



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA A UNA PERSONA

POST OPERADA DE MENINGIOMA

SUSTENTADO EN EL MODELO DEL AUTOCUIDADO.

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

P R E S E N T A:

L.E ZAHID ANDRES SANCHEZ VÁRGUEZ

ASESOR ACADÉMICO:

EEN. MARÍA VERÓNICA BALCÁZAR MARTÍNEZ



CIUDAD DE MÉXICO 2024





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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA A UNA PERSONA

POST OPERADA DE MENINGIOMA

SUSTENTADO EN EL MODELO DEL AUTOCUIDADO.

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

P R E S E N T A:

L.E ZAHID ANDRES SANCHEZ VÁRGUEZ

ASESOR ACADÉMICO:

EEN. MARÍA VERÓNICA BALCÁZAR MARTÍNEZ



CIUDAD DE MÉXICO 2024



Resumen

Intervenciones de enfermería en una persona post operada de meningioma con secuelas neurológicas sustentado en el modelo del autocuidado.

Introducción: Los meningiomas, son los tumores cerebrales más comunes a nivel mundial, son mayoritariamente benignos y de crecimiento lento. La atención de enfermería especializada desempeña un papel crucial en el tratamiento integral de las personas, el siguiente estudio de caso aborda a una persona post operada de meningioma con el enfoque del modelo del autocuidado.

Objetivo: Aplicar la metodología del estudio de caso en una persona post operada de una resección de meningioma con secuelas neurológicas mediante el Proceso de Enfermería bajo el modelo de Dorotea Orem.

Metodología: Se utilizó un instrumento de valoración neurológica. Se consultaron fuentes directas e indirectas y se recurrió a el uso de bases de datos para fundamentar los PLACE propuestos para la atención de la persona.

Descripción del caso: Se trata de un paciente masculino post operado de un meningioma con múltiples secuelas neurológicas ocasionadas por la localización de la neoplasia.

Consideraciones éticas: Se cumplieron con todas las regulaciones legales a nivel internacional y nacional, incluyendo ética en investigación de salud, Ley General de Salud, normas oficiales y consentimiento informado. No hubo conflictos de intereses.

Conclusiones: Se alcanzaron los objetivos mediante la implementación de los PLACE de manera integral, se continúa la atención con la persona en el hogar mediante un plan de alta.

Palabras claves: Cuidado de enfermería, Intervenciones de enfermería, Meningioma, Neuro plasticidad, Neurorrehabilitación, Secuela neurológica, Post operatorio.

Abstract

Nursing Interventions for a Patient Post-Operative from Meningioma with Neurological Sequelae Based on the Self-Care Model.

Introduction: Meningiomas are the most common brain tumors worldwide, predominantly benign, and slow growing. Specialized nursing care plays a crucial role in the comprehensive treatment of individuals, making the development of care plans a top priority in patient care.

Objective: Applying a case study methodology to a person post-operative from a meningioma resection with neurological sequelae using the Nursing Process under Dorotea Orem's model.

Methodology: A neurological assessment tool was utilized. Both direct and indirect sources were consulted, and databases were used to substantiate the proposed plans for patient care.

Case Description: The patient is a male post-operative from a meningioma with multiple neurological impairments resulting from the tumor's location.

Ethical Considerations: All international and national legal regulations were adhered to, including ethics in health research, the General Health Law, official standards, and informed consent. No conflicts of interest were identified.

Conclusions: The objectives were achieved through the implementation of the care plans, and ongoing care is provided to the patient at home.

Keywords: Nursing care, Nursing interventions, Meningioma, Neuroplasticity, Neurorehabilitation, Neurological sequelae, Postoperative.

Agradecimientos

Al CONAHCYT

Por aportarme el estatus de becario y facilitarme el poder cursar la especialidad, así como las prestaciones que nos brinda como becarios.

A la UNAM

Por abrirme las puertas a esta institución la cual siempre fue mi mayor anhelo en pertenecer y formarme dentro de la misma.

Al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco

Por ser mi hogar donde tuve la oportunidad de obtener los conocimientos necesarios para poder desarrollarme como un futuro enfermero especialista.

A mis maestros

Mtra. Verónica Balcázar, por ser mi tutora y guía durante todos mis estudios, por recordarme que aún existen grandes enfermeras con un enorme corazón que apoyan a las nuevas generaciones y guían el actuar de los enfermeros del mañana.

Mtro. Joseph Dimas por guiarme durante mis practicas clínicas y clases presenciales, y enseñarme nuevos horizontes en enfermería.

A la familia P.L

Por abrirme las puertas y brindarme la confianza para poder trabajar con ellos durante todo este proceso.

Dedicatoria

A mis padres adoptivos

Luis Sanchez y Gladys Salgado.

Nunca tendré las palabras suficientes por agradecerles todo lo que han hecho por mi todo lo logrado es gracias a su apoyo desinteresado, por ser los padres que nunca tuve, pero siempre necesite gracias a ustedes puedo seguir cumpliendo mis sueños.

A mi Abuela Mirna Esquivel.

Por ser la primera persona que me amo y creyó en mí, gracias a ti soy lo que soy, hoy puedo tocar las estrellas por ti.

A mi hermano Rolando Sanchez.

Gracias por seguir apoyando mis decisiones y mantenerse firme conmigo a pesar de las situaciones que hemos vivido.

A la familia Rivera.

Por siempre alentarme a dar el máximo de mí y estar conmigo en las distintas etapas de mi vida.

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción | 1 |
| Objetivos..... | 2 |
| Capítulo 1 Fundamentación | 3 |
| Capítulo 2 Marco teórico..... | 6 |
| Marco conceptual..... | 6 |
| Marco empírico | 7 |
| Modelo del déficit del autocuidado | 7 |
| Daños a la salud | 14 |
| Capítulo 3 Metodología..... | 25 |
| Estrategias de recolección de datos..... | 26 |
| Aspectos éticos | 27 |
| Capítulo 4 Proceso de atención en Enfermería..... | 29 |
| Presentación del caso | 29 |
| Valoración inicial | 31 |
| Planes de cuidado..... | 37 |
| Valoraciones subsecuentes..... | 55 |
| Plan de alta | 62 |
| Capítulo 5 Conclusiones y recomendaciones | 66 |
| Conclusiones..... | 66 |
| Recomendaciones..... | 66 |
| Referencias | 68 |
| Anexos | 76 |
| Anexo 1 Requisitos de autocuidado del modelo de autocuidado de Dorothea Orem..... | 76 |
| Anexos 2 escalas de valoración | 77 |
| Anexo 3 Carta derechos del paciente..... | 80 |
| Apéndices..... | 81 |
| Apéndice 1. Consentimiento informado..... | 81 |
| Apéndice 2 Instrumento de valoración neurológica | 82 |
| Apéndice 3 materiales de consulta en el hogar | 98 |

Imágenes

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Imagen No. 1 Paradigma de enfermería | 7 |
| Imagen No. 2 Modelo del autocuidado..... | 8 |
| Imagen No. 3 Proceso de atención de enfermería | 10 |
| Imagen No. 4 Proceso de atención en enfermería..... | 11 |
| Imagen No. 5 Relación entre modelo de autocuidado y el proceso de atención en enfermería | 12 |
| Imagen No. 6 Carcinogénesis | 17 |
| Imagen No. 7 Resonancia magnética 11 de marzo del 2023 | 33 |
| Imagen No. 8 Priorización de requisitos de autocuidado. | 34 |

Tablas

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla No. 1 Clasificación de los meningiomas INC | 18 |
| Tabla No 2 Clasificación de los meningiomas OMS | 18 |
| Tabla No. 3 Clasificación WHO de meningiomas, tasas de recurrencia y correlación con patrones genéticos..... | 19 |
| Tabla No 4 Clasificación de meningiomas de acuerdo con localización y cuadro clínico..... | 20 |
| Tabla No. 5 Escala de recidiva Simpson | 23 |
| Tabla No. 6 Valoración de urgencias 27 de febrero del 2023 | 30 |
| Tabla No. 7 Análisis de laboratorio 27 de febrero del 2023..... | 30 |
| Tabla No. 8 Valoración inicial 25 de marzo del 2023 | 32 |
| Tabla No. 9 Análisis de laboratorio 25 de marzo del 2023 | 33 |
| Tabla No. 10 Tratamiento 25 de marzo del 2023 | 34 |

Introducción

El estudio de caso es una herramienta fundamental para aumentar el cuerpo de conocimientos de cualquier profesión en especial las que se encuentran inmiscuidas con la atención hacia las personas, en fechas recientes esta herramienta ha jugado un papel importante para el desarrollo de la enfermería ya que brinda la oportunidad de poder plasmar planes de cuidados hacia personas con distintos requisitos de salud afectados.

El presente estudio se encuentra dividido por capítulos, el primero describe la fundamentación para la realización del estudio, el segundo abarca aspectos teóricos y fuentes de información para la descripción de la patología, el tercer capítulo habla de la metodología utilizada para la realización del trabajo, el cuarto capítulo se centra en la valoración de enfermería así como la implementación de los PLACE, el último capítulo relata el plan de alta brindado a la persona así como conclusiones y recomendaciones para la atención de este tipo de patologías.

El estudio de caso tiene como objetivo describir la atención y aplicación de intervenciones de enfermería a una persona con secuelas neurológicas ocasionadas por la resección de un meningioma, esto con el fin de mejorar la calidad de vida de la persona y de su familia.

Los meningiomas son las neoplasias cerebrales con mayor incidencia a nivel mundial y nacional, en su gran mayoría son de carácter benigno y de lento crecimiento, sin embargo, el crecimiento de estos dependiendo de la zona en la que se desarrollen suelen ocasionar sintomatologías neurológicas en las personas con esta afección, debido a lo antes mencionado el cuadro clínico es muy variado y su diagnóstico suele darse de manera incidental.

La utilización del modelo del autocuidado y el proceso de atención en enfermería se aplican de manera conjunta para orientar las intervenciones de enfermería hacia un cuidado holístico con el objetivo de atender las diferentes esferas que afectan a la persona, así mismo la recopilación de la información para poder realizar este estudio fue mediante valoraciones directas, entrevistas directas e indirectas, expediente clínico y bases de datos, junto con la información obtenida se realizaron planes de cuidados con un enfoque neurológico e integral a la persona teniendo como fin mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones ocasionadas por las secuelas neurológicas.

Objetivos

Objetivo general:

- Aplicar la metodología del estudio de caso en una persona post operada de resección de meningioma con secuelas neurológicas mediante el Proceso de Enfermería bajo el modelo de Dorotea Orem.

Objetivos Específicos

- Identificar los requisitos universales afectados en la persona con secuelas neurológicas ocasionadas por la resección de meningioma mediante la valoración neurológica de enfermería.
- Diseñar planes de cuidados de enfermería para la atención de la persona con los requisitos universales alterados.
- Implementar los planes de cuidado de enfermería propuestos con el fin de atender los requisitos universales afectados en la persona.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería implementadas, buscando la mejora y retroalimentación continua.
- Elaborar un plan de alta de acuerdo con la mejoría de la persona que apoyara a los cuidadores y a la familia en la continuidad de su restablecimiento de salud, garantizando la calidad de vida otorgado por el cuidado.

Capítulo 1 Fundamentación

Magnitud

La Sociedad americana de oncología clínica estima que se diagnostican 308,102 tumores primarios a nivel mundial durante el 2022, de igual forma se refiere que existe una incidencia de 25,050 tumores primarios de los cuales 14,170 se diagnostican en hombres y 10,880 en mujeres en los estados unidos, entre estos el 85-90% se desarrollaran en tumores primarios¹.

En México se establece que la población masculina y femenina entre los 15-29 años que fallecieron por tumores malignos el 5% y el 7% se debieron a tumores primarios respectivamente, siendo esta la población mayor afectada por este tipo de tumores, esta edad contrasta con las cifras observadas en otras poblaciones a nivel mundial².

Vulnerabilidad

A diferencia de otro tipo de neoplasias, en el caso de los tumores primarios no se han establecido de manera exacta los factores de riesgo que predisponen a contraer un tumor primario, sin embargo, se han establecido los siguientes factores de riesgo¹.

- Edad: siendo los extremos de la vida los grupos etarios con mayor nivel de incidencia
- Sexo: en general siendo más comunes en hombres con la excepción del meningioma que es más común en las mujeres
- Antecedentes familiares: aproximadamente el 5% de los tumores cerebrales están relacionados con afecciones hereditarias
- Raza y origen étnico: Varía el tipo de tumor primario según la región y la raza, las personas de raza negra tienen mayor riesgo de tener un meningioma
- Lesiones y convulsiones: se encuentra en estudio la relación de estas afecciones cerebrales con el desarrollo de meningiomas

Trascendencia

Los tumores cerebrales primarios afectan a personas de todos los países sin distinción de sexo, nivel socio económico o nivel de educación, dependiendo del tipo de tumor existirán factores de riesgo que predispongan hacia ciertos tipos de tumor sin embargo debido a la gran cantidad de tipos de tumor se puede considerar que cualquier persona se encuentra en riesgo de desarrollar algún tipo de neoplasia cerebral.

Como cualquier otra neoplasia es considerada como catastrófica debido a que afecta a distintas áreas de la persona y de la familia, presentara altos costos de tratamientos, perdida del empleo en algunos casos según la afectación del tumor y la necesidad de tener una red de apoyo, adicionado a las afectaciones personales de la persona enferma que según el manejo tienen la capacidad de afectar la calidad de la vida.

Un estudio realizado en el hospital clínico de San Carlos en España estableció que los principales problemas que afectan la calidad de vida es básicamente la pérdida del nivel funcional, así como de la independencia en distintos ámbitos, de igual el mismo estudio estableció que el 25% de personas que sean diagnosticadas con algún tumor cerebral presentaran depresión en los próximos 6 meses y el 10.7% desarrollaran ansiedad³.

Los meningioma son el tipo de neoplasia más común del sistema nervioso central (SNC) I, estos pueden crecer en distintos grados y ubicarse en distintos sitios del SNC, a nivel mundial se estima que representan entre 36-37.6% de los tumores primarias del SNC y el 53-53.3% de todos los tumores benignos, con una incidencia total 7.86 casos por cada 100,000 habitantes, estos suelen ser diagnosticados de manera incidental^{4,5}.

A nivel nacional no existe una gran cantidad de estudios que evidencien estadísticas sobre este tipo de neoplasias, en un estudio realizado en Guanajuato se estimó un porcentaje de incidencia del 29% de un total de 88 expedientes estudiados⁶. A nivel del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco no existe una cifra descrita del tipo de tumores sin embargo se describe que los tumores del SNC son la segunda causa de ingreso hospitalario representando el 28% de los ingresos totales al año⁷.

Con las cifras observadas y que el panorama internacional aparenta coincidir a la perspectiva nacional, la necesidad de elaborar guías e investigación sobre de manejo de los meningiomas es de crucial importancia, debido a que no siempre manifiestan signos y síntomas específicos pueden ser mal diagnosticados o simplemente no diagnosticados y asociar las defunciones o complicaciones a otras causas neurológicas u orgánicas.

Por último, con las bases de datos consultadas y con los operadores boléanos utilizados no se encontraron estudios de caso que apliquen el PAE y el modelo del

autocuidado por lo cual se hace hincapié en la necesidad de generar más investigación con respecto a este tema, con base a lo antes mencionado la personas con afectaciones neurológicas o con padecimientos neurológicos requieren la atención de enfermería por personal especializado en el área que pueda proporcionar los cuidados específicos para mejorar la calidad de las personas y disminuir las complicaciones de una atención no especializada.

Capítulo 2 Marco teórico

Marco conceptual

Definición de palabras claves:

Cuidado de enfermería: Actividad que está destinada a realizar un restablecimiento o autocuidado de la salud y que tiene como propósito establecer una relación terapéutica considerando al sujeto del cuidado de manera holística⁸.

Intervenciones de enfermería: Tratamiento efectuado por los profesionales de enfermería, que se encuentra secuenciado por las actividades a seguir para alcanzar el objetivo terapéutico⁹.

Meningioma: Los Meningioma son el tipo de tumor primaria más común del SN, tienen como origen las células aracnoideas meningoteliales ubicadas en las granulaciones aracnoideas, usualmente benignos de lenta progresión¹⁰.

Secuela neurológica: son un conjunto de síntomas o problemas de salud que ocurren como resultado de una lesión o daño al sistema nervioso, estas pueden ser de índole permanente o transitoria.

Postoperatorio: Considerado como el tiempo que sigue después de la culminación de un evento quirúrgico y finaliza con la recuperación total del paciente, se encuentra dividido en dos etapas.

- Inmediata: desde el fin del evento quirúrgico hasta dentro de las primeras 24 horas
- Mediata: inicia con el fin de las primeras 24 horas y comprende hasta la recuperación total donde se ha reducido la discapacidad funcional para llevar una vida cotidiana útil¹¹.

Neuro plasticidad: Se define como los cambios que involucran la reorganización anatómica y funcional del encéfalo resultado de un evento lesivo, confiere la propiedad de modificar las conexiones sinápticas para un funcionamiento normal¹².

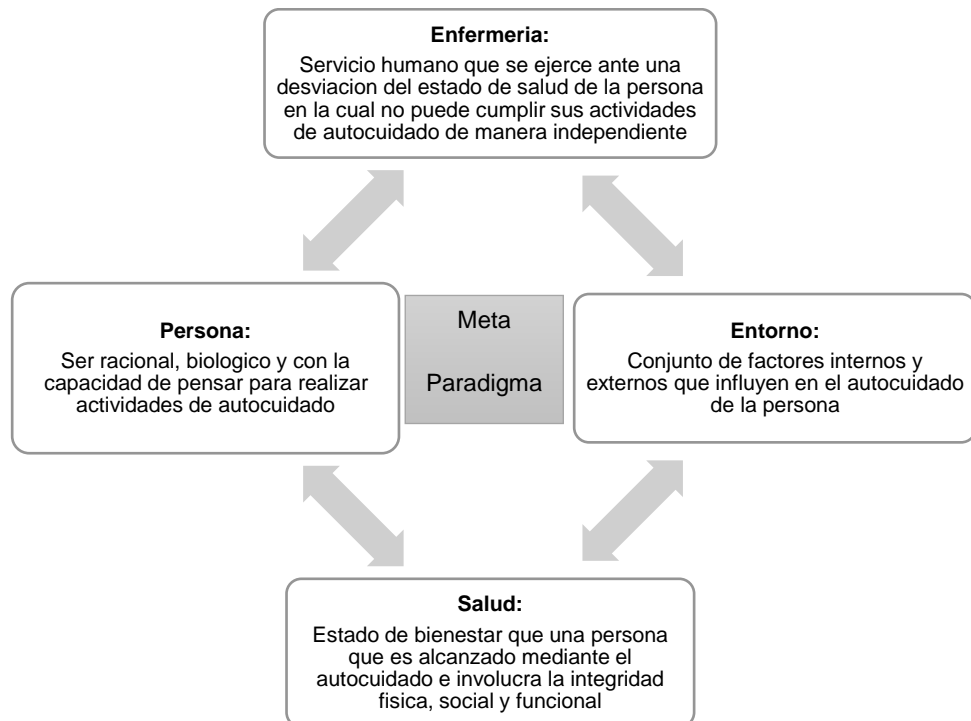
Neurorrehabilitación: Es la rehabilitación destinada a mejorar los procesos de conexiones sinápticas del encéfalo mediante medidas farmacológicas y no farmacológicas fundamentada en los principios de neuro plasticidad.¹

Marco empírico

Modelo del déficit del autocuidado

Los modelos y las teorías son un conjunto de conceptos relacionados entre sí que explican de manera puntual la visión de una persona sobre alguna situación dada, en este caso las teorías de enfermería cumplen el propósito de describir como percibe la teorista los paradigmas de enfermería y como relacionan sus conceptos con los propios paradigmas establecidos¹³.

Imagen No. 1 Paradigma de enfermería.



Elaborado: Sanchez Z, abril 2023, alumno de la especialidad en enfermería neurológica.

La teoría del déficit de autocuidado es establecida por Dorothea Orem, quien desglosó su modelo en tres teorías pequeñas que interactúan entre sí para su correcto uso, estas son:

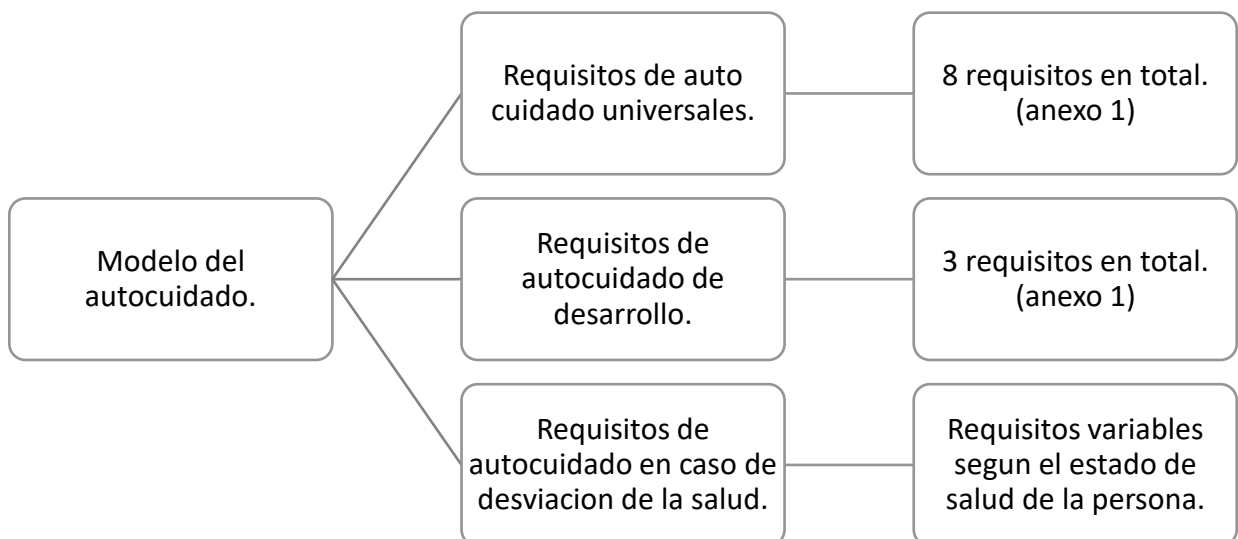
- Teoría de autocuidado
- Teoría del déficit del autocuidado
- Teoría de los sistemas de enfermería

Teoría del autocuidado

En esta teoría Dorothea define el autocuidado como una actividad que realiza el individuo hacia si mismo o al entorno que lo rodea con el fin de mejorar el desarrollo y el funcionamiento para mejorar su salud o bienestar, este debe ser aprendido y aplicarse de forma deliberada.¹⁴

En la aplicación de esta teoría surgen los requisitos de autocuidado que son definidos como objetivos del autocuidado estos se encuentran divididos de la siguiente manera¹⁵:

Imagen No. 2 Modelo del autocuidado



Elaborado: Sanchez Z, abril 2023, alumno de la especialidad en enfermería neurológica.

Teoría del déficit del autocuidado

Se entiende como los requerimientos o necesidades que presenta la persona y que precisan ser atendidos por enfermería, la propia madurez y limitaciones del individuo determinarán que papel que ejerza durante el autocuidado, existirán tres grandes conceptos¹⁵

- Actividad de cuidado: Habilidad de una persona para cubrir sus necesidades de manera intencionada para regular su funcionamiento y salud
- Actividad de cuidado dependiente: Capacidad de una persona de realizar o regular actividades de autocuidado hacia otra persona dependiente

- Actividad de enfermería: Capacidad desarrollada por profesionales de enfermería para cubrir y regular las necesidades terapéuticas de una persona dependiente

Teoría de los sistemas enfermeros

Esta teoría sirve como puente entre las dos teorías antes mencionadas consiste en sistemas que se desarrollan durante la labor de la enfermería que surgen para personas o grupos con limitaciones en las actividades de autocuidado o de cuidado dependiente, es decir la selección del sistema enfermero dependerá del grado de participación del individuo¹⁶, existen tres sistemas:

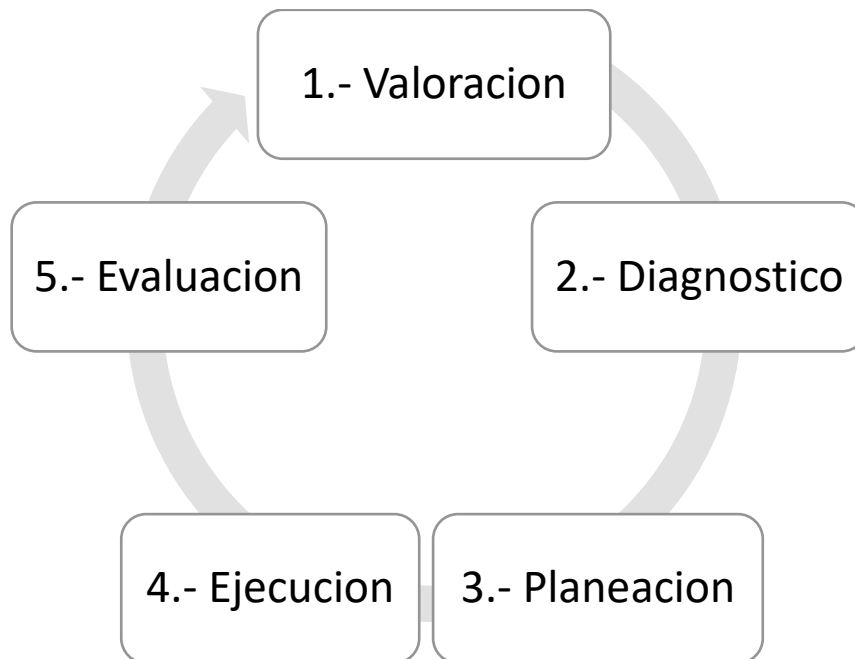
- Sistema completamente compensatorio
- Sistema parcialmente compensatorio
- Sistema educativo de apoyo

La aplicación de un modelo de enfermería para la implementación de un estudio de caso es de crucial importancia debido a que nos permite tener una guía sobre cómo abordar, valorar y proporcionar cuidados a la persona enferma, de igual manera permite a los profesionales de enfermería gestionar toda la información obtenida de manera ordenada y eficaz con el fin de homologar conocimientos y evitar variaciones¹⁷.

Proceso de atención en Enfermería

El actuar de enfermería a partir de la profesionalización se rige por el proceso de atención en Enfermería (PAE), que es definido como un proceso sistematizado, dinámico, interactivo y flexible que tiene como objetivo identificar las problemáticas de salud reales o potenciales y tratar las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad, este se encuentra dividido en las siguientes etapas¹⁸.

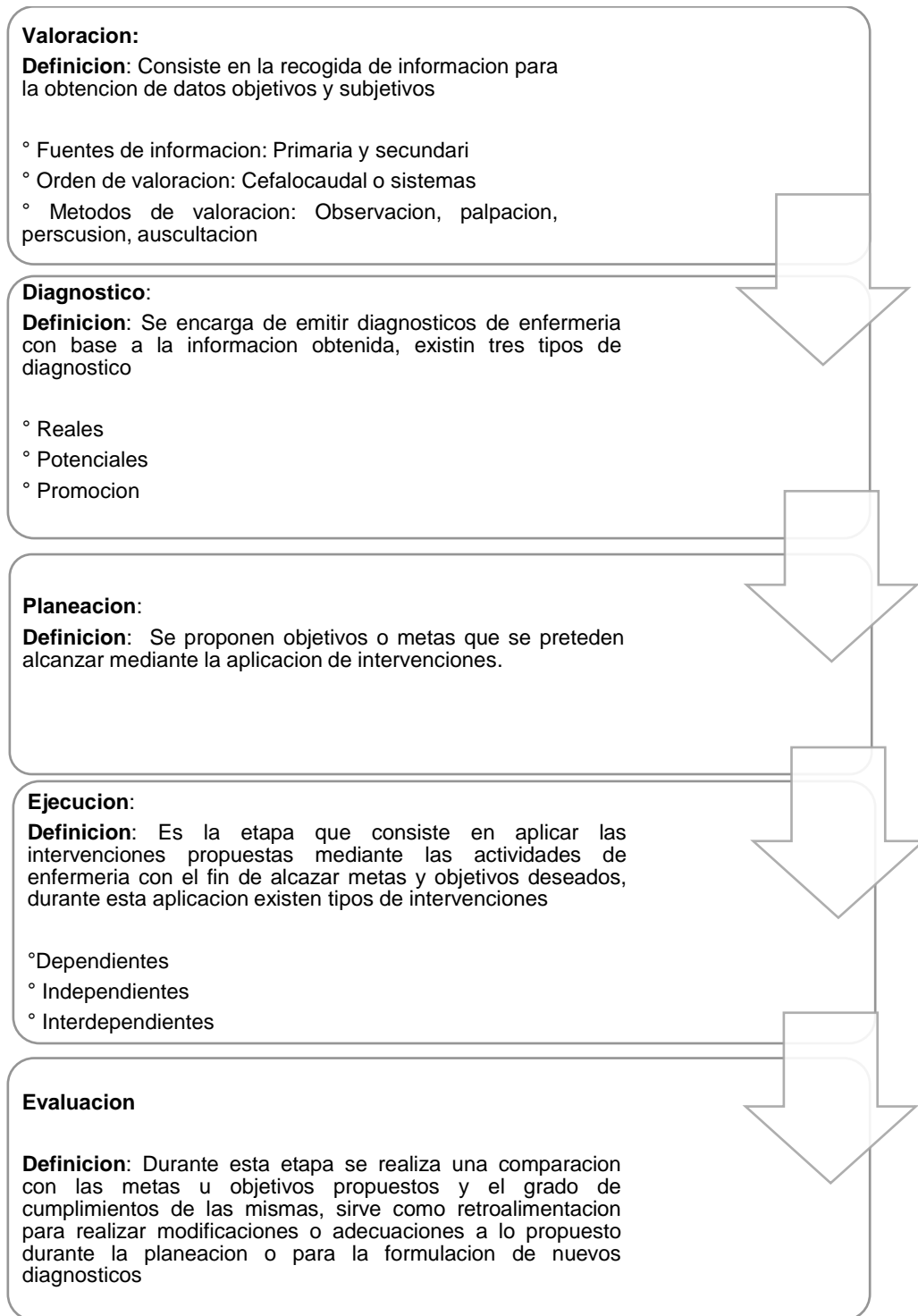
Imagen No. 3 Proceso de atención de enfermería



Elaborado: Sanchez Z, abril 2023, alumno de la especialidad en enfermería neurológica.

Cada etapa tiene sus propias características, el saber utilizarlas nos permitirá realizar planes de cuidado de manera sencilla, a continuación, se explican las etapas de manera resumida.

Imagen No. 4 Proceso de atención en enfermería.

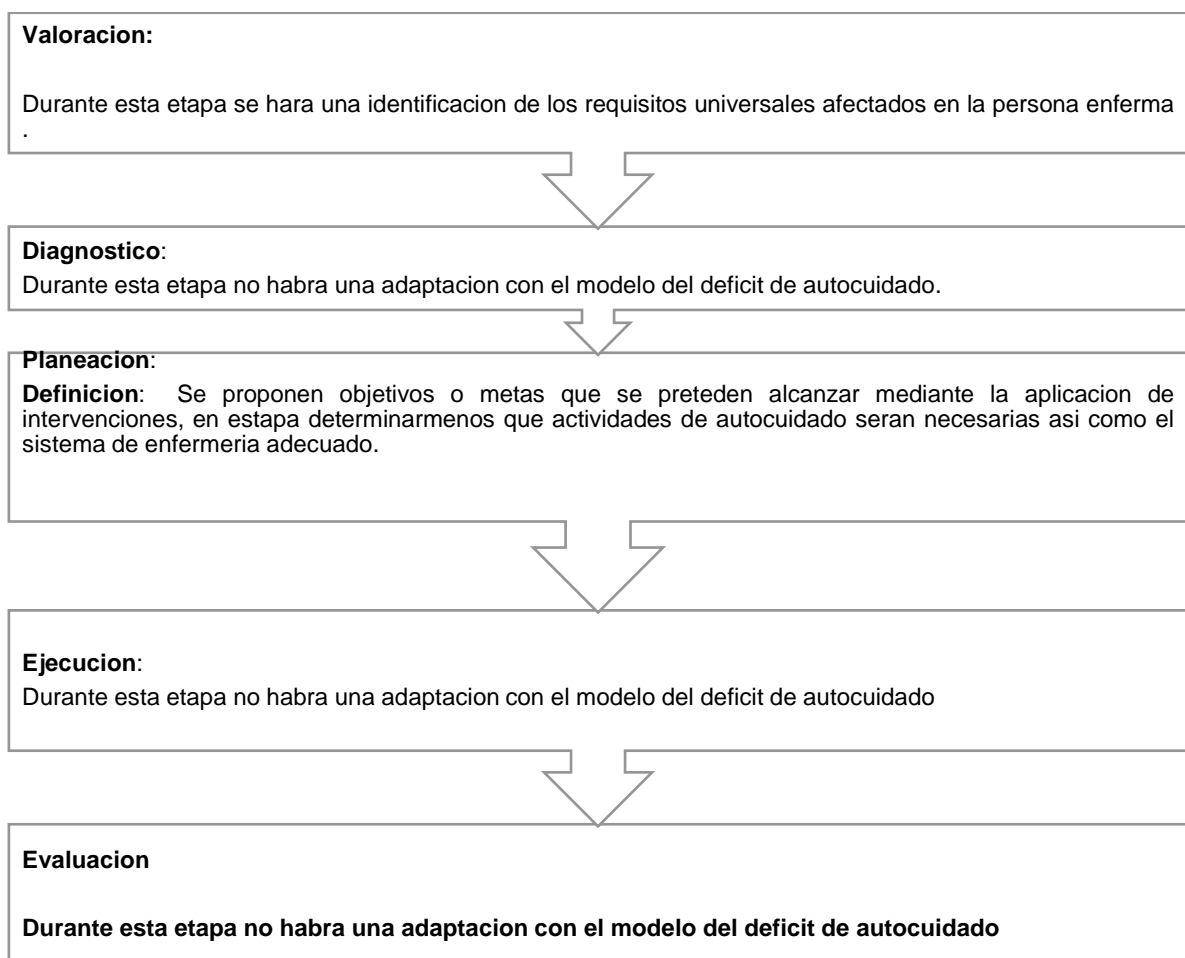


Elaborado: Sanchez Z, abril 2023, alumno de la especialidad en enfermería neurológica.

Relación entre el modelo de déficit de autocuidado y PAE

Con base a lo antes mencionado se puede hacer una adecuación para la implementación de ambas herramientas, la utilidad que nos brinda usar ambos sistemas es que por un lado la teoría nos brindará una manera de actuar, así como el definir nuestras acciones y el PAE nos dará una parte práctica del como ordenar toda la información obtenida para elaborar planes de cuidado de enfermería, se realiza una adecuación en la siguiente figura.

Imagen No. 5 Relación entre modelo de autocuidado y el proceso de atención en enfermería



Elaborado: Sanchez Z, abril 2023 alumno de la especialidad en enfermería neurológica.

Análisis de los estudios relacionados

Los meningiomas en la actualidad son los tumores primarios cerebrales con mayor prevalencia a nivel mundial según Martha Nowosielski et al¹⁹. Distintos autores como Gomez vega, Ocampo Navia, Aguirre Cruz y Anaya G describen el mismo comportamiento epidemiológico y refieren que las meningiomas son los tumores centrales de mayor incidencia a nivel mundial y nacional²⁰⁻²³.

La etiología puede ser de carácter ideopatico sin embargo varios autores como Preusser m, Moussalem C et al y Yang J et al han descrito que la gran mayoría de meningiomas comparten una serie de alteraciones genéticas; entre las más importantes se describe el neuro fibroma 2 (NF2), receptor activador de factor 7 (TRAF7), AKT1, y el SMO hallando estas fallas genéticas en 40-80% de los meningiomas^{24,26}.

Fisiopatológicamente se describe el desarrollo del meningioma como cualquier otro proceso de carcinogénesis debido a los errores en la señalización de la apoptosis a causa de fallas genéticas antes descritas provocando una replicación sin control como refieren Álvarez Aldana, Civetta María y Benítez sanchez en sus respectivos estudios²⁷⁻²⁹.

En materia de clasificación existen un gran numero de clasificaciones para los tumores sin embargo las clasificaciones más utilizadas son las proporcionadas por la OMS en sus distintas modificaciones información respaldada por el Instituto Nacional del Cáncer y por Sinning M^{30,31}.

Hablando de manifestaciones clínicas no se ha podido establecer una sintomatología específica debido a que los meningiomas desatan manifestaciones según la ubicación de crecimiento, sin embargo autores como Maggio Et al Han descritos tres posibles signos cardinales que son el efecto masa, convulsiones y presión intracraneal aumentada sin otras patologías adyacentes⁴, otros investigadores como Pérez Castro, Diaz Echevarría y Lara Moctezuma et al, han realizado tablas que describen la sintomatología según la ubicación específica de la neoplasia³².

Particularmente en el caso de los meningiomas los estándares de oro para el diagnóstico son la combinación de los estudios de imagen conformados por la resonancia magnética o tomografía contrastada en conjunto con la biopsia para

confirmación de las características histopatológicas. Esto es respaldado por autores como Gritsch S, Quiros CK, Buerki RA, Previgliano CH y Park K en sus respectivas investigaciones³³⁻³⁷.

Finalmente, en materia de tratamiento las alternativas terapéuticas parecen ser prometedores, se continúa considerando el tratamiento quirúrgico con la resección total como el estándar de oro y los resultados se ven afectados con la experiencia del propio cirujano, características topográficas y morfológicas del meningioma como bien remarcan Goldbrunner R et al, Roig Caraballo E, Morales F et al y Perales C³⁸⁻⁴². Otros tratamientos pueden implementarse como coadyuvantes como podría ser la radioterapia bajo estrictos criterios como denota Di-Franco et al⁴³ y los últimos tratamientos que utilizan los reguladores de ciclo celular en pacientes con grado II-III parecen ser altamente efectivos sin embargo recalcan Young JS et al y Mair Mj que se necesitan mas ensayos para poder corroborar la efectividad^{44,45}.

Daños a la salud

Definición

Los Meningiomas son los tumores primarios del SNC que se presentan con mayor frecuencia a nivel mundial, tienen un origen en las células aracnoideas meningoteliales y pertenecen al grupo de neoplasias intracraneales y extra axiales¹⁹.

Epidemiología

De acuerdo con las bases de datos y estudios consultados se establece que los tumores primarios del SNC tiene una incidencia mundial aproximada de 1.4% de los nuevos diagnósticos de cáncer y que causan el 2.6% de muertes por cáncer, en un estudio realizado en Latinoamérica se estableció que los meningiomas son la neoplasia más común del SNC en el adulto 36%, seguidos por los glioblastomas con incidencia del 15%²⁰.

A nivel mundial se establece una incidencia que oscila entre los 10.8 a 23.0 por cada 100,000 habitantes⁶, En Colombia las últimas estadísticas reportan una incidencia de 3.4 por cada 100,000 habitantes hombres y de 2.5 por cada 100,000 habitantes mujeres²⁰.

En México un estudio realizado en instituto nacional de neurología y neuroglia la causas de ingreso hospitalario más común fueron los tumores del sistema nervioso

central representando un 33% del total de ingresos durante los años de 1965 a 2014²¹, otro estudio realizado en el mismo hospital reporto una prevalencia total de tumores del SNC de 511 pacientes entre 1993 al 2013 siendo la mayor prevalencia los de origen meníngeo 71 casos²², finalizando en un estudio realizado en Guanajuato se estableció una incidencia de 79 casos de tumores primarios del SNC en el periodo de enero del 2017 a Julio 2018 y entre estos el que presento mayor prevalencia fueron los meningiomas con una incidencia de 26 casos⁶.

Haciendo énfasis hacia los meningiomas se establece una incidencia a nivel mundial del 37.7% de todos los tumores primarios del SNC y de estos el 53.3% son de carácter benigno⁵, y según la distribución de edades los meningiomas suelen tener una mayor incidencia en pacientes mayores a 60 años, adicional otros factores como el sexo parecen afectar en el grado de malignidad en los meningiomas siendo que los hombres presentan el doble de riesgo de desarrollar un Meningioma maligno y en cuestiones de raza las personas de raza negra tienen un mayor riesgo de desarrollar un Meningioma en comparación con la raza blanca²³.

Etiología

Como la gran mayoría de neoplasias estas tienen su etiología en las mutaciones genéticas que se encuentran ligadas estrechamente a los factores de riesgo los cuales son variados y abarcan aspectos genéticos, etnicidad, diabetes, hipertensión, edad, sexo y exposiciones a radiaciones, entre ellos se enumeran las siguientes mutaciones genéticas que se han observado como predisponentes para el desarrollo de los meningiomas, a efectos de este estudio de caso solo se abarcaran mutaciones genéticas más estudiadas y con desarrollo de meningiomas intracraneales.

Neurofibroma 2 (NF2)

La primera alteración genética descubierta para el desarrollo de meningiomas fue el supresor tumoral NF2 que se encuentra ubicado en el cromosoma 22²⁴, la pérdida de este cromosoma ha sido identificada en el 40-80% de los meningiomas y casi el 60% de estos presentan una deficiencia del gen NF2, la función de este gen es la producción de la proteína llamada merlina que sirve como unión entre la membrana de proteína con el citoesqueleto de las células y que suprime la formación de tumores, la pérdida de esta proteína es característico de todos los meningiomas asociados a NF2²⁵.

TNF receptor activador factor 7 (TRAF7)

Los meningiomas con mutación de NF2 una mutación que se encuentra relacionada es la de TRAF7 que causan una afectación en WD40 el cual se encuentra relacionado en la regulación de p38MAPK la cual cumple una función en la supresión de tumores y de MEKK3 la cual regula la función de NF- κ B²⁴⁻²⁶.

AKTI

Un 8% de los meningiomas se encuentran relacionados a esta alteración, este gen forma parte del camino de señalización del PI3K el cual ayuda a controlar la multiplicación celular²⁴, AKTI ayuda a la producción de la quinasa la cual tiene una función activando PI3K, la alteración de este gen produce una sobre reacción de PI3K que promueve señales de crecimiento celular²⁵.

SMO

Esta proteína forma parte de la vía de señalización de Hh, esta vía se encuentra fuertemente relacionadas con la activación de los genes responsables de las funciones celulares tanto en crecimiento como en proliferación, así como de la angiogénesis²⁵.

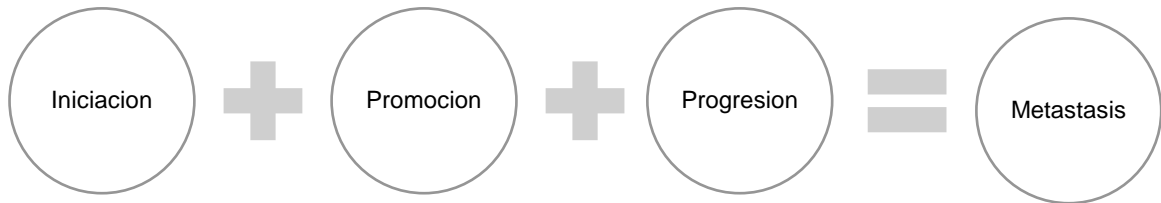
Fisiopatología

El proceso para el desarrollo de un tumor o neoplasia incluye una serie de complicados procesos donde varios mecanismos se ven involucrados, distintas condiciones ambientales, genéticas, fallos en genes supresores y proto oncogenes para la culminación de un proceso denominado carcinogénesis que es el proceso por el cual una célula normal se transforma a una célula cancerígena mediante varias etapas que se representan en el siguiente esquema^{27,28}.

- **Iniciación:** Representa la etapa donde inicia la multiplicación celular, durante esta etapa influyen factores químicos, ambientales, físicos o genéticos, no se considera una etapa maligna.
- **Promoción:** Es la etapa donde inicia el crecimiento tisular con la formación de una neoplasia/tumor, participan factores de crecimiento y vías de señalización.

- Progresión: Es la primera etapa de carácter maligno, implica la capacidad de las células mutadas de romper la barrera basal para invadir tejidos cercanos o lejanos produciendo de esta manera la metástasis.

Imagen No. 6 Carcinogénesis



Elaborado: Sanchez Z, abril 2023, alumno de la especialidad en enfermería neurológica.

Se debe comprender que la carcinogénesis en el proceso fisiopatológico de cualquier neoplasia, la variación se dará según el proto oncogén que esté presente en el caso de los meningiomas podemos listar el NF2, TRAF7, Soma, AKT1 los cuales evitan o reducen las vías de señalización para la apoptosis de los genes supresores como el P30 o el P53, cabe mencionar que la probabilidad de que todos estos factores se presenten es poco probable²⁹.

Clasificación

Existen varias clasificaciones que consideran distintos puntos a considerar para clasificar los meningiomas sin embargo en la actualidad las clasificaciones más utilizadas son las de la OMS y la del INC^{30,31}.

Tabla No. 1 Clasificación de los meningiomas INC

| Clasificación del meningioma según el INC | |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grado | Características |
| Grado I | Tumor de bajo grado; el más común, esto significa que las células neoplásicas progresan y proliferan de forma lenta. |
| Grado II | Meningioma atípico intermedio, significa que hay una probabilidad alta de que el tumor haga recidiva al ser extirpado. |
| Grado III | Meningioma anaplásico maligno, de rápida progresión y proliferación. |

Instituto Nacional del Cáncer. Meningioma. (Internet) 2020 Mar (citado 2023 de Abr 21) Disponible en: <https://www.cancer.gov/rare-brain-spine-tumor/espanol/tumores/meningioma>.

Tabla No 2 Clasificación de los meningiomas OMS

| Clasificación tumores cerebrales del SNC según la OMS | |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grado | Características |
| Grado I | Tumores circunscritos, de lento crecimiento y bajo potencial de conversión a un tumor de mayor malignidad |
| Grado II | Tumores de borde difuso, lento crecimiento y algunos, con tendencia a progresar a tumores de mayor malignidad. |
| Grado III | Tumores infiltrantes con células atípicas o anaplásicas y mayor número de mitosis. |
| Grado IV | Tumores de rápido crecimiento con células con alta tasa mitótica, pudiendo presentar vasos de neoformación y área de necrosis. |

Sinning M. Clasificación de los tumores cerebrales. Chile. Rev Elsevier (internet) 2017 Jun (citado el 2023 Abr 21) Disponible en:

DOI: 10.1016/j.rmcl.2017.05.002

Tabla No. 3 Clasificación WHO de meningiomas, tasas de recurrencia y correlación con patrones genéticos

| Grado I | Descripción | Subtipos | Patrón molecular asociado | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
| Frecuencia incidencia: 80-85% Recurrencia: 25% | -Bajo índice mitótico <4 por CAP -Ausencia de invasión cerebral -9 subtipos histológicos | 1.- Meningoendotelial | TRAF7, AKT1, SMO, PIK3, POLR2A | | |
| | | 2.- Fibroso 3.- Transicional | NF2, PIK3, AKT1 | | |
| | | 4.- Psammomatoso | NF2 | | |
| | | 5.- Angiomatoso | NF2 | | |
| | | 6.- Microcítico | NF2 | | |
| | | 7.- Secretor 8.- Linfoplasmático | KLF4, TRAF7 | | |
| | | 9.-Metaplasico | ----- | | |
| | | Grado II Frecuencia incidencia: 15-20% Recurrencia: 30-50% | Rango mitótico entre 4-19 por CAP, o invasión cerebral o algunas de las siguientes: -Necrosis geográfica o espontanea -Crecimiento sin patrón -Núcleo prominente -Alta celularidad -Citoplasma en células pequeñas | 1.- Atípico | NF2, TRAF7, AKT1, TERT |
| | | | | 2.- Células claras | SMARCE1 |
| 3.- Cordoide | NF2 | | | | |
| Grado III Frecuencia de incidencia: 1-2% Recurrencia: 50-99% | -Índice mitótico >20 por CAP -Anaplasias (sarcoma, carcinoma o histología similar melanoma) | 1.-Anaplasico | NF2, TERT | | |

Pérez-Castro JA, et all. Presentación de un meningioma con síntomas iniciales oftalmológicos. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2018 oct [citado 2023 Abr 23]; 61(5): 32-43. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000500032&lng=es.

Manifestaciones clínicas

Como la mayoría de los tumores del sistema nervioso central suelen ser de carácter asintomático y son descubiertos de manera incidental pero no por un signo específico, en caso de presentar algún síntoma se relaciona más con la ubicación y al área que afecta más que a la propia neoplasia sin embargo se describen tres posibles signos⁴.

- Efecto de masa: puede producir alguna afección neurológica como por ejemplo afectación de algún nervio craneal.
- Convulsiones en caso de afectar alguna zona de alta incidencia epiléptica.
- Presión intracraneal aumentada: la cual puede conducir a cefaleas de intensidad variable.

Otra manera de las posibles manifestaciones clínicas se relación con la locación como se presenta en la siguiente tabla³²:

Tabla No 4 Clasificación de meningiomas de acuerdo con localización y cuadro clínico

| Tipo | Posible localización | Cuadro clínico |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meningiomas de fosa anterior | Techo orbitario, orbita y nervio óptico, surco olfatorio, diafragma celar | Representan 5-10% de los meningiomas intracraneales -Síntomas iniciales: déficit visual uní o bilateral progresivo y deterioro cognitivo de funciones superiores. Síntomas tardíos: Cefalea e hipo anosmia. |
| Meningiomas de fosa media | Clinoide anterior, ala menor del esfenoides, seno cavernoso, quiasma óptico, borde libre tentorio en su tercio medio y anterior | Representan 3.8 de los meningiomas intracraneales. -Síntomas iniciales: crisis epilépticas, cefaleas, déficit visual, hipoestesia hemifacial con oftalmoplejía por compresión de nervios III, IV y/o VI. Síntomas tardíos: cefaleas, crisis epilépticas, neuralgias faciales, trastornos de memoria. |
| Meningiomas de fosa posterior | Clivales, petroclivales, petrosos, agujero magno y del tentorio | Representan el 10% de los meningiomas intracraneales. -Síntomas iniciales: están relacionados de forma estrecha con su localización, trastornos de memoria y déficit visual progresivo. |

Pérez-Castro JA, et all. Presentación de un meningioma con síntomas iniciales oftalmológicos. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2018 oct [citado 2023 Abr 23]; 61(5): 32-43. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000500032&lng=es.

Diagnóstico

Como se ha expuesto antes el diagnostico de los meningiomas suele suceder de manera incidental sin embargo determinar el subtipo y el grado puede ser un poco más complicado debido a que actualmente se han identificado 15 variantes de acuerdo con su histopatología y características moleculares³³, sin embargo los estudios de imagen siguen siendo el estándar de oro para su diagnóstico en este caso

se utilizaran la historia clínica con el examen físico, resonancia magnética o tomografía contrastada en caso de no disponer con la resonancia magnética y para determinar la histología la biopsia³⁴.

- Resonancia magnética: los tumores suelen verse entre hipo a isointensos en contraste con la corteza cerebral con secuencia T1 y se observaran hiperintensos a la administración de gadolinio en secuencia T2^{34,35}, otro hallazgo que se presenta con frecuencia en este tipo de neoplasias es el signo de cola dural o “cola de ratón” que se manifiesta entre el 60-70% de meningiomas este consiste básicamente en una presencia lineal en uno o ambos extremos del meningioma, esta característica ayuda a determinar la ubicación extra axial del tumor y establecer que el tumor es un meningioma^{35,36}.
- Tomografía computarizada: se observa una masa hiperdensa con forma redondeada y lobulada, la cola dural puede ser visible, tiene mayor efectividad para detectar hiperostosis y crecimiento interóseo en comparación con la resonancia magnética, pese a lo antes mencionado se debe de optar por realizar siempre una resonancia magnetica^{34,37}.
- Biopsia: Si bien las imágenes pueden orientar hacia saber si existe alguna masa de características tumorales, la biopsia siempre será el método diagnostico para establecer el tipo de neoplasia que existe, en este caso se podrán observar un tipo de células llamadas “vertilicios” que se mineralizan sirviendo como muestras patognomónicas de meningioma³⁴.

Con lo antes mencionado debemos saber realizar un diagnóstico diferencial, otras posibles entidades que podrían hacerse pasar como un meningioma son otros tumores primarios de origen central, metástasis o neuro infecciones, otra manera seria ver datos poco comunes que generan sospecha de otro diagnostico son en las imágenes como edemas masivos, leptomeninge o compromiso óseo^{34,35}.

Tratamiento

Las variaciones de los meningiomas, así como la gran cantidad de variantes ocasiona que toda terapia brindada para su control o eliminación sea individualizada considerando factores como la edad, expectativa de vida, preferencias del paciente, grado histológico, ubicación del meningioma y se deba llevar una planeación

minuciosa previa a cualquier intervención de salud, actualmente se considera que la primera línea debe ser quirúrgica seguida de radioterapia fraccionada o radiocirugía²⁴.

De igual manera en la guía de tratamiento y diagnóstico de la para el meningioma de la EANO se menciona que si el paciente es asintomático, con meningioma pequeño o calcificado será poco probable que requiera tratamiento³⁸, por otro lado pacientes que presenten déficits neuronales, con un grado histopatológico alto según clasificación o una resección parcial con alto grado de recidiva probablemente necesitará tratamiento coadyuvante con radioterapia o radiocirugía²⁴.

Tratamiento quirúrgico

La resección de quirúrgica total es el tratamiento de oro para resolver las problemáticas causadas por los meningiomas, esto debido a que elimina la compresión que este causado en la estructura afectada aliviando de manera rápida los síntomas y mejorando la sobrevida del paciente, pero corriendo el riesgo de algún déficit neurológico entre el 2-30% dependiendo de la localización y del grado histológico³⁹.

Otro estudio realizado en el Hospital Universitario de Salamanca estableció que factores como la cantidad de arterias y nervios involucrados en el tumor afectarán directamente en la posibilidad de realizar una resección total o parcial y con esto valorar el grado de funcionalidad que tendrán después del evento quirúrgico⁴⁰, adicional la experiencia del cirujano juega con papel vital y las nuevas tendencias hacia la realización de cirugías seguras mediante el uso de nuevas técnicas menos invasivas parecen mejorar el pronóstico de las cirugías^{24,41}.

Debido al riesgo de recurrencia a pesar de una resección total o parcial exitosa en 1957 Simpson estableció una clasificación para determinar el grado y porcentaje de recidiva^{34,42}.

Tabla No. 5 Escala de recidiva Simpson

| Grado | Resección quirúrgica | Recidiva (%) |
|------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Grado I | Resección completa, incluida inserción dural y el hueso anormal. | 9% |
| Grado II | Resección completa, con coagulación de la inserción dural. | 19% |
| Grado III | Resección completa, sin resección o coagulación de la inserción dural. | 29% |
| Grado IV | Resección subtotal | 44% |
| Grado V | Solo descompresión tumoral (biopsia). | - |

SIMPSON D. The recurrence of intracranial meningiomas after surgical treatment. J Neurol Neurosurg Psychiatry. (Internet) 1957 Feb (citado 2023 Abr 23) ;20(1):22-39. Disponible: doi: 10.1136/jnnp.20.1.22. PMID: 13406590; PMCID: PMC497230.

Radioterapia

La aplicación de este tipo de terapias se puede usar en distintas modalidades, se puede usar como coadyuvante en resecciones parciales (cuando el meningioma tiene un grado III según OMS), utilizarse solo radiocirugía o radiocirugía con radioterapia fraccionado, dependerá del tipo de tumor en características morfológicas e histopatológicas, sin embargo, este tipo de tratamientos suelen estar limitados a evitar un mayor crecimiento que a eliminar al tumor en su totalidad, de igual manera sigue criterios como tumores con alto riesgo quirúrgico, adecuada distancia con el tejido sano y que tengan un tamaño máximo entre 3-4cm⁴³.

Otros tratamientos

Actualmente existe una gama de tratamientos variados pero que no son accesibles en todo el mundo debido a que sus costos pueden ser sumamente elevados, aún se encuentran en etapas de estudio o no se ha demostrado una mejoría significativa contra los tratamientos antes mencionados, a continuación, se enlistan los siguientes:

- Quimioterapia: La trabectedina es el único citostático usado en la actualidad para meningiomas grado II/III, ha finalizado su estudio y se esperan resultados sobre su efectividad²⁴.
- Cuchillo cibernético: ha mostrado resultados prometedores sin embargo sus costos de aplicación son extremadamente elevados y actualmente su uso se limita en gran parte a estados unidos, parece ser mejorar que la radiocirugía y la radioterapia fraccionada⁴³.

- Inmunoterapia: parece ayudar a la apoptosis programada de células cancerígenas, sin embargo, se encuentra en fase II de investigación para publicar nuevos resultados²⁴.
- Reguladores de ciclo celular: La utilización de estos medicamentos sistémicos parecen ser prometedores en pacientes con grados II/III de meningiomas, sin embargo, se necesitan más estudios para poder verificar efectividad, pero parecen ser la terapia más prometedora de la actualidad^{44,45}.

Pronostico

Existen una serie de factores que vuelven difícil establecer un pronóstico de vida para pacientes con meningiomas, esencialmente se basara en los grados establecidos por la OMS, de manera sencilla los pacientes con grado I tiene un excelente pronóstico de vida ya sea con o sin tratamiento sin embargo pacientes con grado III suelen tener un mal pronóstico por las dificultades de la cirugía y los altos grados de recidiva.

otros factores como la invasión cerebral se encuentran bajo discusión debido que no existe suficiente información o criterios histopatológicos estandarizados por la falta de casos con estas complicaciones, con lo antes mencionado el riesgo de invasión del sistema nervioso central debido a los meningiomas no se han establecido⁴⁶.

De igual manera los factores genéticos parecen demostrar una afectación en los pronósticos de vida en las personas con meningioma, pero se necesitan más estudios y muestras histopatológicas e imagenológicas para poder elaborar criterios estandarizados del pronóstico de los pacientes con ciertos tipos de mutaciones genéticas⁴⁷.

Capítulo 3 Metodología

La implementación de los estudios de caso tiene una gran utilidad para la realización de análisis sobre diferentes situaciones clínicas, esto con el fin de reforzar conocimientos y puntos de prácticas favorables sobre determinadas circunstancias que se podrían presentar durante la labor de enfermería.

Este tipo de herramienta se ha usado desde la cultura egipcia los cuales elaboraban papiros que narraban la implementación de técnicas o acciones en ciertas enfermedades, siglos más tarde en la edad media la medicina de origen islámico presento grandes avances en la medicina detallando de manera minuciosa las acciones clínicas que se implementaban en distintos pacientes y actualmente en siglo XXI los estudios de caso se elaboran de una manera estructurada y relatan de manera objetiva los hallazgos relevantes así como las intervenciones aplicadas en diferentes escenarios de salud⁴⁸.

Se puede inferir que los estudios de caso sirven como un buen instrumento para la generación de nuevos conocimientos, ya que permiten relatar la efectividad de la aplicación de tratamientos e intervenciones revolucionarias o describir recomendaciones sobre cómo actuar ante circunstancias con poca incidencia por mencionar algunos escenarios de utilidad.

Permitiendo la reflexión, razonamiento y emisión de juicios clínicos sobre determinados escenarios que propician ser usados para el aprendizaje y la elaboración de propuestas de mejora en cuanto a determinadas intervenciones implementadas^{49,50}.

En conjunto la implementación del proceso de atención de enfermería es de vital importancia ya que esta herramienta metodológica permite tener una secuencia de pasos para la elaboración de planes de cuidados de manera científica, esto permite al enfermero actuar de manera organizada para la emisión de diagnósticos de enfermería que serán la base para el planteamiento de objetivos y la estructuración de intervenciones para alcanzarlos.

La aplicación de ambas herramientas es decir el modelo de atención y el proceso de atención de enfermería, permiten generar la enfermería basada en evidencia (EBE), por un lado, los profesionales de enfermería pueden leer un estudio de caso y aplicar la EBE con base a lo recomendado.

Cabe mencionar que la aplicación de la EBE constituye un marco de referencia para conseguir evidencia científica que guíen y garanticen la gestión del cuidado de enfermería sea aplicada de manera oportuna, adicional la utilización de esta permite la generación de enfermeros con la capacidad de realizar investigación científica y que amplíen el cuerpo de conocimientos de la profesión⁵¹⁻⁵³.

El siguiente estudio de caso es carácter descriptivo y observacional, para su realización se seleccionó una persona durante la rotación práctica de la especialidad en enfermería neurológica del mes de marzo-junio del 2023 en el cuarto piso de Hospitalización del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco en la Ciudad de México. Previa a cualquier intervención o valoración se buscó la autorización de la familiar mediante un consentimiento informado (Apéndice 1), dicho consentimiento fue firmado por la madre del paciente con el consentimiento verbal de la persona, de testigos firmaron el hermano de la persona enferma y la jefa de enfermería del servicio del turno matutino y como responsable del estudio mi persona L.E Zahid Andres Sanchez Vázquez.

Estrategias de recolección de datos

Para el siguiente estudio de caso se utilizó el instrumento de valoración (Apéndice 2) fundamentado con el modelo del autocuidado de Dorothea Orem y adaptado a aspectos neurológicos, Dicho cuestionario cuenta con preguntas cerradas, abiertas y anotaciones observadas mediante la valoración del paciente, cuenta con un total de 8 ítems (requisitos universales).

El instrumento se aplicó en un tiempo aproximado de 45 minutos el día 25 de marzo del 2023 en presencia de la madre de la persona fungiendo como ayuda para ciertas preguntas en las cuales la persona no podía darse a entender debido a problemas de la comunicación.

Como fuentes indirectas se consultó el expediente clínico del paciente para la obtención de valoraciones previas, laboratorios, imágenes e historia clínica con previa autorización del personal de enfermería y personal médico.

Para la obtención de información documental se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en inglés y español mediante bases de datos y páginas de organización internacionales las cuales fueron Pubmed, sCielo, Elseiver, Redalyc, Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional del Cáncer, Normas oficiales mexicanas, libros y guías de práctica clínica nacionales e internacionales mediante la utilización de palabras claves y operadores booleanos, meningioma, neurorrehabilitación, pronóstico, clasificación, adulto, neuroplasticidad, cuidado de enfermería, epidemiología, factores genéticos, tratamientos con los operadores booleanos AND, OR, NOT obteniendo 200 resultados de las cuales se seleccionaron 93 resultados para revisión de la literatura.

Aspectos éticos

El desarrollo del siguiente estudio no compromete, ni presenta un riesgo para la salud o la integridad al participante, debido a que se llevará a cabo mediante un alcance de tipo descriptivo-observacional, en la cual se efectuará primero la firma de un consentimiento informado con base a los requerimientos presentados en la NOM-012-SSA3-2012, la cual establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos a través de documento escrito, signado por el responsable del estudio, mediante el cual el sujeto de investigación acepta participar voluntariamente en una investigación, una vez que ha recibido la información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los riesgos y beneficios esperados⁵⁴.

Posteriormente la recolección de datos se obtendrá a través de medios como las entrevistas, instrumentos y valoraciones, todo con el fin de determinar los requisitos afectados y las necesidades de la persona. Ahora, continuando con lo mencionado anteriormente, de acuerdo con el artículo 17, de la ley general de salud en materia de investigación, el estudio está en el apartado en el que los riesgos para la persona son nulos, ya que, el estudio emplea técnicas y métodos de recolección documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada a las cuestiones fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio⁵⁵.

Cabe mencionar que este estudio está sujeto y/o fundamentado a la declaración de Helsinki, el cual tiene como propósito principal comprender las causas y efectos de las enfermedades para posteriormente mejorar las intervenciones preventivas. Es de suma importancia destacar que la investigación médica está sujeta a normas éticas

que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos, así también proteger su salud, su confidencialidad y sus derechos individuales, esto con el objetivo de generar nuevos conocimientos para la profesión y para las personas involucradas en el estudio^{56,57}.

Por su parte, el informe de Belmont adquiere mucha trascendencia, ya que establece ciertos principios éticos encaminados a la protección de los participantes en la realización de una Investigación^{58,59}.

- Autonomía: Se proporciona consentimiento informado y protegiendo la identidad, así como datos del paciente, de igual manera la persona puede retirarse en el momento que el desee.
- Beneficencia: Como se ha mencionado no existe algún riesgo relacionado al estudio debido a la naturaleza del estudio, adicional los beneficios apoyaran a los familiares de la persona y a la persona con el plan de alta.
- No maleficencia: Ninguna intervención o información se brinda con la intención de generar daño o conflicto a la persona.
- Justicia: tendrá un beneficio social ya que serviría para expandir los conocimientos de la profesión y las personas involucradas tendrá acceso a la información durante todo momento.

Para la recogida de información por el expediente clínico se siguen las directrices de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA03-2021, NOM-019-SSA3-203^{60,61} y siguiendo de igual manera siguiendo la carta de derechos de los pacientes en los Estados unidos mexicanos⁶² (anexo 3).

Capítulo 4 Proceso de atención en enfermería

Presentación del caso

Se trata de paciente Ernesto L.P.L de 35 años nacido el 18 agosto de 1987, masculino, acude al servicio de urgencias del INNNMV el 27 de febrero del 2023, canalizado de un hospital de segundo nivel en ciudad Juárez debido a cefalea intensa, plejia de lengua, disartria y por aparente recidiva de meningioma de foramen.

Antecedentes heredofamiliares:

- Madre aparentemente sana.
- Padre diagnosticado de hipertensión arterial sistémica de 3 años de evolución.
- Hermanos aparentemente sanos.

Antecedentes personales:

- Quirúrgicos: resección de meningioma parcial (2001), cirugía de cuerdas bucales con colocación de implante de teflón.
- Hospitalizaciones: 4 hospitalizaciones previas por mismos diagnósticos.
- Patologías adicionales: negadas.

A la somatometría se encuentran los siguientes datos:

- 67 kg
- 1.68 m
- IMC: 23.7

A la medición de signos vitales se encuentran los siguientes datos:

- T/A: 128/75 mmHg
- Fc: 68 rpm
- Fr: 18 rpm
- T°: 36.8° c
- Sao2: 98%
- Glucosa: 96 mg/dl
- A la valoración neurológica y de nervios craneales se encontró lo siguiente:

Tabla No. 6 Valoración de urgencias 27 de febrero del 2023

| Valoración | Hallazgos encontrados |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado de conciencia | Se observa paciente alerta, orientado, respondiendo a estímulos de manera adecuada y con funciones cognitivas conservadas. |
| Pupilas | Se realiza valoración pupilar, se encuentran isocóricas, reactivas, sin afectaciones observables. |
| Nervios craneales | XI: Se observa disartria. No se observan otras alteraciones en nervios craneales. |
| Función motora | <ul style="list-style-type: none"> Fuerza: 5 de 5 según escala de Daniels Trofismo: Normal. Tono: Normal. Reflejos: Conservados, sin reflejos patológicos. |
| Función sensitiva | <ul style="list-style-type: none"> Propiocepción: Conservada. Exterocepcion: Conservada. |
| Función cerebelosa | <ul style="list-style-type: none"> Marcha: Conservada, sin alteración en movimiento. Sin signos de disdiacocinecias o bradicinecias. |

Elaborado: Sanchez Z, abril 2023, alumno de la especialidad en enfermería neurológica

Se recabaron resultados de laboratorio obteniendo los siguientes valores:

Tabla No. 7 Análisis de laboratorio 27 de febrero del 2023

| Biometría hemática | | |
|-------------------------------|----------------|---------------------|
| Elemento analizado | Resultado | Valores referencia |
| Leucocitos | 8 10^3 /UI | 4.5-10.5 10^3 /UI |
| Eritrocitos | 4.8 10^3 /UI | 4.5-5.9 10^3 /UI |
| Hemoglobina | 16 g/dL | 14-17.5 g/dL |
| Hematocrito | 49% | 42-52 % |
| Volumen corpuscular medio | 90 fL | 80-100 fL |
| Hemoglobina corpuscular media | 29.3 pg | 27.1-33.5 pg |
| Plaquetas | 390 10^3 /UI | 150-400 10^3 /UI |
| Volumen plaquetario medio | 11 fL | 9-13 fl |
| Linfocitos % | 30% | 20-50 % |
| Monocitos % | 4% | 2-7 % |
| Eosinófilos % | 3% | 0-5 % |
| Basófilos % | 1% | 0-2 % |
| Neutrófilos % | 49% | 35.5-70 % |

Datos obtenidos del expediente clínico: Sanchez Z, abril 2023 alumno de la especialidad en enfermería neurológica

No se observan hallazgos anormales en los laboratorios sanguíneos, por lo cual se decide continuar con la programación para cirugía.

Se decide ingreso al servicio de neurocirugía el 28 de febrero del 2023 para cirugía (resección de meningioma de foramen) el día 01 de marzo del 2023 se realiza resección de meningioma parcial.

Durante el 09 de marzo del 2023 cefalea la cual aumenta a un EVA de 7-9/10 durante todo el día sin aparente foco, drenaje ventricular disfuncional, 11 de marzo del 2023 se observa en resonancia magnética absceso en el sitio quirúrgico, se programa plastia dural para el 24 de marzo del 2023.

Valoración inicial de enfermería

25 de marzo del 2023 se acude al 4° piso de hospitalización del INNNMV, Ernesto L.P.L post operado de resección de meningioma total y plastia dural, se encuentra alerta, orientado (tiempo, lugar, espacio y circunstancia), con vendaje tipo capelina, pupilas isocóricas de 3mm con respuesta fotomotora presente, sin presencia de papiledema, con disartria (se realiza técnicas de comunicación mediante una hoja del abecedario, lectura de labios y comunicación no verbal, adicional la madre de la persona ayuda como intermediaria), y con pérdida de la capacidad deglutoria, con drenaje ventricular (instalado el 01 de marzo del 2023) con gasto de 140-180 ml por turno , refiere padecer cefaleas intensas con EVA de 7-10 de 10 durante todo el transcurso del día aumentando a la movilización, presenta episodios de ansiedad por lo cual se realiza cuestionario de Hamilton obteniendo 16 puntos.

Con catéter venoso central tri lumen (instalado el 01 de marzo del 2023, permeable, funcional sin signos de infección, cubierto con apósito transparente con clorhexidina), con traqueostomía y cánula tipo " Jackson " (secreciones blanquecinas) con apoyo oxígeno mediante puritan al 31%, campos pulmonares con estertores húmedos, refiere dolor con EVA de 8 al movimiento de articulaciones del hombro con énfasis en hombro izquierdo, gastrostomía con alimentación artesanal (instalada el 03 de marzo en el hospital GEA González cubierta con ipafix, sin residuos observables, funcional).

Miembros superiores e inferiores íntegros, paciente controla esfínteres y realiza micción de manera espontánea (orina amarilla clara, densidad urinaria de 0.10, con una cantidad de 200-300 ml por micción) y manifiesta estreñimiento con ruidos peristálticos disminuidos 1-2 minuto (no se observa distensión abdominal y paciente indica no tener dolor o molestia abdominal) desde el día 23 de marzo del 2023.

A la utilización del instrumento de valoración neurológica se recopilan los siguientes datos de importancia:

Tabla No. 8 Valoración inicial 25 de marzo del 2023

| Valoración | Hallazgos encontrados |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado de conciencia | Se observa paciente alerta, orientado, respondiendo a estímulos verbales, con funciones cognitivas conservadas (dificultad para realizar comunicación verbal). |
| Signos vitales | <ul style="list-style-type: none"> • T/A: 110/70 mmHg • FC: 68 lpm • FR: 18 rpm • T°: 36.7° • Sao2: 95% • Glucosa: 96 mg/dl (pre pandrial) |
| Pupilas | Se realiza valoración pupilar, se encuentran isocóricas de 3 mm con respuesta fotomotora bilateral, sin signos de papiledema. |
| Nervios craneales | <ul style="list-style-type: none"> • Nervio I: presenta hipo anosmia bilateral ligera hacia olores dulces. • Nervio II: sin defectos observables en campimetría. • Nervio III, IV, VI: conservados, movimientos completos, reflejo fotomotor conservado. • Nervio V: sin alteraciones motoras o sensitivas. • Nervio VII: sin alteraciones motoras o sensitivas. • Nervio VIII: hipoacusia en oído derecho. • Nervio IX: deterioro de la deglución y disminución del reflejo tusígeno. • Nervio X: funciones conservadas. • Nervio XI: funciones conservadas. • Nervio XII: con hipo parecía de lengua. |
| Función motora | <ul style="list-style-type: none"> • Fuerza: Daniels de 3/5 en el hemicuerpo derecho y 4/5 en hemicuerpo izquierdo. • Trofismo: hipotrófico generalizado. • Tono: normal, no se observa rigidez o espasticidad en ninguna articulación. • Reflejos: Conservados, sin reflejos patológicos. |
| Función sensitiva | <ul style="list-style-type: none"> • Conservada. |
| Función cerebelosa | <ul style="list-style-type: none"> • Marcha: No valorable por reposo |

| | |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>absoluto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diadococinecias: presente de manera ligera en miembro derecho. • Prueba dedo nariz: se completa de manera adecuada. • Prueba rodilla talón: se completa de manera adecuada. |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Elaborado: Sanchez Z, abril 2023, alumno de la especialidad en enfermería neurológica

Laboratorios

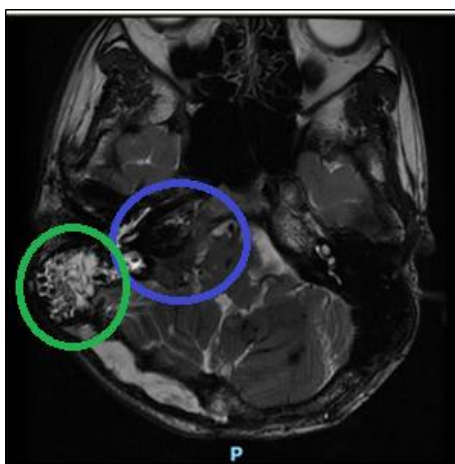
Tabla No. 9 Análisis de laboratorio 25 de marzo del 2023

| Biometría hemática | | |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Elemento analizado | Resultado | Valores referencia |
| Leucocitos | 10.3 $10^3/UI$ | 4.5-10.5 $10^3/UI$ |
| Eritrocitos | 5.1 $10^3/UI$ | 4.5-5.9 $10^3/UI$ |
| Hemoglobina | 14.3 g/dL | 14-17.5 g/dL |
| Hematocrito | 48% | 42-52 % |
| Volumen corpuscular medio | 94 fL | 80-100 fL |
| Hemoglobina corpuscular media | 28 pg | 27.1-33.5 pg |
| Plaquetas | 380 $10^3/UI$ | 150-400 $10^3/UI$ |
| Volumen plaquetario medio | 10 fL | 9-13 fL |
| Linfocitos % | 39% | 20-50 % |
| Monocitos % | 4% | 2-7 % |
| Eosinófilos % | 3% | 0-5 % |
| Basófilos % | 2% | 0-2 % |
| Neutrófilos % | 68% | 35.5-70 % |
| Interpretación: | Los laboratorios se encuentran dentro de los parámetros normales. | |

Datos obtenidos del expediente clínico: Sanchez Z, abril 2023, alumno de la especialidad en enfermería neurológica.

Estudio de imagen, resonancia magnética

Imagen No. 7 Resonancia magnética 11 de marzo del 2023



Se observa cambios esperados por la resección del tumor (azul) y una posible afección el tallo cerebral (vía piramidal) que compromete puente de Varolio (Nervio craneal IX) y bulbo raquídeo (Nervio craneal XII), lo cual explicaría la sintomatología de la persona, de igual manera se observa acumulación de algún tipo de líquido probable absceso (verde).

Imagen propia: Sanchez Z, abril 2023, alumno de la especialidad en enfermería neurológica.

Tratamiento y dieta:

Tabla No. 10 Tratamiento 25 de marzo del 2023

| Tratamiento | Especificaciones: |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dieta | <ul style="list-style-type: none"> • Dieta de 2400 Kcal, 1236 de volumen total a 95ml/hr por gastrostomía |
| Soluciones: | <ul style="list-style-type: none"> • S. salina .9% 1000ml a 40ml/hr • S. salina .9% 100ml + tramadol 300mg a 4 ml/hr |
| Medicamentos: | <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 1 gr IV c/8 horas • Ketoprofeno 100mg VO c/12 horas • Mirtazapina 15mg VO c/12 horas • Omeprazol 40 mg IV c/24 horas • Lactulosa 15ml VO c/12 horas • Quetiapina 50mg VO c/24 horas (noches) • Cefepime 2gr IV c/ 8 horas • Vancomicina 1gr IV c/ 8 horas • Parche buprenorfina 10mcg recambio cada 3 días • Cloranfenicol 1gta c/ 6 horas • Ciprofloxacino 500mg VO c/8 horas • MNB con s. salina 17.7% INH c/4 horas |

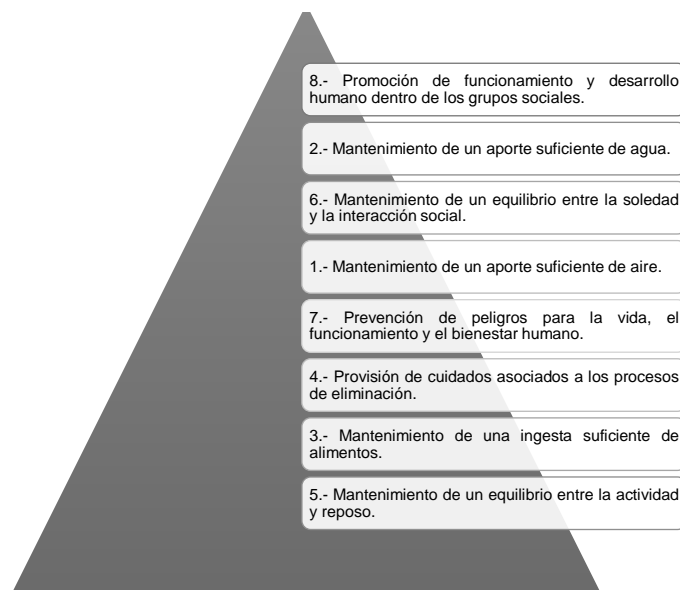
Elaborado: Sanchez Z, abril 2023 alumno de la especialidad en enfermería neurológica.

Con los datos obtenidos se realiza la priorización de los requisitos universales.

Priorización de requisitos universales:

Con base a los requisitos universales afectados y a los datos objetivos-subjetivos que se obtienen de la persona se realiza la siguiente priorización:

Imagen No. 8 Priorización de requisitos de autocuidado.



Elaborado: Sanchez Z, abril 2023 alumno de la especialidad en enfermería neurológica.

Valoración según requisitos de autocuidado universal

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Durante la valoración se auscultan estertores húmedos en regiones apicales y acumulación de secreciones blanquecinas por cánula traqueal, de igual manera se observa el reflejo tusígeno disminuido durante la aspiración de secreciones.

2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

La persona ha presentado poliuria con una diuresis media horaria de 2.0-2,1 ml/hr, teniendo un balance de líquidos negativo de -163 ml por turno.

3.- Mantenimiento de una ingesta de alimentos

Su alimentación se ha visto afectada debido al deterioro de la deglución y la hipoparesia de lengua, debido a esto a perdido 3 kg de peso en menos de un mes de hospitalización, con los factores antes mencionados se agrega el riesgo de aspiración por los problemas de deglución presentes.

4.- Provisión de cuidados asociados a la eliminación

La persona presenta estreñimiento de 2 días de evolución agregado a una motilidad disminuida de 2 ruidos peristálticos cada minuto, esto pudiendo ser ocasionado por la postración prolongada.

5.-Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo

Se observa a la persona con afectación en este requisito debido a deterioro de la Fuerza 3/5 hemicuerpo izquierdo y 4/5 en hemicuerpo según escala de fuerza de Daniels, cuadriparesia, debido a lo anterior su capacidad para mantener actividades se ve disminuida entrando al grupo Karnofsky 3. A consecuencia de los anteriores factores la persona tiene un riesgo de úlceras por presión con puntuación de Braden de 13 puntos, riesgo de caídas con una puntuación de 3 puntos según Downton y un riesgo de trombosis debido a la postración prolongada.

6.- Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social.

A causa de los problemas musculares se ha visto afectada la capacidad para emitir sonidos, por lo cual se ve afectada su capacidad de comunicación verbal presentando disartria, afonía e hipoparesia de lengua, de igual manera la capacidad auditiva se ha

visto disminuida con hipoacusia en el oído derecho, por último debido a las múltiples hospitalizaciones previas y la estancia hospitalaria actual la persona manifiesta episodios de ansiedad con un puntaje de 16 puntos en la escala de Hamilton.

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

Al ser interrogado la persona manifiesta un dolor mayor de 3 meses con un EVA 5-10 de 10 con variaciones durante el día o aumentando con la movilización, adicionalmente presenta estomas por traqueostomía y gastrostomía.

8.- Promoción de funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

En conjunto con las múltiples afectaciones a los requisitos de autocuidado universal la persona ha presentado un afrontamiento inefectivo a su estado de salud por las percepciones deterioradas que observa en los apartados físicos.

Planes de cuidado

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: 5.- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo. | |
| Diagnostico: Deterioro de la movilidad física r/c afectación en vía piramidal m/p Fuerza 3/5 hemicuerpo izquierdo y 4/5 en hemicuerpo según escala de fuerza de Daniels, cuadriparesia. | |
| Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio. | Objetivo: Mejora de la movilidad. |
| Intervención de enfermería: Neurorrehabilitación física. | Acciones: <ul style="list-style-type: none">• Informar a la persona sobre los beneficios de la rehabilitación temprana.• Evaluar la capacidad de la persona de realizar actividades físicas y los arcos de movimientos.• Planificar una rutina de ejercicios físicos pasivos (horario, tiempo y cantidad de ejercicios).• Implementar una rutina de ejercicios en con junto con el familiar de la persona enferma, |
| Evaluación: Se proporcionaron productos de rehabilitación (pelotas texturizadas, plastilina kinestésica, ejercitador de manos y de dedos) para la implementación de ejercicios de motricidad fina y gruesa, se diseñó un plan de ejercicios diarios de 15-30 minutos según tolerancia del paciente y se estableció un horario (10:00-11:00 am) para realizarlos, durante la realización de estos no se observaron alteraciones hemodinámicas o signos de disnea, se mejora levemente la movilidad, se recomienda continuar con los ejercicios indicados. | |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 5.- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo. | |
| Diagnostico: | |
| Déficit de autocuidado: higiene r/c deterioro de la movilidad física m/p grupo 3 según escala de Karnofsky. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Totalmente compensatorio. | Mejorar el autocuidado de la persona: higiene. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Ayuda en el autocuidado: higiene. | <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente sobre los distintos autocuidados a realizar (lavado de dientes, manos, baño en cama). • Preparar los materiales necesarios para la realización del baño del paciente en cama. • Regular la temperatura del agua según las preferencias del paciente. • Realizar el baño en cama con técnica céfalo caudal. • Realizar cambio de sábanas y ropa de paciente. • Realizar higiene bucal. • Informar al paciente sobre la higiene de manos, los momentos y la técnica correcta. |
| Evaluación: | |
| Se implementan autocuidados higiénicos en la persona con el fin de mejorar los procesos de higiene, no se presentaron alteraciones hemodinámicas durante la realización de las actividades planteadas, se mejora el autocuidado mediante la asistencia en la higiene y se alienta a la persona a realizar tareas por sí misma. | |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 5.- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo. | |
| Diagnostico: | |
| Dolor agudo de miembros superiores r/c postración en cama m/p expresión verbalizada del dolor mediante EVA 6-7/10 | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Totalmente compensatorio | Disminuir el dolor |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Manejo del dolor agudo | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del dolor (inicio, características, factores desencadenantes) y utilización de escala EVA • Aplicación de medidas de confort físico (cambios de posición, compresas tibias en zonas de dolor) • Administración de tratamiento farmacológico según corresponda |
| Evaluación: Se aplican medidas farmacológicas y no farmacológicas para el control dolor, el cual disminuye a un EVA de 2/10, se instruye adicionalmente al familiar a aplicar medios físicos cuando la persona enferma inicie con dolores para evitar picos de dolor. | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 5.- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo. | |
| Diagnostico: | |
| Riesgo de lesión por presión r/c postración prolongada y puntuación de 14 de la escala de Braden | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Totalmente compensatorio. | Reducir riesgo de lesión por presión. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Prevención de lesiones por presión. | <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente sobre las medidas para la prevención de lesiones por presión • Informar al personal de camillera sobre la rutina de cambios posturales. • Realizar cambios posturales con reloj de cambios posturales cada 2 horas según tolerancia del paciente. • Lubricar la piel con cremas hidratantes a base de agua. • Colocar apósitos o soportes en prominencias óseas. • Mantener las sábanas de paciente sin arrugas. • Evaluar la sensibilidad y pulsos periféricos en extremidades. • Utilizar ácidos grasos hiper oxigenados en zonas de riesgo. • Vigilar y registrar el estado y condiciones de la piel. |
| Evaluación: | |
| Se implementa un plan de cambios posturales en conjunto con el personal de camilleria y familiares, se realiza colocación de soportes en zonas de presión, lubricación de la piel y se mantiene en constante vigilancia el estado de la piel, no se observaron alteraciones en prominencias óseas, se realizó colocación de ácidos grasos hiperoxigenado en zonas de riesgo, con esto se aumenta la escala de Braden a 17 puntos. | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 5.- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo | |
| Diagnostico: | |
| Riesgo de caídas r/c puntaje de 3 en escala de caídas de Downton. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Totalmente compensatorio. | Reducir riesgo de caídas. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Prevención de caídas. | <ul style="list-style-type: none"> • Informar a la persona enferma y familiar sobre el riesgo de caídas. • Mantener barandales en alto. • Colocar membrete visual sobre el riesgo de caídas del paciente. |
| Evaluación: | |
| Se realiza educación para la salud sobre el riesgo de caídas, así como sus consecuencias al familiar y a la persona, se mantienen barandales en alto durante la realización de los cuidados de enfermería y se realizó un membrete visual sobre el riesgo del paciente en la cabecera y en la entrada a su habitación, se mantiene mismo puntaje. | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 5.- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo. | |
| Diagnostico: | |
| Riesgo de trombosis r/c postración prolongada. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Totalmente compensatorio. | Reducir riesgo de trombosis. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Prevención de trombosis | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar movilización del paciente de miembros inferiores • Realizar la verificación de los 10 correctos y chequeo con doble verificación previo administración de medicación anticoagulante. • Administrar medicación anticoagulante según prescripción medica • Colocar medias antitrombóticas. • Evaluar pulsos periféricos en miembros inferiores. |
| Evaluación: | |
| Se realiza educación para la salud a la persona y al familiar sobre la prevención de la trombosis, se administra enoxaparina a 40mg SC cada 24 horas, y se colocan medias comprensivas, se mantiene un correcto llenado capilar menor de 3 segundos y pulsos en miembros inferiores normales. | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos. | |
| Diagnostico: | |
| Déficit de autocuidado: alimentación r/c afectación en bulbo raquídeo (nervios craneales IX y XII) m/p deterioro de la deglución, hipoparesia de lengua. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Totalmente compensatorio. | Mejora del autocuidado: alimentación. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Ayuda en el autocuidado: alimentación por gastrostomía | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las características del abdomen previo al inicio de la alimentación. • Verificar indicación de la dieta (nombre, cantidad, velocidad) previa a la administración • Colocar al paciente a 45° grados previo al inicio de la alimentación • Instalar el equipo de alimentación en bomba de infusión y administrar según indicaciones de nutrición. |
| Evaluación: | |
| En conjunto con el personal de nutrición se realizó la administración de la alimentación por gastrostomía (Dieta de 2400 Kcal, 1236 de volumen total a 95ml/hr por gastrostomía), valorando datos de distensión abdominal o de reflujo gastroesofágico, no se observan cambios en las características del abdomen antes, durante o después de la administración de la alimentación. | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos. | |
| Diagnostico: | |
| Desequilibrio nutricional r/c trastornos de la deglución m/p pérdida de peso de 3 kg desde el ingreso hospitalario. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Totalmente compensatorio. | Mejora del régimen alimenticio. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Ayuda para la ganancia de peso. | <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un régimen estricto de la alimentación. • Administrar la alimentación según sea la indicación. • Solicitar interconsulta con clínica de deglución. • Solicitar interconsulta a la clínica de nutrición para aumentar la alimentación en cantidad y aporte calórico. |
| Evaluación: | |
| Se realizo interconsulta con personal de nutrición y se decidió aumentar la alimentación establecida con 40 ml adicionales aumentando la cantidad de nutrientes proporcionada, se toleró adecuadamente por el paciente y se verifico el peso. | |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos. | |
| Diagnostico: | |
| Riesgo de aspiración r/c trastornos de la deglución. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Totalmente compensatorio. | Reducir riesgo de aspiración. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Prevención del riesgo. | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las capacidades de deglución del paciente para deglutir, toser y reflejo nauseoso. • Colocar al paciente a 45 grados durante la alimentación. • Proporcionar la alimentación bajo la velocidad indicada y valorar tolerancia o signos de distensión abdominal. • Mantener al paciente en posición fowler o semifowler por 40-60 minutos después de la alimentación. |
| Evaluación: | |
| Se mantuvieron los cuidados para prevenir la aspiración durante la alimentación, aseo bucal y aspiración de la vía oral, no se observaron remanentes de alimentación o signos de distensión abdominal, se mantiene posición semifowler después de la alimentación. | |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 4.- Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación. | |
| Diagnostico: | |
| Disminución de la motilidad intestinal r/c postración prologada m/p estreñimiento (2 días de evolución), disminución de ruidos peristálticos (1-2 por minuto). | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Totalmente compensatorio. | Promover la motilidad intestinal. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Manejo del estreñimiento. | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar distensión abdominal, dolor abdominal y ruidos peristálticos por turno. • Administrar fármacos laxantes (Sugerir la utilización del fármaco durante las noches) • Aplicar enemas evacuantes (colocar al paciente en posición de sims y dar la indicación de retener el enema el mayor tiempo posible) • Valorar las características de las heces y la cantidad de estas. |
| Evaluación: | |
| Se realizo valoración abdominal del paciente, no se observaron signos de distensión o dolor abdominal, se utilizó fármaco laxante (Lactulosa 15ml VO c/12 horas) sin aparente mejoría, se decide que si durante el transcurso del día no se realiza evacuación se iniciara aplicación de enemas jabonosos el 26 de marzo del 2023. | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. | |
| Diagnostico: | |
| Dolor crónico r/c inflamación del parénquima cerebral m/p cefaleas durante el día con intensidad variable 5-10/10 según EVA, dolor mayor de 3 meses. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Totalmente compensatoria. | Control del dolor. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Manejo del dolor crónico. | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el dolor (características, tiempo, factores desencadenantes, horario) • Valorar el nivel de dolor mediante escalas estandarizadas para el dolor • Implementar técnicas de respiración y brindar confort al paciente durante episodios de dolor. • Utilizar medidas farmacológicas para el control del dolor según la escala de analgesia de la OMS. • En caso de usar parches de buprenorfina evitar recortar el parche y cambiar cada 72 horas. |
| Evaluación: | |
| Se implementaron medidas farmacológicas y no farmacológicas para el control de dolor siendo estas utilizadas al inicio del dolor para evitar picos de dolor, entre las medidas farmacológicas se aplicaron los siguientes medicamentos: Paracetamol 1 gr IV c/8 horas, Ketoprofeno 100mg VO c/12 horas y parche de buprenorfina de 10mcg con recambio cada 72 horas, se controló el dolor con EVA de 2-4 sin lograr eliminarlo, se pondera aumentar medidas analgésicas con médico tratante. | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. | |
| Diagnostico: | |
| Perdida de la integridad tisular periestomal r/c humedad y fricción periestomal m/p destrucción tisular, estomas (traqueotomía, gastrostomía) | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Totalmente compensatorio | Mantenimiento de la integridad periestomal. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Cuidados de las estomas | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el sitio de la estoma en busca de signos de infección o de hemorragia. • Evaluar el sitio de la estoma en busca de factores que aumenten la humedad en la estoma. • Valorar la permeabilidad de la estoma. • Realizar curación al menos una vez al día con solución salina. • Proteger la zona periestomal con agentes protectores cutáneos |
| Evaluación: | |
| Se realizaron los cuidados de las estomas y se realiza evaluación de las estomas en busca de signos de infección, hemorragia o humedad, ambas estomas se encuentran sin signos de infección, humedad o de hemorragia, permeables y funcionales, se colocan protectores cutáneos en zonas periestomales y se instruye al familiar sobre los cuidados de las estomas. | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. | |
| Diagnostico: | |
| Eliminación ineficaz de secreciones de la vía aérea r/c trastorno muscular de la vía aérea m/p acumulación de secreciones (blanquecinas) en boca y vía aérea inferior, sonidos adventicios pulmonares (estertores húmedos en regiones apicales), reflejo tusígeno disminuido. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Totalmente compensatorio. | Permeabilidad de la vía aérea. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea. | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar campos pulmonares en busca de ruidos adventicios datos de dificultad respiratoria. • Realizar fisioterapia pulmonar • Animar al paciente a toser • Administrar oxigenoterapia según las necesidades de la persona • Realizar aspiración de la vía aérea según valoración de enfermería. • Valorar la cantidad, color y densidad de las secreciones. • Utilizar agentes humidificantes de secreciones y mucolíticos según corresponda |
| Evaluación: | |
| Se realizo aspiración de la vía aérea observando secreciones blanquecinas y con cantidades de 5-10 ml, se continuo apoyo de oxigenoterapia con una disminución al 29% posterior a la aspiración de la vía aérea, no se requiere administración de nebulizaciones durante la implementación de las intervenciones de enfermería. | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 6.- Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social. | |
| Diagnostico: | |
| Deterioro de la comunicación verbal r/c afección en IX y XII nervio craneal m/p Disartria, afonía, hipoparesia de lengua. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Parcialmente compensatorio. | Mejorar de los procesos de comunicación no verbal. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Comunicación no verbal | <ul style="list-style-type: none"> • Implementar alternativas para la comunicación no verbal como son uso de carta de abecedario, utilización de señas y gestos. • Alentar al paciente a comunicarse de manera no verbal. • Utilizar la lectura de los labios e instruir al paciente a realizar la gesticulación de las palabras de manera lenta. |
| Evaluación: | |
| Se entrego al paciente una carta del abecedario para su comunicación y una lista de números con el mismo propósito, se alentó a utilizar gestos y señalar con la mano lugares donde presente dolor o discomfort, así mismo se instruye al paciente a realizar comunicación verbal (pese a que presente afonía) expresando las palabras con gesticulaciones lentas de los labios. | |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 6.- Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social. | |
| Diagnostico: | |
| Capacidad auditiva disminuida r/c afección en XIII nervio craneal m/p Hipoacusia en oído derecho. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Parcialmente compensatorio. | Mejora de los procesos de comunicación verbal. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Comunicación efectiva | <ul style="list-style-type: none"> • Dirigir las indicaciones verbales en el oído izquierdo de la persona. • Utilizar un tono de voz fuerte y firme para la correcta audición. • Realizar gesticulación de labios de manera lenta para facilitar la lectura de labios por parte de la persona. • Utilizar ayudas visuales o escritas para facilitar la comunicación no verbal. |
| Evaluación: | |
| Durante cualquier intervención prestada a la persona se utilizó un tono de voz adecuado para facilitar la escucha, repitiendo palabras u oraciones en caso de ser necesario, así mismo se verifico que la información emitida fue captada de manera adecuada por la persona. | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 6.- Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social. | |
| Diagnostico: | |
| Ansiedad r/c estancia hospitalaria prolongada m/p verbalización de la ansiedad, anhedonia, indiferencia hacia estado de salud, puntaje 16 puntos en la escala de ansiedad de Hamilton. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| De apoyo/educación. | Disminuir niveles de ansiedad. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Implementación de ambiente terapéutico | <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente sobre las intervenciones de enfermería a implementar • Alentar a la persona a expresar dudas o incertidumbres sobre los tratamientos o intervenciones proporcionadas. • Realizar escucha activa durante la expresión de dudas de la persona. • Brindar apoyo terapéutico en momentos de ansiedad. • Emitir consejos terapéuticos según corresponda. |
| Evaluación: | |
| Durante las intervenciones propuestas se explicó al paciente todos los tratamientos, medicamentos, intervenciones y procedimientos que se le realizaron, así mismo se resolvieron las dudas que surgieron de la persona y del familiar sobre las intervenciones propuestas de distintos indoles, de esta manera el ánimo y ansiedad del paciente disminuyeron de manera considerable manifestándose con un puntaje de 6 puntos en la escala de ansiedad de Hamilton | |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua. | |
| Diagnostico: | |
| Desequilibrio de volumen de líquidos r/c exceso de aporte de líquidos m/p poliuria con DM 2.0-2.1 ml/hr, balance de líquidos negativo (-163 ml turno), fluidoterapia. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Totalmente compensatorio. | Control del nivel de líquidos. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Monitorización de líquidos. | <ul style="list-style-type: none"> • Valorar signos de edema en el paciente o de datos de sobrecarga de líquidos • Monitorizar la excreta de líquidos y realizar control de líquidos registrando cantidad, color y densidad urinaria • Considerar uso de diuréticos en caso de ser necesario |
| Evaluación: | |
| Se sugirió a personal médico realizar modificaciones a la fluidoterapia justificando el balance de líquidos positivos en el paciente disminuyendo la velocidad de infusión de 40ml/hr a 30 ml/hr, no se observaron signos de edema o datos de sobrecarga de líquidos, continua monitorización de líquidos. | |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 8.- Promoción de funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales. | |
| Diagnostico: | |
| Afrontamiento inefectivo r/c estado de salud deteriorado m/p indiferencia hacia el estado de salud, percepción deteriorada del estado de salud, limitaciones físicas auto percibidas. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| De apoyo/educación. | Implementar medidas para mejorar el afrontamiento al estado de salud. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Estimulación en la participación de la persona en el proceso de recuperación de la enfermedad. | <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a la persona a participar durante las distintas intervenciones implementadas • Brindar palabras de apoyo al realizar pequeñas acciones de autocuidado de manera independiente • Evaluar de manera semanal avances en la recuperación e informar sobre los avances a la persona. • Brindar capacitaciones a la persona y la familia sobre las condiciones de salud y como llevar una recuperación adecuada en casa. |
| Evaluación: | |
| Se implementaron capacitaciones y se motivó a la persona a participar en las distintas intervenciones propuestas, de esta manera se observó una mejora en el estado de ánimo y una participación por parte de la persona/familia en las intervenciones planteadas. | |

Primera valoración focalizada

08 de abril del 2023

Se acude al 4° piso del INNNMV, Ernesto P.D.L se encuentra consciente, orientado, con vendaje cefálico, pupilas isocóricas con respuesta fotomotora, continua con disartria e hipoparesia de lengua e hipoacusia de oído derecho, sin embargo, se muestra una participación más activa y refiere haber mejorado desde la última valoración realizada, de igual manera refiere que las cefaleas y el dolor articular han cesado.

Actualmente sin necesidad de oxigenoterapia tolerando medio ambiente con cánula de traqueostomía tipo Jackson Prat, cuenta con catéter venoso central subclavio (no se observan signos de infección y funcional en los tres lúmenes), continua con gastrostomía (no se observan signos de infección o de sangrado), continua poliuria y familiar refiere que Ernesto pudo defecar al día siguiente a la primera valoración con la ayuda de un enema evacuante, actualmente realiza evacuación diaria, no se observan lesiones por presión y se observa una mejora en la semblanza del paciente.

Signos vitales: Fc: 66 lpm, Fr: 17 rpm, T/A: 110/64 mmHg, T°: 36.5° c, SaO2: 97%, Glicemia capilar: 101 mg/dl

Función motora: se realizó valoración de fuerza motora observando una mejora en el lado derecho obteniendo un 4/4 generalizado según escala de Daniels (familiar refiere que se han apegado a la rutina de ejercicios), se observan movimientos finos atáxicos por lo cual se entregan al paciente nuevos dispositivos para la rehabilitación y se implementan nuevas rutinas para la mejora de movimientos finos (previamente consultadas a personal de fisioterapia).

Estado anímico: Refiere tanto la persona como el familiar una mejoría significativa en el estado de ánimo debido a las mejoras observadas en la persona, se comprometen a mejorar el apego al tratamiento y mejorar los autocuidados en el hogar.

Evaluación general: Se recomienda mantener los mismos planes de cuidados de enfermería planteados previamente y se agregan los siguientes:

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales. | |
| Diagnostico: | |
| Disposición para mejorar el autocuidado en el hogar r/c expresión de deseos de mejorar el autocuidado y de mejorar el apego al tratamiento. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Parcialmente compensatorio. | Mejora de los autocuidados en el hogar. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Enseñanza: autocuidados | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la capacidad de la persona de la realización de actividades para la vida diaria • Educación para la salud a la persona y a la familia sobre las actividades de autocuidado y como realizarlas en el hogar (baño, cambios de posición, aspiración de secreciones, prevención de lesiones por presión). • Brindar espacios para resolver dudas sobre los autocuidados. |
| Evaluación: | |
| En conjunto con el servicio de consultoría en enfermería se realizó educación para la salud de manera integral a la persona y a la familia sobre los cuidados en el hogar que se deberán implementar para el cuidado de la persona de manera correcta, esta capacitación incluye practica con maniqués anatómicos y con la persona enferma, se resuelven dudas y se proporcionan materiales de consulta en el hogar. | |

Segunda valoración focalizada

01 de mayo del 2023

Se realizó alta del paciente a domicilio por mejoría del paciente el 20 de abril del 2023 por la mañana, se realiza con paciente un plan de seguimiento para visitar al paciente en domicilio y continuar con los planes implementados, sin embargo, la persona reingresa al hospital el 23 de abril del 2023 en la madrugada por hipertermia y probable neuro infección.

Durante la valoración se observa a Ernesto con anhedonia y manifiesta no querer continuar con el tratamiento hospitalario debido a la fatiga por la hospitalización prolongada, familiar manifiesta que Ernesto no ha querido continuar con los ejercicios de rehabilitación y que duerme durante la mayor parte del día, continua con las mismas secuelas neurológicas, pero se agrega una lesión en la oreja izquierda debido a una compresión excesiva en el vendaje cefálico.

Signos vitales: Fc: 61 lpm, Fr: 14 rpm, T/A: 120/71 mmHg, T°: 36.8° c, SaO2: 98%, Glicemia capilar: 91 mg/dl

Fuerza motora: Se mantiene fuerza con 4/4 según escala de Daniels, continúan movimientos atáxicos finos.

Estado anímico: Se observa a la persona con una anhedonia y obtiene una puntuación de 28 puntos mediante el inventario de depresión de Beck (BDI-II) clasificándolo como una posible depresión moderada-severa.

Evaluación general: No se agregan nuevas afectaciones en el apartado físico o sensorial de la persona, no obstante, se observa un afectación moderada-severa en el estado anímico de la persona, por lo cual se decide agregar los siguientes planes de cuidado:

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. | |
| Diagnostico: | |
| Duelo inadecuado r/c afrontamiento ineficaz del estado de salud m/p anhedonia, síntomas de depresión, puntaje de 28 según inventario de Beck. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| Parcialmente compensatorio. | Apoyo terapéutico |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Manejo de las emociones negativas | <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado anímico de la persona mediante escalas estandarizadas. • Permitir a la persona expresar sus sentimientos, incertidumbres y opiniones en un entorno seguro y de confianza. • Proporcionar apoyo terapéutico (escucha activa, toque terapéutico y consejos de salud) |
| Evaluación: | |
| Se implemento un espacio con la persona para que exprese sus sentimientos e incertidumbres sobre su estado de salud aplicando la escucha activa y emitiendo consejos de salud, se alentó a la persona a continuar con el tratamiento y cuidados de proporcionados para no retroceder en los apartados que se habían mejorado, la persona se compromete a continuar y mejorar el manejo de sus emociones. | |

Tercera valoración focalizada

10 de junio del 2023

Se realizó alta a domicilio el 31 de mayo del 2023, se descarta neuro infección por lo cual se decide continuar el tratamiento y cuidados en el hogar.

Se acude al domicilio de un familiar de Ernesto en la Ciudad de México para continuar el proceso de atención y resolver dudas que pueda tener la familia sobre los cuidados necesarios en el hogar.

Se observa a Ernesto con una mejora considerable del estado de ánimo debido a que ya se encuentra fuera del entorno hospitalario, refiere haber reiniciado los ejercicios de rehabilitación y ha seguido las recomendaciones brindadas por el personal de salud (la familia confirma estas afirmaciones), actualmente con ciclos circadianos normales, con traqueotomía (se observa limpia y sin signos de infección, se realiza el retiro de cánula endotraqueal y de igual manera se observa libre de residuos), campos pulmonares con leves estertores húmedos en zona apical derecha, con gastrostomía (se observa limpia, sin signos de infección o de supuración), no presenta lesiones por presión.

Signos vitales: Fc: 69lpm, Fr:15rpm T/A:120/68 mmHg, T°:36.9°C, Sao2:97%, Glicemia capilar: 101 mg/dl

Fuerza motora: se mantiene fuerza 4/4 generalizada según escala de Daniels y se observa una ligera disminución en los movimientos atáxicos finos, durante las actividades de la vida diaria Ernesto apoya realizando movimientos para apoyar a su autocuidado.

Estado anímico: se observa una mejora considerable, obtiene una puntuación de 13 mediante el inventario de depresión de Beck clasificándolo como una depresión leve, refiere querer mejorar los procesos de pérdida y el cómo lidiar con procesos traumáticos de su vida, así como de expresar sus emociones con la familia.

Evaluación general: Existe una mejoría significativa con respecto a la última valoración, la persona recupera deseos de apego al tratamiento y de mejorar su autocuidado, se agregan los siguientes planes de cuidado:

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales. | |
| Diagnostico: | |
| Disposición para mejorar el duelo r/c expresión de deseos de mejorar los procesos de perdida y de integrar la perdida | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| De apoyo o de educación. | Duelo saludable. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Educación: duelo | <ul style="list-style-type: none"> • Instruir a la persona sobre la teoría del duelo y los procesos que implica el duelo. • Orientar sobre las estrategias para lidiar con los procesos de pérdida económica, laboral, física y de salud. • Proporcionar herramientas para la expresión de sus sentimientos. |
| Evaluación: | |
| Se realiza educación para la salud en la persona sobre los procesos de duelo, explicando la teoría del duelo mediante la tanatología, así mismo se favoreció a que la persona exprese sus sentimientos e incertidumbres para la aceptación de los procesos de duelo que cursa y el cómo orientar sus emociones para un mejor afrontamiento. | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisito de autocuidado universal: | |
| 8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales. | |
| Diagnostico: | |
| Disposición para mejorar la resiliencia r/c expresión de deseo de mejorar la perspectiva positiva, resiliencia y la comunicación. | |
| Sistema de enfermería: | Objetivo: |
| De apoyo o de educación. | Mejora de la resiliencia. |
| Intervención de enfermería: | Acciones: |
| Educación: resiliencia | <ul style="list-style-type: none"> • Instruir a la persona sobre las ventajas de ejercer una resiliencia positiva en su vida. • Implementar estrategias del manejo de las emociones ante situaciones de pérdida. |
| Evaluación: | |
| Se realiza educación para la salud en la persona sobre las ventajas de implementar una resiliencia positiva en su vida, adicional se brinda un pequeña platica sobre personas que han atravesado situaciones de salud similares y que han podido salir adelante esto con el fin de denotar las ventajas de mantener una resiliencia positiva durante los tratamientos y rehabilitación de la persona. | |

Plan de alta

El plan de alta es una de las herramientas más importantes en el cuidado del paciente ya que instruye y asesora a las personas a como mantener un correcto cuidado de la persona enferma en el hogar, la correcta planeación e implementación de los planes de alta van de la mano con la reducción de los reingresos hospitalarios y de esta manera mejorar la calidad de vida de la persona en el hogar.

Estos planes se deben de elaborar en conjunto con todos los profesionales de salud que se puedan ver involucrados en la atención de la persona (enfermería, personal médico, trabajo social, rehabilitación, nutrición entre otros)⁶³, de igual manera deben de contemplar las limitantes que la persona y la familia puedan tener para realizarlo de manera adecuada.

Para el siguiente plan de alta se utiliza la nemotecnia CUIDARME, que facilita la comprensión y el entendimiento de los cuidados que se deberán de proporcionar en el hogar⁶⁴, de igual manera se trabajó en conjunto con el servicio de consultoría del INNNMV para capacitar a los familiares sobre los cuidados en el hogar y técnicas de enfermería, adicional se entregaron folletos, ayudas visuales y listas de materiales (apéndice 3) para que puedan realizar los cuidados de manera apropiada en el hogar.

Los temas que se abordaron fueron los siguientes:

1. Higiene de manos (agua con jabón y alcohol gel)
2. Rehabilitación en el hogar (ejercicios pasivos y activos, estimulación sensorial y cognitiva)
3. Manejo de la sonda gastrostomía (cuidados, alimentación, ministración de medicación, signos de alarma y cambios de fijación)
4. Manejo de la traqueostomía (cuidados, aspiración, curación, limpieza de la cánula, y signos de alarma)
5. Prevención de lesiones por presión (movilización del paciente, control de zonas de presión, control de factores de riesgo, cuidados de la piel)
6. Higiene de la persona (Baño del paciente en cama, higiene bucal, corte de uñas)
7. Signos y síntomas de alarma

Tabla No. 11 Plan de alta CUIDARME

| CUIDARME | |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Comunicación efectiva | <p>Se entrega el número de teléfono personal (en este caso se ofrece atención a dudas las 24 horas del día los 7 días de la semana) y se instruye sobre los centros de atención a los que puede acudir según sean las necesidades de la persona, se establece como cuidador principal a la madre y al hermano, de igual manera se establece una red de apoyo con los demás integrantes de la familia.</p> <p>Recomendaciones para la comunicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda mantener una relación estrecha con el personal de salud y acudir a las citas programadas de manera estricta. • Realizar un diario de sintomatología o de cambios en la persona para comunicar al personal de salud durante las consultas programadas |
| Urgencias y signos de alarma | <p>Se instruyen los signos de alarma que se pueden presentar y que representan un empeoramiento del estado de salud, adicional se hace un recuento de las citas próximas a realizar.</p> <p>Signos de alarma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oclusión de sonda de gastrostomía, retiro accidental de sonda de gastrostomía • Dificultad respiratoria • Estreñimiento (mayor a 3 días) • Cefalea (que no ceda a paracetamol) • Fiebre superior a 38°C • Dolor, supuración, enrojecimiento en heridas quirúrgicas o estomas • Episodios de vómitos (por lo menos 3) |
| Información | <p>Se aclaran las dudas sobre los tratamientos y cuidados a proporcionar en el hogar, de igual manera se realiza una capacitación teórica y práctica en conjunto con el servicio de consultoría del INNNMV.</p> <p>Educación para la salud proporcionada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza sobre la técnica de higiene de manos, cinco momentos, importancia de su realización para el cuidado de la persona • Capacitación sobre el manejo de la sonda de gastrostomía, alimentación, medicación, cuidados, y curación • Capacitación sobre el manejo de la traqueostomía y cánula de traqueostomía, aspiración de la vía aérea, curación y limpieza de la Endo cánula |

| | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Enseñanza sobre el baño de paciente en cama, movilización del paciente, cuidados de la piel y prevención de las lesiones por presión</p> <p>Rehabilitación física, sensorial y cognitiva.</p> |
| Dieta | <p>Se realiza un plan de dieta por el personal de nutrición del INNNMV, se da una breve explicación de la higiene de los alimentos.</p> <p>Recomendaciones para la alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desinfectar todos los alimentos en caso de frutas y verduras. • Administrar la alimentación por sonda a temperatura ambiente. • Evitar alimentos muy espesos o líquidos por riesgo de obstrucción de la sonda o de diarrea. |
| Ambiente | <p>Se brindan recomendaciones para hacer modificaciones en el hogar para un mejor cuidado de la persona, adicional se realiza una visita personal para evaluar posibles riesgos y cambios en el hogar.</p> <p>Recomendaciones en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener despejada la zona en donde se encuentre la persona para evitar riesgos de caídas. • Mantener iluminado la zona en donde se encuentre la persona. • Realizar la higiene del hogar por lo menos dos veces a la semana. |
| Recreación y uso de tiempo libre | <p>En conjunto con el personal de rehabilitación y la consulta de un fisioterapeuta particular se realiza un plan integral sobre la rehabilitación física, sensorial y cognitiva de la persona, se entregan artículos para rehabilitación física y sensorial.</p> <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las dificultades que pueda presentar la persona enferma para la realización de actividades recreativas. • Buscar actividades que se adapten a las condiciones de salud de la persona. • Alentar a la persona enferma a realizar actividades recreativas. |
| Medicamentos y tratamientos farmacológicos | <p>Se realizan instrucciones sobre recomendaciones de cómo administrar medicamentos según horarios, interacciones medicamentosas, efectos adversos y vías de administración. En cuestión de medidas no farmacológicas se brindan recomendaciones sobre las curaciones, actividades no recomendables.</p> <p>Orientación para la medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un régimen estricto a la hora de administración de la medicación. |

| | |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Preparación de medicamentos para la administración por sonda de gastrostomía. • Informar sobre las reacciones adversas de algunos medicamentos • Sugerencia de horarios adecuados según la medicación indicada |
| Espiritualidad | <p>Se recomienda la estimulación de actividades como la lectura, escucha de música y la unión familiar con el fin de fomentar el crecimiento personal y familiar.</p> <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener comunicación constante con la familia y buscar grupos de ayuda. • Evitar sobrecarga hacia un cuidador. • Mantener a la persona enferma involucrada en eventos familiares y sociales en la medida de lo posible. |

Elaborado: Sanchez Z, mayo 2023 alumno de la especialidad en enfermería neurológica.

Capítulo 5 Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

En el estudio de caso realizado se describió un plan de intervenciones especializadas de enfermería en una persona con resección de meningioma recidivante con secuelas neurológicas y reingreso hospitalario por neuro infección en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco durante el periodo de marzo a junio del 2023, los planes de intervenciones fueron modificados repetidas veces por las complicaciones y el reingreso hospitalario que presento después de una notable mejoría sin embargo a la fecha se continua dando seguimiento al paciente por vía presencial y virtual se alcanzan los objetivos planteados.

Se puede concluir que los objetivos propuestos fueron alcanzados de manera exitosa, el abordaje holístico en conjunto con el modelo implementado permitió atender todos los requisitos de salud afectados propiciando no solo mejorar el estado de salud sino el estado de ánimo y las relaciones familiares.

Recomendaciones

Con base a los resultados obtenidos con el presente estudio de caso se emiten las siguientes sugerencias para futuras investigaciones.

Debido a la naturaleza aleatoria de la patología abordada se recomienda utilizar muestreos no probabilísticos y utilizar selección a convención, esto con base a que la incidencia no es tan común en instituciones de salud que no se enfocan en este tipo de neoplasias.

De igual manera se hace énfasis que el trabajar con la familia de la persona juega papel fundamental debido a que genera un entorno de confianza y facilita la obtención de datos personales, a su vez facilita la participación en los planes o actividades propuestas lo cual puede generar un beneficio tanto para la persona estudiada como para el investigador.

Finalmente se sugiere mantener un estrecho contacto con las personas estudiadas, la propia enfermedad genera cientos de incertidumbres que al ser resultados favorecen la participación de las personas estudiadas.

La elaboración de los estudios de caso si bien presentan un reto, siguen siendo una fuerte herramienta para aumentar el cuerpo de conocimientos de la profesión y nos

ayuda a crear bases para la implementación de intervenciones de enfermería en patologías o casos de poca incidencia, es de vital y crucial importancia que los profesionales de enfermería continúen elaborando este tipo de trabajos ya que es una de las maneras más efectivas de crear estándares o recomendaciones para el cuidado de las personas enfermeras.

Referencias

1. ASCO. Tumor cerebral: Estadísticas (Internet) febrero 2022. (consultado el 16 de abril del 2023) Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/tumor-cerebral/estad%C3%ADsticas>
2. INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. 4 de febrero 2021 (consultado el 16 de abril del 2023) https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf
3. Sanz Cortés Ana, Olivares Crespo María Eugenia. Calidad de vida en pacientes con tumores cerebrales: importancia de las variables psicológicas. *Clínica y Salud* [Internet]. 2015 Mar [citado 2023 Abr 17]; 26(1): 23-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742015000100004&lng=es. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.003>.
4. Maggio I, Franceschi E, Tosoni A, Nunno VD, Gatto L, Lodi R, Brandes AA. Meningioma: not always a benign tumor. A review of advances in the treatment of meningiomas. *CNS Oncol*. 2021 jun 1;10(2): CNS72. doi: 10.2217/cns-2021-0003. Epub 2021 May 21. PMID: 34015955; PMCID: PMC8162186.
5. Ogasawara C, Philbrick BD, Adamson DC. Meningioma: A Review of Epidemiology, Pathology, Diagnosis, Treatment, and Future Directions. *Biomedicines*. 2021 Mar 21;9(3):319. doi: 10.3390/biomedicines9030319. PMID: 33801089; PMCID: PMC8004084.
6. Meza-García CF, Reynaga-Ornelas L, Rodríguez-Medina RM, Dávalos-Pérez A, Pérez-Reyes SP. Panorama epidemiológico de las neoplasias encefálicas con tratamiento quirúrgico en un hospital de tercer nivel en Guanajuato, México. *SANUS* [Internet]. 31 de agosto de 2022 [citado 8 de abril de 2023];7(1): e246. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/246>
<https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.246>
7. Memoria Documental. Modelo de consultoría en enfermería neurológica. INNyN. [Internet]. 2020 [citado el 08 de abril de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/gSNmKy>
8. Hidalgo-Mares B., Altamira-Camacho R. ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? *Enfermería Actual de Costa Rica* [Internet]. 2021 June [cited 2023 Apr 09]; (40): 40788. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682021000100017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i39.40788>.

9. Naranjo-Hernández Y, González-Hernández L, Sánchez-Carmenate M. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. *Archivo Médico Camagüey*, 2018. [Citado 2023 abril 09];22. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5844/3260>
10. Pérez-Castro JA., Díaz-Echevarria A., Barrios-Calyecac DY, Lara-Moctezuma L. Presentación de un meningioma con síntomas iniciales oftalmológicos. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [revista en la Internet]. 2018 oct [citado 2023 Abr 09]; 61(5): 32-43. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000500032&lng=es.
11. Gómez-Morales CE., García-Posada LD., López-Garcés VM. Evaluación de atención del dolor postoperatorio en la Unidad Médica de Alta especialidad. León Guanajuato. *Anest. Méx.* [revista en la Internet]. 2016 dic [citado 2023 Abr 09]; 28(3): 20-27. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712016000300020&lng=es.
12. Leon-Sarmiento FE., Bayona E, Bayona-Prieto J. Neurorehabilitación: La otra revolución del siglo XXI. *Acta Med Colomb* [Internet]. 2009 June [cited 2023 Apr 09]; 34(2): 88-92. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482009000200007&lng=en.
13. Mesquita-Melo E., Lopes MV., Carvalho-Fernandes AF., Teixeira-Lima FE., Barbosa I.V. Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 oct [citado 2023 Abr 11]; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300017&lng=es.
14. Naranjo-Hernández Y, Concepción-Pacheco JA, Rodríguez-Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Méd Espirit* [Internet]. 2017 dic [citado 2023 Abr 10]; 19(3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.
15. Raile M., Marriner: Modelos y Teorías en enfermería. 7a ed. España: Elsevier; 2011. p.265-281
16. López-Díaz AL. Cuidando al adulto y al anciano: Teoría del déficit de autocuidado de OREM. *Aquichan* [Internet]. 2003 Dec [cited 2023 Apr 10]; 3(1): 52-58. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100009&lng=en.
17. López-Parra M, Santos-Ruiz S, Varez-Peláez S, abril-Sabater D, Rocabert-Luque M, Ruiz-Muñoz M, et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de

- enfermería en la práctica asistencial. Rev.Elseiver. España (revista en la internet) 2006 julio (citado 2023 abril 10) Disponible en: [10.1016/S1130-8621\(06\)71217-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71217-7)
18. Lozano AR. Manual CTO de Enfermería. Editorial CTO, 2018.p. 19-49
 19. Nowosielski M, Galldiks N, Iglseder S, Kickingereeder P, Von-Deimling A, Bendszus M, Wick W, Sahm F. Diagnostic challenges in meningioma. *Neuro Oncol.* 2017 nov 29;19(12):1588-1598. doi: [10.1093/neuonc/nox101](https://doi.org/10.1093/neuonc/nox101). PMID: 28531331; PMCID: PMC5716093.
 20. Gomez-Vega JC, Ocampo-Navia MI, Feo-Lee O, Epidemiología y caracterización de los tumores cerebrales primarios en el adulto. *SciELO (internet)* 28 Jul (citado el 19 de abril del 2023) disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v60n1/0041-9095-unmed-60-01-00047.pdf>
 21. Aguirre-Cruz L, Rangel-López E, Cruz-Aguilera DL, Rodríguez-Pérez CE, Ruano L, Velásquez-Pérez L, et al. Historical distribution of central nervous system tumors in the Mexican National Institute of Neurology and Neurosurgery. *Salud pública Méx [revista en la Internet]*. 2016 abr [citado 2023 Abr 19]; 58(2): 171-178. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000200171&lng=es.
 22. Anaya G, Juanbelz P, Fernandez B, Pazos F, Velasco A, Revuelta R. Prevalencia de tumores del sistema nervioso y su identificación histológica en pacientes operados: 20 años de experiencia. *Cirugía y cirujanos [Internet]*. 2016 [citado 19 abril 2023]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741116000116>
 23. Ostrom QT, Ade-Fahmideh M, Cote DJ, Muskens IS, Schraw JM, Scheurer ME, Bondy ML. Risk factors for childhood and adult primary brain tumors. *Neuro Oncol.* 2019 nov 4;21(11):1357-1375. doi: [10.1093/neuonc/noz123](https://doi.org/10.1093/neuonc/noz123). PMID: 31301133; PMCID: PMC6827837.
 24. Preusser M, Brastianos PK, Mawrin C. Advances in meningioma genetics: novel therapeutic opportunities. *Nature Reviews Neurology.* (internet) Feb 2018 (citado 2023 Abr 21); 14: 106–115. Disponible: <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2017.168>
 25. Moussalem C, Massaad E, Minassian GB, Ftouni L, Bsati S, Houshiemy MNE, Alomari S, Sarriddine R, Kobeissy F, Omeis I. Meningioma genomics: a therapeutic challenge for clinicians. *J Integr Neurosci.* (internet) 2021 Jun (citado 2023 Abr 21) 30;20(2):463-469. Disponible: doi: [10.31083/j.jin2002049](https://doi.org/10.31083/j.jin2002049). PMID: 34258948.
 26. Yang J., Lin Y., Guo Z. *et al.* The essential role of MEKK3 in TNF-induced NF-κB activation. *Nat Immunol* 2, (internet) 2001 Jun (citado 2023 Abr 21) 620–624 Disponible: <https://doi.org/10.1038/89769>

27. Álvarez-Aldana A, Sepúlveda-Arias JC, Siller-López F. CARCINOGENESIS INDUCIDA POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. *Investig. andina* [Internet]. 2012 Apr [cited 2023 Apr 21]; 14(24): 438-456. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462012000100007&lng=en.
28. Civetta-María TM, Civetta-Julio D. Carcinogénesis. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2011 oct [citado 2023 Abr 22]; 53(5): 405-414. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000500008&lng=es
29. Benítez-Sánchez E, Pérez-Cala AE, Hinojosa-Rivera Y. Bases evolutivas y ecológicas de la carcinogénesis humana ¿cuestión de mala suerte? *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2018 jun [citado 2023 Abr 21]; 47(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572018000200009&lng=es.
30. Instituto Nacional del Cáncer. Meningioma. (Internet) 2020 Mar (citado 2023 de Abr 21) Disponible en: <https://www.cancer.gov/rare-brain-spine-tumor/espanol/tumores/meningioma>
31. Sinning M. Clasificación de los tumores cerebrales. Chile. *Rev Elseiver* (internet) 2017 Jun (citado el 2023 Abr 21) Disponible en: DOI: 10.1016/j.rmcl.2017.05.002
32. Pérez-Castro JA, Díaz-Echevarría A, Barrios-Calyecac DY, Lara-Moctezuma L. Presentación de un meningioma con síntomas iniciales oftalmológicos. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [revista en la Internet]. 2018 oct [citado 2023 Abr 23]; 61(5): 32-43. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000500032&lng=es.
33. Gritsch S, Batchelor TT, Gonzalez-Castro LN. Diagnostic, therapeutic, and prognostic implications of the 2021 World Health Organization classification of tumors of the central nervous system. *Cancer*. (revista internet) 2022 Jan (citado 2023 Abr 23) 1;128(1):47-58. Disponible en: doi: 10.1002/cncr.33918. Epub 2021 Oct 11. PMID: 34633681.
34. Quirós CK, Ching CA, Rosales VM. Visión general sobre meningiomas: bases genéticas, evaluación clínica y estrategias terapéuticas. *Revista Médica Sinergia*. (Revista en la internet) 2022 (citado el 2023 Abr 23) ;7(07): disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2022/rms227o.pdf>
35. Buerki RA, Horbinski CM, Kruser T, Horowitz PM, James CD, Lukas RV. An overview of meningiomas. *Future Oncol* [Internet]. 2018[cited Apr 23, 2023];14(21):2161–77. Disponible en: Doi: <http://dx.doi.org/10.2217/fon-2018-0006>

36. Previgliano CH, El signo de la cola dura. Rev. Arg de radiología (internet) 2006 (citado 2023 Abr 23) 70(2):157-158 Disponible en; <https://www.redalyc.org/articulo,oa?id=382538441010>
37. Park K. Epidemiology, Pathology, clinical features, and diagnosis of meningioma. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. [Internet] June, 2022 [cited Apr 23, 2023]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathology-clinical-features-and-diagnosis-ofmeningioma>
38. Goldbrunner R, Minniti G, Preusser M, Jenkinson MD, Sallabanda K, Houdart E, von Deimling A, Stavrinou P, Lefranc F, Lund-Johansen M, Moyal EC, Brandsma D, Henriksson R, Soffiatti R, Weller M. EANO guidelines for the diagnosis and treatment of meningiomas. Lancet Oncol. (Internet)2016 Sep;(citado 2023 Abr 23) 17(9): e383-91. Disponible: doi: 10.1016/S1470-2045(16)30321-7. Epub 2016 Aug 30. PMID: 27599143.
39. Roig-Caraballo E, Valladares-Rodríguez CL, Blanco-González R. Meningioma de la fosa posterior con hidrocefalia secundaria a resección quirúrgica. Medicentro Electrónica [Internet]. 2022 jun [citado 2023 Abr 23]; 26(2): 475-482. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930432022000200475&lng=es. Epub 01-Jun-2022.
40. Morales F., Maillo A., Díaz-Álvarez A., Merino M, Muñoz-Herrera A, Hernández J et al. Meningiomas de la base de cráneo: Un sistema predictivo para conocer las posibilidades de su extirpación y pronóstico. Neurocirugía [Internet]. 2005 dic [citado 2023 Abr 23]; 16(6): 477-485. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113014732005000600001&lng=es.
41. Perales-C I, Cuellar-T JC, García-G. J, Villaroel C, Hortal JT. Morbimortalidad Asociada A La Cirugía De Meningioma Del Foramen Magno. Revision De La Literatura: Reporte De Caso. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2020 jun [citado 2023 Abr 23]; 58(2): 186-190. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272020000200186&lng=es. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000200186>.
42. SIMPSON D. The recurrence of intracranial meningiomas after surgical treatment. J Neurol Neurosurg Psychiatry. (Internet) 1957 Feb (citado 2023 Abr 23) ;20(1):22-39. Disponible: doi: 10.1136/jnnp.20.1.22. PMID: 13406590; PMCID: PMC497230.
43. Di-Franco R, Borzillo V, Ravo V, Falivene S, Romano FJ, Muto M, Cammarota F, Totaro G, Ametrano G, Rossetti S, Cavaliere C, D' Aniello C, Iovane G, Porricelli MA, Berretta M, Botti G, Starace L, Salvia E, Facchini G, Muto P. Radiosurgery and stereotactic radiotherapy with cyberknife system for meningioma treatment.

- Neuroradiol J. (internet) 2018 Feb (citado 2023 Abr 23) ;31(1):18-26. Disponible: doi: 10.1177/1971400917744885. Epub 2017 Dec 5. PMID: 29206077; PMCID: PMC5790000.
44. Young JS, Kidwell RL, Zheng A, Haddad AF, Aghi MK, Raleigh DR, Schulte JD, Butowski NA. CDK 4/6 inhibitors for the treatment of meningioma. *Front Oncol.* (Internet) 2022 Jul 22 (citado 2023 Abr 23); 12:931371. Disponible: doi: 10.3389/fonc.2022.931371. PMID: 35936751; PMCID: PMC9354681.
45. Mair MJ, Berghoff AS, Brastianos PK, Preusser M. Emerging systemic treatment options in meningioma. *J Neurooncol.* (internet) 2023 Jan (Citado 2023 Abr 23) ;161(2):245-258. Disponible: doi: 10.1007/s11060-022-04148-8. Epub 2022 Oct 1. PMID: 36181606; PMCID: PMC9989003.
46. Behling F, Hempel JM, Schittenhelm J. Brain Invasion in Meningioma-A Prognostic Potential Worth Exploring. *Cancers (Basel).* (Internet) 2021 Jun 29 (Citado 2023 Abr 23) ;13(13):3259. Disponible: doi: 10.3390/cancers13133259. PMID: 34209798; PMCID: PMC8267840.
47. Berghoff AS, Hielscher T, Ricken G, Furtner J, Schrimpf D, Widhalm G, Rajky U, Marosi C, Hainfellner JA, von Deimling A, Sahm F, Preusser M. Prognostic impact of genetic alterations and methylation classes in meningioma. *Brain Pathol.* (Internet) 2022 Mar (Citado 2023 Abr 24) ;32(2): e12970. Disponible doi: 10.1111/bpa.12970. PMID: 35213082; PMCID: PMC8877750.
48. Pineda-Leguízamo R., Miranda-Novales G., Villasís-Keever M. La importancia de los reportes de casos clínicos en la investigación. *Rev. alerg. Méx.* [revista en la Internet]. 2018 Mar [citado 2023 Abr 08]; 65(1): 92-98. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902018000100092&lng=es. <https://doi.org/10.29262/ram.v65i1.348>.
49. Orkaizagirre-Gómara A., Amezcua M., Huércanos-Esparza I., Arroyo-Rodríguez A. El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. *Index Enferm* [Internet]. 2014 dic [citado 2023 Abr 08]; 23(4): 244-249. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962014000300011&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S113212962014000300011>.
50. Artiles Monteagudo María Elena, Artiles Rivero Carlos Javier, Rodríguez Gómez Frank Ernesto. El estudio de casos como método problémico en ciencias médicas: una experiencia necesaria. *EDUMECENTRO* [Internet]. 2016 Mar [citado 2023 Abr 23]; 8(1): 165-173. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742016000100013&lng=es.

51. Cañón-Montanez W., Durán-Niño E., Hernández-Beltrán JA. Enfermería basada en la evidencia: Un pilar esencial en el currículo. *Rev Cuid* [Internet]. 2010 Jan [cited 2023 Apr 07]; 1(1): 82-85. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732010000100011&lng=en. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v1i1.77>.
52. Silva Galleguillos Amalia, Beneit Montesinos Juan Vicente, Velasco Sanz Tamara Raquel, Rayón Valpuesta Esperanza. ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA: REVISIÓN DE ALCANCE. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2021 [citado 2023 Abr 23]; 27: 43. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532021000100307&lng=es. Epub 28-Ene-2022. <http://dx.doi.org/10.29393/ce27-42ebae40042>.
53. Donoso Noroña, Riber Fabián, Gómez Martínez, Nairovys, & Rodríguez Plasencia, Adisnay. (2020). El futuro de la enfermería basada en evidencia y su impacto en el cuidado del paciente. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(5), 229-236. Epub 02 de octubre de 2020. Recuperado en 23 de abril de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S221836202020000500229&lng=es&tlng=es.
54. SEGOB. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 Que establece criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos
55. Ley General de Salud.
56. Manzini Jorge Luis. DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. *Acta bioeth.* [Internet]. 2000 dic [citado 2023 Abr 23]; 6(2): 321-334. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>.
57. Barrios Osuna Irene, Anido Escobar Vivianne, Morera Pérez Maricela. Declaración de Helsinki: cambios y exégesis. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2016 Mar [citado 2023 Abr 23]; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000100014&lng=es.
58. Lolas S Fernando. Aspectos éticos de la investigación biomédica: Conceptos frecuentes en las normas escritas. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2001 jun [citado 2023 Abr 23]; 129(6): 680-684. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872001000600014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000600014>.

59. Arias-Valencia Samuel, Peñaranda Fernando. La investigación éticamente reflexionada. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2015 Dec [cited 2023 Apr 23]; 33(3): 444-451. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X2015000300015&lng=en. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a15>.
60. SEGOB. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clinico
61. SEGOB. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud
62. SS. Derechos generales de los pacientes. 11 de febrero del 2016 Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-los-10-derechos-generales-de-los-pacientes>
63. Pérez Catalina, Peluffo Gabriel, Giachetto Gustavo, Menchaca Amanda, Pérez Walter, Machado Karina et al. Alta hospitalaria. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2020 dic [citado 2023 Jun 05]; 91(Supl 1): 64-68. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492020000700064&lng=es. Epub 01-Dic-2020. <https://doi.org/10.31134/ap.91.s1.13>.
64. Pinzón de Salazar L, El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. Revista Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2005;10(citado 2023 junio):22-27. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309125498003>

Anexos

Anexo 1 Requisitos de autocuidado del modelo de autocuidado de Dorothea Orem

| Tipo de requisito | Definición | Lista |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Requisitos de autocuidado universales | Comprenden requisitos con son vitales para el funcionamiento humano ya sea de adultos o niños | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire 2. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua 4. provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación 5. Mantenimiento y equilibrio entre la actividad y descanso 6. Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad 7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano 8. Promoción del funcionamiento humano y desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano |
| Requisitos de autocuidado de desarrollo | Relacionados al desarrollo del individuo y los requisitos necesarios para que pueda continuar con su desarrollo de manera natural | <ol style="list-style-type: none"> 1. Provisión de condiciones que fomenten el desarrollo 2. Implicación en el autodesarrollo 3. Prevenir y vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa el desarrollo humano |
| Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud | Comprenden requisitos que se presentan cuando la persona se encuentra enferma o con algún tipo de lesión | N/A |

Anexos 2 escalas de valoración

Escala de riesgo de caídas Downton

ESCALA DE DOWNTON

Escala de riesgo de caída

| ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS | | ALTO RIESGO > 2 |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------|
| CAÍDAS PREVIAS | NO | 0 |
| | SI | 1 |
| MEDICAMENTOS | Ninguno | 0 |
| | Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos, otros | 1 |
| DÉFICITS SENSORIALES | Ninguno | 0 |
| | Alteraciones visuales, auditivas | 1 |
| ESTADO MENTAL | Orientado | 0 |
| | Confuso | 1 |
| DEAMBULACIÓN | Normal | 0 |
| | Segura con ayuda, insegura | 1 |

Escala de predicción de riesgo de úlceras por presión de Braden

Escala de Braden

para la predicción del riesgo de úlceras por presión @Creative_Nurse

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PERCEPCIÓN SENSORIAL | Completamente limitada < Nivel de conciencia Sedación No reacción ante dolor < Capacidad sensitiva  | Muy limitada Reacciona solo ante estímulo doloroso No comunica malestar Déficit sensorial  | Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales No siempre comunica malestar Alguna dificultad sensorial Bla, bla...  | Sin limitaciones Responde a órdenes verbales Sin déficit sensorial Bla, bla...  |
| EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD | Constantemente húmeda Cuando se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente  | A menudo húmeda Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno  | Ocasionalmente húmeda Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día  | Raramente húmeda Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina  |
| ACTIVIDAD | Encamado/a  | En silla  | Deambula ocasionalmente (deambula muy corto)  | Deambula frecuentemente Dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas  |
| MOVILIDAD | Completamente inmóvil  | Muy limitada  | Ligeramente limitada  | Sin limitaciones  |
| NUTRICIÓN | Muy pobre <2 1/3 del alimento 0 ayunas, dieta líquida o suero > 5 días  | Probablemente inadecuada x3 1/2 del alimento 0 recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por SNG  | Adecuada x4 1/2 del alimento 0 recibe nutrición por SNG o por vía parenteral  | Excelente >4 Come entre horas y no requiere suplementos  |
| FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO | Problema Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido  | Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia  | No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia  | |

ALTO = < 12 PUNTOS

MODERADO = 13 - 14 PUNTOS

BAJO = 15-16 PUNTOS (si < 75 años)
15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años)

RIESGO UPP

Escala de heces de Bristol.

| Escala de heces de Bristol | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Tipo 1 |  | pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar) |
| Tipo 2 |  | Con forma de salchicha, pero llena de bultos |
| Tipo 3 |  | Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie |
| Tipo 4 |  | Como una viborita, suave y blanda |
| Tipo 5 |  | Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente) |
| Tipo 6 |  | Pedazos blandos con bordes deshechos |
| Tipo 7 |  | Aguado, sin trozos sólidos. Enteramente líquido |

Escala Karnofsky.

| Descripción | Porcentaje | Características generales |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Actividad normal. Asintomático, sin evidencia de enfermedad. | 100% | Capaz de realizar actividades normales y trabajar, no requiere cuidados especiales |
| Actividad normal; signos y síntomas leves de enfermedad. | 90% | |
| Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos y síntomas de enfermedad. | 80% | |
| Cuida de sí mismo, pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal. | 70% | Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda variable |
| Necesita ayuda ocasional de otros, pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades. | 60% | |
| Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes. | 50% | |
| Incapacitado. Requiere cuidados y asistencia especiales. | 40% | |
| Severamente incapacitado. Indicación de hospitalización aunque no hay indicios de muerte inminente | 30% | Incapaz de su autocuidado. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. La enfermedad puede progresar rápidamente. |
| Gravemente enfermo. Indicación de hospitalización. Necesita tratamiento de soporte activo. | 20% | |
| Moribundo | 10% | |
| Fallecido | 0 | |



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ASOCIADOS MÉDICOS



INALP
INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS AL PACIENTE



10 Derechos
Generales de los
Pacientes

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre tu atención.
5. Otorgar o no tu consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida.

En la CONAMED hacemos valer tus derechos como paciente. Comunícate con nosotros

www.gob.mx/conamed

Apéndices

Apéndice 1. Consentimiento informado



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad de México a 24 de Marzo 2023

Por medio de la presente yo C. [REDACTED] Paciente del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, acepto por libre decisión participar en el Estudio de Caso de la (el) Lic. en Enfermería Zahid Andres Sanchez Ugucet, estudiante de la Especialización de Enfermería Neurológica de la (ENEO-UNAM) habiéndome explicado que consiste en la realización de la o las valoración (es) necesarias, seguimiento presencial y/o a distancia de mi estado de salud, propiciando la participación activa de mis familiares y mío propio en mi cuidado y tratamiento, al mismo tiempo de recibir asesoría, orientación y educación para la salud, de esta forma doy oportunidad a que el estudiante cumpla las actividades académicas que establece dicho estudio de caso, mismos que cumplirán con los principios que rigen a las enfermeras y enfermeros de México en el Código de Ética donde se asume Privacidad, Confiabilidad, Veracidad, Fidelidad y Discreción con toda la información obtenida de mi persona, respetando así mismo lo estipulado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos la Ley General de Salud y Normas Oficiales Mexicanas, y seré libre de retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

Autorizo (nombre y firma) de la persona

[REDACTED]

Testigos (nombre y firma)

AUCIA PÉREZ ALTAMIRANO

[REDACTED]

Estudiante de Posgrado (nombre y firma)

Zahid Andres Sanchez Ugucet

Apéndice 2 Instrumento de valoración neurológica



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

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN
 Nombre: E.P.L.L Edad 35 Género Masculino Lugar y Fecha de Nacimiento Ciudad Juárez, 18-08-1987 Estado civil
 Soltero Religión Agnostico Escolaridad Licenciatura Ocupación: Desempleado Domicilio: No proporcionado
 Teléfono # de integrantes en la familia Diagnóstico médico P.O meningioma recidivante+plastia dural Motivo de consulta Programacion de cirugía
 Derecho a algún servicio de salud SI () NO (x) ¿Cuál? Persona responsable R.L Edad 59 Parentesco Madre
 Registro Servicio: 4° piso Núm. Cama 15 Alergias: Negadas

| Desviaciones de la salud Factores de Riesgo | SI | NO |
|------------------------------------------------|----|----|
| Hipercolesterolemia | | x |
| Obesidad | | x |
| Sedentarismo | | x |
| Diabetes Mellitus | | x |
| Hipertensión Arterial | | x |
| Consumo de drogas | | x |
| Traumatismo craneoencefálico | | x |
| Cuadros gripales (recientes) | | x |
| Infecciones gastrointestinales (recientes) | | x |

| Desviaciones de la salud Antecedentes familiares | Parentesco |
|-----------------------------------------------------|------------|
| Diabetes mellitus | Si, padre |
| Obesidad | |
| Hipertensión | Si, madre |
| Cardiopatía | |
| Enfermedades vasculares | |
| Cáncer | |
| Migraña | |
| Epilepsia | |
| Otros | |

| Horario | F/C | F/R | TEM. | T/A |
|---------|-----|-----|-------|--------|
| 11:30 | 17 | 64 | 36.4° | 115/89 |

SISTEMAS DE ENFERMERÍA

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

I. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire

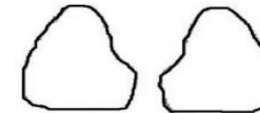
¿Se fatiga al realizar actividades de la vida diaria? Si (x) No () ¿Se considera usted una persona activa o sedentaria Si () No (x) Cómo considera que son sus actividades cotidianas?: Sedentarias (x) Activas () ¿Usted fuma? Si () No (x) ¿Desde cuándo inicio? _____ ¿Cuántos cigarrillos consume al día? _____ ¿Convive con fumadores? Si (x) No ()

| Presenta: | SI | NO | Observación. |
|--------------------|----|----|---------------------|
| Anosmia | x | | Hiposmia narina der |
| Rinorrea | | x | |
| Obstrucción nasal | | x | |
| Disnea | | x | |
| Disnea de esfuerzo | | x | |
| Disnea paroxística | | x | |
| Ortopnea | | x | |
| Tabique desviado | | x | |
| Alergias | | x | |
| Tos seca | | x | |
| Tos productiva | | x | |
| Hemoptisis | | x | |
| Expectoración | | x | |
| Espasmo bronquial | | x | |
| Murmullo o soplo | | x | |
| Ronquido | | x | |

| Signos de Respiración Patológica | SI | NO |
|----------------------------------|----|----|
| Cheyne Stokes | | x |
| Neurogénica | | x |
| Apneusica | | x |
| Kussmaul | | x |
| Atáxica | | x |

Fecha y resultado de la última radiografía de Tórax:

03 de marzo del 2023



Observaciones Sin rastros de infiltrado o datos anormales en

| Coloración de piel | SI | NO |
|--------------------|----|----|
| Normal | x | |
| Palidez | | x |
| Cianosis | | x |
| Rubicundez | | x |
| Otros | | x |

Apoyo ventilatorio

- Ninguno ()
- Puntas Nasales ()
- Mascarilla ()
- Puntas de alto flujo ()
- Ventilador ()
- Traqueotomía ()

Aspiración de secreciones por: Boca y traqueostomía Características de secreciones blanquecinas
 FiO2: 28%

| Gases Arteriales | Arterial | Venosa |
|------------------|-------------|--------|
| SaO ₂ | 95% | |
| Ph | 7.44 pH | |
| PO ₂ | 60.3 mm/Hg | |
| CO ₂ | 40.1 mm/Hg | |
| Exc. B | | |
| Def. B | | |
| Lactato | 1.1 mmol/L | |
| HCO ₃ | 27.6 mmol/L | |

| Taller de gases | |
|--------------------------------------|-----------------|
| PaO ₂ /FiO ₂ : | 60.3 mm/Hg/ 28% |
| PA: | |
| V/Q: | |
| CcO ₂ : | |
| CaO ₂ : | |
| CvO ₂ : | |
| D(a-v)o ₂ | |
| Qs/Qt: | |
| % EO ₂ | |

| |
|----------------------|
| Ventilación mecánica |
| Modo: |
| Ciclado por: |
| Fr: |
| PEEP: |
| FiO ₂ : |
| P. Inspiratoria: |
| T.E.: |
| V.C.: |
| Sensibilidad: |
| Relación I:E: |
| Presión soporte: |
| |

| | |
|----------------------------|---------------|
| Totalmente Compensatorio | _____ |
| Parcialmente Compensatorio | _____ x _____ |
| De apoyo o Educación | _____ |

Exploración:

Focos cardiacos: sin alteracion
Soplos: sin alteracion
Presión de pulso: no valorable
Dolor precordial: negado
Palpitaciones: sin alteracion
Ingurgitación yugular: negativa
Pulso periférico: normal
Llenado capilar: <3 segundos
Edema: no

Electrocardiograma



Interpretación: no disponible

Marcapasos

| | |
|--------------|--|
| Modalidad: | |
| F/C: | |
| Tipo: | |
| Sensibilidad | |
| Modo: | |

| Enzimas cardiacas |
|-------------------|
| CPK-MB |
| CP-K |
| TNL |
| TNT |
| DD |
| HB |
| Plaquetas |
| Neutros |
| Leucocitos |

II. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Agua.

Ingesta de líquidos:

Litros de agua que consume al día: _____. ¿Consumes bebidas edulcorantes? ^{no} _____ ¿Cuál? _____

Indicaciones terapéuticas especiales: restricción de líquidos: Si () No (x) Causa: _____
 Piel ^{Hidratada} _____ Mucosas: ^{hidratadas} _____ Edema sitio: ^{no} _____ Escala godet: +() ++() +++() ++++()

Acceso venoso vascular: vía periférica MTD () MTI () Catéter yugular D (x) I () Catéter subclavio D () I ()

Fluido terapia: S. salina 1000ml

| Ingresos | Cantidad |
|-------------------------|----------------------------------|
| Vía oral | 670ml (GT) |
| Sol. Parenterales | S. salina 320ml |
| Medicamentos | 232ml s. salina |
| Hemoderivados: | - |
| Otros | - |
| Total | 1122 ml - veces por turno |
| Egresos | Cantidad |
| Uresis | 900-1100ml x turno |
| Evacuación | - |
| Vómito | - |
| Drenajes | Interventricular: 61ml |
| Otros | - |
| Perdidas insensibles | 224ml turno M |
| Total de egresos | 1285 ml |
| Balance | -163 ml |

| Laboratorios | | |
|----------------------|------------------|-----------|
| Electrolitos Séricos | Valor referencia | Resultado |
| Cl- | 98-107mmo/L | 101 mmo/L |
| Na+ | 135-145mmo/L | 143 mmo/L |
| K+ | 3.5-4.5mmol/L | 4.1 mmo/L |
| Ca+ | 8.5-10.2 mmo/L | 8.9 mmo/L |

Tipo de alteración: sin alteracion

Observaciones No se observan signos de edema pese retencion de liquidos, ni dolor abdominal o distencion

| | |
|----------------------------|---------------|
| Totalmente Compensatorio | _____ x _____ |
| Parcialmente Compensatorio | _____ |
| De apoyo o Educación | _____ |

III. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Alimentos

Tipo de alimentación: Artesanal Tipo de dieta: Enteral (x) Parenteral () Vía: GT ¿Necesita ayuda para la alimentación? Si (x) No ()
 porqué GT ¿Padece algún trastorno alimenticio? no ¿Cuántas comidas realiza al día?: 2 ¿Es intolerante a la
 lactosa? no ¿Cuántas veces a la semana consume? Carnes () Harinas ()
 Verduras () Frutas () Lácteos () Consume alimentos: Fritos () Hervidos () Asados () Otros (suplementos) _____ Frecuencia: _____
 Preferencias alimenticias: negadas Desagrados alimenticios: negados Alergias: negadas Interacciones
 medicamentosas _____

Peso: 64 Kg. Talla: 168 cm. IMC: 22.7
 PA: _____ perímetro abdominal 96

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

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

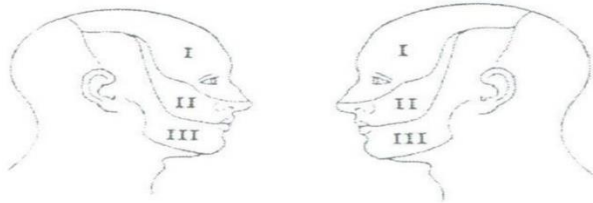
Características de la boca



Sensibilidad de lengua conservada
 Fuerza de lengua Parestesia
 Reflejo nauseoso Conservado
 Paladar blando Normal
 Úvula Central

Observaciones

Sensibilidad de la cara



Derecho
I. Normal
II. Normal
III. Normal

Izquierdo
I. Normal
II. Normal
III. Normal

| Laboratorios | Resultados |
|-----------------------|-------------------|
| Triglicéridos | 80 mg/dl |
| Bilirrubina directa | 20 mg/dl |
| Bilirrubina indirecta | |
| Colesterol | 183 mg/dl |
| Glucosa | 85.8 mg/dl |
| Urea | 42.9 mg/dl |
| Creatinina | .86 mg/Dl |
| Ácido úrico | 5.5 mg/dl |
| Proteínas totales | 6.4 g/dL |

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

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

¿Puede miccionar de manera independiente? Si () No ()

¿Puede defecar de manera independiente? Si () No () ¿ Presenta incontinencia fecal o urinaria? Si () No () Especifique:

| Características de la orina | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-----------|
| Presenta | SI | NO |
| Disuria | | x |
| Poliuria | x | |
| Piuria | | x |
| Poliuria | x | |
| Oliguria | | x |
| Nicturia | | x |
| Hematuria | | x |
| Dificultad para iniciar la micción | | x |
| Infección de vías urinarias | | x |
| Incontinencia tipo | | x |
| Sedimentos visibles | | x |
| Cantidad y frecuencia | 150-200, 5-6 veces por turno | |
| Características de las heces | | |
| Presenta | SI | NO |
| Ardor al defecar | | x |
| Dolor al defecar | | x |
| Evacuaciones diarreicas | | x |
| Hemorroides | | x |
| Prurito | | x |
| Disminución de ruidos peristálticos | x | |
| Melana o moco | | x |
| Frecuencia | Estreñimiento | |

| Hábitos urinarios y de defecación | Observaciones |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Horarios de defecación y descripción | Estreñimiento desde el 23 de marzo del 2023 |
| Horarios de micción y descripción | Variados, cantidades pequeñas, amarilla clara, sin sedimentos |

Antecedentes Gineco-obstétricos

IVSA: _____
 Menarquia: _____
 Fecha de última menstruación: _____
 Uso de anticonceptivos orales Si () No ()
 Otro Tipo: _____
 Gesta: _____ P: _____ A: _____ C: _____
 Autoexploración mamaria:
 Si () No () Fecha: _____
 Citología vaginal: Si () No ()
 Fecha: _____
 Mastografía: Si () No ()
 Fecha: _____

| Sistemas de drenaje | | | | |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|-------|---------------------------------|
| Drenajes | FECHA DE INSTALACIÓN | FECHA DE CURACIÓN | GASTO | Observaciones y características |
| Ventriculostomía corta | | | | |
| Drenaje de lecho quirúrgico | | | | |
| Drenaje subdural | | | | |
| Drenaje epidural | | | | |
| Sonda nasogástrica | 04 de marzo del 2023 | 21 de marzo del 2023 | | |
| Ventriculostomía larga | 04 de marzo del 2023 | | | |
| Sello de agua | | | | |
| Sonda vesical | | | | |
| Estoma | | | | |
| Drenaje tipo VAC | | | | |

| Laboratorios | | | |
|-------------------------|-----------|------------------------|------------|
| Examen general de orina | Resultado | Análisis de heces | Resultados |
| Densidad | | Parásitos | |
| PH | | Sangre oculta en heces | |
| Leucocitos | | Color | |
| Glucosa | | Ph | |
| Proteínas | | | |
| Cristales | | | |
| Bacterias | | | |

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Totalmente compensatorio ___ x ___ Parcialmente compensatorio _____ De apoyo o educación _____ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

V. Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y el Reposo

¿Realiza alguna actividad recreativa?: Si () No (x) ¿Cuál actividad es? ¿Se cansa al moverse? Si () No (x)
 Problemas para movilizarse: Si (x) No () Realiza ejercicios de movilización si () No (x)
 ¿Requiere ayuda para movilizarse? Si (x) No () Cual? Bastón () Andadera () Silla de ruedas () Muletas () Otro _____

¿Sufre de estrés? Si () No (x) ¿Cuántas horas duerme? 6-8 horas ¿Utiliza algún remedio para dormir? Si () No (x) Cual? _____

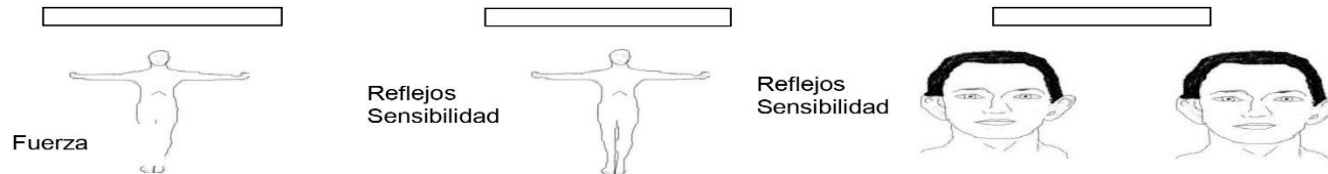
| Presenta: | SI | NO |
|----------------------------|----|----|
| Dolor de cabeza | x | |
| Vértigo | | x |
| Crisis | | x |
| Alteraciones de la memoria | | x |
| Alteraciones de sueño | | x |
| Atrofia muscular | | x |
| Postura inadecuada | | x |
| Espasticidad | | x |
| Marcha atáxica | | x |
| Marcha cerebelosa | | x |
| Marcha Jacksoniana | | x |

| Presenta: | SI | NO |
|-------------------------------|----|----|
| Articulaciones dolorosas | x | |
| Deformación de articulaciones | | x |
| Espasmos musculares | | x |
| Monoplejía | | x |
| Hemiplejía | | x |
| Cuadriplejía | | x |
| Hemiparesia | | x |
| Cuadriparesia | x | |
| Temblor | | x |
| Parestesias | x | |
| Movimientos involuntarios | | x |
| Agitación psicomotriz | | x |

| Reflejos patológicos | SI | NO |
|----------------------|----|----|
| Babinski | | x |
| Brudzinsky | | x |
| Kerning | | x |
| Hiperreflexia | | x |
| Hiporreflexia | | x |

Observaciones Se observa fuerza de 3 de 5 segun daniels en miembros superiores e inferiores izquierdos

Se observa fuerza 4 de 5 segun daniels en miembros superiores e inferiores derechos



*Escala de fuerza muscular

Presentes + Frente (+) Nariz (+) Boca (+)

| Escala de riesgo de caídas Downton | |
|------------------------------------|-------------|
| 3 - más = | Alto riesgo |
| 2 = | Med riesgo |
| 0 - 1 = | Bajo riesgo |
| Braden (LPP) | |
| < 13 = Alto riesgo | |
| 14 = Med riesgo | 14 |
| >14 = Bajo riesgo | |

Escala karnofsky

| Descripción | Porcentaje | Características generales |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Actividad normal. Asintomático, sin evidencia de enfermedad. | 100% | Capaz de realizar actividades normales y trabajar, no requiere cuidados especiales |
| Actividad normal; signos y síntomas leves de enfermedad. | 90% | |
| Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos y síntomas de enfermedad. | 80% | |
| Cuida de sí mismo, pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal. | 70% | Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda variable |
| Necesita ayuda ocasional de otros, pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades. | 60% | |
| Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes. | 50% | |
| Incapacitado. Requiere cuidados y asistencia especiales. | 40% | Incapaz de su autocuidado. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. La enfermedad puede progresar rápidamente. |
| Severamente incapacitado. Indicación de hospitalización aunque no hay indicios de muerte inminente | 30% | |
| Gravemente enfermo. Indicación de hospitalización. Necesita tratamiento de soporte activo. | 20% | |
| Moribundo | 10% | |
| Fallecido | 0 | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Grupo 1: Conformado por pacientes que pueden realizar sus tareas rutinarias de forma independiente. Su escala se ubica entre 100 y 80%. | |
| Grupo 2: Está conformado por aquellos pacientes que necesitan ayuda para ejecutar sus actividades diarias. En estos casos, la escala se encuentra entre 70 y 50%. | |
| Grupo 3: Comprende los pacientes que necesitan asistencia continua y cuyo pronóstico de vida es incierto. Su valoración es de 40% o menos. | X |

| |
|-------------------------------------|
| Totalmente compensatorio_____x_____ |
| Parcialmente compensatorio_____ |
| De apoyo o educación_____ |

VI. Mantenimiento del equilibrio entre la Sociedad y la Interacción Social

¿Trabaja?: Si () No (x) ¿Con quién convive? Solo () Familia (x) Hijos () Pareja () Padres () Hermanos () _____

Tipo de relación familiar: buena (x) mala () regular () nula () Rol familiar: ¿Papel que desempeña en el hogar? Esposo, hijo

¿Cómo se siente en relación a su trabajo? Satisfecho () Valorado Insatisfecho ()

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

| Dificultad para comunicarse | SI | NO |
|-----------------------------|----|----|
| Afasia | | x |
| Alexia | | x |
| Apraxia | | x |
| Disartria | x | |
| Anomia | | x |
| Perseverancia | | x |

| Estado emocional | SI | NO |
|----------------------------------------------------|----|----|
| Ansioso | | X |
| Deprimido | | X |
| Lábil | | X |
| Miedoso | | X |
| Agresivo (con tendencia por ser injustos al trato) | | X |
| Pasivo | X | |
| Anhedonia | | |

Observaciones: Refiere sentirse indiferente con su estado de salud y manifiesta ansiedad por estancia hospitalaria prolongada

Vida sexual

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

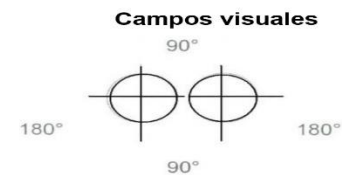
En caso de que su respuesta sea no, ¿le resulta un problema digno de mencionar?: no

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

Valoración ocular

| Ojos | SI | NO |
|------------------------|----|----|
| Lagrimeo excesivo | | X |
| Prurito en los ojos | | X |
| Partículas flotantes | | X |
| Diplopia | | X |
| Fotofobia | | X |
| Infecciones frecuentes | | X |
| Uso de lentes | | X |
| Ptosis palpebral | | X |

Movimientos oculares
 Completos, sin alteraciones
 Reflejo pupilar
 Presente
 Reflejo corneal
 Presente



NOTA: lesiones visuales marcar el cuadrante ocular que este afectado

Valoración auditiva

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

Rinne:

Resultado + --

Oído derecho (X) oído izquierdo ()

Weber:

Lateraliza ()

Izquierda () Derecho (X) Central ()

Probable hipoacusia conductiva

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

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

Qué hace para cuidar su salud? Acude a sus controles medicos
 Vacunación completa (x) Incompleta () Última vacuna aplicada Contra el covid
 Alergias Si () No (x) A que _____
 Toxicomanías Si () A que _____ Frecuencia _____ No (x)
 Acude regularmente a las revisiones de salud: Si (x) No () quien le lleva un control de su enfermedad Medico neurologo
 ¿Ha presentado cefalea últimamente? Si (x) No () ¿con que frecuencia e intensidad? Todo el día, intensidad variable de 5 a 10 segun EVA

| Realiza algún control Adicional | SI | NO |
|---------------------------------|----|----|
| Dieta | | x |
| Ejercicio | | x |
| Control de presión arterial | | x |
| Registro de pulso | | x |
| Registro de respiración | | x |
| Control de glucosa en sangre | | x |
| Visión | | x |
| Audición | | x |
| Memoria | | x |

| Factores de riesgo | SI | NO |
|------------------------------------|----|----|
| Suelo encerado | | x |
| Suelo mojado | | x |
| Cables en el piso | | x |
| Suelo a desniveles | x | |
| Falta de iluminación en escaleras | x | |
| Falta de iluminación en habitación | | x |
| Falta de barandales en la cama | | |
| Contención o medios de contención | x | |

| Conservación del entorno |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de construcción: Loza <input checked="" type="checkbox"/> concreto <input type="checkbox"/> tierra <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> |
| Tipo de casa: rentada <input type="checkbox"/> propia <input checked="" type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> |
| Cuenta con servicios básicos Pavimento <input checked="" type="checkbox"/> Agua <input checked="" type="checkbox"/> Drenaje <input checked="" type="checkbox"/> Fosa séptica <input checked="" type="checkbox"/> Luz <input checked="" type="checkbox"/> Recolección desechos <input checked="" type="checkbox"/> |
| Distribución que tiene la casa: Sala: <input type="checkbox"/> Comedor: <input type="checkbox"/> Cocina: <input type="checkbox"/> Baño: <input type="checkbox"/> O # de Habitaciones: <input type="checkbox"/> |
| Convive con animales Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Perros: <input checked="" type="checkbox"/> gatos: <input type="checkbox"/> otros: <input type="checkbox"/> ¿Están vacunados? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Dónde se encuentran? Fuera de la casa <input type="checkbox"/> dentro de la casa <input checked="" type="checkbox"/> |
| Comentarios: |

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

Lleva una vida: Sedentaria (X) Activa ()

¿Cómo percibe su estado de salud? Excelente () Bueno () Regular (X) Malo ()

¿Cómo se siente con su estado de salud? Optimista () Indiferente (X) Sin esperanzas ()

¿Usted siente tener algún tipo de limitación física, mental o emocional para realizar algún tipo de actividad? Si (X) No () Especifique:

Autoconcepto de sí mismo: Parestesias

Con qué frecuencia y cuando fue la última vez que visito al médico: 3-4 veces al año, previo hospitalizacion en enero del 2023

Con qué frecuencia y cuando fue la última vez que visitó al odontólogo: 2 veces al año, noviembre del 2022

Con qué frecuencia y cuando fue la última vez que visitó al nutriólogo: no acude al nutriologo

Con qué frecuencia y cuando fue la última vez que visito al psicólogo: No acude al psicologo

En caso de haber visitado a alguno de los profesionales antes mencionado, ¿Se identificó alguna problemática de salud? Si (X) No () Especifique: Recidiva de meningioma

En caso de haber presentado alguna problemática de salud, ¿obtuvo tratamiento y se apegó al mismo? Si () No (X)

¿ Acude a algún grupo social? Si () No (X) Especifique:

En caso de ser afirmativa la pregunta anterior, ¿Con qué frecuencia acude a estos grupos sociales?

1 vez por semana () 2-4 veces por semana () todos los días ()

En caso de ser negativa la pregunta anterior, ¿Le gustaría acudir a algún grupo social? Si (X) No () Especifique:

¿ Con qué frecuencia visita o lo visitan sus familiares? 1 vez por semana (X) 2-4 veces por semana () todos los días ()


Observaciones

Durante la visita medica con neurologo en ciudad de origen, se observa recidiva de meningioma en resonancia magnetica por lo cual se canalzia al INNNMV para tratamiento quirurgico

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

Apéndice 3 materiales de consulta en el hogar

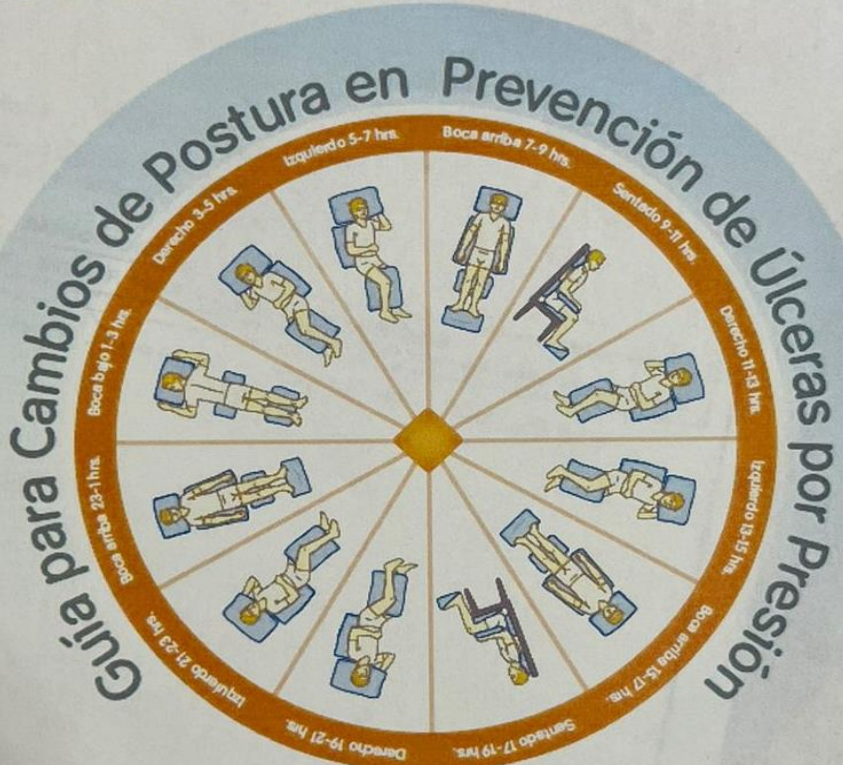
Reloj de cambios de posición

 **SALUD** SECRETARÍA DE SALUD **Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía**
Manuel Velasco Suárez

CONSULTORÍA DE ENFERMERÍA
Tel. 5556063822 EXT. 2100
7:30 a 15:30

CAMBIOS DE POSICIÓN
SE DEBE DE REALIZAR CADA 2 HORAS PARA EVITAR LESIONES POR PRESIÓN (ESCARAS)

Guía para Cambios de Postura en Prevención de Úlceras por Presión




Reloj cambio de posiciones para PREVENCIÓN de LESIONES POR PRESIÓN

Tríptico de aspiración de secreciones en casa

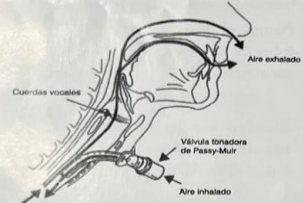
• Enjuague la sonda de succión

Recuerde que si se queda sucia puede fomentar la aparición de infecciones



• Observe el color y esfuerzo de respirar de su paciente

• Permita a su paciente respirar varias veces entre los intentos de aspiración

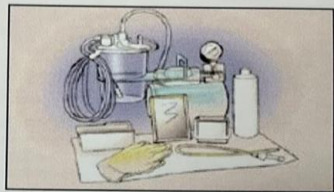


• Repita la succión hasta que la respiración de su paciente suene despejada y la sonda de succión salga con poca o ninguna mucosidad.


• Deseche las provisiones de la succión y apague la máquina de succión.

• Las sondas de succión pueden usarse por 24 horas si se mantienen limpias guardandolas en una bolsa de plástico.

• Lávese y séquese las manos.



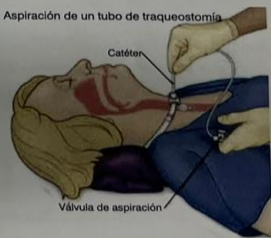
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

TÉCNICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN CASA

Aspiración de un tubo de traqueostomía



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

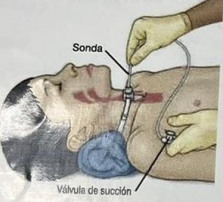
CONSULTORÍA EN ENFERMERÍA
Insurgentes Sur N° 3877 Col. La Fama.
14269 México, D.F. Tel. (55) 56063822 ext. 1063; 5061; 2509
consultoriaenfermeriainn@gmail.com

Elaboro: EEN Blanca Estela Reyes Chávez

Propósito de la aspiración de secreciones

Remover la mucosidad del tubo de traqueostomía y tráquea, para permitir una respiración más fácil. La mucosidad es el método normal del cuerpo para limpiar la tráquea.

Hay que fomentar que el paciente tosa para que ayude a expectorar sus secreciones



Material

- Frascos desechables o flaneras de vidrio
- Agua para enjuagar
- Máquina de succión
- Sonda de succión (el tamaño de la sonda de succión es la mitad de la apertura del tubo de traqueostomía).
- Jeringa de 10 ml
- Papel higiénico
- Guantes (opcional)

“La aspiración es un procedimiento limpio en casa; no es necesario usar guantes”



Cómo hacer la succión

Lave y séquese las manos

Evite infecciones

FORMA CORRECTA DE LAVAR SUS MANOS

- 1 Humedecer las manos
- 2 Aplique jabón
- 3 Lave las manos contando hasta 20
- 4 Enjuague completamente
- 5 Seque las manos con toallas de papel
- 6 Use toalla de papel para cerrar el grifo
- 7 Tire el papel en el cesto





• Prepare el equipo



• Vierta agua para enjuagar en la flanera

• Conecte la sonda de succión al tubo de la máquina y encienda.

• Coloque la punta de la sonda de succión en el agua para mojarlo y compruebe que la máquina funcione



- Use papel higiénico para limpiar la mucosidad que sale por la tos
- Pídale a su paciente que respire profundamente tres veces para oxigenarlo
- Usando el obturador como guía, mida la distancia para insertar la sonda de succión
- Sin aplicar presión suavemente inserte la sonda de succión en el tubo de traqueostomía, apenas pasando el final del tubo de traqueostomía.
- Ponga el pulgar sobre la apertura de la sonda de succión para crear vacío
- Emplee movimientos circulares suaves mientras saca la sonda de succión para remover la mucosidad de todas las áreas. Este paso debe tomar de 5 a 10 segundos.

Tríptico de cuidados al paciente con traqueostomía

Señales de dificultad respiratoria


- Respiración ruidosa o rápida
- Piel sudorosa y húmeda
- Inquietud
- Cambios en el patrón de la respiración
- Respiración profunda que se nota con el hundimiento del pecho, cuello o costillas
- Fosas nasales ensanchadas
- Color azulado o gris pálido alrededor de los labios, uñas o piel
- Pérdida del conocimiento

¿Que es una acumulación de mucosidad?

La mucosidad se puede acumular en el tubo de traqueostomía o el pasaje de aire y causar un “tapón”, haciendo difícil la respiración para su paciente.



Maneras de prevenir una acumulación de mucosidad

- Asegúrese de que su paciente tome o reciba bastantes líquidos, por la sonda de alimentación
- Aliente el uso de la tos para sacar secreciones
- Aspiración periódica
- Use gotas de solución salina para ayudar a soltar la mucosidad con o sin succión



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

CUIDADOS AL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ


CONSULTORÍA EN ENFERMERÍA
Insurgentes Sur 3877. Col. La Fama.
14269 México, D.F. Tel. (55) 56063822 ext. 2100; 1063; 5061; 2509
consultoriaenfermeriainn@gmail.com

Elaboro: EEN Blanca Estela Reyes Chávez


Si estas señales se presentan; llame al servicio de emergencias y haga lo necesario para revisar y despejar el pasaje de aire hasta que llegue la ayuda, usando los cuidados que aprendió.

¿Qué es una traqueostomía?

Es una cirugía en la cual el médico, coloca un tubo para respirar dentro de la tráquea (zona para respirar).



Aspiración de secreciones por la cánula de traqueostomía



La mucosidad es el método normal del cuerpo para limpiar la tráquea.

Durante las primeras semanas después de una traqueostomía, su paciente puede tener una cantidad grande de mucosidad debido a la cirugía en la tráquea y a la reacción normal del tejido al tubo nuevo.

¿Qué es una acumulación de mucosidad?

La mucosidad se puede acumular en el tubo de traqueostomía o el pasaje de aire y causar un “tapón”, haciendo difícil la respiración para su paciente.

Maneras de prevenir una acumulación de mucosidad


- Asegúrese de que su paciente tome o reciba bastantes líquidos, por la sonda de alimentación
- Aliente el uso de la tos para sacar secreciones
- Aspiración periódica
- Use gotas de solución salina para ayudar a soltar la mucosidad con o sin succión

Cambio de la fijación de traqueostomía

Los cambios de la fijación se hacen para prevenir que se salga el tubo de la traqueostomía, deterioro de la piel y salpullidos en el cuello.

Las fijaciones se cambian cuando las ataduras están húmedas o sucias.

Recuerde que debe lavarse las manos antes y después de tener contacto con la cánula, con o sin uso de guantes




Humidificación y limpieza de la cánula


- Su nariz caliente, humidifica y filtra el aire que usted respira. Con una ventilación asistida, el aire que su paciente respira va directamente a los pulmones.
- Hay algunas formas de agregar humedad extra como los nebulizadores.
- La limpieza de la cánula se realiza una vez al día.

¿Qué es una traqueostomía?

Es una cirugía en la cual el médico, coloca un tubo para respirar dentro de la tráquea (zona para respirar).



Aspiración de secreciones por la cánula de traqueostomía



La mucosidad es el método normal del cuerpo para limpiar la tráquea.

Durante las primeras semanas después de una traqueostomía, su paciente puede tener una cantidad grande de mucosidad debido a la cirugía en la tráquea y a la reacción normal del tejido al tubo nuevo.

¿Qué es una acumulación de mucosidad?

La mucosidad se puede acumular en el tubo de traqueostomía o el pasaje de aire y causar un “tapón”, haciendo difícil la respiración para su paciente.

Maneras de prevenir una acumulación de mucosidad


- Asegúrese de que su paciente tome o reciba bastantes líquidos, por la sonda de alimentación
- Aliente el uso de la tos para sacar secreciones
- Aspiración periódica
- Use gotas de solución salina para ayudar a soltar la mucosidad con o sin succión

Cambio de la fijación de traqueostomía

Los cambios de la fijación se hacen para prevenir que se salga el tubo de la traqueostomía, deterioro de la piel y salpullidos en el cuello.

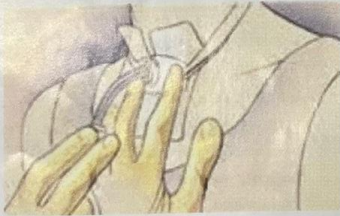

Las fijaciones se cambian cuando las ataduras están húmedas o sucias.

Recuerde que debe lavarse las manos antes y después de tener contacto con la cánula, con o sin uso de guantes



Humidificación y limpieza de la cánula

- Su nariz caliente, humidifica y filtra el aire que usted respira. Con una ventilación asistida, el aire que su paciente respira va directamente a los pulmones.
- Hay algunas formas de agregar humedad extra como los nebulizadores.
- La limpieza de la cánula se realiza una vez al día.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ


CONSULTORÍA EN ENFERMERÍA
Insurgentes Sur 3877. Col. La Fama.
14269 México, D.F. Tel. (55) 56063822 ext. 2100; 1063; 5061; 2509
consultoriaenfermeriainn@gmail.com

Elaboro: EEN Blanca Estela Reyes Chávez

Trípticos cuidados a la persona con gastrostomía

Recomendaciones

- Colocar al paciente en posición sentado o semisentado, mantenerlo en esa posición al menos media hora tras la administración.

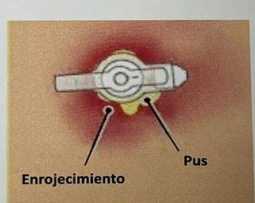



- Comprobar el residuo gástrico aspirando antes de las tomas.
- Si este fuera superior a 125-150 ml, retrasar la toma una hora.
- Administrar dieta a temperatura ambiente
- En caso de alimentación en bolo (directamente con jeringa) administrar lentamente (100 ml en 5 minutos)
- No administrar volúmenes totales superiores a 400 ml por toma.
- Limpiar con 50 cc de agua tras la administración de alimento o medicación.

- No mezclar alimentos con medicamentos; a menos que lo indique el médico.
- Administrar cada fármaco por separado sin mezclar en la jeringa

Complicaciones


- Infecciones de los bordes del estoma
- Fuga del contenido gástrico
- Desplazamiento de la sonda
- Fiebre
- Obstrucción de la sonda
- Rotura de la sonda





INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ

CUIDADOS A LA PERSONA CON GASTROSTOMÍA



Sonda de gastrostomía para alimentación por bolo

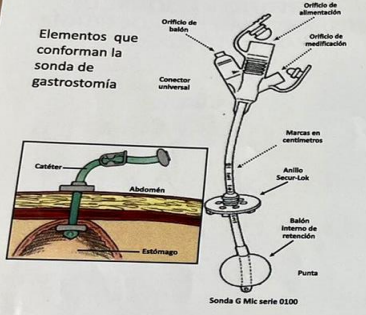
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ

CONSULTORÍA EN ENFERMERÍA
 Insurgentes Sur 3877. Col. La Fama.
 14269 México, D.F. Tel. (55) 56063822 ext. 2100; 1063; 5061; 2509
 consultoriaenfermeriainn@gmail.com

Elaboro: EEN Blanca Estela Reyes Chávez

¿Qué es una sonda de gastrostomía?

Es un tubo que se introduce por el abdomen, para administrar alimento directamente al estómago.




Estoma: apertura quirúrgica creada, que une una parte de cavidad corporal con el exterior.

Cuidados del estoma


- Lavarse las manos y limpiar la parte de la piel que rodea el estoma con agua tibia.
- Secar meticulosamente el estoma y aplicar una solución antiséptica.
- Cubrir con gasa estéril.

- El soporte externo de la sonda puede levantarse y girarse ligeramente de forma suave en sentido horario y en el sentido contrario.
- Limpiar diariamente la parte externa de la sonda de dentro hacia afuera; de forma suave con agua y secar bien.
- Girar la sonda, fijar la parte exterior de la sonda a la pared abdominal con un parche de micropore.



- Mantener los tapones cerrados cuando no se usan.
- No pinzar la sonda con objetos metálicos.

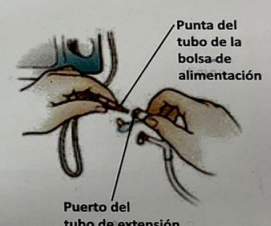
Medidas higiénicas



Formas de administración de nutrición enteral

Administración intermitente

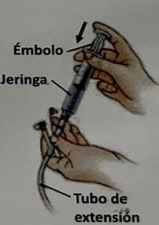
Es la más parecida a la alimentación habitual, se conecta una bolsa, pero sólo debe utilizarse en pacientes con tracto digestivo sano, con tiempo de vaciado gástrico normal.



Punta del tubo de la bolsa de alimentación
Puerto del tubo de extensión

Administración con jeringa


Es un método muy útil en pacientes con nutrición enteral domiciliaria ya que les permite acomodarse a él de forma muy sencilla.




Émbolo
Jeringa
Tubo de extensión

Tríptico Signos vitales y esquema camaleón

- Temperatura
 - Hipotermia <35°C
 - Normal: 36 – 37.5 °C
 - Fiebre: 38 °C y 41 °C.
 - Hiperpirexia: >41 °C.




- Factores de riesgo que conlleva a sufrir un Evento Cerebro Vascular
 - Hipertensión arterial
 - Tabaquismo
 - Diabetes mellitus
 - Obesidad
 - Dislipidemia
 - Ingesta de alcohol




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN ENFERMERÍA
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELAZCO SUÁREZ


Código Stroke
Ataque Cerebro Vascular




CAra colgada.



MANo pesada.



LEngua trabada.



ON Llama al 911.

REEN. Rosas Mora Isis Estefania
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO


Referencias:
<https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v8/n1/cerebrovascular.pdf>

SIGNOS VITALES



¿Qué son los signos vitales?

Parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano, y esencialmente proporcionan datos (cifras) que dan pauta para evaluar la homeostasis (estado de equilibrio) de la persona, indicando su situación inmediata de salud, así como los cambios o evolución ante cualquier padecimiento, ya sea positivo o negativo.




¿Cuáles son los parámetros normales de los signos vitales?

- Frecuencia Cardíaca


VALORES: 60-100 latidos por minuto

El pulso radial se siente en la muñeca, por debajo del pulgar



- Frecuencia Respiratoria

Rápida: más de 30 respiraciones por minuto (taquipnea)
Normal: 12-20 respiraciones por minuto
Lenta: menos de 10 respiraciones por minuto (bradipnea)



¿Qué puede ocasionar alteración de los signos vitales?

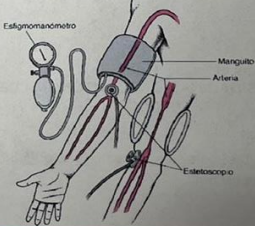
Las constantes vitales pueden modificarse debido a diversos factores:

- Fisiológicos: Edad, sexo, peso, ejercicio, etc.
- Ambientales: hora del día, temperatura, altitud sobre nivel del mar, etc.
- Psicológicos: estado emocional, resistencia al estrés.
- Patológicos: infecciones, hemorragias, quemaduras, deshidratación, alteraciones a nivel cerebral renal o cardiacas.

Presión Arterial

Categorías

Normal: <120/80
Elevada: >120/80
Hipertensión Nivel 1: >130/80
Hipertensión Nivel 2: >140/90
Crisis hipertensiva: >180/120



Oxímetro

Saturación de oxígeno

Frecuencia cardíaca

Barra de pulsos

