



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“ESTUDIO DE CASO APLICADO A UNA PERSONA CON
ENCEFALITIS AUTOINMUNE BASADO EN EL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON”**

**QUE PARA OBTENER GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA DEL ADULTO EN ESTADO CRITICO**

PRESENTA:

L.E. EDITH QUINTANA CARRASCO

ASESOR ACADEMICO

E.E.A.E.C DIANA SARABIA SOLÍS



Ciudad de México, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“ESTUDIO DE CASO APLICADO A UNA PERSONA CON
ENCEFALITIS AUTOINMUNE BASADO EN EL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON”**

**QUE PARA OBTENER GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA DEL ADULTO EN ESTADO CRITICO**

PRESENTA:

L.E. EDITH QUINTANA CARRASCO

ASESOR ACADEMICO

E.E.A.E.C DIANA SARABIA SOLÍS



Ciudad de México, 2020

RESUMEN

El presente estudio de caso narra el seguimiento de una paciente de 32 años de edad con encefalitis autoinmune derivado de un teratoma de ovario ,La selecccion se realizó en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez en el área de terapia intensiva aplicando los 4 principios fundamentales no maleficiencia, beneficiencia, autonomía y justicia, asi como un consentimiento informado firmado por la madre de la paciente en donde se explicaron los criterios académicos para la elaboración del presente. asi mismo se consideraron diversas fuentes de información como el expediente clínico electrónico, la entrevista con el familiar, y la revisión bibliográfica en diversos artículos, revistas de neurología a nivel nacional e internacional, libros, y en internet mediante buscadores electrónicos, y dar un sostén científico.

Se elaboro un plan de intervenciones bajo el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson que favorecen el bienestar de la persona, dando respuestas a las necesidades de salud de forma individualizada. Aportando a la práctica de Enfermería un cuidado de calidad el manejo de lesiones del sistema nervioso central, así como los procesos de rehabilitación ya que determinan un cambio significativo en la vida de la persona. Permitiendo sustentar el actuar de enfermería de cara a los cambios en la profesión de enfermería, estableciendo un registro de las actividades encaminadas a brindar calidad en los servicios de salud.

Palabras clave: teratoma de ovario, encefalitis autoinmune, lesiones del sistema nervioso central, rehabilitación intervenciones de enfermería, modelo de atención.

ABSTRACT

The present case study narrates the follow-up of a 32-year-old patient with autoimmune encephalitis derived from an ovarian teratoma. The selection was carried out at the Manuel Velasco Suárez National Institute of Neurology and Neurosurgery in the intensive therapy area applying the 4 fundamental principles of non-maleficency, beneficence, autonomy and justice, as well as an informed consent signed by the mother of the patient in which the academic criteria for the preparation of this document were explained. Likewise, various sources of information were considered, such as the electronic medical record, the interview with the family member, and the bibliographic review in various articles, neurology journals at a national and international level, books, and on the Internet through electronic search engines, and provide support scientist.

An intervention plan was developed under the model of the 14 basic needs of Virginia Henderson that favor the well-being of the person, responding to individual health needs. Contributing to the nursing practice with quality care, the management of injuries of the central nervous system, as well as the rehabilitation processes since they determine a significant change in the life of the person. Allowing to sustain nursing actions in the face of changes in the nursing profession, establishing a record of activities aimed at providing quality in health services.

Key words: ovarian teratoma, autoimmune encephalitis, central nervous system injuries, rehabilitation nursing interventions, model of care.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por la vida por darme la fortaleza y salud de seguir adelante en un nuevo proyecto en mi vida profesional.

A mis padres José Quintana y María de Lourdes Carrasco López, quienes siempre me han impulsado y ayudado en todo momento. De quien he recibido palabras de consuelo ante adversidades y de felicitaciones ante mis logros en cualquier proyecto que emprendido. Y por su amor incondicional.

A mi hijo Omar David Villanueva Quintana. Por la paciencia, su amor, su apoyo incondicional, por soportar largas horas de ausencia y un tiempo poco valioso para su persona.

A mi hermano Andrés Quintana Carrasco que siempre me da palabras de aliento y motivación.

A mis amigas y compañeras de trabajo que siempre estuvieron orientándome y motivándome a no desistir y continuar el proyecto emprendido.

A cada uno de mis profesores por la transmisión de sus conocimientos.

A mis Maestras Silvia Alejandro Escobar y Diana Sarabia Solís, por tenerme la paciencia de explicarme, por sus consejos, por su conocimiento, y experiencia, muchas gracias.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	
• General	2
• Especifico	2
CAPITULO 1 FUNDAMENTACIÓN	
1.1 Antecedentes	3
CAPITULO 2 MARCO TEÓRICO	
2.1 Conceptualización de enfermería.....	4
2.2 Paradigmas	6
2.3 Principales concepciones de la disciplina de enfermería	8
Marco empirico.....	17
2.3 Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson	19
2.4 Proceso de atención de enfermería	23
2.5 Daños a la salud Encefalitis autoinmune	26
CAPITULO 3 METODOLOGÍA	
3.1 Estrategia de la investigación.....	32
3.2 Consideraciones éticas	33
3.3 Consentimiento informado	34
CAPITULO 4 APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
4.1 Presentación del caso	35
4.2 Valoración neurológica.....	36
4.3 Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	37
4.4 Jerarquización de necesidades alteradas	40
4.5 Planes de intervención	44
4.6 Plan de alta	56
CAPITULO 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS	63

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas

Tabla 1.-Principales concepciones de la disciplina de enfermería 8

Tabla 2.-Valores de laboratorio 37

Tabla 3.-Principales antígenos y síndromes en la encefalitis autoinmune 27

Figuras

Figura 1.-Tratamiento de encefalitis autoinmune 30

.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso describe a una persona con encefalitis autoinmune, esta enfermedad es asociada a anticuerpos contra el receptor de NMDA (N-metil-D-aspartato) es una entidad rara, con afección principalmente a mujeres jóvenes. El receptor de N-metil- D- aspartato fue reconocida como síndrome preneoplásico en teratomas ováricos en el 2007, y es una de las causas más frecuentes de esta enfermedad.

La encefalitis autoinmune es uno de los padecimientos que se atienden en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, se caracteriza por que lo padecen personas jóvenes, tiene un cuadro clínico muy característico, que en la antigüedad fue descrito como posiciones demoniacas. Actualmente es reconocido como enfermedad autoinmune.

Este padecimiento representa un manejo emergente de intervención, la prontitud en la intervención reduce la mortalidad y las complicaciones generadas por el deterioro neurologico que conlleva. Por tal motivo es de vital importancia implementar intervenciones precisas que minimicen las secuelas neurológicas.

Para la realización del presente estudio de caso fue necesario relizar un proceso de búsqueda centrado en la encefalitis autoinmune y de la persona que la padece con objeto de investigación y aprendizaje, el registro de los hechos mediante su estancia en la unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez.

Se planificaron los los cuidados de acuerdo con el modelo de virginia Henderson se estructuraron diagnósticos de enfermería e implementaron intervenciones precisas con el fin de minimizar secuelas neurológicas, debido a que las personas afectadas por esta enfermedad, tienen una estancia hospitalaria prolongada por lo que la enfermera especialista en cuidados críticos juega un rol importante para la recuperación de su salud, dando respuesta a las necesidades individuales de la persona.

Virginia Henderson sostiene un modelo en donde el individuo sano o enfermo recibe los cuidados de enfermería como un todo completo, en donde presenta sus 14 necesidades fundamentales, y como rol de enfermería ayudar a recuperar su independencia lo mas pronto posible. Es por ello que se presentan los objetivos que se persiguen para integrar y ejecutar el proceso de atención, una metodología para la obtención de la información, un marco teorico con antecedentes de la historia de la enfermería a lo actual, seguido de la presentación del caso, valoración de las necesidades plan de intervenciones y un plan de alta en uci y las conclusiones.

OBJETIVOS

- Objetivo General

Realizar un plan de intervenciones a una persona con encefalitis autoinmune para recuperar su independencia y la satisfacción de sus 14 necesidades fundamentales aplicando el modelo conceptual de Virginia Henderson.

- Objetivos Específicos

- Valorar a la persona para detectar sus necesidades alteradas.
- Estructurar diagnósticos de enfermería en base al formato PES (problema, etiología, signos y síntomas)
- Realizar intervenciones especializadas de enfermería con sustento científico para mejorar las necesidades alteradas.
- Adquirir habilidades y conocimientos para desarrollarlos en la atención de los servicios de salud.
- Elaboración de un plan de alta que facilite la continuidad de los cuidados.

CAPITULO 1 FUNDAMENTACIÓN

1.1 Antecedentes

Entre 1917 y 1928, varios millones de personas murieron en Europa oriental, debido a un tipo de encefalitis epidémica, conocida como encefalitis letárgica o “enfermedad del sueño”, descrita por el médico psiquiatra rumano, Constantin von Economo. ¹

Produjo una gran mortalidad, y morbilidad en los pacientes afectados, con trastornos motores y rigidez invalidantes en los supervivientes, dejándolos postrados, en un estado más o menos profundo de estupor e inconsciencia.

Diversas hipótesis etiológicas fueron estimadas en esa época como causa posible de la pandemia, se pensó primeramente en la afectación directa por el virus de la influenza, o del estreptococo del grupo A. Años después, estudiando los sueros de las personas convalecientes de la epidemia de encefalitis letárgica, se encontró seroconversión a diversos virus como Coxsackie B3, virus de la encefalitis japonesa, virus de la influenza N1H1, virus de St. Louis, virus del herpes humano tipo 8, virus del Nilo Occidental y poliovirus.²

Las autopsias evidenciaron una afectación prevalente de ganglios basales y cerebro medio. Otra variante clínica con afectación del sistema límbico con síntomas de agitación, alucinaciones auditivas, problemas de memoria e impulsividad, se la denominó encefalitis límbica (EL). Posteriormente, ya en fase de estudios, se describió la encefalitis alérgica experimental como una entidad con clara sospecha de un mecanismo autoinmune involucrado. Con el advenimiento de la resonancia magnética cerebral (RM), se pudieron documentar encefalitis autoinmunes de localización extra límbica.

Los primeros síndromes paraneoplásicos asociados a síntomas neurológicos fueron descritos en un grupo de pacientes portadores de tumores causantes de enfermedades distintas a la condición puramente neoplásica. Dentro de este grupo, los tumores pulmonares de células en avena (SCLC), neuroblastomas, timomas, teratomas y de células germinales, son los más frecuentemente citados. Si bien ya había comunicaciones que indicaban una asociación entre enfermedad neurológica y cáncer.

El salto crucial se produjo en el año 2007, cuando el Dr. Joseph Dalmau junto a un grupo de investigadores de la universidad de Pensilvania (EE. UU.), lograron el aislamiento de anticuerpos contra la subunidad 1 A del receptor NMDA de glutamato, en un grupo de mujeres jóvenes portadoras de teratomas ováricos y cuadros psiquiátricos paraneoplásicos. Desde entonces, se han descrito nuevos anticuerpos antineuronales (AAN) asociados a nuevas enfermedades de características inmunofenotípico-específicas. ³

CAPITULO 2 MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual

conceptualización de enfermería

Desde ya hace cinco décadas la enfermería se ha esforzado para establecer su naturaleza como una disciplina profesional integrando dos componentes uno disciplinar y uno profesional, por lo que se requiere conocer sus relaciones extrínsecas al igual que su estructura interna, en donde se represente el conocimiento y desarrolle marcos teóricos con nuevas conceptualizaciones. Con los contextos que han marcado su evolución.

Florence Nightingale definió a la enfermería y la diferenció como profesión independiente de la medicina con metas propias; enfermería duro casi setenta años en el oscurantismo conceptual. Durante este periodo su definición se transformó en algo metafórico asimilando a la imagen de la maternidad que se caracteriza por acciones tales como nutrir, cuidar, consolar reconfortar y otras formas maternas de comportamiento que influyen en la imagen misma de la enfermera y su forma de actuar y pensar.⁴

El enfoque de Florence Nightingale debía basarse en el ambiente que rodea al paciente, y así como la relación entre la enfermera y el paciente sin embargo con el desarrollo histórico la evolución de enfermería se ensombreció y colocó a la enfermería como algo sumiso a la medicina sin un cuerpo de conocimientos hasta 1950.

En el año de 1959 Dorothy Jhonson enfatizó en la necesidad de una meta profesional bien definida brindando atención a individuos en situaciones de estrés, eliminando la tensión e incomodidad con la intención de restaurar y mantener el equilibrio interno e interpersonal. En el año de 1960 Virginia Henderson la definió como en la asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la reparación de esta o bien a una muerte tranquila y digna. En el trascurso del mismo año Ida Orlando define que las necesidades satisfechas se requieren para el bienestar físico y mental.

Stevens en 1984 reconoce que la enfermería es una actividad que ocurre cuando algún agente utiliza el poder para ayudar a otro, con relación a algún hecho enlazado con la situación de salud. Para 1978 Donalson y Crowley definen que se requiere ubicar a enfermería dentro de un terreno diferenciado que la lleve a definir su esencia.

En el año de 1985 Meleis define que la enfermera interactúa en la situación de cuidado de salud con el ser humano quien es parte integral de su contexto sociocultural y que está en una forma de transición o de anticipación a esta, para Watson en 1988 el cuidado es el ideal moral de enfermería y consiste en el intento transpersonal de proteger, reforzar, y preservar la dignidad de la persona ayudándola a encontrar sentido a la existencia aún en el sufrimiento. En el mismo año Leininger establece que la enfermería es una ciencia y un arte humanística y que tiene como fundamento el cuidado

personalizado y transcultural individual o de grupos, de comportamientos funciones y procesos dirigidos a la promoción y mantenimiento de conductas saludables.

Transcurriendo el año de 1994 Benner describe a la enfermería como una relación de cuidado guiada por la ética y el arte, el entendimiento de las experiencias vividas en la salud, bienestar, malestar, enfermedad y las relaciones entre ellas.

Entre los años de 1970 y 1990 Martha Rogers define a la enfermería como la ciencia del hombre unitario, es una ciencia y un arte y que lo hace exclusiva a enfermería se preocupan por las personas y por el mundo en que viven promoviendo la salud de las personas en cualquier proceso vital.

1991 y 1994 Margaret Newman conceptualiza a enfermería como el estudio del cuidado de la experiencia de la salud de los humanos con una mayor comprensión del estado de salud.

Con este desarrollo histórico se denota que la conceptualización de enfermería debe dar el soporte al desarrollo de la práctica y continúa con la búsqueda del conocimiento propio y lograr la independencia que comenzó en los años cincuenta.

Los eventos políticos y sociales también han influido directamente en la evolución de enfermería tales como el rol de la mujer, la filosofía de la liberación femenina y género, las guerras los avances tecnológicos y otros, forman hilos históricos que no se pueden ignorar al hablar de su desarrollo.

La O.M.S define a la enfermería como profesionales en donde se debe tener la capacidad de brindar cuidados a todas las personas independientemente de su condición y la atención debe de garantizar el bienestar y la seguridad de las personas, preservando su salud.⁵

Para el consejo internacional de enfermería C.I.E la enfermera debe de cubrir cuidados a personas, familias, y grupos poblacionales tanto enfermos como sanos con funciones esenciales de defensa, investigación, participación en políticas de salud, y deben de ir anclados a el uso de teorías y modelos impactando en el cuidado.

Con los avances tecnológicos, en los servicios de salud, las profesionales de enfermería deberán ejercer una buena práctica en el ejercicio de su profesión, y debe ser de forma clara y organizada, con el fin de favorecer la calidad en los servicios de salud .es asi que surge la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013 PARA LA PRACTICA DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD.⁶

Esta norma define al cuidado a realizar acciones encaminadas de ayuda a las personas que no pueden hacerlo por si solas en referencia a sus necesidades básicas, mejorar la calidad de vida del enfermo y la familia. Citando diferentes tipos de cuidado, de alta, baja, y mediana complejidad.

El diagnóstico de enfermería será la base para la selección de las intervenciones, la enfermera debe ejercer su práctica bajo una cédula profesional expedida por una institución al sistema educativo nacional. Así mismo estarán implícitas las intervenciones de enfermería, funciones administrativas, asistenciales, docentes y de investigación.

Existen etapas que con el pasar de tiempo han clarificado la evolución académica de enfermería. La etapa práctica dándole su razón de ser, en esta etapa existió educación hospitalaria y formación de enfermeras en hospitales con actividades de aprendizaje y repetición, una composición eminentemente femenina, el predominio del modelo médico, comenzaron a elaborarse los estudios de caso y planes de cuidados basados en necesidades de los pacientes se utilizaban a los estudiantes como fuerza laboral, sumisión de la enfermera.

La etapa de la educación y de la administración fue en donde se desarrollaron formas de preparar al personal administrativo para el manejo de las escuelas, enseñanza a enfermeras practicantes, necesidad de la investigación, manejo de aspectos administrativos y de salud, surgen las facultades de enfermería de nivel universitario, sin dejar a un lado las escuelas hospitalarias.

En la etapa del desarrollo investigativo en esta etapa hubo cambios curriculares de fondo en los planes de estudio y más en los programas universitarios, apareció la primera serie periódica de investigación de enfermería sometida a la exposición y crítica del mundo científico y no solo de la comunidad de enfermería aparecieron los programas de postgrado e inicio de programas de doctorado. en el año 1970.

Continuando con el desarrollo teórico se aceptó la complejidad de la naturaleza de enfermería y la posibilidad de trabajar con múltiples paradigmas, separación entre investigación teoría y práctica, búsqueda de coherencia conceptual, teorías usadas para el desarrollo curricular la aceptación de la teoría como instrumento útil para el desarrollo del conocimiento.

2.2 Paradigmas

En 1984 Fawcett examinando los escritos de enfermería reconoció conceptos como el cuidado la persona salud y entorno clarificando el campo de la disciplina de enfermería, las grandes corrientes del pensamiento son llamados paradigmas y son el de la categorización, de la integración, y de la transformación.

El paradigma de la categorización: está inspirado en la salud pública, interesándose tanto en la persona como en la enfermedad, orientando al pensamiento en buscar un factor causal responsable de la enfermedad.

En este paradigma la persona se dirige a la interacción con el entorno y recuperar la salud con la prevención de infecciones y heridas, enseñanza de una vida sana y control de condiciones sanitarias el cuidado se enfoca hacia los problemas o déficit. O incapacidades de la persona, se encuentra muy unida a la profesión médica interviene eliminando problemas cubriendo los déficits y ayuda a los incapacitados planifica,

organiza, coordina y evalúa las acciones de otros profesionales. La salud se categoriza como positiva (salud) o negativa (enfermedad) considerándola como ausencia de la enfermedad y la muerte como enfermedad el entorno considerado como un elemento separado de la persona, considerado hostil al ser humano físico social cultural percibido de forma negativa porque puede ser manipulado y controlado.

Paradigma de la integración: este paradigma prolonga al de la categorización reconociendo sus elementos y manifestaciones del fenómeno inspirando a la enfermera hacia la persona.

En este paradigma la persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionados como lo son los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos culturales y espirituales, el cuidado se dirige en mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones en salud, física, mental, social, la enfermera ayuda a las personas tomando en cuenta sus percepciones y su globalidad. La salud y la enfermedad son diferenciadas como distintas pero que coexisten y están en interacción dinámica siendo la salud lo que se va a perseguir con presencia de varios elementos, el entorno lo constituye el contexto histórico social político formando estímulos positivos y/o negativos en el individuo

Paradigma de la transformación: aquí es representa un cambio de mentalidad, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica un proceso recíproco y de interacción.

El cuidado: está dirigido al bienestar la enfermera ya con el acumulo de conocimientos se adelanta a la manera de ver al individuo comprende elementos más allá de lo visible y palpable estar con la persona atendida. Y crea lazos auténticos La persona: considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad entero y único la salud: no es un bien que posee es un estado estable o la ausencia de la enfermedad y forma parte de la dinámica del ser humano integrando a la vida misma del individuo, y a los grupos sociales y el entorno es el conjunto del universo del que la persona forma parte están en constante cambio mutuo y simultaneo, el entorno evoluciona a un ritmo en donde están estrechamente unidas a las interacciones pasadas presentes y futuras entre dicho entorno y el ser humano.

2.3 Principales concepciones de la disciplina de enfermería.

CREADOR	TEORÍA O MODELO	CUIDADO	PERSONA	SALUD	ENTORNO	ELEMENTOS CLAVE
Florence Nightingale (1859)	La teoría del Entorno.	Propone que el cuidado de la persona debe de ser atendiendo su entorno para mejorar la salud de este estando en las mejores condiciones posibles.	Tomar en cuenta a la persona enferma en sus cuatro esferas vitales como un todo.	Que la persona se encuentre en un correcto estado de salud no solo la ausencia de enfermedad. Utilizando plenamente sus recursos.	Los aspectos que ayudan al mejoramiento de la energía vital de la persona en su medio teniendo el uso correcto este aire, agua, luz, calor, limpieza, tranquilidad, dieta adecuada.	Las leyes naturales o correctas de la salud y la vida Un entorno correcto para el mejoramiento de la vida. Un correcto entorno saludable limpio y tranquilo.
Dorothea E. Orem. (1971.)	Teoría del Déficit de autocuidado.	Tener el conocimiento y la atención al ser humano que trate de cubrir lo que este no pueda hacer dando ayudas de prevención y cuidado para mejorar el autocuidado del mismo.	La persona que funciona como un todo y que tiene necesidades sociales, psicológicas, y biológicas para que la persona pueda desarrollarse correctamente y mejorar su salud.	Tener un completo estado de salud integrando sus diferentes componentes y modos de funcionamiento.	El medio que afecta el correcto autocuidado .	El cuidado personal. ser el encargado de la enseñanza del autocuidado. métodos de enfermería que ayuden al cuidado.

<p>Faye Abdellah (1960)</p>	<p>Modelo de resolución de problemas para construir una doctrina propia dentro de la enfermería.</p>	<p>Utilizar un sistema para resolver los problemas para que la persona se acople a las veintiún necesidades de las que se tiene que encargar el profesional.</p>	<p>Los problemas del cuidado del profesional de enfermería a las personas.</p>	<p>Que la persona no necesite ningún tipo de ayuda para poder realizar sus actividades básicas.</p>	<p>El poder satisfacer las necesidades básicas de la salud o necesidades vitales con lugares de atención sociales, como hospitales, el hogar, y el entorno comunitario.</p>	<p>Satisfacción de la falta de salud o autocuidado la resolución de problemas en la atención.</p>
<p>Hildegart Peplau (1970).</p>	<p>Teoría Psicodinámica</p>	<p>Relacionarse más allá con el objetivo de favorecer que la persona se desarrolle libremente, siguiendo las fases para poder orientar correctamente, identificar, introducirse más allá para poder llegar a una resolución.</p>	<p>Ciertos métodos o técnicas biopsicosociales poniendo mayormente atención en lo psicológico.</p>	<p>Ser una persona productiva que pueda desarrollarse interpersonalmente para cumplir con las necesidades.</p>	<p>El entorno social donde se desenvuelve la persona.</p>	<p>La necesidad de la ayuda relacionarse mayormente de una forma as personal como forma terapéutica.</p>

<p>Ida Orlando (1972)</p>	<p>Teoría en la relación recíproca entre enfermera y paciente.</p>	<p>La relación entre el profesional y la persona que tiene una necesidad y que necesita la resolución de esta.</p>	<p>La persona como ser humano que se puede desenvolver, que para lograr hacerlo necesita resolver las necesidades con cierta supervisión de un profesional.</p>	<p>Competencia sana y plenitud tanto externa como internamente.</p>	<p>El tiempo y espacio en el ambiente que desarrolla el cuidado de los profesionales.</p>	<p>Falta de ayuda preocupación de los cuidados relacionarse más personalmente.</p>
<p>Josephine Paterson y Loretta Zderad (1976).</p>	<p>Teoría humanística.</p>	<p>Hacer énfasis en la plenitud y realización por un proceso de intercambio done se vea el avance de la salud y la enfermedad.</p>	<p>Estar en constante atención del entorno de la persona en todos sus ámbitos y cambios de este.</p>	<p>Se refiere que aparte de la no enfermedad la salud este en plenitud y se mejore.</p>	<p>Tomando en cuenta el ambiente tanto interno, como externo que con el tiempo se va actualizando, estando en constante cambio.</p>	<p>Relacionarse mayormente consigo mismo y con el entorno plenitud y realización de este.</p>
<p>Ernestine wiedenbach (1965)</p>	<p>Teoría el objetivo central, la receta para el logro, las realidades de la situación</p>	<p>Una pensamientos, sentimientos, acciones y formas de ver y comprender la persona en sus condiciones y necesidades</p>	<p>Que se encuentre en un completo estado de capacidad autónoma de hacer sus propias actividades y saber cuándo si</p>	<p>Se ha definido. Está relacionada con la salud en todos los sentidos.</p>	<p>Grupo de características del ambiente que no pueden ser previstos como situaciones y personas que alteran la tranquilidad.</p>	<p>Falta de ayuda relacionarse mayormente con cierto significado especial consigo mismo.</p>

		vitales, para mejorar los cuidados y autocuidados.	y no necesitar ayuda.			
Imogene King (1971)	Teoría considera a la enfermería como un proceso interpersonal de acción reacción interacción y transacción	La relación entre el profesional de enfermería y la persona junto con su entorno, para lograr conseguir un mejoramiento estado de la salud.	Método que hace un límite en el intercambio de información e ideas con el entorno.	Precisar lo que le estresa tanto internamente como externamente a la persona para sacar adelante su máximo potencial de desarrollo en su vida y sus actividades vitales.	Método que hace un límite en el intercambio de información e ideas con el entorno.	Relacionarse cómo se ve el entorno el hablar o socializar intercambio o proceso papel o cargo preocupación crecimiento y avance El entorno, y ambiente.
Joyce travelebee (1960)	Modelo de relación de humano a humano	Avances sociales con la persona internamente y servicios que eviten enfermedades o malestares para que encuentren sentido a su experiencia y/o dar esperanza a lo visto.	Ser biopsicosocial que no se puede remplazar, único y diferente, que tiene una cultura, herencias, y socialmente influenciado, al momento de actuar o tomar decisiones.	El completo estado de salud, no solo la ausencia de enfermedad si no el correcto estado físico, mental, y social.	No ha sido definido.	Experiencias significativas puntos de vista malestares y enfermedades ato informarse de las cosas nuevas- socializar profundamente con las personas.

Callista Roy (1968)	Modelo de adaptación	Ciencia y práctica de que la persona se acople que verifica la forma de actuar de la persona y las influencias que entran en su adaptación en las cuatro esferas para mejorar y alargar su estado de vida y salud para morir dignamente.	Técnica de adaptación que tiene sistemas o reguladores como ser social, biológico y psicológico que tiene cuatro modos de acoplarse: modo fisiológico, de autoconcepto, de función según el papel que se tenga para socializar o convivir más a fondo con las personas.	Proceso de ser de una persona o querer ser como cierta persona el cómo se acopla cada uno a las cuatro esferas, siendo la salud el consiguiente empeño para alcanzar su máximo desarrollo para acoplarse o desenvolverse como en realidad es.	Todo lo que influya o que impacte en el desarrollo o avance de las personas y por consiguiente con los que se desarrolla.	Técnicas que regulan e intelectualmente formas de acoplarse o acostumbrarse estímulos enfocados, textuales, y de desecho.
Lydia Hall (1967)	Teoría el círculo del cuidado	Conducta de enfermería en el que informa a la persona en donde el profesional se centra en el saber de los cuidados que se deben hacer en el cuerpo humano para	Se toma en cuenta como alguien que tiene cuerpo, enfermedad, teniendo una forma de ser que tiene metas para conseguir un buen desarrollo de conocimiento que se	La sanación del conocerse así mismo libera estas fuerzas de la sanación	No se ha definido	Procesarlo, cuidado, cura, conciencia de sí mismo y reflexionar manejar las actitudes enseñar y aprender.

		que se piense de modo distinto los procesos con las enfermedades, tratamientos, y que se modifiquen correctamente tomando en cuenta la forma de ser de la persona.	componen o inician desde su comportamiento y sus motivaciones.			
Dorothy Jhonson (1959)	Modelo del sistema conductual	Arte y ciencia que van encaminadas a el correcto y largo mantenimiento de un equilibrio, del mecanismo de la conducta.	Mecanismo de actitudes que contienen siete subsistemas o mecanismos secundarios: pertenencia, dependencia, autorrealizarse, agresividad, ingesta, desecho y sexualidad.	Estado que forma factores biopsicosociales que tienen valor, y se difunden por los enfermeros como personas de la salud en un equilibrio durante el avance de la misma.	Sistemas de la persona que moderan la forma de ser y de actuar.	Subsistemas de actitudes un equilibrio del todo.
Betty Neuman	Modelo de sistemas	Participación que se informa al bienestar de la persona que le importa todo lo posible que	Un ser vivo con aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales que	Estado del todo de satisfacción o comodidad de enfermedad que depende de lo	Ambiente tanto dentro como fuera de la persona: ambiente externo, todo	Mantener la energía acostumbrarse estar bien consigo mismo.

(1991-1994)		pueda pasar o un efecto sobre la respuesta de la misma para poder reducir el estrés.	avanza como un todo.	fisiológico, psicológico cultural del individuo.	lo que rodea o el ambiente en el que se desarrolla la persona, el interno la parte biopsicosocial incluyendo el espíritu.	
Moyra Allen (1970)	Modelo enfermero	Estudio que enseña las relaciones de la salud y los profesionales para un mejoramiento de vida humana y atenderla.	Familia y persona que se integre de la familia para ser capaz de aprender o saber acerca de sus formas de ser, estar, o desarrollarse.	Desarrollo que socialmente recuerda características de la persona que ya sabe o ha aprendido con el paso de tiempo.	Ambiente social en donde se obtiene el saber.	Promover la salud aprender la familia o núcleo unión de enfermera-paciente.
Martha E. Rogers 1970 (1990)	Teoría de los seres humanos humanitarios	Promueve la salud beneficiando al ser humano de la relación con su entorno enfocándose en la seguridad o su bienestar.	Ámbito de armonía y de más de cuatro esferas que puede llegar a tener el hombre que se caracteriza por su ambiente y actitudes parte por parte para conllevar a un todo.	Consideración y desarrollo del intercambio del fortalecimiento de la persona para un mejor potencial de vida.	El área de fortalecimiento de las cuatro esferas que se agrupan externamente al ser humano.	Área de fortalecimiento medio ambiente o agentes que influyen al ser humano contiene más de cuatro esferas modelos de la persona holística en proceso.

Rose Marie R. Parse (1981).	Teoría del desarrollo humano	Son estudios científicos y artísticos centrados en la persona en proceso y el conocimiento para mejorar el estado de salud.	Ser vivo que mantiene una diversidad de acciones con el universo con el que tiene en conjunto el tiempo y que es libre de tomar decisiones.	El proceso de avance por la persona basado en sus experiencias.	Constituye el proceso de llegar a ser o convertir los cambios espirituales de la persona.	Transformarse o establecer en una determinada condición u obligación constante pasar de un ámbito o espacio a otro.
Margaret Newman (1991 y 1994).	Teoría de la salud como expansión de la conciencia	Estudio que reconoce el ambiente o causas y ayuda al crecimiento de la persona creando un vínculo entre persona-enfermera.	La conciencia como un ambiente específico, con una intersección entre el avance y el tiempo de la persona.	Ambiente de evolución y desarrollo de la conciencia sin importar de qué forma se dirija.	Ámbito espiritual en el que el espacio tiempo con el universo que avanza a un crecimiento diverso dando ambientes constantes.	Salud conciencia ambiente avance espacio-tiempo.
Jean Watson (1988)	Teoría del cuidado humano	Arte y ciencia de un trato ideal, moral que se enfocan a la armonía como un ser biopsicosocial tomado en cuenta diez	Ser vivo que se entiende por su cuerpo, alma y espíritu.	Unidad y paz entre el cuerpo, el alma y el espíritu.	La realidad tanto interna como externamente.	Cuidado vínculo más allá de lo sentimental con la persona formas del cuidado.

		formas de cuidado.				
Madeleine Leininger (1988)	Teoría de la diversidad o de la universalidad	Estudio científico y artístico humano aprendidos enfocados en actitudes, funciones y avances de los cuidados a la persona que se dirigen la prevención y conservación de la salud y bienestar cambiando los cuidados o actualizarlos.	El ser vivo como parte de la cultura que ha avanzando con el tiempo.	Ideologías, valores, y actitudes culturales que se tienen con el fin del bienestar o cuidado de la persona para mantener un estilo de vida cotidiano.	Todos los ámbitos o campos en los que están rodeadas las personas y/o grupos sociales como ideologías físicas y sociales y la form de ver el mundo.	Cuidado ideología, actitudes formas de ver el cuidado las formas que hay o existen para el cuidado.

Fuente: Balan Gleaves C, Franco Orozco M Teorias y modelos enfermería bases teóricas para el cuidado especializado antología 2^{da} edición. Mexico .D.R. 2009 Universidad Nacional Autonoma de Mexico Marzo 2011 pag 103-110.

2.2 Marco empírico

Estudios relacionados

Se llevaron a cabo revisiones de diferentes artículos en pubmed con los términos autoinmune Encephalitis en scielo con encefalitis autoinmune en Elsevier con tratamiento en encefalitis autoinmune donde se seleccionaron 5 porque son los más relacionados con el adulto y con el presente estudio de caso.

Un caso de una mujer de 19 años se descubrió un anticuerpo en relación con la encefalitis anti-NMDA J. Radiol encefalitis anti NMDA 2014. Tras un amplio estudio de antígenos, se encontró que este anticuerpo se unía a la porción extracelular del receptor NMDA demostraron que la presencia de componentes neuronales en los teratomas conduce a una sensibilización inmunológica contra los receptores NMDA⁷

El analizar las necesidades de conocimiento de la autoinmunidad como trastorno neurológico se amplía de forma considerable, el reconocimiento de este síndrome clínico para el diagnóstico y tratamiento pueden conducir a la persona a resultados favorables disminuir las tasas de morbi mortalidad. En México no contamos con datos disponibles respecto a este padecimiento de forma específica. Algunos estudios han sugerido que existe un predominio de presentación en el sexo femenino con un aproximado de 67% y una edad promedio de 10.1 años.

Otro estudio de caso consultado costa rica 2015 elaborado por Alejandro Barquero Madrigal. Nos hace mención del entramado abordaje en el ámbito psiquiátrico ya que, a pesar de los nuevos avances en la medicina actual, solo hace observar un conjunto de signos y síntomas sin intentar buscarle una causa y posterior un tratamiento oportuno, pero citar la psiquiatría no es cosa fácil, debido a que tiene apreciaciones subjetivas.⁸

En el caso de la persona en estudio, se perdieron tiempos idóneos de instauración de instauración de un diagnóstico y/o tratamiento oportuno y en donde el deterioro del sistema respiratorio, y cerebral fue inminente por el hecho apreciaciones subjetivas de su sintomatología.

Otro estudio de caso realizado por Yolanda Rodríguez Vicente año 2015. Nos hace mención en el papel de la familia, durante la larga estancia en la unidad de cuidados intensivos en donde expresaron verbalmente su cansancio y en donde se incluyeron 8 Diagnósticos de Enfermería en el formato Nursing diagnosis association (NANDA) classification (NOC) Nursing Outcomes Classification. (NIC)Interventions Nursing Contemplando la participación familiar.⁹

Si bien la encefalitis autoinmune una vez que se agudizo el cuadro la recuperación resulta ser prolongada, en el caso de G.B.C con 48 días de estancia en la unidad de cuidados intensivos representa un cansancio de rol en los cuidados por ello se contempla la participación de estos.

Un artículo publicado en el año de 2019 un reporte de 4 casos de encefalitis mediada por anticuerpos contra el receptor N-Metil -N-Aspartato con un reporte de 4 casos en la ciudad de Perú por Henry Palomino Lescano y María Meza Vega describen que los 4 pacientes presentaron crisis epilépticas y tres desarrollaron un estado epiléptico refractario, así como alteraciones neuropsiquiátricas discinesias y disautonomías. Dos de ellos con apoyo mecánico ventilatorio todos con electroencefalograma anormal dos casos con pleocitosis en líquido cefalorraquídeo¹⁰

Todos fueron tratados con inmunoterapia y corticoides dos de ellos con necesidad de plasmaféresis por respuesta nula al primer tratamiento el alta médica se dio a los 12 meses de 3 de ellos y un caso sin autonomía. Estos casos nos demuestran que es una enfermedad tratable con un reconocimiento temprano para que alcancen a una evolución favorable.

La importancia de interpretar las pruebas de anticuerpos la habana cuba 2016 este artículo aborda la importancia de la correcta interpretación de las pruebas de anticuerpos y evitar errores de diagnóstico y por tanto tratamientos inapropiados ya que constituyen biomarcadores diagnósticos de diversas enfermedades autoinmunes.¹¹

2.3 Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas Missouri. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.¹²

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"¹³

En un principio no planeaba hacer una teoría ya que en la época que ella vivía eso no era posible de hacer. Lo que la motivo hacer el modelo fue que en ese momento no había nada establecido de lo que tenía que hacer una enfermera. Desde que era estudiante ella lo que sabía y lo que había vivido la llevó a cuestionarse "¿Qué es lo que hace enfermería que otras profesiones no?". Los modelos que en aquella época no la satisfacían y que se basaban más en medicamentos y aspectos más biológicos. Ya graduada seguía interesada en este tema, así que al investigar se dio cuenta que en los libros no había este tipo de información de que es lo que hacía enfermería y por ende no se podían establecer los principios y prácticas de la profesión de enfermería

La impresión de sus teorías comienza en la publicación de 1956 en el **libro "the nature of nursing"** define propiamente la función de la enfermera:

La única función de la enfermera es atender a la persona sana o enferma para que pueda realizar las actividades que ayuden a la recuperación de su salud como las realizara el solo como si estuviera bien o tuviera la fuerza, todo esto para que se pueda recuperar de forma más rápida y lo mejor posible.¹⁴

A partir de esto nacen conceptos, de su modelo

Principalmente:

La persona: junto con sus necesidades básicas.

Para Virginia Henderson, la persona sana o enferma es un todo, que tiene catorce necesidades fundamentales básicas que contiene las cuatro esferas que deben ser satisfechas para su desarrollo y crecimiento.

La persona y las 14 necesidades básicas.

Uno de los modelos que forma parte de las corrientes del pensamiento enfermero es el de Virginia Henderson, ella se sitúa en la escuela de las necesidades, y su objetivo principal es el de ayudar a las personas a satisfacer sus 14 necesidades básicas y que son esenciales para todos.

1.-Necesidad de oxigenación

Es la capacidad de la persona para mantener su intercambio gaseoso con un nivel suficiente y con una buena oxigenación.

2.-Necesidad de nutrición e hidratación

Es la capacidad de la persona para beber, comer, masticar y deglutir, tener hambre y absorber nutrientes para capitalizar la energía necesaria y desarrollar su propia actividad.

3.-Necesidad de eliminación

Es la capacidad de la persona, para que en forma autónoma elimine orina y materia asegurando una higiene íntima, y mantener la higiene corporal.

4.-Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Capacidad que tiene la persona para desplazarse sola o con ayuda de medios mecánicos, adecuarse a su confort y conocer los límites de su propio cuerpo.

5.-Necesidad de descanso y sueño

Capacidad que tiene la persona de dormir lo suficiente como para sentirse descansada y potenciar la energía y el dinamismo.

6.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Capacidad de la persona para vestirse y desvestirse así como para elegir y comprar su vestimenta.

7.-Necesidad de termorregulación

Capacidad de la persona para abrigarse en función de la temperatura del ambiente, mantener temperatura corporal en límites normales.

8.-Necesidad de higiene y protección de la piel

Capacidad de la persona para lavarse por sí mismo y mantener su higiene personal así como a servirse de productos y de utensilios para mantener la piel. Cabello, uñas, dientes, encías, orejas y sentir bienestar y mayor conformidad consigo mismo.

9.-Necesidad de evitar los peligros

Capacidad para mantener y promover la propia integridad física y mental de sí mismo y de terceros en conocimiento de los peligros potenciales de su entorno

10.-Necesidad de comunicarse

Capacidad para ser comprendido y comprender gracias a la actitud y postura a las palabras, capacidad para integrarse a un grupo social viviendo plenamente las relaciones afectivas.

11.-Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Capacidad de la persona a explorar conocer, promover sus propios principios valores y creencias.

12.-Necesidad de trabajar y realizarse

Capacidad de la persona a explorar, conocer, y promover sus propios principios valores y creencias

13.-Necesidad de jugar/Participar en actividades recreativas.

Capacidad de la persona para participar e interesarse en alguna actividad creativa y/o de interés social reforzando su autoestima y sentimiento de alegría y autorrealización personal.

14.-Necesidad de aprendizaje

Capacidad de la persona para aprender de otros o de la producción de algún evento y capacidad para adaptarse a un cambio y tener resiliencia como para poder sobreponerse a periodos de dolor emocional y a situaciones adversas.

Estas necesidades son comunes en todas las personas, y cada uno las satisface a su modo y creencia con el fin de desarrollarse a lo largo de su vida, las 14 necesidades básicas dependientes de aspectos biopsicosociales y espirituales que forman parte de la persona y que cada una de ellas da modificaciones a distintos puntos de vista como el holístico. El estudio por separado de cada una de estas, aunque toman en cuenta al individuo en prácticamente su totalidad aún faltan las restantes como las espirituales, aquí es donde la relación enfermera- paciente entraría, para ello se tienen que adquirir diferentes datos para la observación de la persona y que ello mejoraría el grado de satisfacción de dependencia e independencia

Salud: independencia/dependencia.

Virginia tiene en mente que todas las personas tienen distintas capacidades y recursos que los pueden llevar o no satisfacer sus necesidades. Que busca lograr la independencia de este y la satisfacción de la necesidad con el objetivo de mantener la vida y salud en condiciones óptimas o las mejores posibles.

La Independencia: Como la capacidad de una persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas a como ella cree que necesita satisfacerlas.

La Dependencia: como contrario a la independencia, es la ausencia de la cubrir las necesidades básicas de la persona y tienen que recurrir a otras actividades o ayuda de otras personas para satisfacerlas.

Cuando esto no se puede lograr, aparece una dependencia o una necesidad de ayuda para poder satisfacer etas necesidades, que Virginia propone tres causas:

Falta de fuerza: no solo las habilidades mecánicas o físicas si no también la capacidad de soportar situaciones emocionales, psicológicas e intelectuales

Falta de conocimiento: el propio conocimiento de la salud y enfermedad de la Persona, saber si tiene la capacidad de solventar esos recursos propios y ajenos

Falta de voluntad: la no capacidad para saber elegir correctamente ante ciertas situaciones o decisiones para saber satisfacer las 14 necesidades

El rol profesional los cuidados básicos de enfermería y el equipo de salud. Son representados por acciones que lleva el profesional en función propia y en donde están involucrados criterios de suplencia o ayuda en base al nivel de dependencia identificado

Henderson establece 3 niveles de relación enfermera paciente:

Enfermera/ o como sustituta del paciente. Esta dado cuando una enfermedad grave afecta al paciente debido a la falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

Enfermera/ o como auxiliar del paciente. concierne a los periodos de convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a recuperar su independencia.

Enfermera/ o como compañera del paciente. educa y supervisa al paciente pero es el mismo el que realiza su propio cuidado.

Entorno: factores ambientales y culturales

Como tal Henderson no describe el entorno de la persona, aunque de forma implícita la autora menciona la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico, involucrando a la familia, los grupos, la cultura, los aprendizajes, y los factores ambientales. encontrándose inmersos en la descripción de las 14 necesidades básicas.

2.4 Proceso atención de enfermería

El nacimiento del proceso atención de Enfermería surge por los esfuerzos de las diferentes teóricas a partir de 1950 con el fin de resolver cuestiones como la identificación del objeto de estudio centrando sus cuidados en el cuerpo del paciente, diversas autoras desarrollaron un proceso trifásico que contenía elementos para el actual proceso enfermero, con diferenciación de la medicina porque se emplea una metodología de acuerdo a la naturaleza del conocimiento. Para el año de 1966 Louis Knowles describió las actividades de los enfermeros para este autor las actividades consisten en descubrir información, investigar fuentes para la obtención de datos, decidir el proceso a seguir, actuar o poner en marcha el plan concebido y priorizar las necesidades del paciente y por tanto las intervenciones de Enfermería, fases que no tienen réplica del actual proceso enfermero sin embargo fueron fundamentales en su configuración ya que un año posterior un grupo de profesores identificó cuatro de las actuales fases del proceso valoración, planificación, ejecución y evaluación.¹⁵

La valoración: consiste en la recolección de datos en su verificación y organización incluyendo la entrevista observación y valoración física recopilando datos sobre la persona, en lo físico, las ideas los valores y sentimientos identificando las necesidades de la persona y determinar sus prioridades en un plan de cuidados.

Una de las herramientas de la valoración es la entrevista aquí se adquiere información precisa estableciendo relación enfermera paciente identificando problemas y establecer los objetivos. Los factores que influyen en la valoración son las creencias, (salud, persona) los valores (ciencias biológicas y ciencias psicológicas) y los conocimientos (técnicas interpersonales, creatividad, sentido común, flexibilidad) es por ello que esta fase del proceso es fundamental para el desarrollo del mismo.

La segunda fase es el **Diagnostico de Enfermería** en su estado embrionario estuvo incluido en la fase de valoración, pero al delimitarse se pudo constituir como una fase identificada y constituyente del proceso en la década de los años 70 los diagnósticos se organizan en nueve patrones, con la interacción de las personas y su entorno el diagnóstico de enfermería real que desprende tres partes el problema, el factor relacionado, o la causa de este y la manifestación con signos y síntomas.

El diagnóstico de riesgo describe respuestas ante situaciones de salud. Procesos vitales que pueden desarrollarse a un futuro próximo en la persona, la familia o la comunidad en situación vulnerable y constituido por un factor de riesgo causal y los diagnósticos de salud o bienestar en donde se formulan con un potencial de mejora prescinde de factores relacionados y signos y síntomas. A si bien a partir de este tipo de diagnósticos se puede formular un nuevo diagnóstico y proponer su inclusión en la taxonomía Nanda.

La planificación: aquí se incluye el desarrollo de las estrategias diseñadas para reforzar las respuestas saludables del individuo reduciendo o reforzando las respuestas saludables. Y consta de cuatro pasos lógicos el primero es establecer las prioridades es decir las intervenciones en función a la prontitud en la atención médica una persona en algún momento de su vida tendrá la necesidad de contar con ayuda profesional. El segundo método consiste en priorizar las intervenciones en base a las necesidades en cinco niveles fisiológicos, de seguridad, sociales de estima y autorrealización.

En esta fase su segundo componente es el desarrollo de los resultados denominándose objetivos derivado de la respuesta humana previamente identificada en el diagnóstico enfermero.

Las intervenciones de Enfermería: deben de estar basadas en principios científicos deben ser congruentes e individualizados y deben desarrollarse incluyendo la formulación de la hipótesis y la lluvia de ideas el profesional de Enfermería debe aplicar los principios científicos, enfoques creativos resolver problemas y así facilitar la gestión de los cuidados individualizados.

Así mismo las intervenciones de Enfermería se clasifican en dos grupos dependientes, interdependientes, e independientes centrándose en el restablecimiento de la salud del individuo.

En la intervención dependiente la enfermera ejecuta el tratamiento facultativo, en las interdependientes se llevan a cabo con el trabajo de otros profesionales de la salud. y en las independientes actividades que realiza la enfermera sin necesidad de una orden médica. La ejecución se encuentra dividido en tres etapas la preparación, la intervención y la documentación o registro. Con las intervenciones de la enfermera y las respuestas del individuo y satisfacer las necesidades de la persona que se encuentra ante su cuidado.

La Evaluación: esta fase determina la calidad de los cuidados prestados obligando a la revisión de los pasos establecidos en el proceso y así estimar los progresos del paciente y poder adecuar las intervenciones de Enfermería.

Una valoración precisa, unos diagnósticos apropiados, una planificación realista y una ejecución pertinente parecen ser los criterios que procuran asegurar esta última etapa.

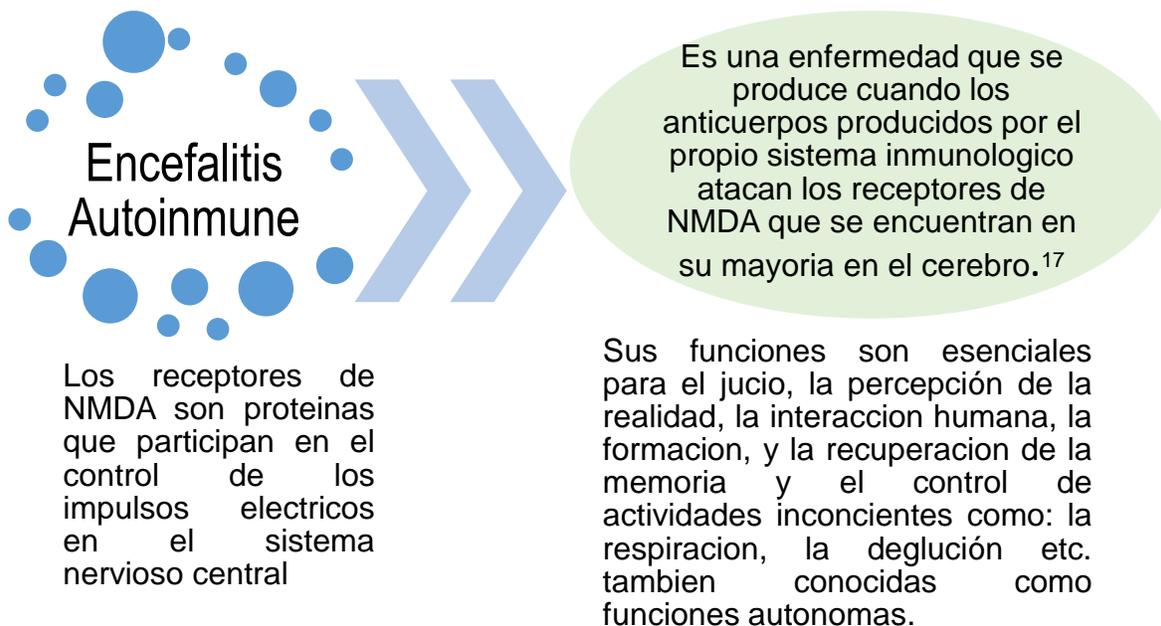
Por ello la calidad de atención se debe enfocar a 4 aspectos fundamentales como lo son una adecuada prevención y/o tratamiento, deben evitarse o reducirse los posibles daños primarios o secundarios, se debe de respetar la dignidad y derecho de las personas y garantizarse una gestión de recursos eficiente.

2.5 Daños a la salud

Encefalitis es un desorden inflamatorio del encéfalo que deriva en un estado mental alterado, crisis convulsivas, déficits neurológicos focales, acompañado usualmente de signos de inflamación en el líquido cefalorraquídeo y hallazgos en la resonancia magnética que pueden ir desde normalidad hasta anomalías extensas.¹⁶

La encefalitis puede ocurrir como resultado de una infección primaria del sistema nervioso central, o bien, por un proceso autoinmune desencadenado por una infección, vacuna o neoplasia oculta.

La encefalitis autoinmune involucra varios tipos de entidades con diferentes fisiopatologías, el entender estas entidades nos ayuda a utilizar los recursos y elementos diagnósticos necesarios, así como la mejor estrategia terapéutica.



El receptor NMDA inotrópico de glutamato compuesto por las siguientes unidades glu I,II y glu III.

Los receptores de glutamato son un tipo de moléculas receptoras que se clasifican en dos familias, la de receptores inotrópicos y de receptores metabotrópicos

Existen 3 familias de receptores inotrópicos de glutamato que actúan como canales de cationes los receptores de **N-metil-D-aspartato (receptores NMDA)**, los receptores (ampa) y los receptores de (Kainato)¹⁸

Etiología

Aunque no se conoce un agente etiológico concreto, hay algunas condiciones que se han asociado con la aparición de la enfermedad. Se podrían mencionar, entonces, como factores de riesgo: sexo femenino (cerca del 80% de los casos se han descrito en

pacientes femeninas) y presencia concomitante de un tumor **generalmente un teratoma ovárico**

Se detallan los principales antígenos y síndromes en la encefalitis autoinmune

Anticuerpo	Síntomas de presentación	Síndrome principal y otras características	Frecuencia de tumor o cáncer	Tipo de tumor o cáncer
Receptor NMDA	Psiquiátricos (adultos); crisis epilépticas, discinesias (niños)	Encefalitis antirreceptora de NMDA.	En general, 40%; hasta el 58% en mujeres de 18- 45 años	teratoma
Receptor AMPA	Déficits de memoria, confusión	Encefalitis límbica	65%	Timoma cpcp otros
Receptor GABA	Déficits de memoria, crisis epilépticas	Encefalitis límbica con predominio de crisis epilépticas al inicio.	<u>50%</u>	cpcp
LGI1	Crisis distónicas Facio braquiales, déficits de memoria	Encefalitis límbica, hiponatremia frecuente, HLA susceptible	<u>5-10%</u>	Timoma
CASPR2	Disfunción cognitiva, crisis epilépticas, dolor neuropático, neuromiotonía, ataxia cerebelosa	Síndrome de Morvan; encefalitis límbica	En general, 20%; en síndrome de Morvan, 20-50%	Timoma
Receptor GABA	Crisis epilépticas, confusión	Encefalitis con crisis epilépticas refractarias, estado epiléptico; alteraciones multifocales córtico-subcorticales en resonancia magnética	<u>25%</u>	Timoma y otros

El hecho de que se presente con más frecuencia en mujeres jóvenes de unos 20-30 años que debutan con sintomatología psiquiátrica no se debe obviar, los síntomas menos típicos

en un paciente con síntomas psiquiátricos de nueva aparición, sea cual sea su edad, para un correcto y rápido diagnóstico, y por tanto un acertado tratamiento.²⁰

Aparición del cuadro

Síntomas Prodrómicos	Síntomas Psiquiátricos	Conducta y Cognición
Fiebre, Cefalea Diarrea Infección de vías urinarias Y respiratorias	Ataques paranoides Alucinaciones Hipersexualidad Lenguaje: dificultad en la comprensión, ecolalia ecopraxia, mutismo	Confusión Desorientación, déficit de la memoria, labilidad emocional Trastornos del sueño

DATOS TARDIOS		
Convulsiones	Movimientos anormales	Síntomas Autonómicos
Focal generalizada	Ataxia	Desregulación de la
Estado epiléptico	Disquinesias	temperatura
	Rigidez posturas distónicas	Inestabilidad de la
	Chupeteos	T/A
	Movimientos Masticatorios.	Hipoventilación
	Extremidades inmanejables	Arritmias
	Desviación de la mirada	

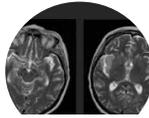
Fuente: Laura Martínez Sadurní· Sílvia Oller Canet Síntomas maníacos en encefalitis autoinmune por anticuerpos contra mGluR5: a propósito de un caso Elsevier volumen 29 num.2. pag 52-55 mayo-agosto 2019 ²¹ disponible en: <https://bit.ly/3hhoVeT>

Diagnostico

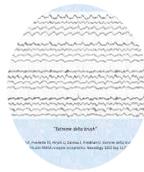
Entre las características clínicas que obligan a pensar en el diagnóstico se encuentran: pródromo similar a un cuadro gripal, instauración rápida de síntomas psicóticos, instauración rápida de catatonía, género femenino, crisis convulsivas u otra disfunción neurológica (afasias, distonías, disquinesias), severa disfunción autonómica, presencia de tumor y persistencia de los síntomas pese al uso de antipsicóticos.

El diagnóstico clínico

Debe considerar procesos primariamente psiquiátricos, infecciosos virales y bacterianos, trastornos autoinmunes, endocrinológicos y tóxicos. El diagnóstico se basa en el síndrome y curso clínico, y se confirma con la demostración de anticuerpos contra el receptor de NMDA en suero y líquido cefalorraquídeo, específicamente contra la subunidad NR1 del receptor de NMDA.²²



<https://bit.ly/2THfu>
uH



<https://bit.ly/2VQDc>
r4



<https://bit.ly/2v1TW>
Rg

Estudios de neuroimagen podría mostrar hiperintensidades en t2 o en flair en regiones como hipocampo corteza cerebral o cerebelosa ganglios basales tallo cerebral otras técnicas pet spect

El electroencefalograma muestra cambios inespecíficos actividad lenta y desorganizada una onda delta extrema.

El líquido cefalorraquídeo puede estar normal al inicio posterior cambios consistentes en pleocitosis linfocitaria moderada proteinorraquia normal o levemente aumentada y bandas oligoclonales.

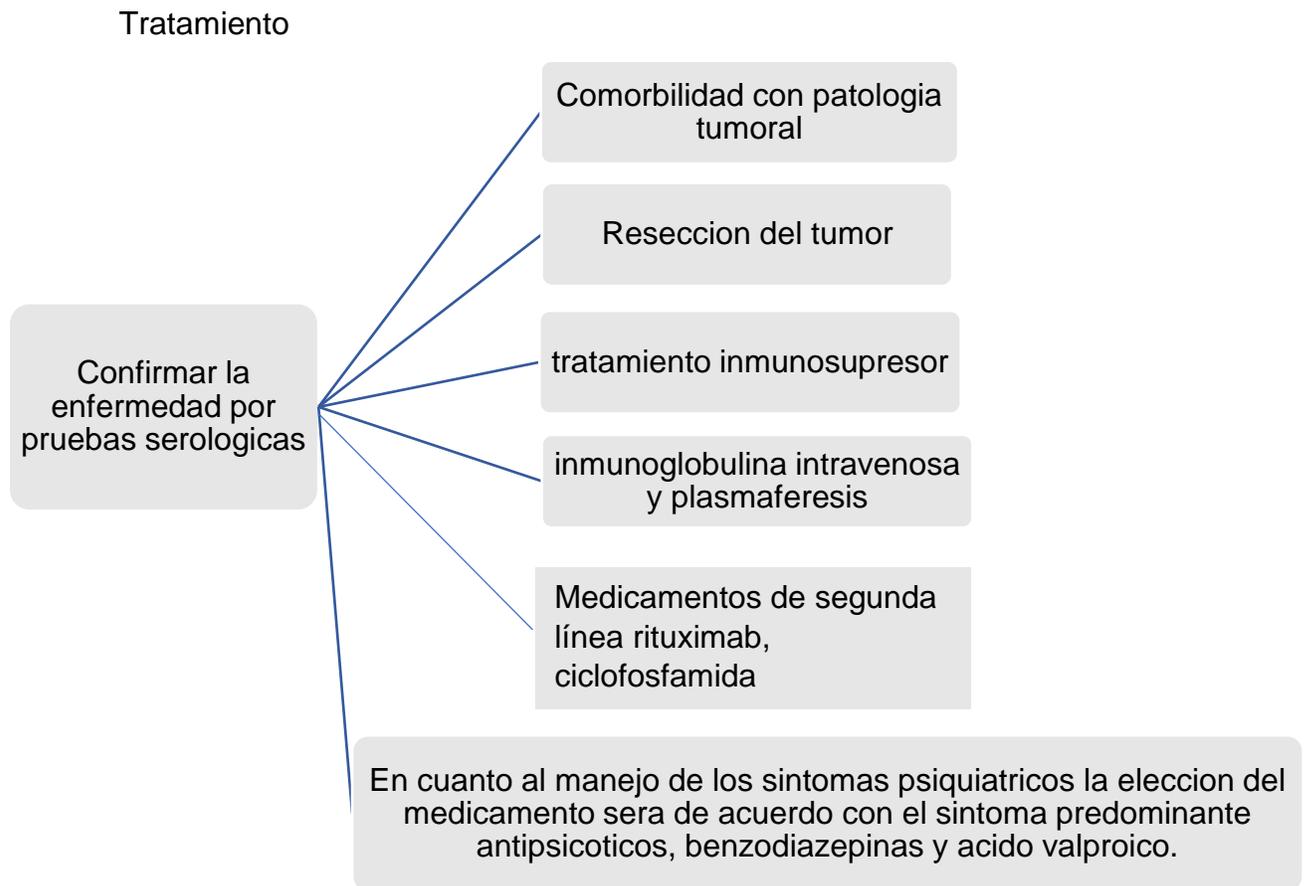
El diagnóstico diferencial

Posición demoniaca es la apelación más temprana dada a lo largo de la historia a lo que pudo haber sido una encefalitis por anticuerpos antiMDNA

El abordaje en el servicio de Urgencias, y consiste en recordar los diagnósticos que puede haber detrás de la tríada "síntomas psiquiátricos + rigidez muscular + disautonomía" que, además de la encefalitis antiNMDA, incluyen: síndrome serotoninérgico, síndrome neuroléptico maligno y catatonía letal.²³



<https://bit.ly/39tiOjO>



Elaboración propia fuente: Paulina González latapi. Encefalitis por anticuerpos antirreceptor de N-metil-D-aspartato (anti-NMDAR (sitio en internet)2014; 150:34851 gaceta medica de México disponible en <http://www.anmm.or.mx> ²⁴

los autores indican que la inmunoterapia temprana mejora los resultados por lo que no deben demorarse los tratamientos, las dosis son para la metilprednisona 1 g IV de 3 a 5 días, la inmunoglobulina intravenosa 0.4g/kg/día durante 5 días. la plasmaféresis con presencia de convulsiones refractarias y disautonomía severa con la finalidad de remover partículas de gran peso molecular y disminuir la tasa de inmunocomplejos circulantes puesto que son considerados responsables de la enfermedad o bien de sus manifestaciones.²⁵ en el aspecto oncológico con presencia de tumor manejo con quimioterapia.

La mayoría de los pacientes requerirá el manejo en unidades de Cuidados Intensivos. Algunos, incluso, se pueden complicar hasta necesitar ventilación mecánica asistida. Existe claridad en cuanto al beneficio de instaurar rápidamente el tratamiento, y el inicio temprano del inmunosupresor ha evitado, en algunos casos, la complicación del distrés respiratorio.²⁶

Pronóstico

Aunque la encefalitis anti NMDAr es una enfermedad seria y potencialmente mortal, la mayoría de los pacientes que reciben diagnóstico y tratamiento oportuno tienen una buena recuperación.

La recuperación es generalmente lenta y puede necesitar meses o incluso años. El proceso de recuperación se complica a menudo por muchos altibajos, y por los temores de recaída o reaparición de los síntomas. Incluso, después de que la recuperación está bien establecida, las evaluaciones médicas de rutina siguen siendo muy importantes, incluyendo la repetición de estudios de imágenes para asegurarse que no se encuentra ningún tumor. Desafortunadamente, no todas las personas afectadas por la encefalitis anti NMDAr se recuperan.²⁷

En ocasiones la enfermedad puede ser fatal, falleciendo los pacientes debido a un paro cardíaco o por las complicaciones asociadas con largas estancias en los hospitales y el uso de potentes medicamentos inmunosupresores (que hace que las personas sean más susceptibles a las infecciones graves). Algunos pacientes no se recuperan por completo, y los amigos y familiares pueden notar cambios en la personalidad del paciente o algún otro aspecto que es diferente de antes de la aparición de la enfermedad.

La rehabilitación deberá estar enfocada ayudar al paciente y a la familia, para la reintegración social con una serie de estrategias para la vida diaria mejorando la función sensitivo motora ²⁸

CAPITULO 3 METODOLOGÍA

3.1 Estrategia de la investigación.

La información recabada del presente estudio de caso se obtuvo de forma directa e indirecta de una persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos neurológicos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez durante el mes de octubre del 2018.

Bajo el precepto de que toda persona merece una atención oportuna, precisa, holística, como la que se brinda en un estudio de caso, la alteración de la perfusión a nivel cerebral es de gran importancia por la afectación que causa en otros sistemas como respiratorio, cardiovascular, metabólicos es por ello por lo que me surge el interés por realizar un estudio de caso a una persona con encefalitis autoinmune.

Para la elaboración del presente trabajo de caso se tomó como referencia el modelo conceptual de Virginia Henderson en este caso la persona con encefalitis autoinmune es la fuente primaria en un inicio se hizo selección de caso, recolección de datos y la fuente secundaria consistió en la búsqueda bibliográfica de artículos de revistas de Enfermería por vía internet en diversos buscadores como Scielo pubmed que responden con operadores booleanos de búsqueda como and NMDA Encephalitis encontrándose 322 artículos publicados del 2007^a y en donde solo se consultaron de 5 años a la fecha. Revisión del expediente clínico electrónico revisado el día 20 de noviembre del 2018. Se realizó una valoración de Enfermería por necesidades, (anexo1) interpretación de laboratorios, gasometrías, y estudios de imagen a si mismo se aplicó un formato de consentimiento informado el cual fue firmado por la familiar primaria la cual se hace referencia en el estudio de caso (anexo 2).

Los Diagnósticos de Enfermería descritos en el presente estudio de caso fueron desarrollando en base a la identificación de necesidades de los cuales se jerarquizan el formato aplicado en los Diagnósticos se basó en un esquema conocido como PES P=PROBLEMA E=ETIOLOGIA S= SIGNOS Y SINTOMAS realizando 12 Diagnósticos de Enfermería de los cuales 10 son reales y 2 de riesgo se ejecutó y evaluó el plan de intervenciones. de la persona.

Metaparadigma

Persona: mujer de 32 años de edad que se encuentra con diagnostico de encefalitis autoinmune, de nacionalidad mexicana, residente de la ciudad de México escolaridad media superior terminada, estado civil soltera no cuenta con seguridad social y actualmente se dedica al comercio.

Salud: grupo de sangre ORH+ sin alergias, actualmente se encuentra conectada a la ventilación mecánica en modo simv fio2 40% peep 5 volumen corriente de 415 a través de cánula de traqueostomía. se mantiene con sedación consciente con precedex y rass de +1.

Entorno: vive en casa propia que cuenta con todos los servicios intradomiciliarios construida de cemento y loza compuesta por sala ,comedor, cocina, 2 baños, 2 recamaras. habita con sus padres y 2 hermanos quienes también la apoyan económicamente.

Enfermería: estudiante de posgrado de enfermería en cuidados críticos hace función de sustituta por falta de fuerza, persona totalmente dependiente.

3.2 Consideraciones éticas

La ética es la ciencia en donde se fundamenta el comportamiento del ser humano en donde se deben sustentar los comportamientos desde los valores morales. De ella se derivan los principios bioéticos.²⁹

El principio de beneficencia es basado en la necesidad de no hacer daño de siempre hacer el bien, las enfermeras deben ser capaces de comprender a la persona y verlo como el mismo.

El principio de la no maleficencia se refiere precisamente a evitar hacer el daño como la imprudencia, la negligencia el daño físico, mental, social o psicológico

El principio de la justicia es significado de igualdad, y la planificación es decir se debe atender en primer lugar al más necesitado y tratar a todas las personas por igual sin discriminación de raza, edad, nivel socioeconómico o escolaridad y jerarquizar de forma adecuada las acciones a realizar y hacer un uso justo de los recursos materiales.

Principio de autonomía la persona tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones con relación a su enfermedad implicando las consecuencias de las acciones a realizar aquí debe de prevalecer la información para que la persona tome decisiones relacionadas con su salud.

3.3 Consentimiento informado

El consentimiento informado nos hace referencia a una expresión tangible de respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de atención médica y de investigación en salud y es consolidado mediante un documento.³⁰

En el documento se informa en este caso al familiar primario de forma clara y detallada el propósito de utilizar la información directa e indirecta de la persona en estudio con fines académicos, y así mismo, con una actitud responsable llevando así calidad en los servicios de salud y garantizar el respeto a la dignidad y autonomía de las personas.

La presentación de la información al familiar debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del familiar debe ser conseguida sin coerción.

Los elementos del consentimiento informado es que se debe de disponer de una información suficiente, comprender la información adecuadamente, encontrarse libre para decidir de acuerdo con sus propios valores, y ser capaz de decidir la información en cuestión.

En la información debe utilizarse un lenguaje simple, tiene que ser adecuada, suficiente, comprensible y clara, es decir, el profesional debe adaptar la información a las características particulares y al nivel intelectual del paciente, además de ser oportuna y veraz. La comunicación se debe dar en un ambiente apropiado, con calma y sin interferencias. El objetivo fundamental es calmar la ansiedad y fomentar la confianza. El familiar debe tener claro que no está firmando una autorización para que se realice cualquier cosa. Debe ser redactado en un lenguaje breve, directo y simple. No debe de contener palabras abreviadas ni terminología científica. Debe de estar de acuerdo con el nivel cultural de la población a la que está dirigida en nuestro país.

En nuestro país existe un reglamento federal para la protección de los derechos de las personas sujetos a investigación en seres humanos, la ley general de salud. este órgano es altamente regulador en materia de ética, el 7 de febrero de 1984 y vigente a la fecha hace referencia a los aspectos éticos en investigación y menciona que como requisito ético se debe de contener un consentimiento informado.

CAPITULO 4 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

4.1 Presentación del caso

Se trata de persona femenina Carolina G.B de 32 años. Fecha de nacimiento: 03/11/1985 residente de la ciudad de México. Soltera actualmente en la unidad de cuidados intensivos fecha de ingreso 9/10/2018. Diagnóstico médico de estado epiléptico focal motor con pérdida del estado de conciencia probable encefalitis autoinmune.

Antecedentes heredofamiliares: Tía paterna con trastorno psicótico no especificado desconocen otros antecedentes.

Antecedentes no patológicos: preparatoria completa se dedica al comercio no ostenta ninguna religión grupo sanguíneo O+.

Antecedentes personales patológicos de rinitis alérgica durante la infancia.

Antecedentes gineco-obstétricos: Menarca a los 15 años ritmo regular 28x4 FUM 1/10/2018 gesta 0 para 0.

Su padecimiento inicia el día lunes 1 /10/ 2018. a las 19:00 horas aproximadamente con somnolencia discurso desorganizado labilidad afectiva, soliloquios, risa inmotivada, alucinaciones auditivas complejas en forma de voces múltiples de contenido desconocido y comportamiento desorganizado a las 20:30 horas presenta crisis caracterizada por arresto del lenguaje versión cefálica a la derecha con superversión de la mirada ,y automatismos orales de un minuto de duración, con periodo postictal de 10 minutos con desorientación recuperando el estado basal, acuden a hospital particular. Y posterior a su valoración no dan ningún tratamiento.

El martes 2 /10/ 2018 refiere cefalea holocraneana, fatiga, somnolencia, por lo que permanece en cama la mayor parte del día, acude a seguro facultativo particular quien indica tratamiento con norepinefrina 10mg solución de 25 gotas por 5 días, ácido fólico 5 mg día, Difendol 25 mg 1- 1- 1 complejo B, más diclofenaco.

El miércoles 3/ 10/ 2018 aproximadamente a las 20:00 horas presenta nueva crisis de características similares por lo que es ingresada al servicio de urgencias del hospital general de Iztapalapa donde indican tratamiento intramuscular no especificado tomándose confundida agresiva e irritable por lo que se egresa a su domicilio manteniéndose con somnolencia, y permaneciendo así por dos días

El día 5 /10 /2018 presenta dos crisis epilépticas por la noche 23:00 hr. permaneciendo en estado confusional sin recuperar el estado basal, mostrándose con desorganización del comportamiento hasta el día siguiente por la mañana cuando vuelven acudir al hospital de Iztapalapa donde indican tratamiento con risperidona, sertalina presentando comportamiento y lenguaje desorganizado, risa sin motivante externo, mirada fija, soliloquios, mutismo selectivo, e hiporexia.

El sábado 6/10/12 a partir de las 23:00 presenta nuevamente crisis epilépticas con frecuencia de una crisis por hora hasta las 4:00 am del domingo sin recuperar estado basal. A las 10:00 hrs del mismo día presenta crisis con una frecuencia de 1 cada 15 minutos por lo es valorada y referida al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velazco Suárez. Siendo aceptada.

El día 8/ 10 /18. A las 12:35 hr en el área de urgencias se encuentra con estupor, signos vitales 120/80mmhg FC 68lxmin, temperatura de 36.5 con gesticulaciones a estímulos dolorosos. Se inicia tratamiento farmacológico se toma de PCR de LCR reportando células de 17 exoensas de mononucleares durante su estancia en urgencias presento aumento del tono eventos de hipotensión que se catalogaron como disautonomías probable estado catatónico, lo que señala más de una etiología autoinmune. E.E.C anormal por presencia de moderada a severa disfunción generalizada de predominio de hemisferio izquierdo se decide progresión de la vía aérea con cánula orotraqueal, y se mantiene con ventilación mecánica.

El 9 de octubre 2018 ingresa a la unidad de terapia intensiva con Dx de estado epiléptico focal motor con pérdida de conciencia probable encefalitis autoinmune.

Con los siguientes criterios de ingreso Prioridad 1 disfunción respiratoria, estado epiléptico, inestabilidad hemodinámica SCORE APACHE II 24 PUNTOS SOFA DE 11 PUNTOS. GLASGOW DE 10 PUNTOS.

4.2 Valoración neurológica

Signos vitales	T/A 90/60 mmhg TAM 70 mmhg FC. - 77X', FR 16X' TEM 36.0 SP02 93%. Respiraciones apnéica (afectación protuberancial).
Estado de conciencia pupilas	Escala de Glasgow de 10 puntos la apertura ocular es espontanea de 4 puntos la respuesta verbal de 1 punto sin ninguna respuesta motora 5 puntos localiza el dolor Estado de conciencia despierta indiferente al medio pupilas de 3mm simétricas con respuesta.
Nervios craneales	Nervios craneales I no valorable, II dirige los ojos en dirección opuesta al giro de la cabeza. Y Presencia de reflejo corneal. III IV y VI con mirada primaria central pupilas de 3mm con leve respuesta. V presencia de chupeteo, VII gesticulación simétrica, VIII afectación en el proceso central auditivo. X simetría del velo del paladar, XI presencia de reflejo nauseoso disminuido XII no valorable.
Función motora	Se valora con escala de Daniels grado II el musculo se contrae y efectua todo el movimiento, pero sin resistencia no puede vencer la gravedad.
Exploración de los reflejos	Reflejo de Babinski presente.
Función Sensitiva	Por áreas de dermatomos captura estímulos dolorosos calor frio. Y sensibilidad.

4.3 Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson

1.- OXIGENACIÓN

Se encuentra con vía aérea permeable con apoyo mecánico ventilatorio en SIMV FIO₂ 40% PEEP 5 Volumen corriente de 415 FR 16 rpm relación IE 1:3 conectada a cánula de traqueostomía con presencia de apneas, secreciones espesas moderadas amarillentas por cánula, reflejo tusígeno disminuido adecuada coloración tegumentaria.

Tórax simétrico con disminución movimientos de amplexión y amplexación, a la auscultación con estertores bilaterales. En zona apical ruidos cardiacos rítmicos sin soplos de buena intensidad y frecuencia, llenado capilar de 3"

Hemodinamicamente con apoyo de norepinefrina, en solución glucosada 100ml. Infundiéndose a 8ml x hora. Gamas 0.15/kg/minuto. manteniendo TAM de 70 mmhg. Frecuencia cardiaca de 77 LXM T/A 90/60. FR 16 Rpm.

Gasométricamente con los siguientes parámetros P.H 7.30, PCO₂ 32, mmhg, PO₂ 88 mmhg EB 2,mmol/L HCO₃ 27, meq/L SP0₂ 93% Lactato 1.5 mmol/L, índice de kirbiy 220mmhg SDRA leve mortalidad del 27%. Acidosis Respiratoria. Anión gap de 14 mEq/l (3-11 mEq/l valor normal).

2.-NUTRICION E HIDRATACIÓN

Peso de 70kg, Talla de 1.72 IMC 29.14kg/m² (OMS). Peso adecuado.

Abdomen: blando depresible ligera distención. Con inserción de sonda de alimentación por gastrostomía con dieta polimérica de 1600 kcal con 122gr de proteínas con un volumen total de 1400 ml a una infusión de 93 ml/hr para 24 horas+ agua de irrigación a 10 ml cada 2 horas. Soluciones intravenosas Hartmann 500ml p/24 horas. Se encuentra sin pérdida de peso, comienzo de alopecia, mucosas orales deshidratadas.

Valores de laboratorio de la persona.	Valores normales de laboratorio
278mmol/ kg	Osmolaridad sérica 275 a 295 mOsm/kg en valor normal.
3.9 g/dl	Albumina (3.4 a 5.4) en valor normal
121 mg/dl	Glucosa (80 a 110) en valor normal.
158 g/dl	Colesterol (100 a 160) en valor normal
75g/dl	Triglicéridos (100 a 150) en valor normal
10.1 g/dl	Hemoglobina (11.7g a15.7g) en mujeres valor normal
31.2%	Hematócrito (36 y 46%) en mujeres valor normal.
8.8 mg/dl	Calcio (8.5 a 10.2mg/dl) en valor normal
140meq/l	Sodio (135 a 145 meq/L) en valor normal
5.1meq/l	Potasio (3.5 A 5.5 meq/L) en valor normal
104 meq/l	Cloro (96 a 106 meq/L) en valor normal.

3.- ELIMINACIÓN

Abdomen blando depresible doloroso a la palpación presenta facies de dolor, ligera distensión abdominal, sin presencia de evacuaciones, en 48 horas. Sin ayuda de medicación. Perímetro abdominal de 86 cm peristalsis disminuida. Sonda transuretral # 16 a derivación con densidad urinaria de 1.010, orina color amarillo pálido de + 0.5/kg/hora, genitales sin compromiso,

Urea 44 mg/dl (22 a 46 mg/dl en valor normal) Creatinina 0.4 mg/dl (0.6 a 1.1 en mujeres valor normal) BUN 21 mg/dl(6 a 20 en valor normal) Sodio de 140 meq/dl (135 a 145 en valor normal) potasio 5.1 meq/dl(3.5 a 5.5 en valor normal) CL 104 meq/dl(98 a 110 meq/dl valor normal) calcio 8.8 meq/dl (8.5 a 10.2 mg/dl en valor normal) función renal conservada.

Balance hídrico positivo 920 ml en 24 horas. Perdidas insensibles de 840 ml.

4.-MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA

Se mantiene con una valoración de sedación con escala de Rass 1 punto. Agitación psicomotriz con manejo de precedex 200 mcg en 100 mililitros de solución salina infundiéndose a 4.2 mlxh.

5.-SUEÑO Y DESCANSO

Persona somnolienta expuesta alteraciones ambientales como luz de habitación, toma de estudios procedimientos médicos y de enfermería alarmas de los equipos biomédicos, con despertares a la presencia de estos. Presentando alteración psicomotriz. Con manifestaciones de inquietud, taquicardia y taquipnea.

6.-USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Se mantiene con ropa hospitalaria. Limpia en buenas condiciones y Cambio de esta diariamente. así mismo Mantiene la integridad de la persona.

7.-TERMORREGULACIÓN

Se mantiene con una temperatura corporal de 36° centígrados sin presencia de picos febriles, Leucocitos 12.7 (4500 a 11000 x 10/L) Eosinófilos 0.91% (valor relativo1 a 5%) Basófilos 0.16, Plaquetas 349.

(0.4 -1%) Neutrófilos 7.6 (40-80%) Linfocitos 2.6% 20 40% se encuentra con incremento de leucocitos, pudiendo desarrollar una infección de tipo bacteriana.

8.- MANTENER HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Con dependencia para el baño, piezas dentarias completas con presencia de carie en molar superior izquierdo, con palidez tegumentaria piel seca integra, Sin presencia de lesiones por presión.

9.- EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO

Score Apache II, de 24, y Sofá de 11, escala de Braden 12 puntos. Riesgo de desarrollo de úlceras por presión. Escala de downton 4 puntos. semaforización en rojo alto riesgo de caídas, tratamiento farmacológico con zoldipem 10mg cada 24 horas (fármaco hipnótico) Escala del dolor BPS 3 puntos. Alergias negadas, catéter subclavio trilumen en hemitórax derecho. F.I el día 08/10/18, sonda vesical # 16 fr. F.I el día 8/10/18 cánula traqueal F.I el día 16/10/18 Gastrostomía FI. 18/10/18.

10.-COMUNICARSE CON OTRAS PERSONAS

Persona con apoyo mecánico ventilatorio mediante cánula de traqueostomía que le imposibilita la comunicación. Limitación cognitivo perceptual, carencia de la capacidad para recibir, procesar y transmitir o usar un sistema de símbolos. Con obtención de información a través del expediente clínico discurso desorganizado labilidad afectiva, soliloquios, risa inmotivada, alucinaciones auditivas complejas en forma de voces múltiples de contenido desconocido y comportamiento desorganizado. Déficit de la Memoria, Disquinesia orofacial, Agitación Psicomotriz.

11.-VIVIR SEGUN SUS VALORES Y CREENCIAS

Su familiar hacer referencia que no ostentaba ninguna religión. Sin embargo los familiares primarios realizan rezos para el restablecimiento de su salud.

12.-TRABAJAR Y REALIZARSE

Por referencia familiar no ostentaba un trabajo formal, se dedica al comercio su familia apoya en sus necesidades básicas, alimento, vivienda, vestido y recreación. Escolaridad preparatoria terminada.

13.-JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Por referencia familiar antes de enfermarse salía con grupos de amigas de la Preparatoria, a fiestas, y salidas con familiares a sitios turísticos.

14.- APRENDIZAJE

El familiar expresa necesidad de conocer la situación de salud, de su hija hay desconocimiento sobre el pronóstico de salud que aqueja a su familiar.

4.4 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES ALTERADAS

Necesidad	Alteración	Fuente de dificultad
<p>1.-Oxigenación</p> 	<p>Apoyo mecánico ventilatorio conectada a cánula de traqueostomía con presencia de apneas, secreciones espesas moderadas amarillentas por cánula, reflejo tusígeno disminuido Tórax simétrico con disminución movimientos de amplexión y amplexación, apoyo de norepinefrina, en solución glucosada 100ml. Infundiéndose a 8ml x hora. Gamas 0.15/kg/minuto. Gasométricamente Acidosis Respiratoria.</p>	<p>Falta de fuerza</p> <p>Dependiente</p> <p>Rol de enfermería Sustituta</p>
<p>2.- Nutrición</p> 	<p>Peso de 70kg, Talla de 1.72 IMC 29.14 (OMS). Peso adecuado. Abdomen: blando depresible ligera distensión. Con inserción de sonda de alimentación por gastrostomía Se encuentra sin pérdida de peso, comienzo de alopecia, mucosas orales deshidratadas.</p>	<p>Fuente de dificultad</p> <p>Falta de fuerza</p> <p>dependiente</p> <p>Rol de enfermería Sustituta</p>
<p>3.- Eliminación</p> 	<p>Abdomen blando depresible doloroso a la palpación presenta facies de dolor, ligera distensión abdominal, sin presencia de evacuaciones, en 48 horas. Sin ayuda de medicación. Perímetro abdominal de 86 cm peristalsis disminuida. Sonda transuretral # 16 a derivación con densidad urinaria de 1.010, orina color amarillo pálido de + 0.5/kg/hora, genitales sin compromiso, función renal conservada.</p>	<p>Fuente de dificultad</p> <p>Falta de fuerza</p> <p>Dependiente</p> <p>Rol de enfermería sustituta</p>
		Fuente de dificultad

<p>4.- Movimiento y postura</p> 	<p>Se mantiene con una valoración de sedación con escala de Rass 1 punto. Agitación psicomotriz con manejo de precedex 200 mcg en 100 mililitros de solución salina infundiéndose a 4.2 mlxh.</p>	<p>Falta de fuerza</p> <p>Dependiente</p> <p>Rol de enfermería sustituta</p>
<p>5.- Descanso y sueño</p> 	<p>Persona somnolienta expuesta alteraciones ambientales como luz de habitación, toma de estudios procedimientos médicos y de enfermería alarmas de los equipos biomédicos, con despertares a la presencia de estos. Presentando alteración psicomotriz. Con manifestaciones de inquietud, taquicardia y taquipnea.</p>	<p>Fuente de dificultad</p> <p>Falta de fuerza</p> <p>Dependiente</p> <p>Rol de enfermería Sustituta</p>
<p>6.- Usar prendas de vestir adecuadas</p> 	<p>Se mantiene con ropa hospitalaria. Limpia en buenas condiciones y Cambio de esta diariamente. así mismo Mantiene la integridad de la persona.</p>	<p>Fuente de dificultad</p> <p>Falta de fuerza</p> <p>Dependiente</p> <p>Rol de enfermería sustituta</p>
<p>7.- Termorregulación</p> 	<p>Se mantiene con una temperatura corporal de 36° centígrados sin presencia de picos febriles, Leucocitos 12.7 (4500 a 11000 x 10/L) Eosinófilos 0.91% (valor relativo1 a 5%) Basófilos 0.16, Plaquetas 349. (0.4 -1%) Neutrófilos 7.6 (40-80%) Linfocitos 2.6% 20 40% se encuentra con incremento de leucocitos, pudiendo desarrollar una infección de tipo bacteriana.</p>	<p>Fuente de dificultad</p> <p>Falta de fuerza</p> <p>Dependiente</p> <p>Rol de enfermería sustituta</p>
<p>8.- Mantener buena higiene.</p> 	<p>Con dependencia para el baño, piezas dentarias completas con presencia de carie en molar superior izquierdo, con palidez tegumentaria piel seca integra, Sin presencia de lesiones por presión.</p>	<p>Fuente de dificultad</p> <p>Falta de fuerza</p> <p>dependiente</p> <p>Rol de enfermería</p>

		sustituta
<p>9.-Evitar los peligros del entorno</p> 	<p>Score Apache II, de 24, y Sofá de 11, escala de Braden 12 puntos. Riesgo de desarrollo de úlceras por presión. Escala de dowton 4 puntos. semaforización en rojo alto riesgo de caídas, tratamiento farmacológico con zoldipem 10mg cada 24 horas (fármaco hipnótico) Escala del dolor BPS 3 puntos. Alergias negadas, catéter subclavio trilumen en hemitórax derecho. F.I el día 08/10/18, sonda vesical # 16 fr. F.I el día 8/10/18 cánula traqueal F.I el día 16/10/18 Gastrostomía FI. 18/10/18.</p>	Fuente de dificultad
		Falta de fuerza
		Dependiente
		Rol de enfermería sustituta
<p>10.-Comunicarse con otras personas</p> 	<p>Persona con apoyo mecánico ventilatorio mediante cánula de traqueostomía que le imposibilita la comunicación. Limitación cognitivo perceptual, carencia de la capacidad para recibir, procesar y transmitir o usar un sistema de símbolos. Con obtención de información a través del expediente clínico discurso desorganizado labilidad afectiva, soliloquios, risa inmotivada, alucinaciones auditivas complejas en forma de voces múltiples de contenido desconocido y comportamiento desorganizado. Déficit de la Memoria, Disquinesia orofacial, Agitación Psicomotriz.</p>	Fuente de dificultad
		Falta de fuerza
		Dependiente
		Rol de enfermería sustituta
<p>11.-Vivir según sus creencias y valores</p> 	<p>Su familiar hacer referencia que no ostentaba ninguna religión. Sin embargo, los familiares primarios realizan rezos para el restablecimiento de su salud.</p>	Fuente de dificultad
		Falta de fuerza
		Dependiente

		Rol de enfermería sustituta
12.-Trabajar y sentirse autorrealizado	Por referencia familiar no ostentaba un trabajo formal, se dedica al comercio su familia apoya en sus necesidades básicas, alimento, vivienda, vestido y recreación. Escolaridad preparatoria terminada.	Fuente de dificultad
		Falta de fuerza
		Dependiente
		Rol de enfermería sustituta
13.- Actividades recreativas	Por referencia familiar antes de enfermarse salía con grupos de amigas de la Preparatoria, a fiestas, y salidas con familiares a sitios turísticos.	Fuente de dificultad
		Falta de fuerza
		Dependiente
		Rol de enfermería Sustituta
14.- Aprendizaje	El familiar expresa necesidad de conocer la situación de salud, de su hija hay desconocimiento sobre el pronóstico de salud que aqueja a su familiar.	Fuente de dificultad
		Falta de fuerza
		Dependiente
		Rol de enfermería Sustituta

Prioridad alta 

Prioridad media 

Prioridad baja 

1.- Necesidad oxigenación		
Falta de dificultad		Rol de enfermería
Falta de fuerza	Dependiente	Sustituta
<p>Diagnóstico: Incapacidad para eliminar secreciones bronquiales R/C afección de los nervios craneales IX y X (disminución del reflejo tusígeno) M/P estertores bilaterales en zona apical y moderadas secreciones espesas amarillentas.</p>		
<p>Objetivo: Mantener permeabilidad de la vía aérea</p>		
Intervención	Acción	
<p>Facilitar la eliminación de secreciones del árbol traqueo bronquial</p> <p>cuidados del estoma traqueal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aspiración de la vía aérea traqueal. hiperoxigenar durante 30 seg antes y después del procedimiento. ➤ auscultación de ruidos respiratorios. en ápices y bases ➤ Vigilar la presión del neumobalón y mantener entre 20 y 25 mmhg. ➤ Circuito cerrado de aspiración para cánula de traqueotomía. ➤ Observar color, cantidad y consistencia de las secreciones. ➤ Fisioterapia pulmonar por percusión ➤ Micronebulizaciones con mucolíticos ➤ Mantener posición semifowler favoreciendo la ventilación. ➤ Limpieza de la estoma traqueal. ➤ Higiene de manos ante manipulación de estoma. <p>Sujeción efectiva de la cánula de traqueostomía evitando decanulaciones</p>	
<p>Evaluación: Las intervenciones fueron satisfactorias fue disminuyendo la cantidad y la consistencia de las secreciones amarillentas mejoro la ventilación incremento la saturación de oxígeno. de 92 -95%.</p>		

1.- Necesidad oxigenación		
Falta de dificultad		Rol de enfermería
Falta de fuerza	Dependiente	Sustituta
<p>Diagnóstico: Incapacidad de mantener una ventilación espontánea R/C falta de fuerza de los músculos respiratorios M/P disminución de los movimientos de amplexión y amplexación. funcionamiento inadecuado del sistema nervioso autónomo.</p>		
<p>Objetivo: Optimizar la función respiratoria aumentando la eficacia del trabajo de los músculos respiratorios y la movilidad de la caja torácica</p>		
Intervención	Acción	
<p>Fortalecimiento de los músculos respiratorios</p> <p>Monitorización de la respiración</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comprobar la capacidad de la persona para tolerar la progresión del modo ventilatorio. de SIMV a CPAP. ➤ Mantener frecuencia entre 20 rpm un ritmo regular, con profundidad de las respiraciones. ➤ Posición a 30° ➤ Análisis de escalas de valoración de sedación y Glasgow ➤ Mantener presión inspiratoria máxima con 3 series de 3 minutos de ventilación máxima. ➤ Disminuir el nivel de ansiedad. ➤ Auscultar ruidos pulmonares bilaterales, observar si hay presencia de roncus, crepitaciones o ruidos respiratorios. ➤ Vigilar el movimiento torácico mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales ➤ Administración de fármacos para la ansiedad 	
<p>Sin fuerza muscular para una ventilación espontanea. Pese a el manejo de las intervenciones.</p> <p>Se mantiene sin disociación de la ventilación mecánica.</p>		

1.- Necesidad oxigenación		
Falta de dificultad		Rol de enfermería
Falta de fuerza	Dependiente	Sustituta
Diagnóstico: Inadecuada perfusión periférica R/C resistencias vasculares disminuidas M/P Hipotensión TAM 70mmhg, llenado capilar de 4", piel seca y palida, pulsos periféricos disminuidos.		
Objetivo: Aumento de la precarga y lograr una adecuada perfusión orgánica		
Intervención	Acción	
<p>Monitoreo hemodinámico no invasivo.</p> <p>Manejo de fluidos y fármacos vasopresores.</p> <p>Monitoreo de fármaco.</p> <p>Mantener una adecuada perfusión tisular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitoreo de presión arterial media manteniéndola mayor a 90 mmhg. ➤ Vigilancia de signos vitales frecuencia cardiaca, respiratoria, temperatura corporal y SP02. ➤ Bajo prescripción médica ministración de soluciones cristaloides 500 ml p/2 horas. ➤ ministración de norepinefrina en BIC infundiéndose a 8 ml/hr gamas 0.15/kg/min mantener TAM por arriba de 90 mmhg. ➤ Observar zonas de infusión. Por riesgo de necrosis tisular. ➤ Mantener la norepinefrina en la línea proximal del catéter para su dilución de forma inmediata en el flujo sanguíneo. ➤ Evitar suspender la administración de forma brusca. Ya que la vida media es corta. ➤ Vigilancia de pulsos periféricos, llenado capilar, coloración, temperatura, de miembros distales. 	
Mantiene adecuada perfusión tisular incrementando la TAM de 70mmhg a 90mmhg.Mejora llenado capilar de 4" a 3".		

3.- Necesidad eliminación		
Falta de dificultad		Rol de enfermería
Falta de fuerza	Dependiente	Sustituta
Diagnóstico: Alteración de la función gastrointestinal R/C disminución del tránsito intestinal M/P abdomen distendido dolor a la palpación hipomotilidad intestinal, ausencia de evacuaciones.		
Objetivo: Promover la eliminación intestinal		
Intervención	Acción	
Control de la eliminación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Auscultación de ruidos intestinales de 3 a 5 minutos ➤ Observar las deposiciones en cantidad frecuencia y características ➤ Control estricto de líquidos y electrolitos. ➤ Medicación bajo prescripción medica ➤ Incrementar consumo de fibra en dieta enteral. ➤ Dieta que contenga los requerimientos nutritivos acorde a los cálculos nutricionales de la persona. ➤ Aumentar la ingestión de líquidos ➤ Vigilancia de tolerancia a la alimentación. ➤ Flujo controlado en bomba de infusión ➤ Control de la glicemia. ➤ Movilidad con cambios posturales. 	
Regular la alimentación.		
Mejorar el peristaltismo.		
Continua con ausencia de evacuación pese a la intervención por lo que se redirigirán nuevas intervenciones		

4.- Necesidad moverse y mantenerse en una postura adecuada		
Falta de dificultad		Rol de enfermería
Falta de fuerza	Dependiente	Sustituta
Disminución de la movilidad física. R/C disfunción neuromuscular. M/P movimiento sin fuerza y sin gravedad, episodios de agitación psicomotriz.		
Objetivo: Fomento la actividad física. Reduciendo la posibilidad de complicación		
Intervención	Acción	
Restablecer la movilidad física.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener en reposet facilitando los cambios posturales. Según prescripción y tolerancia. ➤ Ejercicios de amplitud ce movimiento, fortalecimiento y resistencia. ➤ Progresar de movimientos pasivos activos. ➤ Valorar fuerza muscular en cada cambio de posición. 	
Función muscular	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Involucrar a la familia en ejercicios pasivos y asesorados por el terapeuta. ➤ Dispositivos de protección de extremidades como parches hidrocoloides 	
Asistencia familiar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Uso de escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión ➤ Aplicación de cremas hidratantes. Asi como el uso de acidos grasos hiperoxigenados. 	
Prevención de lesiones de la piel.		
Se realizó por el equipo de salud cada 2 horas, la fuerza muscular se vio favorecida en pequeños avances.		

9.- Necesidad de evitar peligros del entorno		
Falta de dificultad		Rol de enfermería
Falta de fuerza	Dependiente	sustituta
Riesgo de Lesiones. R/C actividad convulsiva		
Objetivo: Mantener una actividad cerebral ordenada		
Intervención	Acción	
Conservar ventilación y oxigenación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Permeabilidad de las vías aéreas. ➤ Posición semifowler 30° ➤ Valorar estado de conciencia ➤ Vigilancia pupilar. ➤ Toma de glucosa, sodio potasio, calcio, fosforo y magnesio. pudiendo desencadenar convulsiones o exacerbarlas ➤ Toma de electroencefalograma ➤ Evitar sujeciones ➤ Medicación con anticonvulsivantes ➤ Mantener líneas venosas permeables ➤ Vigilancia hemodinámica 	
Valoración Neurológica		
Administración de fármacos		
Se mantiene sin presencia de convulsiones.		
Sin cambios pupilares		

9.- Necesidad de evitar peligros		
Falta de dificultad		Rol de enfermería
Falta de fuerza	Dependiente	Sustituta
Riesgo de invasión y multiplicación de agentes patógenos. R/C líneas invasivas estoma traqueal. Catéter subclavio. Sonda vesical. Catéter de gastrostomía.		
Objetivo: control del riesgo		
Intervención	acción	
<p>Medidas de prevención de las infecciones. Guía de práctica clínica IMSS-273-13 Diagnostico y tratamiento, infecciones relacionadas a líneas vasculares.</p> <p>Refuerzo de las medidas de higiene, limitando la propagación de microorganismos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reducir al máximo el peligro de infección con lavado de manos con jabón antiséptico y descontaminación de manos con base-alcohol ➤ Evaluar el sitio de inserción utilización de apósito semipermeable transparente. ➤ Investigar factores que incrementen el riesgo de bacteremia asociada al cateter venso central. ➤ Curación de sitio de inserción en caso del catéter subclavio gastrostomía y estoma traqueal. uso de clorhexidina al 2% ➤ Uso correcto de antimicrobianos prescritos ➤ Manipulación aséptica de las líneas invasivas. Y uso de indicadores de calidad ➤ Cultivo de secreción bronquial, hemocultivos, ➤ Retirar las líneas invasivas tan pronto como clínicamente sea posible. 	
<p>Se mantiene afebril sin datos de infección evidentes. Se llevan a cabo todas las acciones bajo la norma 022 y recomendaciones de la guía de practica clínica para el uso de líneas vasculares.</p>		

10.- Necesidad de comunicación		
Falta de dificultad		Rol de enfermería
Falta de fuerza	Dependiente	sustituta
<p>Alteración cognitiva R/C inflamación del tejido cerebral M/P Glasgow de 10 puntos Limitación cognitivo perceptual, carencia de la capacidad para recibir, procesar y transmitir o usar un sistema de símbolos. discurso desorganizado labilidad afectiva, soliloquios, risa inmotivada, alucinaciones auditivas complejas en forma de voces múltiples de contenido desconocido y comportamiento desorganizado.</p>		
<p>Objetivo: Recobrar la capacidad, de procesar la información a través de los organos de los sentidos</p>		
Intervención	acción	
Percepción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se estimula la memoria repitiendo, las sensaciones a experimentar en los diversos procedimientos ➤ Se realizaron preguntas relacionando episodios pasados y presentes. ➤ Involucrar al familiar para la estimulación de la memoria con fotografías o episodios en su vida. ➤ Se realizo un abecedario como método de comunicación ➤ Se identificaron conductas emocionales ➤ Vigilancia pupilar ➤ Se estimularon los sentidos con aromas. 	
Memoria		
Lenguaje		
Plasticidad cerebral		
<p>Se percibió seguridad tranquilidad, en la persona sin embargo continua sin respuesta, a las ordenes verbales.</p>		

10.- Necesidad de comunicación		
Falta de dificultad		Rol de enfermería
Falta de fuerza	Dependiente	Sustituta
Dificultad para la comunicación R/C barreras físicas y cognitivas como el lenguaje. M/P incapacidad para hablar por traqueotomía. Limitación cognitivo perceptual, carencia de la capacidad para recibir, procesar y transmitir o usar un sistema de símbolos		
Objetivo: Mantener estrategias de comunicación.		
Intervención	Acción	
<p>Mejorar la Comunicación receptiva.</p> <p>Monitoreo de las manifestaciones no verbales de comunicación.</p> <p>Utilización de herramientas de comunicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar la estimulación mediante el contacto con familiares. ➤ orientación a la persona respecto al tiempo y el lugar donde se encuentra ➤ Proporcionar estimulación sensorial. ➤ Reforzar y repetir la información otorgada. ➤ Fomento de uso de estimulación mediante la musicoterapia. ➤ Identificación de conductas emocionales como forma de comunicación 	
Continua somnolienta sin avance significativo. Pese a las intervenciones efectuadas.		

14.- Necesidad de aprendizaje		
Falta de dificultad		Rol de enfermería
Falta de fuerza	Dependiente	Sustituta
Afrontamiento ineficiente de la situación por parte del familiar. R/C Dudas no resueltas. M/P "COMO VA A QUEDAR MI HIJA" Se muestra con Angustia.		
Objetivo: Lograr que la familia se adapte al nuevo rol ante la enfermedad.		
Intervención	acción	
Mantener informado al familiar en las implicaciones de la enfermedad. Y apoyo al tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presentación del personal con el cuidador primario. ➤ Obtener información de la persona ante las necesidades identificadas. ➤ Comunicación efectiva. ➤ Permitir que el familiar toque a la persona con medidas de apoyo y confort. ➤ Información acerca de las actividades que se deben llevar a cabo para su rehabilitación. ➤ Determinar la presencia del familiar. 	
Soporte por parte del familiar para la ayuda al tratamiento		
Se mantiene mejor orientada en cuanto al cuidado de la persona.		

4.6 .- PLAN DE ALTA

Se mantiene con cuidados dentro de la unidad de cuidados intensivos y se le da el plan de alta para mantener la continuidad de los cuidados de enfermería

Oxigenación

Mantener cánula de traqueotomía con limpieza del estoma por el riesgo de adquirir una infección, ya que es una línea directa de comunicación entre el medio ambiente y el árbol bronquial,

Permeabilidad de las vías aéreas mediante aspiración gentil de secreciones con circuito cerrado de aspiración.

Mantener la oxigenación evitando obstrucciones de las ramas del ventilador, un ambiente húmedo que facilite la fluidificación de las secreciones y evitar acumulación de estas.

Realizar aseo de la cavidad y se sugiere que se lleve a cabo 3 veces al día ya que las bacterias residen en la boca y en la orofaringe. y son transmitidas a los pulmones vía micro aspiración este es el principal factor de riesgo para la adquisición de la neumonía asociada a la ventilación mecánica.

Nutrición

Administrar la dieta prescrita, se comunicó al personal de nutrición sobre los actuales hábitos intestinales para realizar modificaciones en la misma aportando cantidades necesarias de macro y micronutrientes, y fibra. Administrar en una bomba de infusión en volumen constante para mejorar la tolerancia a la formula, esta medida reducirá complicaciones gastrointestinales.

Eliminación

Llevar acabo el control de líquidos y electrolitos planteando de forma exacta el aporte de líquidos acorde a los requerimientos con el objetivo de remplazar las perdidas basales del organismo, medición de diuresis horaria y mantener en rangos por arriba de 0.5/kg/hora se debe de mantener la función renal optima, medición de la densidad urinaria para evaluar la capacidad renal de concentrar y diluir orina

Moverse y mantenerse en una buena postura

Llevar a cabo movimientos pasivos, se debe movilizar cada 2^a 3 horas respetando las posturas anatómicas y evitar atrofia muscular, y mejoraran la fluidificación de secreciones y por ende mejora de la respiración.

Descanso y sueño

El mantener un ciclo del sueño es importante para reducir la actividad neurológica y metabólica disminuyendo la ansiedad, por lo que se procura un ambiente terapéutico optimo y administración de los cuidados.

Uso de prendas de vestir adecuadas

Mantener con bata hospitalaria para facilitar el uso de procedimientos y rapidez en la intervención ante una emergencia. Mantener termorregulación, mantener intimidad de la persona.

Termorregulación

Mantiene la temperatura corporal dentro de los límites fisiológicos (36° 37°c) recordando que los cambios de la temperatura provocan una respuesta neuronal de los receptores cutáneos así como variaciones de la temperatura sanguínea, si presenta hipertermia provocara un alto gasto cardiaco con vasodilatación y taquicardia y alteraciones en el electrocardiograma y puede producir edema cerebral y por consiguiente convulsiones.³¹ La hipotermia provocara escalofríos respiraciones lentas y poco profundas que puede desencadenar alteraciones neurológicas y cardiacas.

Higiene y protección de la piel

Mantener la higiene corporal y se prevén lesiones en piel, es importante mantener la integridad cutánea para no favorecer la colonización bacteriana.

Evitar peligros

Llevar una práctica segura teniendo especial cuidado en prescripción preparación y administración de medicamentos, así como de posibles infecciones asociadas urinarias de heridas y estomas. Por lo que se deben mantener los indicadores de calidad.

Comunicación

Mantener informado al familiar sobre los cuidados que se deben llevar a cabo durante la visita como estimulación del lenguaje, y episodios de su vida.

Creencias y Valores

Sugerir apoyo psicológico, y tanatológico a los familiares.

Jugar y Participar en actividades recreativas

Se implementa lectura por parte de familiar, se le pide citar de recuerdos ya que puede mejorar el estado cognitivo de la persona.

Aprendizaje

Se asesora al familiar para la realización de movilización pasiva de las articulaciones, tanto en miembros superiores e inferiores para mejorar la capacidad de movimiento, con elevación y descenso, separar y acercar, rotatorios, movimientos de muñeca palmares y de falanges deben ser suaves para que no presente dolor.

CAPITULO 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusión

Como profesional de enfermería realizar el presente estudio de caso me dio la oportunidad de conocer una patología desconocida para mí. Y poco frecuente en las áreas de hospitalización y en donde los cuidados de enfermería son imprescindibles, formando parte esencial del tratamiento para el restablecimiento de la persona.

En su mayoría las personas afectadas por esta enfermedad autoinmune, son personas jóvenes que requieren una larga estancia hospitalaria para control de síntomas tratamiento, y procesos de rehabilitación con el equipo multidisciplinario de salud, así como la importante participación de la familia. durante todo el proceso se puede exigir una modificación constante en el plan de cuidados y establecer prioridades diarias. la persona en estudio permaneció en el área de cuidados intensivos para continuidad de tratamiento y cuidados.

Como estudiante de posgrado en áreas críticas desarrolle habilidades para integrar la teoría con la práctica, así como el uso de las tecnologías las cuales permiten mejores diagnósticos y tratamientos con los más altos estándares de calidad. en las unidades de terapia intensiva los cuidados de enfermería son más complejos y me permitieron sustentar las bases en fisiología y patologías agudas potencialmente mortales así como la afectación a diferentes órganos, alterando los sistemas reguladores del organismo. A sí mismo tener el dominio en las técnicas de reanimación circulatoria. Y el manejo del paciente neurocrítico Enriquecieron mi formación como futura especialista en medicina crítica.

Sugerencias

En base a la presente investigación se podrían utilizar más guías de práctica clínica para las intervenciones de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Ruben L. Caparo Oblitas encefalitis autoinmunes un nuevo diagnostico para una enfermedad .medicina de buenos aires volumen 78 año 2018. disponible <https://bit.ly/2FxljWW>
- 2.-P.Venegas-Francke.encefalitis letárgica. La epidemia en los albores de la neurología re 68(02) fecha de publicación 16/01/2019 disponible en: <https://bit.ly/2EYb3rH>
- 3.-Dalmau J. NMDA receptor encephalitis and other antibody-mediated disorders of synapse: The 2016 Cotzias Lecture. *Neurology*. 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2Yk0BS2>
- 4.-Balan Gleaves C, Franco Orozco M. Antologia Teorias y Modelos de Enfermeria B Teoricas para el cuidado especializado 2^{da} edicion Universidad Nacional Autonoma De Me Marzo 2011. 83-111.
- 5.- De Arco-Canoles OdelC, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería e sistema de salud colombiano. Univ. Salud. 2018;20(2):171-182. Disponible <https://bit.ly/3kYnYKF>
- 6.- Para la practica de enfermería en el sistema nacional de salud NORMA Oficial Mexi NOM-019-SSA3-2013.
- 7.-Radiol J. Encefalitis anti NMDA una forma de encefalitis mediada por el sistema autoinn y poco frecuente JCR.2014;8(6)
- 8.-Barquero-Madriral, Alejandro, Encefalitis por anticuerpos antirreceptor N-metil-D- aspar Acta Médica Costarricense [en línea] 2016, 58 (Julio-Septiembre) : [Fecha de consulta: 1 junio de 2019] disponible en: <https://bit.ly/2Eju4o6>
- 9.- Vicente, Yolanda & Garrido Segovia, Carmen. (2016). Encefalitis anti-NMDA y enferm al alta. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. 10.1016/j.sedene.2015.12.003.
- 10.- Palomino Lescano Henry Encefalitis autoinmune mediada por anticuerpos conti receptor N-metil-D-aspartato: reporte de 4 casos en Perú Revista peruana de med experimental y salud pública. Vol. 36 año 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2YffWna>
- 11-Kokuina Elena. Importancia de indicar e interpretar las pruebas de autoanticuerpos. cubana med [Internet]. 2016 Dic [citado 2020 Mar 04] ; 55(4): 324-339. Disponible <https://bit.ly/329yGpe>

12.- Materil de apoyo a la docencia para estudiantes de Enfermería sobre la utilidad de los modelos y teorías en la práctica de Enfermería Galia Martinez Jimenez, Quiroz Castro Gonzalo Revista Electronica de Portales Medicos ISSN 1886-8924 2015. Disponible en: <https://bit.ly/32cqqNT>

13.- Irigibel-Uriz Xabier. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de virginia Henderson: Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. Index Enferm [Internet]. 2007 Nov [citado 2020 Sep 04] ; 16(57): 55-59. Disponible en: <https://bit.ly/3jHOJla>

14.-Naranjo Hernández Ydalsys, Jiménez Machado Norma, González Meneses Lourdes. Análisis de algunas teorías de Enfermería y su vigencia de aplicación en Cuba. AMC [Internet]. 2018 Abr [citado 2020 Sep 04] ; 22(2): 231-243. Disponible en: <https://bit.ly/3bp4IS8>

15.- Jara-Sanabria F., Lizano-Pérez A.. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2016 Dic [citado 2020 Ago 22] ; 13(4): 208-215. Disponible en: <https://bit.ly/3jD3RjQ>

16.-Landa Contreras Ernesto, Alvites Ahumada María del Pilar, Fortes Álvarez José Luis, Pérez López María de los Desamparados. Psicosis y encefalitis NMDA: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev. Clin Med Fam [Internet]. 2015 Feb [citado 2018 Dic 02] ; 8(1): 75-78 disponible en: <https://bit.ly/3gbiusj>

17.- Arias Reyes Francisco_ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA) revista exp med 2018 2(3) encefalitis-autoinmune-la-enfermedad-increiblemente-parecida-a-una-posesion-demoniaca. Disponible en:<https://bit.ly/2Ea7ZbN>

18.- Giménez C, Zafra F, Aragón C. Fisiopatología de los transportadores de glutamato y de glicina: nuevas dianas terapéuticas. Rev. Neurol 2018;67 (12):491-504

19.- Raúl Antonio Caballero Cabana. Ingrid Figueredo Rodríguez Comparación patológica entre la encefalitis autoinmune por receptor anti NMDA y por anticuerpos contra el receptor GABA-A Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 3 núm.2, abril 2019, Código UNESCO: 3205 Medicina Interna Tipo de Investigación: Artículo de Investigación Editorial Saberes del Conocimiento disponible en: <https://bit.ly/327BCTg>

20.-Collao-Parra Juan Pablo, Romero-Urra César, Delgado-Derio Carolina. Encefalitis autoinmunes: criterios diagnósticos y pautas terapéuticas. Rev. méd. Chile [Internet]. 2018 Mar [citado 2020 Mayo 08]; 146(3): 351-361. Disponible en: <https://bit.ly/3hdKzAB>

- 21.-Laura Martínez Sadurní· Silvia Oller Canet Síntomas maníacos en encefalitis autoinmune por anticuerpos contra mGluR5: a propósito de un caso Elsevier volumen 29 num.2. pag 52-55 mayo-agosto 2019
- 22.- Raúl Antonio Caballero Cabana Ingrid Figueredo Rodríguez Barah comparación patológica entre la encefalitis autoinmune por receptor anti NMDA y por anticuerpos contra el receptor GABA-A volumen 3 num 2 2019 revista científica mundo de investigación y del conocimiento disponible en: <https://bit.ly/2Yicjg8>
- 23.- González-Valcárcel, J et al. "Diagnóstico diferencial en la encefalitis por anticuerpos contra el receptor NMDA" [Diagnóstico diferencial de encefalitis debido a anticuerpos anti-receptor NMDA]. *Neurología (Barcelona, España)* vol. 25,7 (2010): 409-13.
- 24- Paulina González latapi. Encefalitis por anticuerpos antirreceptor de N-metil-D-aspartato (anti-NMDAR (sitio en internet)2014; 150:34851 gaceta medica de México disponible en: <https://bit.ly/3aKxNHp>
- 25.-Molina Suarez J Elliot plasmaféresis que es, para que sirve y sus efectos secundarios Elsevier 8-2-2018 disponible en <https://bit.ly/3f5e0qV>
- 26.-Dutra Livia Almeida, Abrantes Fabiano, Toso Fabio Fieni. Encefalitis autoinmune: una revisión del diagnóstico y el tratamiento. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. Enero de 2018 [consultado el 06 de marzo del 2020]; 76 (1): 41-49.disponible en <https://bit.ly/2Ekg39T>
- 27.-Doussoulin Arlette, Najum Jasim, Saiz José L, Molina Fabiola. Impacto de la rehabilitación neurológica a través de la terapia de restricción inducida modificada en la mejora del apoyo social en usuarios con ataque cerebro vascular. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2016 Sep [citado 2020 Ago 22] ; 54(3): 187-197. Disponible en: <https://bit.ly/3hYcKDX>
- 28.-Gastañaga-Holguera Teresa, Calvo Urrutia Marta, González Palomares Blanca, Campo Gesto Isabel, Herráiz Martínez Miguel Ángel. Recidiva de teratoma ovárico tras encefalitis anti-NMDA y manejo de la fertilidad: caso clínico. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2017 Dic [citado 2018 Dic 01]; 82(6): 603-609. Disponible en:<https://bit.ly/3heS2Q4>
- 29.-Saisó SG. Calidad y bioetica. en: *Calidad y bioetica un binomio para el fortalecimiento del sistema nacional de salud* de México; 2015 p. conbioetica.
- 30.- Carrasco adv. el consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. *revista medica de la paz.* 2016; 22(1).
- 31.- López Dávila Alfredo Jesús Actualidad en termorregulación pensar en movimiento *revista de ciencias del ejercicio y la salud* 2014; 12 (2): 1-36 disponible en: <https://bit.ly/3brat1z>

ANEXOS

ANEXO I

ENFERMERIA DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN POR 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Nombre: G.B.C. Edad: 32 años Fecha de Nacimiento: 3 NOV 1985 Sexo: Femenino Estado civil: Soltera Fecha: 26 noviembre 2018. Escolaridad: Preparatoria Rol Familiar: Dependiente Ocupación: Comercio

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA

Tipo de Entrevista: No Dirigida Fuente de Información: Expediente clínico

Motivo de Ingreso: Estado Epiléptico.

Diagnóstico Médico: Encefalitis autoinmune.

Procedencia: Urgencias Programado Traslado Otro: _____

SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRÍA:

Peso: 70 kg	Talla: 172 cm	IMC: 29.14	ASC: 23.7	P. ideal: 68 kg.					
MONITOREO HEMODINÁMICO									
		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	Observs.
FC		77	79	80	110	82	70	72	
FR		16	14	12	20	11	10	9	
TEMP		36	36.2	36.2	36.1	36	36	36.3	
T/A		90/60	100/54	90/53	90/52	100/63	90/60	110/64	
PAM		70	69	65	64	75	70	79	
BPS		3	3	3	3	3	3	3	
RASS		1	1	1	1	1	1	1	
DEXTROXIS		121mg/dL							
Uresis		100	120	200	100	170	160	120	
SaO ₂		92	92	93	90	95	95	94	
PIC									
Pupilas	D I	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	Leve respuesta.

I. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

PATRÓN DE VENTILACIÓN	AUSCULTACIÓN PULMONAR	OXIGENOTERAPIA
<input checked="" type="radio"/> Hipoventilación <input type="radio"/> Hiperventilación <input type="radio"/> Cheyne – Stokes <input type="radio"/> Kussmaull <input type="radio"/> Biot <input type="radio"/> Atáxica <input type="radio"/> Cianosis Periférica <input type="radio"/> Cianosis Central <input type="radio"/> Disnea de Esfuerzo <input checked="" type="radio"/> Traqueostomía F. I <input type="radio"/> Tos seca <input type="radio"/> Tos Productiva	<input type="radio"/> Murmullo Vesicular <input type="radio"/> Estertores Crepitantes <input type="radio"/> Sibilancias <input type="radio"/> Hipoventilación <input type="radio"/> Roncus Sitio: _____ SECRECIONES <input type="radio"/> Abundantes <input type="radio"/> Escasas <input checked="" type="radio"/> Moderadas CARACTERÍSTICAS <u>Espesas moderadas amarillentas</u> _____ _____	<input type="radio"/> Cánula nasal. Lits: _____ <input type="radio"/> Mascarilla Simple <input type="radio"/> Mascarilla Reservorio <input type="radio"/> Mascarilla Venturi FiO ₂ : _____ DISPOSITIVOS: <input type="radio"/> Cánula Orotraqueal # <u>7.5</u> F. Inst <u>9/10/2018</u> <input type="radio"/> Cánula Laríngea <input type="radio"/> Pieza en T



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICA
 DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
 MANUEL VELASCO SUÁREZ



Escala de BORG: _____ # _____ F Inst. _____
 _____ pts

GASOMETRÍA

VENTILACIÓN MECÁNICA

Modo: SIMV

Fr: 16

PEEP: 5

FiO₂: 40%

P. Inspiratoria: 12

T.E.: _____

V.C.: 415

Sensibilidad: _____

Relación I:E: 1:3

Flujo: _____

Fecha y Hora: _____

ARTERIAL

7.30

89

49

90

27

2

1.5

PH

PaO₂

PaCO₂

SatO₂

HCO₃

EB

Lactato

VENOSA

TALLER DE GASES

PaO₂/FiO₂: _____

PA: _____

V/Q: _____

CcO₂: _____

CaO₂: _____

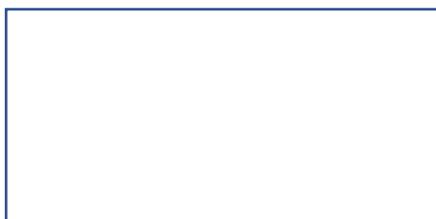
CvO₂: _____

D(a-v)O₂: _____

Qs/Qt: _____

% EO₂: _____

ESTUDIOS DE IMAGEN



CARDIOVASCULAR

RCP: Si

Duración: _____

No

EXPLORACIÓN FÍSICA

Sin alteración

Dolor Precordial

Palpitaciones

Soplos

Ingurgitación Yugular

Pulsos Periféricos

Características: _____

Extremidades Frías

Insuficiencia Venosa

Otros: _____

ACCESO VASCULAR

CVP#: _____ F.I.: _____

CVC#: 7 Fr F.I.: 9/10/208

C. Largo: _____ F.I.: _____

Línea Arterial F.I.: _____

Otros: _____

Llenado Capilar: 3"

ENZIMAS CARDIACAS

CPK-MB _____

CP-K _____

TNL _____

TNT _____

HEMATOC 31.2

HB 10.1

PLAQUETAS 349

NEUTROS 7.6

LEUCOS 12.7

TALLER HEMODINAMICO

PAP	PMAP	PVC	GC	IC	RVS	RVP
VL	IVL	ITLVI	ITLVD	PP	IRVS	IRVP

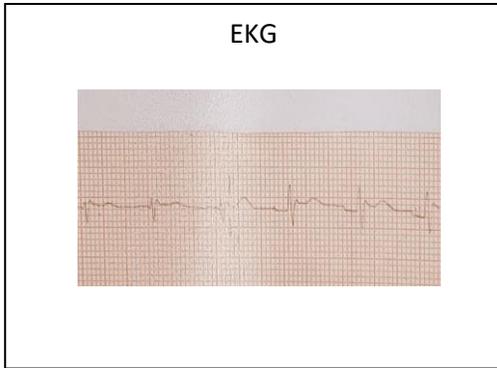


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICA
 DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA



MANUEL VELASCO SUÁREZ

PERMANENTE <input type="radio"/>	TEMPORAL <input type="radio"/>	FRECUENCIA	SENSIBILIDAD	MODO
-------------------------------------	-----------------------------------	------------	--------------	------



INTERPRETACIÓN

Ritmo sinusal

Otros Estudios:

Observaciones:

II. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Alimento de desagrado _____

Alimentos de agrado _____

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| DIFICULTAD | DIETA | |
| <input checked="" type="radio"/> Masticación | <input type="radio"/> VO | SNG |
| <input checked="" type="radio"/> Deglución | TIPO: | <input type="radio"/> NPT |
| <input type="radio"/> Intolerancia a la ingesta | | <input type="radio"/> NPP |
| <input type="radio"/> Náuseas | | <input checked="" type="radio"/> Gastrostomía |
| <input type="radio"/> Vómito | | <input type="radio"/> Yeyuno |
| <input type="radio"/> Necesita ayuda | | |

Mucosas	Mallampati <u> II </u> Pts.
<input type="radio"/> Hidratada	
<input type="radio"/> Úlceras	
<input checked="" type="radio"/> Deshidratada	
Características: <u>Piel seca</u>	



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICA
 DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
 MANUEL VELASCO SUÁREZ



TERAPIA INTRAVENOSA

Soluciones: Salina 0.9% 1000ml p/12 horas.
Salina 0.9% 500 ml/2 horas

Vasoactivas: DEXTROSA 5% 100ML+8MG NOREPINEFRINA 8ML/HR, gamas 0.15/kg/min

Sedación: SALINA 0.9% 100CC+200MCG DEXMETOMIDINA 4.2ML/HR

Hemoderivados: PLASMAFERESIS.

Medicamentos: PARACETAMOL 1 GR IV CADA 8 HORAS.
OMEPRAZOL 40 MG IV CADA 24
COLISTINA 500 MG
ZOLDIPEM 10 MG CADA 24 HORAS.
CARBAMACEPINA 600 MG VO CADA 12
SERTRALINA 50 MG CADA 24
QUETIAPINA 150 MG O 300 MG
OLANZAPINA 10 MG CADA 12 HORAS

III. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- Sonda Vesical** No. #16 F. Instalación: _____
- Nefrostomía F. Instalación: _____
- Cistostomía F. Instalación: _____

URINARIA
 Incontinencia Sí No

Características:

- Piuria
 Oliguria
 Anuria
 Poliuria
 Nicturia
 Coluria
 Hematuria

D.P. Balance: _____
 No. Baños: _____

GASTO URINARIO

GU: 40 MLX/H

Densidad : 1.013

Osmoralidad: _____

URESIS X TURNO:

Matutino: _____

Vespertino: _____

Nocturno: _____

MI/hr: _____

Ingresos Totales: _____

Egresos Totales: _____

Balance Total: _____

Hemodiálisis U.F.: _____

INTESTINAL

Distensión abdominal

- Diarrea
 Estreñimiento
 Peristaltismo

movimientos: menor a 15

P.A.: _____

P.I.A.: _____

CODIGO DE EVACUACIONES

#: _____

Caráct.: no presenta
 evacuación en más de 24
 horas

Escala de Bristol _____

Colostomía



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICA
 DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA
 MANUEL VELASCO SUÁREZ

Ileostomía



BILILABSTIX

MENSTRUACIÓN

Regular Irregular
 Observaciones: _____

PH: **6.5** Proteínas +
Glu: neg. Sangre **neg**
 Cetonas **neg** Otros: _____

Fístula
 Caract.: _____
 Cantidad: _____

LABORATORIOS

Urocultivo
 Resultado: _____
 Otros: _____

Coprocultivo
 Resultado: _____

Depuración de creatinina
 Resultado: **93**

DRENAJES

Ventriculostomía
 Unilateral Bilateral
 Cantidad: _____
 Hemático
 Xantocrómico
 Agua de roca
 Pus
 Sonda Blake More (sonda de balón)

Subgaleal
 Epidural
 Sub-epidural
 Subdural
 Cantidad: _____
 Hemático
 Serohemático
 Seroso

SNG - SOG
 Nasoyeyunal
 Cantidad: _____
 Contenido gástrico
 Contenido Biliar
 Pozos de café
 Otros: _____

SELLO DE AGUA

Unilateral
 Bilateral
Cantidad:
 Hemático
 Serohemático
 Seroso
 Purulenta
 Neumokit

Bolsa de Bogota
 Toracentesis
 Paracentesis
 Cantidad: _____
 Citoquímico _____
 Citopatológico _____
 Otros: _____

Saratoga
 Biovac
 Cantidad: _____
 Hemático
 Serohemático
 Seroso
 Purulento

IV. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

ACTIVIDAD / MOVILIDAD

Sedentario
 Fatiga a la actividad física
 Completamente independiente
 Requiere el uso de un equipo o dispositivo
 Requiere ayuda de otra persona
 Completamente Dependiente

PROBLEMAS DE MOVILIDAD

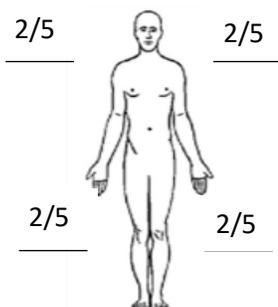
Paresias
 Plejias
 Amputación de algún miembro Cuál _____
 Marcha atáxica
 Incoordinación
 Rigidez
 Edema

INDICE DE KATZ

TIPO DE POSICIÓN
SEMI-FOWLER A 30°.

ESCALA DE DANIEL'S

RANKIN

5: DISCAPACIDAD SEVERA

V. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño:

FACILITADORES DEL SUEÑO

Horas de sueño habituales:

 Masaje Insomnio Música Sueño discontinuo Lectura Pesadillas Iluminación Apoyo de Fármacos ¿Cuál?

Otros _____

Frecuencia Zoldipem 10 mg c/24 horas.

RAMSAY:

RASS: + 1.

ALDRETE _____

VI. NECESIDAD DE VESTIDO Y DESVESTIDO

AYUDA PARA VESTIRSE O DESVESTIRSE

Antecedentes Subjetivos:

Requiere

 Ayuda Total Ayuda Parcial Autónoma

VII. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

TEMPERATURA

CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL

Indicaciones específicas:

 Rubicunda Escalofríos Mantiene temperatura corporal en rangos Diaforesis Piel caliente al tacto

Normales.

 Palidez Ictérica Frialidad en la piel Cianosis

VIII. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

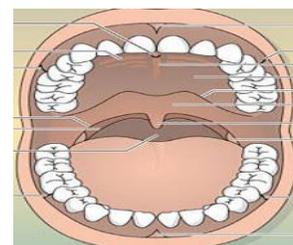
ESTADO DE LA PIEL

- Integra
 Hidratada
 Deshidratada
 Rosada
 Tónica
 Flácida

HIGIENE BU

- No
 Una vez al día
 2 veces al día
 3 veces al día

LOCALIZACION



LESIÓN ORAL

- No Si

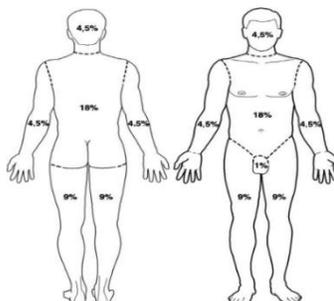
QUEMADURAS

Grado I

Grado II

Grado III

Extension en ASCQ _____



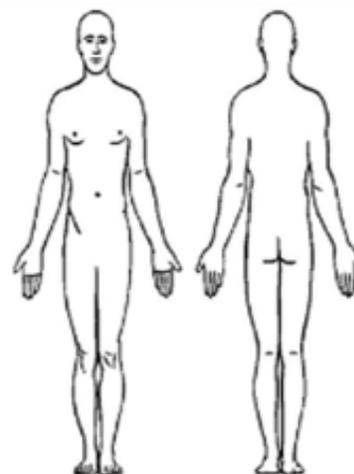
CARACTERÍSTICAS DE LESIÓN O HERIDA

- Eritema
 Mácula
 Pápula
 Erosión
 Roncha
 Equimosis

- Ampolla o Bula
 Vesícula
 Pústula
 Costra
 Cicatriz

LESIONES POR PRESION

- Grado I _____
- Grado II _____
- Grado III _____
- Grado IV _____





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICA
 DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA
 MANUEL VELASCO SUÁREZ



IX. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

APACHE: 24 PUNTOS

SOFA: 11 PUNTOS

BRADEN: 8 PUNTOS

R. DE CAIDAS ALTO

ZONOSIS: _____

TOXICOMANIAS:

INICIO VSA: 17 AÑOS .

METODO DE
PLANIFICACION:

No. PAREJAS SEXUALES:
NO ESPECÍFICO

HOMBRES
A.PROSTATICO: CA PROSTATICO
AUTO EXPLORACIÓN:

MUJERES
MENARCA: 15 AÑOS
CIT, VAGINAL
AUTO EXPLORACIÓN
GESTAS: 0
CESAREAS: 0
PARTO: 0
ABORTO 0
FUM: 1/10/2018

NIVELES DE CONCIENCIA

- Despierto
- Somnoliento
- Estupor
- Coma

DISMINUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL

- Olfato
- Visión
- Oído

MANEJO DE EMOCIONES ANTE SITUACIONES DIFÍCILES

- Agresividad
- Evitar enfrentamientos
- Dificultad para pedir ayuda

ESCALA DE COMA DE GLASGOW: 10_____

ESCALAS DEL DOLOR

EVA	ENV	BPS 3 PTS	CAMPBELL
-----	-----	--------------	----------



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICA
 DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
 MANUEL VELASCO SUÁREZ



X. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Lengua o Idioma: No Si ¿Cuál?: _____

Sin dificultad de comunicación Afasia sensitiva o motora OTROS: _____

SE COMUNICA AL ENTORNO

Amable Renuente
 Agresiva Indiferente

COMUNICACIÓN VERBAL

Dislalia Mímica
 Mutismo Ruidos
 Verborrea Gestos

XI. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

RELIGIÓN

católica
 Testigos de Jehová
 Cristiana
 Mormón
 Otra: X Ninguna

SOLICITA SERVICIO RELIGIOSO

Si No

LA RELIGIÓN INTERVIENE EN SU TRATAMIENTO

Si No

¿Por qué? _____

XII. NECESIDAD DE RECREACIÓN Y OCIO

ACTIVIDAD	ANTES	DESPUES
LECTURA	SI	
VER TELEVISION	SI	
MÚSICA	SI	
DEPORTE	NO	
MANUALIDADES	NO	

OTROS _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICA
 DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
 MANUEL VELASCO SUÁREZ



XIII. NECESIDAD DE REALIZACIÓN PERSONAL

SITUACION LABORAL	PRIMER CONTACTO	POSTERIOR
NO APLICA		
TRABAJA		
DESEMPLEADO		
JUBILADO		
INVALIDEZ	X	
ESTUDIA		

REDES DE APOYO	PRIMER CONTACTO	POSTERIOR
FAMILIA	MADRE	MADRE
ESPOSO/A		
CUIDADOR		
AMIGO/A		
GRUPO DE APOYO		

ESTADO ANIMICO	PRIMER CONTACTO	POSTERIOR
OPTIMISTA		
TRANQUILO		
TRISTE		
EUNFORICO		
ANSIOSO	X	X
TEMEROSO		
APATICO		
ABURRIDO		
AGRESIVO		
ESTRESADO		

¿TIENE CONOCIMIENTO DEL MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN Y PADECIMIENTO

¿DESEARÍA INCREMENTAR CONOCIMIENTOS CON RESPECTO A SU SALUD?

¿REQUIERE RECONOCER PRECAUCIONES ESPECIALES?

OTROS

ENFERMEDADES CRÓNICAS : **NO**

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: _____

REGISTRADO POR: Edith Quintana Carrasco.

ANEXOS

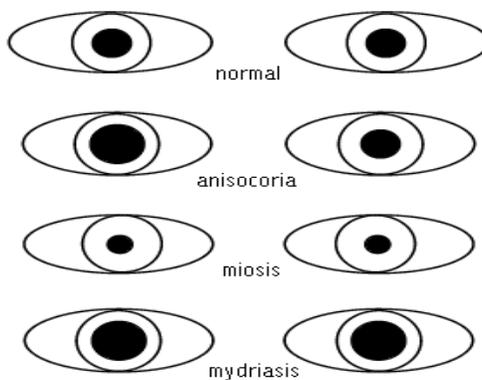
CÓDIGO DE EVACUACIONES

	Color	Constituyentes	Cantidad	Olor
<input type="radio"/> C. Constipado	<input type="radio"/> a. amarillo	<input type="radio"/> c/m: con moco	<input type="radio"/> Pc. Poca	<input type="radio"/> I. Ácido
<input checked="" type="radio"/> F. Formada	<input checked="" type="radio"/> c. café	<input type="radio"/> c/s: c/sangre	<input checked="" type="radio"/> Reg: regular	<input type="radio"/> II. Fétido
<input type="radio"/> P. Pastosa	<input type="radio"/> v. verde	<input type="radio"/> c/p: c/parásitos	<input type="radio"/> Ab: abundante	
<input type="radio"/> B. Blanda	<input type="radio"/> d. descolorida	<input type="radio"/> c/a: c/ restos de alimentos		
<input type="radio"/> L. Líquida				
<input type="radio"/> E. Espumosa				

“SIGNO DE GODET”

Grado	Símbolo	Magnitud	Extensión
Grado I	+ / ++++	Leve Depresión, sin distorsión visible del contorno.	Desaparición casi instantánea.
Grado II	++ / ++++	Depresión de hasta 4 mm.	Desaparición en 15 segundos.
Grado III	+++ / ++++	Depresión de hasta 6 mm.	Recuperación en 1 minuto.
Grado IV	++++ / ++++	Depresión Profunda de hasta 1cm.	Persistencia de 2 a 5 minutos.

“VALORACIÓN DE PUPILAS “





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICA
 DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
 MANUEL VELASCO SUÁREZ



ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)

CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES/SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOSENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
OTROS MEDICAMENTOS	1	
DEFICIT SENSORIALES	NINGUNO	0
	VISUALES	1
	AUDITIVOS	1
	EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS..)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
PUNTAJE		0/14
ALTO RIESGO DE CAIDA		>2/14

Cálculo de pérdidas insensibles

Tª < 37° C	PESO	X	HORAS	X	0.5
Tª 37° C – 38° C	PESO	X	HORAS	X	0.6
Tª 38° C – 39° C	PESO	X	HORAS	X	0.7
Tª > 39° C	PESO	X	HORAS	X	1

Escala modificada Glasgow para el coma



☹️ La lesión craneal grave está determinada por una puntuación de 7 o menos que persiste durante 6 horas o más.

En los pacientes con lesiones craneales y una puntuación de Glasgow de 7 o inferior es necesaria la intubación endotraqueal de forma inmediata y comenzar la hiperventilación mecánica.

SIGNO	EVALUACION	PUNTUACION
Ojos abiertos 	Nunca	1
	Al dolor	2
	A la voz	3
	Espontánea	4
Mejor respuesta verbal 	Ninguna	1
	Mascullada	2
	Inapropiada	3
	Confusa	4
	Orientada	5
Mejor respuesta motora 	Ninguna	1
	Extensión	2
	Flexión anormal	3
	Retirada	4
	Localización del dolor	5
	Obedece órdenes	6

Gráfico construido por el Dr. Luis F. Higgins G.

Glasgow entre 14-15 **Glasgow leve**

Glasgow entre 9-13 **Glasgow moderado**

Glasgow de 8 o menos **Glasgow grave**

ESCALA DE REPERCUSIONES DE GLASGOW

Glasgow Outcome Scale (GOS)

Grado	Descripción
1	Muerte
2	Estado vegetativo (incapaz de interactuar con el medio que le rodea)
3	Discapacidad severa (puede obedecer órdenes; incapaz de vivir independientemente)
4	Discapacidad moderada (capaz de vivir independientemente; uncapaz de volver al trabajo o a la escuela)
5	Buena recuperación (capaz de volver al trabajo o a la escuela)

Escala de Daniel's

Tabla 1 Escala de Daniels para la valoración de la fuerza

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

ALDRETE

Características		Puntos
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	2
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes	1
	Incapaz de mover extremidades	0
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2
	Disnea o limitación a la respiración	1
	Apnea	0
Circulación	Presión arterial \leq 20% del nivel preanestésico	2
	Presión arterial 20 – 49% del nivel preanestésico	1
	Presión arterial \geq 50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
Saturación arterial de oxígeno (SaO ₂)	Mantiene SaO ₂ > 92% con aire ambiente	2
	Necesita O ₂ para mantener SaO ₂ > 90%	1
	SaO ₂ < 90% con O ₂ suplementario	0



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICA
 DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
 MANUEL VELASCO SUÁREZ



índice de Katz

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como **C**, **D**, **E** o **F**.

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc, de independencia. *Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.*

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICA
 DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
 MANUEL VELASCO SUÁREZ



1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	G
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	G
3. Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	G
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	G
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	G
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	G
PUNTUACIÓN TOTAL		6

ESCALA MODIFICADA DE RANKIN

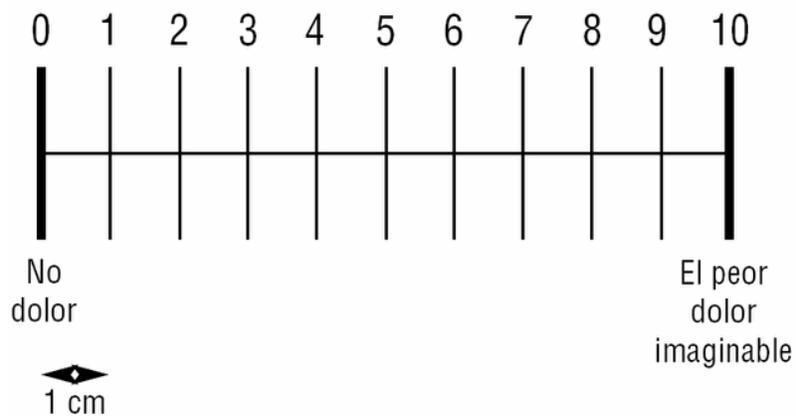
Grado	Descripción
0	Sin síntomas
1	No hay discapacidad significativa pese a los síntomas (es capaz de llevar a cabo las actividades que realizaba anteriormente)
2	Ligera discapacidad (incapaz de llevar a cabo todas las tareas que realizaba previamente, pero puede llevar sus asuntos sin asistencia)
3	Discapacidad moderada (requiere alguna ayuda, pero puede caminar sin asistencia)
4	Discapacidad moderadamente severa (incapaz de andar sin asistencia e incapaz de atender sus necesidades corporales sin ayuda)
5	Discapacidad severa (incapaz de levantarse de la cama, incontinente y requiriendo constante atención y asistencia sanitaria)
6	Muerte

Niveles de sedación Ramsay

NIVEL	Sintomatología	Escala adaptada*
I	Paciente agitado, ansioso o inquieto.	1 (Despierto)
II	Paciente cooperador, orientado y tranquilo.	2 (Despierto)
III	Dormido con respuesta a órdenes	3 (Despierto)
IV	Somnoliento con breves respuestas a la luz y el sonido.	1 (Dormido)
V	Dormido con respuesta sólo al dolor.	2 (Dormido)
VI	No tiene respuestas.	3 (Dormido)

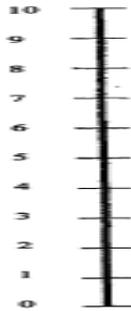
ESCALA DE DOLOR EVA

—• Escala visual analógica



1-3: Leve 4-7: Moderado-grave > 8: Intenso

En un paciente que se comunica verbalmente, se puede utilizar la escala numérica verbal (0 a 10) donde el paciente elige un número que refleja el nivel de su dolor, donde 10 representa el peor dolor.



Escala del dolor BPS

Escala BPS	Puntaje
EXPRESIÓN FACIAL	
Relajada	1
Parcialmente tensa	2
Totalmente tensa	3
Haciendo muecas	4
MOVIMIENTOS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES	
Relajado	1
Parcialmente flexionados	2
Totalmente flexionados	3
Totalmente contraído	4
VENTILACIÓN MECÁNICA	
Tolerando movimientos	1
Tosiendo, pero tolerando durante la mayor parte del tiempo	2
Luchando contra el ventilador	3
Imposibilidad de controlar el ventilador	4

** versión al Español no validada y solo a efectos de comprensión del presente trabajo*

Graduación del dolor	
Presencia de dolor	≥ 6
Dolor inaceptable	> 7
OBJETIVO	< 6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICA
 DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
 MANUEL VELASCO SUÁREZ



ESCALA DE DOLOR DE CAMPBELL - BEHAVIORAL PAIN ASSESSMENT SCALE

Escala de Campbell	Puntaje
MUSCULATURA FACIAL	
Relajada	0
En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	1
Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados	2
TRANQUILIDAD	
Tranquilo, relajado, movimientos normales	0
Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	1
Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	2
TONO MUSCULAR	
Normal	0
Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	1
Rígido	2
RESPUESTA VERBAL	
Normal	0
Quejas, lloros, quejidos, o gruñidos ocasionales	1
Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes	2
CONFORTABILIDAD	
Confortable y/o tranquilo	0
Se tranquiliza con el tacto y/o la voz. Fácil de distraer	1
Difícil de confortar con el tacto o hablándole	2

Graduación del dolor	
No dolor	0
Dolor leve-moderado	1-3
Dolor moderado-grave	4-6
Dolor muy intenso	>6
OBJETIVO	≤ 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICA
 DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA
 MANUEL VELASCO SUÁREZ



V. 10. ESCALA DE AGITACIÓN/SEDACIÓN DE RICHMOND (RASS)

Puntos	Categorías	Descripción
+4	Combativo	Violento o combativo, con riesgo para el personal
+3	Muy agitado	Intenta arrancarse los tubos o catéteres o es agresivo con el personal
+2	Agitado	Movimientos descoordinados o desadaptación del respirador
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos
0	Alerta y tranquilo	
-1	Somnoliento	Tendencia al sueño, pero es capaz de estar más de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada
-2	Sedación ligera	Menos de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada
-3	Sedación moderada	Movimientos (sin apertura de ojos) a la llamada
-4	Sedación profunda	No responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos, al estímulo físico
-5	No estimulable	Sin respuesta a la voz o el estímulo físico

Procedimiento

1. Observe al paciente. ¿Está alerta y tranquilo? (puntuación 0). ¿Tiene un comportamiento inquieto o agitado (puntuación +1 a +4)?
2. Si el paciente no está alerta, llámele por su nombre y vea si abre los ojos y mira al observador.
 - Repítalo si es preciso.
 - El paciente se despierta y abre los ojos, manteniendo el contacto visual, durante más de 10 segundos: puntuación -1.
 - El paciente se despierta y abre los ojos, manteniendo el contacto visual, durante menos de 10 segundos: puntuación -2.
 - El paciente se mueve a la llamada pero sin abrir los ojos: puntuación -3.
3. Si el paciente no responde a la llamada, estímulo físicamente moviendo el hombro o apretando el esternón.
 - El paciente se mueve ante el estímulo físico: puntuación -4.
 - El paciente no se mueve ante ningún estímulo: puntuación -5.

- Sessler CN, Grap MJ, Brophy GM. Multidisciplinary management of sedation and analgesia in critical care. *Semin Respir Crit Care Med* 2001;22:211-25.

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA
 Manuel Velasco Suárez
 ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO



Consentimiento Informado

Fecha: 23. NOV 18

La presente valoración es para obtener información que será registrada y analizada para realizar intervenciones, con la finalidad de mejorar la atención de los cuidados en el paciente, así como el desarrollo de conocimientos y habilidades en los estudiantes de la especialidad en enfermería del adulto en estado crítico de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM.

Toda información que sea proporcionada será de carácter estrictamente confidencial únicamente con fines académicos y no estará disponible para ningún otro propósito. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado.

Su colaboración en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirarse del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o negarse al mismo no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en esta institución.

Si usted tiene alguna duda o comentario favor de comunicarse al siguiente contacto:

Acepto participar

 Nombre y Firma

