



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA  
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ  
INCORPORADO A LA UNAM  
CLAVE 8715/12**

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO “EN UN PACIENTE ADULTO CON  
DIAGNÓSTICO DE MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA**

**Ubaldo Yáñez Palomares**

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



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.





**CRUZ ROJA  
MEXICANA**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA  
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ  
INCORPORADO A LA UNAM  
CLAVE 8715/12**

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO “EN UN PACIENTE ADULTO CON  
DIAGNÓSTICO DE MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA**

**Ubaldo Yáñez Palomares**

**TUTOR**

**L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas**

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



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA**  
**DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ**  
**INCORPORADO A LA UNAM**  
**CLAVE 8715/12**

CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO  
PARA LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

LOS SUSCRITOS MIEMBROS DEL PROCESO DE TITULACIÓN DE

UBALDO YÁÑEZ PALOMARES

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

PROCESO CUIDADO ENFERMERO “EN UN PACIENTE ADULTO CON DIAGNÓSTICO  
DE MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA”

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

L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe Martínez Rocha

Tutor

Presidente

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López

L.E.O. Agripina García Gutiérrez

Secretaria

Vocal

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

# ÍNDICE

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.....	6
RESUMEN.....	7
II. INTRODUCCIÓN.....	8
III. JUSTIFICACIÓN .....	10
III. OBJETIVO GENERAL.....	12
IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
V. MARCO TEÓRICO .....	13
5.1. ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA.....	13
5.2. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO .....	14
5.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA .....	15
5.4 MODELO TEÓRICO UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DEL PCE .....	17
5.5. ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO .....	20
Planeación .....	21
Implementación.....	22
Etiología .....	24
Aspectos fisiopatológicos.....	25
VI. RESUMEN DE CASO CLÍNICO.....	29
6.1 VALORACIÓN CLÍNICA .....	29
PATRÓN 1. Percepción manejo de la salud .....	29
PATRÓN 2. Nutricional metabólico.....	30
PATRÓN 3 Eliminación.....	31
PATRÓN 4 Actividad ejercicio .....	31
PATRÓN 5 Sueño descanso .....	32
PATRÓN 6 Cognitivo perceptual .....	32
PATRÓN 7 Autopercepción auto concepto.....	32
PATRÓN 8 Rol relaciones .....	33
PATRÓN 9 Sexualidad y reproducción.....	33
PATRÓN 10 Adaptación y tolerancia al estrés .....	33

PATRÓN 11 Valores y creencias.....	33
TABLA DE AGRUPACIÓN DE DATOS RECOGIDOS.....	34
VII. PLAN DE ALTA.....	64
VII. CONCLUSIONES .....	68
VIII. BIBLIOGRAFÍA .....	69
IX. GLOSARIO .....	75
X. ANEXOS .....	79

## **DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS**

Eternamente agradecido con cada una de las personas que fueron mis ángeles guardianes durante esta travesía. A mis queridos padres Ma. Camerina Palomares Flores (+) y Ubaldo Alonso Yáñez Acosta eternamente agradecido por todo su apoyo y respaldo, por sus enseñanzas de vida, por su amor y por seguir a mi lado a este momento.

A mi esposa y mis hijos por ser parte de todo esto por tolerar de pie los momentos más difíciles y duros que vivimos durante esta etapa, gracias por ser mis pilares y mi fuerza cuando ya no podía más, Elizabeth Monserrat Medina Olvera, Andrea, Ángel y Tadeo gracias por su respaldo y amor. Gracias a mi suegra Catalina Medina y al señor Antonio Medina (+).

Un agradecimiento especial a mis ángeles guardianes durante esta etapa, gracias por estar ahí cuando más los necesite, gracias por sus palabras de aliento y motivación, Magdalena Álvarez Baena, Gustavo Palomares Flores, Jorge Luis Palomares Flores, Ma. Esther Hernández, Joel Palomares Flores, Ana María Orta Padrón, Guadalupe Palomares Flores, Martha Sofía Palomares Flores, Juan Mauro Hernández, Ma. De Jesús Palomares Flores, Irma Palomares Flores y por ultimo uno de mis más grandes ejemplos como ser humano mi primo Alfredo Vázquez Palomares.

## RESUMEN

En la actualidad plan de cuidados de enfermería es considerado como una herramienta de gran utilidad para los profesionales de enfermería, individualizando a cada paciente no importando la patología que le esté afectando.

Este trabajo desarrolla, enfatiza y prioriza las intervenciones y actividades de enfermería que aportan de manera benéfica en la recuperación de la salud física y mental en un paciente adulto con diagnóstico de meningoencefalitis tuberculosa. Elaborado y justificado bajo el modelo de "Adaptación" de Sor Callista Roy.

Cada uno de los signos y síntomas encontrados y manifestados, así como los datos recogidos en la valoración al paciente se agrupan bajo los once patrones funcionales de Marjory Gordon, de manera de establecer un juicio clínico que nos permita la identificación de cada uno de los diagnósticos de enfermería en el paciente. En el caso particular de nuestro paciente adulto con patología principal de meningoencefalitis tuberculosa la cual es secundaria a tuberculosis pulmonar que es causada por el *mycobacterium tuberculosis*. Se abordarán aspectos fisiológicos y anatómicos de la patología, así como aspectos generales respecto a la incidencia, tratamiento y métodos de apoyo para la identificación del diagnóstico médico. Este tipo de patología lleva a la alteración de muchas actividades y roles de su vida cotidiana, así como funciones vitales.

La elaboración de un plan de alta con relevancia en los patrones alterados, basado en su entorno primario, tomando en cuenta a su entorno y cuidador principal será el aspecto con el que daremos el enfoque del modelo de adaptación.

## II. INTRODUCCIÓN

La enfermería actual realiza el cuidado al paciente de una manera objetiva que permite ver los signos y síntomas que son manifestados por las personas, al mismo tiempo debe ver todo aquello que lo rodea e interfiere de manera directa en su entorno con la objetividad que interpreta y enfoca el sistema adaptativo de Sor Callista Roy que describe a las personas como seres holísticos y adaptable que son útiles en cualquier entorno.

Al revisar los antecedentes históricos del modelo, encontramos que se publicó por primera vez en 1970, en un artículo titulado Adaptación: Un marco conceptual para enfermería. En sus publicaciones, Roy reconoce que este modelo surge de su experiencia personal y profesional como enfermera pediátrica, al observar la facilidad con que los niños se adaptaban a los cambios ocasionados por la enfermedad; también de sus creencias con relación al ser humano, y de la motivación de Dorothy Johnson para que plasmara sus ideas en un modelo conceptual. Sus principios científicos se basan en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson. Sus principios filosóficos están enraizados en el humanismo y en la unidad cósmica, dos términos que han sido incorporados últimamente y que tienen especial significado para Roy. (Díaz de Flores, Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy, 2002)

Los diagnósticos de enfermería (NANDA) contribuyen a proporcionar los cuidados individualizados integrando la patología como referencia y base fundamental en la observación de la sintomatología del individuo y su afectación, siendo las intervenciones (NIC) las acciones que realiza el enfermero para obtener los resultados (NOC) donde se refleja la evaluación de la efectividad de dichas intervenciones en el restablecimiento de la salud. a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) define los diagnósticos de enfermería como: “juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual, familiar o comunitaria, que facilitan la elección de intervenciones y objetivos de enfermería, que la enfermera está capacitada para realizar” (T.H, 2010). Junto a estos se incluyen las intervenciones Nursing Interventions Classification (NIC) y resultados Nursing Outcomes Classification (NOC) de enfermería (Johnson M., 2004). Asociados de manera inequívoca a aquellos problemas que la enfermera de manera autónoma es capaz de identificar, intervenir y medir resultados. Son estos tres elementos (NANDA-NIC-NOC) los que componen el lenguaje estandarizado de la enfermería. La unificación del lenguaje

empleado, a la hora de identificar y registrar los juicios y actuaciones de la enfermería, es un aspecto relevante en la asistencia clínica de la enfermería, además de la valoración y el seguimiento de los cuidados (M.T., 2008).

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948 (Organización Mundial de la Salud , s.f.).

Este tipo de patología de meningoencefalitis tuberculosa en los pacientes deja diferentes tipos de secuelas tanto físicas como mentales. Aproximadamente un 25% de los pacientes que se recuperan de una meningoencefalitis desarrollarán secuelas, principalmente hipoacusia, convulsiones, hidrocefalia y trastornos motores (Intramed, 2009). Pudiendo interpretar qué este tipo de secuelas modifican cada uno de los roles de las personas tanto como del paciente y de sus familiares más cercanos generando un fuerte impacto en la vida de ellos, causa por la cual las intervenciones de enfermería como el plan de alta aparte de ser enfocado en cada uno de los patrones principales alterados es importante realizarlos pensando también en los familiares más cercanos o cuidador principal, así como su nivel socioeconómico evitando un impacto mayor tanto a él como a su familia.

Así que la enfermería profesional moderna va más allá de ser solo ser cuidador y acatar indicaciones médicas, es parte de un trabajo multidisciplinario, contribuye a plantear y solucionar problemas complejos del cuidado individualizado con objetividad y conocimiento para la elaboración de un plan de atención que lleve a la pronta y plena recuperación del paciente.

### III. JUSTIFICACIÓN

La Aplicación del proceso cuidado enfermero en el paciente como ente individual se puede manifestar como una herramienta de gran apoyo para alcanzar aumentar el nivel de salud e independencia, en este caso el paciente con diagnóstico de meningoencefalitis por tuberculosis se le realizó su valoración y recogida de datos utilizando la taxonomía de Marjory Gordon para la identificación de los patrones principales afectados y establecer diagnósticos de enfermería para la elaboración de las intervenciones suficientes que permitan aumentar su nivel de salud incluyendo información precisa que le ayude a su autocuidado.

Frente a la sospecha de meningoencefalitis es importante diferenciar entre infección viral y bacteriana, y si bien existen escalas que permiten diferenciar con criterios clínicos y de laboratorio la probabilidad de una infección bacteriana, siguen siendo necesarios métodos diagnósticos que permitan confirmar o descartar la sospecha diagnóstica para acercarnos a la etiología (W.A. Bonadio, References values of normal cerebrospinal fluid composition in infants aged 0 to 8 weeks, 1992) .Para evaluar la etiología deben considerarse factores como la edad, la ubicación geográfica y el contexto clínico del paciente. La forma habitual de hacer el diagnóstico es con el uso de cultivos bacterianos, método que no solo permite identificar el agente, sino contar con información de susceptibilidad a los diferentes antimicrobianos. El uso previo de antibióticos puede disminuir su rendimiento, por lo que complementar el estudio con métodos de diagnóstico molecular, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) múltiple para las bacterias más frecuentes, ayuda a obtener el diagnóstico etiológico de manera sensible, específica y precoz (A. Pérez, 2001).

La vacunación con BCG (bacilo Calmette-Guérin) está incluida en el calendario de inmunización al nacimiento en países con alta incidencia de tuberculosis, con una cobertura global cercana al 90%. BCG tiene casi cien años de antigüedad y está basada en una cepa atenuada de *Mycobacterium bovis*, proporcionando protección contra las formas diseminadas de la enfermedad, pero confiriendo una protección muy limitada contra las formas pulmonares de tuberculosis, responsables de su transmisión. Diferentes vacunas profilácticas contra la tuberculosis se encuentran hoy en desarrollo clínico para reemplazar a BCG o para mejorar la protección en individuos ya vacunados con BCG. MTBVAC es la primera y única vacuna candidata basada en una cepa de *Mycobacterium tuberculosis*

atenuada en evaluación clínica. Los planes de desarrollo clínico del MTBVAC se dirigen en primer lugar a la prevención de la tuberculosis en recién nacidos, para reemplazar a BCG, y en segundo lugar en adolescentes y adultos (P. Mangtani, 2014).

La vacunación es una de las medidas más eficaces en términos de coste-beneficio para luchar contra las enfermedades infecciosas. El bacilo Calmette-Guérin (BCG) es actualmente la única vacuna autorizada y en uso contra la tuberculosis, con una cobertura cercana al 90% en países con alta incidencia, a pesar de que su eficacia contra las formas respiratorias de la enfermedad es muy variable (P. Mangtani, 2014).

El presente trabajo está realizado con la finalidad de identificar el patrón funcional alterado que nos lleve al diagnóstico NANDA, la elaboración de un Proceso de Atención de Enfermero (PAE) término empleado para referirse al método científico aplicado a la práctica de la enfermería y ha sido definido como un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrado en el logro de objetivos de forma eficiente que consta de 5 fases que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, a través de una exhaustiva y planificada valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.

Los beneficios para nuestro paciente es elevar el nivel de salud e independencia dentro de lo posible de manera gradual a través de la implementación del plan de atención enfermero con intervenciones factibles y con apoyo de su familia o cuidador principal. El objetivo principal será siempre mejorar la condición física reconstruyendo la actividad motora, el control postural y el control motor. Será por lo tanto primordial un correcto trabajo sobre la estabilidad a nivel proximal para conseguir un buen apoyo y equilibrio siempre con un objetivo funcional adaptado a las necesidades del paciente (Prüss, 2017). Puede tener consecuencias menores o más significativas dependiendo de la magnitud del daño; esta variará acorde a la causa de la inflamación y la gravedad, así como a las partes del cerebro afectadas y lo efectivo y rápido que haya sido el tratamiento. Podemos abarcar los problemas resultantes agrupándolos en problemas cognitivos, dificultades físicas, consecuencias emocionales y cambios de comportamiento. (Halperin, 2017)

### **III. OBJETIVO GENERAL**

Implementar cuidados de enfermería a paciente adulto con diagnóstico de meningoencefalitis tuberculosa, internado en la sala de medicina interna, mediante la aplicación del Proceso cuidado Enfermero para incrementar el nivel del estado de bienestar físico y mental del paciente.

### **IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificación de diagnósticos NANDA a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon con previo tamiz de cada uno de los síntomas, signos y factores relacionados a través de la valoración realizada.
2. Aplicación de intervenciones de enfermería justificadas de manera científica y por cada uno de los patrones alterados, así como la evaluación de cada una de ellas.
3. Realizar un plan de alta con enfoque multidisciplinario, justificado en los patrones funcionales principalmente alterados donde se involucre a sus familiares más cercanos.

## **V. MARCO TEÓRICO**

### **5.1. ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA**

El diccionario de la lengua española define a la disciplina como al conjunto de reglas o normas cuyo cumplimiento de manera constante conducen a cierto resultado. (Real academia española, 2021)

Al igual define el término de profesión como las actividades habituales de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario (Real academia española, 2021).

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la docencia (Colegio Internacional de Enfermería, 2002).

Así la profesión como disciplina permite desarrollar y fundamentar cada uno del proceso de atención que requiere el paciente o la comunidad, de manera ordenada y planificada según necesidades, todo siempre con el conocimiento y habilidad que nos otorga la profesionalización, como cuidador al hacer la diferencia importante en la recuperación de la salud.

Como se afirma arriba en las definiciones podemos entender que la enfermería como profesión disciplinaria es la ciencia del cuidado de la persona o de la comunidad basada en la preparación, estudio y conocimiento adquirido tomando al cliente como un ser biopsicosocial, lleva a cabo un grado profesional, así como habilidades técnicas por las cuales recibe una remuneración. Además, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de estar siempre en constante actualización por la labor que realiza.

## **5.2. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO**

Enfermería como profesión de naturaleza social intenta que su personal, bajo una óptica humanista, ayude a la persona solicitante del cuidado a reforzar potencialidades y/o minimizar desequilibrios en su estado de salud, por ello reconoce al ser humano como un ser complejo, misterioso, estructurado por diversas dimensiones que van de lo orgánico a lo espiritual, de lo tangible a lo intangible; con inclusión del aspecto social e histórico, que lo define como un ser de interrelaciones permanentes consigo mismo y el mundo. Bajo esta perspectiva, en enfermería, se procura reconocer que la persona cuidada es una entidad única, poseedora de atributos: conciencia, intelecto, dignidad, emociones, sentimientos y saberes, por lo tanto, el cuidado en enfermería asume una dimensión humanista y comprensiva del ser, cuya subjetividad está estructurada por sus vivencias y significados, sentimientos, emociones, intuiciones, razonamientos. La dimensión humanista del ente humano, en enfermería, nos ubica en armonía con pensadores existencialistas, quienes cuestionan la tendencia positivista, reduccionista propia de la filosofía occidental. El enfoque existencialista reconoce que la verdad está presente en la interioridad de todo ser humano único manantial de la verdad viva, por tanto, allí encontramos la verdadera esencia que favorece el cuidado significativo en enfermería (Guevara, 2014).

Esta práctica de Enfermería humanizada implica la trascendencia más allá de la simple relación entre humanos. Exige la presencia significativa de la persona que cuida y de la persona receptora del mismo. Esta presencia significativa implica ver, escuchar, tocar y sentir a través de un proceso de empatía que debe estar presente en la relación interpersonal. La enfermera cuidadora debe acercarse al mundo del otro para comprenderlo y fortalecerlo en su propia capacidad de cuidado; para esto, dicho profesional ha de reconocer su propia existencia (Sanchez, 2000).

Las ideas precedentes permiten concretar que la persona es un ser único, con características propias, poseedor de una individualidad irrepetible, con un espíritu gregario desde que inicia su desarrollo en el útero materno, por lo que obligatoriamente establece una relación constante con su medio externo e interno, lo que implica un proceso de adaptación a los diversos cambios que confronta permanentemente (Martín, 2015) .

Etimológicamente el concepto de cuidado proviene del término “cuidare/curare”. La palabra cuidado tiene diversos significados en nuestra lengua. El más inmediato y popular funciona como un aviso ante un peligro inminente; Se trata de una de las palabras que aprende primero un niño y ya, de mayores, la usamos como profusión durante toda la vida. (Martín, 2015)

La palabra cuidado dentro de la enfermería da referencia al arte de brindar apoyo y protección a quien así lo requiere, ya sea por el desequilibrio de su estado de salud o por discapacidad física (Roman, 2006)

A pesar de que el cuidado como objetivo de estudio se da de manera necesaria y obligatoria por parte del profesional de enfermería a investigar a fundamentar, a establecer metas a corto, mediano y largo plazo, así como gestionar agentes extrínsecos que puedan progresar el nivel de salud del paciente y disminuir la necesidad de cuidado contribuyendo a ser más independiente. En contraste con lo anterior ahí recae la necesidad de estudio del cuidado, de poder individualizar a cada paciente, de brindar atención oportuna y eficaz con bases científicas que solo el profesional de enfermería preparado puede brindar.

### **5.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

La enfermería, como cualquier disciplina profesional necesita utilizar una forma de proceder para llevar a cabo el servicio que presta a sus usuarios, y que se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas. El Plan de Atención Enfermero constituye una herramienta necesaria para organizar el trabajo de enfermería, lo que implica una determinada manera de proceder que nos es propia, está constituido por una serie de pasos o etapas, íntimamente interrelacionadas, y aunque los textos estudien y analicen por separado, en la práctica deben ir entrelazadas (Proceso de atención de enfermería , 2013)

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

establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen. (Margarita Acevedo Peña, 2013)

El profesional de enfermería enfoca su trabajo en el cuidado humano basado en el PAE, por medio del cual diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa sus acciones, también considera la integralidad, totalidad, seguridad, así como la continuidad requeridas por el sujeto de cuidado en diferentes momentos y en diferentes escenarios (Carvajal Hermida EY, 2018). En la atención se da un proceso interactivo entre el cuidador y ser cuidado; el primero tiene el papel activo pues realiza acciones y comportamientos para cuidar. El segundo, ser cuidado, tiene un rol más pasivo y en función de su situación, puede contribuir y ser responsable del propio cuidado en situaciones de educación para la salud (Carvajal Hermida EY, 2018).

El fenómeno central identificado es el Plan de Atención Enfermero centro e instrumento del cuidado enfermero, para brindar atención integral y científica a las personas a partir de la experiencia inicial, como una actividad cotidiana del cuidado y con una proyección positiva al campo laboral, no exenta de limitaciones en su aplicación en el campo hospitalario. El significado del Plan de Atención Enfermero se presenta a nivel simbólico de interacción considerándolo como el componente central del cuidado, el instrumento o herramienta principal para brindar salud a las personas, utilizado cotidianamente en el campo clínico, integrando la conceptualización del mismo en el presente y proyectando su aplicación en su labor como futuro profesional (Miranda Limachi, 2020).

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individualizadas del paciente, la familia y la comunidad, estableciendo:

Identificación de las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad, estableciendo planes de cuidados para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

## **5.4 MODELO TEÓRICO UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DEL PCE**

### **MODELO DE ADAPTACIÓN DE SOR CALLISTA ROY**

Se publicó por primera vez en 1970, en un artículo titulado *Adaptación: Un marco conceptual para enfermería*. En sus publicaciones, Roy reconoce que este modelo surge de su experiencia personal y profesional como enfermera pediátrica, al observar la facilidad con que los niños se adaptaban a los cambios ocasionados por la enfermedad; también de sus creencias con relación al ser humano, y de la motivación de Dorothy Johnson para que plasmara sus ideas en un modelo conceptual. Sus principios científicos se basan en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson. Sus principios filosóficos están enraizados en el humanismo y en la unidad cósmica, dos términos que han sido incorporados últimamente y que tienen especial significado para Roy. (Díaz de Flores, Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy, 2002)

el modelo ha tenido un gran desarrollo, gracias a la profundización que ha hecho la autora en el campo humanístico y en el de las ciencias sociales, así como a los resultados de investigaciones aplicadas y la influencia de otros teóricos de enfermería, como Martha Rogers y Margaret Newman, que llevaron a Roy a revisar y modificar la visión filosófica del modelo, de tal manera que en la actualidad corresponde más a una visión de reciprocidad (interactiva-integrativa), que a una visión de reacción (particular-determinística) (Díaz de Flores, Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy, 2002)

Roy postula las siguientes creencias filosóficas y valores acerca de la enfermería:

- Los seres humanos son holísticos y trascendentes. La persona busca, en la autorrealización, una razón de ser para su existencia.

- Por su autodeterminación, las personas toman decisiones y, por lo tanto, son autónomas y responsables de los procesos de interacción y creatividad.
- Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales, que los identifican como seres únicos.
- La transformación de las personas y del ambiente está creada en la conciencia humana, o sea, en la capacidad que tiene cada uno de interpretar el medio ambiente interno y externo.

La adaptación es "el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental" (Díaz de Flores, Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy, 2002)

Esta evolución en la visión de la realidad debe llevar a los profesionales a cuestionar su actitud en la práctica y a la aplicación del proceso de enfermería, mirando al individuo como un ser holístico y no fragmentándolo en un ser biopsicosocial y espiritual, como hasta ahora se venía haciendo. Se debe tener en cuenta que la persona está inmersa en el ambiente constituido por sus creencias, valores, principios, sentimientos, vivencias y patrones de relación, entre otros, que determinan la forma como el individuo se enfrentará a los estímulos del medio. (Díaz de Flores, Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy, 2002)

Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación. Ello permite establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta la meta de enfermería, que, de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano. (Díaz de Flores, Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy, 2002)

Se da por entendido que Roy ve al paciente como un todo como un ser indivisible y holístico, el cual nos debemos apoyar de todo aquello que al paciente le reconforte y le de paz, sus creencias sus valores siempre apoyado del grado de determinación que tenga el paciente

de salir adelante de esta, adaptación como palabra y elemento clave es ahí donde el paciente en conjunto con su entorno principal familia y comunidad y sobre todo con el apoyo del sistema de salud se debe ayudar al paciente a poder integrarse o adaptarse a su nueva forma de vida.

#### 5.4.1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO

##### **Ambiente**

Son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo. El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella. El ambiente no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen su ambiente interno.

##### **Estímulos**

En el modelo, Roy define los estímulos como todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente. Ella los clasifica así:

Estímulo focal. Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación.

Estímulos contextuales. Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación.

Estímulos residuales. Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

## **Nivel de adaptación**

Según Roy, "el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido.

## **Salud**

Es el proceso de ser y llegar a ser un todo integrado. Salud significa adaptación. Según las circunstancias de su ambiente, la persona se adapta de una forma diferente; esto lleva a que los individuos sean cada vez más complejos y tengan un mayor crecimiento.

## **Meta de enfermería**

Es la promoción de la adaptación del sistema humano. La adaptación busca mantener la integridad y la dignidad; contribuye a promover, mantener y mejorar la salud, la calidad de vida, y a morir con dignidad.

## **5.5. ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO**

### **Valoración**

Método en el cual se hace la recolección de datos de manera minuciosa por patrones funcionales y se organizan tamizando la información para llevar a cabo el siguiente paso del proceso cuidado enfermero. Existen fuentes primarias y las secundarias en la recogida de los datos, las fuentes primarias se hacen a través de la entrevista directa al paciente, así mismo, las secundarias se les realiza a las personas más cercanas a él y encargadas de su cuidado. La valoración se apoya de las técnicas que permiten ver e identificar síntomas y signos como lo son: la palpación, percusión, auscultación y la observación. Esta puede ser de manera céfalo podal, por patrones funcionales o por sistemas. Cualquiera de estas tres nos exige conocimiento anatómico como fisiológico para una adecuada interpretación diagnóstica.

## Diagnóstico

Es el juicio clínico interpretado por el personal de enfermería que se obtiene como resultado de la valoración previa. Identificando diagnósticos, reales y potenciales a problemas de la salud y procesos vitales. Fundamentado por los 11 patrones de la taxonomía, desglosando los signos y síntomas, así como toda la información objetiva y subjetiva, herramienta principal para la elaboración de las intervenciones y que los objetivos puedan ser los esperados. En esta fase con la recogida de datos de la valoración, se hace el análisis y síntesis, identificando respuestas a los problemas encontrados, formulando los diagnósticos de enfermería. Estos tratan de delimitar fenómenos exclusivos de enfermería con responsabilidad de establecer y alcanzar objetivos y resultados.

Existen diferentes definiciones de lo que es el diagnostico enfermero, la asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) en 1990 lo define como “un juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales. El diagnostico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que el personal de enfermería es responsable” (aprobada en la IX conferencia de NANDA; corregida en el 2009)

## Planeación

Implementación de estrategias e intervenciones de enfermería fundamentadas científicamente que nos permitan incrementar el grado de salud, así como el nivel de independencia, estas deben de ser medibles. priorizadas, estructuradas de acuerdo a los objetivos esperados. Se establecen las prioridades y se planten objetivos según la taxonomía NOC, se elaboran las intervenciones y actividades de enfermería según taxonomía NIC.

## Implementación

Es el desarrollo de cada una de las intervenciones previamente planificadas hacia el paciente, las cuales debemos ir midiendo desde la primera vez que las utilizamos en el paciente para poder llevar un registro que nos permita identificar si estas están siendo oportunas y efectivas en el paciente.

## Evaluación

Comparativa de las respuestas de cada una de las intervenciones, durante y después de las intervenciones planificadas y ejecutadas. Indica con efectividad de las intervenciones, el progreso de nuestro proceso cuidado enfermero, el resultado de la condición actual del paciente a comparación del inicio de las intervenciones. Es indicativo de las intervenciones acertadas o si debemos tomar otra ruta para mejorar la salud de nuestro paciente.

El objetivo principal del PAE es dar una estructura fundamentada en el cuidado y atención del paciente o comunidad, estableciendo desde un principio las necesidades más importantes para mantener y elevar el nivel de bienestar de quien esté a nuestro cuidado. Siempre cuidando también de su entorno ya que hablamos de un ser biopsicosocial con necesidades tanto reales como potenciales. Recordemos que este debe ser sistemático el cual le da la organización, debe ser dinámico con cambios en la estructura según lo permita el paciente, debe ser interactivo, paciente, enfermería trabajando en las relaciones establecer un vínculo de confianza y efecto y ante todo empático.

## Problemática de salud de la persona

### **Meningoencefalitis tuberculosa**

La meningoencefalitis se define como la inflamación de las meninges y el encéfalo, cuya etiología es variable, en la que predominan los agentes infecciosos. Las causas más comunes del meningoencefalitis aguda son las infecciones bacterianas y virales que ocupan en conjunto alrededor del 90% de los casos. Otras causas identificadas incluyen las infecciones por espiroquetas, rickettsias, protozoarios, síndromes pos infecciosos o pos vacunación y dentro de las causas no infecciosas los tumores y los quistes intracraneanos (Fortino Solorsano Santos, 2002).

Se trata de una infección grave que compromete las meninges, con un efecto devastador serio sobre el sistema nervioso central, motivo por el cual prácticamente la mayoría (80%) de los pacientes quedan con secuelas neurológicas (Ricardo Arteaga Bonilla, 2004). La meningitis tuberculosa es una emergencia médica que requiere tratamiento urgente en base a signos y síntomas neurológicos y hallazgos típicos en el estudio cito químico del líquido cefalorraquídeo. El diagnóstico precoz y la intervención médica oportuna reducen contundentemente la mortalidad y morbilidad (Ricardo arteaga Bonilla, 2004).

En un buen número de pacientes el diagnóstico preciso de la tuberculosis no es simple y la sospecha se basa en la pesquisa de antecedentes epidemiológicos (contacto cerrado y prolongado con paciente bacilífero), manifestaciones clínicas, reacción de Mantoux, estudios de imagenología de tórax, pruebas serológicas, aislamiento del bacilo mediante cultivo y tinción de bacilos ácido-alcohol-resistentes (BAAR) y biopsia de tejidos (Ricardo arteaga Bonilla, 2004).

La etiología de la meningoencefalitis puede ser infecciosa (virus, bacterias, parásitos y hongos) o no infecciosa (enfermedades desmielinizantes, encefalitis mediada por anticuerpos o vasculitis). El concepto de meningitis describe eventos de irritación meníngea en presencia de pleocitosis, con cultivos y tinciones para bacterias con resultados negativos. Los signos y síntomas no permiten establecer una etiología específica, por lo que la información epidemiológica, como la temporada de presentación, los antecedentes de vacunación, la exposición a artrópodos o el consumo de alimentos específicos, pueden ser

sugeres de las causas. Si bien las características citológicas y químicas del líquido cefalorraquídeo pueden orientar el diagnóstico, es necesaria la realización de cultivos y pruebas moleculares para la confirmación de una etiología infecciosa (Juan C. Lona Reyes, 2018).

## Etiología

Los agentes más comunes son *S. pneumoniae* y *N. meningitis*. La participación de otros microorganismos es en baja proporción y generalmente se asocian a ciertas condiciones específicas. La participación de *Streptococcus pneumoniae* es más elevada en los pacientes que han requerido esplenectomía o cursan con estados de asplenia funcional, aquellos que cursan con mieloma múltiple, hipogammaglobulinemia, alcoholismo, desnutrición, enfermedad hepática o renal crónica, enfermedades malignas y diabetes mellitus. De los 83 serotipos conocidos de *S. pneumoniae*, 18 de ellos son responsables del 82% de los casos de neumonía y meningitis. (Fortino Solorsano Santos, 2002)

En la mayoría de los casos de meningitis se presentan los siguientes eventos: 1) colonización con o sin infección del tracto superior, 2) invasión de los microorganismos a la sangre a partir del aparato respiratorio, 3) siembra en las meninges a partir de microorganismos en sangre y 4) inflamación de meninges y encéfalo (Fortino Solorsano Santos, 2002).

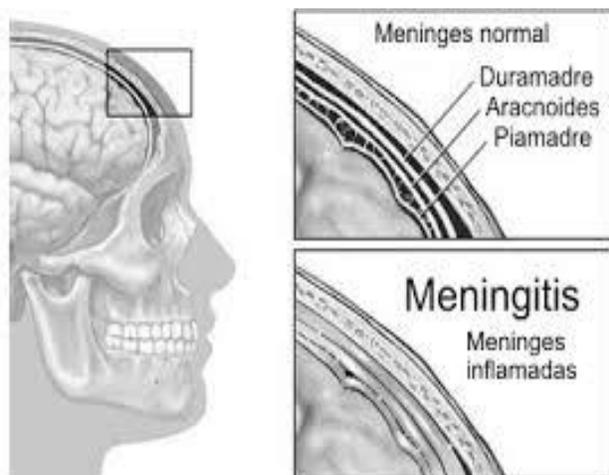


Figura 1. Anatomía de las meninges



Figura 2. TAC Meningitis tuberculosa

## **Epidemiología**

En México Más de 18,000 casos nuevos de tuberculosis por año en todas sus formas, afecta en un porcentaje mayor a hombres que a mujeres, siendo los grupos de edad productiva los más afectados (18-49 años). Más del 80% corresponde a la forma pulmonar. Alta asociación con el VIH/ sida y con diabetes mellitus. Se registran por año aproximadamente 2,000 muertes por esta causa. Las entidades en el país que concentran el mayor número de casos son: Baja California, Guerrero, Tamaulipas, Chiapas y Veracruz (Secretaría de salud).

Para el año 2006 se estimaron en 9,2 millones los nuevos casos de tuberculosis (TBC) en el mundo con un incremento de su incidencia de 0,4% por año. La meningitis tuberculosa (MTBC) representa el 1% anual de todos los casos de TBC y su mortalidad es elevada, llegando a ser de 30% en aquellos pacientes que reciben tratamiento óptimo. El más importante factor que influencia en el pronóstico de la MTBC es el diagnóstico precoz y el inicio temprano de tratamiento específico. (Lasso, 2011)

Considerada la forma más letal de TBC, en la práctica su diagnóstico se establece por una suma de elementos clínicos y de laboratorio que la mayoría de veces son inespecíficos, los cultivos son de crecimiento tardío y buena parte de los casos son tratadas sin un sustento microbiológico estableciéndose un "diagnóstico terapéutico" cuando existe una buena respuesta a la terapia anti TBC (Lasso, 2011). La tuberculosis (TBC) es la segunda causa mundial de mortalidad, después del sida, causada por un agente infeccioso. En el año 2012 8,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,3 millones murieron por esta causa. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países con ingresos bajos y medianos. Esta enfermedad es una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años (Parada Heredia, 2015). Meningitis tuberculosa es la más severa infección por *Mycobacterium tuberculosis*, causando la muerte con severos déficits neurológicos (Parada Heredia, 2015).

## **Aspectos fisiopatológicos**

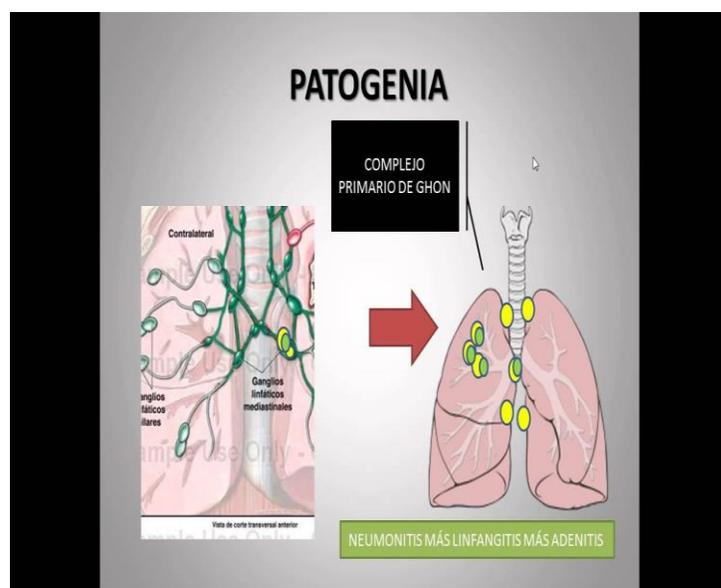
La meningitis tuberculosa típicamente se presenta 3 a 6 meses después de la infección primaria. El *Mycobacterium tuberculosis* se distribuye en el sistema nervioso central a través

del torrente circulatorio durante la diseminación linfo hematológica que generalmente parte del complejo primario, sin embargo esta implantación directa no es la única vía de acceso del bacilo a meninges y tejido nervioso, como ha sido demostrado por Rich y McCordock, quienes sostienen que los microorganismos contenidos en focos caseosos menínges o subcorticales, resultantes de la siembra hematológica de la bacilemia temprana que acompaña a la primo infección respiratoria, se vaciarían directamente en el espacio subaracnoideo donde forman un exudado gelatinoso denso, el cual es más evidente en la fosa interpeduncular y región supraselar anterior y puede extenderse hasta la cisterna prepontina y alrededor de la cuerda espinal (Ricardo arteaga Bonilla, 2004).

Acompañando al fenómeno vascular y obstructivo se instala la respuesta inflamatoria del huésped; en este proceso destaca la labor de una proteína denominada factor de crecimiento endotelial vascular, como potente inductor de angiogénesis y aumento de la permeabilidad vascular, que junto a otros elementos pro inflamatorios desencadena edema cerebral. El conjunto de fenómenos patogénicos (vasculitis, infarto, edema cerebral e hidrocefalia) son responsables de los innumerables defectos motores, sensoriales y del intelecto que constituyen la huella de esta devastadora enfermedad (Ricardo Arteaga Bonilla, 2004).



**Figura 3. Zona meníngea afectada**



**Figura 4. Complejo primario de Ghon**

Se estima que la meningoencefalitis tuberculosa se presenta en 1/300 infecciones no tratadas. La enfermedad es frecuente alrededor de los seis años de edad y es improbable antes de los cuatro meses. Aproximadamente el 50% de las meningitis se acompañan de tuberculosis miliar y en una población mucho menor puede estar asociada a tuberculoma (Ricardo Arteaga Bonilla, 2004).

LA meningoencefalitis tuberculosa tiene un inicio insidioso e inespecífico, en ocasiones puede tardar en instalarse hasta tres semanas, sin embargo, la mayoría de los pacientes acude a la consulta con fiebre de más de cinco días de duración, cefalea y vómitos explosivos producto de la hipertensión endocraneana. (Ricardo Arteaga Bonilla, 2004) A propósito de la fiebre algunos investigadores mencionan que sólo dos tercios de los pacientes manifiestan estos síntomas. Junto a los signos mencionados, durante la primera semana de padecimiento el enfermo muestra cambios en la personalidad, anorexia y manifiesta sueño, al inicio de fácil despertar bajo estímulos externos (auditivo, táctil); durante esta fase la comunicación es dificultosa porque el lenguaje se encuentra afectado y el paciente expresa incoherencias, para finalmente presentar depresión sensorial más profunda hasta llegar a coma. Pasado el tiempo es posible advertir signos neurológicos contundentes como hemiparesia, oftalmoplejia y reflejos osteotendinosos exaltados; el 53% de los pacientes suele presentar crisis convulsivas tónicas, clónicas, focales o generalizadas (Ricardo Arteaga Bonilla, 2004).

El cuadro clínico generalmente es progresivo a pesar de instaurarse tratamiento adecuado; la fiebre persiste en ocasiones hasta dos o tres semanas, la depresión del estado de conciencia se mantiene inalterable y los signos neurológicos se profundizan a tal punto que es posible encontrar datos de decorticación y descerebración. En los pacientes no tratados la muerte se presenta cinco a ocho semanas después, aunque se han observado casos con varios meses de sobrevivencia (Ricardo Arteaga Bonilla, 2004).

El diagnóstico clínico de la MT se basa en la sospecha clínica y hallazgos de laboratorio. Durante el interrogatorio es imprescindible investigar contacto con pacientes tosedores crónicos; el sondeo cuidadoso casi siempre revela la existencia de este antecedente, en su mayoría adultos, miembros de la familia del paciente (Ricardo Arteaga Bonilla, 2004).

La obtención de LCR mediante punción lumbar constituye la clave del diagnóstico. El procedimiento debe ser sumamente cuidadoso en los pacientes con suturas consolidadas y debe ir precedido por un estudio de fondo de ojo, ya que la mayoría de los pacientes presenta edema cerebral y riesgo de enclavamiento amigdalino (Ricardo Arteaga Bonilla, 2004).

Las técnicas de imagen constituyen un adyuvante imprescindible en la evaluación de la tuberculosis meníngea. En el proceso de investigación resalta la utilidad de la radiografía de tórax; aproximadamente en 40% de los estudios es posible advertir imágenes contundentes o sospechosas de tuberculosis (Ricardo Arteaga Bonilla, 2004)

**Tabla 1. Características clínicas de la meningitis tuberculosa**

<b>Síntomas</b>	<b>Frecuencia</b>
Cefalea	50-80%
Fiebre	60-95%
Vómito	30-60%
Fotofobia	5-10%
Anorexia/pérdida de peso	60-80%
<b>Signos</b>	
Rigidez de nuca	40-80%
Confusión	10-30%
Coma	30-60%
Parálisis de nervios craneanos	30-50%
VI	30-40%
III	5-15%
VII	10-20%
Hemiparesia	10-20%
Paraparesia	5-10%
Convulsiones	50%

## VI. RESUMEN DE CASO CLÍNICO

### 6.1 VALORACIÓN CLÍNICA

La siguiente valoración clínica por patrones funcionales se realiza al paciente que a continuación se describe, desde su ingreso a la sala de urgencias hasta el momento que está en la sala de medicina interna.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN
<b>NOMBRE:</b> José Antonio "N" <b>GÉNERO:</b> Masculino <b>FECHA DE INGRESO:</b> 09/07/2021 <b>HORA DE INGRESO:</b> 04:34AM <b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b> San Luis Potosí <b>ESTADO CIVIL:</b> Unión libre <b>LUGAR DE RESIDENCIA:</b> San Luis Potosí <b>IDIOMA:</b> español castellano <b>OCUPACIÓN:</b> Mesero <b>EDAD:</b> 42 años <b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> 23 de junio 1980 <b>ESCOLARIDAD:</b> Preparatoria trunca <b>SERVICIO:</b> Medicina interna <b>ALERGIA:</b> NO <b>DIAGNÓSTICO:</b> Meningoencefalitis tuberculosa

#### PATRON 1. Percepción manejo de la salud

Paciente masculino de 42 años de edad, originario y residente de la ciudad de San Luis Potosí, vive con todos los servicios domiciliarios, acude al servicio de urgencias por estado déficit neurológico, refiere con 4 semanas de evolución manifestó mucha tos, así como fiebre de hasta 39°C tratado con multiterapia de antibióticos, la última con doxiciclina y ceftriaxona con administración diaria de antipiréticos, después se agregan alteraciones neurológicas, incoordinación de la marcha, alteración del ciclo sueño- vigilia por el cual acuden al servicio de urgencias. Refiere que vive con su pareja en unión libre, trabaja de

mesero, con consumo de alcohol ocasional los fines de semana y fumador activo desde hace 21 años con un aproximado de 5 cigarros al día, consumo de cocaína en una sola ocasión, refiere 1° dosis de la vacuna Aztra Seneca hace una semana de COVID-19 (SRAS-CoV-2). Se describe su estado de salud como malo y desconocen los motivos de sus manifestaciones y alteraciones físicas y niega cualquier tipo de alergias. Niega enfermedades crónico degenerativas. Eventos quirúrgicos plastia de tendón en mano derecha hace 5 años, transfusiones negadas. Desorientado en sus tres esferas. A la valoración física se encuentra. frecuencia cardiaca de 60LPM, frecuencia respiratoria: 20RPM, saturación de oxígeno de 96% y una presión arterial: 107/74mmHg. Su tratamiento actual es:

- Omeprazol IV 40 mg c/24hrs
- Enoxaparina 40mg SC c/24hrs
- Paracetamol 1gr IV PRN
- Dexametasona 30mg IV c/24hrs
- Ceftriaxona 1gr IV c/24hrs

## **PATRÓN 2. Nutricional metabólico**

A la entrevista, como 3 veces al día, sin ningún tipo de dificultad al comer y deglutir, con una temperatura 36.8°C, así como alto consumo de refresco y café, hábitos higiénicos dietéticos regulares en cantidad y calidad. A la Inspección se encuentra la mucosa oral seca, se identifica mala higiene oral y la ausencia de 3 piezas dentales, incisivo lateral izquierdo, canino superior izquierdo y canino inferior izquierdo. En los últimos días ha requerido apoyo para poder comer ya que no puede controlar la motricidad de la mano. Con dieta hospitalaria normal 3 veces al día, sin alergias y tolerancia a los alimentos, con consumo regular de agua de 2 litros al día. Vía periférica con líquidos parenterales solución Fisiológica 0.9% + 20meq de KCl para 12hrs.

A la valoración física se observan mucosa oral deshidratada moderada, sin presencia de lesiones en cavidad oral, se percibe mala higiene oral y perdida de 3 piezas dentales. La

piel se observa un poco deshidratada moderada sin presencia de masas, con riesgo de UPP por falta de movilidad y de piel deshidratada.

#### Balance hídrico

Ingreso de 2500 CC. de sol intravenosas, 4000cc de toma de agua, 432 CC. de agua metabólica.

Egresos de 2000 CC. de orina, deposición 200cc, sudoración leve 2400 CC. con un balance de 2332 CC. de balance hídrico.

### **PATRÓN 3 Eliminación**

Durante su internamiento o en el servicio de medicina interna sala de hombres se identifica que su habito intestinal tiene una frecuencia de 3 veces al día con características de color café oscuro, solida, Bristol 3, sin dolor ni dificultad al defecara, ayuda parcial, uso de cómodo. En su habito urinario. Con una frecuencia de 4 micciones por días, amarillo oscuro, sin retención de líquidos Ayuda parcial de pato. A la palpación no se encuentran anomalías a nivel abdominal.

### **PATRÓN 4 Actividad ejercicio**

Paciente actualmente sedentario con situación actual de cama, con dificultad para moverse, dificultada para levantarse, dificultad para sentar y especialmente dificultad para caminar. Nivel de función de movilidad se necesita ayuda de terceros Ayuda parcial para vestir Incoordinación para la marcha, rigidez de las 4 extremidades, artralgias hiporreflexia de las 4 extremidades. frecuencia cardiaca de 60LPM, frecuencia respiratoria: 20RPM, saturación de oxígeno de 96% y una presión arterial: 107/74mmHg. Campos pulmonares sin sibilancias, ni estertores en ápices y bases. A la auscultación de focos cardiacos no se presenta ninguna a alteración en las 5 válvulas cardiacas, ni identificación de soplos y ritmo sinusal. A la auscultación pulmonar sin estertores y sin sibilancias con un patrón respiratorio regular de 20 RPM.

## **PATRÓN 5 Sueño descanso**

Como uno de los principales síntomas a raíz de su patología fue la alteración del ciclo sueño-vigilia. Durante su internamiento se observa dificultad para conciliar el sueño durante la noche y en el día tiene lapsos cortos de sueño interrumpidos por el personal del hospital, con un tiempo aproximado de 5 horas de sueño fisiológico al día. Se observa cansancio y estrés, no se encuentra en un lugar con iluminación y ventilación adecuada para un descanso óptimo. No tiene indicación de medicamento que lo apoyen en conciliar el sueño.

## **PATRÓN 6 Cognitivo perceptual**

En este patrón se identifica desde su ingreso un estado de déficit neurológico visiblemente alterado a causa de su diagnóstico principal, no obedece ordenes ni estímulos verbales, su apertura ocular es espontanea a la orden verbal o estímulos doloroso, su habla es incoherente, no articula palabras, tiene dificultad de expresar sus necesidades en el momento y su estado de conciencia se puede percibir como somnoliento. Su nivel educativo en la entrevista manifiesta prepa trunca, así como su actividad laboral de mesero. Escala de dolor 5 en los 4 miembros y en especial a nivel articular. Desorientado en sus tres esferas.

## **PATRÓN 7 Autopercepción auto concepto**

No expresa sentimientos este patrón manifiesta la percepción de uno mismo, pero en este caso el paciente no expresa ni manifiesta verbalmente algún tipo de indicador, a la inspección visual se puede identificar, preocupación por su cambio de roles y capacidades físicas, se manifiesta ansiedad al entorno y personal del área médica, no muestra en el área afectiva algún interés hacia alguien, solo con su cuidador que es su pareja.

## **PATRÓN 8 Rol relaciones**

Nivel de dependencia total en actividades físicas, motoras y de necesidades fisiológicas, red de apoyo de su pareja como único y principal cuidador a la observación se percibe una relación cordial y afectiva durante su estancia hospitalaria se encuentra cargo del médico tratante y de las enfermeras de turno de la sala.

## **PATRÓN 9 Sexualidad y reproducción**

Hasta antes de su evento patológico tenía una vida sexual activa, monógamo, sin antecedentes de ETS, sin hijos. Utilización de condón como método anticonceptivo.

## **PATRÓN 10 Adaptación y tolerancia al estrés**

No proporciona información. A la observación se puede deducir estrés e incomodidad al entorno y al personal. No muestra interés al estímulo verbal.

## **PATRÓN 11 Valores y creencias**

Católico

\*Tabla 2. Tabla diagnostica y patrones funcion

<b>TABLA DE AGRUPACIÓN DE DATOS RECOGIDOS</b>
---

PATRÓN ALTERADO	AGRUPACIÓN DE DATOS	DEDUCCIÓN	DOMINIO NANDA	CLASE NANDA	ETIQUETA NANDA	ENUNCIADO DIAGNOSTICO
<b>PATRÓN 1. PERCEPCION MANEJO DE LA SALUD</b>	-Desconoce motivo de internamiento -Necesita más información de su enfermedad y tratamiento. -Alcohol ocasional -Fumador activo	Estilo de vida inadecuado	01.Promoción a la salud	01.Gestión de la Salud	00099. Mantenimiento ineficaz de la salud	Mantenimiento ineficaz de la salud por estilo de vida inadecuado previo a su patología por el uso de sustancias nocivas como tabaco y alcohol.
<b>PATRÓN 2. NUTRICIONAL METABOLICO</b>	-Mucosa oral seca -Mala higiene oral -Falta de 3 piezas dentales -Consumo de refresco y café	Malos hábitos de higiene bucal	11. Seguridad/protección	02. Lesión física	00048. Deterioro de la dentición	Deterioro de la dentición por causa de su mala higiene bucal, falta de piezas dentales y consumo de bebidas que alteran el color y el esmalte de los dientes causando un deterioro estructural de los dientes.

<p><b>PATRÓN 4. ACTIVIDAD EJERCICIO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sedentario</li> <li>-Situación actual de cama</li> <li>-Dificultad para moverse</li> <li>-Dificultad levantarse</li> <li>-Dificultad sentarse</li> <li>-Dificultad para caminar</li> <li>-Ayuda para vestirse</li> <li>-Ayuda para baño e higiene</li> <li>-Incardinación para la marcha</li> <li>-Rigidez de extremidades</li> <li>-Artralgias</li> <li>-Hiporreflexia de las 4 extremidades</li> </ul>	<p>Alteración del sistema nervioso central. Disminución del control de movimientos</p>	<p>04. Actividad reposo</p>	<p>01.Actividad-ejercicio</p>	<p>00085. Deterioro de la movilidad física.</p>	<p>El deterior de la movilidad física del paciente limita cada una de los movimiento del paciente, causados por las alteraciones estructurales del SNC por el proceso inflamatorio de meninges y encéfalo el cual lo hace dependiente de terceros</p>
<p><b>PATRÓN 5 SUEÑO/REPOSO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A sincronía circadiana</li> <li>- Disconfort</li> <li>- Confusión</li> <li>- Letargo</li> <li>- Interrupción del sueño</li> <li>- Mucha iluminación</li> <li>- Poca ventilación</li> <li>- Horario frecuente de uso de medicamentos.</li> </ul>	<p>Mala higiene del sueño y afectación del ciclo sueño-vigilia</p>	<p>04. Actividad reposo</p>	<p>01. reposo-sueño</p>	<p>00096. Deprivación del sueño</p>	<p>Periodo de tiempo prolongado sin sueño o suspendido periódicamente por las actividades propias hospitalarias, su dificultad de movimiento y su alteración de estado de conciencia, así como el estrés que manifiesta.</p>

<p><b>PATRÓN 6. COGNITIVO PERCEPTUAL</b></p>	<p>-No obedece estímulos verbales. -No obedece órdenes. -Habla incoherente. -Estado de conciencia somnoliento. -Dificultad de expresión</p>	<p>Estado mental alterado</p>	<p>09. Afrontamiento/tolerancia al Estrés</p>	<p>02. Respuestas de afrontamiento</p>	<p>00137 Aflicción crónica</p>	<p>La aflicción crónica a consecuencia de las alteraciones a nivel de SNC, la cual produce alteraciones de tipo estructural como mental y en sus tres esferas, tiempo, lugar y espacio, alterando su estado de conciencia y escala de Glasgow.</p>
--	---	-------------------------------	---	--	--------------------------------	--

LIKERT	PATRÓN 1	PATRÓN 2	PATRÓN 4	PATRÓN 5	PATRÓN 6
1	Gravemente comprometido	Gravemente comprometido	Gravemente comprometido	Gravemente comprometido	Nunca demostrado
2	Sustancialmente comprometido	Sustancialmente comprometido	Sustancialmente comprometido	Sustancialmente comprometido	Casi nunca
3	Moderadamente comprometido	Moderadamente comprometido	Moderadamente comprometido	Moderadamente comprometido	A veces
4	Levemente comprometido	Levemente comprometido	Levemente comprometido	Levemente comprometido	Casi siempre
5	No comprometido	No comprometido	No comprometido	No comprometido	Siempre demostrado

Tabla 3. Escalas de Likert usadas en escalas NOC

**FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p><b>Patrón (es): 6</b> Cognitivo/perceptual</p> <p><b>Datos objetivos:</b></p> <p>-No obedece estímulos verbales. -No obedece órdenes.</p> <p>-Habla incoherente. -Estado de conciencia somnoliento. -Dificultad de expresión.</p> <p><b>Datos Subjetivos:</b></p> <p>-Expresa confusión -Expresa depresión -Expresa desesperanza.</p>	<p><b>Dominio 09</b> Afrontamiento/tolerancia al Estrés</p> <p><b>Clase 02</b> Respuestas de afrontamiento</p> <p><b>Etiqueta diagnóstica</b> <b>00137</b> AFLICCIÓN CRÓNICA</p> <p><b>Definición:</b> Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza generalizada experimentando (por un familiar, cuidador, persona con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.</p> <p><b>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</b> Crisis en el manejo de la discapacidad Experimenta enfermedad crónica</p> <p><b>Características definitorias:</b> Desorientación Estado de confusión</p> <p>Incapacidad de concentración Incapacidad de seguir instrucciones sencillas.</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		<b>Dominio: 03</b> Salud psicosocial	<b>Clase.</b> Adaptación psicosocial		
		<b>Criterio de resultado:</b> 1304 resolución de la aflicción.			
		<b>Definición:</b> Acciones personales para ajustar pensamientos, sentimientos y conductas a la pérdida real o inminente.			
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación Diana*</b>	
<b>130412.</b> Mantiene el entorno de vida.	1	3			
<b>130414.</b> Refiere sueño adecuado	1	4			
<b>130417.</b> Busca apoyo social.	1	3			
<b>130419.</b> Refiere implicación en actividades sociales.	1	3			
<b>130420.</b> Progresa a lo largo de las fases de la aflicción.	1	4			

INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p><b>Campo 03 CONDUCTUAL</b></p> <p><b>Clase R AYUDA PARA EL AFRONTAMIENTO.</b></p> <p><b>INTERVENCION:</b> <b>5270. APOYO EMOCIONAL</b></p> <p><b>ACTIVIDADES:</b> <b>527003.</b>Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.</p> <p><b>527004.</b> Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle el apoyo.</p> <p><b>527005.</b>Apoyar el uso de mecanismos de defensas adecuados.</p> <p><b>527014.</b> Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de ansiedad.</p> <p><b>527016.</b> No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado.</p> <p><b>Campo 03 CONDUCTUAL</b></p>	<p>Cuando una persona presenta un diagnóstico de enfermedad crónica o terminal, se evidencia, a lo largo de esta, un desequilibrio en las dinámicas familiares, que no solo afectan al paciente, sino también a los integrantes del núcleo familiar, emergiendo varios factores que inciden durante ese proceso. Por tanto, es necesario analizar dichos factores, de manera que permitan dilucidar el acompañamiento que se ofrece a los pacientes por parte de sus familiares y las diferentes redes de apoyo que van emergiendo según el caso (Pino Gómez, 20019). A diferencia, las enfermedades crónicas “son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta” (Organización Mundial de la Salud –OMS-, s.f., párr. 1). Es decir, se identifica una condición de perdurabilidad en el tiempo del padecimiento, lo que implica un desgaste físico y emocional en quien la padece, así como en quien está en el rol de cuidador, comprometiendo la salud emocional y su equilibrio. En consonancia con esto, el área cognoscitiva se puede encontrar implicada en factores como: la memoria, la capacidad de análisis y de elaboración de la persona, las funciones ejecutivas, las funciones motrices, la toma de decisiones y la capacidad para comprender o no su enfermedad, con lo que ello implica (Pino Gómez, 20019)</p> <p>Teniendo en cuenta el gran impacto emocional que genera la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, y la relación explícita o no con la muerte, del paciente, la familia y el equipo terapéutico que los atiende, nace entonces la necesidad de atenderle lo mejor posible (Pino Gómez, 20019).</p>	

<p><b>Clase R AYUDA PARA EL AFRONTAMIENTO.</b></p> <p><b>INTERVENCION 5440.</b> AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p><b>544001.</b> Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad de los sistemas de apoyo</p> <p><b>544002.</b> Determinar si son convenientes las redes sociales existentes.</p> <p><b>544007.</b> Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.</p> <p><b>544012.</b> Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento, según corresponda.</p> <p><b>544013.</b> Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.</p> <p><b>544014.</b> Implicar a la familia/allegados/ amigos a los cuidados y la planificación.</p> <p><b>544015.</b> Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.</p>	<p>El apoyo social también cuenta con una dimensión funcional donde se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo, es decir se refiere a la calidad del apoyo social existente y en este sentido se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste (apoyo percibido vs. apoyo recibido) y el que se refiere a los diferentes tipos de apoyo (instrumental, informativo y socioemocional), así como al grado de satisfacción con éste. (Vega Angarita, 2021)</p> <p>El apoyo social como proceso es el que le da una connotación dinámica al constructo, se refiere a los diferentes elementos que influyen en la movilización y la efectividad de éste en el tiempo, lo que está vinculado a su vez por la contextualización del proceso (etapa vital del individuo, tipo de problema al que se enfrenta, condiciones socioeconómicas y culturales). (Vega Angarita, 2021)</p> <p>El concepto de soporte social y sus operacionalizaciones pueden ser organizadas en tres categorías amplias: redes sociales, soporte social percibido, y soporte social efectivo. La primera se refiere a las conexiones que los individuos tienen para significar a otros en su medio social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad. La segunda representa la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes les pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de las situaciones estresantes. Finalmente, el soporte social efectivo simboliza las acciones de soporte mismas, a la</p>	
---	--	--

<p><b>544016.</b> Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador.</p>	<p>ayuda efectiva, y a las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidades. (Vega Angarita, 2021)</p> <p>Respecto a la función del apoyo social se reconocen cuatro tipos, el emocional que provee al individuo sentimientos de estima, afecto, confianza, seguridad; el valorativo, representa la sensación percibida por el individuo en la que puede contar con alguien, y sentirse acompañado socialmente; el informacional, también conocido como consejo o guía cognitiva, que ayuda a definir y enfrentar los eventos problemáticos mediante asesoramiento por parte de la red; el instrumental constituye la ayuda tangible y material en la solución a un problema, Aquí la fuente brinda ayuda práctica y concreta. (Vega Angarita, 2021)</p>		
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación final</b>

<p><b>Campo 01. FISIOLÓGICO BÁSICO</b>  <b>Clase A CONTROL DE ACTIVIDAD EJERCICIO.</b></p> <p><b>INTERVENCIÓN 0200 FOMENTO DEL EJERCICIO.</b></p> <p><b>ACTIVIDADES</b>  <b>20008.</b> Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.  <b>20009.</b> Ayudar al individuo a establecer metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.  <b>20011.</b> Realizar los ejercicios con la persona, según corresponda.  <b>20012.</b> Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento de programa de ejercicios.  <b>20014.</b> Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o el fisioterapeuta.  <b>20022.</b> Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente.</p>	<p>El ejercicio físico provoca efectos beneficiosos desde el punto de vista fisiológico, psicológico y social. Una parte de los beneficios que se le atribuyen, son la consecuencia de rigurosas mediciones antropométricas, bioquímicas o fisiológicas, mientras que otros resultan de reportes de auto-observación (Dishman, 2000).</p> <p>El cuerpo humano necesita la actividad física para mantener una serie de funciones básicas. Mover el cuerpo mientras se hace ejercicio requiere de una activación cerebral generalizada, aparte de coordinar el movimiento de los músculos implicados en el movimiento que se realice, el cerebro coordina las funciones corporales necesarias para que los músculos funcionen correctamente, aumenta el flujo sanguíneo, el consumo de glucosa, la respiración el ritmo cardíaco, la capacidad del sistema sensoria etc. Todo esto está regulado por distintos centros nerviosos distribuidos en zonas muy dispares del cerebro. Por lo tanto, el ejercicio físico activa amplias zonas cerebrales y no unas pocas concretas (Liliam Barrios Herrero, 2011).</p> <p>El ejercicio físico mejora la cognición y la eficacia del recuerdo, lo cual está relacionado con la función cerebral, y es importante señalar que los órganos que garantizan éstas funciones están formados morfológicamente por tejido nervioso, que al igual que los demás tejidos básicos, está compuesto por células, sustancia intercelular y líquido tisular. Los elementos celulares que lo integran son: neuronas y neuroglías (Liliam Barrios Herrero, 2011).</p>	<p>130412. Mantiene el entorno de vida.</p> <p>130414. Refiere sueño adecuado</p> <p>130417. Busca apoyo social.</p> <p>130419. Refiere implicación en actividades sociales.</p> <p>130420. Progresa a lo largo de las fases de la aflicción.</p>	<p><b>3</b></p> <p><b>3</b></p> <p><b>3</b></p> <p><b>2</b></p> <p><b>3</b></p>
--	--	---	---

**20024.** Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.



CRUZ ROJA  
MEXICANA

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA



FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p><b>Patrón (es): 4 Actividad-ejercicio</b></p> <p><b>Datos objetivos:</b> Artralgias Rigidez 4 extremidades Hiporreflexia 4 extremidades FC 60LPM FR 20RPM SpO2 96% T/A107/74mmHg</p> <p><b>Datos Subjetivos:</b> Ayuda parcial para vestirse Incoordinación para la marcha Dificultad para moverse Dificultad para levantarse Dificultad para sentarse</p>	<p><b>Dominio:</b>4 Actividad- reposo</p> <p><b>Clase:</b>2 actividad ejercicio</p> <p><b>Etiqueta diagnóstica:</b> DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085)</p> <p><b>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la fuerza muscular</li> <li>- Disminución de la masa muscular</li> <li>- Disminución de la resistencia</li> <li>- Disminución del control muscular</li> <li>- Rigidez articular</li> </ul> <p><b>Características definitorias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>: Alteración de la marcha</li> <li>- Dificultad para girarse</li> <li>- Disconfort</li> <li>- Disminución de la amplitud de movimientos</li> <li>- Disminución de las habilidades motoras finas</li> <li>- Disminución de las habilidades motoras gruesas</li> <li>- Inestabilidad postural.</li> <li>- Movimientos discordinados.</li> </ul>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		<b>Dominio</b> 02. Salud fisiológica	<b>Clase J.</b> Neurocognitiva		
		<b>Criterio de resultado:</b> 0911. Estado neurológico. Control motor central			
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación inicial *</b>	<b>Puntuación Diana*</b>	
<b>91103.</b> Mantenimiento de la postura.	1	3			
<b>91106.</b> Reflejo de Babinski	2	4			
<b>91106.</b> Reflejos tendinosos profundos	1	3			
<b>91112.</b> Movimiento intencional a partir de una orden	1	3			

INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p><b>Campo 01 FISIOLÓGICO BÁSICO</b>  <b>Clase A CONTROL DE ACTIVIDADES Y EJERCICIO</b></p> <p><b>INTERVENCION 00140</b>  FOMENTAR LOS MECANISMOS CORPORALES</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b>  <b>14001.</b>Determinar el grado de compromiso del paciente par a aprender posturas correctas.  <b>14002</b> colaborar mediante fisioterapia en el desarrollo de un plan para fomentar la mecánica corporal, si está indicado.  <b>14007</b> determinar la conciencia del paciente sobre las propias anomalías musculo esqueléticas y los efectos potenciales de la postura y del tejido muscular.  <b>14014</b> ayudar al paciente a realizar ejercicios de flexión para facilitar la movilidad de la espalda, si está indicado.  <b>14017</b> Instruir al paciente/familia acerca de la frecuencia y número de veces que ha de repetirse cada ejercicio.  <b>14020</b> utilizar los principios de la mecánica corporal junto con la manipulación segura del paciente y ayudas para el movimiento.</p>	<p>La correcta mecánica corporal es esencial tanto para prevenir lesiones en los cuidadores que realizan las movilizaciones a los pacientes, como para las personas que son movilizadas.</p> <p>La incorrecta puesta en práctica de estas técnicas puede tener como consecuencia fatiga, resbalones, desequilibrios, etc. por parte del cuidador, que podrían conllevar la caída o lesión de la persona dependiente que está siendo atendida en ese momento. (Bonacho N. E., 2014)</p> <p>La mecánica corporal es el uso eficiente, coordinado y seguro del cuerpo para producir el movimiento y mantener el equilibrio durante la actividad. Es la utilización adecuada del cuerpo humano. Comprende las normas fundamentales que deban respetarse al realizar la movilización o transporte de un peso, con el objeto de utilizar el sistema osteomuscular de forma eficaz, reduciendo la energía requerida para moverse y mantener el equilibrio, evitando la fatiga innecesaria y la aparición de lesiones. Su finalidad principal es facilitar el uso seguro y eficiente del grupo de músculos adecuado. (Bonacho N. E., 2014)</p>	

**Campo 04 SEGURIDAD**

**Clase V. CONTROL DE RIESGOS**

**INTERVENCION 6480**

**MANEJO AMBIENTAL**

**ACTIVIDADES:**

**648001.** Crear un ambiente seguro para el paciente

**648002.** Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según las funciones físicas, cognitivas.

**648005.** Disponer medidas de seguridad

**648008.** Disponer de dispositivos adaptativos.

**648014.** Proporcionar una cama y entorno limpios y cómodos.

**648020.** Eliminar los materiales utilizados durante el cambio de apósitos o evacuaciones, así como cualquier olor residual antes de las visitas y la comida.

**648024.** Controlar o tratar de evitar ruidos excesivos.

**648027.** Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.

**648037.** Permitir que la familia /allegados se quede con el paciente

**648039.** Proporcionar a la familia/allegados información sobre la composición de un ambiente hogareño y seguro para el paciente.

**648044.** Ayudar al paciente o a su familia a disponer postales, flores.

Los pacientes hospitalizados en entornos críticos requieren la provisión de cuidados para satisfacer sus necesidades básicas. Las intervenciones desarrolladas por los profesionales de enfermería se constituyen en indicadores de resultado en los pacientes y de la calidad del cuidado (KY, 1994).

Los pacientes deben recibir el nivel de asistencia que necesitan para satisfacer sus necesidades individuales de higiene personal, este aspecto puede variar entre individuos y culturas, dado que depende de factores culturales socioeconómicos, conocimientos de salud e higiene, edad, estado físico y psicológico (KY, 1994).

Los cuidados relacionados con la necesidad de higiene se realizan con el fin favorecer la comodidad y el bienestar, es fundamental ir más allá de la descripción de la técnica o el procedimiento y sus beneficios hacia la revisión de una visión teórica que la fundamente.

La Teoría de la Comodidad propuesta por Kolcaba indica que los profesionales de enfermería deben demostrar el resultado de técnicas simples o cuidados básicos sobre la comodidad de los pacientes, Kolcaba definió la comodidad como "la satisfacción (activa, pasiva o cooperativa) de las necesidades básicas humanas de alivio, tranquilidad o trascendencia que surgen de las situaciones del cuidado de la salud que son estresantes" (Nurs, 1991).

Se define además como el estado en que se libera el cuerpo de estímulos sensoriales o ambientales desagradables. Es descrita como un constructo bidimensional, la primera dimensión definida como la experiencia de tener una necesidad específica, consta de tres estados, alivio, tranquilidad y trascendencia; la segunda dimensión definida por el contexto en el cual se produce dicha necesidad y corresponde al contexto

	físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental (Nurs, 1991).	
--	--	--

CAMPO 01 FISIOLÓGICO BÁSICO		Indicador (es)	Puntuación final
<p><b>CLASE A CONTROL DE ACTIVIDAD EJERCICIO</b></p>			
<p><b>INTERVENCION 0224 TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR</b></p>			
<p><b>ACTIVIDADES:</b></p>			
<p><b>22401.</b> Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función.</p>	<p>El objetivo principal del Tratamiento Rehabilitador es mantener al paciente en las mejores condiciones físicas posibles, conseguir el alivio o mejora del síntoma tratable, la prevención de complicaciones que agraven la situación y la instauración de medidas o procedimientos tendentes a mantener la autonomía del paciente y su calidad de vida el mayor tiempo y de la mejor forma posible. (Gema Cano Blas, 2013)</p>	<p><b>91103.</b> Mantenimiento de la postura.</p>	<p><b>2</b></p>
<p><b>22404.</b> Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios articulares.</p>	<p>El objetivo de la Rehabilitación es entrenar a personas con discapacidad/incapacidad de adaptarse a su entorno, interviniendo además en su entorno inmediato y en la sociedad para facilitar su integración social.</p>	<p><b>91106.</b> Reflejo de Babinski</p>	<p><b>3</b></p>
<p><b>22411.</b> Realizar ejercicios pasivos o asistidos de rango de movimiento.</p>	<p>La rehabilitación médica es un proceso continuo y coordinado tendente a obtener la restauración máxima de la persona discapacitada en los aspectos funcional, físico, psíquico, educacional, social, profesional y ocupacional, con el objeto de reintegrarla como miembro productivo a la comunidad. (Salud, Organización Mundial de la, 2001)</p>	<p><b>91106.</b> Reflejos tendinosos profundos</p>	<p><b>3</b></p>
<p><b>22416.</b> Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los limitantes del dolor, resistencia y movilidad articular.</p>	<p>La OMS define la rehabilitación como un «proceso activo por el que aquellas personas discapacitadas como consecuencia de una enfermedad o una lesión alcanzan una recuperación total o desarrollan su máximo potencial físico, psíquico y social y son integradas en el entorno más apropiado. (Salud, Organización Mundial de la, 2001)</p>	<p><b>91112.</b> Movimiento intencional a partir de una orden.</p>	<p><b>3</b></p>
<p><b>22417.</b> Fomentar que el paciente se siente en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.</p>			
<p><b>22418.</b> Fomentar la deambulaci3n, si resulta oportuno.</p>			
<p><b>22419.</b> Determinar el progreso hacia la meta fijada.</p>			
<p><b>22420.</b> Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios articulares.</p>			



CRUZ ROJA  
MEXICANA

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA



**FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p><b>Patrón (es):</b> Patrón 1</p> <p>Percepción manejo de la salud</p> <p><b>Datos objetivos:</b></p> <p>Desconocimiento del motivo de ingreso hospitalario. Alcohol ocasional Fumador activo desde hace 21 años Alergias negadas</p> <p><b>Datos Subjetivos:</b></p> <p>Describe su estado de salud como malo. Necesita más información sobre su estado de salud.</p>	<p><b>Dominio:01</b> promoción de la salud</p> <p><b>Clase: 02</b> Gestión de la salud</p> <p><b>Etiqueta diagnóstica:</b> 00099 MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD</p> <p><b>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</b> Deterioro cognitivo Deterioro perceptivo Disminución de las habilidades motoras finas Disminución de las habilidades gruesas Habilidad para la comunicación deficientes</p> <p><b>Características definitorias:</b> Deterioro de los sistemas de soporte personal Incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las practicas básicas de la salud.</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		<b>Dominio:01</b> Salud funcional		<b>Clase:</b> C. Movilidad	
		<b>Criterio de resultado:</b> 0212. Movimiento coordinado			
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación Diana*</b>	
21201. Resistencia de la contracción muscular	3	5			
21204. Suavidad del movimiento.	1	3			
21205. Control del movimiento	1	3			
21206. Estabilidad del movimiento	2	3			
21207. Movimiento equilibrado	1	3			
21209. Movimiento en la dirección deseada	3	4			
21212. Movimiento con la precisión deseada.	2	4			

INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p><b>Campo 03.</b> Conductual</p> <p><b>Clase T.</b> FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLÓGICA.</p> <p><b>INTERVENCION 6040.</b> TERAPIA DE RELAJACIÓN</p> <p><b>ACTIVIDADES</b></p> <p><b>604002.</b> Evaluar la incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que puedan interferir con la capacidad cognitiva.</p> <p><b>604005.</b> Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación.</p> <p><b>604006.</b> Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones con luces suaves y temperatura agradable.</p> <p><b>604011.</b> Utilizar un tono de voz suave, diciendo palabras lentas y rítmicas.</p> <p><b>604012.</b> Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.</p> <p><b>604014.</b> Anticiparse a la necesidad del uso de relajación.</p> <p><b>604016.</b> Fomentar repeticiones o practicas frecuentes del as técnicas seleccionadas.</p>	<p>La terapia de relajación es una terapia conductual que se usa para aliviar el estrés psicológico y la fatiga. Puede hacerse bajo la guía de un profesional entrenado o uno mismo puede practicarla. Las técnicas de relajación son un conjunto de estrategias psicológicas que tienen como objetivo reducir el nivel de activación, “calmarnos”. Es habitual que también se utilicen como una herramienta para poder “desconectar” y parar nuestros pensamientos, y para dar un alto en nuestro ritmo de vida (Neuron psicología , 2021).</p> <p>Las técnicas de relajación están indicadas para mejorar problemas de ansiedad, estrés laboral o familiar, estados depresivos, tensión muscular, trastornos psicossomáticos, dolores de cabeza, trastornos del sueño y preocupaciones (Neuron psicología , 2021).</p> <p>Es importante señalar que a pesar de que en cada una de estas técnicas de relajación se trabaja de forma directa bien el nivel cognitivo, o bien el nivel físico, el objetivo y el efecto de la relajación es el mismo en todas las técnicas. Es decir, con todas estas técnicas, aplicadas de manera conjunta o independiente, logramos un estado global de relajación física, mental y emocional (Neuron psicología , 2021).</p> <p>Aunque las técnicas de relajación son un tipo de técnicas muy versátiles y resultan útiles en multitud de trastornos y problemas psicológicos, es necesario realizar una evaluación para determinar qué técnica es más adecuada. La elección de la técnica dependerá de los objetivos que se persigan, de las características del individuo y de cómo se</p>	

<p><b>604017.</b> Dejar al paciente un tiempo sin molestar.</p> <p><b>604018.</b>Fomentar el control cuando se realice la técnica de relajación.</p> <p><b>604021.</b> Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto con los analgésicos.</p>	<p>presente la activación psicológica (Neuron psicología , 2021).</p>	
---	---	--

<p><b>Campo 01 FISIOLÓGICO BÁSICO</b>  <b>Clase A CONTROL DE ACTIVIDAD EJERCICIO</b></p> <p><b>INTERVENCIÓN 0226</b>  <b>TERAPIA DE EJERCICIOS: CONTROL MUSCULAR</b></p> <p><b>ACTIVIDADES</b></p> <p><b>22602.</b> Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y recreacionales en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios, según corresponda.</p> <p><b>22604.</b> Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y propiocepción)</p> <p><b>22607.</b> Ajustar la iluminación, la temperatura ambiente y el nivel de ruido para mejorar la capacidad de concentración del paciente en la actividad de ejercicios.</p> <p><b>22605.</b> Explicar el fundamento del tipo de ejercicio, si lo desea.</p> <p><b>22609.</b> Poner en marcha medidas de control del dolor</p>	<p>Los ejercicios de aumento del grado de movilidad activos-asistidos y activos-pasivos se realizan muy suavemente para evitar lesiones, aunque es inevitable que produzcan algún malestar.</p> <p>Para aumentar el grado de movilidad, el terapeuta fuerza el movimiento de la articulación afectada hasta sobrepasar el punto de dolor, pero este movimiento no debe producir dolor residual (dolor que persiste después de cesar el movimiento). Un estiramiento moderado y sostenido es mucho más eficaz que un estiramiento momentáneo y forzado. (Alex Moroz, 2017)</p> <p>Existen muchos tipos de ejercicios que aumentan la fuerza muscular. Todos implican la utilización de una resistencia que va aumentándose de forma progresiva. Cuando un músculo está muy débil, bastará con el movimiento para vencer la fuerza de gravedad. A medida que aumenta la fuerza muscular, la resistencia se va aumentando de forma gradual usando bandas elásticas o pesas. De este modo, aumentan el tamaño (la masa) y la fuerza del músculo y se mejora la resistencia. (Alex Moroz, 2017)</p> <p>Para contrarrestar los efectos de un periodo prolongado en cama o de una inmovilización, se utiliza una combinación de ejercicios de movilidad, fortalecimiento muscular y deambulación. Los ejercicios de preparación física general ayudan a mejorar el rendimiento cardiovascular (la capacidad del corazón, de los pulmones y de los vasos sanguíneos para suministrar oxígeno a los músculos activos), así como a mantener o mejorar la flexibilidad y la fuerza muscular. (Alex Moroz, 2017)</p> <p>El ejercicio terapéutico es la ejecución sistemática y planificada de movimientos corporales, posturas y actividades físicas, con el propósito de que el paciente disponga de medios para corregir o prevenir alteraciones.</p>	
--	---	--

<p>antes de comenzar el ejercicio o actividad.</p> <p><b>22630.</b> Utilizar estímulos táctiles (y/o de percusión) para minimizar espasmos musculares.</p>	<p>Mejorar, restablecer o potenciar el funcionamiento físico, prevenir o reducir factores de riesgo para la salud, optimizar el estado general de salud, el acondicionamiento físico o la sensación de bienestar. (Asepeyo salud, 2018)</p> <p>Es una técnica fundamental dentro de la fisioterapia, especialmente importante en los tratamientos en un entorno laboral, ya sea con un fin terapéutico o preventivo. (Asepeyo salud, 2018)</p> <p>Ayuda al aparato locomotor, huesos, músculos, articulaciones, tendones y ligamentos-, mejorando el funcionamiento de estas estructuras y su elasticidad. El ejercicio ayuda a mantener los efectos conseguidos con la terapia manual. Mejora el estrés, la depresión, la calidad del sueño y disminuye la fatiga. La realización de ejercicio favorece la liberación de sustancias analgésicas (opioides, serotonina y endorfinas), que también contribuyen a mejorar el estado de ánimo. (Asepeyo salud, 2018)</p>	
--	---	--

<p><b>CAMPO 01 FISIOLÓGICO BÁSICO</b></p> <p><b>CLASE: F. FACILITACIÓN DEL AUTOCUIDADO</b></p> <p><b>INTERVENCIÓN 1800.</b> AYUDA CON EL AUTOCUIDADO</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p><b>180001.</b> Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.</p> <p><b>180002.</b> Observar las necesidades por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.</p> <p><b>180004.</b> Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente independiente.</p> <p><b>180005.</b> Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.</p> <p><b>180007.</b> Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.</p>	<p>El autocuidado va encaminado a modificar las conductas no saludables en saludables, que incluye incrementar el conocimiento, adquirir habilidad y sobre todo tener motivación para el autocuidado, esto incluye también mejorar el ambiente en el que se desenvuelve la persona. Debemos asegurarnos de que nuestras expectativas como enfermeras sean razonables atendiendo a las características de cada persona (Delia Esperanza Sillas González, 2011).</p> <p>La Teoría de Orem nos orienta cómo deben ser las relaciones entre el profesional de la salud y el individuo con necesidad de autocuidado, y considerar el papel fundamental y activo del individuo, evidenciando los valores éticos de la profesión de enfermería, tales como: Respeto a la autonomía de la persona, respeto al derecho de la salud y la vida, respeto a la dignidad de los hombres a pesar de tener limitaciones y la responsabilidad de brindar atención profesional de enfermería (Delia Esperanza Sillas González, 2011).</p> <p>La teoría de Orem y el concepto de autocuidado y llevarlos a la práctica permite comprender el porqué del quehacer diario de enfermería, contribuye al profesionalismo de enfermería: Si cada uno de nosotros cuando realizamos el cuidado consideramos las teorías de enfermería y en específico del autocuidado, la atención mejoraría y sobre todo el bienestar al paciente (Delia Esperanza Sillas González, 2011).</p> <p>El autocuidado está dirigido a la práctica de actividades que las personas, que quieren, pueden hacer con arreglo a su situación temporal y por cuenta propia, con el fin de seguir viviendo en bienestar, mantener y/o recuperar la salud y prolongar la vida. Así, la aplicación de la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Orem muestra su importancia en</p>	
--	--	--

<p><b>180008.</b> Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.</p> <p><b>180009.</b> Enseñar a la familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.</p> <p><b>180013.</b> Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.</p>	<p>el desarrollo del conocimiento de enfermería, además de su gran utilidad para la formación de recursos humanos y la práctica de enfermería (Delia Esperanza Sillas González, 2011).</p>	<p><b>Indicador (es)</b></p>	<p><b>Puntuación final</b></p>
		<p><b>Indicador (es)</b>  <b>21201.</b> Resistencia de la contracción muscular</p> <p><b>21204.</b> Suavidad del movimiento.</p> <p><b>21205.</b> Control del movimiento</p> <p><b>21206.</b> Estabilidad del movimiento</p> <p><b>21207.</b> Movimiento equilibrado</p> <p><b>21209.</b> Movimiento en la dirección deseada</p> <p><b>21212.</b> Movimiento con la precisión deseada.</p>	<p>4</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>2</p>



CRUZ ROJA  
MEXICANA

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA



FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p><b>Patrón (es):</b> 2 Nutricional metabólico</p> <p><b>Datos objetivos:</b> Mucosa oral seca Falta de 3 piezas dentales Dientes con movimiento Sin disfagia Piel deshidratada</p> <p><b>Datos Subjetivos:</b> Mala higiene bucal 3 comidas al día Consumo de refresco y café</p>	<p><b>Dominio:</b> 11 Seguridad / protección</p> <p><b>Clase:</b> 02 Lesión física</p> <p><b>Etiqueta diagnóstica:</b> 00048 Deterioro de la dentición</p> <p><b>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</b> Barreras para el autocuidado Consumo prologado de café Consumo prolongado de tabaco Higiene oral ineficaz</p> <p><b>Características definitorias:</b> Ausencia de dientes Desgaste dental Dientes móviles</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		<b>Dominio:</b> 11 seguridad y protección		<b>Clase:</b> 02 lesión física	
		<b>Criterio de resultado: 1100 Salud oral</b>			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		<b>110001-</b> Limpieza de la boca.	1	5	
<b>110002-</b> Limpieza de los dientes	1	5			
<b>110010-</b> Humedad de la mucosa oral y de la lengua.	2	5			
<b>110012-</b> Integridad de la mucosa oral.	2	3			
<b>110026-</b> Ausencia de dientes.	1	3			



CRUZ ROJA  
MEXICANA

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA



### FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN	
<b>Patrón (es):</b> 05. Sueño/ reposo  <b>Datos objetivos:</b>	<b>Dominio:</b> 04. Actividad/ reposo  <b>Clase:</b> 01 Reposo / sueño  <b>Etiqueta diagnóstica:</b> 00096  Deprivación del sueño	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>	
		<b>Dominio:</b> 01. Salud funcional	<b>Clase:</b> A. Mantenimiento de la energía
		Criterio de resultado: 0004. Sueño	

INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p><b>Campo 01</b> FISIOLÓGICO BÁSICO</p> <p><b>Clase F</b> FACILITACIÓN DEL AUTOCUIDADO</p> <p><b>INTERVENCION 1730</b> RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD BUCAL</p> <p><b>ACTIVIDADES</b></p> <p><b>173001.</b> Monitorizar el estado de la boca del paciente, incluida las características de las anomalías.</p> <p><b>173003.</b> Obtener la orden del médico para realizar la higiene oral, si procede.</p> <p><b>173010.</b> Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, según sea necesario.</p> <p><b>173011.</b> Desaconsejar el hábito de fumar</p> <p><b>173012.</b> Desaconsejar el consumo de alcohol</p> <p><b>173021.</b> Instruir a los pacientes sobre los signos y síntomas de estomatosis, incluyendo cuando informar al médico.</p>	<p>La salud bucal es parte integral de la salud general. Las acciones de promoción y prevención constituyen un elemento fundamental para mantener la salud bucal de la población. Las enfermedades bucales se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral.</p> <p>La mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas si se le informa y orienta a la población sobre la importancia de prevenirlas y de realizar un diagnóstico temprano.</p> <p>Las acciones más importantes en la prevención de las enfermedades bucales es la higiene bucal, la alimentación correcta y la eliminación de hábitos nocivos, como el tabaquismo y el consumo excesivo de azúcares. (Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, 2003)</p>	

<p><b>Campo 03 CONDUCTUAL</b></p> <p><b>Clase O TERAPIA CONDUCTUAL</b></p> <p><b>INTERVENCIÓN 4490</b> AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p><b>449001.</b> Registrar el estado actual y los antecedentes del tabaquismo.</p> <p><b>449004.</b> Aconsejar al fumador de forma clara y constante que deje de fumar.</p> <p><b>449005.</b> Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras que lo impiden.</p> <p><b>449006.</b> Enseñar al paciente los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina.</p> <p><b>449007.</b> Asegurar al paciente que los síntomas físicos de la abstinencia son temporales.</p> <p><b>449008.</b> Informar al paciente sobre productos sustitutivos de la nicotina (parches, chicles) para ayudar a reducir los síntomas físicos de la abstinencia.</p> <p><b>449010.</b> Ayudar al paciente a desarrollar un plan de dejar de fumar que se dirija a los aspectos psicosociales que influyen en la conducta de fumar.</p> <p><b>449014.</b> Ayudar al paciente con motivación de fijar una fecha para dejar de fumar.</p> <p><b>449033.</b> Servir como modelo de no fumador.</p>	<p>Algunos beneficios para la salud comienzan casi inmediatamente también, pero cada semana, mes y año sin consumir tabaco su salud mejora aún más.</p> <p>A los 20 minutos de dejarlo: La presión arterial y el ritmo del pulso bajan a la normalidad.</p> <p>A las 12 horas de dejarlo: Los niveles de monóxido de carbono en la sangre bajan a la normalidad.</p> <p>De 2 semanas a 3 meses de dejarlo: Mejora la circulación y la función pulmonar aumenta.</p> <p>De 1 a 9 meses de dejarlo: La tos y la dificultad para respirar mejoran. Sus pulmones y las vías respiratorias tendrán más capacidad de manejar las mucosidades, limpiar los pulmones y reducir el riesgo de infección.</p> <p>Al año de dejarlo: El riesgo de enfermedad cardíaca es la mitad que el de alguien que aún consume tabaco. Su riesgo de sufrir un ataque cardíaco se reduce considerablemente.</p> <p>A los 5 años de dejarlo: Su riesgo de padecer cáncer de boca, garganta, esófago y vejiga disminuye a la mitad. El riesgo de cáncer cervical se reduce al mismo nivel de una persona que no fuma.</p> <p>Después de 2 a 5 años de dejarlo, sus riesgos de sufrir un accidente cerebrovascular pueden reducirse al mismo nivel de una persona que no fuma.</p>	
---	---	--

		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación final</b>
	<p>A los 10 años de dejarlo: Los riesgos de morir por cáncer pulmonar son cerca de la mitad de aquellas personas que aún fuman.</p> <p>A los 15 años de dejarlo: El riesgo de enfermedad cardíaca coronaria es el mismo de una persona que no fuma.</p> <p>Otros beneficios para la salud de dejar de fumar incluyen:</p> <p>Menor probabilidad de coágulos de sangre en las piernas que puedan viajar a los pulmones</p> <p>Menor riesgo de disfunción eréctil</p> <p>Menos problemas durante el embarazo, tales como bebés nacidos con bajo peso, parto prematuro, aborto espontáneo y labio leporino</p> <p>Riesgo más bajo de esterilidad debido a daño en los espermatozoides</p> <p>Dientes, encías y piel más sanos. (Medline plus, 2021)</p>	<p><b>110001-</b> Limpieza de la boca.</p> <p><b>110002-</b> Limpieza de los dientes</p> <p><b>110010-</b> Humedad de la mucosa oral y de la lengua.</p> <p><b>110012-</b> Integridad de la mucosa oral.</p> <p><b>110026-</b> Ausencia de dientes</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>1</p>

<p>Horas de sueño interrumpidas</p> <p><b>Datos Subjetivos:</b> Dificultad de conciliar el sueño por las noches</p>	<p><b>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</b> A sincronía circadiana mantenida. Disconfort Persistencia de una higiene inadecuada de sueño. Uso prolongado de medicamentos</p> <p><b>Características definatorias:</b> Confusión aguda. Alteración de las sensaciones corporales. Disminución de la capacidad de funcionamiento. Letargo</p>	<p><b>Indicador (es)</b></p> <p><b>401.</b> Horas de sueño.</p> <p><b>404.</b> Calidad de sueño.</p> <p><b>405.</b> Eficiencia del sueño.</p> <p><b>406.</b> Sueño interrumpido.</p> <p><b>421.</b> Dificulta para conciliar el sueño</p>	<p><b>Puntuación inicial *</b></p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p><b>Puntuación Diana*</b></p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>
---	--	---	---	--

INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p><b>Campo:01.</b> FISIOLÓGICO BÁSICO</p> <p><b>Clase F.</b> FACILITACIÓN DEL AUTOCUIDADO</p> <p><b>INTERVENCION 1850</b> MEJORAR EL SUEÑO</p> <p><b>ACTIVIDADES</b> <b>185001.</b> Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente</p>	<p>Dormir le da al cuerpo y al cerebro tiempo para recuperarse del estrés del día. Después de una buena noche de sueño, usted se desempeña mejor y es mejor para tomar decisiones. Dormir lo ayuda a sentirse más alerta, optimista y a tener una mejor relación con las personas. Dormir también ayuda al cuerpo a combatir enfermedades. El sueño es un estado fisiológico que conlleva a la abolición periódica de la conciencia vigilia y la reducción de la respuesta a los estímulos ambientales. Es una conducta diferente a la vigilia con la que está íntimamente relacionado.</p>	

<p><b>185002.</b> Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación del cuidado.</p> <p><b>185004.</b> Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón del sueño.</p> <p><b>185005.</b> Observar y registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.</p> <p><b>185009.</b> Ajustar el ambiente para favorecer el sueño</p> <p><b>185019.</b> Disponer de siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades del sueño.</p> <p><b>185021.</b> Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño/vigilia del paciente.</p> <p><b>Campo 03 CONDUCTUAL</b></p> <p><b>Clase T FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLÓGICA.</b></p> <p><b>INTERVENCION:</b> 5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p><b>582004.</b> Comprender la perspectiva del paciente sobre su situación actual.</p>	<p>Los dos estados: vigilia (despierto) y sueño(dormido), se integran en un conjunto funcional denominado: ciclo vigilia-sueño, cuya aparición rítmica es circadiana y resulta de la interacción de diferentes áreas a nivel del sistema nervioso: tronco encéfalo, di encéfalo y corteza cerebral.</p> <p>El ritmo circadiano es una regulación subyacente a un ciclo fisiológico de 24 horas, que incluye metabolismo, temperatura corporal, secreción de hormonas y patrones de sueño en los mamíferos. El desarrollo de los estados de sueño-vigilia es un proceso dinámico y dependiente de la edad y directamente relacionado con el desarrollo del sistema nervioso central. (National institutes of healt, 2013)</p> <p>La ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza caracterizada por ser anticipatoria, activadora y facilitadora de la respuesta del individuo, pudiendo llegar a interferir en su capacidad para superar las dificultades, situación o entorno causantes si esta ansiedad es elevada y persistente. La incertidumbre genera ansiedad, ya que puede disminuir la capacidad de afrontamiento y adaptación del individuo. Teniendo como finalidad el interés en contribuir a la diseminación de los modelos de</p>	
--	--	--

<p><b>582005.</b> Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p><b>582006.</b> Permanecer lo más que se pueda con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</p> <p><b>582007.</b> Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.</p> <p><b>582009.</b> Administrar masajes en cuello, espalda según corresponda.</p> <p><b>582014.</b> Crear un ambiente que facilite la confianza.</p> <p><b>582016.</b> Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</p> <p><b>582019.</b> Controlar los estímulos de las necesidades del paciente.</p> <p><b>582022.</b> Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.</p> <p><b>582025.</b> Observar si hay signos verbales o no verbales de ansiedad.</p> <p><b>Campo 03. CONDUCTUAL</b></p>	<p>enfermería y aportar elementos para la reflexión crítica, los objetivos de la presente Teorización se centran en la conceptualización de los términos abordados y en el análisis de la práctica evidenciada en la literatura acercando el conocimiento de las fuentes teóricas a la práctica enfermera para que ésta pueda desarrollarse bajo unas relaciones éticas, teóricas y filosóficas donde los cuidados pongan énfasis en la totalidad de la persona. (orrens, 2013)</p>		
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación final</b>

<p><b>Clase O. TERAPIA CONDUCTUAL</b></p> <p><b>INTERVENCION 4400</b> MUSICOTERAPIA</p> <p><b>ACTIVIDADES</b></p> <p><b>440001.</b> Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea (relajación)</p> <p><b>440003.</b> Identificar las preferencias musicales del individuo</p> <p><b>440004.</b> Informar al individuo del propósito de la experiencia musical.</p> <p><b>440005.</b> Elegir selecciones de música concretas representativas de las preferencias del individuo.</p> <p><b>440006.</b> Ayudar al individuo a adaptar una posición cómoda.</p> <p><b>440007.</b> Limitar estímulos extraños durante la experiencia de escuchar.</p> <p><b>440011.</b> Asegurar de que el volumen sea adecuado.</p> <p><b>440012.</b> Evitar periodos largos de tiempo la música.</p> <p><b>440013.</b> Facilitar la participación activa del individuo, si así lo desea.</p>	<p>La musicoterapia es el uso que hace de la música un músico terapeuta para tratar los problemas físicos, emocionales, cognitivos o sociales de una persona. (Bradt, 2010)</p> <p>Los músicos terapeutas diseñan las sesiones de tratamiento basándose en las necesidades particulares de una persona. Algunos de los tratamientos que se ofrecen son componer música, cantar, bailar al ritmo de la música y/o escucharla. Según investigaciones de American Music Therapy Association. (Bradt, 2010)</p> <p>La música produce efectos beneficiosos en el sistema sensorial, cognitivo y motor (de forma sedante o estimulante), estimula la creatividad, el pensamiento, el lenguaje, el aprendizaje y la memoria. Es un estímulo agradable y placentero para el cerebro que ayuda también a la relajación, efecto conocido desde la estimulación incluso dentro del útero materno o etapa prenatal.</p> <p>Los beneficios que la musicoterapia aporta son numerosos. Entre ellos se encuentran:</p> <p>A nivel cognitivo: aumento de la capacidad de aprendizaje, mejora de la orientación, aumento de la capacidad de atención y concentración y estimulación de la comunicación y el lenguaje;</p> <p>A nivel físico: mantenimiento de la movilidad de las articulaciones y fuerza de la musculatura, relajación y disminución de los niveles de ansiedad;</p> <p>A nivel socioemocional: aumento de las interacciones sociales, mejora de las habilidades sociales y la autoestima, previene el aislamiento. (Bradt, 2010)</p>	<p><b>401.</b> Horas de sueño. 3</p> <p><b>404.</b> Calidad de sueño. 3</p> <p><b>405.</b> Eficiencia del sueño. 3</p> <p><b>406.</b> Sueño interrumpido. 4</p> <p><b>421.</b> Dificulta para conciliar el sueño 3</p>	
---	---	--	--

## VII. PLAN DE ALTA

**NOMBRE DEL (A) PACIENTE:** José Antonio "N"

**EDAD:** 42 años      **SEXO:** Masculino

**DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO:** Meningoencefalitis tuberculosa

**FECHA DE ELABORACIÓN:** 07 de agosto 2021

<b>ASPECTO A DESARROLLAR</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>COMUNICACIÓN</b> (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Hospital Central Ignacio Morones Prieto, en caso de alteraciones acudir a urgencias. Así como información de teléfonos de emergencia para apoyo en su traslado. Acudir a su centro de salud para consultas de seguimiento y referir a terapia de rehabilitación.
<b>URGENTE</b> (Identificación de signos de alarma o recaída)	Alteración del estado de conciencia en cualquiera de sus tres esferas, así como la ausencia de motricidad y disminución de la fuerza. Decorticación o descerebración. Aumento del dolor o rigidez en miembros inferiores o superiores. Se capacita a los familiares más cercanos sobre signos y síntomas de alarma, así como acciones a seguir en caso de urgencia.
<b>INFORMACIÓN</b> (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	La alteración del sistema nervioso central debido a la inflamación de sus meninges conduce a tener dificultades de tipo conductual, motriz, psicológico y social que le impiden poder llevar cada uno de sus roles de la vida diaria de manera normal y con la independencia a realizarlos. Ocupando de esta manera una red de apoyo para poder realizar sus actividades, teniendo menor independencia en su persona. De igual manera se le orienta a la familia sobre los roles a desempeñar y los

	<p>cambios en la estructura familiar para la ayuda en el cuidado del paciente ya que por su patología requiere de apoyo en cada una de sus actividades diarias. Se incluye material de apoyo donde viene todo lo referente a la patología y mecanismos de apoyo para el movimiento y traslado del paciente en su casa en manera de trípticos.</p>
<p><b>DIETA</b> (Información relativa a la nutrición)</p>	<p>Dieta normal, con aumento del consumo de proteínas para poder aumentar su nivel de masa corporal y consumo de agua para la hidratación de la piel y disminuir el riesgo de UPP por el uso de la cama. Dieta alta en fibra para reducir el riesgo de estreñimiento. Como sugerencia en proteína consumo de carnes blancas pollo y huevo, papa, lentejas, garbanzos, chicharos y carne de cerdo y res si su economía lo permite. Aumento en el consumo de espinacas, brócoli, coliflor, champiñones y tomate. Sugerencias de alimentos ricos en fibra consumo de fresas, naranja y pera. Cereales como avena, pan integral.</p>
<p><b>AMBIENTE</b> (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)</p>	<p>Mantener un espacio adecuado para que el paciente pueda conciliar el sueño y un óptimo descanso, espacio ventilado, control de luz que él pueda mantener según su necesidad. Cama cómoda con barandales, con poca elevación para disminuir el riesgo de caídas. Disminuir los niveles de ruido que puedan alterar su patrón de descanso. Aumentar en lo más posible la red de apoyo con más familiares o amigos. Interacción con el paciente, incluirlo en actividades en las cuales pueda participar. Tener compañía de su familia mientras él así lo desee.</p>
<p><b>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE</b></p>	<p>Apoyo de sistemas como radio y televisión que lo puedan mantener distraído, interactuar y platicar lo relacionado a lo visto o escuchado en la tv o radio, así como apoyo en</p>

<p>(Prácticas recreativas saludables)</p>	<p>lectura, utilización de herramientas o juegos que apoyen en su terapia de aumento de la motricidad fina, pintura, dibujos, fichas. Lectura de libros en compañía de sus seres queridos, escuchar música que le simpatice. Interacción con todos y cada uno de su círculo principal de familia y amigos.</p>
<p><b>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</b></p>	<p>Establecer horarios de la medicación establecida por el medico con tiempos que no interfieran y alteren su patrón de sueño descansó.</p> <p>Utilización de calor en zonas articulares para evitar la rigidez y artralgias.</p> <p>Humectación con cremas en la piel para evitar la resequedad.</p> <p>Movimiento de articulaciones y ejercicios de fuerza moderada que nos permita disminuir la rigidez de las articulaciones y cada uno de los miembros tanto inferiores como superiores.</p> <p>Implementar musicoterapia que ayude a la relajación y descanso.</p> <p>Trabajar con fotos e imágenes que pueda identificar seres queridos o personajes conocidos, así como animales y objetos.</p> <p>Poner imágenes donde el seleccione la imagen indicada.</p> <p>Elevación de miembros inferiores con ayuda de su cuidador principal.</p> <p>Enseñar a su familia métodos de relajación y de manejo de estrés por nuevos roles y practicas a desempeñar hacia el paciente. Identificación de riesgos potenciales del cuidador principal, así como el manejo para evitarlos.</p>

**ESPRITUALIDAD**

(Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)

Mantener y respetar objetos, imágenes y creencias que crea que le pueden permitir recuperar su salud, así como la fe. No tratar de alterar sus principios y necesidades espirituales. Orar en familia como método de relajación elevar la espiritualidad de cada uno de los integrantes de su familia y red de apoyo.

## **VII. CONCLUSIONES**

De manera satisfactoria en lo personal se logró realizar el plan de cuidados de enfermería del paciente internado en la sala de medicina interna con diagnóstico de meningoencefalitis tuberculosa, se logró establecer un plan de alta basado en cada uno de los diagnósticos de enfermería establecidos por cada uno de los patrones alterados, se logra la colaboración de su familia y pareja a intervenciones y cuidados hacia el paciente.

Se cumplió con cada uno de los objetivos establecidos al inicio de este trabajo, lograr intervenciones satisfactorias con bases científicas cada una de ellas priorizando siempre el aspecto humano y familiar de nuestro paciente y de los integrantes de su entorno principal.

Se concluye que la labor del profesional de enfermería es de gran contribución con los diagnósticos propios de la profesión y sus intervenciones de gran valor y aporte en la recuperación de la salud del paciente no solo atendiendo lo biológico si no todas las esferas en las que como individuo tiene, así como el poder intervenir y cambiar el entorno en el que se encuentra tratando de disminuir el impacto que estas generan en su cuidador principal y familiares.

En el plan de alta que el profesional de enfermería realiza debe siempre incluir este no solo al paciente, sino, a todos y cada uno de aquellas personas afectadas directamente en la patología del paciente, más aún, si esta obliga a cambios de roles ya marcados con anterioridad y a tareas nuevas hacia el paciente, incluyendo toda la información precisa y necesaria para llevarlas a cabo de manera eficaz.

La enfermería como profesión establece el lado humano del paciente, sus sentimientos, sus miedos, no solo guiarnos sobre un expediente médico, el profesional de enfermería es holístico para el paciente, así como empático, nunca perdamos el lado humano y bello de esta profesión.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- A, S. (s.f.). Bacterial meningitis in the United States . N Engl J Med, 970-975.
- Pérez, J. M. (2001). Utilidad del score de Boyer modificado en el diagnóstico diferencial de las meningitis bacterianas o víricas. An Esp Pediatr, 15-19.
- Albornos-Muñoz, L. (16 de 09 de 2021). Guía de buenas prácticas prevención de caídas y lesiones derivada. Obtenido de cielo.com: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2018000100013&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000100013&lng=es&tlng=es).
- Alex Moroz. (junio de 2017). manual msd. Obtenido de fisioterapia : <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/fundamentos/rehabilitaci%C3%B3n/fisioterapia>
- Alfonso Mesejo Arizmendi, J. F. (2012). manual basico de nutricion clinica y dietetica. Valencia, España.
- Barberá, V. P. (2005). Acerca de Afrontamiento y Enfermedad crónica : una reflexión ¿Fundada? con alguna sugerencia. Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica, 3-14.
- Bonacho, D. D. (s.f.). principios de mecanica corporal.
- Bonacho, N. E. (22 de diciembre de 2014). ilustre colegio oficial de medicos de la provincia de Guadalajara. Obtenido de Principios de la mecanica corporal: <http://www.comguada.es/principios-de-mecanica-corporal/>
- Bradt, J. M. (2010). Musicoterapia para la lesión cerebral adquirida. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas.
- Carvajal Hermida EY, S. H. (2018). Nursing care with a human approach: a model for practice with service excellence. Aquichan, 149-159.

- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. (2003). Contenidos Educativos en salud bucal . ciudad de Mexico .
- Colegio Internacional de Enfermería. (2002). págs. <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>.
- Comisión permanente de enfermería . (7 de marzo de 2011). [hno.oaxaca.gob.mx](http://hno.oaxaca.gob.mx). Obtenido de <https://www.hno.oaxaca.gob.mx/wp-content/uploads/des/07/caidas.pdf>
- Delia Esperanza Sillas González, M. L. (2011). Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de enfermería . Desarrollo Científico Enfermero, 1-3.
- Díaz de Flores, L. D. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*, 2(1), 19-23.
- Díaz de Flores, L. D. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*, 19-23.
- diccionario de la lengua española . (2001).
- Dishman, R. (2000). Introduction. *Int J Sport Psychol* 2000, 103-109.
- Dulvis Primelles Cruz, E. L. (2020). Técnicas avanzadas de neuromonitoreo. Obtenido de [www.revmatanzas.sld.cu](http://www.revmatanzas.sld.cu): <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202004/vol3%2004/tema06.htm>
- FORTINO SOLÓRZANO SANTOS, M. G. (2002). Meningoencefalitis bacteriana Meningoencefalitis bacteriana. *ACTUALIDADES EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS*, 2-13.
- Gema Cano Blas, J. M. (noviembre de 2013). Manual para la Atención de la esclerosis Lateral Amiotrófica. Obtenido de Documento para pacientes y fisioterapeutas: [http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/Manual\\_ELA\\_Nov2013.pdf](http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/Manual_ELA_Nov2013.pdf)

- Guevara, B. E. (2014). El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. *Enfermería Global*, 318-327.
- Halperin, J. J. (2017). Diagnosis and management of acute encephalitis. *Handbook of Clinical Neurology*, 337-347.
- Intramed. (2009 de julio de 2009). Secuelas neurológicas postmeningitis y su relación con los diferentes agentes etiológicos. Obtenido de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=60944>
- invanep. (21 de noviembre de 2019). Obtenido de [www.invanep.com/blog\\_invanep/fisiologia-del-sueno](http://www.invanep.com/blog_invanep/fisiologia-del-sueno)
- Johnson M., B. G. (2004). *Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones: Interrelaciones NANDA, NOC, NIC*. Madrid : Elsevier.
- Juan C. Lona Reyes, A. L. (2018). Meningoencefalitis: etiología infecciosa en pacientes. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v75n4/1665-1146-bmim-75-04-231.pdf>
- Karstaedt A S, V. S. (s.f.). *Tuberculosis meningitis in South Africa urban adults*. 1998.
- KY, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*, 78-84.
- Lasso, B. M. (2011). Meningitis tuberculosa: claves para su diagnostico y propuestas terapeuticas. *Revista chilena de infectología*, 238-247.
- Ledón Llanes, L. A. (2007). Ledón Llanes, Loraine, Agramonte Machado, Adriana, Mendoza Trujillo, Madelín, Fabré Redondo, Bárbara, Hernández Yero, José Arturo, & Chirinos Cáceres, Jesús L. . *Revista Cubana de Endocrinología*.
- Liliam Barrios Herrero, M. A. (2011). Aportes del ejercicio físico a la actividad cerebral. *Educación Física y Deportes, Revista Digital*, 1-2.
- M.T., L. R. (2008). *Los diagnósticos enfermeros: Revisión critica y guía practica* 8.a ed. Barcelona: Elsevier-Masson.

- Margarita Acevedo Peña, E. G. (06 de 2013). Enfermería comunitaria. Obtenido de ired: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013>
- Martín, R. A. (10 de 02 de 2015). rua. Obtenido de <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46617/cultura-cuidados>
- Medline plus. (2021). Beneficios de dejar de fumar. Obtenido de medline plus : <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007532.htm>
- Miranda Limachi, K. R. (2020). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Enfermería Universitaria , 374-389.
- National institutes of health. (abril de 2013). temas de salud. Obtenido de beneficios de dormir : <https://salud.nih.gov/articulo/los-beneficios-de-dormir/>
- Neuron psicología . (2021). neuronpsicologia.com. Obtenido de Áreas de intervención,Técnicas de relajación.: <https://neuronpsicologia.com/areas-de-intervencion/tecnicas-de-relajacion/>
- Nurs, J. A. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. Image J Nurs Sch, 237-240.
- Organizacion Mundial de la Salud . (s.f.). who.int/es. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- orrents, R. R. (2013). Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. Index de Enfermería, 60-64.
- P. Mangtani, I. A. (2014). Protection by BCG vaccine against tuberculosis: A systematic review of randomized controlled trials. Clin Infect Dis, 470-480.
- Parada Heredia, L. D. (2015). Meningoencefalitis tuberculosa post primaria. Revista Científica Ciencia Médica, , 59-62.
- Pino Gómez, K. M. (20019). Acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia. Poiésis, 126-146.

- Proceso de atención de enfermería . (2013). Salud Pública , 41-48.
- Prüss, H. (2017). Postviral autoimmune encephalitis. Current Opinion in Neurology, 327-333.
- Puerta, A. R. (5 de noviembre de 2020). lifeder. Obtenido de [lifeder.com/marjory-gordon](http://lifeder.com/marjory-gordon)
- Raúl Carrillo Esper, E. G. (2015). Monitoreo neurológico multimodal. Revista Mexicana de anestesiología , 425-426.
- Real academia española . (s.f.). Obtenido de Diccionario de la lengua española : <http://dle.rae.es>
- Real academia española. (26 de 07 de 2021). Diccionario de la lengua española . Obtenido de <http://dle.rae.es>
- Ricardo arteaga Bonilla, R. A. (2004). Meningitis tuberculosa. Revista de la sociedad Boliviana de Pediatría, 164-170.
- Ricardo Arteaga Bonilla, R. A. (08 de 2004). Scielo. Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752004000300007](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752004000300007)
- Ricardo Bonilla Arteaga, R. A. (2021). Meningitis tuberculosa . Revista de la sociedad, 164-170.
- Rich AR, M. C. (s.f.). The pathogenesis of tuberculous meningitis. Bull Johns Hopkins Hosp, 5-37.
- Roman, C. A. (12 de 2006). [scielo.sld.cu](http://scielo.sld.cu) . Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192006000400007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007)
- ROMERO Walter, P. O. (2005). Morbimortaliad en meningoencefalitis tuberculosa . UPCh, 2-4.

- Salud, Organización Mundial de la. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento, de la. Obtenido de <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2016/08/Rehabilitacion.pdf>
- Sanchez, B. (2000). La Fenomenología: Un Método de Indagación para el Cuidado de Enfermería. Bogota, Colombia : Unibiblos.
- Secretaria de salud. (s.f.). [enaprece.salud.gob.mx](http://enaprece.salud.gob.mx). Obtenido de [enaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/tuberculosis.pdf](http://enaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/tuberculosis.pdf)
- Susan L Bratton, R. M. (2007). VIII. Intracranial Pressure Thresholds. Journal, Of neurotruma , 55-58.
- T.H, H. (2010). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Barcelona, España: Elsevier.
- Thwaites G E, C. T. (2000). Tuberculosis meningitis . Neurol Neurosurg Psychiatry, 289-299.
- Vega Angarita, O. &. (9 de septiembre de 2021). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfermería Global. Obtenido de Enfermeria global: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es&tlng=es).
- W.A. Bonadio, L. S. (1992). References values of normal cerebrospinal fluid composition in infants aged 0 to 8 weeks. Pediatr Infect Dis J, 589-591.
- W.A. Bonadio, L. S. (s.f.). References values of normal cerebrospinal fluid composition in infants aged 0 to 8 weeks. Pediatr Infect, 598-591.
- Zumalabe-Makirriain, J. M. (2006). El estudio neurológico de la conciencia: una valoración crítica. Anales de Psicología, 266-278.

## IX. GLOSARIO

**AUSCULTACIÓN:** Método que se utiliza para escuchar "los sonidos" del cuerpo durante un examen físico mediante un estetoscopio. Los órganos que más comúnmente se auscultan son los pulmones, el corazón y los intestinos.

**BAAR:** Los bacilos resistentes al alcohol ácido o acidorresistentes (BAAR) son un tipo de bacteria que causa tuberculosis (también conocida como TB) y otras infecciones. La tuberculosis es una infección bacteriana grave que afecta principalmente a los pulmones

**CITOLOGÍA:** Parte de la biología que estudia la célula y sus funciones. Examen y análisis de un conjunto de células extraídas del cuerpo de un animal.

**CITOQUÍMICO:** El estudio de citoquímico de líquido cefalorraquídeo, también conocido como LCR y citoquímico, utiliza la metodología de la microscopía. El propósito de este examen es facilitar el diagnóstico de diversas patologías del sistema nervioso como la meningitis, neurosífilis, encefalitis y neoplasias.

**ETIOLOGÍA:** Parte de la medicina que estudia el origen o las causas de las enfermedades.

**ESPIROQUETAS:** Bacteria de cuerpo fino, alargado y arrollado en forma helicoidal, muy activa y rápida, que carece de pared celular rígida.

**FISIOPATOLOGÍA:** Es la rama de la fisiología que se encarga del estudio de los mecanismos por los cuales se producen las manifestaciones clínicas de una enfermedad y por medio de la cual se entienden y predicen dichas manifestaciones de acuerdo con la alteración funcional de los órganos o sistemas a diferentes niveles.

**FOCOS CASEOSOS:** Estos pueden reblandecerse, ulcerarse, abrirse a los bronquios y vaciar su contenido: se forma así una caverna. El material se aspira y llega a otros lóbulos y al otro pulmón, con lo que se forman nuevos y múltiples focos caseosos.

**HEMIPARESIA:** Es una forma de parálisis cerebral que afecta un sólo lado del cuerpo. La manifestación más típica consiste en posturas anómalas y deformidades de las extremidades por debilidad de algunos músculos y espasticidad de otros.

**MANTOUX:** La prueba cutánea de la tuberculina o prueba de Mantoux (TST, por sus siglas en inglés) es un método para determinar si una persona está infectada con *Mycobacterium tuberculosis*. La administración y lectura confiable de esta prueba requiere de la estandarización de procedimientos, capacitación, supervisión y práctica.

**MENINGES:** Las tres capas delgadas de tejido que cubren y protegen el cerebro y la médula espinal.

**MENINGITIS TUBERCULOSA:** infección causada por el *Mycobacterium tuberculosis*. Esta es la bacteria que causa la tuberculosis (TB). La bacteria se disemina al cerebro y la columna desde otro lugar en el cuerpo, generalmente los pulmones.

**MENINGITIS:** es una inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal (meninges).

**MENINGOENCEFALITIS:** infección que afecta el cerebro en sí. Es producida por una infección viral, pero también existen casos de infecciones bacterianas, parasitarias y micóticas.

**METAPARADIGMA:** es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. El meta paradigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros.

**NANDA** :(siglas de la antigua North American Nursing Diagnosis Association) es hoy una sociedad científica de enfermería, de carácter internacional, cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería.

**NIC:** La Nursing Interventions Classification (NIC) en español. Clasificación de Intervenciones de Enfermería es un lenguaje completo y estandarizado que permite

describir tratamientos que las enfermeras administran en todos los escenarios posibles y en todas las especialidades.

**NOC:** Nursing Outcomes Classification hace referencia a la clasificación de resultados de enfermería. La NOC trata de dotar a la enfermería de un sistema validado y un lenguaje propio para identificar, nombrar y medir los resultados que resultan de su práctica.

**OFTALMOPLEJIA:** consiste en la dificultad para realizar movimientos oculares horizontales, causada por la lesión de ciertas conexiones entre centros nerviosos en el tronco del encéfalo (la parte más baja del encéfalo).

**PAE:** El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es un término que se aplica en un sistema de intervenciones propias de enfermería para el cuidado de la salud del individuo familia y comunidad, implica el uso del método científico para la identificación de las necesidades.

**PERCUSIÓN:** Técnica de exploración médica que consiste en dar golpes secos con los dedos sobre una parte del cuerpo.

**PLEOCITOSIS:** Se denomina pleocitosis al incremento del nivel de células en el líquido cefalorraquídeo. Un paciente con pleocitosis, por lo tanto, presenta una cantidad de células en dicho fluido que resulta más elevada de lo normal.

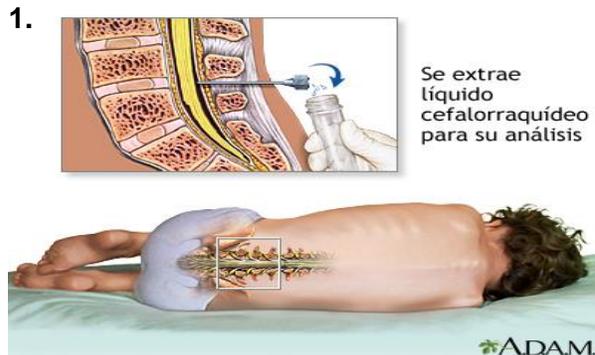
**PROTOZOARIOS:** Un protozoo es un organismo que suele tener tamaño microscópico y que está formado por una única célula o por un grupo de células que son iguales entre sí. A la especialidad científica que se dedica al estudio de los protozoos se la denomina protozoología.

**REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS:** O profundos son aquellos en los que la respuesta se obtiene por la aplicación de un estímulo mecánico (golpe con el martillo de reflejos) sobre los tendones y ocasionalmente, sobre el hueso o el periostio.

**TAXONOMÍA:** Taxonomía tiene su origen en un vocablo griego que significa “ordenación”. Se trata de la ciencia de la clasificación que se aplica en la biología

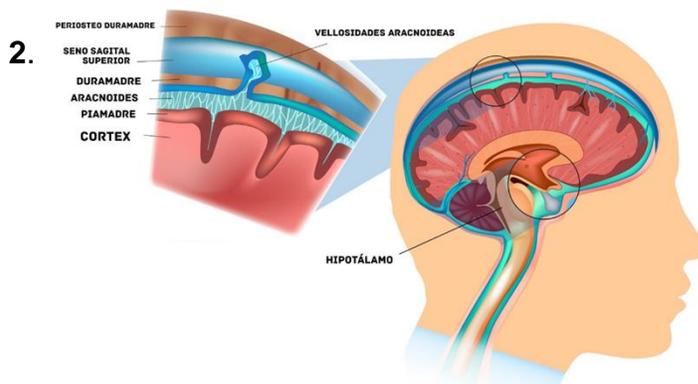
para la ordenación sistemática y jerarquizada de los grupos de animales y de vegetales.

## X. ANEXOS



**Figura 1. Punción lumbar**

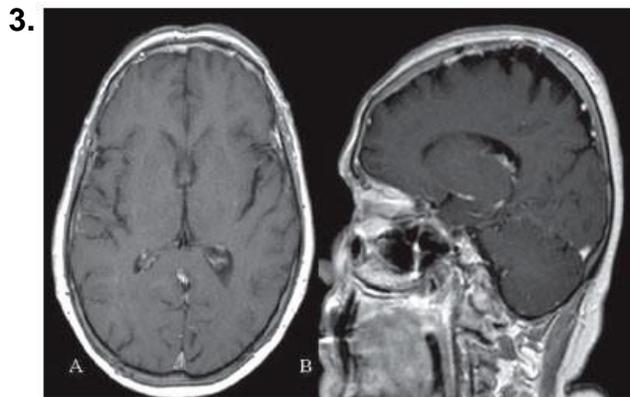
Una punción lumbar se realiza en la parte baja de la espalda, en la región lumbar. Durante una punción lumbar, se introduce una aguja entre dos huesos lumbares (vértebras) para extraer una muestra de líquido cefalorraquídeo. Este es el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal para protegerlos de lesiones (biblioteca nacional de medicina de los estados Unidos , 2020).



**Figura 2. Meninges**

Las tres capas delgadas de tejido que cubren y protegen el cerebro y la médula espinal. El encéfalo está alojado en la cavidad craneana, protegido por las meninges. Las mismas se disponen en tres capas, que de la superficie a la profundidad son: duramadre, aracnoides y piamadre. Entre estas membranas, el encéfalo y el cráneo, se limitan compartimentos o espacios donde se ubican las

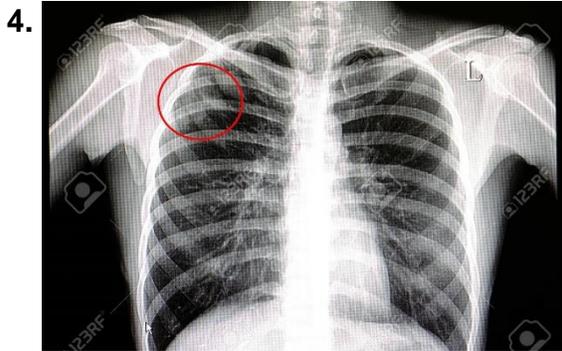
estructuras neurovasculares intracraneanas y líquido cefalorraquídeo (LCR) (Martínez Fernando, 2008).



**Figura 3. Tomografía axial computarizada (TAC)**

La tomografía axial computada (TAC) o también conocida como tomografía computada (TC), es un método imagenológico de diagnóstico médico, que permite observar el interior del cuerpo humano, a través de cortes milimétricos transversales al eje céfalo-caudal, mediante la utilización de los rayos X.

Los posibles usos de este método diagnóstico, son los siguientes: anomalías del cerebro y medula espinal, tumores cerebrales y accidentes cerebro vasculares, sinusitis, aneurisma de aorta, infecciones torácicas, enfermedades de órganos como el hígado, los riñones y los nódulos linfáticos del abdomen y muchos otros más (Pereira, 2004).



**Figura 4. Radiografía de tórax**

radiografía de tórax de un paciente masculino que muestra una tuberculosis pulmonar en el lóbulo superior. La radiografía de tórax posteroanterior (PA) y lateral sigue siendo la base de la radiología torácica. Debe ser por tanto el estudio inicial en todos los pacientes con sospecha de patología torácica (Romero, 2006).



**Figura 5. Escala de Bristol**

La escala de heces de Bristol o gráfico de heces de Bristol es una tabla visual de uso en medicina, destinada a clasificar la forma de las heces humanas en siete grupos. Fue desarrollada por Heaton y Lewis en la Universidad de Bristol y se publicó por primera vez en el Diario escandinavo de gastroenterología en 1997.

(Mínguez Pérez, 2009)

6.



**Figura 6. Escala de EVA**

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad (Garcia, 2020).