



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



PROCESO CUIDADO ENFERMERO PARA LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE  
CON DIAGNOSTICO DE GLIOBLASTOMA MULTIFORME EN FASE TERMINAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA

EVELYN JULIETA HERRERA GARCIA

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



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



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

PROCESO CUIDADO ENFERMERO PARA LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE  
CON DIAGNOSTICO DE GLIOBLASTOMA MULTIFORME EN FASE TERMINAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA

EVELYN JULIETA HERRERA GARCIA

TUTOR

L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña

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



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



CARTA DE ACEPTACION DEFINITIVA DEL PROCESO ENFERMERO PARA LA  
TITULACION DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

EVELYN JULIETA HERRERA GARCIA

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“PROCESO CUIDADO ENFERMERO PARA LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE  
CON DIAGNOSTICO DE GLIOBLASTOMA MULTIFORME EN FASE TERMINAL”

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea  
sustentado en examen de grado de Licenciatura en Enfermería y obstetricia.

\_\_\_\_\_  
L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña  
Tutor

\_\_\_\_\_  
L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña  
Presidenta

\_\_\_\_\_  
M.E.y.A.S. Clara Elena Infante Granja  
Secretaria

\_\_\_\_\_  
L.E.O. Claudia Patricia Pérez Hernández  
Vocal

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

# I.INDICE

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.....	5
RESUMEN .....	6
II. INTRODUCCION.....	7
III. JUSTIFICACION .....	10
IV. OBJETIVOS .....	13
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	13
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	13
V. MARCO TEORICO .....	14
5.1. ENFERMERIA COMO PROFESION DISCIPLINARIA.....	14
5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO .....	16
5.3 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA .....	18
5.4. MODELO TEORICO DE DOROTEA OREM .....	19
5.4.1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO .....	22
5.5 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO.....	23
5.5.1. ETAPA DE VALORACIÓN: .....	23
5.5.2. FASE DE DIAGNÓSTICO .....	24
5.5.3. PLANEACION.....	25
5.5.4 IMPLEMENTACION .....	26
5.5.5. EVALUACIÓN.....	27
5.5.6 PROBLEMATICA DE SALUD DE LA PERSONA .....	28
5.5.7 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO .....	32
VI. RESUMEN DE CASO CLINICO .....	40
6.1 VALORACIÓN CLÍNICA POR PATRONES FUNCIONALES M. GORDON .....	41
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	46
VII. PLAN DE ALTA.....	61
VIII. CONCLUSIONES .....	63
IX. REFERENCIAS.....	65
X. GLOSARIO DE TERMINOS .....	69
XI.ANEXOS .....	

## DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

La vida está llena de retos por ello este es uno de los mayores, pero sé que este logro, es en gran parte a ustedes; Mis Padres (Laura y Julio); Hermanos (Luis, Laura, Sergio, Yahir y Valeria) y mi familia por ser el apoyo incondicional para culminar mis estudios y siempre seguir impulsándome a lograr mis metas, Gracias por estar presentes en todas las etapas de mi vida.

Por último, agradecer a mis guías para la culminación de mi etapa profesional Maestra EMI. Lorenza Martínez Salvador y maestros de Centro Universitario de la Cruz Roja que fueron parte importante para obtener una superación personal y profesional.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer del sistema nervioso central es una enfermedad de tumor maligno como los glioblastomas que son tumores que nacen de las células de soporte del tejido cerebral. son más comunes en adultos de entre 45 y 65 años. La prevención, la detección temprana y el tratamiento oportuno del cáncer son los retos más importantes que enfrentan los sistemas nacionales de salud.

**OBJETIVO:** desarrollar un proceso cuidado enfermero para la atención de un paciente adulto hospitalizado con diagnóstico de glioblastoma multiforme en fase terminal mediante la valoración individualizada por patrones funcionales de Marjory Gordon, aplicando la taxonomía NANDA, NOC, NIC para la ayuda del bien morir de paciente.

**METODOLOGIA:** Para el proceso cuidado enfermero se realizó una valoración focalizada del paciente con glioblastoma múltiple apoyado del modelo teórico de Dorothea Orem y la taxonomía NANDA, NOC, NIC, así como diseñando un plan estratégico domiciliario que favorezca al bien morir.

**RESULTADO:** Se logró aliviar el dolor y la ansiedad ante el pronóstico terminal.

**CONCLUSION:** El diagnóstico temprano de algunos tipos de cáncer y la aplicación del cuidado enfermero logra en los pacientes brindar un cuidado satisfactorio, aunque en pacientes de este tipo de patologías los cuidados paliativos son parte fundamental en ellos, están diseñados para aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida, que al aplicarlos de manera sistemática se podrá brindar una mejor calidad de vida en el paciente terminal.

**PALABRAS CLAVE:** Proceso cuidado enfermero, Cuidados paliativos, Glioblastoma multiforme, Modelo teórico Dorothea Orem.

## II. INTRODUCCION

El origen de la palabra cáncer deriva del latín *Karkívoc*, que significa Cangrejo y hace alusión a un cangrejo gigante de la mitología griega que habitaba en la laguna de Lerna. (Salaverry, 2020)

El cáncer es un conjunto de enfermedades de etiología múltiple que se caracterizan por una pérdida de diferenciación y crecimiento más allá de los límites normales, generando masas tumorales. (Mairal, 2009)

El Cáncer del sistema nervioso central es una enfermedad oncológica que consiste en el desarrollo de un tumor maligno en alguna de las estructuras que componen dicho sistema, siendo el cerebro y la médula espinal que más frecuentemente sufren estas patologías. (Bray,Ferlay, 2018)

Los glioblastomas son tumores que nacen de las células de soporte del tejido cerebral, pueden ser tumores primarios, que se originan de las propias células que componen las distintas estructuras cerebrales, o metastásicos, que han diseminado al cerebro procedentes de otra localización extra cerebral. Son más comunes en adultos de entre 45 y 65 años. (Herruzo, 2020)

Por lo que la Invasión o metástasis es la diseminación de las células malignas a órganos vitales y sitios distantes a partir de un tumor primario, tiene implicaciones en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer. (Cisneros,Flores, 2005)

La incidencia de cáncer en una población, definida geográficamente, se puede conocer gracias a la existencia de registros que tienen como objetivo identificar y contabilizar todos los nuevos casos de cáncer que se diagnostican en esa área. Según datos de la OMS en 2020 se registraron casi 10 millones de fallecimientos en todo el mundo. (Lam,Colombety,Mery,Piñeros, 2021).

Tan solo en nuestro país representa la tercera causa de muertes, sólo por debajo de las enfermedades del corazón y la diabetes. (Soto,Moreno,Pahua, 2016)



En el marco del Día Internacional Contra el Cáncer, los datos más recientes del INEGI revelan que son las mujeres las que registran un mayor número de decesos. (Meneses, 2020)

Hay enfermedades que tienen trascendencia respecto a las consecuencias de no ser diagnosticadas a tiempo. El cáncer es una de ellas, en especial cuando el padecimiento se aloja en ciertas partes del cuerpo difíciles de identificar.

El cáncer y los numerosos temas relacionados con la enfermedad tienen un efecto importante en la salud pública. Son muchas las consecuencias para el país: años perdidos por las muertes prematuras, la carga económica por la productividad ausente y los costos por la enfermedad y el tratamiento, además de los efectos a largo plazo del cáncer y del tratamiento en la calidad de vida de los sobrevivientes. Es más, se espera que la repercusión del cáncer en la salud pública continúe en aumento a medida que envejece la población. (Lam,Colombety,Mery,Piñeros, 2021)

Muchos sobrevivientes de cáncer tienen problemas de salud por la enfermedad o en el tratamiento; que exige atención adicional, que a veces es permanente. Los sobrevivientes de cáncer en promedio, deben lidiar con efectos adversos por lo cual el personal de enfermería debe mejorar los efectos del cáncer de corto y largo plazo, al igual que el tratamiento de estos, y crear intervenciones que disminuyan las repercusiones en los pacientes, para proveer atención de alta calidad y lograr la satisfacción de ellos y sus familias.

La enfermería, como cualquier disciplina profesional necesita utilizar una forma de proceder para llevar a cabo el servicio que presta a sus usuarios, y que se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas. (Lefevre, 2014).

Esta forma de proceder, encaminada a solucionar o minimizar los posibles problemas de la vida cotidiana relacionada con la salud, no es otra que una actuación ordenada y sistemática, en todas las acciones que lleva a cabo, esto es la aplicación del método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse, sobre todo de los que precisen que se cumplan ciertas condiciones de dificultad y/o complejidad. (Leon, 2020)

El presente proceso de enfermería observa la actuación ante el progreso de la enfermedad y muerte desde un enfoque tanatológico ya que se presenta como herramienta para contribuir a la mejora de la atención y la importancia de los cuidados paliativos; La enfermera tendrá que poner atención en los deseos de atención, necesidades y preocupaciones trabajando en conjunto con especialistas para dejar atrás cualquier inquietud y brindarle la calidad de vida que el paciente requiere.

### III. JUSTIFICACION

En la actualidad la incidencia de cáncer en la población mundial aumenta dramáticamente; la mortalidad a causa de esta enfermedad es muy alta y se estima que tan solo en el 2018 se registraron 44,164 casos. (Meneses, 2020)

Para reforzar el conocimiento de enfermería en diferentes niveles de atención es necesario e importante adecuarnos y adentrarnos a las patologías que en estos tiempos ha tenido un alza de casos significativa las cuales nos apoyaran a la atención de cuidados especializados en pacientes oncológicos se mantendrá proceso de atención de enfermería a nivel terminal y mejorar su calidad de vida.

Según datos de la OMS en 2020 se registraron casi 10 millones de fallecimientos en todo el mundo. (OMS, 2020)

En México se registra 14% de las defunciones por esta enfermedad. INCan (Instituto Nacional de Cancerología). (Meneses, 2020)

En el GBM (glioblastoma multiforme) a pesar de todo el arsenal terapéutico su pronóstico es infausto, con una mediana de supervivencia de aproximadamente 14 meses. Son raros los casos de supervivencia prolongada. (Meir, 2010)

Un gran número de pacientes con enfermedades terminales se enfrentan a la pérdida de capacidades físicas que los hacen depender de otra persona para poder llevar a cabo las necesidades de su vida diaria esto trae consigo que la familia se vea en la necesidad de enfrentar diversos duelos durante el transcurso de la enfermedad antes de que el fallezca. (Runzer, Colmenares, Parodi, Agüero, Echegaray, Samam, 2019)

Por lo tanto, Ochoa menciona que “aliviar el dolor y el sufrimiento y garantizar los cuidados integrales del paciente y familia es uno de los principales objetivos del personal de enfermería ya que es de suma importancia para la aplicación del proceso cuidado enfermero y sirve de guía para que los ayude a orientarse y mejorar la calidad de los cuidados específicos. (Ochoa, 2008)

Para poder llegar a un diagnóstico la enfermera debe valorar al paciente y esta valoración tiene una gran importancia para conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales.

Marjory Gordon fue una docente de origen estadounidense que estableció una valoración que consta de 11 patrones funcionales; los mismos que ayudan a valorar alteraciones de salud que afectan al individuo y su uso brinda una valoración de enfermería organizada y planificada para conseguir datos subjetivos y objetivos del paciente los mismos que ayudan a establecer los diagnósticos enfermeros ya sean reales o potenciales.

(Peña, Meléndez, Anguiano, Gonzalez, Hernández, Molina, Tapia, 2021)

El Proceso de Atención de Enfermería es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud. (Lefevre, 2014)

Los Centros de control y de prevención de enfermedades (CDC) realizan y apoyan investigaciones, a menudo en colaboración con socios académicos, para crear y aplicar principios científicos sólidos para reducir la carga del cáncer y eliminar las disparidades en la salud. Estas investigaciones usan muchas áreas especializadas diferentes (ciencias de la conducta, economía, epidemiología, servicios de salud, medicina y estadísticas) para abordar las necesidades de investigación en salud pública de los programas de los CDC, los proveedores de atención médica, las personas afectadas por el cáncer y la amplia comunidad de lucha contra el cáncer. (Centros para el control y la prevención de enfermedades, 2020)

La necesidad de servicios de cuidados paliativos es un desafío para los sistemas de atención de la salud. La tanatología es “el estudio de la vida que incluye a la muerte”. El origen griego thanatos (muerte) y logos (estudio o tratado) el objetivo de la tanatología es proporcionar ayuda profesional al paciente con una enfermedad

en etapa terminal y a sus familias. Esto incluye una mejor calidad de vida, una muerte digna y en paz. (Mariño, 2006)

La palabra eutanasia deriva de los vocablos griegos eu =bueno y thanatos = muerte, por lo que literalmente significa buena muerte. (Soca, 2021)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las definiciones existentes sobre la eutanasia no son exactas y pueden variar de una persona a otra, pero tienen varios elementos en común. Se puede definir como "el acto deliberado de poner fin a la vida, a petición propia o de algún familiar". (Moreno, 2017)

Como novedad, México, no permite legalmente la eutanasia, pero en los últimos años ha adoptado la atención a pacientes terminales la ortotanasia, con la aprobación de la "Ley de Voluntad Anticipada", la cual se aplica en 14 estados del país. Es factible llevarla a cabo ya que en estos estados Ciudad de México, Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Colima, Oaxaca, Yucatán y Tlaxcala se lleva por medio del congreso del estado la cual permite a enfermos terminales decidir si continuar o no con tratamientos que prolonguen su vida. Esta ley no prolonga ni acorta la vida, respeta el momento natural de la muerte y favorece la atención y los cuidados paliativos al final de la vida, la aplicación de esta ley trae beneficios a nivel global reduciendo costos de atención y ayudando a las familias afrontar el proceso de la enfermedad. (Ramos, 2021)

## IV. OBJETIVOS

### 4.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un proceso cuidado enfermero para la atención de un paciente adulto hospitalizado con diagnóstico de glioblastoma multiforme en fase terminal mediante la valoración individualizada por patrones funcionales de Marjory Gordon, aplicando la taxonomía NANDA, NOC, NIC para la ayuda del bien morir de paciente.

### 4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Conocer las características de la enfermedad para la realización del proceso y la atención de enfermería.
- ✓ Aplicar una valoración individualizada por Patrones Funcionales de Marjory Gordon en un paciente con glioblastoma multiforme.
- ✓ Fundamentar el proceso cuidado enfermero mediante la adopción del modelo teórico de Marjory Gordon
- ✓ Diseñar un plan de alta específico para una paciente con glioblastoma multiforme en fase terminal centrados en mejorar su calidad de vida y aceptación de la enfermedad.

## V. MARCO TEORICO

### 5.1. ENFERMERIA COMO PROFESION DISCIPLINARIA

La profesionalización se entiende desde dos vertientes: El esfuerzo organizado y sistemático de los miembros de la profesión para que Enfermería cumpla con los estatutos de profesión, primero la formación profesional conforme a las características universales del sistema de educación en la carrera, lo que comprende requisitos de ingreso, permanencia y egreso semejantes, contenidos académicos homólogos, perfil académico profesional congruente y un sistema de control de certificaciones académicas como garantía de interés público, ya que es indispensable tener licencia para ejercer la actividad profesional como sucede en todas las sociedades moderna. (Dominguez, 2010)

Origen y evolución de la Enfermería:

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas. En países budistas los miembros de la orden religiosa Shanga han sido tradicionalmente los encargados de los cuidados sanitarios. En Europa, y sobre todo tras la Reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época. (Conesa, 1995)

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en, Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale. (Conesa, 1995)

Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación

de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida. (Guillart, 2015)

La Enfermería hoy:

La enfermería se ocupa de los cuidados del enfermo y otros trabajos relacionado con la prevención y la salud pública. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en el arte y ciencia de la enfermería, por lo general en la ayuda a los médicos y otros profesionales sanitarios. En la mayoría de los países se considera la enfermería como profesión cualificada para la que se precisa un programa de formación previo al reconocimiento académico. (Guillart, 2015)

Muchas de las variadas obligaciones del personal de enfermería son de naturaleza técnica, desde la toma de la tensión arterial hasta el manejo de sistemas de soporte vital en unidades de cuidados intensivos. Además, el personal de enfermería debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como por proporcionar los cuidados necesarios cuando éstos se encuentran enfermos. (Conesa, 1995).

El personal de enfermería tiene funciones dependientes e independientes. Las primeras son aquellas que deben ser llevadas a cabo bajo las órdenes de un médico, e incluyen actividades como las de administrar medicación, vendar y curar heridas. Las funciones independientes son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional. Entre estas obligaciones se incluyen el lavado de los enfermos, las posturas de los pacientes para prevenir contracturas articulares, la educación a los pacientes para que aprendan a curarse ellos mismo y la asesoría nutricional. (Lefevre, 2014).



## 5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Se ha tenido registro de la primera Enfermera inglesa Florence Nightingale (1820-1910), como la iniciadora de la obra y de las tareas de las enfermeras.

En relación con la función profesional y cómo debe desarrollarse esta, surge a partir de los años 50, una corriente de opinión importante que aborda la filosofía de la profesión, y pretende dar a la enfermería una identidad propia dentro de las profesiones de salud. Se publicó en 1952 el primer Modelo Conceptual de Enfermería en la obra de Hilde Garden Peplau, que tiene por título, *Interpersonal Relaciones in Nursing*. (Benavent,2002).

En 1955, surge la teoría Definición de Enfermería, de Virginia Henderson, adoptada en 1961 por el Consejo Internacional de Enfermería.

En este recorrido transversal de los conocimientos, desde Florence Nightingale a la actualidad, se han tratado cuatro conceptos meta paradigmáticos que están presentes en todas las teorías y modelos conceptuales: persona, entorno, salud y el cuidado, centro de interés de la enfermería, constituyendo, el cuidado el objeto de estudio y razón de ser de la Enfermería. (Tomey,2000).

La enfermería el arte milenario del cuidado, se ha convertido en una ciencia reconocida a mediados del siglo pasado; como toda ciencia consta de un cuerpo teórico conceptual que sustenta sus principios y objetivos, posee un método científico propio, el Proceso de Atención de Enfermería, que incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud de la persona, familia o comunidad. (Iyer P.1997).

Al analizar el paradigma teórico-filosófico de enfermería debe verse como una estructura de conocimientos que permite guiar y desarrollar la comprensión de esta ciencia, desde un punto de vista epistemológico, que es el eje fundamental para una visión científica de esta disciplina. En la existencialidad del cuidado ante la actitud de la persona este se encuentra en un ser esencial que trata al cuidado como un desplazamiento de la preocupación por uno mismo y así mismo hace que otro tome importancia hacia él. (Mastrapa, 2016).

Entonces para iniciar un proyecto de vida dedicando su existencia al cuidado del otro corresponderá a interpretación de lo que siente desde el primer trato para desarrollar un mejor efecto para la vida de la persona y así mismo para el bienestar propio. Entonces podemos decir que el cuidar también es pensar con lo que la profesión de Enfermería se ha ido ganando la responsabilidad del cuidar y las prácticas que con lleva consigo mismo el cuidado. (Rodríguez, Cárdenas, Pacheco, Ramírez, Ferro, Alvarado,2017).

La Enfermería como una disciplina profesional, su conocimiento debe orientarse a dar sustento y respuesta a las necesidades de la práctica. Si los conocimientos que genera la disciplina no suplen las necesidades de la práctica no habrá un desarrollo coherente y que permita la evolución de la profesión. Sin embargo, la disciplina debe gobernar la práctica clínica en lugar de ser definida por ésta. Otros consideran que la práctica prima y antecede a la teoría. (Crowley,1978).

Es aquí donde se necesita tanto a la enfermera que crea la teoría como a la que se desempeña brindando directamente atención, ya que cada una desde su ámbito contribuye al desarrollo de enfermería. Como dice Jacobs (1978), “nadie puede pretender encarnar la totalidad de enfermería: ser practicantes y académicos a la vez, esto sólo se puede lograr colectivamente.”(Jacobs, Maeona, Heuter, Suee,1997).

Ya que el profesional de enfermería se mueve en un campo del conocimiento que le es propio, el cual combina las dimensiones disciplinarias y de prestación de servicios, contextualizadas de acuerdo con una visión humanista de la realidad; esto significa que debemos profundizar en los análisis filosóficos (u ontológicos), los epistemológicos, los metodológicos y los de aplicación práctica. (Velandia, 1995).

Un aspecto a considerar aquí, es la confusión que se ha tenido entre disciplina profesional y práctica profesional, puesto que la disciplina hace referencia al conocimiento aplicado en una rama específica del saber, y la práctica, es el desempeño, la técnica, es decir el quehacer. (Mora, 2000)

La práctica soluciona problemas del aquí y el ahora del individuo al cual atiende, mientras que la disciplina es más amplia porque entrelaza el pasado, el presente y

el futuro mediante un cuerpo de conocimientos que dan argumentos para el desempeño no sólo en el ámbito hospitalario, comunitario, gerencial, educativo e investigativo o en cualquier otro donde la enfermera busque desarrollar ese conocimiento. (Velandia, 1995).

### 5.3 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. (Aspinall, 1976).

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jonhson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación ) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. (Kozier,2002).

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen. Requiere destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplican a través de un método científico de actuación, con carácter teórico-filosófico, que guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional. (Téllez, García, 2016)

El proceso logra delimitar el campo específico de enfermería que es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, así como el campo de la colaboración con otros profesionales de la salud.

Al aplicar el proceso, las enfermeras (os) emplean el pensamiento crítico, y logra satisfacción profesional, brindan una atención holística e individualizada y comprometen a los usuarios en el cuidado de la salud (Rodríguez, 1998).

#### 5.4. MODELO TEORICO DE DOROTEA OREM

Dorothea Orem (1914-2007). El desarrollo de conceptos alrededor de la enfermería como una ciencia práctica fue uno de los principales campos en los que teorizó esta enfermera, profesora e investigadora.

Uno de sus aportes primordiales consistió en un modelo de desempeño de este oficio de la salud. El mismo lo vinculó con los cuidados de las personas convalecientes. Dicho modelo ayudó a la elaboración de una consistente fundamentación de la enfermería. Además, contribuyó a sentar las bases de este saber, poniéndolo a tono con el instrumental teórico de las ciencias modernas. Orem también consideró la noción de autocuidado como un aspecto fundamental. Lo señaló como las prácticas rutinarias que los individuos realizan en torno al cuidado y conservación de su salud y bienestar personal. (Cajal, 2021)

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto. (Prado ,Reguera ,Gomez ,Romero, 2014)

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Si se tiene en cuenta que los pacientes son seres en estado de vulnerabilidad por la enfermedad que padecen, éstos requieren de un profesional preparado, que además de poseer fundamentación científica en el hacer, desarrolle capacidad relacional, es decir, que muestre una variedad de actitudes que le permitan establecer buenas relaciones humanas, con el fin de poder responder de manera integral a las necesidades del paciente. (Vanegas, 2017)

Dorothea E Orem menciona que la palabra agente de autocuidado se refiere a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica: los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. (Hidalgo, 2011)

**El cuidar de uno mismo:** es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan. (Hernández, Pachecol, Larreynagall, 2017)

**Limitaciones del cuidado:** son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros. (Backes DS, 2010)

**El aprendizaje del autocuidado:** el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse

mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras. (Backes, Herdman, Büscher,2010)

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son (Herdman, 2011).

- ✓ Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
- ✓ Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
- ✓ Acciones expresivas interpersonales.
- ✓ Secuencia de acción para controlar factores externos.
- ✓ Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:
- ✓ Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
- ✓ Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo.

La comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

- ✓ Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.
- ✓ Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.

Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas. (Prado, González, Paz, Gómez, Borges, 2014)

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo.

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Dorothea E Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. (Prado, González, Gómez, Borges 2016)

Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ejemplo: Cuadripléjico. Pero también valora aquellas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ejemplo: El baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda. (Navarro Peña Y, 2016)

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. (Frotes , Olivera, Araujo , 2010)

Tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo. (Naranjo ,2017)

#### 5.4.1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

**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:** lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo. (Rueda, 1999)

Así mismo, coincidimos con las definiciones elaboradas por Dorothea E Orem pues la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

## 5.5 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO

### 5.5.1. ETAPA DE VALORACIÓN:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.

Partiendo de esta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.



El punto de partida para la etapa de Valoración son los patrones funcionales de Marjory Gordon creados en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el cliente y el entorno: cognoscitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones de rol, autopercepción y autoconcepto, creencias y valores y descanso y sueño, que se valoran uno a uno, recolectando los datos en un formato específico, organizado por los patrones, donde se registra la valoración para realizar la historia de Enfermería desde la cual se identifican los patrones alterados para trabajar sobre ellos.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.

Confirmar los problemas de salud que hemos detectado, Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente. (Reyna, 2010)

### **Tipos de Valoración.**

Según su sistemática, se distinguen cuatro tipos de valoraciones:

- ✓ Valoración siguiendo el orden de "cabeza a pies".
- ✓ Valoración por "sistemas y aparatos".
- ✓ Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.
- ✓ Necesidades de Virginia Henderson. (Dueñas, 2014)

### **5.5.2. FASE DE DIAGNÓSTICO**

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente. (Sanchez, 1998)

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional.

Consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente y se utilizó en las escuelas de Enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados.(Reyna, 2010)

### 5.5.3. PLANEACION

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

La planeación Consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar,

corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

El diagnóstico de enfermería es diferente al diagnóstico médico, por varias razones, el diagnóstico médico se basa únicamente en el proceso patológico que constituye el problema o problemas de salud específicos del paciente. En cambio "al diagnóstico de enfermería se llega mediante la selección de información en relación a la condición médica del paciente, a la información en relación con hechos psicológicos sobresalientes del paciente y a la información concerniente al paciente como individuo". (Moran, 1975).

#### 5.5.4 IMPLEMENTACION

Consiste en un lenguaje universal que permite describir la función de los profesionales de enfermería y regularizar los procedimientos en los que se basa para los cuidados. Dicha clasificación contiene intervenciones directas o indirectas de enfermería en relación con el paciente, para la promoción de la salud o el tratamiento y prevención de enfermedades (Rabelo Silva , Dantas Cavalcanti, Ramos Goulart , Lucena, 2017)

El profesional puede adaptar las intervenciones al paciente, familia o comunidad a través de la selección de actividades enfermeras y modificar las mismas según la edad y el estado físico, espiritual y emocional. Puede utilizarse en todos los contextos de Enfermería y sistemas de salud.

La fase de implementación es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. Implica. Realizar las actividades de enfermería. la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la

enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

Escala Likert, utilizada para la medición de los conocimientos y actitudes que tenían los profesionales de enfermería de Antioquia en el cuidado de la salud de los colectivos en el año 2003. Se elaboró un instrumento utilizando una escala de Likert, con preguntas cerradas, referidas a las áreas de cuidado a colectivos, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, desarrollo humano, participación social y educación para la salud. La intencionalidad de las preguntas planteadas era valorar las opiniones, los gustos, la satisfacción y el conocimiento. (Ospina ,Sandoval ,Ramírez, 2003).

#### 5.5.5. EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que esta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

## 5.5.6 PROBLEMATICA DE SALUD DE LA PERSONA

### CANCER

«Cáncer» es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina «metástasis». Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer. (OMS 2021).

El glioblastoma (también conocido como glioblastoma multiforme o con las siglas GBM) es el tumor más común y maligno entre las neoplasias de la glía. Su nombre quedó establecido por la clasificación OMS-20001 y fijado por la clasificación

OMS-2007. De acuerdo con esta clasificación de la OMS de los tumores del sistema nervioso central, el nombre genérico para este tumor cerebral es "glioblastoma" y presenta dos variedades: el glioblastoma de células gigantes y el gliosarcoma. (Castañeda ,Casavilca ,Orrego ,García ,Dez a,Heinike ,Castillo ,Belmar ,Ojeda, 2015).

Es un tumor de rápido crecimiento, compuesto por una mezcla heterogénea de células tumorales astrocitarias pobremente diferenciadas, con pleomorfismo, necrosis, proliferación vascular y frecuentes mitosis. Puede manifestarse a cualquier edad, pero afecta principalmente a adultos, con un pico de incidencia entre los 45 y los 70 años. Se presenta habitualmente en los hemisferios cerebrales, siendo menos frecuente su localización en el tronco del encéfalo o la médula espinal. Al igual que todos los tumores cerebrales, excepto en casos muy raros, no se expande más allá de las estructuras del sistema nervioso central. (Herruzo, 2020)

En las imágenes de (TAC) Tomografía axial computarizada y (RM) Resonancia Magnética se muestra como una lesión heterogénea, de contorno irregular, que capta contraste en anillo y con un área central necrótica. (figura 1).

El glioblastoma puede desarrollarse a partir de un astrocitoma difuso (figura 2) grado II) o de un astrocitoma anaplásico (figura 3) grado III, pero con mayor frecuencia ocurre de Novo (Figura 4) (se le conoce así a la imagen sin ninguna evidencia de neoplasia previa (denominándose en este caso primario). Si bien el glioblastoma es el tumor cerebral primario más frecuente, su incidencia es de sólo 2-3 casos por cada 100.000 personas en Europa y Norteamérica. En el tratamiento del glioblastoma intervienen la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. A pesar de todo el arsenal terapéutico su pronóstico es infausto, con una mediana de supervivencia de aproximadamente 14 meses. Son raros los casos de supervivencia prolongada. (Meir, 2010)

## EPIDEMIOLOGIA:

El cáncer es una de las causas principales de muerte en todo el mundo: casi 10 millones de fallecimientos en 2020. Ese año, los más comunes (en términos de nuevos casos de cáncer) fueron:

- ✓ de mama (2,26 millones de casos);
- ✓ pulmonar (2,21 millones de defunciones)
- ✓ colorrectal (1,93 millones de casos);
- ✓ de próstata (1,41 millones de casos);
- ✓ de piel (no melanoma) (1,20 millones de casos);
- ✓ gástrico (1,09 millones de casos) (Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros ,2021)

Entre las mujeres, se observa un mayor riesgo de aparición en mujeres posmenopáusicas, por lo que se creó una hipótesis sobre la participación de las hormonas sexuales en el desarrollo del glioblastoma (Kabat,Etgen,Rohan,2010).

La incidencia de este tumor también está relacionada con la altura y el IMC; los valores altos de estas dos características aumentan el riesgo de incidencia de glioblastoma. (Tomaso, Pang, Russel, Helm ,2010)

## FISIOPATOLOGIA:

Astrocitoma y hasta que se clasifica glioblastoma

El proceso por el cual las células normales se transforman en cancerosas se denomina CARCINOGENESIS. Mediante estas, se estableció que la transformación progresiva de células normales a derivados altamente malignos se originaba en alteraciones en el material genético (mutaciones) (Mitrus, Szala,2018).

Estas mutaciones le confieren a una célula la capacidad de dividirse a una tasa mayor que su cohorte y generar una descendencia que conserva esta mutación (clones). Posteriormente las células hijas acumuladas subyacentes y diversas mutaciones que permite generar distintos clones estos presentan mayores capacidades de sobrevivida y/o crecimiento o ventajas proliferativas respecto a su contraparte normal que permite generar un clon neoplásico persistente. Normalmente, las células del sistema inmune son capaces de eliminar a estas células tumorales, en un proceso denominado inmuno vigilancia tumoral. Sin embargo, algunos de estos clones pueden adquirir nuevas capacidades que les permiten evadir estos mecanismos de control y se desarrolla una neoplasia. (Weinberg, Cell 2016)

## COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO

El glioblastoma multiforme se desarrolla principalmente en el cerebro. Esta neoplasia se localiza en hemisferios o sub tensorialmente en el tronco encefálico y el cerebelo. Se caracteriza por un crecimiento infiltrante; por lo tanto, la masa tumoral no se distingue claramente del tejido normal, un tumor en crecimiento provoca un aumento de la presión intracraneal y, en ocasiones, conduce a hidrocefalia.

Las metástasis de esta neoplasia en el líquido cefalorraquídeo o en la sangre son raras y se dirigen al bazo, la pleura, los pulmones, los ganglios linfáticos, el hígado,

los huesos, el páncreas y el intestino delgado. Se ha planteado la hipótesis de que el bajo potencial metastásico de la MBG se debe a la barrera creada por las meninges cerebrales, pero también al rápido crecimiento tumoral y al breve curso de esta enfermedad. El cerebro carece de vasos linfáticos, por lo que las metástasis a través de esta vía son imposibles. La literatura disponible describe 8 casos de metástasis cutáneas de glioblastoma multiforme, tumores que generalmente se desarrollan alrededor de las suturas posoperatorias.

Esto sugiere la implantación de células de glioblastoma multiforme alrededor de las heridas posoperatorias durante la extirpación de un tumor primario (Wallace, Forsyth, 1996).

Los signos y síntomas comunes de los gliomas incluyen:

- ✓ Dolor de cabeza.
- ✓ Náuseas o vómitos.
- ✓ Confusión o disminución en la función cerebral.
- ✓ Pérdida de la memoria.
- ✓ Cambios de personalidad o irritabilidad.
- ✓ Problemas de equilibrio.
- Incontinencia urinaria.

#### COMPLICACIONES:

El cerebro se encuentra en el interior de una estructura rígida formada por hueso. Al crecer el tumor, se produce un aumento del volumen del cerebro, por lo que se comprime contra las paredes del cráneo provocando una serie de síntomas y genera complicaciones en diferentes lóbulos cerebrales.

Complicaciones relacionadas con el tumor:

- ✓ Edema
- ✓ Trastornos neurológicos
- ✓ Trastornos visuales
- ✓ Hidrocefalia
- ✓ Gliomatosis leptomenígea



- ✓ Deterioro de las funciones cognitivas
- ✓ Deterioro del estado psicológico (ansiedad, etc.)

### 5.5.7 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Las pruebas y los procedimientos utilizados para diagnosticar glioblastoma comprenden:

**Examen neurológico:** En este reconocimiento el médico te preguntará acerca de tus signos y síntomas. Puede evaluar la vista, la audición, el equilibrio, la coordinación, la fuerza y los reflejos. Los problemas en uno o más de estos puntos pueden arrojar pistas sobre la parte del cerebro que podría verse afectada por un tumor cerebral.

**Pruebas de diagnóstico por imágenes:** Estas pueden ayudar decisivamente al médico a determinar la ubicación y el tamaño del tumor cerebral.

Si bien se suelen emplear resonancias magnéticas y radiografías para diagnosticar lesiones y tumores cerebrales, estas pueden utilizarse en conjunto con otras exploraciones especiales tales como la resonancia magnética funcional o la denominada espectroscopia de resonancia magnética. Otras pruebas de diagnóstico por imágenes son la tomografía computarizada y la **tomografía por emisión de positrones** esta es un tipo de estudio por imágenes y se utiliza una sustancia radiactiva llamada marcador para buscar una patología en el cuerpo esto en diferencia de la **resonancia magnética (RM)** y **tomografía axial computarizada (TAC)**. Estos exámenes muestran la estructura y el flujo de sangre hacia y desde los órganos.

**Extracción de una muestra** de tejido para analizar (biopsia). Este procedimiento se puede realizar con una aguja antes de la cirugía o durante el protocolo quirúrgico para eliminar el glioblastoma, en función de la situación particular del paciente y de la ubicación del tumor. La muestra de tejido sospechoso se estudia en un laboratorio para determinar los tipos de células presentes y su nivel de agresividad.

Dependiendo de la localización y del aumento de la presión intracraneal, como resultado del estadio clínico de la enfermedad, los signos más comunes de GBM incluyen dolores de cabeza, ataxia, mareos, alteraciones de la visión (visión borrosa, diplopía) y síncope frecuente (Lakhan, Harle ,2008)

Debido a estos síntomas inespecíficos, el glioma a menudo se diagnostica erróneamente como infecciones, procesos inflamatorios y enfermedades circulatorias e inmunológicas. La aparición de dolor de espalda y piernas y ciática también, puede sugerir una hernia lumbar. La aparición de convulsiones en personas que no han sido diagnosticadas previamente con epilepsia también puede ser una indicación de neuroimagen debido a la sospecha de glioblastoma (Ochoa, Alonso,2016)

Para la obtención del diagnóstico (TAC) Tomografía axial computarizada y (RM) Resonancia Magnética se muestra como una lesión heterogénea, de contorno irregular, que capta contraste en anillo y con un área central necrótica. (figura 1).

El tratamiento actual del glioblastoma multiforme es una combinación de diferentes modalidades de tratamiento, tales como la cirugía, quimioterapia y radiación.

#### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Uno de los pilares de la neurocirugía oncológica es obtener una sobrevida con una importante resección de la lesión tumoral. Con el advenimiento de nuevas técnicas imagenológicas y un mayor conocimiento neuroanatómico, se ha obtenido una mayor morbilidad durante el procedimiento recesivo. El tratamiento estándar aceptado actualmente es cirugía más radioterapia y quimioterapia con temozolamida.

Se hace radioterapia con plantación tridimensional mediante fraccionamiento de 2mg/día, 5 días/semana adjunto temozolamida 75 mg/ 2mg/día por 7 días/semana, las 6 semanas de la radioterapia seguido de temololamida adyuvante, 6 ciclos de 5 días cada 28 días a 150-200 mg/m<sup>2</sup>/día. Para el tratamiento quirúrgico esta la

resección de glioblastoma guiada con ácido amino-levulínico (ALA). (Chang SM, Parney,2006).

## RADIOTERAPIA:

La utilidad de la radioterapia ha demostrado eficacia cuando se ha agregado a la cirugía o en combinación con cirugía y quimioterapia, prolongando la supervivencia de los pacientes. Existe controversia en el beneficio de la radioterapia en los casos de radioterapia recidivante.

- Tratamiento con carmustina: los polímeros de liberación controlada han sido diseñados para llevar agentes quimioterapéuticos directamente dentro de los lugares de resección de un glioma maligno. Estos sistemas permiten una exposición local prolongada, pero con exposición sistémica limitada.

Los gliomas de alto grado son los tumores cerebrales más comunes en el cerebro de los adultos. De manera invariable todos los pacientes con glioblastoma progresan o recurren después del tratamiento, con una media de supervivencia de seis meses después de la recurrencia, a pesar de un tratamiento quimioterapéutico agresivo y esquema de radioterapia. Entre el 80 o 90% de la recurrencia postoperatoria.

- Tratamiento con temozolomide: es un fármaco de quimioterapia anticanceroso ("antineoplásico" o "citotóxico"). temozolomide se clasifica como un "agente alquilante". Penetra la barrera hematoencefálica. La carmustina hace parte de una familia llamada mostaza que ha sido un medicamento quimioterapéutico utilizado en una variedad de tumores malignos tales como astrocitoma, meduloblastoma, glioblastoma, mieloma múltiple y linfomas. La carmustina tiene una biodisponibilidad del 5 al 28% y una vida media entre 15 a 30 minutos, debido a sus propiedades lipofílicas y relativa falta de ionización en pH fisiológico. La carmustina cruza en algún grado la barrera hematoencefálica, es importante vigilar el cuadro hemático por los potenciales efectos de mielosupresión. Los

ciclos no deben ser dados más frecuentes a seis semanas, además un efecto adverso conocido es la toxicidad a nivel pulmonar enmarcada en fibrosis pulmonar que puede aparecer desde el noveno día de tratamiento hasta los 43 meses.

- Citotoxinas manipuladas molecularmente. Las citotoxinas recombinantes son dirigidas a las células tumorales de glioblastoma por medio de un ligando o anticuerpo que se une a un receptor internalizado en la membrana plasmática.

Quimioterapia intraarterial:

Esta técnica basada en la colocación del agente quimioterapéutico en el sistema arterial y tiene la ventaja de incrementar la recaptación durante el primer paso de la droga a través de los capilares. La administración intraarterial de etopósido se cree que puede alterar de manera transitoria la barrera hematoencefálica.

En instituciones americanas como Stony Brook University Hospital en Nueva York desde 1990 se utiliza quimioterapia intraarterial con cisplatino y etopósido administrado previo a la radioterapia en el manejo de pacientes con glioblastoma multiforme. Con sobrevida media de 20 meses es uno de los logros más importantes en cuanto a estrategias de tratamiento. La quimioterapia intraarterial para glioblastoma no ha sido aprobada por la FDA debido a la carencia de ensayos que comparen esta estrategia con la quimioterapia sistémica (intravenosa) para los tumores cerebrales. (Madajewicz, Chowhan, Tfayli, Roque ,2000)

ENFOQUE TANATOLOGICO:

El personal de enfermería está inmerso en esta cultura y desde ahí ejerce su profesión, pretendiendo contribuir en la promoción, mantenimiento, recuperación de la salud y asistencia de enfermos terminales

Hablar de cáncer no es solo describir una enfermedad que puede presentarse en cualquier persona, sin importar estrato social, económico, edad, escolaridad, profesión, sexo o preferencia sexual. Hablar de cáncer no solamente es referirse a tratamientos con quimioterapia y radio terapia, o enfrentarse a quirófanos y procedimientos quirúrgicos que llevarán a la modificación o pérdida de una parte del cuerpo. Hablar de esta enfermedad es hacerlo acerca del proceso de vida de una

persona que se enfrenta a múltiples cambios personales, sociales, laborales y económicos, ya que el aspecto médico creará una modificación radical de forma holística en la vida del paciente.

El individuo que recibe la noticia sobre su enfermedad iniciará cambios en lo personal, al enfrentarse a tratamientos que le obligaran a realizar una lucha interna; una lucha de aprendizaje en vida; con un proceso de conocimiento sobre sí mismo, que le llevarán a un aprendizaje de identificación en diferentes aspectos de la vida. En esa etapa discriminará y reconocerá las cuestiones relevantes e importantes, de las banales; valorará aspectos que antes no creía necesarios y limitará o eliminará aspectos que antes le eran de suma importancia.

Dra. Cicely Saunders pionera de los cuidados paliativos es la mujer que transformó el cuidado de los moribundos. (1918-2005), fallecida el 14 de julio a los 87 años. Fue la culminación de una vida dedicada al cuidado de los moribundos. Su logro fue empezar en 1967 el moderno movimiento Hospice. Ahora hay cientos de "hospices" para moribundos en Gran Bretaña y en más de 95 países. Desarrolló la teoría del "dolor total", que incluye elementos sociales, emocionales y espirituales. "La experiencia total del paciente comprende ansiedad, depresión y miedo; la preocupación por la pena que afligirá a su familia; y a menudo la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad más profunda en la que confiar".

#### ANTECEDENTES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN MEXICO

En las últimas décadas del siglo XX, surge en Inglaterra la medicina paliativa, en respuesta a la inminente necesidad de atención que demandan los enfermos terminales. El resto de Europa y Norteamérica se sumaron progresivamente al movimiento paliativo y hacia el final de la década de los 80's la comunidad médica internacional reconoció que la medicina paliativa se había convertido más que en un lujo, en una nueva especialidad, que viene a cubrir los enormes vacíos que en la atención médica existen, a partir de que se establece el diagnóstico terminal (Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos, 2008)

En Inglaterra (1987) la medicina paliativa fue reconocida como una especialidad médica. La medicina paliativa está reconocida, como especialidad, en muchos

países desarrollados, y es prácticamente común en hospitales y hospicios, pero en México no ha tenido todavía el impacto que debe alcanzar, se han realizado esfuerzos para lograrlo. México es un país que ciertamente tiene áreas medicas muy desarrolladas; sin embargo, esta no es una de ellas, y la comunidad médica tiene un desconocimiento casi absoluto de la medicina paliativa.

Es lamentable la poca información que hasta nosotros llega sobre el tema; el que no existan recursos para la formación del personal adecuado, y la poca infraestructura para la atención de los enfermos que desafortunadamente no tienen posibilidades de curación y morirán a corto plazo. También es cierto, que esta área médica no figura dentro de las prioridades de salud de países como el nuestro, pero considerando que, por ejemplo, las enfermedades oncológicas representan una de las primeras causas de mortalidad en este país, es obvia y urgente la necesidad de incorporarse a esta nueva visión global del cuidado de los pacientes terminales. (Cicely M. Sunders 2016)

La OMS, por su parte, dice que los cuidados paliativos son “el cuidado activo y total de los pacientes en el momento en que su enfermedad no responde a las medidas curativas. Sus principales objetivos en el control del dolor y de otros síntomas, y la solución de problemas sociales y espirituales. La meta del cuidado paliativo es ofrecer la mejor calidad de vida al paciente y a la familia. Los cuidados paliativos afirman la vida y ven el proceso del morir como algo normal.

Con lo anterior queda explicado que los cuidados paliativos se usan cuando curar es ya imposible; luego, su meta es mejorar la calidad de vida. La medicina paliativa, trata al paciente al final de su vida, cuando lo que necesita es confort, dignidad, un sentirse útil todavía, respeto a su persona y una reafirmación de vida más que a preparación a la muerte.

Parte importante de cuidados paliativos es indispensable la preparación mental de la familia ante la ausencia de la persona enferma.

Las 5 fases del duelo: la teoría de Elisabeth Kübler-Ross

La psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross publicó en 1969 el libro “On death and dying” (“Sobre la muerte y el morir”), en el que describió por primera vez las 5 fases

del duelo. Para ello se basó en su trabajo con pacientes terminales en la Universidad de Chicago. El modelo de Kübler-Ross divide el duelo en 5 etapas que tienen lugar de forma sucesiva; no obstante, años después insistió en que el proceso de duelo no es tan lineal y rígido.

Según afirma la autora “On death and dying”, en primer lugar, pasamos por la fase de negación y después por la de ira, la de negociación, la de depresión y, finalmente, la de aceptación de la pérdida. Para memorizarlas puede ser útil el acrónimo “NINDA”.( Kübler-Ross, E. (1969 Actualizado a 2019)

### 1. Negación

La negación de la pérdida es una reacción que se produce de forma muy habitual inmediatamente después de ésta, con frecuencia aparejada a un estado de shock o embotamiento emocional e incluso cognitivo.

Aunque en ocasiones esta fase del duelo implica estrictamente la negación de la pérdida, esto no siempre sucede, sino que puede manifestarse de un modo más difuso o abstracto. Así, por ejemplo, se puede dar una negación de la importancia de la pérdida o de su carácter definitivo más que del hecho de que se haya producido.

### 2. Ira

El fin de la negación va asociado a sentimientos de frustración y de impotencia con respecto a la propia capacidad de modificar las consecuencias de la pérdida. Dicha frustración conlleva a su vez la aparición de enfado y de ira, como sucede en general y no sólo durante el duelo.

Durante la etapa de ira la persona busca atribuir la culpa de la pérdida a algún factor, como puede ser otra persona o incluso uno mismo. El proceso de duelo implica la superación de la frustración y del enfado, que se relacionan con intentos psicológicos naturales de que nuestro estado emocional y nuestro contexto se mantengan iguales que antes de la pérdida.

### 3. Negociación

En la fase de negociación la persona guarda la esperanza de que nada cambie y de que puede influir de algún modo en la situación. Un ejemplo típico son los pacientes a quienes se les diagnostica una enfermedad terminal e intentan explorar opciones de tratamiento a pesar de saber que no existe cura posible, o quienes creen que podrán volver con su pareja si empiezan a comportarse de otra manera.

#### 4. Depresión

La cuarta etapa del modelo de Kübler-Ross sobre el duelo es la de depresión. En este periodo la persona empieza a asumir de forma definitiva la realidad de la pérdida, y ello genera sentimientos de tristeza y de desesperanza junto con otros síntomas típicos de los estados depresivos, como el aislamiento social o la falta de motivación.

El hecho de perder a un ser querido, de enfrentarse a la propia muerte y otras causas del duelo puede hacer que la vida deje de tener sentido para nosotros, al menos durante un tiempo. No obstante, la fase de aceptación supone la normalización de estos sentimientos de tristeza tan naturales.

#### 5. Aceptación

Después de las fases de negación, ira, negociación y depresión llega la aceptación de la pérdida y la llegada de un estado de calma asociado a la comprensión de que la muerte y otras pérdidas son fenómenos naturales en la vida humana.

La fase de aceptación se relaciona con la inevitabilidad de la pérdida, y por tanto del proceso de duelo. En los casos en que el duelo es debido a una enfermedad terminal suelen darse reflexiones con respecto a la propia vida, vista en retrospectiva una vez se acerca el final. ( Kübler, Kessler, 2007).



## VI. RESUMEN DE CASO CLINICO

Paciente femenina 59 años con antecedente de tumor cerebral que inicio en febrero 2021, con 1 encame anterior de 20 días, acude a urgencias por presentar deterioro neurológico con poca respuesta al estímulo hemiplejia derecha, refiere sentir dolor Eva 8. Hace aproximadamente 3 meses le realizaron una biopsia ala cual cuenta con herida quirúrgica poso perada de resección tumoral parietal izquierda día 14/06/21, presenta alopecia.

Se le tomo una TAC de cráneo simple donde se cubre datos 04/07/2021 de lesión hemicráneo izquierdo con efecto ventricular. Pronostico malo a corto plazo, reservado a evolución. Se solicito interconsulta con cirugia del dolor para tratamiento paliativo.

### 6.1 VALORACION CLINICA POR PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

FICHA DE IDENTIFICACION		
<b>Nombre:MMG</b>	Edad:59 años	Entrevista: Directa al paciente. Y familiares
<b>Diagnostico Medico: Glioblastoma Multiforme</b>	Sexo: Femenino	Escolaridad: Primaria Ocupación: Ama de casa Estado Civil: Casada

#### Historia Clínica:

- ✓ Antecedentes Heredofamiliares: Hermana finada cáncer mama.
- ✓ Antecedentes personales no patológicos: negados
- ✓ Antecedentes personales patológicos: Hipertensión arterial con tratamiento evolución 15 años, Niega diabetes
- ✓ Intervenciones quirúrgicas: hace 3 semanas resección tumoral parietal izquierdo
- ✓ Alergias: Negadas
- ✓ Padecimiento actual: Glioblastoma Multiforme vs. Metástasis Cerebral

✓ Pronostico: Malo a corto plazo reservado a evolución

## 6.1 VALORACIÓN CLÍNICA POR PATRONES FUNCIONALES M. GORDON

### 1. PERCEPCION A LA SALUD:

Paciente Femenina MMG originaria de San Luis Potosí, menciona siempre haber vivido en San Luis Potosí. Acude a Urgencias Adultos.

Paciente femenina refiere tener conocimiento de su enfermedad y su estado de salud actualmente, menciona que hace aproximadamente 6 meses le diagnosticaron glioblastoma multiforme, casada vive con su familia

Niega toxicomanías, cuenta con esquema de vacunación completo, Niega Transfusiones sanguíneas, menciona haberse hecho exploración de mama y mastografía realizadas. Asistencia médica cada 7 meses.

Refiere contar con todos los servicios públicos, vivienda hecha de material perdurables no cuenta con mascotas.

### **Valoración Física**

A la valoración física la paciente se encuentra Somnolienta, se comienza a tratar de hacer empatía y trata de responder las preguntas niega alergias, con signos vitales dentro de parámetros normales, presión arterial 103/71 mmHg, frecuencia respiratoria 28 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca latidos por minuto 81, temperatura 36.3°C, Sat.o2-96%. Se interroga a familiares y paciente si ella camina y mencionan que con apoyo deambula pequeños pasos. Refiere conocer su tratamiento. Pero sin embargo menciona presentar inseguridad miedo, ansiedad de lo que sigue con lo referente a su patología ya que son cambios físicos y mentales.

Tratamiento actual:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía
Omeprazol	40 mg	Cada 24hrs	Intravenosa
Paracetamol	1gr	Cada 8hrs	Vía oral
DFH	125mg	Cada 8 hrs	Vía oral
Prednisona	5mg	Cada 8 hrs	Vía oral

## 2. PATRON NUTRICIONAL METABOLICO

La paciente pesa 84 kg mide 1.55 cm glucosa capilar 123 mg/dl , T/A 103-71 mmhg, FC.81por minuto,FR.28, satO2-96%,T° 36.3°.

Ala valoración refiere no sentir deseos de comer menciona que en los últimos días el apetito no está presente la dieta que consume actualmente es dieta blanda-liquida ya que menciona que en las últimas ocasiones no ha podido deglutir o pasar alimentos que consumía con anterioridad. Su estado dental no es completo falta de molares. Labios y mucosa oral bien hidratados con estado de piel se puede apreciar piel seca.

Menciona tener dificultad para la alimentación ya que no puede mover en su totalidad hemiplejia lado derecho por lo cual para realizar todas sus actividades como comer vestir y movilizarse en cama. Expresa estar bajando de peso por la falta de apetito.

## 3. PATRON DE ELIMINACION

Refiere que durante las heces son blandas en cantidad y olor normal menciona tener sudoración excesiva en los últimos días. Sus hábitos de eliminación son 3-4 micciones y 1 a 2 evacuaciones por día. Menciona tener epistaxis cuando es expuesta a el sol o en lugares abrumados.

Pose un buen control de esfínteres, los patrones de eliminación no están alterados

#### 4. PATRON ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Miembros superiores normales con dolor y molestia arco de movimiento, la paciente se encuentra en cama ya que como en los últimos días su estado neurológico no ha estado bien y ha perdido fuerza en sus extremidades en especial en lado derecho presenta tensión muscular escala de Ashwort (figura 8) por lo cual está en estudio hemiplejia superior e inferior de lado derecho con perdida en proceso. Menciona ya no poder caminar adecuadamente y solo con ayuda o silla de ruedas .Su frecuencia respiratoria es aumentada ya que en ocasiones menciona faltarle el aire. Menciona que antes de todo esto no realizaba actividades recreativas o de ejercicio solo se dedicaba a su hogar y la movilidad es mínima en cama menciona cansarse mucho pero no puede caminar adecuadamente. No presenta edema ni calambres.

#### 5. PATRON SUEÑO DESCANSO

La paciente presenta bostezos y somnolencia a la entrevista por lo cual sus familiares son los que han apoyado a la continuación del interrogatorio. Por lo cual mencionan que en los últimos días que ha estado hospitalizada no duerme más que 4-5 horas y refiere que tiene miedo a dormirse ya que no sabe si va a despertar. No tiene medicamentos para inducción del sueño ni practica alguna actividad para conciliar el sueño. Menciona que en los últimos días solo duerme 4 hrs con periodos de siestas en cama de no más de 10 min.

#### 6. PATRON COGNITIVO/PERCEPTIVO

Femenino somnolienta pero atenta a la entrevista.

En la escala de Glasgow 11 puntos la paciente se encuentra desorientada, pero tiene respuesta ocular ala orden verbal, esta desorientada, pero se entiende al momento de hablar, ala respuesta motora es retirada y flexiona. (figura 5).

No presenta dificultad auditiva, tiene dificultad visual por lo que utiliza lentes de descanso No se encuentra en sus 3 esferas ubicación, tiempo, persona. Familiares mencionan tener periodos donde no sabe ni quien son los familiares, ni donde está ni como se llama. Presenta dolor y sudoración en manos, EVA 8 a lo cual se le

administra medicamento intravenoso ketorolaco 60mg para poder seguir el interrogatorio. La paciente refiere tener ansiedad y miedo ante su muerte.

#### 7. PATRON AUTOPERCEPCION AUTOCONCEPTO

La paciente se encuentra nerviosa ya que menciona que hay muchas personas que la considera una persona alegre y optimista, aunque menciona que ha perdido la esperanza en su pronóstico. Menciona que no le gusta tener limitaciones en brazo y piernas ya que no puede controlar el movimiento y estéticamente no se ve bien refiere tener miedo ya que la pandemia de Covid-19 le ha impedido ver a parte de su familia por lo cual ella quiere y siente deseos de irse a su casa. Expresa facies de tristeza y angustia. Durante la entrevista cierra los ojos y al hablar con ella sobre su estado de salud y expectativas después del hospital presenta alteración en su tono de voz y comienza a decir frases “no me quiero morir” “mis hijos no están preparados para mi muerte” etc.

#### 8. PATRON ROL RELACIONES

Casada con 3 hijos con escuela trunca menciona dedicarse siempre a sus hijos y su hogar, menciona que le preocupa demasiado su rol en casa ya que ella es la que llevaba el rol y apoyo a la familia. Considera tener una muy buena relación familiar, sus hijos son su mayor motivación y el apoyo a su esposo. Comenta que a veces se siente sola ya que no ha visto a su familia últimamente, menciona también llorar por qué se siente triste.

#### 9. PATRON SEXUALIDAD-REPRODUCCION

IVSA (Inicio de vida sexual activa) 21 años Menarquia 13 años Ciclo mensual irregular con periodos de dolor intensos y prolongados Gestas 4-Partos 3 -Abortos 1, Menopausia a los 45 años menciona nunca utilizo métodos de planificación familiar.

#### 10. PATRON DE ADAPTACION- TOLERANCIA AL ESTRÉS

Femenina con estado de tensión alto que actualmente no se encuentre en las capacidades de dejar todo tomar decisiones muestra miedo y desesperanza sobre

su enfermedad, así como su estado económico ya que menciona que su esposo es el que provee la economía de su casa y la ha estado acompañando todo el tiempo en el hospital. Expresa sus sentimientos con llanto y angustia de dejar su casa sola.

#### 11. PATRON DE VALORES Y CREENCIAS

Refiere profesar la religión católica, menciona que cuando estaba en casa ella asistía y practicaba la religión por lo cual la religión es un apoyo. menciona que sus hijos son de gran apoyo en su vida y no quiere dejar a sus hijos solos, así como dejar solo a su esposo.

Menciona que a ella actualmente le hace falta tener contacto espiritual ya que ha dejado de practicarlo porque se encuentra lejos.



## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>7-Autopercepcion-autoconcepto</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llanto</li> <li>• Eva 8</li> <li>• Duerme 4 horas</li> </ul> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menciona a veces no dormir por el dolor intenso</li> <li>• Menciona no tomar siestas</li> <li>• Menciona sentir ansiedad</li> </ul>	<p>Dominio:</p> <p>12 confort</p> <p>Clase:</p> <p>01 confort Físico</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p><b>DOLOR CRÓNICO</b></p> <p>Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain);Inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses</p> <p>Factore(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad Física Crónica</li> </ul> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en el patrón del sueño</li> <li>• Expresa dolor</li> </ul>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		<p>Dominio:</p> <p>04 conocimiento y conducta de salud</p>	<p>Clase:</p> <p>Q Conducta de salud</p>	
		<p>Criterio de resultado:</p> <p>Control del Dolor</p>		
		<p>Indicador (es)</p> <p><b>160502:</b> Reconoce el comienzo del dolor</p> <p><b>160504:</b> Utiliza medidas de alivio no analgésicas.</p> <p><b>160505:</b> Utiliza analgésicos de forma apropiada</p> <p><b>160513:</b> Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario</p>	<p>Puntuación inicial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2</li> <li>• 2</li> <li>• 3</li> <li>• 2</li> </ul>	<p>Puntuación Diana</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5</li> <li>• 5</li> <li>• 5</li> <li>• 5</li> </ul>



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Campo:01 Fisiológico Básico</p> <p>Clase: E Fomento de la comodidad física</p> <p>INTERVENCION: Manejo del dolor</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>140001-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>140002-Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.</p> <p>140003-Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</p>	<p>El control del dolor es el uso cuidadoso de tratamientos para reducir el sufrimiento. Toda persona tiene derecho a que se le alivie el dolor. El objetivo principal del control del dolor en los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida. Además, el control del dolor puede mejorar las funciones físicas y mentales de una persona.</p> <p>El dolor causa angustia y sufrimiento a los pacientes y sus seres queridos. También aumenta la presión arterial, la frecuencia cardíaca y puede afectar la recuperación de manera negativa. Controlar el dolor ayuda a aliviar el sufrimiento.</p> <p>El manejo de los pacientes con dolor neuropático es complejo y la respuesta a los tratamientos existentes es insuficiente, incluso con los medicamentos establecidos con base a recomendaciones de consenso, la eficacia es impredecible, la dosificación puede ser complicada, y al inicio la acción analgésica se retrasa, además los efectos secundarios son comunes.</p> <p>Tratamiento Farmacológico del Dolor Neuropático en Mayores de 18 Años</p>	<p>Criterio de resultado: Control del dolor</p>





<p>140004-Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.</p> <p>140005-Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.</p> <p>140007-Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).</p> <p>140008-Explorar con el paciente los factores que alivian/ empeoran el dolor.</p> <p>140011-Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.</p>	<p>Por ello es necesario la creación de guías terapéuticas de tratamiento que combinen la interpretación de la evidencia disponible en diferentes trabajos de investigación, así como la experiencia de expertos en el campo, para desarrollar métodos de tratamiento que se pueden utilizar en la práctica clínica (Dworkin,2007)</p>	<p>Indicador (es)</p> <p><b>160502:</b> Reconoce el comienzo del dolor</p> <p><b>160504:</b> Utiliza medidas de Alivio no analgésicas.</p> <p><b>160505:</b> Utiliza Analgésicos de forma apropiada</p> <p><b>160513:</b> Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario</p>	<p>Puntuación Final:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4</li> <li>• 4</li> <li>• 3</li> <li>• 3</li> </ul>
--	--	---	---

\*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 \*\* GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
Patrón,(es) 7AUTO PERCEPCION - AUTOCONCEPTO 8 ROL RELACIONES  Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glioblastoma fase IV</li> <li>• Deterioro neurológico(Glasgow 11 puntos)</li> <li>• Deterioro físico (hemiplejia lado derecho)</li> <li>• llanto</li> </ul> Datos Subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menciona extrañar a sus familiares</li> <li>• Menciona estar triste</li> <li>• Menciona no estar motivada en llevar su rol materno</li> </ul>	Dominio: 06 autopercepcion-autococepto Clase: 01 autoconcepto Etiqueta diagnóstica: DESESPERANZA Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.  Factore(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro del estado fisiológico</li> </ul> Características definitorias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cerrar los ojos</li> <li>• Claves verbales</li> <li>• Trastorno del sueño</li> </ul>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>		
		Dominio:03 Salud Psicosocial	Clase N:Adaptación Psicosocial	
		Criterio de resultado: Aceptación: Estado de Salud		
		Indicador (es). <b>130008:</b> Reconoce la realidad de la situación de salud. <b>130010:</b> Afrontamiento de la situación de salud. <b>130011:</b> Toma de decisiones relacionadas con la salud. <b>130012:</b> Clarifica los valores personales. <b>130014:</b> Realiza las tareas de autocuidados.	Puntuación inicial • 4  • 2  • 3  • 2  • 2  <b>Escala Likert:</b> 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Puntuación Diana • 5  • 5  • 5  • 5  • 5



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 03 Conductual</p> <p>Clase: R-Ayuda para el afrontamiento</p> <p>INTERVENCION: Mejorar el afrontamiento</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>523018 Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.</p> <p>523019 Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</p> <p>523020 Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.</p> <p>523025 Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente.</p> <p>523026 Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.</p> <p>523029 Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).</p>	<p>Se necesita tener una valoración extensa para el manejo de la toma de decisiones es por ello de suma importancia saber si la persona esta neurológicamente apta para la toma de decisiones. Esta valoración necesariamente lleva a hacer un análisis del mecanismo de enfrentamiento, el subsistema cognitivo, para lo cual se valoran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La orientación. que depende de la memoria y la atención.</li> <li>• La atención. Se observa la capacidad del paciente de concentrarse en una actividad</li> <li>• La memoria. Se evalúa el registro mental reciente o remoto; debe describir hechos históricos recientes y también hechos históricos o relevantes pasados.</li> <li>• El pensamiento. Se valora la secuencia lógica, coherente y relevante del individuo al dirigirse a un objeto seleccionado.</li> <li>• El afecto. Es un sentimiento que se puede observar de inmediato en el paciente, como un episodio de llanto o de risa.</li> </ul>	<p>Criterio de resultado: Aceptación: Estado de salud</p>	
		Indicador (es)	Puntuación Final:
		<p><b>130008</b> reconoce la realidad de la situación de salud.</p> <p><b>130010</b> afrontamiento de la situación de salud.</p> <p><b>130011</b> toma de decisiones relacionadas con la salud.</p> <p><b>130012</b> clarifica los valores personales.</p> <p><b>130014</b> realiza las tareas de autocuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5</li> <li>• 4</li> <li>• 4</li> <li>• 4</li> <li>• 3</li> </ul>



<p>523031 Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.</p> <p>523034 Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El cálculo. Se valora la capacidad de hacer cálculos matemáticos.</li><li>• El juicio. Se mide la capacidad de abstracción o de interpretación pidiéndole que interprete.</li><li>• Y, finalmente, el lenguaje. Este debe ser comprensible y coherente; también se evalúa la forma de pronunciar las palabras.</li></ul> <p>Con esto concluye la primera parte de la valoración neurológica.</p> <p>El segundo paso consiste en la valoración de los pares craneales, donde además se involucra a los órganos de los sentidos.</p> <p>En el tercer paso se valoran:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ La función motriz</li><li>✓ El trofismo muscular</li><li>✓ La fuerza muscular</li><li>Los reflejos</li><li>✓ El tono muscular</li><li>✓ La coordinación (Batres, 1990)</li></ul>		
---	--	--	--

\*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5    \*\* GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica



## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): 5- SUEÑO DESCANSO</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insomnio</li> <li>• Facies de miedo</li> <li>• Sudoración</li> <li>• llanto</li> </ul> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• menciona estar triste</li> <li>• menciona estar ansiosa</li> </ul>	<p>Dominio: 09 Afrontamiento/Tolerancia al estrés</p> <p>Clase: 02 Respuestas de afrontamiento</p> <p>Etiqueta diagnóstica: ANSIEDAD ANTE LA MUERTE</p> <p>Sensación vaga e intranquilizante malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada para la propia existencia.</p> <p>Factore(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confrontamiento con la realidad de una enfermedad terminal</li> </ul> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresa pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía.</li> <li>• Expresa tristeza profunda</li> <li>• Expresa preocupación por sobrecarga al cuidador.</li> </ul>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>		
		Dominio: 03 Salud psicosocial	Clase: M Bienestar psicológico	
		Criterio de resultado: Nivel de Ansiedad		
		Indicadores	Puntuación Inicial *	Puntuación Diana*
<b>121103-</b> Manos húmedas.	• 2	• 5		
<b>121105</b> Inquietud.	• 3	• 5		
<b>121107</b> Tensión muscular.	• 2	• 5		
<b>121108</b> Irritabilidad.	• 4	• 5		
<b>121112</b> Dificultades para la concentración.	• 3	• 5		
<b>121116</b> Aprensión verbalizada.	• 3	• 5		
	Escala Likert: 1 Grave 2 sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno			



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:03 Conductual Clase: T Fomento de la comodidad psicológica</p> <p>INTERVENCION: Disminución de la ansiedad</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>582003 Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <p>582005 Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico</p> <p>582006 Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo</p> <p>582008 Proporcionar objetos que simbolicen seguridad</p> <p>582014 Crear un ambiente que facilite la confianza.</p>	<p>La ansiedad como la depresión conllevan una serie de respuestas emocionales en los pacientes, que alteran el funcionamiento general, la morbimortalidad y los costos de atención en salud, al prolongar la estancia del paciente en el hospital. Es importante detectar oportunamente los estados de ánimo depresivos y ansiosos en pacientes hospitalizados, esto con el fin de mejorar la recuperación del paciente, disminuir la vulnerabilidad a diversas enfermedades y evitar prolongar la estancia hospitalaria.</p> <p>La escala DASS-21 es una escala auto aplicable que consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta que van de 0 (no se aplica en nada a mí) hasta 3 (se aplica mucho a mí la mayor parte del tiempo). Consta de tres subescalas que miden depresión, ansiedad y estrés.(Figura6,7)</p>	<p>Criterio de resultado: Nivel de ansiedad</p>	
		<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación Final:</p>
		<p><b>121103-</b> Manos húmedas.</p> <p><b>121105</b> Inquietud.</p> <p><b>121107</b> Tensión muscular.</p> <p><b>121108</b> Irritabilidad.</p> <p><b>121112</b> Dificultades para la concentración.</p> <p><b>121116</b> Aprensión verbalizada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5</li> <li>• 4</li> <li>• 4</li> <li>• 4</li> <li>• 4</li> <li>• 3</li> </ul>



<p>582015 Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>582016 Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</p> <p>582017 Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.</p>	<p>“Todas las teorías y toda la ciencia del mundo no pueden ayudar a nadie tanto como un ser humano que no teme abrir su corazón a otro” (Elizabeth Kübler- Ross)</p>		
--	---	--	--

\*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5    \*\* GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica



## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>6-Cognitivo - Perceptivo</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No recuerda quienes son los integrantes de su familia</li> <li>Resección tumoral parietal izquierda</li> <li>Glioblastoma multiforme fase IV</li> </ul> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>menciona a veces no saber dónde está .</li> <li>menciona no acordarse como se llama a veces</li> </ul>	<p>Dominio:</p> <p>05 percepción/cognición</p> <p>Clase:</p> <p>05 Comunicación</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p><b>DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL</b></p> <p>Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir , procesar, transmitir y/o usar un sistema.</p> <p>Factore(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tumor cerebral</li> </ul> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual</li> <li>Desorientación en las personas</li> <li>desorientación en el espacio</li> </ul>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>		
		Dominio: 02 Salud fisiológica	Clase: J Neurocirugía	
		Criterio de resultado: Orientación Cognitiva		
		Indicadores	Puntuación Inicial *	Puntuación Diana*
<p><b>90101-</b> Se autoidentifica</p> <p><b>90102-</b> Identifica a sus seres queridos</p> <p><b>90103-</b> Identifica el lugar donde esta.</p> <p><b>90109-</b> Identifica eventos actuales significativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2</li> <li>3</li> <li>2</li> <li>4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5</li> <li>5</li> <li>5</li> <li>5</li> </ul>		
			<p>Escala Likert:</p> <p>1- Gravemente comprometido</p> <p>2- Sustancialmente comprometido</p> <p>3- Moderadamente comprometido</p> <p>4- Levemente comprometido</p> <p>5- No comprometido</p>	





INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:03 Conductual Clase: P Terapia cognitiva</p> <p>INTERVENCION: Orientación de la realidad</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>482001 Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.</p> <p>482002 Acercarse al paciente despacio y de frente.</p> <p>482004 Disponer un enfoque de la situación que sea congruente (firmeza amable, amistad activa, amistad pasiva, hechos concretos y nada de exigencias) que refleje las necesidades y las capacidades particulares del paciente.</p> <p>482005 Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuados.</p>	<p>La importancia de la memoria en la educación es un factor clave para el aprendizaje. Ambos mecanismos afectan a nuestra conducta. Uno porque facilita la retención o el almacenamiento de la información y el otro por el que adquirir información se traduce en conocimiento.</p> <p>La orientación en ESPACIO, TIEMPO y PERSONA, es entendida como el conocimiento que el sujeto tiene del entorno espacial y temporal en el cual se desenvuelve, se relaciona con capacidades cognitivas como la atención y vigilancia, la memoria reciente, el conocimiento autobiográfico y la proyección en el futuro.</p> <p>La terapia de orientación a la realidad (TOR), es un conjunto de técnicas mediante las cuales una persona toma conciencia de su situación en el tiempo (orientación temporal) y en el espacio (orientación espacial), es una terapia imprescindible en un programa terapéutico con personas</p>	Criterio de resultado: Orientación Cognitiva	
		Indicador (es)	Puntuación Final:
		<p><b>90101-</b> Se autoidentifica</p> <p><b>90102-</b> Identifica a sus seres queridos</p> <p><b>90103-</b> Identifica el lugar donde esta.</p> <p><b>90109-</b>Identifica eventos actuales significativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5</li> <li>• 4</li> <li>• 4</li> <li>• 4</li> </ul>



482006 Hacer las preguntas de una en una.	mayores con o sin deterioro cognitivo. (Rodríguez,2018)		
---	---	--	--

\*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5    \*\* GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica



## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>4 Actividad Ejercicio.</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dolor</li> <li>Hemiplejia lado izquierdo</li> <li>Hipertrofia</li> <li>Paciente en cama</li> </ul> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Menciona tener dificultad para movilizarse</li> <li>Refiere que la movilizan en silla de ruedas o con apoyo de una persona</li> <li>Menciona que se fatiga demasiado</li> <li>Menciona tener miedo</li> <li>Menciona ya no tener esperanza y fe en recuperarse</li> </ul>	<p>Dominio: 04 actividad /Reposo</p> <p>Clase: 02 actividad /Ejercicio</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p><b>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA</b></p> <p>Limitación del movimiento físico independiente del cuerpo o de una o más extremidades.</p> <p>Factore(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deterioro cognitivo</li> </ul> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Enlentecimiento del movimiento</li> <li>Inestabilidad postural</li> <li>Limitación de la capacidad para las habilidades motoras</li> </ul>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		Dominio: 03 Autopercepcion- Autoconcepto	Clase: V Síntomatología		
		Criterio de resultado: Nivel de Malestar			
		Indicadores	Puntuación Inicial *	Puntuación Diana*	
		<b>210901</b> -Dolor	• 1	• 5	
<b>210902</b> - Ansiedad	• 3	• 5			
<b>210907</b> -Miedo	• 2	• 5			
<b>210906</b> -Estres	• 4	• 5			
<b>210936</b> - Perdida de Fe	• 3	• 5			
			Escala Likert: 1 Grave 2 sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno		



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:01 Fisiológico Básico Clase: C control de inmovilidad</p> <p>INTERVENCION: Cambio de Posición</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>84001 Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.</p> <p>84002 Proporcionar un colchón firme.</p> <p>84003 Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda.</p> <p>84004 Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda.</p> <p>84005 Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.</p>	<p>Cambiar de posición a un paciente en la cama cada 2 horas ayuda a mantener la sangre circulando. tiene múltiples beneficios físicos, emocionales y biológicos.</p> <p>Mejora la circulación sanguínea en zonas de contacto: piernas, glúteos, espalda, proporciona comodidad y descanso. Evita inflamación y esfuerzo en articulaciones.</p> <p>Beneficia el movimiento y la expulsión de mucosidad.</p> <p>Escala de Valoración de Braden, cuya finalidad es medir, de una forma concreta y objetiva, el riesgo de aparición de úlceras por presión en los pacientes, en función de 6 aspectos, que evalúa y puntúa con 3 o 4 grados.(Figura 9)( Sarrá,2004)</p>	Criterio de resultado: Nivel de Malestar	
		Indicador (es)	Puntuación Final:
		<p><b>210901</b>-Dolor</p> <p><b>210902</b>-Ansiedad</p> <p><b>210907</b>-Miedo</p> <p><b>210906</b>-Estres</p> <p><b>210936</b>-Perdida de Fe</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5</li> <li>• 4</li> <li>• 4</li> <li>• 4</li> <li>• 4</li> </ul>

<p>84009 Colocar en posición de alineación corporal correcta.</p> <p>84015 Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento, si resulta apropiado.</p> <p>84017 Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.</p>			
---	--	--	--

\*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5    \*\* GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

## VII. PLAN DE ALTA

### PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: M.M.

EDAD:59 AÑOS SEXO: FEMENINO

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: GLIOBLASTOMA MULTIFORME.

FECHA DE ELABORACIÓN:10 JULIO 2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
<b>COMUNICACIÓN</b> (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	En caso de urgencia médica asistir a su institución hospitalaria correspondiente. Y en caso de fallecimiento se dan informes a los familiares.
<b>URGENTE</b> (Identificación de signos de alarma o recaída)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor intenso: Observar las características del dolor Ubicación, Frecuencia, Intensidad, Duración.</li><li>• Sangrado abundante debido a epistaxis</li></ul>
<b>INFORMACIÓN</b> (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	Se informa al paciente sobre su diagnóstico patológico el pronóstico y tratamiento enfocado a cuidados paliativos haciendo énfasis en medidas de control del dolor para mejorar la calidad de vida del paciente
<b>DIETA</b> (Información relativa a la nutrición)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fraccionar las comidas en 6-8 tomas/día</li><li>• Modificar la textura y consistencia de los alimentos, si es preciso</li><li>• Aumentar la densidad energética de la dieta</li><li>• Cuidar las preferencias y aversiones alimentarias</li><li>• Tomar los alimentos templados o a temperatura ambiente.</li><li>• Evitar alimentos flatulentos, muy condimentados, con olores intensos, carnes rojas</li><li>• Mantener un tratamiento postural después de las comidas</li><li>• Comer en un ambiente tranquilo y relajado</li><li>• Valorar el uso de suplementos nutricionales energético-proteicos</li></ul>
<b>AMBIENTE</b>	Orientación a la familia en apoyo a las actividades el cuidado se le hace énfasis en mantener a la familia unida para que ella se encuentre rodeada de atenciones y cariño.

<p>(Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)</p>	<p>Como apoyo a la familia deberá acudir a asistencia tanatológica para que se brinde un vínculo de comunicación familiares-paciente con las siguientes características</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Construir una relación.</li> <li>✓ Abrir un diálogo.</li> <li>✓ Entender la perspectiva del sujeto de cuidado: paciente y familia.</li> <li>✓ Compartir información.</li> <li>✓ Llegar a acuerdos sobre los problemas y los planes.</li> </ul>
<p><b>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE</b> (Prácticas recreativas saludables)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apoyo de la familia comidas familiares diarias</li> <li>✓ Actividades que le gusta hacer a la persona con su familia</li> <li>✓ Paseos de familia y que haga actividades que tolere.</li> <li>✓ Tanatología practicas recreativas saludables</li> </ul>
<p><b>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</b></p>	<p>Se orienta al paciente y a sus familiares de la medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Omeprazol 1 tableta vía oral cada 8hrs</li> <li>✓ Paracetamol 2 tabletas vía oral cada 8 hrs</li> <li>✓ Prednisona 1 tableta vía oral cada 24 hrs</li> <li>✓ Apoyo terapia física</li> <li>• Terapias manuales: Texturas, Temperatura, amasamiento.</li> <li>• Ejercicio y movimiento: Movimientos pasivos, rango de movilidad de cuerpo.</li> <li>• Cambios de posición</li> <li>• Relajación respiración y yoga.</li> <li>✓ Cuidados paliativos: manejo del dolor y reducir el nivel de ansiedad mejorando características de su ambiente y de casa.</li> </ul>
<p><b>ESPIRITUALIDAD</b> (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)</p>	<p>Acudir a su entorno de espiritualidad para mejorar el apoyo y confort. Apoyo en la disminución de su estrés Se recomienda buscar apoyo espiritual para mejorar su confort en casa la disminución de su estrés se recomienda consejería tanatológica para el manejo de sus emociones para el manejo del bien morir.</p>

## VIII. CONCLUSIONES

El término de tumor cerebral abarca un amplio número de procesos neoplásicos con diferencias histológicas, incluyendo las metástasis de tumores sistémicos (Peterson, 2001). Desde un punto de vista histológico, las neoplasias cerebrales primarias más frecuentes son los gliomas, que corresponden al 50% de los tumores del sistema nervioso central (SNC) (Ruíz y Arrazola, 2010) y pueden dividirse de acuerdo al grado de malignidad en gliomas de bajo grado y gliomas de alto grado.

Hay enfermedades que tienen trascendencia respecto a las consecuencias de no ser diagnosticadas a tiempo. El cáncer es una de ellas, en especial cuando el padecimiento se aloja en ciertas partes del cuerpo difíciles de identificar los costos que se generan de estas enfermedades son muy costosos y el personal deberá estar capacitado para reducir fuentes de dolor de su paciente

Como miembros de salud, la prestación del cuidado desde un enfoque tanatológico no trata solamente de identificar la causa y explicar la situación de enfermedad o muerte, sino de tener una visión más amplia de lo complejo del ser humano y sus circunstancias, que les permita comprenderse y comprender lo que está ocurriendo y así poder apoyar las decisiones, expresas o no, de la persona con respecto a su salud y a la preparación para la muerte (proceso de duelo).

En el actuar profesional de ser humano cuidador es necesario que sepa comprender las diferentes dimensiones de las personas; los valores, necesidades, roles, sentimientos, motivaciones y mecanismos de defensa, que no son ámbitos meramente físicos, biológicos o corporales, psicológicos; sino que contemplan lo espiritual, lo social, lo afectivo y lo intelectual.

Es necesario que el equipo salud asuma la muerte como un fenómeno natural, universal e inevitable, puesto que si no lo hace, no tendrán los elementos suficientes para ayudar en el proceso de duelo saludable a pacientes y familiares.

En este proceso se tomaron en cuenta aspectos que engloban el en foque paliativo, así como sus cuidados previos que ayudara a mantener una muerte digna y segura para la persona que dejara de estar presente. la importancia de la investigación en



cáncer radica en diversos aspectos: por una parte, desde la perspectiva científica, el cáncer representa un grupo de enfermedades de gran interés que podrían ayudar a explicar procesos de trascendencia en diferentes áreas de estudio, siendo también un problema de salud mundial que afecta la economía y evidencia las desigualdades existentes entre las distintas regiones del mundo, por lo que su investigación es necesaria para disminuir algunos de estos problemas; sin embargo, como juicio personal, creo que la importancia primordial de la investigación en cáncer se encuentra en un rasgo más primitivo e inherente al hombre, en la sensibilidad por el sufrimiento ajeno, en la fraternidad entre los hombres: en el sentimiento humanista, En cuanto a mi experiencia profesional pude percatarme que es de suma importancia el actuar de enfermería para la recuperación total y rápida de un individuo que sirve como guía para el cuidado, manejo y conservación del paciente y sus cuidados.

Me gustaría seguir estudiando este tema ya que el cáncer ha estado en los últimos años con un alza significativa en casos y se conoce el origen y diseminación es rápida lo que permite que la enfermera explote su capacidad de compartir el cuidado en casa para la prevención de enfermedades.

## IX. REFERENCIAS

- Bray, Ferlay. (Octubre de 2018). *global cancer statistics*. (Globocan, Ed.) Recuperado el septiembre de 2021, de Estimates of incidence and mortality world wide.
- Cajal, A. (13 de mayo de 2021). *Lifeder*. Recuperado el 28 de agosto de 2021, de Dorothea Orem: <https://www.lifeder.com/dorothea-orem/>
- Castañeda, Casavilca, Orrego, García, Deza, Heinike, Castillo, Belmar, Ojeda. (Junio de 2015). Glioblastoma: Análisis molecular y sus implicancias clínicas. (scielo, Ed.) *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 32(2). Recuperado el 22 de Agosto de 2021, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342015000200017](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000200017)
- Centros para el control y la prevencion de enfermedades*. (21 de septiembre de 2020). Recuperado el 2021, de CDC.
- Cisneros, Flores. (2005). *Access Medicina capitulo 15 diseminacion de las neoplasias*. (M. Hill, Ed.) Recuperado el Agosto de 2021, de Diseminacion de las neoplasias: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookId=1493&sectionId=102868801>
- Conesa, J. M. (1995). *Historia de la Enfermería*. (Español, Trad.) España: McGraw-Hill Interamericana de España. Recuperado el agosto de 2021
- Dominguez, S. R. (Enero de 2010). Profesionalizacion de Enfermería en Mexico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 18(1-2), 4-6. Recuperado el 14 de Agosto de 2021, de Medigraphic: [https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2010/en101\\_2a.pdf](https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2010/en101_2a.pdf)
- Dueñas, R. (enero de 2014). *Formacion, actualidad y desarrollo profesional*, Español. (G. P. S.L., Editor, & Generalitat Valenciana) Recuperado el 19 de agosto de 2021, de Enfermería 21: <https://www.enfermeria21.com/contacto/cuidados-de-enfermeria/>
- Guillart, L. M. (2015). Los principios eticos y bioeticos aplicados ala atencion en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología*, 228-233. Recuperado el 22 de Agosto de 2021, de <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v28n2/oft09215.pdf#:~:text=La%20enfermer%C3%ADa%20surgi%C3%B3%20como%20profesi%C3%B3n%20en%20la%20segunda,que%20no%20interfieran%20con%20los%20derechos%20de%20otros>.
- Hernández, Pachecol, Larreynagall. (diciembre de 2017). *Sciwlo*. Recuperado el 22 de agosto de 2021, de La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem:

[http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)

- Herruzo, B. B. (2020). *Clinica Univerdidad de Navarra*. (statista, Editor) Recuperado el Agosto de 2021, de Glioblastoma multiforme: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/glioblastoma-multiforme>
- Lam, Colombety, Mery, Piñeros. (21 de septiembre de 2021). *Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer*. (I. n. cancer, Productor) Recuperado el 26 de septiembre de 2021, de OMS: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
- Lefevre. (2014). *Aplicacion del proceso enfermero* (8a ED ed., Vol. 1). (L. W. Kluwer, Ed.) Barcelona: Wolters Kluwer. Recuperado el 20 de Agosto de 2021
- Leon, V. S. (2020). Cuidados basicos de un paciente con necesidad de moverse. *Revista de Enfermeria Del instituto Mexicano del Seguro Social*, 1. Recuperado el 27 de Agosto de 2021, de [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/779](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/779)
- Mairal. (22 de enero de 2009). *Definicion características del cancer*. Recuperado el Septiembre de 2021, de Linfoma net: <https://mairaal.wordpress.com/2009/01/22/definicion-y-caracteristicas-del-cancer/>
- Mariño, M. B. (10 de agosto de 2006). ¿Que es la Tanatologia? (UNAM, Ed.) *Revista Digital Universitaria*, 7(8), 10. Recuperado el 10 de Agosto de 2021, de [http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago\\_art62.pdf#:~:text=Las%20variantes%20tradicionales%20de%20la%20tanatolog%C3%ADa%20se%20ocupan,surgimiento%3A%20Cicely%20Saunders%20y%20la%20Doctora%20Elizabeth%20K%C3%BCbler-Ross](http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago_art62.pdf#:~:text=Las%20variantes%20tradicionales%20de%20la%20tanatolog%C3%ADa%20se%20ocupan,surgimiento%3A%20Cicely%20Saunders%20y%20la%20Doctora%20Elizabeth%20K%C3%BCbler-Ross).
- Meir, V. (2010). *La avenida hacia una cura para el glioma maligno* (Vol. 3). USA, Estados Unidos: Wiley Online Library. Recuperado el 20 de agosto de 2021, de <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.20069>
- Meneses, A. (4 de febrero de 2020). *Infobae*. Recuperado el 26 de agosto de 2021, de Infobae: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/02/04/dia-mundial-contra-el-cancer-2020-aumento-20-mortandad-en-mexico-desde-el-ano-2000/>
- Moran, V. (1975). *Proceso de atencion de enfermeria*. Ciudad de mexico. Recuperado el 23 de agosto de 2021, de <http://publicaciones.anuies.mx/acervo/revsup/res019/art5.htm>

- Moreno, J. A. (Enero de 2017). *Conamed*. (Ops, Ed.) Recuperado el 20 de Agosto de 2021, de Eutanasia, suicidio asistido y voluntad anticipada: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin10/eutanasia.pdf>
- Ospina ,Sandoval ,Ramírez. (2003). La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. (e. C. Red de Revistas Científicas de América Latina, Ed.) *Revista investigacion y educacion en enfermería*, 23(1), 14-29. Recuperado el 20 de agosto de 2021, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215401002>
- Peña,Meléndez,Anguiano,Gonzalez,Hernández,Molina,Tapia. (26 de mayo de 2021). Problem-Based Learning in Situ Applied to Students in the Assessment of Nursing Process. (s. research, Ed.) *Open Journal of Nursing*, 11(5), 105-110. Recuperado el 28 de agosto de 2021, de <https://scirp.org/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2993297>
- Prado ,Reguera ,Gomez ,Romero. (23 de octubre de 2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem puntoy partida para calidad en la atencion. *Universidad de ciencias medicas Matanzas*. Recuperado el 05 de agosto de 2021, de <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
- Rabelo Silva , Dantas Cavalcanti, Ramos Goulart , Lucena. (Febrero de 2017). Advanced Nursing Process quality. *Journal of Clinical Nursing.*, 26(3-4), 379. Recuperado el Agosto de 2021, de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32844/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Ramos, Z. N. (20 de marzo de 2021). *Telediario*. Recuperado el 13 de agosto de 2021, de ¿Eutanasia en México? Esto dice la Ley de Voluntad Anticipada: <https://www.telediario.mx/nacional/eutanasia-en-mexico-esto-dice-la-ley-de-voluntad-anticipada#:~:text=Aunque%20M%C3%A9xico%20no%20permite%20legalmente%20la%20eutanasia%2C%20s%C3%AD,cual%20se%20aplica%20en%2014%20estados%20del%20pa%C3%ADs.>
- Reyna, N. (17 de diciembre de 2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. (U. Científico, Ed.) *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portuga*(17), 18-23. Recuperado el 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
- Rueda, G. (1999). Dorothea Orem Aproximacion a su teoria. *Revista Rol de enfermería*, 22(4), 309-314. Recuperado el 18 de agosto de 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2890562>

- Runzer, Colmenares, Parodi, Agüero, Echegaray, Samam. (mayo de 2019). *scielo, Acta Med.* Recuperado el 28 de agosto de 2021, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v36n2/a10v36n2.pdf>
- Salaverry, O. (junio de 2020). Cancer. *Revista Peruana Medicina Experimental y salud publica*, 1, 41. Recuperado el Agosto de 2021
- Salud, S. d. (2015). Impacto economico del cancer en mexico. En U. d. economico, *Impacto economico del cancer* (págs. 2-3). Mexico: Globocan. Recuperado el 27 de Agosto de 2021, de <https://www.cefp.gob.mx/difusion/evento/2015/forocancer/presentaciones/p02.pdf>
- Sanchez, B. (1998). *Avances en enfermeria* (Vol. 16). Colombia. Recuperado el 25 de agosto de 2021, de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16386>
- Seya MJ, Gelders SFAM, Achara OU, Milani B, Scholthen WK. (2011). A first Comparison between the consumption of and the need for opioid analgesics at country. En *Cuidados Paliativos* (págs. 6-18). USA: pharmacother.
- Soca, R. (abril de 2021). *Eutanasia. La palabra eutanasia se deriva del griego eu: bueno y thanatos.* (español) Recuperado el 28 de Septiembre de 2021, de el castellano.org: <https://www.elcastellano.org/palabra/eutanasia>
- Soto, Moreno, Pahuá. (Noviembre de 2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. (Scielo, Ed.) *Revista de la Facultad de medicina(mexico)*, 59(6).

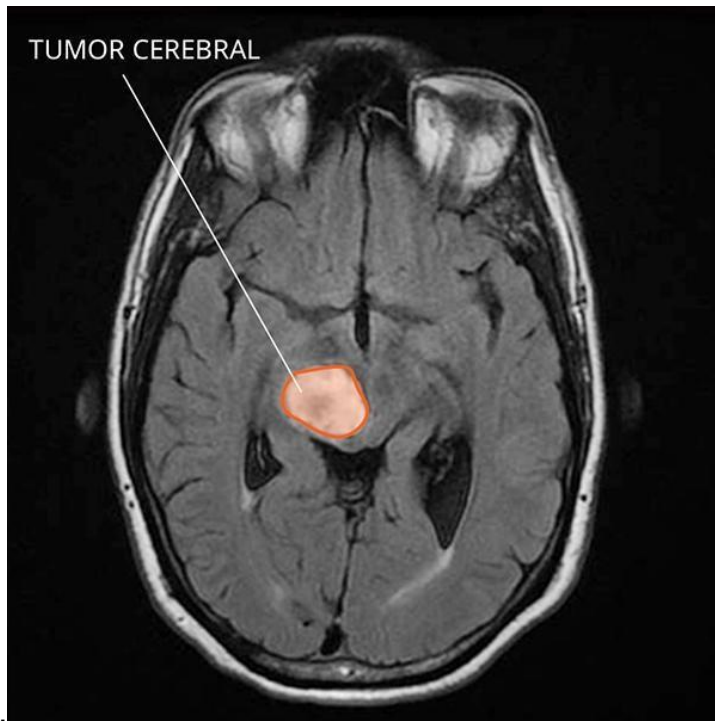
## X. GLOSARIO DE TERMINOS

- ✓ **Astrocitoma:** astrocitoma es un tipo de tumor del SNC que se forma en las células denominadas astrocitos. Los astrocitos sanos brindan la red de conexión del cerebro y la médula espinal.
- ✓ **Alelos:** Un alelo es cada una de las dos o más versiones de un gen
- ✓ **Carcinogénesis:** Indica origen o inicio del cáncer del griego “génesis” y es el proceso por el que las células normales adquieren mutaciones y comienzan a reproducirse descontroladamente, afectando el balance entre nacimiento y muerte celular.
- ✓ **Cuidados paliativos:** son un enfoque especial en el cuidado de las personas que tienen enfermedades graves, como cáncer. Los cuidados paliativos se concentran en mejorar la calidad de la vida ayudando a pacientes y cuidadores a tratar los síntomas de enfermedades graves y los efectos secundarios de los tratamientos
- ✓ **Diagnóstico de enfermería:** Informe sobre un problema de salud real o potencial que la enfermera puede tratar legalmente y de forma independiente. Segunda fase del procedimiento de enfermería, durante la cual se determinan las respuestas anómalas del paciente, actuales o potenciales, a una enfermedad o a un estado.
- ✓ **Dolor:** Sensación subjetiva y molesta causada por la estimulación nociva de las terminaciones nerviosas sensoriales
- ✓ **Enfermedad:** Proceso anormal en el que algún aspecto del funcionamiento de la persona se encuentra disminuido o debilitado en comparación con su estado previo
- ✓ **Escala EVA:** Herramienta que se usa para ayudar a una persona a evaluar la intensidad de ciertas sensaciones y sentimientos, como el dolor. La escala visual analógica para el dolor es una línea recta en la que un extremo significa ausencia de dolor y el otro extremo significa el peor dolor que se pueda imaginar
- ✓ **Epistemológico:** Rama de la filosofía que se ocupa de todos los elementos que procuran la adquisición de conocimiento e investiga los fundamentos, límites, métodos y validez del mismo
- ✓ **Factor de riesgo:** Toda variable interna o externa que hace que una persona o grupo de personas sea más vulnerable a la enfermedad o a un episodio morboso.
- ✓ **Glioblastoma:** tipo de cáncer agresivo que se genera en el cerebro o la médula espinal.
- ✓ **Imagen corporal:** Concepto subjetivo de la persona sobre su aspecto físico
- ✓ **Inmovilidad:** Incapacidad para moverse libremente, debido a un trastorno en virtud del cual el movimiento se ve impedido o limitado terapéuticamente.

- ✓ Intervenciones: Actuaciones encaminadas a prevenir un daño al paciente o a mejorar sus funciones mental, emocional, física o social
- ✓ Metástasis: metástasis se presenta cuando las células cancerosas se desprenden del tumor original (primario), viajan por el cuerpo a través de la sangre o el sistema linfático y forman un tumor nuevo en otros órganos o tejidos.
- ✓ Motivación: Impulso interno que hace que una persona realice una acción.
- ✓ Movilidad: Capacidad de una persona para moverse libremente.
- ✓ Resonancia magnética. Es un examen imagenológico que utiliza imanes y ondas de radio potentes para crear imágenes del cuerpo.
- ✓ Tanatología: Del origen griego thanatos (muerte) y logos (estudio o tratado) el objetivo de la tanatología es proporcionar ayuda profesional al paciente con una enfermedad en etapa terminal y a sus familias.
- ✓ Terapia física, es una disciplina de la ciencia de la salud que ofrece un tratamiento terapéutico y de rehabilitación no farmacológica para diagnosticar, prevenir y tratar síntomas de múltiples dolencias.
- ✓ Tomografía Axial computarizada (TAC) es una tecnología para diagnóstico con imágenes. Utiliza un equipo de rayos X especial para crear imágenes transversales del cuerpo.

## XI. ANEXOS

**Figura 1** Visualización de Glioblastoma por Tomografía Axial Computarizada.



**Figura 2** Visualización de Glioblastoma por Resonancia Magnética.

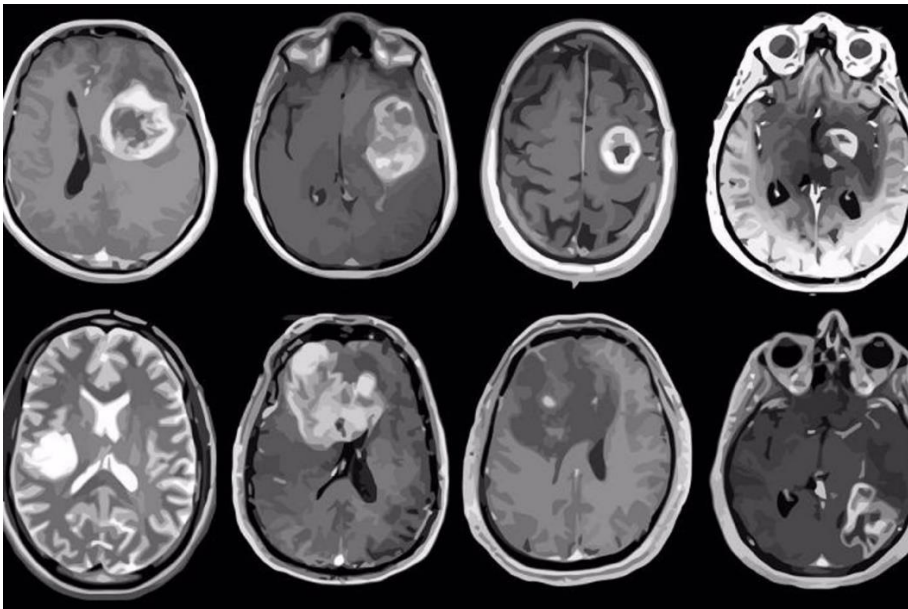




Figura 3. Grado 2 y 3 Astrocitoma Anaplasico

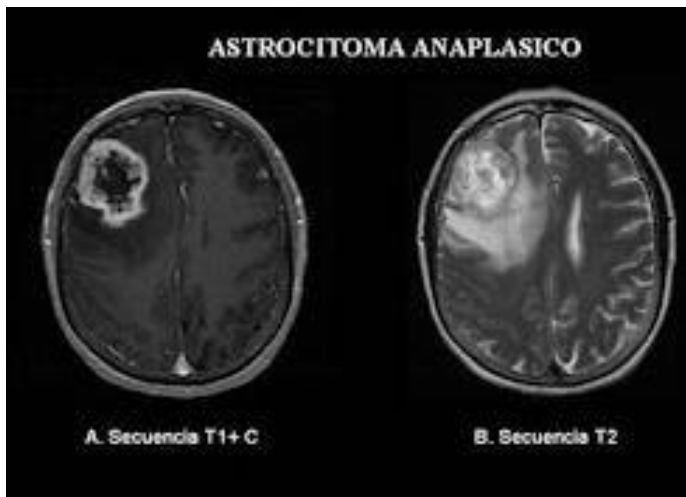


Figura.4 Novo

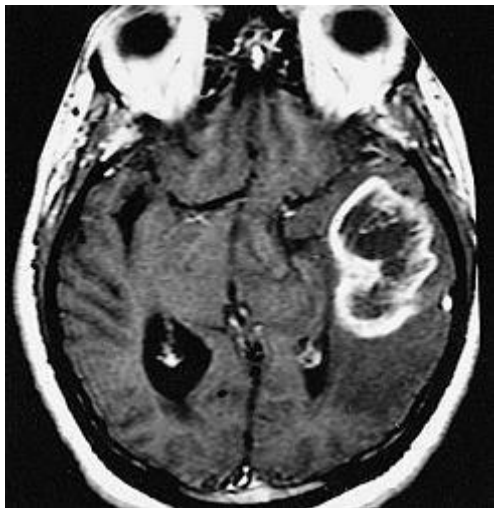


Figura.5



Figura .6

## DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

*La escala de calificación es la siguiente:*

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1. Me costó mucho relajarme .....	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca .....	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo .....	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar .....	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas .....	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones .....	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban .....	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios .....	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo .....	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir.....	0	1	2	3
11. Noté que me agitaba.....	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme .....	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido .....	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo .....	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico .....	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona .....	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable .....	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.....	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón .....	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

Figura.7

<b>Tabla 1 – Calificación del DASS 21.</b>			
	<b>Depresión</b>	<b>Ansiedad</b>	<b>Estrés</b>
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderado	14-20	10-14	19-25
Grave	21-27	15-19	26-33
Extremadamente grave	28+	20+	34+

Louibond SH & Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales. 2<sup>nd</sup> Ed. Sydney: Psychology Foundation 1995<sup>11</sup>.

Figura.8

# Ashwort

Grado	Descripción
0	Tono Normal
1	Mínima Hipertonía (resistencia al movilizar el miembro)
2	Leve Hipertonía (miembro se mueve fácilmente)
3	Moderada Hipertonía (movimiento pasivo dificultoso)
4	Severa Hipertonía (Miembro rígido)

Figura.9

## Escala de Braden

<b>Percepción Sensorial</b>	<b>Exposición a la humedad</b>	<b>Actividad</b>	<b>Movilidad</b>	<b>Nutrición</b>	<b>Roce y Peligro de Lesiones</b>
1. Completamente limitada	1. Constantemente limitada	1. Encamado/a	1. Completamente inmóvil	1. Muy pobre	1. Problemas
2. Muy limitada	2. A menudo húmeda	2. En silla	2. Muy limitada	2. Probablemente inadecuada	1. Problema potencial
3. Ligeramente limitada	3. Ocasionalmente húmeda	3. Deambula ocasionalmente	3. Ligeramente limitada	3. Adecuada	3. No existe problema
4. Sin limitaciones	4. Ráramente húmeda	4. Deambula frecuentemente	4. Sin limitaciones	4. Excelente	

**Riesgo muy alto: <9**

**Alto riesgo: 10-12**

**Riesgo moderado: 13-14**

**Riesgo leve: 15-18**

**Sin Riesgo: 19-23**