bienestar y confort, así como evitar posibles complicaciones que pueden emerger de acuerdo con los factores de riesgos que fueron identificados durante la etapa de valoración del proceso enfermero aplicado, es así y con base en los objetivos que fueron planeados al inicio de este estudio, se obtuvieron los siguientes resultados.

La persona luego de una quinta intervención quirúrgica comprende la importancia de no realizar actividades físicas que sugieran un gran esfuerzo físico con el fin de evitar activar la fistula que por el gran desplazamiento que existe ya de la estructura ósea en la silla turca será siempre un riesgo inminente el cual no puede corregirse.

Desarrolla la habilidad de identificar con mayor facilidad los colores, que como se sabe son parte esencial del entorno en el cual nos desarrollamos, la importancia de estas habilidades se verá reflejado en la prevención de accidentes como, por ejemplo: la identificación de los colores en un semáforo de las vialidades que la persona utiliza o transite con frecuencia, es importante recalcar que a pesar de esto, la persona siempre deberá estar acompañada de alguien más para así reforzar aún más su seguridad e integridad física.

El uso de un dispositivo para la visión esta ya contemplado dentro de los planes de la persona, para mejorar la visión del ojo que aún conserva como funcional, además que le ayudara a realizar actividades de la vida diaria, evitando accidentes dentro de casa.

El proceso de mejoría de la persona será posteriormente evaluado en cita con Consulta Externa.

9. PLAN DE ALTA

Se establece el siguiente plan de alta para Rosa:

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA

- Tomar al menos 1.5 litros de agua simple al día
- Utilizar crema corporal para mantener hidratada la piel.

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

- Se recomienda no tomar lácteos y derivados durante el proceso de cicatrización con el objetivo de evitar que sea más lento el proceso.
- Consumir alimentos ricos en Zinc como las legumbres: garbanzo, frijoles, haba, chícharo, ejotes.
- Alimentos ricos en Vitamina A, B, C, D, E como: zanahoria, col, espinacas, guayaba, papaya, naranja, limón, hongos.

PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS.

- Es importante el consumo de fibra para favorecer la evacuación sin esfuerzo ni necesidad de pujar con fuerza.

- Tomar al menos 1.5 litros de agua para ayudar en el proceso de digestión y reblandecimiento de heces fecales.

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOCIEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL.

PROBLEMAS VISUALES

- Rosa debe familiarizarse y principalmente adaptarse a los espacios en casa, será recomendable, ayudarla en actividades de la vida diaria que requieran de una visión adecuada como: actividades en cocina (picar alimentos). Coser prendas.
- Cubrir esquinas de muebles que puedan favorecer un golpe.
- Utilizar ayuda visual como lentes de aumento para mejorar la visión del ojo funcional.

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.

MEDICAMENTOS

- Establecer los horarios que se van a seguir, con un familiar (de manera ideal el cuidador primario)
- Dar los medicamentos prescritos en la hora indicada y la dosis correcta, es importante verificar la fecha de caducidad.
- Evitar automedicarse, seguir estrictamente solo lo prescrito.

DOLOR

- Valorar la localización, características, aparición y duración, así como escribir las posibles causas que lo provoquen.
- Sólo utilice los medicamentos y dosis indicados por su médico.

DATOS DE INFECCION

- Posterior al alta deberá estar pendiente si observa esta sintomatología: Fiebre, escalofríos, salida liquido o secreción, acuda a su centro de salud más cercano.

CUIDADOS ESPECÍFICOS

- Evite agacharse para colocarse calcetines o zapatos.
- Toser o estornudar hágalo con la boca abierta.
- No cargar objetos pesados
- Evitar actividad y esfuerzo físico excesivo

RECOMENDACIONES GENERALES

Tomar $2\frac{1}{2}$ litros de agua al día.



Hidratar su piel con cremas corporales

Coma alimentos ricos en vitaminas: zanahorias, col, espinacas, guayaba, etc.



Consuma alimentos ricos en Zinc: legumbres. (garbanzos, frijoles, chicharos)

Evitar el consumo de lácteos y sus derivados por lo menos de 6 a 8 semanas.



Coma alimentos ricos en fibra para una adecuada digestión.



PLAN DE ALTA

M
E
C
U
I
D
O

Medicamentos prescritos y con horarios establecidos.
EVITE AUTOMEDICARSE.



Cuidados específicos:
Evite esfuerzos físicos vigorosos, no cargue
objetos pesados.
Para toser o estornudar hágalo con la boca
abierta.



Datos de Infección: en caso de presentar fiebre, escalofríos o salida de
líquido o secreción con mal olor, acuda a su centro de salud más cercano.



Valore el tipo, características y duración del DOLOR en caso de
presentarlo, sólo tome los medicamentos indicados por el médico.



Elaboró: Lic. Enf. Neri de Jesús Hernández González

10. CONCLUSIONES

La importancia de impulsar dentro del ámbito enfermero, el crecimiento de conocimientos y evidencia que sustente el cuidado a través del desarrollo de un estudio de caso, es sin duda un reto y paso de gran magnitud. La creación de un plan de cuidados especializados significa que enfermería ha alcanzado un nivel de eficacia y eficiencia y a través de forma oportuna y rápida de la aplicación de estas acciones enfermeras, la prevención de complicaciones que pueden surgir de un proceso neurológico que las personas, disminuyen de forma considerable.

De acuerdo con el análisis del Informe Anual 2016 del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez la incidencia de Tumores Benignos de Glándulas Endócrinas y No Especificadas ocupa el cuarto lugar de morbilidad en el mismo y los casos por año oscilan entre los 157 casos. Mientras que la mortalidad de este proceso patológico ocupa el quinto lugar y fluctúa en 4 casos por año aproximadamente.

Con base en estos datos epidemiológicos podemos observar un enorme panorama en el que debe participar el Especialista en Neurología, así como comprender la importancia del desarrollo y creación de los cuidados especializados para que la población que trascurso por un proceso neurológico conlleve la menor cantidad de secuelas posibles y así mejorar condiciones de vida, evitar riesgos y favorecer la integración temprana dentro de la población en la cual se desarrolla.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vesga Gualdrón, LM. EVOLUCION DEL CUIDADO: DE CURANDERAS A ENFERMERAS. Revista CUIDARTE. 2012;3(1):410-415. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533179022>
2. Siles González J. Historia de la Enfermería. Alicante, España. Agua Clara: 2015. Recuperado de: <https://ebooks-enfermeria21-com.pbidi.unam.mx:2443/ebooks/-html5-dev/26/II/>
3. González Suárez E. CONOCIMIENTO EMPÍRICO Y CONOCIMIENTO ACTIVO TRANSFORMADOR: ALGUNAS DE SUS RELACIONES CON LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO. ACIMED. 2011 Jun; 22(2): 110-120. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10249435201100020003
4. Balan Gleaves C. Franco Orozco M. Teorías y Modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. México. 2011.
5. Díaz Narvárez VP. EL CONCEPTO DE CIENCIA COMO SISTEMA, EL POSITIVISMO, NEOPOSITIVISMO Y LAS “INVESTIGACIONES CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS”. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2014; 30 (2): 227-244. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v30n2/v30n2a14.pdf>
6. Rabadán Villalpando ME. LA ESTRUCTURA DE LAS REVOLUCIONES CIENTÍFICAS SEGÚN THOMAS KUHN EN EL ANÁLISIS DE LA HISTORIA DEL ARTE. ARBOR Vol. 193-783, enero-marzo 2017, a372. ISSN-L: 0210-1963. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2017.783n1003>
7. Fernández M. Santo Tomás M. Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de la Enfermería. Ed. DAE Grupo Paradigma: 2016. Recuperado de: <https://ebooks-enfermeria21-com.pbidi.unam.mx:2443/ebooks/-html5-dev/616/8/>
8. Mesquita Melo E., Lopes M.V. de O., Carvalho Fernandes A.F., Teixeira Lima F.E., Barbosa I.V.. TEORÍAS DE ENFERMERÍA: IMPORTANCIA DE LA CORRECTA APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS. Enferm. glob. 2009 oct; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000300017

9. Galvis López, MA. TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA USADOS EN LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA. Revista CUIDARTE 2015;6(2):1108-1120. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359540742012>
10. Hernández Gómez JP. Luz Jaimes M. Et Al. MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY: INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN REPORTADOS POR LA LITERATURA EN ESCENARIOS CARDIOVASCULARES. Revista Cultura del Cuidado. Vol. 13 N° 1, enero de 2016. ISSN: 1794-5232. pp. 6-21. Recuperado de: <http://unilibrepereira.edu.co/portal/images/pdf/culturacuidado-revista2016.pdf>
11. Muños Devesa A. Morales Moreno I. EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY EN EL PROCESO DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA. Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). AÑO IX – N. 22 – 2015. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n22/549.php>
12. Naranjo Hernández Y. Concepción Pacheco JA. Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit. 2017 dic; 19 (3): 89-100. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212017000300009&lng=es
13. Marcos Espino MP. Tizón Bouza E. APLICACIÓN DEL MODELO DE DOROTHEA OREM ANTE UN CASO DE UNA PERSONA CON DOLOR NEOPLÁSICO. GEROKOMOS 2013; 24 (4): 168-177. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n4/05_notas.pdf
14. Navarro Peña Y. Castro Salas M. MODELO DE DOROTHEA OREM APLICADO A UN GRUPO COMUNITARIO A TRAVÉS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA. Enfermería Global. N°19 junio 2010. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>
15. Hernández-Cervantes, R, Sánchez-Acosta, AG, Ramírez-Nieto, R, Morales-Montor, J. REGULACIÓN NEUROENDOCRINOLÓGICA DE LA FUNCIÓN INMUNITARIA: EL PAPEL DE LA HIPÓFISIS Y LOS ESTEROIDES SEXUALES. Tip Revista Especializada en Ciencias Químico-Biológicas [Internet]. 2010; 13 (2):103-112. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43219048004>

16. Rojas D. MANEJO DE LOS TUMORES DE HIPÓFISIS. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2017; 28(3) 409-419] Recuperado de: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864017300664?fbclid=IwAR0wQY8FP_UsaC0hel2mcyxrSj6tZ49fPz6-Y_uWRsDomZyOQZEXi1bARfk
17. Daithy-Daithy, G, Urbina- Martínez, E, Rodríguez Vallejo, F, Lara Torres, CO, Nuñez Zárate, P. REPORTE DE DOS CASOS DE HERMANAS BIOLÓGICAS NO GEMELAS CON ADENOMA DE HIPÓFISIS EN CENTRO MÉDICO DE TOLUCA METEPEC ESTADO DE MÉXICO. Revista Mexicana de Neurociencia 2015; 16(2): 55-61. Recuperado de: http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2016/03/RevMexNeuroci-No-2-Mar-Abr-2015-55-61RC.pdf?fbclid=IwAR00BEVEagBsnmL1AQeclpWH_dk3YQQsOkLe7HXX88vCZLetX7LdnJG7dg4
18. Balcazar-Hernandez, L.J. Benitez-Rodriguez. F.J., Jandete-Medina, M.A. Murillo-Galindo, K. Sanchez-Mentado, J.A. Torres-Paniagua, J.L. Gonzalez-Virla, B. Mendoza-Zubieta, V. Mac Gregor-Gooch, J. Vargas-Ortega G. TRATAMIENTO MULTIMODAL DE LOS ADENOMAS DE HIPÓFISIS RECIDIVANTES CLÍNICAMENTE NO FUNCIONALES. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 60, no 4, Julio-Agosto 2017. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un174c.pdf?fbclid=IwAR01MBUMxr9I8h9RcDTm1vlhdHRvob9Yi08nqO6r4y6ADqbROI-yN2Yytbw>
19. Cuevas Delgado R. Gómez C. Fernández M. Porto Varela M. Montiel Roa A. Fistula enterolaparotómica post-operatoria Presentación de caso clínico y revisión de literatura. Cir. Parag. Vol. 40; N° 1. 2016. Recuperado de: <http://scielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v40n1/v40n1a07.pdf>
20. Cerebrospinal fluid (CSF) . De: Lasky, Jack, Salem Press Encyclopedia of Health, 2016 Base de datos: Research Starters. Web: <http://eds.b.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/detail/detail?vid=3&sid=1924b08f-4319-4236-a4ab-97f1eba71119%40pdc-v-sessmgr05&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=87321442&db=ers>

21. Robledo Moreno E. Vargas Olguin E. González Sánchez JG. Bribiescas Carreón L. FÍSTULA ESPONTÁNEA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO A TRAVÉS DEL CLIVUS. Arch Neurocién (Mex) INNN, 2016. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2016/ane163f.pdf>
22. Lamas C. del Pozo C. Villabona C. GUÍA CLÍNICA DE MANEJO DE LA DIABETES INSÍPIDA Y DEL SÍNDROME DE SECRECIÓN INAPROPIADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA HIPOFISARIA. Endocrinol Nutr.2014; 61(4) :e15---e24. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-pdf-S1575092214000345>
23. López González, WO. EL ESTUDIO DE CASOS: UNA VERTIENTE PARA LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA. Educere, vol. 17, núm. 56, enero-abril, 2013, pp. 139-144 Universidad de los Andes Mérida, Venezuela Recuperado de : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35630150004>
24. Guzmán Barquet EA. Alejo Machado OJ. EL ESTUDIO DE CASOS: UNA METODOLOGÍA EFECTIVA PARA LA INVESTIGACIÓN EMPRESARIAL. Revista ESPACIOS. Vol. 38 (Nº 51) Año 2017. Pág. 10. Recuperado de: <http://www.revistaespacios.com/a17v38n51/a17v38n51p10.pdf>
25. Orkaizagirre Gómara A. Amezcuca M. Huércanos Esparza I. Arroyo Rodríguez A. EL ESTUDIO DE CASOS, UN INSTRUMENTO DE APRENDIZAJE EN LA RELACIÓN DE CUIDADO. Index Enferm vol.23 no.4 Granada oct./dic. 2014. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300011>
26. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. CONSENTIMIENTO INFORMADO. Sitio WEB del INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. 2013. Recuperado de: <https://www.insp.mx/insp-cei/consentimiento-informado.html>
13. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO DE CASO

Yo: _____ por medio de este documento y en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento de que la Estudiante de la Especialidad en Enfermería Neurológica: Neri de Jesús Hernández González con matrícula escolar 414029763 en la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, realice los siguientes procedimientos/ tratamientos en mi persona/familiar: **_nombre del “paciente/persona” en caso de no estar conciente__**.

- Entrevista
- Exploración Física
- Exploración Neurológica
- Capturar evidencia en caso de ser necesario. (fotos, videos, etc.)

Manifiesto que he sido debidamente informado el día ___ del mes _____ del año _____. Que he recibido explicaciones tanto verbales como escritas sobre la naturaleza y propósitos de dichos procedimientos, así como de los beneficios y riesgos que pueden suscitarse tras su realización.

Se hincapié en la protección de mis datos personales, así como de la intimidad y confidencialidad de lo que se proporcione.

Entiendo que este consentimiento puede ser anulado por mí en cualquier momento antes de realizar los procedimientos.

FECHA:

Firma de autorización _____



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTNOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA NEUROLÓGICA**

INSTRUMENTO DE VALORACION DE ENFERMERIA NEUROLOGICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre: _____	Edad _____ Género _____ Estado civil _____ Religión _____
Escolaridad _____	
Ocupación: _____	Domicilio: _____ Teléfono _____
# de integrantes en la familia _____ De. médico _____ Motivo de consulta _____	
Derecho a algún servicio de salud SI () NO () ¿Cuál? _____ Persona responsable _____	
Edad _____ Parentesco _____	

Desviaciones de la salud Factores de riesgo	si	No
Hipercolesterolemia		
Obesidad		
Sedentarismo		
Diabetes Mellitus		
Hipertensión Arterial		
Consumo de drogas		
Anticonceptivos Hormonales		
TCE		
Cuadros gripales (recientes)		
Infecciones gastrointestinales (reciente)		

Desviaciones de la Salud Antecedentes Familiares	Parentesco
Diabetes Mellitus	
Obesidad	
Hipertensión	
Cardiopatía	
Enfermedades Vascular ()	
Cáncer	
Migrañas	
Epilepsia	

I. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire

¿Cómo considero que son sus actividades: Sedentaria () Activa ()

¿Se fatiga al realizar actividades de la vida diaria? Si () No ()

¿Usted fuma? Si () No () ¿Desde cuándo inicio el hábito tabáquico? ¿Cuántos cigarrillos consume al día? _____ ¿Convive con fumadores? Si () No ()

¿Convive con animales? Si () No () cuales: _____

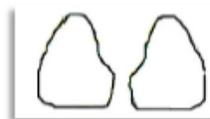
FC _____ x' llenado capilar _____ FR _____ x' TA _____ Estado de conciencia _____ Glasgow _____ RASS _____

Pupilas _____

Presenta:	SI	NO	Observ.
Anosmia			
Tabique desviado			
Rinorrea			
Obstrucción nasal			
Disnea			
Disnea de esfuerzo			
Disnea paroxística			
Ortopnea			
Ruidos			
Sibilancias			
Esteriores			
Alergias			
Tos seca			
Tos productiva			
Hemoptisis			
Expectoración			
Espasmo bronquial			
Murmullo o soplo			
Ronquido		I	

Signos de respiración patológica	SI	NO
Cheyne Stokes		
Neurogénica		
Apneusica		
Kussmaul		
Atáxica		

Fecha y resultado de la última radiografía de Tórax: _____



Observaciones:

Coloración de piel	SI	NO
Normal		
Palidez		
Cianosis		
Rubicundez		
Otros		

LABORATORIOS		
GASES ARTERIALES	RESULTADO	VALORES NORMALES
SaO ₂		94-100%
Ph		7.35-7.45
pO ₂		80 mmHg
CO ₂		35-45 mmHg
Exc. B		-3+3
Def. B		-2+2
HCO ₃		22-28 mEq/l

SaO₂ _____ % PVC _____ PIC _____ Apoyo Ventilatorio: Ninguno () Puntas Nasales () Mascarilla () cánula oro traqueal () Traqueotomía: Si () No Ventilador ()
 Modalidad: _____ FiO₂ %: _____ PEEP: _____ Aspiración de secreciones por: _____ Características de secreciones: _____ Tipo de Acceso vascular _____ Línea arterial _____

II. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Agua

Tiene restricción de líquidos: Si () No () Causa: _____

Bebe agua: Potable () Hervida () otros: _____

Ingesta de líquidos habitual (cantidad y tipo): _____

PIEL Y MUCOSAS			
Presenta	Si	NO	sitio
Mucosas secas			
Mucosas hidratadas			
Edema			
Piel hidratada			
Piel tibia al tacto			
Piel fría al tacto			

LABORATORIOS

ELECTROLITOS SERICOS	RESULTADO	VALORES NORMALES
Cl		90-100 mEq/L
Na		135-145 mmEq/L
K		3.5-4.5 mEq/L
Ca		8.5-10.2mg/dl
ALT glutámica		7-40 UI/l

Observaciones _____

69

Egresos	Cantidad aproximada
Uresis	
Evacuación	
Vómito	
Drenajes	
Otros	
Perdidas insensibles	
Total de egresos	
Balance	

Ingresos	Cantidad aproximada
Vía oral	
Sol. Parenterales	
Medicamentos	
Hemoderivados	
Otros	
Total	

Totalmente Compensatorio	_____
Parcialmente Compensatorio	_____
De apoyo o Educación	_____

III. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Alimentos

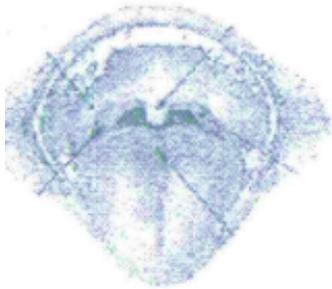
¿Ha Perdido peso? Si () No () 8 últimamente: Si () No () Ha ganado peso últimamente Si () No ()
 Tipo de alimentación, vía: Oral () Enteral () Parenteral () _____ Sonda Nasogástrica () Gastrostomía () Otra _____
 La persona se alimenta: Sola () Con ayuda () Porque _____
 Tipo de dieta que consume: _____ ¿Cómo es o era su apetito? Bueno () Regular () Deficiente () Nulo ()
 ¿Cuántas comidas realiza al día?: _____ ¿Cuántas veces a la semana consume? Carnes rojas () carnes blancas () Harinas () Verduras () Frutas () Lácteos ()
 ¿Cómo prepara sus alimentos? Fritos () Hervidos () Asados () Otros _____ Los alimentos que consume son: casa y/o vía publica _____
 Frecuencia: _____ Preferencias alimenticias: _____ Desagrados alimenticios: _____ intolerancias alimenticias: _____
 Consume suplementos alimenticios: SI () NO () ¿Cuál? _____ Total de ingesta _____ Alergias: _____

Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm. IMC: _____ PESO IDEAL: _____ Perímetro Abdom: _____ Residuo Gástrico: _____

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

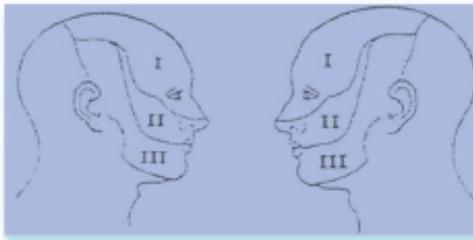
PRESENTA	SI	NO
Parálisis facial central		
Parálisis facial periférica		
Úlcera gástrica		
Polifagia		
Polidipsia		
Indigestión		
Flatulencias		
Acides estomacal		

Características de la Boca



Sensibilidad de lengua _____
 Fuerza de lengua _____
 Reflejo nauseoso _____
 Paladar blando _____
 Úvula _____

Sensibilidad de la cara



DERECHO
 IV.
 V.
 VI.

Izquierdo
 I.
 II.
 III.

LABORATORIOS

Laboratorios	Resultados	Valores Normales
Triglicéridos		<150 mg/dl
Bilirrubina directa		0.1-.0.3 mg/dl
Bilirrubina indirecta		0.2-0.7 mg/dl
Colesterol HDL		80-200 mg/dl
LDL		70-130 mg/dl
Glucosa		70-120 mg /dl
Urea		20-40
Creatinina		0.7-1.3 mg/100ml
Ácido úrico		3 -7mg
Proteínas totales		6 - 8.3 gr/dl

Examen general de orina	resultado	Valores normales
Densidad		1.025
PH		5.0-7.0
Leucocitos		negativo
Glucosa		Negativo
Proteínas		Negativo
Cristales		Negativo
Bacterias		negativo

Totalmente compensatorio _____
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____

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

MICCIONES

¿Cuántas veces orina al día? ____
 Orina: Color _____
 Olor _____
 Cantidad _____
 Consistencia _____
 Presencia de sangre _____
 Presencia de moco _____
 Escala de Bristol: _____

EVACUACIONES

¿Cuántas veces defeca al día? ____
 Heces: Color _____ Características _____
 Olor _____
 Diaforesis: _____

presenta	SI	NO
Disuria		
Poliuria		
Anuria		
Oliguria TENESMO		
Nicturia		
Hematuria		
Dificultad para iniciar la micción		
Infección de vías urinarias		
Incontinencia Tipo		

presenta	SI	NO
Ardor al defecar		
Dolor al defecar		
Evacuaciones diarreicas		
Hemorroides		
Prurito		
Dificultad para evacuar		
Disminución de ruidos peristálticos		

Valoración de sexo femenino
Antecedentes gineco-obstetricos
 IVSA: _____
 Fecha de última menstruación: ____
 Gesta: ____ P: ____ A: ____
 C: _____
 Autoexploración mamaria:
 Si () No () Fecha: _____
 Citología vaginal: Si () No ()
 Fecha: _____
 Mastografía: Si () No ()
 Fecha: _____
 Número de parejas sexuales: ____
 Métodos anticonceptivos: _____

Tipo de drenaje	DRENAJES			
	FECHA DE INSTALACION	FECHA DE CURACIÓN	PERDIDA INSENSIBLE	BALANCE GASTO
Drenaje de lecho quirúrgico				
Drenaje subdural				
Drenaje subgaleal				
Drenaje epidural				
Sonda nasogástrica				
Ventriculostomía				
Sello de agua				
Sonda vesical				

Totalmente compensatorio _____ Parcialmente compensatorio _____ De apoyo o educación _____
--

V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

¿Realiza alguna actividad recreativa?: Si () No () ¿Cuál? _____ ¿se cansa al moverse? Si () No ()

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

¿Requiere ayuda para movilizarse? Si () No () ¿Cuál?: Bastón () Andadera () Silla de ruedas () Muletas ()

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

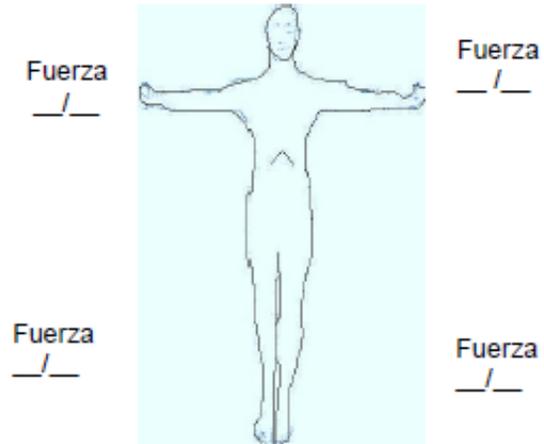
Observaciones _____

Presenta:	SI	NO
Articulaciones dolorosas		
Deformación de articulaciones		
Espasmos musculares		
Monoplejía		
Hemiplejía		
Cuadriplejía		
Hemiparesia		
Cuadriparecia		
Parestesias		
Temblores		

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

REFLEJOS PATOLOGICOS	SI	NO
Babinsky		
Brudzinsky		
Kerning		
Hiperreflexia		
Hiporeflexia		

Actividad motora



Expresión facial

Expresión facial



Presente: _____

Ausente: _____

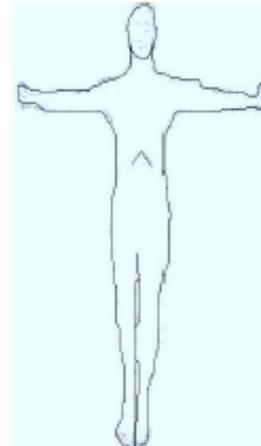
Frente: ()

Nariz: ()

Boca: ()

Sensibilidad y Reflejos

Reflejos
Sensibilidad



Reflejos
Sensibilidad

Reflejos
Sensibilidad

Reflejos
Sensibilidad

Totalmente compensatorio _____
Parcialmente compensatorio _____
De apoyo o educación _____

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

¿Trabaja?: Si () No () ¿Cuántos integrantes aportan a la economía familiar? _____

¿Con quién convive?: Solo () familia () Hijos () Pareja () Padres () Hermanos () Otros: _____

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

Rol familiar: ¿Papel que desempeña en el hogar? _____ ¿Cómo se siente en relación a su trabajo? Satisfecho () Valorado () Insatisfecho ()

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

Dificultad para comunicarse	SI	NO
Afasia		
Alexia		
Apraxia		
Disartria		
Anomia		

Estado emocional	SI	NO
Ansioso		
Deprimido		
Lábil		
Miedoso		
Agresivo(una visión injusta al trato)		
Anhedonia		
Pasivo		

Vida sexual

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

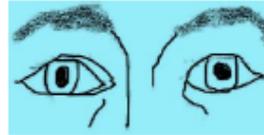
En caso de que su respuesta sea no, ¿le resulta un problema digno de mencionar?: _____

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

Observaciones: _____

Valoración ocular

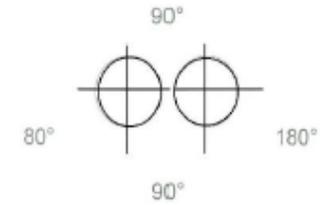
	SI	NO
Ojos		
Lagrimeo excesivo		
Prurito en os ojos		
Partículas flotantes		
Visión doble		



Movimientos oculares

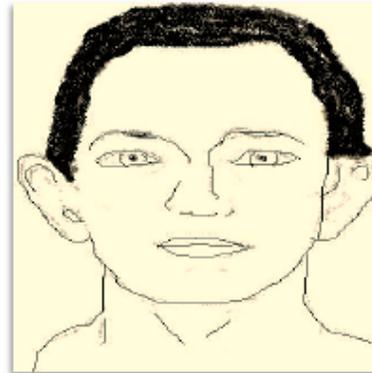
Reflejo pupilar

Reflejo comeal



Valoración auditiva

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



Rinne:

Resultado + --

Oído derecho **NOTA** lesiones visuales marcar el

Oído izquierdo **NOTA** lesiones visuales marcar el

Weber:

Lateraliza ()

Izquierda ()

Derecho ()

Central ()

Cuál es su situación laboral actual _____

Totalmente compensatorio _____
Parcialmente compensatorio _____
De apoyo o educación _____

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

Autoconcepto de sí mismo: _____

¿Cuál es tu situación laboral actual? _____

Con que frecuencia visita al médico? _____

Realiza aseo bucal por día: 3 veces () 2 veces () 1 vez () Ninguna () con k k utilizan

Estado de ánimo: tristeza aislamiento depresión euforia enojo irritabilidad

Observaciones:

Totalmente compensatorio _____
Parcialmente compensatorio _____
De apoyo o educación _____

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

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

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

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

Observaciones: _____

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

Totalmente compensatorio _____ Parcialmente compensatorio _____ De apoyo o educación _____
--

MANEJO DE LOS TUMORES DE HIPÓFISIS

MANAGEMENT OF PITUITARY TUMORS

DR. DAVID ROJAS (1)

(1) Profesor Asistente de Neurocirugía Universidad de Chile. Grupo de Patología Hipofisaria. Instituto de Neurocirugía A. Aserjo. Clínica Alemana de Santiago. Santiago, Chile.

Email: drojasz@gmail.com

RESUMEN

Los tumores hipofisarios son un conjunto de lesiones que ocupan la silla turca, siendo el adenoma hipofisario por lejos la lesión más frecuente. Los adenomas hipofisarios se manifiestan clínicamente por compresión de las estructuras vecinas y por hiper o hipofunción hormonal. Dependiendo de estas características, su manejo puede ser variable desde la observación, pasando por el manejo médico y la cirugía. En la siguiente monografía se analizará los principales aspectos clínicos, del diagnóstico y tratamiento de estas lesiones.

Palabras clave: Tumores hipofisis, adenoma hipofisario, diagnóstico, resección transfenoidal, tratamiento, radioterapia, guías clínicas.

SUMMARY

Pituitary tumors include a set of different lesions located at sella turcica, the pituitary adenoma is by far the most

frequent type of lesion. Pituitary adenomas present clinically by compression of neighborhood structures, and hyper or hypo secretion of pituitary hormones. Depending on these characteristics, they can be observed, managed medically or by surgery. In this monograph, we will discuss the clinical aspects, diagnostic and treatment strategies of pituitary adenomas.

Key words: Pituitary tumor, pituitary adenoma, diagnosis, transphenoidal resection, treatment, radiotherapy, guidelines.

INTRODUCCIÓN

El término Tumor de Hipófisis, agrupa a una serie de patologías misceláneas de la silla turca, cuyo representante más frecuente e importante es el **Adenoma Hipofisario**. Para efectos de esta monografía nos concentraremos en este último ya que representa el 90% de las lesiones selares (1) y discutiremos en el apartado de diagnósticos diferenciales el resto de las lesiones.

Tratamiento multimodal de los adenomas de hipófisis recidivantes clínicamente no funcionales

Reporte de caso y revisión de la literatura



Lourdes Josefina Balcázar-Hernández^a, Francisco Javier Benítez-Rodríguez^a, Miguel Ángel Jandete-Medina^a, Karla Vanessa Murillo-Galindo^b, José Antonio Sánchez-Mentado^c, José Luis Torres-Paniagua^d, Baldomero González-Virila^e, Victoria Mendoza-Zubieta^f, Julián Mac Gregor-Gooch^f, Guadalupe Vargas-Ortega^g

Resumen

Antecedentes: Los adenomas hipofisarios no funcionales generalmente tienen un comportamiento benigno y naturaleza no invasiva, sin embargo, pueden mostrar características de agresividad con invasión a tejidos circundantes, alto índice mitótico, un índice de Ki67 > 3% y positividad extensa para la tinción de p53, diferenciándose de los carcinomas hipofisarios por la ausencia de diseminación cerebroespinal o

metástasis a distancia. Los adenomas agresivos muestran resistencia al tratamiento quirúrgico, médico y radioterapia, y los agentes quimioterapéuticos como temozolamida son una opción terapéutica prometedora de acuerdo con los reportes de la literatura médica internacional.

Caso clínico: Paciente del sexo femenino en la sexta década de la vida con padecimiento caracterizado por síndrome quiasmático progresivo e hipopituitarismo ante la presencia de un macroadenoma hipofisario no funcional, con resistencia a tratamiento neuroquirúrgico inicial, tratamiento médico con un agonista dopaminérgico y análogo de receptor de la somatostatina así como radioterapia convencional fraccionada, y cumple con los criterios de agresividad. Se establece tratamiento quimioterapéutico a base de temozolamida, y durante su vigilancia muestra tanto estabilidad clínica como ausencia de progresión tumoral.

Conclusiones: La determinación de agresividad es de crucial importancia para mejorar el tratamiento del paciente y, con ello, ofrecer un mejor pronóstico y efectividad terapéutica. El tratamiento de los adenomas hipofisarios no funcionales con

^aServicio de Endocrinología. Hospital de Especialidades. Unidad Médica de Alta Especialidad. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

^bEscuela de Posgrados en Sanidad Naval. Secretaría de Marina. Ciudad de México, México.

^cFacultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

^dDivisión de Medicina. Hospital de Especialidades, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

Correspondencia: Guadalupe Vargas Ortega.

Correo electrónico: gvargas_ortega@hotmail.com

Recibido: 19-mayo-2016. Aceptado: 22-agosto-2016.

Fístula espontánea de líquido cefalorraquídeo a través del clivus

Edgar Robledo Moreno¹, Eduardo Vargas Olguín¹, Jorge Glicerio González Sánchez¹, Lizeth Bribiescas Carreón¹

¹Hospital Regional Valentín Gómez Farías. Departamento de Neurocirugía-ORL, ISSSTE

*Correspondencia: edgar-robledo2002@hotmail.com

Introducción

Las fistulas del líquido cefalorraquídeo a través de la pared posterior del clivus son muy raras hasta el 2015 sólo se han reportado 16 casos. Estas son un serio problema y una condición potencialmente fatal cuyo manejo requiere de un abordaje multidisciplinario. Se presenta el caso de una mujer de 56 años con un cuadro de 6 meses de evolución, de aparición espontánea, caracterizado por rinorrea, y cefalea holocraneana intermitente de leve a moderada intensidad. En este caso se reparó la fistula con un injerto de cartilago septal reforzado con un colgajo de mucosa nasoseptal y pegamento de fibrina, se obtuvo un resultado exitoso.

Palabras claves: fistula, liquido cefalorraquídeo, clivus, abordaje.

Fistula spontaneous cerebrospinal fluid through the clivus

Abstract

Fistulas of the cerebrospinal fluid through the back wall of the clivus are extremely rare until 2015 only have been reported in 16 cases. These are a serious problem and a potentially fatal condition whose management requires a multidisciplinary approach. We report the case of a 56 year-old female with 6 months of evolution, of spontaneous occurrence, characterized by a runny nose, and headache holocraneana intermittent mild to moderate intensity. In this case we repaired the fistula with a graft of septal cartilage reinforced with a flap of mucosal nasoseptal and fibrin glue, we obtained a successful outcome.

Key words: fistula, cerebrospinal fluid, clivus, approach grafting.

Aceptado: 4 Julio 2016



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD VERACRUZANA
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD, H.E. 14.
CENTRO MEDICO NACIONAL "ADOLFO RUIZ CORTINES"**

**MACROADENOMA HIPOFISARIO, HALLAZGOS
MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 14,
VERACRUZ**

**TESIS PARA OBTENER EL POSTGRADO
EN LA ESPECIALIDAD DE:
RADIOLOGÍA E IMAGEN**

**PRESENTA:
DR. LUIS JAZIEL LAINEZ OCHOA**

**ASESORES:
LIC. MIGUEL ÁNGEL PEDRAZA ZÁRATE
DRA. ESPERANZA ALCÁNTARA MAZÓN**

VERACRUZ, VERACRUZ FEBRERO 2015.



Acceso abierto

Citación

Castañeda J, et al. (2018) Evolución de pacientes con adenoma hipofisario después de resección quirúrgica vía transesfenoidal en Hospital Teodoro Maldonado. Revista científica INSPILIP V. (2), Número 3, Guayaquil, Ecuador.

Editor

Patricio Vega Luzuriaga
Instituto Nacional de
Investigación en Salud Pública
(INSP)

Recibido: 23/10/2017**Aceptado:** 4/01/2018**Publicado:** 5/01/2018

El autor declara estar libre de cualquier asociación personal o comercial que pueda suponer un conflicto de intereses en conexión con el artículo, así como el haber respetado los principios éticos de investigación, como por ejemplo haber solicitado permiso para publicar imágenes de la o las personas que aparecen en el reporte. Por ello la revista no se responsabiliza por cualquier afectación a terceros.

Artículo original

Evolución de pacientes con adenoma hipofisario después de resección quirúrgica vía transesfenoidal en Hospital Teodoro Maldonado*Evolution of patients with pituitary adenoma after transsphenoidal surgical resection in Hospital Teodoro Maldonado*

Castañeda Judy,^{1,2}Mora Henin,^{2,3,4}Torres Larry^{1,2}, Criollo Jefferson. ^{1,2}Sola Juan^{1,2}, Cedeño Wilmer. ^{1,2}

¹Posgradista de Neurocirugía de la Universidad de Guayaquil. ²Unidad de Neurocirugía del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. ³Especialista de Neurocirugía del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. ⁴Coordinador de Posgrado de Neurocirugía

Resumen

Los adenomas hipofisarios son tumores cerebrales benignos considerados como el tercer grupo de lesiones intracraneales en frecuencia tras los meningiomas y los gliomas. El tratamiento de esta patología puede ser clínico o quirúrgico, dependiendo del tipo de tumor. El tratamiento quirúrgico puede ser realizado por dos vías: transcraneal o transesfenoidal, la misma que puede ser por abordaje sublabial, transeptal o transnasal con uso de microscopio o endoscopio. Los resultados posquirúrgicos son objetivables a través de la revisión de historias clínicas para valorar sintomatología, niveles hormonales prequirúrgicos y posquirúrgicos, complicaciones para evidenciar los resultados de esta técnica.

Objetivos: Determinar los resultados del tratamiento quirúrgico por vía transesfenoidal utilizando abordaje transnasal endoscópico y transeptal microscópico en pacientes con adenomas hipofisarios. **Metodología:**

Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, en el que se analizan 25 pacientes, que fueron hospitalizados para intervención neuroquirúrgica en el periodo comprendido entre enero 2014 a junio 2016 del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. **Resultados:** Se analizaron 25 pacientes que fueron intervenidos por adenoma hipofisario por vía transesfenoidal, de los cuales 14 fueron mujeres y 11 varones.

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS):
tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: **la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

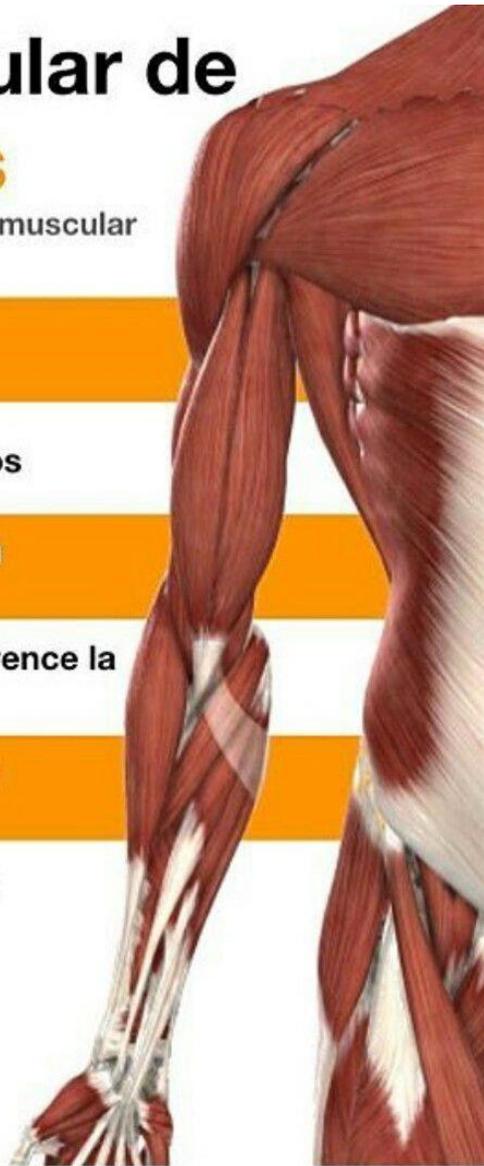
	4	3	2	1		
OCULAR	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
	5	4	3	2		
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES		
VERBAL						
	6	5	4	3	2	
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	
				(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	
MOTORA	1	NINGUNA RESPUESTA				

Escala de Bristol		
Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
Tipo 5		Bolas suaves con bordes desiguales
Tipo 6		Trozos suaves con los bordes desiguales
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos Totalmente líquida

Escala muscular de Daniels

para la evaluación de la fuerza muscular

0	Ausencia de contracción
1	Contracción sin movimientos
2	Movimiento que no vence la gravedad
3	Movimiento completo que vence la gravedad
4	Movimiento con resistencia parcial
5	Movimiento con resistencia máxima



SPOTLIGHTMed

Lo que presentamos fue únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar a un profesional de la salud si tienes alguna inquietud médica.

0	Arreflexia: Reflejo ausente: ni siquiera se palpa la contracción muscular
+	Hiporreflexia: Respuesta ligeramente disminuida / Reflejo presente pero que solo se aprecia por palpación de la contracción muscular
++	Normal: Reflejo activo con desplazamiento de la parte accionada por el musculo
+++	Hiperreflexia: Reflejo hiperactivo
++++	Clonus: Reflejo marcadamente hiperactivo