

Trabajo de Fin de Grado
Curso 2015/16



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**GRADO DE SATISFACCIÓN
EN PACIENTES
POSTQUIRÚRGICOS DE
TUMOR CEREBRAL**

Autora: Ainhoa Calvo Manzano

Tutora: Lucía Pérez Pérez

RESUMEN

Tumor cerebral se define como un conjunto de células anormales de nueva aparición, que crecen y se multiplican descontroladamente en el cerebro. Aunque en España existe una baja incidencia de este tipo de tumores en adultos, se considera que la información y cuidados proporcionados por los profesionales de la enfermería son de vital importancia en aquellos pacientes que son sometidos a la resección, total o parcial, de un tumor cerebral y que necesitan de la hospitalización para su recuperación inmediata. Los enfermeros deben actuar sobre el paciente de una manera holística y mediante unos cuidados individualizados, detectando las posibles complicaciones postquirúrgicas y actuando, además, como informadores y educadores sanitarios.

La presente propuesta de estudio de investigación, lo que pretende es valorar el grado de satisfacción, en cuanto a la información y cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería, de pacientes postquirúrgicos de tumor cerebral de entre 40 y 70 años de edad, en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Para ello se les hará entrega de una nota informativa y un cuestionario en papel a todos aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión de este estudio, analizando las respuestas obtenidas mediante un programa de análisis de datos.

La finalidad de este estudio será la identificación de toda aquella información y cuidados proporcionados por los profesionales de la enfermería que son susceptibles de mejora, bajo la perspectiva del paciente, y la valoración de la necesidad de elaboración de un protocolo de cuidados para este tipo de pacientes.

Palabras clave: tumor cerebral, cuidados de enfermería postquirúrgicos, información, grado de satisfacción.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Justificación	10
3. Objetivos	11
4. Metodología	11
5. Resultados	14
6. Discusión e implicaciones para la práctica	15
7. Conclusiones	19
8. Bibliografía	21
9. Anexos	25

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo propone la realización de un estudio de investigación, donde se valorará el grado de satisfacción de pacientes postquirúrgicos de tumor cerebral, en cuanto a la información y cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería de la planta de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. De esta manera se podría identificar la información y los cuidados de enfermería que son susceptibles de mejora para la recuperación de este tipo de pacientes en dicho hospital, y si se necesita de la elaboración de un protocolo de cuidados para los mismos.

Un tumor cerebral es todo proceso expansivo de nueva formación cuyo origen está en alguna de las estructuras contenidas en la cavidad intracraneal, o una acumulación de células anormales de nueva aparición que crecen y se multiplican descontroladamente y que tiene su origen en las estructuras anteriormente mencionadas.¹ Estos tumores pueden destruir directamente las células sanas del cerebro o pueden dañarlas indirectamente para invadir otras partes del mismo.² Los tumores cerebrales pueden comprimir partes del cerebro a medida que van creciendo, causando edemas, cambios de posición del cerebro y aumento de la presión intracraneal, convirtiéndose en la segunda causa de muerte por lesión cerebral.^{1,2,3,4,5} El crecimiento de un tumor cerebral puede provocar cambios temporales o permanentes en la función cerebral.⁵

Los tumores cerebrales se clasifican según las células donde tengan su **origen**.⁶ Pueden ser *primarios*, cuando se originan en las células de las estructuras cerebrales; o pueden ser *secundarios o metastásicos*, cuando se han diseminado al cerebro procedentes de una localización distinta del mismo.^{1,3,4,7,8,9} En estos últimos las células cancerígenas llegan al cerebro a través de la circulación sanguínea, del sistema linfático o del líquido cefalorraquídeo; y su tratamiento va a depender del tumor primario, la carga tumoral, las condiciones médicas del sujeto y la localización y número de metástasis.^{1,10} Los tipos de cáncer que generalmente se diseminan al cerebro son: el melanoma, el cáncer de mama, de colon y de pulmón; siendo el cáncer de pulmón el causante de la mitad de los tumores cerebrales metastásicos.¹¹

Los tumores primarios que tienen su origen en el cerebro rara vez se propagan a otras zonas del cuerpo transformándose en metastásicos. De la misma manera, rara vez los tumores cerebrales se consideran benignos porque si no se extirpan, con el tiempo

acaban creciendo y suponiendo una amenaza para la vida. Los tumores cerebrales primarios pueden propagarse a otras partes del sistema nervioso central pero casi nunca se propagan a otros órganos.¹²

Como mencionan Rubio y Parra (2009) en su trabajo titulado “*Brindar cuidados a pacientes con tumor cerebral*”, los tumores cerebrales también se pueden clasificar, según su **naturaleza** y **características**, como malignos o benignos. Los tumores *malignos* crecen rápido invadiendo a menudo áreas sanas del cerebro, mientras que los tumores *benignos* tienen un crecimiento más lento.^{1,7,8,13} Por esta razón, los tumores cerebrales metastásicos son casi siempre malignos, mientras que los tumores primarios pueden ser benignos o malignos.^{7,8}

Los tumores cerebrales benignos (no cancerosos) no suelen invadir otros tejidos, por lo que normalmente no ponen en peligro la vida, pero pueden recidivar. A su vez estos tumores pueden crecer lo suficiente como para causar daños en el tejido cerebral o situarse en áreas vitales, produciendo discapacidad e incluso comprometiendo la vida. Los tumores cerebrales malignos, en cambio, crecen rápidamente y son los que se pueden propagar por todo el organismo, llegando a amenazar la vida de quienes los padecen. Por lo tanto ambos pueden causar síntomas y la muerte.^{5,9,11,12,14,15}

Los tumores cerebrales finalmente pueden clasificarse basándose en dos aspectos esenciales: el **tipo de célula** a partir de la cual se origina el tumor (Anexo 1) y el **grado histológico** que define el comportamiento biológico (agresividad) del tumor (Anexo 2); este último va desde el Grado 1 (tumores menos agresivos) hasta el Grado 4 (tumores de comportamiento muy agresivo).^{3,4,14,15} Esta clasificación sirve para planificar el tratamiento y predecir los resultados.⁵

Los tumores cerebrales pueden tener células en distintos grados histológicos y serán las de mayor grado las que determinen el grado del tumor, aunque haya más células de un grado menor. Un tumor de menor grado podría reaparecer como uno de mayor grado y un tumor benigno podría transformarse en uno maligno.⁵

La **causa** de los tumores cerebrales primarios es desconocida, aunque se cree que existen **factores de riesgo** predisponentes que podrían desencadenarlos.^{1,3,7,8,9} Un factor de riesgo es aquel que aumenta la posibilidad de que una persona desarrolle una

enfermedad, en este caso un tumor cerebral. Existen factores de riesgo modificables y no modificables, pero tener un factor de riesgo no implica que necesariamente se vaya a desarrollar la enfermedad, ya que existen personas que sin tener ningún factor de riesgo conocido la desarrollan.^{12,14,15} Algunos factores de riesgo son:

- *Factores genéticos*: no hay datos suficientes que nos indiquen que los tumores cerebrales sean hereditarios, pero sí se piensa que existe una predisposición genética en aquellas familias donde existen síndromes genéticos.^{3,9,12,14,15,16}
- *Exposición a algunos tipos de radiación*: no existen estudios consistentes que demuestren la relación del desarrollo de tumores cerebrales con las radiaciones. Se cree que los campos electromagnéticos de los teléfonos móviles podrían aumentar el riesgo de desarrollo de estos tumores, pero los estudios científicos sobre este tema son muy controvertidos aunque sí se considera que el riesgo podría aumentar en función del tiempo durante el cual se ha utilizado el teléfono móvil.^{3,12,14,15,16}
Las personas expuestas a dosis elevadas de radiación en su trabajo o como tratamiento contra un cáncer corren un mayor riesgo.^{12,16}
- *Sustancias químicas*: los compuestos nitrosos, cloruro de vinilo, petróleo y ciertos componentes químicos presentes en el medio ambiente, poseen alta capacidad para inducir tumores cerebrales.^{3,12}
- *Trastornos en el sistema inmunológico*: las personas con sistemas inmunitarios deteriorados tienen más riesgo de padecer linfomas en el cerebro.¹²

Los **síntomas** van a depender del tamaño, localización, funciones que controla esa parte del cerebro y características biológicas del tumor.^{1,3,8,9,11}

Al principio el cerebro muestra una tolerancia a los efectos compresivos e infiltrantes de los tumores cerebrales, por lo que es raro que aparezcan síntomas precoces, y será con el tiempo cuando aparecerán los síntomas.¹³

Los síntomas más comunes son:

- *Paresias* (parálisis transitoria o incompleta).
- *Crisis motoras parciales*.
- *Afasia* (problemas para utilizar el lenguaje).

- *Apraxias* (problemas para realizar ciertos movimientos).
- *Agnosias* (se percibe el objeto pero no se sabe lo que es ni para lo que sirve).^{3,4,17}

Los **síntomas generales** son provocados por el aumento de la masa encefálica, los edemas alrededor del tumor o el aumento de líquido cefalorraquídeo en los ventrículos que provoca un aumento de la presión intracraneal llamada hidrocefalia.^{1,3}

Algunos de los síntomas generales pueden ser:

- *Cefalea*: desaparecen durante el día y vuelven al acostarse y con todos aquellos esfuerzos que aumenten la presión intracraneal. Empeoran con el tiempo y afecta a la mitad de los pacientes.
- *Vómitos*: son poco frecuentes y acompañan a las cefaleas.
- *Papiledema* (edema del nervio óptico): provoca disminución de la agudeza visual y diplopía. Si es crónica puede provocar ceguera transitoria.
- *Crisis comiciales*: producidas por la irritación de la corteza cerebral. Nos indica cómo está siendo la evolución del tumor. Entre el 25 y el 40% de los pacientes con tumores cerebrales presentan una convulsión en algún momento de su enfermedad.
- *Síntomas mentales*: los más frecuentes son el aturdimiento y los fallos de memoria. Cuando está aumentada la presión intracraneal puede aparecer obnubilación, somnolencia y coma.^{1,3,5,8,9,12,16,17}

Los **síntomas focales** dependen de la localización y las características biológicas del tumor.^{1,16}

ZONA ENCEFÁLICA	SÍNTOMAS POSIBLES
Lóbulo frontal	Comportamiento inapropiado – labilidad emocional – pérdida de memoria reciente. Convulsiones contralaterales – disfunción motora con lentitud, hemiparesia y hemiplejia.
Lóbulo temporal	Alucinaciones auditivas – cambios de personalidad – déficit de campos visuales.

	Afasia receptiva – epilepsia psicomotora – disartria.
Lóbulo parietal	Problemas de percepción – déficit de campos visuales – dixlesia. Pérdida del sentido de la posición – síndrome de Gertsman (dificultad para el cálculo, la escritura y para diferenciar los dedos de la mano).
Lóbulo occipital	Hemianopsia homónima contralateral (pérdida visual de la mitad del campo visual del lado contrario del tumor) – alucinaciones e ilusiones.
Hipotálamo	Diabetes insípida – pérdida del control de la temperatura.
Hipófisis (silla turca)	Amenorrea – signos y síntomas de Cushing – galactorrea – impotencia.
Cerebelo	Alteración de la marcha – alteración del equilibrio - falta de coordinación. Nistagmo (movimientos rotatorios involuntarios de los ojos)

Tabla 1. Posibles síntomas según la localización del tumor cerebral.¹

El cuadro más grave es cuando se desplaza el tronco encefálico debido a la presión cerebral aumentada, pudiendo producir la muerte del paciente.⁴ Los tumores de crecimiento lento son los que producen menos sintomatología.²

El **diagnóstico** se realiza mediante exploración física y neurológica, pruebas de laboratorio (bioquímica en sangre, estudio de niveles hormonales y determinación de marcadores tumorales), pruebas radiológicas, biopsia, punción lumbar, estudio de potenciales evocados y encefalograma.^{1,12,17}

Para diagnosticar un tumor cerebral normalmente se necesita la combinación de varias pruebas que ayuden a determinar el diagnóstico, grado de actividad y extensión del mismo.^{14,15}

En el trabajo de Ramírez y Hurtado (2008) sobre “*Tratamiento eficaz para pacientes con cáncer cerebral*”, se comenta que el **tratamiento** de este tipo de tumores dependerá del tamaño, tipo y velocidad de crecimiento del tumor, y del estado general de salud del paciente. La finalidad de este tratamiento es eliminar el tumor sin dañar las funciones neurológicas, evitar la presión intracraneal, aliviar los síntomas y mejorar la función y bienestar del paciente. Este tratamiento puede ser farmacológico, quirúrgico, radioterápico y/o quimioterápico, todo dependiendo del tipo de tumor.^{1,3,12,13,14,15,17} Sin embargo, este trabajo se centrará en la información y los cuidados de enfermería proporcionados a los pacientes durante su recuperación postquirúrgica inmediata.

La cirugía suele ser la primera opción terapéutica de los tumores cerebrales y a veces es suficiente para controlar la enfermedad. Permite conocer el tipo de tumor cerebral, hacer la máxima resección posible manteniendo las máximas funciones cerebrales y descomprimir tejidos sanos. Si la resección del tumor cerebral es completa, el pronóstico será significativamente mejor que si solo se puede realizar una biopsia.^{8,14,15} En el caso de los tumores mal definidos, lo que se pretende es que la extirpación parcial reduzca el tamaño del tumor en la medida de lo posible, mejorando la calidad de vida del paciente y aumentando su supervivencia, al reducir los síntomas y la presión intracraneal.^{4,13,16,18} En muchos casos se combina con la quimioterapia o radioterapia, o ambos.^{3,16}

En cuanto a la epidemiología los tumores cerebrales tienen una incidencia de **7,5 por cada 100.000 habitantes**, lo que supone el 2% de los cánceres en los adultos y hasta casi un 15% de los cánceres en niños menores de 15 años.³ Esto nos indica que es un tumor poco frecuente entre los adultos, siendo la incidencia mayor en los hombres que en las mujeres, y mayor también en los individuos de raza blanca que en otras razas.^{3,14,15} Por lo tanto, cuando más incidencia tiene este tipo de tumores es en la infancia y a partir de la 5ª década de la vida, decreciendo a partir de la 8ª década.^{2,19}

Los tumores cerebrales son la segunda causa de fallecimiento en los niños de **0 a 5 años**, siendo la primera causa las leucemias. En los adultos, ocupa el 13^{er} lugar en

frecuencia de todos los tipos de cánceres, con una media de edad de entre los **40 y los 70 años**.^{3,13,20} Por esta razón el presente estudio pretende centrarse en pacientes postquirúrgicos de este rango de edad.

La mayoría de los tumores en la infancia son primarios mientras que en los adultos son metastásicos, y ambos se tratan de manera diferente.^{3,4,5,12,14,15,21}

Los tumores cerebrales pueden aparecer a cualquier edad, pero algunos son más comunes a una edad determinada. En la niñez los tumores cerebrales más comunes son el astrocitoma, meduloblastoma, ependimoma y glioma, siendo este último el 75% de los tumores cerebrales en pediatría y el 45% en adultos.¹³

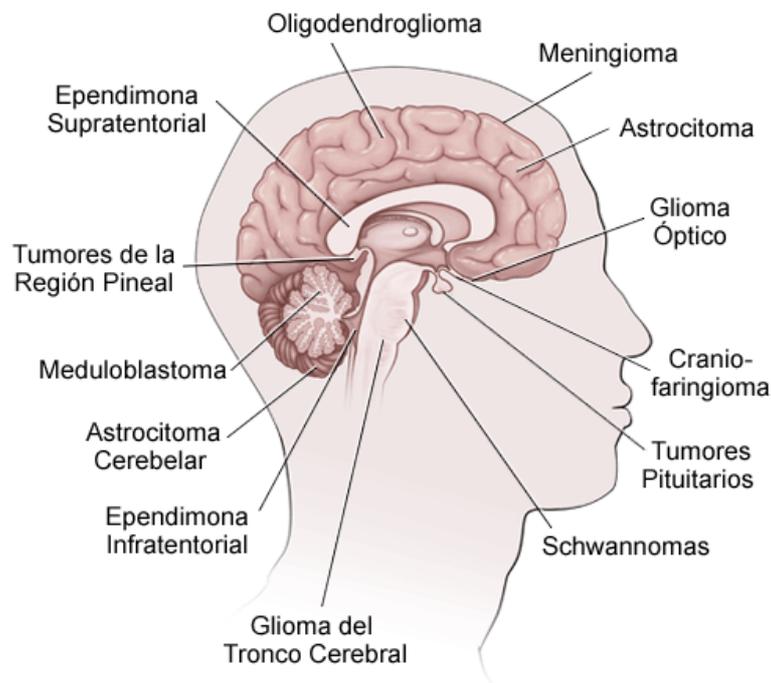


Figura 1. Ubicación de algunos tumores cerebrales.²²

Los gliomas (tumor primario maligno) son casi la mitad de los tumores cerebrales operados, por lo que son, junto con los meningiomas (tumor primario benigno) y las metástasis cerebrales, los más frecuentes.⁶

Los glioblastomas raramente ocurren en personas menores de 15 años pero se incrementa de forma significativa a partir de los 45 años, siendo el tumor cerebral más agresivo.^{3,19,21}

Los tumores cerebrales benignos son ligeramente más frecuentes en las mujeres, mientras que los malignos, y las cifras globales de neoplasias cerebrales, son más frecuentes en los varones. En cualquier caso, la probabilidad de desarrollar un tumor cerebral es inferior al 1%.^{12,13,16}

En nuestro país, aunque existe una baja incidencia de tumores cerebrales, se diagnostican unos 3.500 nuevos casos al año aproximadamente, existiendo información escasa e incompleta sobre el tema debido a su complejidad.^{3,23} Por esta razón, existen pocos estudios sobre los tumores cerebrales y más a nivel de España, puesto que la mayoría de los estudios que existen al respecto se hacen en EEUU y Sudamérica.

En la recuperación postquirúrgica de este tipo de pacientes, se necesita de la intervención de un equipo multidisciplinar formado por profesionales sanitarios, donde cabe destacar el importante papel que desempeña la enfermería en este tipo de casos.

La mayoría de los pacientes con tumores cerebrales van a presentar algún tipo de disfunción tras la resección quirúrgica del tumor, ya sea sensitiva o motora, que les va a provocar angustia, sufrimiento, dolor y dependencia, situación que afectará también a la familia y cuidador o cuidadores.¹

Dependiendo del grado de afectación y dependencia tras la intervención quirúrgica, se deberá realizar una valoración enfermera y unos cuidados de enfermería individualizados.^{1,24,25} Estos cuidados de enfermería no solo tienen que tener en cuenta los aspectos fisiopatológicos sino también las repercusiones psicosociales y profesionales que este tipo de proceso patológico genera en el paciente, afectando a su calidad de vida. Por lo tanto, los objetivos de los cuidados de enfermería serán el paliar los síntomas y aumentar la independencia del paciente.^{24,25}

La **estancia media** de los pacientes postquirúrgicos de tumor cerebral en la planta de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid es de 5 a 7 días si no aparecen complicaciones, y si aparecen, según cuál sea la complicación, permanecerán hospitalizados el tiempo que sea necesario.

Los tumores cerebrales que son **intervenidos quirúrgicamente** en esta planta son unos 2 o 3 a la semana, que pueden suponer unos 8 o 10 al mes, aproximadamente, aunque

existen variaciones en donde hay semanas con muchas intervenciones de este tipo y semanas donde no hay ninguna.

La planta de Neurocirugía está compuesta por 7 habitaciones, 3 de ellas son triples y 4 de ellas son dobles, por lo que tiene un total de 17 camas dedicadas a tratar pacientes que han sido sometidos a diferentes neurocirugías, entre ellas tumores cerebrales, cuya recuperación en el postoperatorio inmediato depende en gran medida de los cuidados de enfermería que se les proporcione.

Entre las **complicaciones postquirúrgicas** que pueden darse en este tipo de pacientes, se encuentran:

- Aumento de la presión intracraneal.
- Infecciones de la herida quirúrgica.
- Meningitis.
- Encefalitis.
- Osteomielitis.
- Sangrado intracraneal postquirúrgico.
- Convulsiones...²⁶

Las **secuelas** que van a presentar estos pacientes tras la intervención quirúrgica van a depender del tipo de tumor cerebral y, sobre todo, de la ubicación del mismo, ya que cada región cerebral tiene una función y si el tumor destruye una zona le dejará las secuelas que tengan que ver con las funciones realizadas por dicha región. Entre algunas de las posibles secuelas tras la resección quirúrgica del tumor cerebral, se encuentran:

- Hemiparesia.
- Alteración del campo visual.
- Trastorno del lenguaje.
- Defecto de la sensibilidad.²⁷

Las **recaídas** ocurren con frecuencia y pueden aparecer meses o años después de la aparición del primer tumor cerebral según el tipo de éste. Estas recidivas pueden ser en el mismo lugar o en otras partes del sistema nervioso central y, en caso de recaída, será un quipo multidisciplinar el que realizará el diagnóstico y tratamiento del tumor cerebral.^{11,14,15}

2. JUSTIFICACIÓN

Los enfermeros tienen un papel muy importante durante la recuperación postquirúrgica inmediata de este tipo de pacientes, ya que es el personal de enfermería el primero en detectar cualquier complicación derivada de la resección quirúrgica, valorando aspectos como el nivel de conciencia mediante la escala Glasgow (Anexo 3), nivel de dolor, presencia de secreciones o sangrado por la herida quirúrgica y/o síntomas asociados. También pueden monitorizar las constantes vitales y la presión intracraneal, entre otros cuidados.

La enfermería se encargará de la evaluación, planificación y puesta en marcha de los cuidados, basándose en la observación continua de la situación patológica del paciente y fomentando su autocuidado.²⁵

Además, los enfermeros tienen un papel importante como informadores, ya que son los encargados de informar a los pacientes de los cuidados que se les van a realizar en cada momento y de resolver sus dudas en función de lo que necesiten saber y las particularidades del tumor cerebral; y como educadores, proporcionando los conocimientos que necesite el paciente en cuanto a alimentación, movilización, ejercicios a realizar, prevención de accidentes, cuidados de la herida quirúrgica y signos de infección, signos y síntomas de hemorragias intracraneales, medicación y cuidados de la derivación ventricular, si existe.²⁶ Esto alivia su ansiedad y les proporciona la tranquilidad que necesitan para llevar una estancia hospitalaria lo más normal posible.²⁵

Los cuidados y la información aportada por el personal de enfermería siempre pueden mejorarse para intentar conseguir la excelencia profesional, disminuir el riesgo del paciente, aumentar la satisfacción del mismo y mejorar el impacto final sobre su salud.

Por tanto, con este estudio se podrá contribuir a la mejora de la calidad de la atención recibida a través de la información y los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería, evitando complicaciones tras la intervención quirúrgica y sentimientos de ansiedad en el paciente durante su hospitalización. Esto disminuiría los gastos económicos que supone un mayor tiempo de hospitalización del paciente, derivada de las complicaciones postquirúrgicas, y ayudaría en la recuperación inmediata del mismo.

3. OBJETIVOS

3.1.Objetivo general:

- Valorar el grado de satisfacción en cuanto a la información y cuidados postquirúrgicos proporcionados por los profesionales de enfermería a pacientes de tumor cerebral, entre 40 y 70 años de edad, ingresados en la planta de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

3.2.Objetivos específicos:

- Determinar la incidencia de tumores cerebrales según la edad y el lugar de residencia en el que viven los pacientes.
- Evaluar si existen diferencias de opinión entre hombres y mujeres.
- Valorar si existe un componente hereditario en la aparición de tumores cerebrales.
- Valorar si existe relación entre determinadas profesiones y la presencia de tumores cerebrales.

4. METODOLOGÍA

La información que se ha empleado para la revisión bibliográfica de este estudio sobre los tumores cerebrales, se ha obtenido vía internet en bases de datos como Elsevier, Scielo, MedlinePlus, la Biblioteca Cochrane Plus, Lilacs y Google Académico; y vía documental con libros presentes en la biblioteca de la Facultad de Enfermería de Valladolid y la unidad de Neurología-Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Las búsquedas bibliográficas se realizaron empleando palabras clave en castellano como “tumor cerebral”, “cuidados de enfermería tumores cerebrales”, “cuidados de enfermería postquirúrgicos”, “satisfacción cuidados postquirúrgicos”, “satisfacción pacientes postquirúrgicos”, “escala coma Glasgow”... En dichas búsquedas se procuró que la información y artículos tuvieran menos de 10 años, y solo se descargaron aquellos textos completos de acceso libre que pudiesen ser útiles para el estudio, a partir de la lectura del título y el resumen.

El operador booleano empleado fue “AND”, combinando términos como “tumor cerebral” AND “enfermería”, “tumor cerebral” AND “cuidados de enfermería”, “satisfacción” AND “cuidados postquirúrgicos”, “satisfacción” AND “pacientes postquirúrgicos”, “calidad” AND “cuidados de enfermería”.

La búsqueda se limitó a trabajos publicados a nivel nacional e internacional en idiomas como el español, inglés y portugués, incluyendo publicaciones que se centraban exclusivamente en adultos y excluyendo estudios de niños en edad pediátrica.

Con toda la información previamente buscada, recogida y seleccionada, se determinó que el **estudio** que se pretende realizar es de tipo cuantitativo, descriptivo, longitudinal y prospectivo.

La **población** elegida estará formada por todos aquellos pacientes con tumor cerebral ingresados en la planta de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

La **muestra** estará compuesta por todos los pacientes entre 40 y 70 años de edad que hayan sido intervenidos para la resección quirúrgica, total o parcial, de un tumor cerebral ingresados en la planta de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid durante el periodo de realización del estudio.

Los *criterios de inclusión* serán:

- ✓ Sujetos que acepten participar en el estudio.
- ✓ Pacientes entre 40 y 70 años de edad.
- ✓ Pacientes de ambos sexos.
- ✓ Pacientes que hayan sufrido la resección quirúrgica total o parcial de un tumor cerebral.
- ✓ Pacientes conscientes y orientados.
- ✓ Pacientes ingresados en la Unidad de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Los *criterios de exclusión* serán:

- ✗ Pacientes menores de 40 años y mayores de 70 años.
- ✗ Sujetos que no comprendan el idioma.

- ✗ Sujetos analfabetos.
- ✗ Pacientes con afasia expresiva.
- ✗ Pacientes con afasia de comprensión.
- ✗ Pacientes con incapacidad física o mental para realizar la encuesta.
- ✗ Pacientes inconscientes, con bajo nivel de conciencia o desorientados.

El **método para la recogida de datos** será mediante la dispensación, antes del alta hospitalaria, a partir del cuarto día tras la intervención quirúrgica, de una nota informativa acompañada de un cuestionario en papel, a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión de este estudio. Se informará al paciente, verbalmente y mediante dicha nota informativa (Anexo 4), sobre el estudio que se quiere llevar a cabo y su objetivo. La cumplimentación del cuestionario (Anexo 5) será totalmente voluntaria y anónima, garantizando la confidencialidad de los datos. Los individuos de la muestra lo rellenarán y se lo darán al personal de enfermería que lo guardará en una carpeta diseñada para este propósito. Estas encuestas serán recogidas y revisadas periódicamente por el personal que se encargue de la realización del estudio.

El cuestionario estará compuesto por 11 ítems que ayuden a valorar si el paciente considera que la información y los cuidados aportados por el personal de enfermería han ayudado satisfactoriamente en la recuperación postquirúrgica de su proceso patológico. Diez de las once preguntas, serán cerradas y sus respuestas se evaluarán mediante una puntuación que irá de menos a más, siguiendo la escala de Likert. Y la última pregunta, será abierta para valorar qué aspectos se podrían mejorar de lo anteriormente mencionado. También se incluirán preguntas de identificación (sexo, edad, localidad, profesión y antecedentes familiares de tumor cerebral), donde se relacionarán estas variables con la presencia de tumores cerebrales. Se repetirán algunas preguntas formuladas de distinta manera para comprobar la veracidad de los resultados, esto se puede ver en las preguntas 4 y 8, en donde se relaciona si el paciente está satisfecho con los horarios en los que se le ha administrado la medicación y si se han respetado sus horas de sueño y descanso. Así como en las preguntas 9 y 10, donde se relacionan las posibles molestias postquirúrgicas del paciente.

El **periodo** de realización del estudio será desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre del mismo año.

En cuanto a los **recursos materiales**, se necesitarán suficientes copias de la encuesta y de la nota informativa sobre el estudio que se quiere realizar y su objetivo, material de escritura, una carpeta, un ordenador, un programa de edición de texto (Word), un programa de recogida de datos (Excel) y un programa de análisis de datos (SPSS Statistics Base para Windows).

En lo relativo a **recursos humanos**, se necesitarán 4 Diplomados o Graduados en Enfermería.

Para la realización del estudio se necesitará elaborar un escrito, que se tendrá que hacer llegar al Comité de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, donde se notifique el deseo de realizar un estudio para la valoración de la información y los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería a pacientes postquirúrgicos de tumor cerebral, ingresados en la planta de Neurocirugía de dicho hospital. Tras la obtención del permiso para poder realizar este estudio, se procederá a informar de la realización del mismo a la Supervisora de Enfermería de la planta correspondiente.

5. RESULTADOS

Debido a que el presente trabajo es una propuesta de estudio de investigación, no se han obtenido resultados. Los resultados se obtendrán tras el análisis de los datos obtenidos con el cuestionario pasado a todos aquellos pacientes postquirúrgicos de tumor cerebral, que cumplan con los criterios de inclusión y que participen de forma voluntaria y anónima durante el periodo de realización del estudio.

Para el **análisis de datos**, se traducirán las respuestas correspondientes a cada pregunta en porcentajes, de esta manera se podrán realizar diagramas de barras y sectores para comprobar de manera más directa y visual la proporción de las distintas respuestas. Así mismo, se podrá ver, a simple vista, qué información y/o cuidados proporcionados por el personal de enfermería son susceptibles de mejora tras la intervención quirúrgica.

6. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La recuperación tras cualquier intervención quirúrgica es vivida por el paciente como una situación que le genera dudas, sufrimiento, ansiedad e incertidumbre. Más aún en este tipo de pacientes en quienes, tras la resección total o parcial de su tumor cerebral, pueden quedar secuelas neurológicas que pueden llegar a afectar considerablemente a su calidad de vida tras la intervención.

El personal de enfermería debe ser consciente de ello e implicarse más a fondo en el cuidado de este tipo de pacientes: mejorando en la medida de lo posible la información, las técnicas de enfermería, la comunicación verbal y no verbal, la escucha activa...que se les proporciona a los pacientes durante su estancia hospitalaria. Es por ello que resulta interesante conocer la opinión subjetiva de los pacientes en cuanto a la información y los cuidados que han recibido durante su hospitalización por parte del personal de enfermería.

Como bien dicen Carlos Bustamante y Nadia Ferreyra (2010) en su artículo "*Cuidados emocionales que brindan los enfermeros a los pacientes quirúrgicos*", el cuidado de enfermería en pacientes postquirúrgicos se centra más en el aspecto técnico y mecánico que en el emocional, aumentando la vulnerabilidad de este tipo de pacientes. En muchas ocasiones se deja de lado la escucha activa de aquellos pacientes que desean expresar sus sentimientos o emociones porque, por falta de tiempo y de recursos humanos, los enfermeros priorizan la atención de los pacientes con necesidades fisiológicas. En este artículo se comenta que el 63,5% de los enfermeros del Servicio de Postquirúrgicos e internación de la Clínica Sucre adquieren una actitud de escucha activa, el 75% orienta/educa al paciente y su familia ante la necesidad emocional, y el 70,83% adoptan una actitud empática para asistir al enfermo y su familia. Teniendo en cuenta estos datos, se podría llegar a la conclusión de que los pacientes postquirúrgicos se encontrarían bastante satisfechos con los cuidados emocionales que les han brindado los enfermeros.²⁸

Estas actitudes de escucha activa, orientación/educación y empatía, son actitudes importantes que deberían mantener todos los enfermeros para disminuir el nivel de ansiedad y sufrimiento que pueden presentar los pacientes en determinados momentos de su estancia hospitalaria.

Como comenta Claudia Consuelo Torres Canteras (2010) en su artículo “*Percepción de la calidad del cuidado en pacientes hospitalizados*”, conocer la opinión de los usuarios es un importante indicador de la calidad asistencial, que se realiza con la finalidad de proporcionar una atención acorde a las necesidades y expectativas del paciente. Es importante estudiar la calidad del cuidado, a través de la percepción de los pacientes, para mejorar la práctica del cuidado no solo teniendo en cuenta la opinión de los enfermeros sino también la de los pacientes y así determinar qué aspectos consideran más significativos para su cuidado. Con este estudio se pudieron examinar los puntos débiles del cuidado prestado y determinar el concepto de los pacientes sobre el cuidado recibido. El paciente es quien vive la enfermedad, por lo que su opinión constituye un elemento determinante en la prestación del cuidado. De esta manera, el paciente determina el papel de la enfermería y el profesional identifica las prioridades del paciente.²⁹

En el artículo se comenta que la mayoría de los pacientes entrevistados eran quirúrgicos. El 95,7% de los pacientes evaluó como positivo el cuidado de enfermería recibido, el 0,6% lo evaluó de forma negativa y el 76,1% consideraba que los cuidados de enfermería no necesitaban ser mejorados. En general, los pacientes tenían una percepción positiva de los cuidados de enfermería. El 76,65% de los pacientes, que tuvieron una valoración positiva de la atención recibida, no consideraba que la atención de enfermería necesitara ser mejorada, mientras que el 20,35% de esos pacientes sí consideraba que lo necesitaba. En cuanto al tiempo dedicado al paciente y la información proporcionada por la enfermería, tuvieron una puntuación más débil mientras que la amabilidad, trato, mantenimiento de la intimidad del paciente y el buen ambiente en el servicio obtuvieron una puntuación más positiva. Los pacientes valoraron más las actividades de enfermería relacionadas con la relación personal que los aspectos técnicos del cuidado. Dar la información necesaria y adecuada puede influir de manera positiva en la recuperación del paciente, por ello hay que mejorar en la medida de lo posible la cantidad y calidad de la información que se proporciona al paciente y su familia.²⁹

Aunque la mayoría de los pacientes consideraran en este estudio que estaban satisfechos con los cuidados de enfermería que se les había brindado durante su estancia hospitalaria, dichos cuidados siempre son susceptibles de mejora. Además, la

información es una parte importante en la recuperación de los pacientes, en donde los enfermeros deben de incidir más a la hora de tratar con el paciente porque es un aspecto que, al ser más emocional que técnico, se olvida y no nos damos cuenta de que, al fin y al cabo, la información es una de las pocas cosas que ayudan al paciente a sobrellevar su estancia hospitalaria.

Paloma Oliva J. Ramos (2014) comenta en su estudio "*Nivel de satisfacción del paciente adulto postoperado respecto al cuidado de enfermería en servicio de cirugía del hospital regional de Lambayeque*", que el paciente es un ser que recibe cuidados de enfermería para su restablecimiento físico y mental, por lo que es importante valorar su satisfacción con respecto a la atención recibida durante la estancia hospitalaria. El nivel de satisfacción es un importante indicador de la calidad asistencial que permite rectificar los aspectos donde se detecten deficiencias. Los enfermeros deben conocer las expectativas y necesidades de este tipo de pacientes para que estos perciban la atención recibida como algo positivo que ha contribuido en el restablecimiento de su salud; ya que, la interacción enfermera-paciente es un factor determinante en la percepción positiva o negativa de la atención de enfermería durante la hospitalización. Como resultados se determinó que un 65% de los pacientes estaban totalmente satisfechos con los cuidados que les brindó la enfermera, el 22% regularmente satisfechos y el 13% insatisfechos. Los pacientes daban mayor prioridad en el cuidado de enfermería postoperatoria a la seguridad y protección física (54%), después a las necesidades fisiológicas (26%) y finalmente a la protección afectiva y amor (20%). Según las expectativas de los pacientes, el 88% estaban totalmente satisfechos con el cuidado que les brindó la enfermera, mientras que el 12% estaban regularmente satisfechos con los mismos. Y según las percepciones de los pacientes en el servicio de cirugía, el 83% estuvieron satisfechos y el 17% insatisfechos.³⁰

Por lo tanto, conociendo el nivel de satisfacción de los pacientes, se puede valorar la calidad asistencial de la enfermería, y de este modo incidir en aquellos aspectos donde se podría mejorar para prestar la mejor asistencia sanitaria posible.

Ana Paula Ribeiro Razera y Eliana Mara Braga (2011) comentan en su estudio "*La importancia de la comunicación durante el periodo de recuperación postoperatoria*", que la expectativa que tienen los pacientes sobre la calidad de la hospitalización, tratamiento y cuidado, es un factor que puede influir en su recuperación. Una

comunicación eficaz puede ayudar en la recuperación física y psíquica del paciente y es una habilidad que las enfermeras deben adquirir. Pacientes y familiares cuentan con los enfermeros en la disminución de su dolor, sufrimiento y angustia y éstos deben de tratar a los pacientes de una forma integral, dirigiéndose a los aspectos biopsicosocioespirituales del mismo. Los pacientes consideraron que las orientaciones más importantes estaban relacionadas con la limpieza de la herida quirúrgica. Dar información es básico para planificar el alta hospitalaria del paciente, ya que permite identificar sus necesidades y de esta información dependerán las condiciones de salud y el tipo de cuidado necesario tras el alta. En las orientaciones centradas en las técnicas básicas de enfermería (vestirse, administrar medicamentos y momento correcto para la higiene del cuerpo y la herida), los enfermeros no prestan el suficiente apoyo, seguridad y tranquilidad que los pacientes refieren necesitar sobre el cuidado que reciben, y no prestan la atención adecuada a la comunicación no verbal de los mismos, a las necesidades que no demuestran verbalmente, ya que se centran en los aspectos físicos del cuidado por la falta de tiempo. Pacientes y familiares estaban satisfechos con la atención recibida y las orientaciones proporcionadas por el equipo de enfermería. El uso de términos técnicos, aumenta la inseguridad de los pacientes que no entienden ese lenguaje y no solo hay que dar importancia a la comunicación verbal sino también a la no verbal, que influye en la percepción de información del paciente. Las dudas que tienen los pacientes aumentan su nivel de ansiedad y miedo durante la recuperación postoperatoria, por eso es importante responder correctamente a sus dudas. Como conclusión a este estudio, se considera que las enfermeras dan más importancia a la parte técnica y comportamiento ético que a los aspectos interpersonales, como: ofrecer información y orientaciones sobre los procedimientos realizados, dar una respuesta rápida a las solicitudes, ser un buen oyente, ser competente y hábil en los cuidados y ser humano con el paciente.³¹

Los enfermeros deben abordar al paciente en un sentido holístico, teniendo en cuenta que la comunicación verbal y no verbal es una parte importante en la recuperación física y psíquica de los pacientes. En este sentido, los enfermeros deben reforzar sus habilidades de comunicación verbal (dando información al paciente cuando sea necesario, adaptando el lenguaje al nivel cultural del paciente y resolviendo sus dudas,

entre otras cosas), y prestar más atención a la comunicación no verbal de los pacientes, ya que les puede orientar sobre las necesidades emocionales de los mismos.

Como **limitaciones** del estudio se podría mencionar que las respuestas del cuestionario son subjetivas, ya que el paciente da su opinión en cuanto a la información y cuidados recibidos por los enfermeros que le han correspondido, los cuales puede que trabajen de distinta manera al resto de enfermeros de la planta. Otra limitación sería la negativa del paciente a participar en el estudio, ya que éste es de carácter voluntario. Una tercera limitación sería que al menos uno de los enfermeros que vayan a llevar a cabo el estudio, tendría que tener conocimientos de estadística. Y la cuarta limitación sería que la autora de esta propuesta de estudio de investigación, no trabajase en la planta de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid durante el periodo de realización del estudio, dificultando su colaboración en cuanto a la dispensación de la nota informativa y cuestionario, y la recogida de datos.

En cuanto a las **fortalezas** de este estudio, cabe destacar que se necesitaría un bajo presupuesto para llevarlo a cabo en el hospital. Otra fortaleza sería la facilidad en la cooperación del paciente, debido a su presencia en el lugar donde se llevaría a cabo el estudio. Una tercera fortaleza sería el poco tiempo que requeriría la cumplimentación y entrega del cuestionario. Una cuarta, sería que este estudio analizaría muchas variables en un solo estudio. Y finalmente, una quinta sería que es un tema poco estudiado que ayudaría a saber si se está siguiendo un buen camino en cuanto a la información y cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería a pacientes postquirúrgicos de tumor cerebral, qué es lo que se podría mejorar, y ver si se precisa de la elaboración de un protocolo de cuidados para este tipo de pacientes.

7. CONCLUSIONES

Aunque los tumores cerebrales son más frecuentes en los niños que en los adultos, y dado que existen pocos estudios de investigación sobre el tema, resulta interesante centrar esta propuesta de estudio de investigación en los adultos, ya que al tener la suficiente madurez mental, son capaces de dar su opinión sobre su grado de satisfacción

en cuanto a la información y los cuidados brindados por los profesionales de la enfermería.

La cirugía, al ser la primera opción terapéutica en estos casos, genera unos costes de hospitalización, tras la intervención, en donde los enfermeros tienen un papel muy importante, ya que realizando su desempeño profesional de la mejor manera posible pueden contribuir en la recuperación inmediata de este tipo de pacientes, reduciendo el coste económico que supondría una mayor estancia hospitalaria debido a la presencia de complicaciones que se podrían haber prevenido.

Los tumores cerebrales, al no tener causa conocida, no se pueden prevenir, por lo tanto es importante centrar la atención de la actuación de enfermería en el ámbito terapéutico y más en concreto en el quirúrgico, ya que la mayoría de los pacientes con tumores cerebrales van a presentar algún tipo de disfunción tras la resección quirúrgica total o parcial del tumor, generándoles unas emociones sobre las que la enfermería debe de saber actuar adecuadamente.

La expectativa de este trabajo en cuanto a la incidencia de tumores cerebrales según la edad, es que a mayor edad exista una mayor incidencia de tumores cerebrales, ya que el crecimiento y multiplicación de las células son procesos que se van deteriorando a medida que va avanzando la edad. En cuanto al lugar de residencia, se espera que la incidencia sea mayor en aquellas poblaciones donde las personas estén expuestas a determinadas radiaciones ambientales o inhalación de ciertos componentes químicos que favorezcan la proliferación de este tipo de tumores. En cuanto a la diferencia de opiniones entre hombres y mujeres, cabe pensar que esta diferencia exista porque los hombres den más importancia a unos determinados aspectos del cuidado y las mujeres a otros. En cuanto al componente hereditario, es interesante saber si existe, porque muchos estudios dicen que los tumores cerebrales no son hereditarios a no ser que exista un síndrome genético. Y en cuanto a la relación entre determinadas profesiones y la aparición de tumores cerebrales, el tener una profesión donde se está expuesto a radiaciones, inhalación y/o manipulación de ciertos componentes químicos, puede contribuir a la aparición de dichos tumores.

Con la presente propuesta de estudio de investigación, se pretende conseguir una mejora de la información y los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería a

pacientes intervenidos quirúrgicamente de tumor cerebral, para intentar conseguir la excelencia profesional en ese campo y mejorar el resultado final sobre la salud del paciente. Y según los resultados que se obtengan se valorará si existe la necesidad de elaboración, por parte de los enfermeros de la unidad, de un protocolo de cuidados para este tipo de pacientes.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Curto Prada MI. Manual básico de neurología para enfermería. Madrid: Enfoque Editorial; 2012.
- 2) Román Lapuente F, del Pino Sánchez López M, Rabadán Parado MJ. Patología cerebral. [Internet]. [Consulta el 30 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://ocw.um.es/cc.-sociales/neuropsicologia/material-de-clase-1/tema-3.-patologia-cerebral.pdf>
- 3) Tumores cerebrales. ASATE. Asociación de Afectados por Tumores Cerebrales en España. [Internet]. 2011. [Consulta el 20 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.asate.es/tumores-cerebrales/>
- 4) Cáncer del SNC. SEOR. Sociedad Española de Oncología Radioterápica. [Internet]. [Consulta el 26 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.seor.es/wp-content/uploads/TUMORES-CEREBRALES-O-DE-SISTEMA-NERVIOSO-CENTRAL-SNC.pdf>
- 5) Sobre tumores cerebrales. Manual para pacientes y cuidadores. American Brain Tumor Association. [Internet]. 2012. [Consulta el 15 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.abta.org/resources/spanish-language-publications/sobre-tumores-cerebrales.pdf>
- 6) Tumores cerebrales. Sociedad de Neurocirugía de Chile. [Internet]. 2012. [Consulta el 22 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.neurocirugia.cl/new/wp-content/uploads/2014/10/Tumores-cerebrales.pdf>
- 7) Tratamiento de los tumores cerebrales. Radiologyinfo.org. [Internet]. 2014. [Consulta el 3 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=thera-brain>
- 8) Tumores cerebrales y de la médula espinal. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. [Internet]. 2014. [Consulta el 9 de febrero de 2016]. Disponible en: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/tumores_cerebrales_y_medula_espinal.htm
- 9) Tumores del sistema nervioso central en adultos: tratamiento. NIH. Instituto Nacional del cáncer. [Internet]. 2015. [Consulta el 11 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cerebro/paciente/tratamiento-cerebro-adultos-pdq>

- 10) Brunicardi FC, K.Andersen D, R.Billiar T, L.Dunn D, G.Hunter J, E.Pollock R. Principios de cirugía. 8ªed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
- 11) Tumor cerebral. [Internet]. [Consulta el 23 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.theoncologyinstitute.com/pdfs/cancer-types/espanol/Tumor%20Cerebral.pdf>
- 12) Tumores de encéfalo y médula espinal en adultos. American Cancer Society. [Internet]. 2014 [Consulta el 20 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002283-pdf.pdf>
- 13) Méndez Génesis. Aplicar el cuidado de enfermería a paciente con tumor cerebral (LOE) hospitalizado en el área de observación del IVSS Dr José María Carabaño Tosta. [Internet]. [Consulta el 20 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidado-de-enfermeria-tumor-cerebral/3/>
- 14) Tumores cerebrales. SEOM. Sociedad Española de Oncología Médica. [Internet]. 2015. [Consulta el 18 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/tumores-cerebrales?start=9#content>.
- 15) Tumores cerebrales. GENIO. Grupo Español de Investigación en Neurooncología. [Internet]. [Consulta el 18 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.geino.es/?page_id=413
- 16) Cáncer de cerebro. MD Anderson Cancer Center. [Internet]. [Consulta el 26 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.mdanderson.es/cancer/cancer-de-cerebro>
- 17) Tumores cerebrales. MedlinePlus. [Internet]. 2014. [Consulta el 3 de febrero de 2016]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/braintumors.html>
- 18) Tumores. [Internet]. [Consulta el 21 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Neurologia/TUMORES>
- 19) Tumores del sistema nervioso central. [Internet]. [Consulta el 26 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.neurocienciassfa.es/sites/default/files/tumores/Tumores_del_SNC.pdf
- 20) Tumores del sistema nervioso central. AECC. Asociación de enfermos contra el cáncer. [Internet]. 2011. [Consulta el 2 de marzo de 2016]. Disponible en:

<https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/SISTEMANERVIOSOCENTRAL/Paginas/Incidencia.aspx>

- 21) Gómez-Útero Fuentes E. Actualización en tumores del sistema nervioso central. [Internet]. 2013. [Consulta el 18 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicine-62-articulo-actualizacion-tumores-del-sistema-nervioso-90185520?referer=buscador>.
- 22) Síntomas de tumor cerebral (cáncer de cerebro). Cáncer síntomas.com. [Internet]. [Consulta el 14 de abril de 2016]. Disponible en: <http://cancersintomas.com/tumor-cerebral-cancer-de-cerebro>
- 23) Pérez Segura P. Guía sobre los tumores cerebrales. ASATE. Asociación de Afectados por Tumores Cerebrales en España. [Internet]. [Consulta el 28 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.asate.es/wp-content/uploads/Guia-para-afectados-por-Tumores-Cerebrales.pdf>
- 24) Khan F, Amatya B, Ng L, Drummond K, Galea M. Rehabilitación multidisciplinaria después del tratamiento del tumor cerebral primario. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2015. [Consulta el 9 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=10243522&DocumentID=CD009509>
- 25) Soares Fonseca de Magalhães KC, Moreira Vaz JP, Magalhaes Gontijo PA, Cardoso de Carvalho GT, Pereira Christo P, Toscano Simões R, Rona da Silva K. Perfil de pacientes con tumores cerebrales y el papel de la enfermería. [Internet]. 2015. [Consulta el 17 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100150
- 26) Jiménez Blázquez MT. Tumores neurológicos. [Internet]. 2011. [Consulta el 23 de marzo de 2016]. Disponible en: https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/cuidados_neurologi.pdf
- 27) Documento de consentimiento informado. [Internet]. 2011. [Consulta el 23 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://neurocirugia.com/consentimientos/consentimiento.php?ID=318>
- 28) Bustamante C y Ferreyra N. Cuidados emocionales que brindan los enfermeros a pacientes quirúrgicos. [Internet]. 2010. [Consulta el 5 de abril de 2016]. Disponible

- en: <http://www.sanatorioallende.com/FILES/Archivos/docs/4-%20Cuidados%20emocionales%20que%20brindan%20los%20enfermeros.pdf>
- 29) Torres Contreras CC. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. [Internet]. 2010. [Consulta el 5 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a09>
- 30) Oliva Ramos PJ. Nivel de satisfacción del paciente adulto postoperado respecto al cuidado de enfermería en servicio de cirugía del hospital regional de Lambayeque. [Internet]. 2014. [Consulta el 7 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.pead.uss.edu.pe/ojs/index.php/SVS/article/view/67>
- 31) Ribeiro Razera AP y Mara Baraga E. La importancia de la comunicación durante el periodo de recuperación postoperatoria. [Internet]. 2011. [Consulta el 7 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300012
- 32) TCE leve y síndrome postcomocional. INTEGRAL. Daño cerebral. [Internet]. 2014. [Consulta el 14 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.integracerebral.com/dano-cerebral/17-traumatismo-craneo-encefalico/8-tce-leve-y-sindrome-postcomocional>
- 33) Catelo Corral LM. Escala de coma de Glasgow. [Internet]. 2005. [Consulta el 2 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://files.traumatismo-cerebral.webnode.com.co/200000011-a117fa2100/Glasgow.pdf>

9. ANEXOS

Anexo 1. Clasificación de los tumores cerebrales según su histología (OMS).

CLASIFICACIÓN DE TUMORES INTRACRANEALES	
TUMORES NEUROEPITELIALES	TUMORES DERIVADOS DE LAS MENINGES
Tumores astrocitarios	Meningiomas
Astrocitoma	Sarcomas meninges
Glioblastoma	Melanomas primarios
Oligodendrocitoma	TUMORES DE HISTOGÉNESIS INCIERTA
Ependimoma	Hemangioblastoma
Papiloma de los plexos coroideos.	TUMORES HEREDITARIOS
Tumores neuroepiteliales de origen incierto.	TUMORES DE LAS CÉLULAS GERMINALES
Tumores neuronales	Digerminomas
Gangliocitoma	Teratomas
Neuricitoma	LINFOMAS
Pineocitoma	CORDOMAS
Ganglioglioma	QUISTES
Ganglioneuroma	Quistes dermoides y epidermoides
Tumor neuroepitelial desembrioplástico.	Quiste colide del 3 ^{er} ventrículo
Tumores de la región pineal.	Quistes aracnoideos
Pineoblastoma	Craneofaringioma
Tumores embrionarios	TUMORES DE LA REGIÓN SELAR
Neuroblastoma	Adenoma de hipófisis
Meduloblastoma	EXTENSIONES LOCALES DE TUMORES DE LA REGIÓN SELAR
TUMORES DE LA VAINA DE LOS NERVIOS	
Schwannoma	

Neurofibroma	Quenodectomas Cilindroma TUMORES METASTÁSICOS¹
--------------	--

Anexo 2. Grados histológicos de los tumores cerebrales.

GRADO HISTOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS
<p style="text-align: center;">Grado I</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tumor benigno de crecimiento lento y localizado. ✓ Las células tienen un aspecto parecido al de las células normales. ✓ Se disemina raramente hasta los tejidos cercanos. ✓ Es posible extirpar todo el tumor mediante cirugía.^{1,5,8,9,11}
<p style="text-align: center;">Grado II</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tumor de crecimiento algo más rápido y de límites imprecisos. ✓ Las células tienen un aspecto más anormal. ✓ Se puede diseminar hasta el tejido cercano y puede recidivar (volver). ✓ Algunos tumores se pueden convertir en tumores de mayor grado.^{1,5,8,9,11}
<p style="text-align: center;">Grado III</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tumor anaplásico de crecimiento más rápido. ✓ Sus células tienen un aspecto muy distinto al de las células normales ✓ Es probable que se disemine hasta el tejido cercano. ✓ Pueden volver a aparecer como tumores de mayor grado.^{1,5,8,9,11}
<p style="text-align: center;">Grado IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tumor maligno que crece y se disemina muy rápidamente. ✓ El aspecto de las células es muy anormal. ✓ Forman nuevos vasos sanguíneos para

	<p>poder crecer tan rápidamente y tienen áreas de células muertas en el centro.</p> <p>✓ Son más difíciles de curar que los tumores de grado bajo, ya que requiere un tratamiento agresivo.^{1,5,8,9,11}</p>
--	--

Anexo 3. Escala de coma de Glasgow

Es una escala que permite evaluar el nivel de conciencia. Valora la capacidad de apertura ocular y de repuesta motora y verbal, proporcionando una puntuación en función de la respuesta del paciente en cada caso.

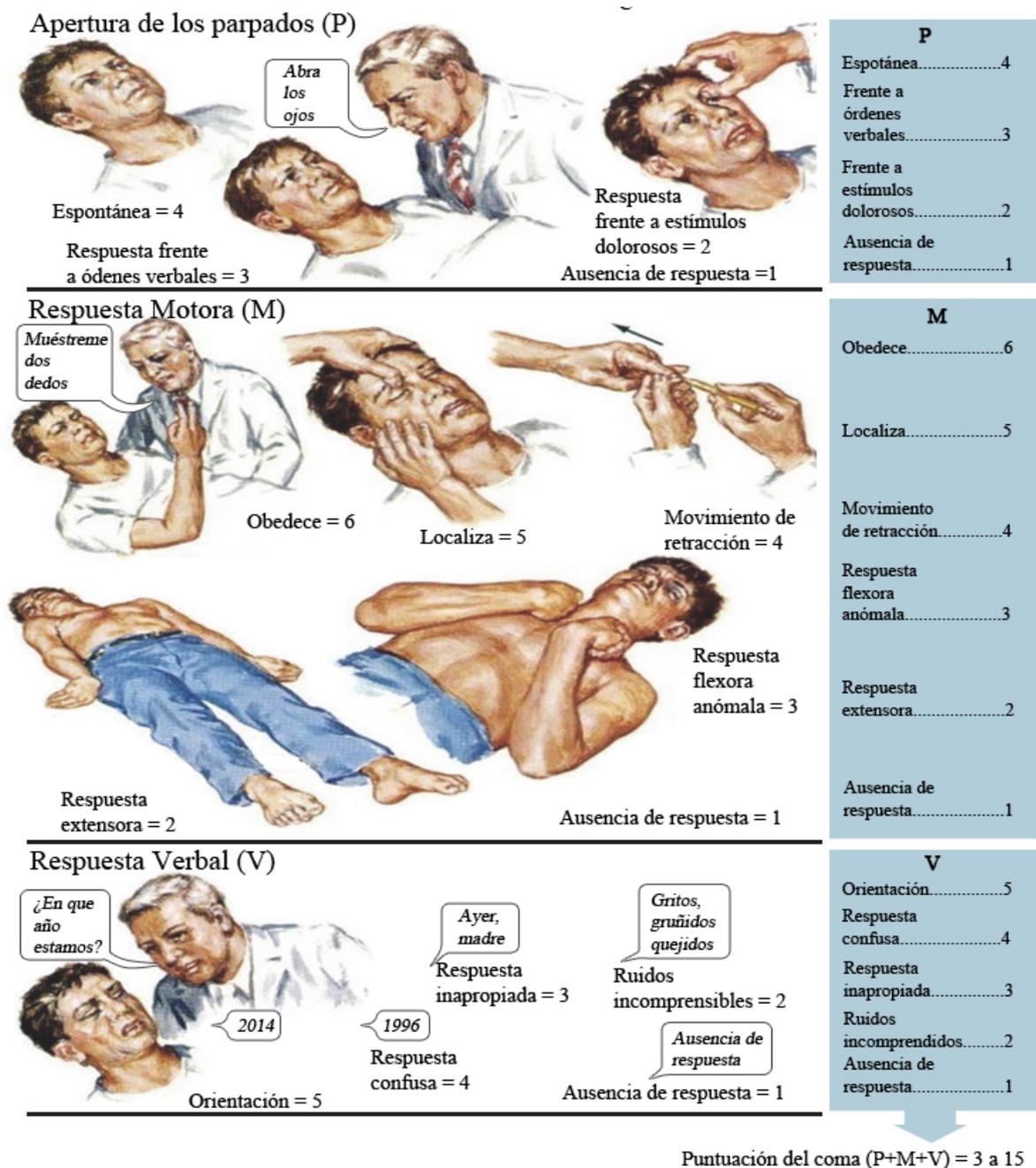


Figura 2. Esquema de la realización de la Escala de coma de Glasgow.³²

PUNTUACIÓN EN LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW

- **Apertura ocular:** máximo 4 puntos.
- **Respuesta verbal:** máximo 5 puntos.
- **Respuesta motriz:** máximo 6 puntos.
- **Puntuación máxima:** 15 puntos.
- **Puntuación mínima:** 3 puntos.

La pérdida de conciencia será:

- **Leve:** con un Glasgow de 15 a 13 puntos.
- **Moderada:** de 12 a 9 puntos.
- **Grave:** igual o menor a 8 puntos.³³

Anexo 4. Carta de presentación de la encuesta.

Estimado Sr./Sra.:

Somos un grupo de enfermeros que trabajamos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Estamos interesados en conocer su opinión acerca de la información y los cuidados que le han sido proporcionados por el personal de enfermería durante su estancia en la planta tras la intervención quirúrgica, con la finalidad de realizar un estudio de investigación.

Solicitamos su colaboración mediante la cumplimentación de la encuesta que le adjuntamos. El objetivo del estudio es mejorar, si fuera necesario, la información y los cuidados postquirúrgicos proporcionados a los pacientes por el personal de enfermería.

Su colaboración es **voluntaria y anónima**. Los datos recogidos serán tratados de forma confidencial.

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 5. Encuesta de satisfacción para el paciente

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Marque con una **X** la respuesta más adecuada:

- EDAD (años): 40-50 51-60 61-70
- SEXO: H M
- POBLACIÓN:
- PROFESIÓN:
- Antecedentes familiares de tumor cerebral: SÍ NO

1) **Estoy satisfecho/a con la información que he recibido sobre el momento en el que me podía levantar de la cama.**

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muy
satisfecho | Satisfecho | Ni satisfecho
ni insatisfecho | Insatisfecho | Muy
insatisfecho |

2) **Estoy satisfecho/a con la información que he recibido sobre el momento en el que podía empezar a caminar por la planta.**

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muy
satisfecho | Satisfecho | Ni satisfecho
ni insatisfecho | Insatisfecho | Muy
insatisfecho |

3) **Estoy satisfecho/a con los cuidados recibidos en mi herida quirúrgica.**

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muy
satisfecho | Satisfecho | Ni satisfecho
ni insatisfecho | Insatisfecho | Muy
insatisfecho |

4) Estoy satisfecho/a con las horas en las que me han administrado la medicación.

Muy satisfecho Satisfecho Ni satisfecho ni insatisfecho Insatisfecho Muy insatisfecho

5) Estoy satisfecho/a con la información que he recibido sobre el momento en el que podía empezar a comer por la boca.

Muy satisfecho Satisfecho Ni satisfecho ni insatisfecho Insatisfecho Muy insatisfecho

6) Estoy satisfecho/a con el modo en que los profesionales de enfermería han resuelto mis dudas.

Muy satisfecho Satisfecho Ni satisfecho ni insatisfecho Insatisfecho Muy insatisfecho

7) Estoy satisfecho/a con la información recibida sobre los cuidados a realizar posteriores a mi alta hospitalaria.

Muy satisfecho Satisfecho Ni satisfecho ni insatisfecho Insatisfecho Muy insatisfecho

8) Estoy satisfecho/a con el modo en que han respetado mis periodos de sueño y descanso.

Muy satisfecho Satisfecho Ni satisfecho ni insatisfecho Insatisfecho Muy insatisfecho

9) Estoy satisfecho/a con la forma en que han ayudado a solventar mis posibles molestias postquirúrgicas (náuseas, vómitos, riesgo de hemorragia, estreñimiento...)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho

10) Estoy satisfecho/a con la forma en que han ayudado a controlar el dolor y/o la fiebre que haya podido tener tras la intervención quirúrgica.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho

¿Qué tipo de información y/o cuidados ha echado usted en falta?

.....

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN
