



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN UNA
PERSONA CON ENCEFALITIS AUTOINMUNE CON EL
MODELO DE DOROTHEA OREM”

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN

ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

P R E S E N T A:

L.E. VERÓNICA GREGORIO AVILA.



ASESOR ACADÉMICO:
E.E.N. VERÓNICA BALCÁZAR MARTÍNEZ.

CIUDAD DE MÉXICO, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN UNA
PERSONA CON ENCEFALITIS AUTOINMUNE CON EL
MODELO DE DOROTHEA OREM”

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN

ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

P R E S E N T A:

L.E. VERÓNICA GREGORIO AVILA.



ASESOR ACADÉMICO:
E.E.N. VERÓNICA BALCÁZAR MARTÍNEZ.

CIUDAD DE MÉXICO, 2021

RESUMEN

Intervenciones de enfermería en una persona con encefalitis autoinmune con el modelo de Dorothea Orem.

(Nursing interventions in a person with autoimmune encephalitis with the Dorothea Orem Model).

Introducción: la encefalitis autoinmune provoca inflamación del parénquima cerebral dando lugar principalmente a alteraciones psiquiátricas y crisis epilépticas. El presente estudio de caso describe un plan de intervenciones de enfermería en una mujer de 49 años con encefalitis autoinmune, captada durante la práctica clínica especializada de enfermería neurológica del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Objetivo: desarrollar un plan de intervenciones que permita la identificación de requisitos universales que se encuentren alterados en una persona con encefalitis autoinmune para restablecerlos mediante acciones de enfermería teniendo como base el modelo de Dorothea Orem.

Metodología: aplicación del instrumento de valoración neurológica, consulta de expediente clínico electrónico, entrevista al cuidador primario previo consentimiento informado, formulación de pregunta PICO para análisis de artículos en bases de datos y elaboración de un plan de alta.

Descripción del caso: inició su padecimiento el 27 de abril del 2021, 48 horas previas con cefalea punzante en región occipital EVA 6/10 episodios paroxísticos cuatro veces al día, alteración del lenguaje, periodos de agitación, inatención y labilidad emocional, punción lumbar arrojó discreto proceso inflamatorio por lo que se proporcionó manejo terapéutico.

Consideraciones éticas: se respetaron principios éticos de beneficencia, autonomía, veracidad y confiabilidad en el desempeño del rol profesional.

Conclusiones: se logró aplicar el proceso de atención de enfermería y dando seguimiento en la evolución de su enfermedad se traspolo el cuidado enfermero al hogar de la persona favoreciendo su rehabilitación y participación activa del cuidador primario.

Palabras clave: autoinmunidad, antígeno, anticuerpo, autoanticuerpos, cuidado, encefalitis, inmunoterapia, intervención, plasmaféresis, receptor NMDA, teratoma.

SUMMARY

Nursing interventions in a person with autoimmune encephalitis with the Dorothea Orem Model.

(Intervenciones de enfermería en una persona con encefalitis autoinmune con el modelo de Dorothea Orem).

Introduction: autoimmune encephalitis causes inflammation of the brain parenchyma leading mainly to psychiatric disorders and epileptic seizures. This case study describes a plan of nursing interventions in a 49-year-old woman with autoimmune encephalitis, captured during the specialized clinical practice of neurological nursing at the National Institute of Neurology and Neurosurgery.

Objective: develop an intervention plan that allows the identification of universal requirements that are altered in a person with autoimmune encephalitis to restore them through nursing actions based on Dorothea Orem's model.

Methodology: application of the neurological assessment instrument, consultation of the electronic clinical file, interview with the primary caregiver with prior informed consent, formulation of the PICO question for the analysis of articles in databases and preparation of a discharge plan.

Description of the case: her illness began on April 27, 2021, 48 hours prior with stabbing headache in the occipital region EVA 6/10 paroxysmal episodes four times a day, language alteration, periods of agitation, inattention and emotional lability, lumbar puncture discrete inflammatory process due to what therapeutic management was provided.

Ethical considerations: ethical principles of beneficence, autonomy, truthfulness and reliability in the performance of the professional role were respected.

Conclusions: It was possible to apply the nursing care process and following up on the evolution of the disease, nursing care was transferred to the person's home, favoring their rehabilitation and the active participation of the primary caregiver.

Key words: autoimmunity, antigen, antibody, autoantibodies, care, encephalitis, immunotherapy, intervention, plasmapheresis, NMDA receptor, teratoma.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi asesor académico E.E.N Verónica Balcázar Martínez, quién con su gran conocimiento y expertis, me guío y dio apoyo en cada una de las etapas de este estudio de caso para alcanzar los objetivos planteados y poder culminarlo, ha sido una persona importante en mi formación académica como enfermera especialista.

Agradezco a mi tutor de posgrado E.E.N Joseph Tiulenin Dimas Carrera, quien con su amplio conocimiento me proporcionó las bases para justificar cada intervención de enfermería que se realizó en la persona de este estudio de caso.

También quiero agradecer a Conacyt por considerarme como becaria y brindarme los recursos y herramientas que fueron necesarios para llevar a cabo este estudio de caso.

Doy gracias al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez por ser como un segundo hogar y darme las facilidades que se necesitaron para finalizar este estudio de caso.

Gracias a la señora Verónica E.F.G y familia por permitirme hacerlos partícipes de este estudio de caso para ayudar a mejorar su autocuidado y calidad de vida después de su proceso patológico.

Agradezco a Dios y a mi familia por estar apoyándome incondicionalmente, a cada uno de mis compañeros, a mi amiga Emily Joan Quezada Vilchis por su apoyo y motivación. No hubiese podido arribar a estos resultados de no haber sido por su incondicional ayuda.

DEDICATORIA

Este estudio de caso está dedicado a mis padres, quienes han sido el pilar fundamental que sostiene toda mi vida, a mis hermanos y cuñado quienes con sus palabras de aliento me impulsaron a seguir adelante en todo momento, pero especialmente esta dedicado a una persona que siempre creyó en mí, quién, con su gran sabiduría y experiencia, me guió, aconsejo y me impulso a realizar mis sueños mientras estuvo en vida, esa persona es mi abuelito Arturo Avila Cruz.

ÍNDICE

Introducción	1
Objetivos	3
General.....	3
Específicos	3
Capítulo 1. Fundamentación	4
Capítulo 2. Marco teórico	6
2.1 Marco conceptual.....	6
2.2 Marco empírico	8
2.3 Teoría o modelo de enfermería aplicado al estudio de caso	11
2.3.1 Paradigmas de enfermería	11
2.3.2 Factores determinantes de salud.....	12
2.3.3 Modelo del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem	12
2.3.4 Teoría del autocuidado	12
2.3.5 Teoría del déficit de autocuidado	13
2.3.6 Teoría de los sistemas de enfermería.....	14
2.3.7 proceso de atención de enfermería	14
2.4 Daños a la salud	17
Capítulo 3. Metodología	26
3.1 Aspectos éticos.....	28
Capítulo 4. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.....	30
4.1 Presentación del caso.....	30
4.1.1 Valoración inicial.....	31
4.2 Factores condicionantes	34
4.3 Desviaciones de la salud	35

4.4 Requisitos universales de autocuidado	35
4.5 Plan de cuidado	40
4.6 Valoraciones subsecuentes	55
4.6.1 Hospitalización – Neurología	55
4.6.2 Plan de cuidado	58
4.6.3 Hospitalización - Neuropsiquiatría	61
4.6.4 Plan de cuidado	63
Plan de alta	70
Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones	83
Referencias bibliográficas	85
Anexos	94
Apéndices	115

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas:

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de la encefalitis anti RNMDA.....	20
Tabla 2. Criterios diagnósticos de encefalitis A: General, B: Autoinmune, C: Límbica.....	23
Tabla 3. Criterios diagnósticos para encefalitis por anticuerpos anti R-NMDA	24
Tabla 4. Análisis de estudios de laboratorio 06/05/2021.....	32
Tabla 5. Factores condicionantes de la persona de estudio.....	34
Tabla 6. Requisitos universales de autocuidado de la persona estudiada.	35
Tabla 7. Análisis de estudios de laboratorio 07/05/2021.....	56
Tabla 8. Requisitos universales alterados de la persona estudiada.....	57
Tabla 9. Requisitos universales alterados de la persona estudiada.....	62
Tabla 10. Plan de alta CUIDARME.....	71
Tabla 11. Guía de desescalado verbal.....	82

Figuras:

Figura 1. Paradigmas de enfermería.....	11
Figura 2. Metaparadigma de enfermería.....	13
Figura 3. Proceso de Atención de Enfermería.....	15
Figura 4. Proceso de Atención de Enfermería con base en la teoría del “Déficit de autocuidado” de Dorothea Orem.....	16
Figura 5. Desencadenantes inmunológicos en la encefalitis anti-receptor de NMDA.....	19
Figura 6. Metodología PICO.....	27
Figura 7. Metaparadigma enfermero en el proceso salud-enfermedad de la persona del estudio de caso	28
Figura 8. Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo?	74
Figura 9. Ejercicios de estimulación cognitiva leve.....	80

INTRODUCCIÓN

El estudio de caso, es un método de investigación de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas que implica el proceso de indagación, el cual se puede definir como “un proceso continuo y dinámico que se caracteriza por diferentes momentos y niveles de profundización”; incluyendo la obtención de información mediante el análisis, identificación de problemas y potencialidades de la persona para poder realizar intervenciones y acciones de cuidado en la recuperación, prevención de enfermedades y promoción de salud en cada uno de los momentos de interacción con la persona.

La finalidad del presente estudio de caso es describir el abordaje y la aplicación de intervenciones especializadas de enfermería las cuales se planearon y ejecutaron mediante acciones de cuidado enfocadas en criterios y conocimiento clínico de la persona para posteriormente ser evaluadas, permitiendo emplear el método enfermero en una persona femenina de 49 años con diagnóstico médico de “encefalitis autoinmune” teniendo como base el modelo de Dorothea Orem.

La encefalitis autoinmune es una enfermedad que provoca inflamación del tejido cerebral, afectando de forma subaguda el sistema nervioso central a causa de factores inmunológicos (anticuerpos) contra antígenos que se encuentran presentes en el parénquima cerebral. La encefalitis autoinmune por anticuerpos del receptor anti NMDA tiene mayor incidencia entre las diferentes variantes estudiadas. La clínica varía de acuerdo con el tipo de anticuerpo anti neuronal que se diagnostique en la persona, la disminución del nivel de conciencia, alteraciones conductuales, cognitivas y crisis epilépticas son de mayor predominio.

Su mayor influencia es en adultos jóvenes y personas del sexo femenino. El diagnóstico es de vital importancia, determina la pauta de un tratamiento adecuado y oportuno. Las encefalitis autoinmunes responden favorablemente a tratamientos inmunomoduladores, la mejoría es lenta, prolongándose a meses o incluso años.

La recopilación y selección de información se realizó utilizando una pregunta clínica con la metodología PICO para consultar artículos que fueron encontrados en bases de datos, artículos científicos y estudios de caso centrados en la encefalitis autoinmune. Se realizó valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación de cada intervención de enfermería que se proporcionó en la persona con base en la teoría del “déficit de autocuidado” de Dorothea Orem, dicha teoría se centra en la práctica de actividades de bienestar que las personas realizan a sí mismas en cada etapa de su desarrollo evolutivo, mediante la satisfacción de requisitos que regulan su funcionalidad.

La alteración en alguno de los requisitos que establece Orem limita las acciones relacionadas con la salud o el cuidado, requiriendo la implementación de los sistemas de enfermería, que actúan con relación a las necesidades terapéuticas y el grado de dependencia del cuidado de la persona.

La metodología de este estudio permite identificar cada paso del proceso enfermero, así como las intervenciones de enfermería que se llevaron a cabo en la persona durante su estancia en el servicio de hospitalización-Neurología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez.

OBJETIVOS

General

- ✓ Desarrollar un plan de intervenciones que permita la identificación de los requisitos universales que se encuentren alterados en una persona con encefalitis autoinmune para restablecerlos mediante acciones de enfermería teniendo como base el modelo de Dorothea Orem.

Específicos

- ✓ Aplicar un instrumento de valoración de enfermería neurológica para la detección de alteraciones en los requisitos universales de la persona.
- ✓ Formular diagnósticos de enfermería, reales, potenciales y de bienestar a través de las respuestas fisiológicas de la persona que permitan la selección idónea de intervenciones especializadas de enfermería.
- ✓ Planificar intervenciones especializadas de enfermería estableciendo prioridades de acuerdo con su jerarquía.
- ✓ Ejecutar intervenciones especializadas de enfermería para obtener las metas deseadas en las respuestas fisiológicas de la persona.
- ✓ Evaluar resultados de las intervenciones especializadas de enfermería.

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACIÓN

Hablar de encefalitis es identificar una enfermedad con variantes fisiopatológicas autoinmunes que intervienen en la presentación y grado de severidad en cada persona diagnosticada con este problema. Esta patología tuvo un gran auge en el año de 1914 en Europa, Constantin von Economo fue quien describió por primera vez esta enfermedad, identificó manifestaciones clínicas que se caracterizaban por: trastornos motores, rigidez, estupor e inconsciencia. Tras el paso de los años se demostró que la encefalitis se asociaba a virus y mecanismos autoinmunes relacionados con la detección de tumores los cuales manifestaban síntomas neurológicos. En el año 2007 el Dr. Joseph Dalmau y colaboradores aislaron anticuerpos en mujeres con teratomas ováricos que presentaron cuadros psiquiátricos, a partir de esta fecha se han descrito nuevos anticuerpos antineuronales.^{1,2}

Actualmente la incidencia de enfermedades autoinmunes alrededor del mundo se encuentra entre el 5 y 7%, ocupando el tercer lugar de frecuencia las encefalitis autoinmunes.^{3,4}

Las encefalitis autoinmunes por anticuerpos del receptor anti NMDA tienen mayor incidencia entre las diferentes variantes estudiadas, se presenta en niños y adultos jóvenes, con predicción por el sexo femenino relación 4:1 respecto al sexo masculino, en una edad promedio de entre la segunda y quinta década de la vida.^{5,6}

Cabe mencionar que a pesar de que la incidencia es relativamente baja, los daños neurológicos y secuelas que deja en las personas diagnosticadas con esta patología son graves y discapacitantes para la vida y la función, las alteraciones cognitivas y conductuales afectan la calidad de vida, el diagnóstico y tratamiento oportuno se pueden ver retrasados por la confusión de manifestaciones psiquiátricas como describen Salazar “et al” (6) en su reporte de caso clínico de una mujer de 24 años, que inició su padecimiento con síntomas que simulaban un cuadro de esquizofrenia aguda y tras realizar estudios de análisis de líquido cefalorraquídeo, tomografía, resonancia magnética y electroencefalograma se diagnosticó tardíamente con encefalitis autoinmune.⁶

La recuperación de las personas con esta patología es lenta, como menciona Pérez y Salazar (5) en su reporte de caso y revisión de literatura; el tratamiento está centrado en la inmunoterapia de primera línea que mejora en el 53% de las personas, inicia con corticosteroides (metilprednisolona 1 gr diario por 5 días), inmunoglobulina G intravenosa (0.4 mg/Kg diarios por 5 días) o plasmaféresis después de la resección tumoral, si existiera.

El 43% de las personas que no mejoran, reciben inmunoterapia de segunda línea con anticuerpos monoclonales como el Rituximab y antineoplásicos como la Ciclofosfamida en fases continuas mensualmente teniendo mejoría en el 80% de las personas, la recuperación puede prolongarse hasta 18 meses, con riesgo de 15 a 24% de tener recaídas años después.⁵

En el campo de enfermería se tiene poca evidencia científica relacionada con los cuidados e intervenciones que se proporcionan en cada fase y etapa de la enfermedad, así como el acompañamiento de la persona enferma y su familia. Las intervenciones y acciones de enfermería están centradas en la contención y control de las manifestaciones clínicas derivadas de la enfermedad y en los cuidados específicos para la aplicación de los diferentes tratamientos como la plasmaféresis por mencionar uno. Por tales razones se considera importante la realización de este estudio de caso, ya que permitirá extender el panorama de las intervenciones de enfermería neurológica proporcionadas en la atención de una persona que cursa con dicha patología y ha tenido desviación de su estado de salud.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual

Definición de las palabras clave:

- Autoinmunidad: es una respuesta inmune contra uno o varios antígenos propios. Para que se produzca la autoinmunidad es necesario que exista reconocimiento previo del sistema inmune a estos antígenos propios.⁷
- Antígeno: agentes extraños al organismo son de procedencia exógena o endógena y requieren una barrera para ser combatidos.⁸
- Anticuerpo: son un tipo de proteínas denominadas glicoproteínas, funcionan como la parte específica del complejo receptor de células B.⁸
- Autoanticuerpos: son el resultado de errores en los mecanismos de regulación o de un aumento considerable en los autoantígenos por alteración en los mecanismos de regulación.⁹
- Cuidado: actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.¹⁰
- Encefalitis: inflamación del parénquima cerebral, clínicamente manifestado como encefalopatía con signos difusos o focales (déficit motor, sensitivo, neuropatía craneal, etc).¹¹
- Inmunoterapia: tratamiento que busca tener efecto antitumoral, mejorando la respuesta inmunológica de la persona frente al tumor, a diferencia de tratamientos convencionales que tratan de afectar directamente al tumor.¹²

- Intervención: tratamiento que realizan los profesionales de enfermería que incluyen acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin.¹³
- Plasmaféresis: recambio plasmático terapéutico (RPT) es un procedimiento terapéutico de depuración sanguínea extracorpórea, consiste en la extracción de un volumen determinado de plasma que es reemplazado por un líquido de reposición para eliminar moléculas de gran peso, patógenos o inmunocomplejos circulantes en el plasma que intervienen en la respuesta inmune patológica y que se consideran responsables de una enfermedad o sus manifestaciones clínicas.¹⁴
- Receptor NMDA: (N-metil-D-aspartato) es un receptor ionotrópico del glutamato, juega un papel importante en el desarrollo del dolor, tiene funciones en la neuroplasticidad y excitotoxicidad.¹⁵
- Teratoma: son tumores de células germinales, se clasifican en tumores maduros (quísticos o sólidos), que contienen tejidos bien diferenciados, o tumores inmaduros, cuando contienen estructuras inmaduras y embrionarias según la proporción de tejido neural que tengan.¹⁶

2.2 Marco empírico

El análisis realizado de los documentos que aportaron la evidencia científica para fundamentar este estudio se centró en reportes de casos, revisiones literarias y artículos de revisión ya que contenían cifras epidemiológicas, presentación clínica, diagnóstico y manejo terapéutico que se llevó a cabo en cada persona con encefalitis autoinmune.

De acuerdo con Guasp “et al” (17) en su artículo “Encefalitis autoinmunes” mencionan que en los últimos años se ha descubierto que las encefalitis asociadas a anticuerpos antineuronales no sólo ocurren en pacientes con cáncer, sino también en aquellos sin neoplasia subyacente, cabe resaltar que la encefalitis por anticuerpos antirreceptor de NMDA es la de mayor frecuencia, se asocia a un tumor (generalmente un teratoma) varía según la edad, sexo y raza, en mujeres de 12 a 45 años la prevalencia de teratoma ovárico llega al 50%. En un estudio reciente con 577 pacientes, donde 12 de ellos fueron hombres mayores de 45 años, se encontró que tres tenían un tumor asociado (25%) evidenciando que la alta prevalencia se identifica en mujeres. Respecto a las manifestaciones clínicas el estudio mostró que los varones jóvenes frecuentemente tienen crisis epilépticas como primer síntoma de presentación. En los pacientes de más de 45 años predominan los déficits de memoria y las alteraciones conductuales.¹⁷

Pérez y Salazar (5) en su artículo de revisión “Encefalitis Autoinmune Antirreceptor de NMDA: Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura” describen la situación que cursó un hombre de 22 años que inició su padecimiento en varias semanas, primero con infección de vías respiratorias y posteriormente crisis epilépticas tónico clónicas generalizadas que se repitieron a las 48 horas, acompañado de trastorno conductuales, confusión y desorientación, días posteriores alucinaciones visuales, requirió manejo terapéutico por crisis epilépticas, continuando con periodos de agitación psicomotriz por lo que lo refieren a psiquiatría para hospitalización donde cursa con periodos febriles y deterioro de consciencia, fue ingresado a terapia intensiva donde lo diagnosticaron con encefalitis autoinmune, el diagnóstico tardío deterioró a la persona y tras un largo lapso de tiempo en el hospital logro egresar con déficits que requirieron rehabilitación. ⁵

Ante la falta de una de clínica que caracterice la encefalitis autoinmune, se suele retrasar su diagnóstico, la mayoría de ellas cursan con un cuadro inicial psiquiátrico, donde los pacientes generalmente presentan: confusión, irritabilidad, mirada fija, movimientos distónicos, posturas catatónicas y crisis epilépticas que en muchas ocasiones se confunden con otras patologías psiquiátricas como describen Salazar “et al”⁽⁶⁾ en su reporte de caso clínico “Encefalitis Autoinmune Anti-Receptor NMDA Reporte de Caso Clínico y Revisión de Literatura” refieren el caso de una mujer de 24 años, que inició su padecimiento con síntomas que simulaban un cuadro de esquizofrenia aguda y tras realizar varios estudios se diagnosticó tardíamente con encefalitis autoinmune.⁶

Collao “et al” (18) en su artículo de revisión “Encefalitis autoinmunes: criterios diagnósticos y pautas terapéuticas” realizaron un análisis en diferentes bases de datos donde seleccionaron artículos que tuviesen un número mayor de casos descritos y publicados en Chile, incluyeron artículos de revisión por expertos y criterios diagnósticos de las sociedades de encefalitis internacionales, obteniendo como resultado un resumen del cuadro clínico que se manifiesta principalmente, estudios a realizar, diagnóstico y manejo terapéutico.¹⁸

Guasp “et al” (17) refieren que la estrategia terapéutica propuesta actualmente se basa en dos líneas de inmunoterapia: la primera, que incluye esteroides, inmunoglobulinas humanas intravenosas y recambio plasmático, la segunda consistente en rituximab y ciclofosfamida. En el estudio de cohorte de 577 pacientes con encefalitis anti-NMDAR, aproximadamente el 50% respondió al tratamiento de primera línea, el 50% restante que no respondió al primer tratamiento recibió inmunoterapia de segunda línea teniendo mejores resultados.¹⁷

Palomino “et al” (19) en su reporte de caso “Encefalitis autoinmune mediada por anticuerpos contra el receptor N-METIL-D-ASPARTATO: Reporte de cuatro casos en Perú”, presentan cuatro personas con el diagnóstico definitivo de encefalitis autoinmune por anti-NMDAR mencionan que durante su manejo todos los pacientes cursaron con crisis epilépticas, tres casos desarrollaron un estado epiléptico refractario, tres de ellos manifestaron alteraciones neuropsiquiátricas, discinesias y disautonomías solo dos casos

requirieron soporte ventilatorio. En cuanto al diagnóstico todos presentaron un electroencefalograma anormal, dos casos tuvieron pleocitosis en líquido cefalorraquídeo, y uno mostró anomalías cerebrales en la resonancia magnética. Respecto al manejo terapéutico todos recibieron inmunoterapia con metilprednisolona y sólo dos requirieron plasmaféresis por respuesta ineficaz al tratamiento con corticoides. A los 12 meses sólo un caso no logró la independencia funcional, demostrando que la encefalitis anti-NMDAR es una patología tratable que depende del reconocimiento temprano junto con un tratamiento adecuado para una evolución favorable en las personas.¹⁹

2.3 Teoría o modelo de enfermería aplicado al estudio de caso

La enfermería es una ciencia humana que utiliza el conocimiento de diversas disciplinas para comprender y desarrollar la práctica del cuidado, tiene una perspectiva única de ver el proceso salud-enfermedad, permitiendo definir la naturaleza y límites de sus investigaciones utilizando un método sistemático para brindar cuidados. Cuenta con un código de ética y está normada formalmente para ser ejercida como práctica social. ²⁰

2.3.1 Paradigmas de Enfermería

Los paradigmas son corrientes de pensamiento, maneras de ver y comprender el mundo que influyen en el desarrollo del saber. S. Kérouac analizó los modelos y teorías de enfermería clasificando tres paradigmas integrando el pensamiento enfermero en el desarrollo del pensamiento científico. ²⁰

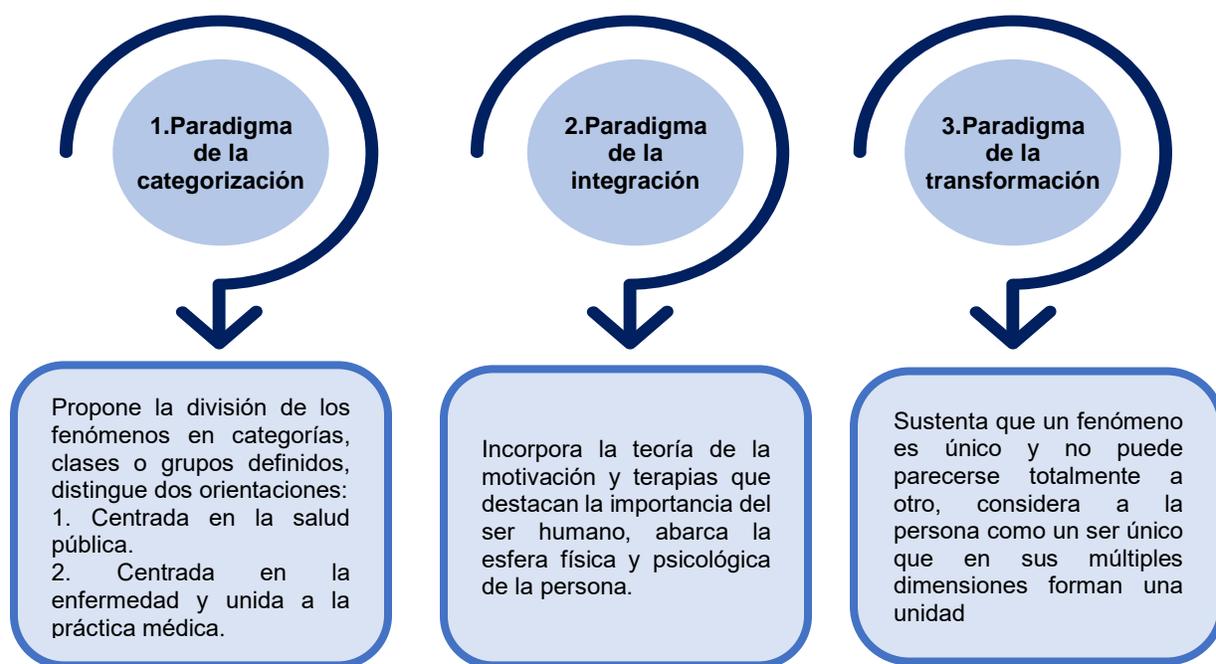


Figura 1. Paradigmas de enfermería. L.E Verónica Gregorio Avila, 16 va generación Enfermería Neurológica. Adaptado de: Guillén Velasco Rocío del Carmen, "Fundamentos Disciplinarios y Profesionales; Las Disonancias del Cuidado"; Primer Edición, México, ENEO, enero 2021, Págs.:1-5.

2.3.2 Factores determinantes de salud

Marc Lalonde, ministro de sanidad canadiense, enunció un modelo el cual establece que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores:

1. Medio Ambiente: factores que afectan al entorno del hombre y que influyen decisivamente en su salud, ambiente natural y entorno social.
2. Estilos y hábitos de vida: considera los comportamientos y hábitos de vida que condicionan negativamente la salud.
3. Sistema sanitario: conjunto de centros, recursos humanos, medios económicos, materiales y tecnologías.
4. Biología humana: carga genética y factores hereditarios.²¹

2.3.3 Modelo del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

Esta teórica define su modelo como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí:

- Teoría de autocuidado
- Teoría del déficit autocuidado
- Teoría de los sistemas de Enfermería.

2.3.4 Teoría del autocuidado

Es una actividad aprendida por los individuos dirigida sobre sí mismos, hacia los demás o el entorno, de tal forma que regulan los factores que pueden afectar su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Establece requisitos de autocuidado forman parte de la valoración de la persona:

- Requisitos de autocuidado universal.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

El marco conceptual más global de una disciplina compartida por una comunidad científica como enfermería es el metaparadigma. Los conceptos o constructos que forman este gran paradigma son cuatro: persona, entorno, salud y enfermería los cuales Dorothea definió de la siguiente forma: ²³

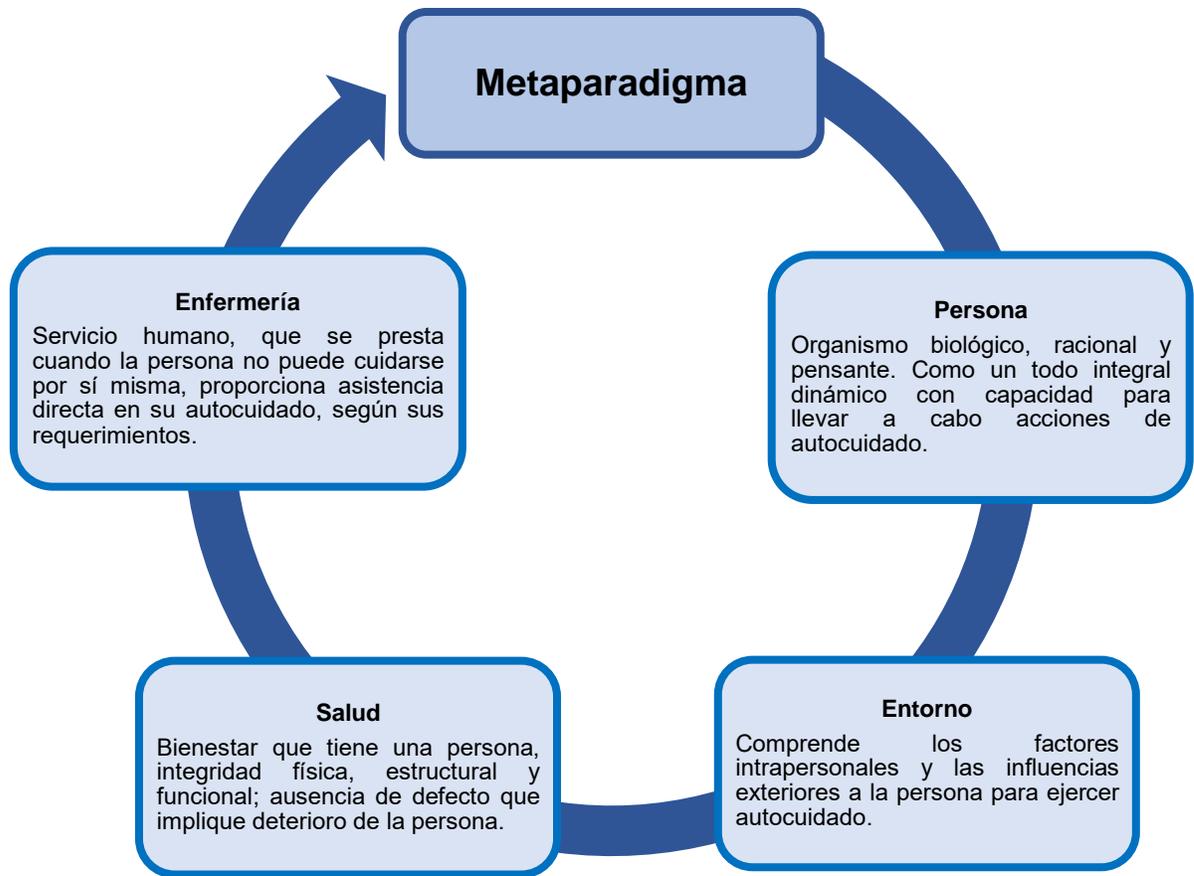


Figura 2. Metaparadigma de enfermería. L.E Verónica Gregorio Avila, 16 va generación Enfermería Neurológica. Adaptado de: Lozano AR. Manual CTO de Enfermería. Editorial CTO, 2018.p. 19-21.

2.3.5 Teoría del déficit de autocuidado.

Es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las necesidades humanas que no son adecuadas para cubrirlas. En esta situación, la persona requiere ayuda que puede proceder de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

2.3.6 Teoría de los sistemas de Enfermería.

Para determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería, establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería.

- Sistema totalmente compensador: la enfermera realiza el principal papel compensatorio para la persona.
- Sistema parcialmente compensador: la enfermera actúa con un papel compensatorio, pero la persona está más implicada en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.
- Sistema de apoyo educativo: la persona es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones.²²

2.3.7 Proceso de Atención de Enfermería

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado que administra cuidados individualizados centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona, familia o comunidad a las alteraciones de salud reales o potenciales. Se caracteriza por ser flexible, dinámico, interactivo y sistemático.

Consta de cinco etapas:

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación ²³

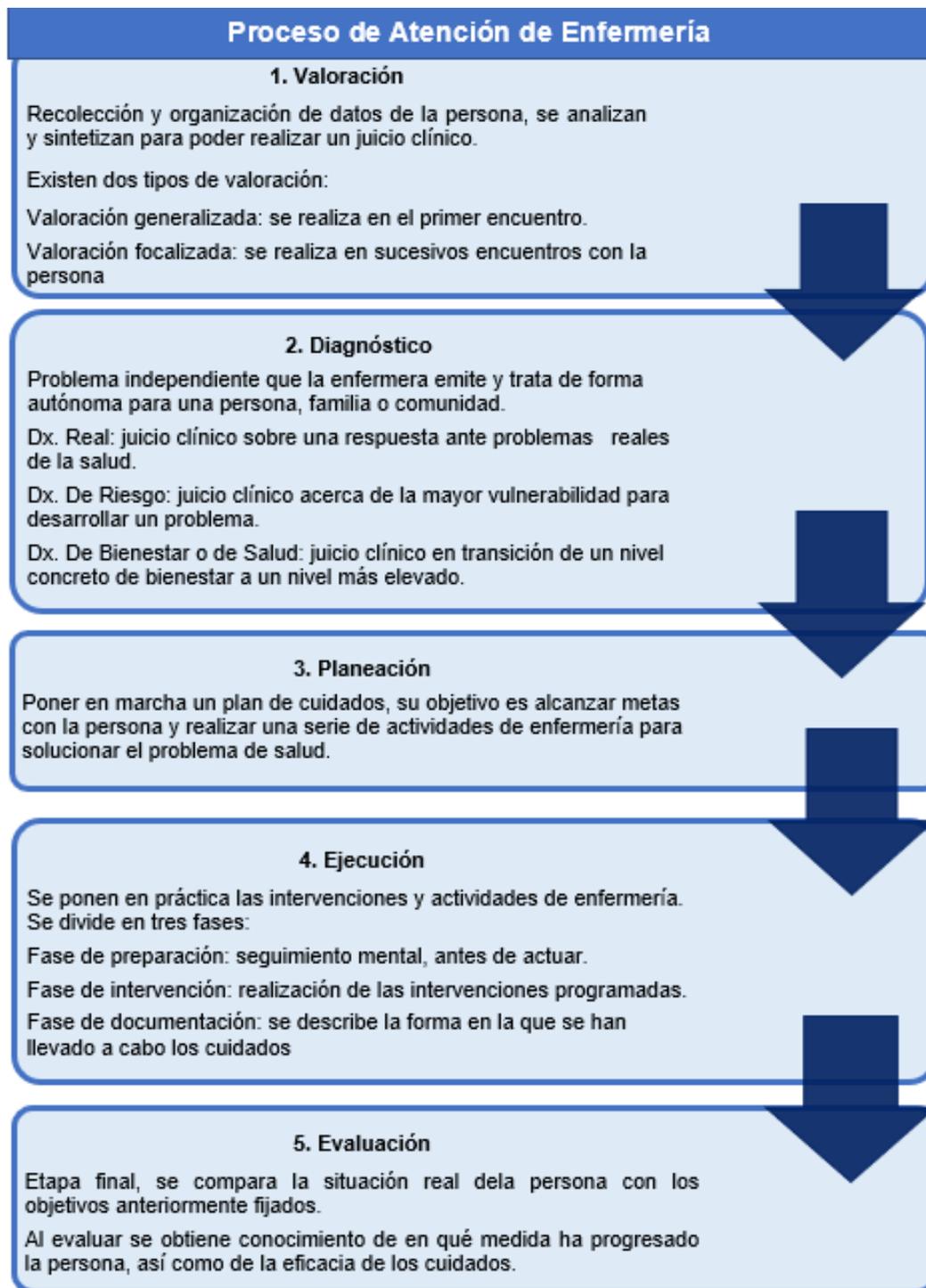


Figura 3. Proceso de Atención de Enfermería. L.E Verónica Gregorio Avila, 16 va generación Enfermería Neurológica. Adaptado de: Lozano AR. Manual CTO de Enfermería. Editorial CTO, 2018.p. 33-49.

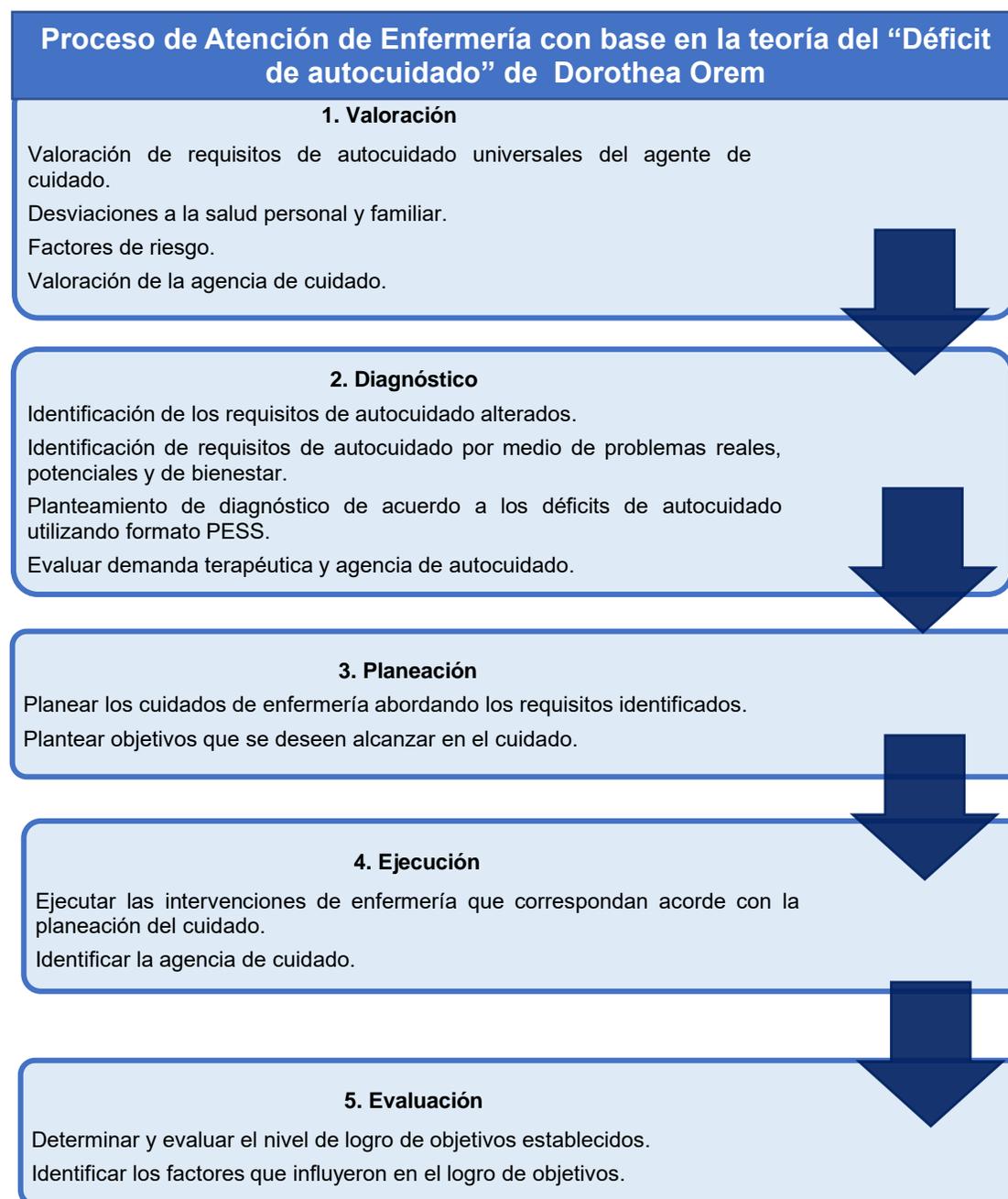


Figura 4. Proceso de Atención de Enfermería con base en la teoría del “Déficit de autocuidado” de Dorothea Orem. L.E Verónica Gregorio Avila, 16 va generación Enfermería Neurológica. Adaptado de: Lozano AR. Manual CTO de Enfermería. Editorial CTO, 2018.p. 33-49 y Raile M, Marriner; Modelos y Teorías en enfermería. 7a ed. España: Elsevier; 2011. p.265-281.

2.4 Daños a la salud

Encefalitis autoinmune

Definición

Las encefalitis autoinmunes se definen como “cuadros inflamatorios que afectan en forma subaguda al sistema nervioso central por acción de anticuerpos antineuronales específicos, se manifiestan por compromiso de conciencia, trastornos psiquiátricos, movimientos anormales, trastornos autonómicos y crisis epilépticas”.³

Epidemiología

De acuerdo con los datos estadísticos revisados, la incidencia de enfermedades autoinmunes alrededor del mundo se encuentra entre el 5 y 7%. La incidencia anual de todos los tipos de encefalitis es de 5 a 8 por 100 000 habitantes, estudios han mostrado que las encefalitis autoinmunes ocupan el tercer lugar de frecuencia después de las encefalitis infecciosas.^{3,4}

La encefalitis anti NMDA tiene predominio en la niñez y en adultos jóvenes, con predicción por el sexo femenino relación 4:1, en una edad promedio de entre la segunda y quinta década de la vida.^{5,6}

Etiología

Su origen es a causa de factores inmunológicos contra antígenos presentes en el parénquima cerebral. Dependiendo del tipo de inmunidad y antígeno, se subdividen en dos, la primera es producida por anticuerpos contra antígenos de superficie celular y la segunda es desarrollada por anticuerpos contra antígenos intracitoplasmáticos.^{18, 25}

En la primera subdivisión los anticuerpos tienen un rol patogénico por sí mismos, produciendo alteración funcional de los receptores y otras proteínas de membrana, como es el caso de la encefalitis por anticuerpos anti receptor de N-metil-D aspartato (R-NMDA). Mientras que en la segunda subdivisión el daño está relacionado con la

inmunidad celular y tienen una fuerte asociación a tumores, como es el caso de los anticuerpos anti núcleo neuronal tipo 1 y 2 (ANNA-1 y 2) o anti Hu y anti Ri.²⁵

La encefalitis anti NMDA está asociada a neoplasia oculta en un 38 a 50% de los casos, el teratoma ovárico es más frecuente en mujeres adultas, se estima que en un 50 a 58%, el cáncer de pulmón, mamá, páncreas, tumores celulares germinales, neuroblastoma y linfoma de Hodgkin son menos frecuentes. En hombres adultos está asociado a carcinoma de células germinales en un 5%. Inicialmente se pensaba que la encefalitis anti NMDA era una patología exclusivamente paraneoplásica, actualmente se ha identificado que puede presentarse con o sin tumor y es principal responsable de las encefalitis de causa indeterminada.^{5,6,18,26}

Fisiopatología

Aunque no está bien definida de acuerdo con Torres BVT “et al”, en su artículo “Las diferentes facetas de la encefalitis autoinmune” refiere que su base es multifactorial, donde intervienen factores genéticos y ambientales. En las encefalitis autoinmunes se producen autoanticuerpos, identificando dos subdivisiones o tipos:

1. Antígenos de superficie celular: tienen dominio extracelular de antígenos específicos de la neuroglía, destacando los anticuerpos anti NMDA.
2. Antígenos intracitoplasmáticos: su dominio está en las células neuronales, estrechamente ligados a síndromes paraneoplásicos.

Los antígenos de superficie celular tienen rápida accesibilidad a todos los componentes del sistema inmunológico, este proceso está facilitado por una alteración en la homeostasis de la barrera hematoencefálica y a su vez asociado a una inadecuada infiltración de linfocitos B, provocando desregulación inflamatoria que genera interrupción de uniones celulares.²⁷

La encefalitis anti RNMDA genera respuesta inmunomediada en la porción externa del receptor NMDA, provocando desequilibrio en la transmisión sináptica y plasticidad

neuronal, tiene mayor repercusión a nivel hipocampal ya que en esta estructura los receptores están presentes en mayor proporción, esto explica el daño progresivo de las funciones superiores, psicosis y disquinesias.^{6,17,19}

Los antígenos intracitoplasmáticos o intracelulares son mayormente sugerentes a síndromes paraneoplásicos por presencia de biomarcadores tumorales, los cuales se expresan en antígenos onconeuronales (proteínas neuronales) el daño neurológico está mediado por linfocitos T citotóxicos.^{27, 28}

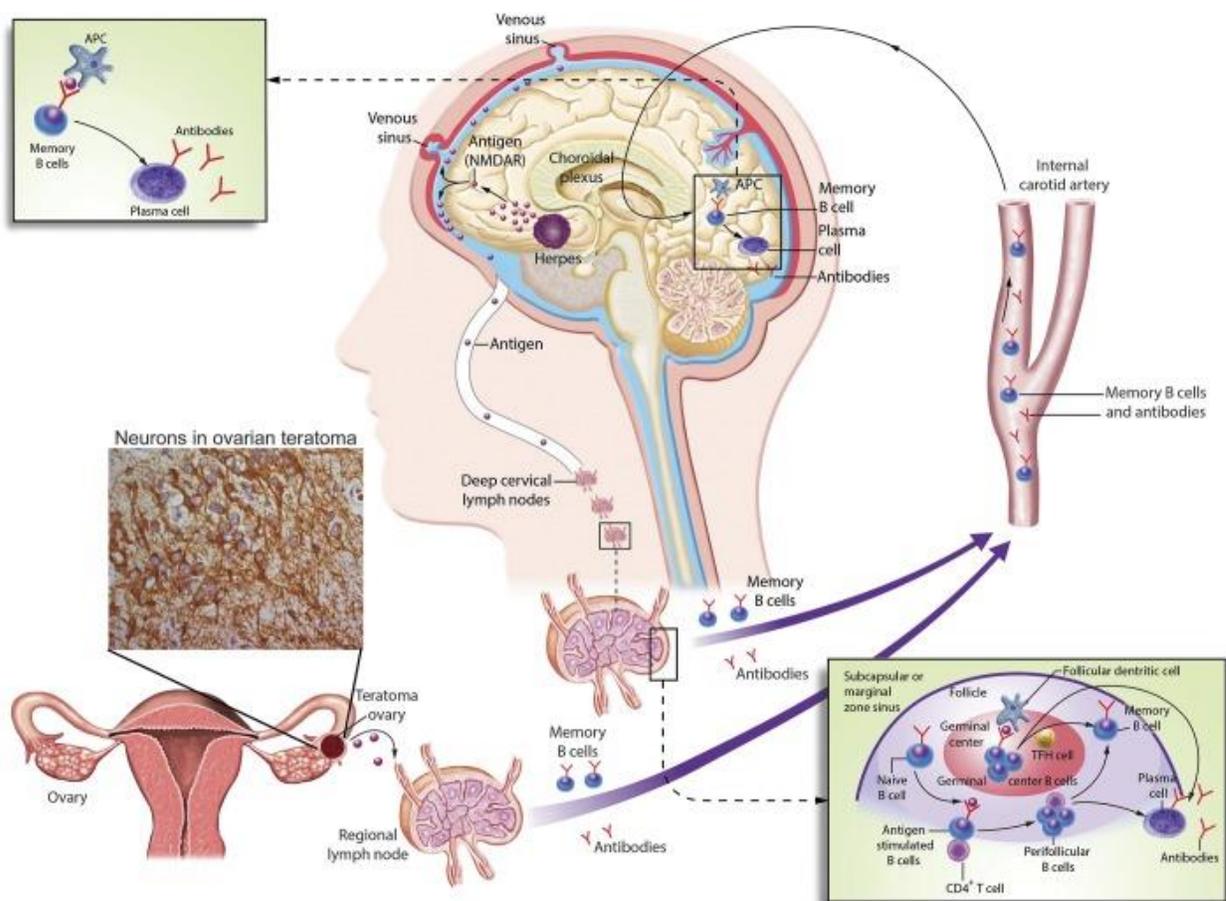


Figura 5. Desencadenantes inmunológicos en la encefalitis anti-receptor de NMDA. Fuente: Dalmau J. NMDA receptor encephalitis and other antibody-mediated disorders of the synapse. *Neurology*. 2016 [Citado 2021 junio 19]; 87(23): 2471–2482. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5177671/>

Manifestaciones clínicas

Las características clínicas de las encefalitis autoinmunes varían según el tipo de anticuerpo anti neuronal que se encuentre involucrado, en general tienen una presentación subaguda con un pico que va de semanas a meses desde que hay inicio de síntomas, tienen un periodo prodrómico y habitualmente presentan alteraciones conductuales, alteraciones cognitivas que varían según el área afectada, y crisis epilépticas. Dependiendo de la disfunción neuronal que causen los anticuerpos será la presentación clínica ya que provoca disminución de corrientes sinápticas.^{1,5,18,19}

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de la encefalitis anti RNMDA

Manifestaciones clínicas	
Período prodrómico: ocurre en un promedio de 5 días previo al inicio de cambios conductuales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefalea ▪ Fiebre ▪ Mialgias ▪ Náuseas ▪ Diarrea ▪ Síntomas gastrointestinales y/o vía respiratoria superior.
Cambios conductuales: pueden manifestarse leves en un inicio.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansiedad ▪ Cambios de ánimo
Manifestaciones Psiquiátricas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Delusiones ▪ Alucinaciones visuales y auditivas ▪ Insomnio ▪ Agitación psicomotriz ▪ Perturbación perceptiva ▪ Catatonia
Trastornos Cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteraciones del lenguaje y memoria ▪ Amnesia anterógrada ▪ Inatención ▪ Disfunción ejecutiva
Crisis Epilépticas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Focales, generalizadas o mixtas ▪ Estado epiléptico
Disfunción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertermia ▪ Taquicardia, arritmias

Autonómica

- Hipertensión
- Incontinencia urinaria
- Hipoventilación central

L.E Verónica Gregorio Avila, 16 va generación Enfermería Neurológica. Adaptado de: Palomino LH, Segura CD, Quispe OD, Castro SS, De la CW, Zapata LW, "et al". Encefalitis autoinmune mediada por anticuerpos contra el receptor N-METIL-D-ASPARTATO: Reporte de cuatro casos en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019 [Citado 2021 mayo 19];36(1):138-44. Disponible en: content.ebscohost.com

Diagnóstico

Como primera medida se deben descartar causas infecciosas, vasculares o metabólicas, el diagnóstico se basa en la detección de presencia de anticuerpos y la respuesta a la inmunoterapia, pero en la mayoría de los casos esto no es posible debido a que el análisis de anticuerpos no es tan accesible en las instituciones y los resultados tardan varias semanas, cabe resaltar que la ausencia de autoanticuerpos no excluye la posibilidad del diagnóstico.^{6,18}

Estudios de laboratorio y gabinete:

- ✓ Análisis de líquido cefalorraquídeo: la persistencia de anticuerpos en el líquido cefalorraquídeo tiene relación directa con la evolución clínica, puede presentar anomalías en un 80% que incluyen pleocitosis linfocitaria, proteínas normales o discretamente aumentadas, en un 60 % bandas oligoclonales positivas.
- ✓ La sensibilidad en la detección de anticuerpos en suero es menor, el 15% de los casos hay falsos negativos o falsos positivos.
- ✓ La resonancia magnética es normal en un 70%, aunque pueden encontrarse hiperintensidades en los lóbulos temporales, corteza cerebral y cerebelosa, cuerpo calloso y tronco cerebral.
- ✓ En el electroencefalograma se observa actividad generalizada lenta, sin descargas ictales o sobreponerse descargas ictales. En menores casos se

muestran actividad delta rítmica con brotes de actividad beta, un hallazgo asociado a mayor prolongación de la enfermedad es el patrón delta en cepillo o delta brush.

- ✓ En caso del diagnóstico en una mujer hay posibilidad de que exista un teratoma ovárico, lo que amerita rastreo por medio de resonancia magnética, tomografía o ecografía.⁵

En el año 2013, el Consorcio Internacional de Encefalitis publicó algoritmos diagnósticos para uniformar el estudio inicial y ajustar la sospecha clínica (Tabla 2). Estos algoritmos diagnósticos han sido útiles para el estudio de encefalitis por causas infecciosas, pero no lo son tanto para aquellas de etiología autoinmune. Debido a estas diferencias y a la creciente cantidad de nuevos casos, Graus y colaboradores en el 2016 publicaron una estandarización del estudio y diagnóstico de la encefalitis autoinmune (Tabla 3).¹⁸

En estos criterios se dio énfasis a la presentación clínica y hallazgos en el estudio complementario, tratando de obviar la necesidad de contar con los anticuerpos específicos, debido a lo poco disponible de éstos en la mayoría de los países.¹⁸

El diagnóstico diferencial está en relación a otras encefalopatías agudas o subagudas, incluyendo desórdenes psiquiátricos primarios en donde se manifiesta la psicosis aguda o esquizofrenia, catatonía, síndrome neurológico maligno, encefalitis viral, letárgica o status epiléptico.^{5,18}

Tabla 2. Criterios diagnósticos de encefalitis A: General, B: Autoinmune, C: Límbica

A. Criterios diagnósticos de encefalitis
1. Encefalopatía (alteración del nivel de conciencia > 24 h, incluye somnolencia, y/o cambios conductuales)
2. Dos o más de los siguientes:
a) Fiebre o historia de fiebre
b) crisis epilépticas o signos neurológicos focales.
c) Pleocitosis del líquido ceforraquídeo (LCR) (> 4 cel/ μ L)
d) EEG sugerente de encefalitis, (enlentecimientos inespecíficos, ondas periódicas, actividad epileptiforme) que no se atribuyan a otra causa
e) Alteraciones en las neuroimágenes sugerente de encefalitis (anormalidades del parénquima cerebral de inicio reciente)
B. Criterios diagnósticos para encefalitis autoinmune (posible)
Debe cumplir los 3 criterios
1. Perfil subagudo < 3 meses de evolución:
Déficit en la memoria de trabajo, alteración del estado mental o síntomas psiquiátricos
2. Al menos uno de los siguientes:
a) Nuevos hallazgos focales del SNC
b) Crisis epilépticas no explicadas por epilepsia antigua
c) Pleiocitosis del LCR > 4 cel/ μ L.
d) RM de cerebro sugerente de encefalitis (hiperintensidad en T2 o flair de lóbulo temporal medial, compromiso multifocal de sustancia gris, blanca o ambas compatible con desmielinización o inflamación)
3. Exclusión de otras causas
C. Criterios diagnósticos para encefalitis límbica definitiva
Debe cumplir los 4 criterios (pueden ser 3 más la presencia de anticuerpos antineuronales o anti onconeurales)
1. Perfil subagudo < 3 meses de evolución:
Déficit en la memoria de trabajo y corto plazo, síntomas psiquiátricos, crisis epilépticas
2. RM de cerebro con hiperintensidad en T2 o Flair restringido al lóbulo temporal medial bilateral
3. Al menos uno de los siguientes:
a. Pleocitosis del LCR > 4 cel/ μ L
b. EEG con actividad lenta o epiléptica en los lóbulos temporales
4. Exclusión de otras causas
LCR: Líquido ceforraquídeo; RM: Resonancia magnética; EEG: Electroencefalograma.

Fuente: Collao PJP, Romero UC, Delgado DC. Encefalitis autoinmunes: criterios diagnósticos y pautas terapéuticas. Rev Med Chile 2018. Citado 2021 mayo 25;146: 351-361 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300351>

Tabla 3. Criterios diagnósticos para encefalitis por anticuerpos anti R-NMDA

Probable
Debe cumplir los 3 criterios
1. Perfil subagudo de < 3 meses de evolución, con 4/6 síntomas:
a) Alteraciones cognitivas o de la conducta (psiquiátricas)
b) Alteraciones del habla (mutismo, reducción del lenguaje)
c) crisis epilépticas
d) Movimientos anormales, disquinesias, rigidez o posturas anormales.
e) Disminución del nivel de conciencia
f) Disfunción autonómica o hipoventilación central
2. Al menos uno de los siguientes exámenes:
a) EEG anormal: lentitud o desorganización, actividad epileptiforme, extreme delta brush
b) LCR con pleocitosis o bandas oligoclonales
3. Exclusión de otras causas
Definitiva
1. Uno o más de los criterios en 1
2. Presencia de AC IgG anti R Glu N1 de NMDA 1

LCR: Líquido cefalorraquídeo; RM: Resonancia magnética; EEG: Electroencefalograma.

Fuente: Collao PJP, Romero UC, Delgado DC. Encefalitis autoinmunes: criterios diagnósticos y pautas terapéuticas. Rev Med Chile 2018. Citado 2021 mayo 25];146: 351-361 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300351>

Tratamiento

El tratamiento se centra en la inmunoterapia y manejo del tumor si se detecta. La inmunoterapia como primera línea se inicia con corticoides: metilprednisolona 1 gr diario por 5 días, inmunoglobulina G intravenosa 0.4mg/Kg diarios por 5 días o plasmaféresis.^{9,7} Si no se presenta mejoría en las primeras 4 semanas se trata con inmunoterapia de segunda línea la cual consiste en la administración de rituximab 375mg/m² cada semana por 4 semanas, seguido de ciclos de ciclofosfamida 750mg/m² o junto a rituximab teniendo mejoría en el 80% de los casos.

El tratamiento continuará hasta la recuperación, que podría ser incluso hasta de 18 meses. La ausencia y retraso en el tratamiento provoca deterioro neurológico progresivo

que lleva a la muerte, durante el periodo de tratamiento existe el riesgo de recaídas incluso años después razón por la que se recomienda la terapia inmunosupresora mínimo un año.⁵

Complicaciones

- ✓ Progresión a estado catatónico con mutismo y ojos abiertos.
- ✓ Incremento de la agitación psicomotriz.
- ✓ Discinesias orofaciales, postura distónica.
- ✓ Movimientos coreiformes extrapiramidales (coreoatosis, mioclonías y movimientos balísticos).
- ✓ Inestabilidad autonómica (hipertermia, taquicardia o radicar día, hipo-hipertensión).
- ✓ Incremento y frecuencia de crisis epilépticas.⁶

Pronóstico

El diagnóstico y tratamiento temprano es la clave para un buen pronóstico que favorece una recuperación completa. El 75% de los casos son recuperables con leves secuelas, el 25 % restante se asocia a déficits severos e incluso muerte. ⁵

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

El método de estudio de caso es una herramienta valiosa de investigación y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de la persona involucrada en el fenómeno (enfermedad) estudiado, permite analizar los 4 elementos del metaparadigma enfermero en el proceso salud-enfermedad, mientras que los métodos cuantitativos sólo se centran en información verbal obtenida a través de encuestas por cuestionarios.

El presente estudio de caso es descriptivo, observacional y transversal, para su elaboración se utilizó la investigación documental como técnica cualitativa, el sujeto de estudio es una persona captada durante la práctica clínica especializada de enfermería neurológica Generación 2021-2 /2022-1 en el servicio de hospitalización – Neurología, una vez asignado y reconocido el servicio, además de seleccionada la persona se solicitó al familiar responsable autorización para ser parte de esta investigación mediante la firma del consentimiento informado (anexo 1), una vez firmado se inició la recolección de datos a través del instrumento de valoración propio de la especialización (anexo 2).

La recopilación y selección de información se realizó utilizando una pregunta clínica con la metodología PICO para consultar artículos que fueron encontrados en bases de datos de la Biblioteca Digital de la Universidad Nacional Autónoma de México como: SciELO, Scientific Electronic Library Online, Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, PubMed y Medigraphic mediante la utilización de las palabras claves: Encefalitis, Encefalitis autoinmune, Encefalitis anti NMDA, Autoanticuerpos, Anticuerpos antineuronales, Síndrome paraneoplásico, Cuidado, Receptor de membrana, Respuesta autoinmune, Recambio plasmático con los operadores booleanos AND, OR, NOT obteniendo un resultado de 30 artículos de los cuales se seleccionaron 23.

Cabe mencionar que también se empleó la consulta de páginas Web Oficiales en internet: organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Secretaría de Salud (SSA), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Normas Oficiales Mexicanas (NOM), libros y tesis relacionadas al tema estudiado.

Metodología PICO
P: Mujeres entre la quinta década de la vida
I: Alteraciones psiquiátricas y cognitivas
C: -
O: Diagnóstico de encefalitis autoinmune Anti-Receptor NMDA
Pregunta PICO: ¿Las alteraciones psiquiátricas y cognitivas en mujeres entre la quinta década de la vida infieren en el diagnóstico certero de encefalitis autoinmune Anti-Receptor NMDA?

Figura 6. Metodología PICO. L.E Verónica Gregorio Avila, 16 va generación Enfermería Neurológica, junio 2021.

Análisis de los 4 elementos del metaparadigma enfermero en el proceso salud-enfermedad de la persona del estudio de caso:

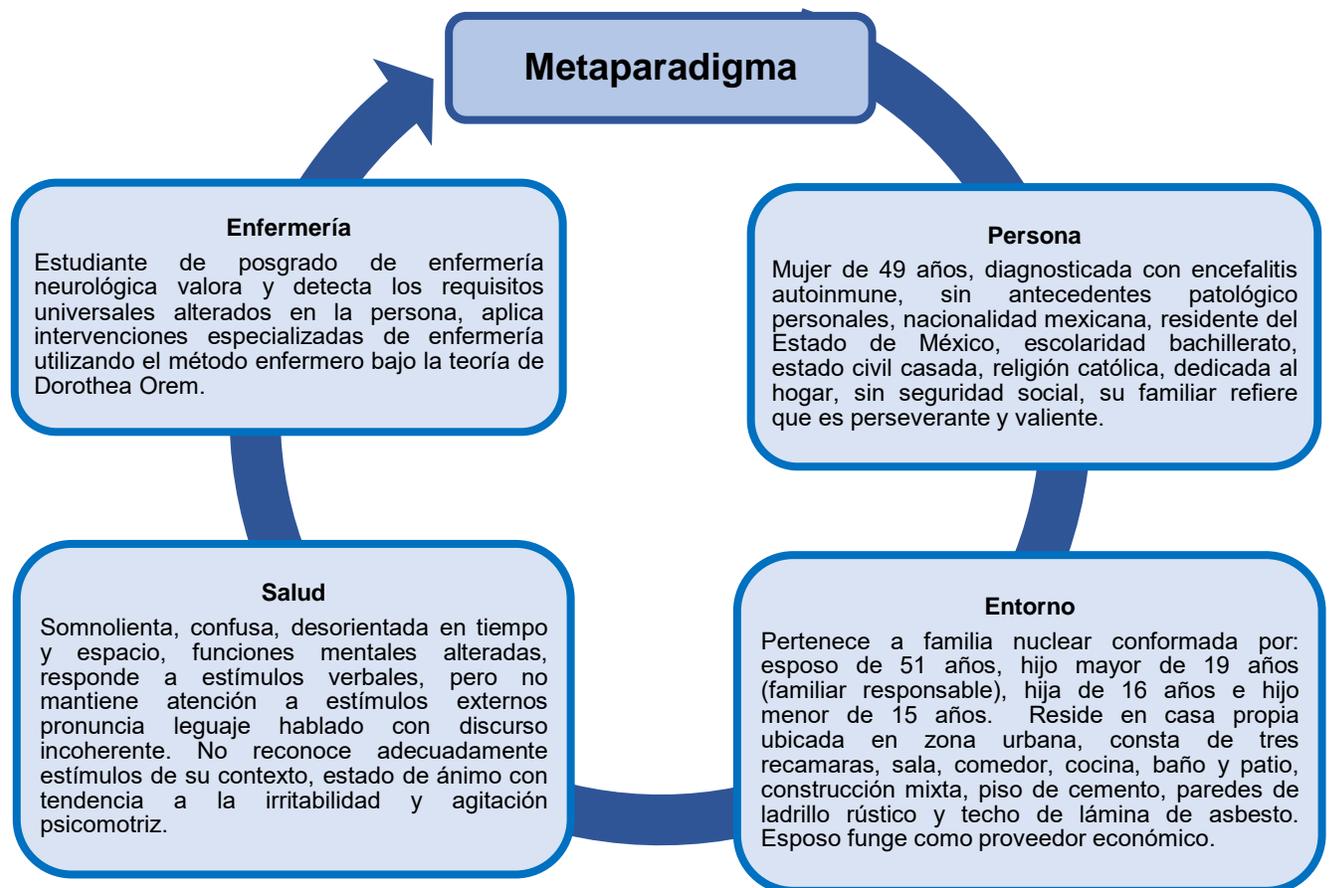


Figura 7. Metaparadigma enfermero en el proceso salud-enfermedad de la persona del estudio de caso. L.E Verónica Gregorio Avila, 16 va generación Enfermería Neurológica, tomado del expediente clínico electrónico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, junio 2021.

3.1 Aspectos éticos

La dimensión ética y humanización del cuidado de enfermería, así como la salud cada día tiene más importancia. La enfermera tiene responsabilidad ética y legal de sus acciones en el desempeño de los roles profesionales que le competen ya que exige competencia profesional y profunda dimensión ética que surgen con el ejercicio de la profesión.

- ✓ Beneficencia: obligación de hacer el bien y evitar el mal.
- ✓ Autonomía: respetar a las personas como individuos libres, tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales.
- ✓ Veracidad: no mentir o engañar a la persona.
- ✓ Confiabilidad: merecedor de confianza y respeto.³⁶

Para la obtención de datos personales del sujeto de estudio se contó con la autorización del familiar por medio de un consentimiento informado donde se respeta el principio de autonomía de una persona con plenas facultades físicas y mentales para que las o los profesionales de la salud puedan realizar un procedimiento diagnóstico, terapéutico o de inclusión en una investigación, sin antes haber comprendido la información proporcionada sobre los mismos, en este caso fue la aceptación de ser parte de este estudio de caso. El proceso se realizó en forma libre, voluntaria y consciente por parte del familiar responsable ya que la persona estudiada no estaba en condiciones neurológicamente aceptables para poder decidir.³⁷

Los principios éticos y el consentimiento informado guardan estrecha relación para la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, la cual menciona que “es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud”. En él hay un conjunto único de información y datos personales de una persona, puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos y de otras tecnologías, de los cuales se hace constar en diferentes momentos el proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud y descripción del estado de salud de la persona; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.³⁸

El nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, es de suma importancia, las intervenciones que se realizan en cada persona tienen un objetivo y fundamentación científica, resultado de años de estudio y práctica, atender a una persona implica un mayor grado de responsabilidad, es por esta razón que existe la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, la cual establece las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. En la medida en que cada integrante cumpla su labor, acorde a su formación académica, la calidad en los servicios de salud se verá favorecida y la persona obtendrá mayores beneficios.³⁹

La Ley general de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona de acuerdo con el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Dentro de ella se mencionan fracciones que especifican las acciones que todo personal de salud debe implementar en cualquier forma de atención brindada.⁴⁰

Posterior a lo antes citado, se considera que los principios éticos que rigen nuestra profesión están relacionados con los derechos de los pacientes para la atención de salud (anexo 3. Carta de derechos de los pacientes) y derechos de los profesionales de salud (anexo 4. Carta de derechos generales de las enfermeras y los enfermeros).^{41,42}

En el presente estudio de caso, se garantiza el actuar profesional de acuerdo a las acciones que establece la Ley General de Salud, los principios éticos y las Normas Oficiales Mexicanas que identifican loablemente a la profesión de enfermería.

CAPÍTULO 4. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

4.1 Presentación del caso:

Se trata de Verónica E.F.G mujer de 49 años. Fecha de nacimiento: 12/06/1971, reside en el Estado de México, estado civil: casada, profesora la religión católica, escolaridad de bachillerato completo.

Antecedentes patológicos personales:

- Quirúrgicos: dos cesáreas una a los 30 años y la segunda a los 35 años.
- Alérgicos: negados.
- Traumáticos. negados.
- Hospitalizaciones: negados

Antecedentes heredofamiliares:

- Madre finada a edad desconocida, niega antecedentes de importancia.
- Padre finado a los 50 años por cirrosis hepática secundaria a alcoholismo crónica.
- Cuatro hermanos aparentemente sanos.
- Tres hijos aparentemente sanos.

Antecedentes ginecobstétricos:

- Gestas: tres
- Partos: uno
- Cesáreas: dos
- Abortos: ninguno

Acude al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía el día 27 de abril del 2021 por presentar 48 horas previas, cefalea en región occipital con EVA 6/10, de característica punzante, duración de uno a dos minutos con episodios paroxísticos cuatro veces durante el día, alteración del lenguaje, parafasias fonéticas y semánticas, palilalia, ecopraxia, periodos de agitación e inatención, así como, ganas de llorar de manera inexplicable. Se realizaron pruebas cognitivas con evidencia de alteración, angio TAC sin evidencia de lesiones ocupacionales, isquémicas o hemorrágicas, punción lumbar donde se reporta presión de apertura de 120 mmHg, células 8, glucosa 68 y proteínas 21, revelando discreto proceso inflamatorio, por lo que se ingresa al instituto para seguimiento de

encefalitis y detectar etiología infecciosa, inmunomediada o paraneoplásica, iniciando manejo terapéutico empírico en el servicio de urgencias.

El día 28 de abril del 2021 se decide su traslado al servicio de hospitalización – Neurología. Se descarta etiología vascular por medio de angio TAC, así como etiología infecciosa por medio de tinción GRAM, donde no se observaron bacterias, electroencefalograma con evidencia de disfunción moderada generalizada, manteniendo sospecha de etiología autoinmune, se decide iniciar tratamiento inmunosupresor con bolos de metilprednisolona.

05 de mayo de 2021 continúa con encefalopatía sin retorno a su estado basal, se decide aplicar segunda maniobra inmunomoduladora, se coloca catéter mahurkar para inicio de plasmaféresis.

4.1.1 Valoración Inicial

06/05/2021 En el servicio de hospitalización – Neurología. Verónica E.F.G se encuentra somnolienta, confusa, desorientada en tiempo y espacio, Glasgow de 13 puntos. Funciones mentales alteradas, responde a estímulos verbales, pero no mantiene atención a estímulos externos, pronuncia lenguaje hablado con palilalia, ecopraxia y discurso incoherente. Gnosias y praxias alteradas, no reconoce adecuadamente su entorno, dificultad en la abstracción y juicio, estado de ánimo con tendencia a la irritabilidad y agitación psicomotriz.

Pupilas isocóricas con reflejos fotomotor y consensual presentes, diámetro de 3 mm cada una, nervio olfatorio no valorable, nervio óptico aparentemente sin alteraciones del campo visual, nervios motores oculares III, IV, VI con movimientos extraoculares de abducción, aducción, depresión y elevación presentes en ambos ojos, nervio trigémino en rama V1 con reflejo corneal conservado en ambos ojos, V2 y V3 con sensibilidad y adecuada fuerza mandibular, nervio facial con adecuada simetría, mímica y gesticulación en reposo, nervio vestíbulo coclear en su porción vestibular no valorable sin embargo no se identificaron alteraciones auditivas, nervios glossofaríngeo y vago con reflejo nauseoso y

deglutorio conservado, nervio espinal con presencia de movimientos de hombros y cabeza valorado indirectamente ya que por periodos de tiempo no aceptaba contacto físico, nervio hipogloso con movimientos de lengua presentes. Función motora con tono, trofismo y motricidad conservados, Daniels 5/5, reflejos osteotendinosos presentes, sensibilidad superficial conservada y propioceptiva no valorable.

Signos vitales: Fc: 71 x', Fr: 18 x', TA:122/60 mmHg, TAM: 80 mmHg, temperatura: 36°, Saturación de O2: 95%. Glucometría capilar: 116 mg/dl.

Tabla 4. Análisis de estudios de laboratorio 06/05/2021

Estudio	Resultado	Interpretación
Electrolitos séricos		
Sodio	138 mmol/L	Normal
Potasio	3.9 mmol/L	Normal
Cloro	105.1 mmol/L	Normal
Química sanguínea		
Glucosa	71 mg/dl	Normal
Urea	55.6 mg/dl	Elevada
Nitrógeno ureico	26 mg/dl	Elevada
Creatinina sérica	0.6 mg/dl	Normal
Ácido úrico	3.8 mg/dl	Normal
Colesterol total	168 mg/dl	Normal
Funcionamiento hepático		
Fosfatasa alcalina	57 UI/L	Normal
Bilirrubina total	0.9 mg/dl	Normal
Transaminasa glutámica oxalacética (AST)	16.6 UI/L	Normal
Transaminasa glutámica pirúvica (ALT)	26.6 UI/L	Normal
Deshidrogenasa láctica	127 UI/L	Disminuida
Proteínas totales	5.8 g/dl	Disminuida
Biométrica hemática		
Leucocitos	7.94 UI/L	Normal
Eritrocitos	5.15 UI/L	Normal
Hemoglobina	11 g/dl	Disminuida
Hematocrito	36.6 %	Normal

Volumen corpuscular medio	71.1 fL	Disminuida
Hemoglobina corpuscular media	21.4 pg	Disminuida
Concentración media de hemoglobina	30.1 g/dl	Disminuida
Plaquetas	294 UI/L	Normal
Linfocitos	34.6 %	Normal
Monocitos	6.8 %	Normal
Eosinófilos	0.04 UI/L	Disminuido
Basófilos	0 UI/L	Normal
Neutrófilos	4.5 UI/L	Normal
Líquido cefalorraquídeo		
Punción	Lumbar	-
Consistencia	Fluida	Normal
Aspecto	Transparente	Normal
Color	Incoloro	Normal
Glucosa	56 mg/dl	Disminuida
Proteínas	19 mg/dl	Disminuida
Células	0 /mm ³	Normal
AC Anti-cisticerco (ELISA)	No reactivo	-
Lactato	1.5	Elevado
COOMBS DIRECTO	Negativo	-
Reticulocitos	4.0 %	Elevado

Elaborado por: L.E Verónica Gregorio Avila, 16 va generación Enfermería Neurológica, tomado del expediente clínico electrónico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, junio 2021.

4.2 Factores condicionantes

Tabla 5. Factores condicionantes de la persona de estudio.

Factores condicionantes	
Edad	49 años
Sexo	Femenino
Estado de desarrollo	<p>Somnolienta, confusa, desorientada en tiempo y espacio, Glasgow de 13 puntos.</p> <p>Funciones mentales alteradas, responde a estímulos verbales, pero no mantiene atención a estímulos externos.</p> <p>Pronuncia leguaje hablado con palalia, ecopraxia y discurso incoherente.</p> <p>Gnosias y praxias alteradas, no reconoce adecuadamente estímulos de su contexto, dificultad en la abstracción y juicio, estado de ánimo con tendencia a la irritabilidad y agitación psicomotriz.</p>
Orientación sociocultural	Originaria de la ciudad de México, reside en el Estado de México en el municipio de Melchor Ocampo, religión católica, escolaridad bachillerato.
Factores del sistema de cuidados de salud	Encefalitis inmunomediada.
Factores del sistema familiar	Familia nuclear, desempeña el rol de madre, conformada por esposo de 51 años, hijo de 19 años, hija de 16 años e hijo de 15 años actualmente estudiantes.
Patrón de vida	Actualmente no trabaja, se dedica al hogar.
Factores ambientales	Habita en casa propia ubicada en zona urbana, consta de 3 recamaras, sala, comedor, cocina, baño y patio, construcción mixta, piso de cemento, paredes de ladrillo rústico y techo de lámina de asbesto.
Disponibilidad y adecuación de los recursos	Esposo funge como proveedor económico.

Elaborado por: L.E Verónica Gregorio Avila, 16 va generación Enfermería Neurológica, tomado del expediente clínico electrónico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, junio 2021.

4.3 Desviaciones de la salud

Antecedentes patológicos personales:

- Quirúrgicos: dos cesáreas una a los 30 años y la segunda a los 35 años.
- Alérgicos: negados.
- Traumáticos. negados.
- Hospitalizaciones: negados

Antecedentes heredofamiliares:

- Madre finada a edad desconocida, niega antecedentes de importancia.
- Padre finado a los 50 años por cirrosis hepática secundaria a alcoholismo crónica.
- 4 hermanos aparentemente sanos.
- 3 hijos aparentemente sanos.

4.4 Requisitos universales de autocuidado:

Tabla 6. Requisitos universales de autocuidado de la persona estudiada.

Requisitos de autocuidado universales	Datos objetivos	Datos subjetivos
<p>1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.</p>	<p>FC:71x', FR:15x', TA:122/60 mmHg.</p> <p>FR: 25 x' y SaO2: 87% en periodos de agitación psicomotriz.</p> <p>Nivel de conciencia: somnolienta, confusa, desorientada en tiempo y espacio. Glasgow: 13 puntos. Palidez tegumentaria.</p> <p>Pupilas: isocóricas con respuesta a la luz, Dcha: 3 mm Izq.: 3mm.</p>	<p>No se fatiga al realizar actividades diarias.</p> <p>Se mantiene activa en casa.</p> <p>No fuma y no convive con fumadores.</p> <p>Disnea paroxística.</p>

	<p>SaO₂: 85% sin puntas nasales, 95% con puntas nasales a 3 litros por minuto.</p> <p>Biometría hemática:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemoglobina 11 g/dl ▪ Hematocrito 36.6 % ▪ Volumen corpuscular medio 71.1 fL ▪ Hemoglobina corpuscular media 21.4 pg ▪ Concentración media de hemoglobina 30.1 g/dl <p>Medicamentos y soluciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lorazepam 2mg VO PRN. ▪ Senosidos AB cada 12 hrs, 1 tab VO. ▪ Quetiapina cada 24 hrs, 25 mg VO. ▪ Enoxaparina cada 24 hrs, 40 mg SC. ▪ Sol. Fisiológica 0.9% de 1000 cc a 20 ml/hr. <p>Catéter mahurkar izquierdo.</p> <p>Catéter venoso periférico en miembro torácico izquierdo.</p> <p>Tórax normal.</p>	
<p>2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.</p>	<p>Negación para lo ingesta de líquidos por vía oral.</p> <p>Mucosas deshidratadas orales</p> <p>Electrolitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sodio 138 mmol/L ▪ Potasio 3.9 mmol/L ▪ Cloro 105.1 mmol/L <p>Godete: +</p>	<p>No ha perdido peso últimamente.</p> <p>Sin restricción de líquidos.</p> <p>Bebe agua potable.</p> <p>Ingiere un litro y medio de agua al día.</p>

<p>3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.</p>	<p>Alimentación enteral por medio de sonda nasogástrica.</p> <p>Dieta normal.</p> <p>Peso:60Kg. Talla: 1.53 cm. IMC: 19.6 cm.</p> <p>Negación para la ingesta de alimentos, caries dental, lesiones en labios.</p> <p>Química sanguínea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Glucosa: 71 mg/dl ▪ Urea: 55.6 mg/dl ▪ Nitrógeno ureico: 26 mg/dl ▪ Creatinina sérica: 0.6 mg/dl ▪ Ácido úrico: 3.8 mg/dl ▪ Colesterol total: 168 mg/dl <p>Características de la Boca:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilidad de lengua: presente ▪ Fuerza de lengua: adecuada ▪ Reflejo nauseoso: presente ▪ Paladar blando: con respuesta ▪ Úvula: sin alteraciones. <p>Sensibilidad de la cara:</p> <p>Derecho</p> <p>I. Reflejo corneal presente</p> <p>II. Sensibilidad presente</p> <p>III. Adecuada fuerza mandibular.</p> <p>Izquierdo</p> <p>I. Reflejo corneal presente</p> <p>II. Sensibilidad presente</p> <p>III. Adecuada fuerza mandibular</p>	<p>Apetito deficiente.</p> <p>Realiza 4 comidas al día.</p> <p>Consume carne, verduras y frutas, lácteos por lo menos 2 veces por semana.</p> <p>Prepara alimentos fritos, cocidos, hervidos y asados.</p> <p>No tiene preferencia en alimentos.</p> <p>No consume suplementos alimentos.</p>
------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.</p>	<p>No controla esfínteres.</p> <p>Evacuaciones: ha tenido 1, marrón oscuro, de consistencia lisa.</p> <p>Escala Bristol: tipo 2</p> <p>Sonda nasogástrica para alimentación instalada el 07/05/21</p> <p>Catéter vesical #16 Fr, instalado el 07/05/21.</p>	<p>Familiar refiere que normalmente tiene micciones 4 veces al día, color amarillo ámbar y evacuaciones 2 veces al día.</p> <p>Actualmente cursa con disminución de diuresis.</p>
<p>5. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo.</p>	<p>Requiere ayuda para movilización debido a agitación psicomotriz.</p> <p>Alteraciones de la memoria.</p> <p>Riesgo de caídas: alto 4 puntos.</p> <p>Actividad motora: Fuerza 5/5 en las 4 extremidades.</p> <p>Sensibilidad y Reflejos: Reflejos de ++ y sensibilidad presente en las 4 extremidades.</p> <p>Expresión facial Presentes: Si Frente: sin alteraciones Nariz: sin alteraciones Boca: sin alteraciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No realiza actividades recreativas. ▪ Duerme 7 horas al día.
<p>6. Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social.</p>	<p>Alexia, apraxia, ansiosa y agresiva.</p> <p>Pupilas: Dcha: 3 mm Izq.: 3 mm</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No trabaja. ▪ Convive con su familia. ▪ La relación familiar es buena. ▪ Tiene el rol de madre.

	Movimientos oculares: presentes y normales Reflejo pupilar: presente Reflejo corneal: presente	
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	Índice de Barthel: 10 puntos Escala Rankin Modificada: grado 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vacunación completa. ▪ Última vacuna aplicada: influenza. ▪ No consume alcohol. ▪ Niega alergias. ▪ No acude regularmente a revisión médica. ▪ Ha presentado cefalea últimamente de forma paroxística. ▪ Casa propia con todos los servicios.
8. Promoción de funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales.	Irritable y confundida con las personas que intentan interactuar con ella.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoconcepto de sí mismo: familiar la percibe valiente y perseverante. ▪ Situación laboral actual: No trabaja ▪ Realiza aseo bucal: 2 veces al día.

Elaborado por: L.E Verónica Gregorio Avila, 16 va generación Enfermería Neurológica, tomado del instrumento de valoración de la especialización, entrevista con familiar de la persona y expediente clínico electrónico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, 2021.

4.5 Plan de cuidado

Requisito de autocuidado universal:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Diagnóstico: Disminución del nivel de conciencia r/c inflamación del parénquima cerebral m/p somnolencia, confusión, Glasgow 13 puntos.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Evaluar el estado neurológico para la detección oportuna de complicaciones.
Intervención de enfermería: Monitorización del estado neurológico	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Vigilar el estado de consciencia.▪ Valorar Escala de Coma de Glasgow.▪ Evaluación cognitiva: comprobar el nivel de orientación (persona, día, tiempo y espacio).▪ Analizar la memoria reciente, memoria pasada.▪ Valorar el nivel de atención.▪ Evaluar lenguaje: comprensión, vocabulario, producción de palabras, fluidez.▪ Evaluar cálculo y funciones ejecutivas.▪ Evaluar el estado de ánimo, afecto y conductas.▪ Comprobar tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.▪ Monitorizar signos vitales: temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria.▪ Comprobar la respuesta a los estímulos: verbal, táctil y lesivos.

Evaluación:

Continuó somnolienta, confusa y desorientada en tiempo y espacio por lo que se orientaba en la realidad repitiéndole quien era, donde se encontraba y el día actual que se vivía.

**Requisito de autocuidado universal:
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.**

Diagnóstico: Disminución del aporte de oxígeno cerebral r/c estado de hiperactividad motora m/p taquipnea, Fr: 25x', SaO2 87%	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Evitar que disminuya el aporte de oxígeno cerebral en estados de agitación psicomotriz.
Intervención de enfermería: Aumento del aporte de oxígeno en estados de agitación psicomotriz.	Acciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener en posición semifowler. ▪ Administrar oxígeno suplementario. ▪ Vigilar el flujo de oxígeno. ▪ Comprobar periódicamente el aporte de oxígeno ▪ Valorar la pulsioximetría y frecuencia respiratoria. ▪ Comprobar la capacidad de la persona para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno una vez disminuido el periodo de agitación.

Evaluación:

Con la administración de oxígeno por medio de cánula nasal a 3 litros por minuto durante los periodos de agitación psicomotriz se logró el aumento de SaO2 al 95%, la frecuencia respiratoria se mantuvo a 19 x', evitando la disminución del aporte de oxígeno en los períodos de agitación.

**Requisito de autocuidado universal:
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.**

Diagnóstico: Riesgo de hipoperfusión cerebral r/c inflamación del parénquima cerebral.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Evaluar el estado neurológico para la detección oportuna de complicaciones.
Intervención de enfermería: Valoración neurológica. Valoración cognitiva. Evaluar dependencia para realizar actividades instrumentales de la vida diaria.	Acciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar el estado de conciencia y Escala de Coma de Glasgow. ▪ Comprobar tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. ▪ Monitorizar signos vitales: temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria. ▪ Comprobar el nivel de orientación (persona, día, tiempo y espacio). ▪ Evaluar memoria, nivel de atención, lenguaje, cálculo y funciones ejecutivas. ▪ Valoración escala de Actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de Lawton y Brody)

Evaluación:

No se detectaron cambios en el estado neurológico, la persona se mantuvo confusa y desorientada en tiempo y espacio, de acuerdo con el índice de Lawton y Brody (0 puntos) la persona se consideró dependiente total para desempeñar actividades básicas y cuidados personales.

Requisito de autocuidado universal:

2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.

Diagnóstico:

Disminución del aporte de líquidos r/c deterioro cognitivo m/p negación a la ingesta de líquidos, mucosas orales deshidratadas.

**Sistema de enfermería:
Totalmente
Compensatorio**

Objetivo:

Mejorar el aporte de líquidos en el organismo.

**Intervención de
enfermería:**

**Incrementar la ingesta de
líquidos**

Acciones:

- Mantener en posición semifowler.
- Instalación de sonda nasogástrica
- Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos.
- Administrar líquidos claros por medio de la sonda nasogástrica.
- Aporte constante de líquidos.
- Valorar turgencia cutánea.
- Cuantificar y registrar egresos.

Evaluación:

Se administraron líquidos claros por medio de sonda nasogástrica tolerando adecuadamente.

**Requisito de autocuidado universal:
2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.**

Diagnóstico: Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico r/c disminución de la ingesta de líquidos.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Evitar desequilibrio hidroelectrolítico.
Intervención de enfermería: Mantener el equilibrio hidroelectrolítico del organismo	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Cuantificar y registrar ingresos y egresos.▪ Monitorizar niveles de electrolitos séricos.▪ Monitorizar signos vitales.▪ Administración de terapia intravenosa.▪ Apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión.▪ Registrar la terapia intravenosa prescrita.▪ Valorar signos y síntomas de deshidratación.

Evaluación:

Con las acciones implementadas se logró mantener un equilibrio hidroelectrolítico, dado que no hubo alteración en los niveles séricos de electrolitos, no se identificaron datos de deshidratación, continuo con terapia de infusión intravenosa, así como control de líquidos.

Requisito de autocuidado universal:

3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.

Diagnóstico:

Disminución de la ingesta de alimentos r/c deterioro cognitivo m/p negación a la ingesta de alimentos por vía oral.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Lograr un mayor aporte alimenticio
Intervención de enfermería: Estimular la ingesta de alimentos para cubrir las necesidades nutricionales.	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Mantener posición semifowler▪ Modificar la consistencia de alimentos (purés o papillas, verduras y frutas cocidas).▪ Iniciar con consistencias homogéneas que puedan humedecerse en la boca y fácil deslizamiento en la cavidad faríngea.▪ Variar con la viscosidad de los líquidos como:<ul style="list-style-type: none">✓ Líquidos claros: jugos sin néctar, agua de Jamaica diluida con azúcares, té con azúcares, paletas de hielo a base de agua, nieve limón.✓ Líquidos completos: leche, atole, yogurt bebible.▪ Intentos con pequeñas cantidades de alimento.▪ Alternar alimentos fríos y calientes para estimular la deglución.▪ Utilizar técnicas asépticas en la administración de la alimentación.

Evaluación:

Pese a la estimulación con la modificación de la consistencia en los alimentos no se logró con éxito, por lo tanto, la alimentación se efectuó a través de sonda nasogástrica.

**Requisito de autocuidado universal:
3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.**

Diagnóstico: Daño en la mucosa oral r/c intolerancia y negación para el autocuidado bucal m/p lesiones orales, gingivitis, halitosis, caries.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Mejorar la salud bucal.
Intervención de enfermería: Restablecimiento de la salud oral.	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Valorar el estado de la boca (labios, lengua, mucosas, dientes, encías), incluidas las características de las anomalías (tamaño, color y localización de lesiones internas o externas, inflamación y signos de infección).▪ Realizar higiene oral con colutorios.▪ Aplicar lubricante para proteger labios y mucosa oral.▪ Aumentar la ingesta de líquidos.▪ Ingesta nutricional adecuada.▪ Concientización e insistencia de la higiene bucal.

Evaluación:
Se realizó higiene bucal y colutorios con solución salina, lubricación de labios y mucosa oral logrando la disminución de halitosis y lesiones orales.

Requisito de autocuidado universal:

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.

Diagnóstico:	
Alteración de la eliminación urinaria r/c deterioro sensitivo y motor en área post-rolandica m/p pérdida del control de esfínteres.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Control de la eliminación urinaria.
Intervención de enfermería: Vigilancia de patrón urinario.	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Instalación de catéter vesical.▪ Valorar permeabilidad de catéter vesical.▪ Vigilancia y registro de las características de uresis.▪ Registró de volumen y densidad urinaria.▪ Limpieza de meato urinario.▪ Colocar el drenaje urinario por debajo del nivel de la vejiga.▪ Vigilar la integridad cutánea.▪ Uso de prendas protectoras.

Evaluación:

Se instaló catéter vesical mejorando el confort de la persona evitando incontinencia urinaria y daños en la piel por humedad.

Requisito de autocuidado universal:

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.

Diagnóstico: Estreñimiento r/c postración en cama m/p una evacuación tipo 1 en escala Bristol en 2 días.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Favorecer la evacuación intestinal.
Intervención de enfermería: Manejo del estreñimiento.	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Vigilar evacuaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.▪ Verificar la existencia de peristaltismo.▪ Aumento de la ingesta de líquidos.▪ Realizar masaje marco cólico.▪ Uso de laxantes:<ul style="list-style-type: none">- Ablandadores de heces o emolientes.- Estimulantes.- Osmóticos.

Evaluación:

Se aumentó la ingesta de líquidos, se administraron laxantes ablandadores de heces y osmóticos. Tras la vigilancia continua la persona realizó 2 evacuaciones Tipo 5 en escala de Bristol.

**Requisito de autocuidado universal:
5. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo.**

Diagnóstico: Deterioro de la deambulaci3n r/c alteraci3n sensoperceptiva m/p movimientos descoordinados, inestabilidad postural, agitaci3n psicomotriz.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Evitar deambulaci3n
Intervenci3n de enfermería: Restricci3n de la deambulaci3n	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Garantizar la seguridad de la persona.▪ Evitar caídas▪ Valoraci3n de escala de riesgo de caídas de Downtown.▪ Uso de barandales en alto.▪ Contenci3n ffsica en 2 o 4 puntos.▪ Vigilancia de la piel donde pudiese existir cizallamiento.

Evaluaci3n:
Se aplic3 restricci3n, con esto se logr3 mantener la seguridad a la persona ya que tenfa un alto riesgo de caídas con 3 puntos en escala Downtown.

**Requisito de autocuidado universal:
5. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo.**

Diagnóstico: Déficit de autocuidado r/c alteración cognitiva m/p incapacidad para realizar aseo personal y vestirse.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Mejorar el confort de la persona supliendo las actividades de autocuidado.
Intervención de enfermería: Ayuda con el autocuidado	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.▪ Controlar la integridad cutánea.▪ Ayudar con el cuidado genital y perineal.▪ Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.▪ Mantener rituales higiénicos.▪ Proporcionar ropa adecuada.▪ Aseo bucal.▪ Lubricación de la piel.

Evaluación:
Se realizó baño en cama mejorando la higiene y cuidado personal.

Requisito de autocuidado universal:

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

Diagnóstico:	
Deterioro de la comunicación verbal r/c inflamación de la corteza cerebral m/p afasia de Wernicke (discurso incoherente, palalia, alexia, apraxia, parafasia semántica)	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Mejorar la comunicación.
Intervención de enfermería: Establecer estrategias que aumenten las capacidades de comunicación.	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Valorar habilidades lingüísticas: expresión, comprensión, denominación y repetición.▪ Valorar velocidad, ritmo, cuantía, volumen y dicción del habla.▪ Valorar procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos asociados con las capacidades del habla (memoria, audición y lenguaje).▪ Identificar respuestas que alteren las capacidades del habla.▪ Identificar conductas emocionales y físicas como formas de comunicación.▪ Mantener un entorno y rutinas estructuradas: proporcionar recordatorios frecuentes, calendarios y pistas ambientales que la orienten en tiempo y espacio.▪ Modificar el entorno para disminuir el estrés emocional.▪ Enunciar preguntas para que la persona pueda responder con un sí o no.▪ Estimulación de cara y boca.▪ Realizar ejercicios de praxias bucofonatorias.

Evaluación:

Debido a la alteración de habilidades lingüísticas, se identificaron conductas emocionales y físicas como forma de comunicación, se realizó estimulación de cara y boca mediante masajes con aplicación de frío – calor y vibración, obteniendo que la persona respondiera a ordenes sencillas como si o no.

Requisito de autocuidado universal:

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

Diagnóstico:	
Alteración de la percepción sensorial r/c inflamación de la corteza cerebral m/p cambios conductuales, irritabilidad, agitación psicomotriz	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Mejorar los cambios conductuales.
Intervención de enfermería. Control y manejo de la conducta	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Hacer que la persona se sienta responsable de su conducta.▪ Comunicar expectativas de que la persona mantendrá el control.▪ Establecer límites.▪ Abstenerse de discutir los límites establecidos.▪ Redirigir la atención, alejándola de las fuentes de agitación.▪ Evitar proyectar una imagen amenazadora.▪ Desalentar la conducta pasiva-agresiva.▪ Repetir de forma coherente las rutinas para establecerlas.▪ Utilizar gestos/objetos para aumentar la comprensión de la comunicación.▪ Contención farmacológica

Evaluación:

A pesar de realizar acciones de contención verbal la persona continuó con periodos de irritabilidad y agitación, se recurrió a la contención farmacológica con benzodiacepina y antipsicótico atípico.

Requisito de autocuidado universal:

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

Diagnóstico: Riesgo de caídas r/c alteración del estado mental.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Disminuir el riesgo de caídas.
Intervención de enfermería: Prevenir lesiones por caídas.	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Valorar escala Downtown.▪ Identificar déficits cognitivos o físicos de la persona que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.▪ Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.▪ Revisar los antecedentes de caídas con la familia.▪ Identificar características en el ambiente que puedan aumentar el riesgo de caídas.▪ Utilizar barandales laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.▪ Colocar la cama en la posición más baja.▪ Ayudar con autocuidado personal.▪ Colocar señales que alerten al personal de que la persona tiene alto riesgo de caídas.▪ Monitorizar los efectos secundarios de medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas.

Evaluación:

Se aplicaron medidas de prevención: barandales de la cama elevados, semaforización de alto riesgo de caídas por escala Downtown de 3 puntos. La persona no presentó caídas.

Requisito de autocuidado universal:

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

Diagnóstico:

Riesgo de invasión por agentes patógenos r/c procedimientos invasivos (Catéter Mahurkar, catéter venoso periférico, sonda nasogástrica y catéter vesical).

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Evitar procesos infecciosos.
Intervención de enfermería: Seguimiento de protocolos de asepsia y antisepsia.	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Uso de precauciones universales.▪ Lavado de manos en los 5 momentos.▪ Observar signos y síntomas de infección sistémica o localizada.▪ Mantener técnicas asépticas en los procedimientos con la persona.▪ Cuidados de la piel.▪ Manejo adecuado de dispositivos invasivos como catéter central, catéter vesical.▪ Valorar la vulnerabilidad de la persona ante infecciones.▪ Valorar estudios de laboratorio.▪ Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo o exudados en la piel y las mucosas.

Evaluación:

Se manejaron técnicas asépticas en cada procedimiento que se realizó a la persona, se valoraron estudios de laboratorio donde no se observaron datos de infección.

4.6 Valoraciones subsecuentes

4.6.1 Hospitalización – Neurología

07/05/2021 en el servicio de hospitalización – Neurología. Verónica E.F.G continua somnolienta, confusa, desorientada en tiempo y espacio, Glasgow de 13 puntos.

Cráneo normocéfalo, pupilas isocóricas de 3 mm derecha e izquierda, con reflejo fotomotor, consensual y corneal conservados, agudeza y campo visual aparentemente normales, movimientos extraoculares presentes, nariz bien implantada, coanas permeables, apoyo ventilatorio por cánula nasal a 3 litros por minuto y sonda nasogástrica en narina izquierda abierta para alimentación, mucosas orales hidratadas, piezas dentales completas, úvula central, palatinos simétricos, con disminución de lesiones peribucales, reflejo nauseoso y deglutorio conservados, movimientos linguales presentes, continúa con negación para comer, adecuada fuerza mandíbular, gesticulación facial en reposo simétrica, audición aparentemente conservada.

Cuello cilíndrico, tráquea desplazable sin megalias aparentes, catéter mahurkar derecho cubierto, permeable y funcional para terapia de plasmaféresis, ruidos cardiacos rítmicos en intensidad y frecuencia, campos pulmonares con presencia de murmullos vesiculares, miembro torácico izquierdo con catéter periférico funcional, abdomen blando y depresible con presencia de ruidos peristálticos, genitales de acuerdo a sexo, catéter vesical a derivación, funcional y drenando orina de color, olor, densidad y cantidad normal. Miembros pélvicos íntegros con Godet de +.

Función motora con tono, trofismo y motricidad conservados Daniels 5/5, reflejos osteotendinosos presentes, sensibilidad superficial presente y propioceptiva no valorable.

Signos vitales: Fc: 61 x', Fr: 16 x', TA:126/60 mmHg, TAM: 82 mmHg, temperatura: 36.4°, Saturación de O2: 92%. Glucometría capilar: 109 mg/dl.

Análisis de estudios de laboratorio:

Tabla 7. Análisis de estudios de laboratorio 07/05/2021

Estudio	Resultado	Interpretación
Electrolitos séricos		
Sodio	138 mmol/L	Normal
Potasio	3.1 mmol/L	Disminuido
Calcio	8.5 mmol/L	Disminuido
Química sanguínea		
Glucosa	116 mg/dl	Elevada
Urea	35.5 mg/dl	Normal
Nitrógeno ureico	17 mg/dl	Normal
Creatinina sérica	0.5 mg/dl	Normal
Albumina sérica	3.9 mg/dl	Normal
Biométrica hemática		
Leucocitos	9.42 UI/L	Normal
Eritrocitos	4.2 UI/L	Normal
Hemoglobina	9.5 g/dl	Disminuida
Hematocrito	31.2 %	Disminuido
Volumen corpuscular medio	74.3 fL	Disminuido
Hemoglobina corpuscular media	22.6 pg	Disminuida
Concentración media de hemoglobina	30.4 g/dl	Disminuida
Plaquetas	277 UI/L	Normal
Linfocitos	16.8 %	Disminuida
Monocitos	6.8 %	Normal
Eosinófilos	1.6 UI/L	Disminuido
Basófilos	0.1 UI/L	Normal
Neutrófilos	74.6 UI/L	Normal

Elaborado por: L.E Verónica Gregorio Avila, 16 va generación Enfermería Neurológica, tomado del expediente clínico electrónico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, 2021.

Requisitos universales de autocuidado alterados:

Tabla 8. Requisitos universales alterados de la persona estudiada.

Requisitos de autocuidado universales	Datos objetivos
3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	<ul style="list-style-type: none">▪ Alimentación por sonda nasogástrica.▪ Negación para alimentación oral.

Elaborado por L.E Verónica Gregorio Avila, 16 va generación Enfermería Neurológica, tomado del instrumento de valoración de la especialización, entrevista con familiar de la persona y expediente clínico electrónico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, 2021.

4.6.2 Plan de cuidado

**Requisito de autocuidado universal:
1.Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.**

Diagnóstico: Riesgo de actividad eléctrica anormal en el cerebro r/c inflamación de la corteza cerebral.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Prevenir crisis convulsivas
Intervención de enfermería: Prevenir lesiones potenciales tras sufrir una crisis convulsiva.	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Mantener cama con baja altura.▪ Mantener barandales de la cama elevados.▪ Acompañar a la persona durante las actividades de rutina.▪ Manejo de fármacos anticonvulsivos.▪ Retirar los objetos potencialmente peligrosos del entorno.▪ Contar con aspirador de secreciones.

Evaluación:

La persona no presentó crisis convulsivas, sin embargo, se mantuvieron las medidas necesarias en caso de que se presentarán.

**Requisito de autocuidado universal:
2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.**

Diagnóstico:	
Riesgo de aumento del deterioro de la mucosa oral r/c alteración de la función cognitiva, inmunosupresión.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Evitar que las lesiones en la mucosa oral aumenten.
Intervención de enfermería: Mantenimiento de la salud bucal.	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Establecer una rutina de cuidados bucales.▪ Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral.▪ Establecer chequeos dentales.▪ Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes.▪ Valorar lesiones anteriores.▪ Observar signos y síntomas de glositis y estomatitis.▪ Uso de un cepillo de dientes de cerdas suaves.▪ Cepillar dientes, encías y lengua.

Evaluación:

Se mantuvo adecuada higiene bucal evitando la aparición y disminuyendo las lesiones orales anteriores para proteger la mucosa oral.

**Requisito de autocuidado universal:
2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.**

Diagnóstico:	
Riesgo de deterioro de la deglución r/c rechazo de la alimentación.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Prevenir complicaciones y alteraciones deglutorias.
Intervención de enfermería: Terapia de deglución	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Valorar nervios craneales IX, X, XII.▪ Posición semifowler.▪ Intentos con pequeñas cantidades de líquidos (gelatina, yogurt).▪ Observar si hay signos o síntomas de aspiración.▪ Proporcionar cuidados bucales.

Evaluación:

Se realizaron intentos con cantidades pequeñas de líquidos, por periodos los aceptaba y después los rechazaba. Se continuó insistiendo.

4.6.3 Hospitalización - Neuropsiquiatría

03/06/2021 Durante su estancia en el piso de Neurología recibió cinco bolos de metilprednisolona y cinco sesiones de plasmaféresis sin complicaciones, no se detectó teratoma ovárico, pero tras continuar con desorientación y fallas en la atención, médicos deciden su traslado en el área de neuropsiquiatría para manejo de síntomas post agudos por encefalitis.

En neuropsiquiatría se realizó valoración de enfermería, dado a las circunstancias y estado de la persona se realizó una entrevista con el familiar responsable Antonio M.F (hijo) a quién se le interrogó sobre problemas que hayan tenido relevancia e impacto emocional en la vida de su madre, él refirió que a la edad de 25 años al fallecer la madre de Verónica presentó bajo estado de ánimo con sentimientos de tristeza aproximadamente un mes, mostrando resiliencia posteriormente. Negando la necesidad de buscar ayuda psicológica a lo largo de su vida. Familiar expresa estar consternado y preocupado por la situación actual de su madre ya que se siente cansado y quiere ayudarla a mejorar su estado de salud.

Verónica se encuentra despierta, desorientada en tiempo, lugar y circunstancia, inatenta, poco cooperadora, a la interacción social responde a estímulos verbales por cortos periodos de tiempo, no obedece órdenes sencillas, no mantiene memoria a corto plazo, emite discurso desorganizado e incoherente de manera espontánea, verbaliza situaciones de su vida pasada y las expresa emocionalmente con tristeza o enojo provocando periodos de agitación e irritabilidad, por lo que se mantiene con sujeción en 4 puntos, ya que en varias ocasiones intentó retirar sondas y catéteres que le fueron colocadas.

Requisitos universales de autocuidado alterados:

Tabla 9. Requisitos universales alterados de la persona estudiada.

Requisitos universales de autocuidado	Datos objetivos
5. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo.	<ul style="list-style-type: none">▪ Agitación psicomotriz.▪ Alteraciones de la memoria.▪ No mantiene memoria a corto plazo.▪ Verbaliza situaciones de su vida pasada.▪ Riesgo de caídas: alto 4 puntos.
6. Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social.	<ul style="list-style-type: none">▪ Emite discurso desorganizado e incoherente de manera espontánea.▪ Poco cooperadora a la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	<ul style="list-style-type: none">▪ Sujeción en 4 puntos, ya que en varias ocasiones intento retirar sondas y catéteres que le fueron colocadas.
8. Promoción de funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales.	<ul style="list-style-type: none">▪ Familiar expresa estar consternado y preocupado por la situación actual de su madre ya que se siente cansado y quiere ayudarla a mejorar su estado de salud.

Elaboración propia: L.E Verónica Gregorio Avila, 16 va generación Enfermería Neurológica, tomado del instrumento de valoración de la especialización, entrevista con familiar de la persona y expediente clínico electrónico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, 2021.

4.6.4 Plan de cuidado

Requisito de autocuidado universal:

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

Diagnóstico: Deterioro de la memoria r/c alteración cognitiva m/p incapacidad para recordar sucesos recientes, verbaliza situaciones de su vida pasada.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Mejorar la memoria, conciencia y comprensión del entorno.
Intervención de enfermería: Estimulación Cognitiva y entrenamiento de la memoria.	Acciones: Estimulación cognitiva: <ul style="list-style-type: none">▪ Orientar respecto al tiempo, lugar y persona.▪ Informar a la persona sobre noticias de sucesos recientes.▪ Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.▪ Presentar cambios de manera gradual.▪ Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por la persona.▪ Hablar con la persona.▪ Proporcionar períodos de descanso.▪ Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente.▪ Reforzar o repetir la información.▪ Presentar la información en dosis pequeñas, concretas.▪ Solicitar que repita la información.▪ Recordar experiencias pasadas con la persona.▪ Identificar y corregir con la persona errores de orientación.

Evaluación:

A pesar de las fluctuaciones en su memoria se realizó estimulación cognitiva sin mostrar mejoría.

Requisito de autocuidado universal:

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

Diagnóstico: Estado de agitación impulsiva r/c alteración cognitiva m/p irritabilidad, alteración motora.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Disminuir el estado de agitación.
Intervención de enfermería: Contención verbal Contención Farmacológica con benzodiazepina y antipsicótico atípico.	Acciones: Contención Verbal: <ul style="list-style-type: none">▪ Calmar a la persona inicialmente en respuesta a una comunicación efectiva.▪ Evaluar el grado de cooperación de la persona.▪ Ser atento, receptivo y no confrontacional, pero sin parecer vulnerable.▪ Usar un tono de voz calmado.▪ Evitar movimientos súbitos para evitar asustar a la persona. Contención Farmacológica: <ul style="list-style-type: none">▪ Explicar a la persona y familiares las conductas que precisan la intervención.▪ Seguir los correctos para la administración de medicación.▪ Antecedentes médicos y de alergias de la persona.▪ Monitorizar la respuesta a la medicación.▪ Monitorizar el nivel de consciencia.▪ Monitorizar signos vitales.▪ Proporcionar confort psicológico. Contención física: <ul style="list-style-type: none">▪ Registró de la intervención en la hoja de enfermería.▪ Informar de la medida de contención al familiar responsable.▪ Fijar las sujeciones fuera del alcance de la persona.
Contención física	

- Comprobar el estado de la piel en el sitio de sujeción.
- Vigilar frecuentemente el color, temperatura y sensibilidad de las extremidades sujetas.
- Colocar a la persona en una posición que facilite la comodidad y que evite la erosión en la piel.
- Permitir el movimiento de las extremidades rotando el retiro de una sujeción cada vez.
- Evaluar la necesidad de la persona para continuar con la intervención restrictiva.
- Retirar gradualmente las sujeciones una cada vez, a medida que aumenta el autocontrol.
- Vigilar la respuesta de la persona al retirar la sujeción.
- Poner en práctica alternativas de sujeción, como sentarse en el reposit con cinturón de contención.

Evaluación:

Se realizó contención farmacológica con ansiolítico y antipsicótico prescrito, debido a que no hubo mejoría de su estado conductual se procedió a contención física en 4 puntos.

Requisito de autocuidado universal:

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

Diagnóstico:	
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea en extremidades r/c contención física (sujeción en extremidades).	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Evitar lesiones en la piel por sujeción en extremidades.
Intervención de enfermería: Vigilancia de la piel en las zonas donde se utilizó sujeción.	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Valorar el estado de la zona de sujeción.▪ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema en la piel.▪ Observar el color, calor, pulsos, textura, presencia de edema y ulceraciones en las extremidades.▪ Vigilar el color y la temperatura de la piel.▪ Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel.▪ Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.▪ Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.▪ Observar si hay zonas de presión y fricción.▪ Observar si la sujeción está demasiado ajustada.▪ Documentar los cambios en la piel.

Evaluación:

Se valoró cada 15 minutos la piel en donde se colocaron sujeciones sin presentar lesiones.

Requisito de autocuidado universal:

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

Diagnóstico: Riesgo de lesión física r/c agitación psicomotriz.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio	Objetivo: Fomentar seguridad en el ambiente físico.
Intervención de enfermería: Manejo ambiental: seguridad	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta de la persona.▪ Identificar riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos).▪ Eliminar los factores de peligro del ambiente.▪ Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.▪ Disponer dispositivos adaptativos (buros o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.

Evaluación:

Se preparó y manejó el ambiente físico para disminuir situaciones que pudiesen provocar lesión física.

Diagnósticos para cuidador primario

Requisito de autocuidado universal:

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

Diagnóstico: Disposición para mejorar los conocimientos m/p expresión de interés para mejorar la salud de su mamá	
Sistema de enfermería: Apoyo educativo	Objetivo: Comprender la información relacionada con el proceso de enfermedad.
Intervención de enfermería: Enseñanza: proceso de enfermedad.	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Evaluar el nivel actual de conocimientos del familiar relacionado con el proceso de enfermedad que cursa su madre.▪ Explicar la fisiopatología de la enfermedad sin utilizar terminología médica que no pueda comprender.▪ Explicar los signos y síntomas comunes de la enfermedad.▪ Describir el proceso de la enfermedad.▪ Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.▪ Dar seguridad sobre el estado de su familiar.▪ Proporcionar información acerca de los progresos de la persona.▪ Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.▪ Describir el fundamento de las recomendaciones del control/ terapia/tratamiento.▪ Valorar índice de Katz.

Evaluación:

Se valoró índice de Katz obteniendo 6 puntos lo que conlleva a incapacidad severa en su familiar, se explicó el proceso de enfermedad y el grado de dependencia que tiene su madre, se observó tranquilo y expresó sus dudas.

Requisito de autocuidado universal:

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

Diagnóstico:
Cansancio del cuidador primario r/c falta de descanso, escala Zarit con sobrecarga leve de 46 puntos y APGAR familiar moderadamente disfuncional 4 puntos.

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio	Objetivo: Ofrecer la información, consejos y apoyo al cuidador primario
Intervención de enfermería: Apoyo al cuidador principal	Acciones: <ul style="list-style-type: none">▪ Determinar la aceptación del papel que desempeña el cuidador.▪ Reconocer la dependencia del familiar sobre el cuidador.▪ Delegar responsabilidades.▪ Aceptar las expresiones de emoción negativa.▪ Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.▪ Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.▪ Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad de su familiar.▪ Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.▪ Monitorizar la presencia de indicios de estrés.

Evaluación:

Tras varias pláticas entabladas con el cuidador primario se externaron situaciones donde se logró intervenir para disminuir la carga de cansancio, delegando responsabilidad en el esposo de la persona, quién ayudó a su hijo a llevar los cuidados e indicaciones para su familiar hospitalizada.

PLAN DE ALTA

El plan de alta se centra en la educación y enseñanza a los cuidadores primarios, lo que permite que la persona enferma tenga un proceso de recuperación completo una vez estando en su hogar con el objetivo de que pueda adaptarse a su vida cotidiana, según lo permita el curso de la enfermedad.

Realizar este estudio de caso, permite que no haya límites en los cuidados de enfermería de alta especialidad para poder transpolarlos al hogar de la persona, permitiéndole un proceso de rehabilitación en el que participen de manera activa ella y su cuidador primario junto al resto de la familia. Para su realización se preguntó al familiar sobre dudas respecto a los cuidados que se pudiesen dar en casa, obteniendo así los elementos necesarios para elaborarlo.

Se proporcionó información y enseñanza sobre los siguientes cuidados específicos:

1. Higiene de manos
2. Manejo de la sonda nasogástrica.
3. Cuidados del catéter vesical.
4. Medicamentos
5. Alimentación
6. Rehabilitación
7. Signos y síntomas de alarma
8. Contención verbal en caso de agitación

Se realizó análisis de los principales cuidados encontrados, y se organizaron con base en la mnemotecnica CUIDARME, que corresponde a: Comunicación efectiva, Urgencias y signos de alarma, Información, Dieta, Ambiente, Recreación y uso del tiempo libre, Medicamentos y tratamientos farmacológicos y Espiritualidad; engloba puntos clave para la orientación e información que debe llevar un plan de alta, además de su fácil memorización para el cuidador primario.⁵¹

Tabla 10. Plan de alta CUIDARME

CUIDARME	
<i>Comunicación efectiva</i>	<p>Se proporcionó número de teléfono personal para compartir información sobre el tratamiento a seguir, cuidados específicos y evolución del familiar, además de realizar pláticas que reforzaron el correcto uso de sonda nasogástrica y catéter vesical.</p>
<i>Urgencias y signos de alarma.</i>	<p>Se informó sobre los signos y síntomas de alarma que puede presentar la señora Verónica, ya que pueden indicar deterioro de la salud o recaída, por lo que es necesario que el cuidador conozca las acciones que se deben llevar a cabo si se presentan, los cuales se enlistan a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oclusión de la sonda nasogástrica ▪ Medidas para desobstruir la sonda ▪ Náuseas y vómito ▪ Diarrea ▪ Estreñimiento ▪ Fuga de orina en el catéter vesical ▪ Fiebre superior a 38°C. ▪ Dolor, enrojecimiento o supuración en la zona de entrada de la sonda vesical.
<i>Información</i>	<p>Se capacitó sobre cómo proporcionar los cuidados específicos y personalizados una vez que la señora Verónica sea dada de alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enseñanza sobre la técnica de lavado de manos, cinco momentos y la importancia que tiene para el cuidado del enfermo en el hogar. ▪ Educación respecto al material y procedimiento de alimentación, limpieza de la sonda nasogástrica, así ▪ Educación sobre cuidados de catéter vesical. ▪ Administración de medicamentos. ▪ Ejercicios de estimulación cognitiva. ▪ Contención verbal en caso de agitación.

<i>Dieta</i>	Se orientó al cuidador acerca de la higiene de los alimentos, tipo de alimentos que se pueden consumir, así como su preparación acorde a la dieta indicada por soporte nutricional, hidratación e higiene bucal.
<i>Ambiente</i>	Se fomentó el mantenimiento de la seguridad de su familiar, así como su confort en el hogar.
<i>Recreación y uso de tiempo libre.</i>	Se integró un plan de rehabilitación cognitiva el cual involucró a la familia para su realización.
<i>Medicamentos y tratamientos farmacológicos.</i>	<p>Orientación ante la medicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Información sobre la indicación para cada medicamento y posibles efectos adversos. ▪ Sugerencia de horarios más adecuados para la persona de acuerdo a su ritmo de vida y características de los medicamentos. ▪ Vía de administración.
<i>Espiritualidad.</i>	Se buscó que la persona y su familia encontrarán un significado de vida para su bienestar de acuerdo a sus creencias, experiencias y significados de vida.

Elaboración propia: L.E Verónica Gregorio Avila, 16 va generación Enfermería Neurológica, tomado de entrevista con familiar de la persona y expediente clínico electrónico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, 2021.

1. Signos y síntomas de alarma:

Oclusión de la sonda nasogástrica:

- La oclusión de las sondas es una complicación frecuente y obliga a menudo a cambiarlas. El adecuado cuidado de las sondas puede prevenir, en la mayoría de los casos, esta complicación.

- Las sondas se deben lavar (instilar o inyectar agua a través de ellas) antes y después de la infusión del alimento. También deben lavarse antes y después de cada medicación y, aunque la sonda no se utilice, una o dos veces al día.

Medidas para desobstruir la sonda:

- Retirar la nutrición o el líquido que queda en la sonda e intente eliminar la obstrucción aspirando suavemente con una jeringa de 10 ml vacía.
- Si persiste: introducir agua tibia (3-5 ml) a través de la sonda, alternando con suaves aspiraciones.
- Si no es efectivo acudir al hospital o un centro de atención primaria para que cambien la sonda.

Sensación de boca seca:

Puede deberse a la falta de salivación o al hecho de respirar por la boca

- Humedecer la boca con una gasa.
- Realizar una correcta higiene bucal.

Náuseas y vómito:

- Posición incorrecta del paciente
- Colocar a la persona en la posición correcta incorporándolo de 30-45°.
- El producto de nutrición enteral pasa demasiado rápido.

Diarrea:

- El producto nutricional pasa demasiado rápido
- Fórmula nutricional demasiado fría: sacar del refrigerador la nutrición 15 minutos antes de administrar

Estreñimiento:

- Incrementar el consumo de agua

En el catéter vesical:

- Fiebre superior a 38°C.
- En caso de dolor, enrojecimiento o supuración en la zona de entrada de la sonda vesical.
- Si la orina es maloliente o tiene mucho sedimento (posos).
- Sangre de forma mantenida en la orina.
- Si sale orina alrededor de la sonda frecuentemente.
- Si de repente nota que no sale orina a la bolsa.
- En el caso de que se salga la sonda.

2. Higiene de manos:

Lavarse las manos previene enfermedades y propagación de infecciones a otras personas. Enseñar la técnica correcta de desinfección y lavado de manos evitará infecciones en su familiar.



Figura 8. Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo?

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? [internet] [Citado 2021, junio 26] Disponible en: https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf

3. Manejo de la sonda nasogástrica:

Sonda de alimentación: es una manguera de plástico o silicona de 14 Fr que permite introducir la comida hasta el estómago. Las sondas suelen ser de un material blando pero resistente (silicona o poliuretano) que se puede mantener de 4 a 6 semanas.

Técnica:

1. Coloque a la persona que va a tomar la nutrición sentada o incorporada en un ángulo de 30-45° y manténgala en esta postura mientras se esté administrando la alimentación
2. La persona debe mantenerse incorporada como mínimo hasta una hora después de haber terminado.
3. Asegúrese de que la fórmula está a temperatura ambiente.
4. Prepare todo el material que vaya a necesitar.
5. Realizar lavado de las manos.
6. Abrir el recipiente donde se encuentra la alimentación y verter en otro recipiente graduado y limpio la cantidad necesaria de producto nutricional para la toma.
7. Verificar la presencia de residuo gástrico es así esperar de 30 a 40 min para iniciar la alimentación.
8. Abrir el tapón de la sonda y pinzarla.
9. Conectar la jeringa a la sonda.
10. Vaciar muy suavemente el contenido del recipiente a la jeringa.
11. Despinzar la sonda y administrar la alimentación, evitando pasar aire, para esto antes de que se vacíe la jeringa verter más alimentación.
12. Introducir de 150 a 200 ml de agua al finalizar la alimentación.
13. Al finalizar la alimentación desconectar la jeringa.
14. Limpiar todo el material y la sonda.

Cuidados y limpieza del equipo:

- Todo el equipo y los materiales deben guardarse en un lugar limpio y fresco, y se han de proteger de las temperaturas extremas.

- El material que se utilice (tijeras, recipiente para la fórmula, jeringas, etc.) debe ser utilizado solo para esta tarea.
- Puede lavarse con agua y jabón líquido.
- Secarse al aire y almacenarse de modo que cada utensilio quede separado del otro por servilletas de papel.

Cuidados de la piel:

- Fijación del micropore a la piel: la sonda y las secreciones respiratorias pueden producir lesiones. La presión que ejerce la sonda sobre la piel es la causa más frecuente de lesiones, sobre todo en el tabique y las alas de la nariz, así como en uno u otro lado de la cavidad nasal.

Intervenciones recomendadas:

- Utilizar adhesivos hipoalergénicos o apósitos transparentes de poliuretano.
- Rote la dirección de la sonda cada vez que cambie las fijaciones. Esto evitará las úlceras en el trayecto nasal, esofágico y gástrico.
- La fijación debe colocarse en una zona diferente de la nariz cada vez que se cambie, asegurándose de que la persona esté cómoda y que la sonda no le dificulte la visión.
- Realizar una buena limpieza e hidratación de la piel.
- Las fosas nasales se han de limpiar a diario con una gasa húmeda.³²

4. Cuidados del catéter vesical:

Limpieza de la piel:

- Lavado de manos con agua y jabón.
- Lavar suavemente toda el área genital y alrededor del sitio donde entra la sonda con la toalla enjabonada.
- Enjuagar con agua hasta quitar el jabón.
- Secar dando toquecitos con una toalla limpia.
- No usar cremas, polvos ni aerosoles cerca de esta zona.

Para la limpieza del catéter vesical:

- Lavado de las manos con agua y jabón.
- Utilizar una esponja con agua y jabón.
- Sostener la sonda con cuidado y lavar el extremo cerca de la vagina o del pene.
- Ir lavando la sonda hacia abajo para limpiarla.
- No limpiar desde el extremo inferior de la sonda hacia el cuerpo.
- Secar suavemente la sonda con una toalla limpia.

Verificar que la sonda esté funcionando:

- Mantener la bolsa recolectora por debajo de la cintura.
- No desconectar la sonda de la bolsa recolectora.
- Verificar si hay retorcimientos de la sonda si no está drenando.
- Ingesta abundante de agua durante el día para mantener la orina fluyendo. ³³

5. Medicamentos:

- Quetiapina, fumarato 300mg c/12hrs SNG
- Enoxaparina 40mg/0.4ml c/24hrs SC
- Lorazepam 2mg PRN SNG
- Senósidos A-B c/12hrs SNG

Administración de medicamentos por sonda nasogástrica:

- Los medicamentos que se administren deben estar en forma líquida; por ello sólo se utilizarán jarabes, ampollas o medicamentos líquidos no efervescentes.
- Los comprimidos y pastillas pueden triturarse hasta que quede un polvo fino. Después se pueden disolver en 20-30 ml de agua.
- Los medicamentos pueden administrarse con una jeringa por cualquiera de las entradas de la sonda.
- aspire el medicamento líquido con la jeringa y conéctela a la línea y administre todo el líquido de forma lenta.
- Pasar 20-30 ml de agua después de la administración de cada medicamento.

Recomendaciones generales:

- Comprobar SIEMPRE fecha de caducidad de los medicamentos.
- No administrar los medicamentos junto con la fórmula alimenticia ya que provocan inestabilidad y alteran las propiedades del medicamento.
- Respetar los horarios de administración en función de los tiempos de las comidas.
- Antes y después de administrar el medicamento pasar agua (50ml) por la sonda para evitar que se obstruya.
- En caso de administrar más de 2 medicamentos no mezclarlos juntos y pasar 10ml de agua entre uno y otro (primero los líquidos y luego los sólidos como polvo o tabletas).
- No triturar los medicamentos con capa entérica (tabletas con cubierta) o sublinguales ya que pierden sus propiedades y su acción farmacológica.³²

6. Alimentación:

Dieta polimérica de 1500kcal con 101gr de proteína por vía sonda nasogástrica.

Instrucciones para la administración de la dieta:

1. Administrar 1 toma por la sonda nasogástrica, durante aproximadamente 15-20 minutos usando una jeringa asepto con el paciente en una posición de al menos 45° semi-fowler.
2. Horarios sugeridos: 7:00, 14:00 y 22:00 hrs
3. Después de cada toma administrar 150ml de agua potable para limpiar la sonda e hidratar al paciente.

Recomendaciones generales:

- Ambiente de tranquilidad.
- Sacar del refrigerador la toma a administrar 15 minutos antes para aclimatar a temperatura ambiente.
- El alimento debe mantenerse en refrigeración después de ser licuado y tiene una duración de 24 horas, posterior a este tiempo se debe desechar ya que la administración de los alimentos posterior a este tiempo puede provocar distensión abdominal, diarrea y otras complicaciones gastrointestinales.³⁴

7. Rehabilitación:

Ejercicios de Estimulación Cognitiva:

Los ejercicios de estimulación cognitiva están especialmente diseñados para que su uso sea lo más sencillo posible, de tal manera que sea muy fácil utilizarlo para el cuidador principal, dado que está organizado por sesiones de trabajo diarias en las que se alternan actividades que estimulan distintas funciones cognitivas (atención, memoria, lenguaje, gnosias, praxias, cálculo, funciones ejecutivas).

Recomendaciones:

- Realizar la estimulación cognitiva al menos 4 – 5 días a la semana, en sesiones de alrededor de 60 minutos. La adaptación última dependerá del cuidador, en función de la mayor o menor tendencia a la fatiga que presente el paciente.
- Es preferible que las sesiones sean cortas y diarias, de tal manera que se adapten a la rutina y les resulte motivante, que pretender que realicen sesiones muy largas con muy poca frecuencia y finalmente acaben abandonando las sesiones de estimulación.
- La supervisión de un cuidador es importante por varios motivos: para apoyar al paciente en las tareas que le resulten más difíciles, para reforzar sus esfuerzos y para trabajar de forma conjunta en algunos ejercicios en los que es necesaria una estrecha colaboración por su parte. ³⁵

Ejemplos:

Ejercicios de estimulación cognitiva **Leve**

1. Orientación

Día de la semana: Día del mes: Mes:

Estación del año: Año:

2. Atención

Rodee con una pintura azul todas las letras **"R"** y cuéntelas.

Rodee con una pintura roja todas las letras **"L"** y cuéntelas.

T	N	E	O	H	L	D	N	C	U	H	T	S	D	P	Q	B	S	G	T	L	B	S	N	R
G	E	L	F	X	Z	P	N	Q	R	P	J	D	V	D	J	N	T	M	N	H	Y	D	O	A
Z	D	W	R	I	J	P	M	E	S	T	I	F	T	D	K	S	O	L	P	M	E	W	S	Q
M	D	T	S	Q	P	L	F	M	T	P	S	T	N	M	Q	P	T	X	Z	Y	I	D	S	W
T	N	E	O	H	L	D	N	C	U	H	T	S	D	P	Q	B	S	G	T	L	B	S	N	R
D	W	R	I	J	P	M	E	S	T	I	F	T	D	K	S	O	L	P	M	E	W	S	Q	Z
T	E	L	F	X	Z	P	N	Q	R	P	J	M	V	D	J	N	T	M	N	H	Y	D	O	A
N	M	Q	P	T	X	Z	Y	I	D	S	W	W	R	I	J	P	M	E	S	T	I	S	G	T
J	P	M	E	S	T	I	F	Q	B	S	G	T	L	B	S	N	R	P	J	P	M	E	S	T
U	Y	E	S	T	I	F	T	D	R	I	J	P	M	E	S	T	I	F	T	D	K	D	A	S
N	T	M	N	H	Y	D	O	A	Z	P	N	Q	R	P	J	D	V	D	O	L	P	M	E	W
Z	K	D	E	W	N	S	C	N	X	Y	F	P	I	L	M	W	P	Q	X	U	S	V	P	H
W	Q	P	S	T	G	B	Y	H	J	M	S	E	F	P	Q	Z	N	A	E	I	S	M	T	M

3. Memoria-Fluidez verbal

Palabras encadenadas.

Continúe la lista de palabras encadenadas. Cada palabra tiene que comenzar con la última sílaba de la palabra anterior:

Mesa – **Sala** – **Lápiz** –

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Funciones ejecutivas

Debe marcar con un bolígrafo sobre el plano, el trayecto más corto y lógico que haría para visitar los sitios que se le indican a continuación, teniendo en cuenta lo siguiente:

- ➔ Tiene que ir al supermercado a comprar 6 litros de leche, 1 litro de aceite y 2 kg de manzanas.
- ➔ Tiene que comprar sellos y echar unas cartas al buzón.
- ➔ Necesita pasar por la mercería para comprar dos bobinas de hilo. Cierran a las 13:30.
- ➔ Debe comprar una barra de pan para la comida.



Indique la hora a la que saldría de casa:

.....

Lenguaje. Fluidez verbal

Escriba palabras que empiecen por las siguientes letras:

BE	CA	PO
1. Beso	1. Carpeta	1. Polar
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.
7.	7.	7.
8.	8.	8.
9.	9.	9.
10.	10.	10.

Figura 9. Ejercicios de estimulación cognitiva leve. Fuente: Jiménez PN, Ejercicios de estimulación cognitiva. (Madrid) 2017. [Citado 2021 junio 26] Disponible en: <https://www.kernpharma.com/sites/default/files/documentos/Cuadernillo%20Ejer%20Estimulaci%C3%B3n%20Leve2.pdf>

8. Contención verbal en caso de agitación:

Puede ayudar a controlar algunos trastornos de conducta, atenuar el nivel de activación y evitar una potencial agitación psicomotriz. El abordaje verbal tiene como finalidad controlar la situación disminuyendo la ansiedad, hostilidad y agresividad.

Para ello será conveniente:

- En caso de encontrarse solo, es preciso pedir colaboración de otros miembros de la familia o personas de confianza.
- Solamente una persona se dirigirá verbalmente al paciente, el resto no deben interferir.
- Escuchar atentamente, dejando que se exprese antes de responderle.
- Mantener una actitud firme, pero utilizando un tono de voz calmado y de bajo volumen.³⁶

Tabla 11. Guía de Desescalado Verbal

Guía de Desescalado Verbal	
PREVID	
1.	Lugar adecuado
2.	Profesional informado y en disposición óptima.
TOMA DE CONTACTO	
3.	Respetar el espacio personal: <ul style="list-style-type: none">a. Respetar al paciente.b. Respetar el espacio.
4.	No ser provocativo, ser pacífico, tranquilizador y amistoso: <ul style="list-style-type: none">a. Utilizar adecuadamente el lenguaje corporal.
5.	Establecer contacto verbal adecuado: <ul style="list-style-type: none">a. Solo una persona interactúa con el paciente.b. Se ofrece información.
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE	
6.	Utilizar el lenguaje verbal de forma efectiva: <ul style="list-style-type: none">a. Ser conciso, hablar claro y simple.b. Repetir el mensaje tantas veces como sea necesario (técnica del disco rayado).
7.	Escuchar con atención lo que dice el paciente: <ul style="list-style-type: none">a. Escucha activa.b. Ley de Miller⁽¹⁾.c. Fogging⁽²⁾ (banco de niebla).
MANEJO DE LA SITUACIÓN	
8.	Poner los límites, de forma que se cree un ambiente de trabajo adecuado: <ul style="list-style-type: none">a. Explicitar los límites.b. Utilizar la confrontación de forma sutil.
9.	Ofrecer alternativas: <ul style="list-style-type: none">a. Dar margen de elección al paciente.
DEBRIEF⁽³⁾	
10.	Analizar el episodio: <ul style="list-style-type: none">a. Realizar un análisis con el paciente.b. Realizar un análisis con el equipo.

Fuente: Arbesú PJA, Vitos SG. Protocolo de contención de pacientes. (España) 2016. [Citado 2021 junio 26]. Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Protocolo%20Contencion%20Paciente%20210218.pdf

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En el presente estudio de caso se describió un plan de intervenciones de enfermería en una persona femenina con diagnóstico médico de encefalitis autoinmune, captada durante la práctica clínica especializada de enfermería neurológica del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía a partir del mes de mayo del 2021 y a quien se ha llevado el seguimiento del proceso de enfermedad incluso después del alta hospitalaria, el cumplimiento del objetivo general de restablecer los requisitos universales de autocuidado de la persona estudiada no ha sido una tarea fácil, ya que el progreso ha sido lento pero con grandes mejorías, debido a la condición cognitiva de la persona se proporcionó la información necesaria a su cuidador primario sobre el manejo y cuidados necesarios que tendría su familiar al estar en casa. Durante su estancia hospitalaria se realizó la valoración neurológica de enfermería, se diseñaron diagnósticos reales, potenciales y de bienestar de acuerdo al juicio clínico que se obtenía en la atención y visita que se realizaba a la persona por lo que se planearon, ejecutaron y evaluaron intervenciones especializadas logrando realizar satisfactoriamente el proceso de atención de enfermería.

Enfermería tiene un papel muy importante en la fase aguda y post aguda de esta patología ya que con las intervenciones adecuadas y oportunas se puede lograr estabilizar e incluso recuperar la salud y funcionalidad de la persona.

La elaboración de este estudio de caso fue un reto como profesional de la salud y estudiante de posgrado, toda la información plasmada da las pautas para que futuros enfermeros especialistas en formación lo tomen como base y mejoren sus valoraciones e intervenciones de enfermería.

Recomendaciones

Las encefalitis autoinmunes son una variante poco frecuente de las cuales se ha tenido varios reportes de casos en diferentes países incluyendo México, a pesar de su baja incidencia a nivel mundial el impacto que tiene en las personas que la adquieren es

preocupante, ya que la recuperación es lenta y en casos graves discapacitante para la funcionalidad en la vida diaria. La mayoría de la bibliografía consultada está realizada por el área médica, lo que permite y da pauta para que enfermería las tome como base y realice nuevos estudios de casos dándole el enfoque que nos caracteriza “el cuidado”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Venegas FP. Encefalitis letárgica. La epidemia en los albores de la neurología. REV NEUROL 2019. [Citado 2021 mayo 17];68 (2): 82-88. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2018259?fbclid=IwAR1CSxpnu2jnkZqOtsKIlwO7ko mvMF7B4gjwmosBMPuxGnAPVbejlzSuzJ0>
2. Caparó OR. Encefalitis autoinmunes. un nuevo diagnóstico para una antigua enfermedad. Medicina (Buenos Aires) 2018, [Citado 2021 mayo 17]; 78 (II): 88-93. Disponible en: <http://repositorio.essalud.gob.pe/>
3. Torricelli RC. Encefalitis autoinmunes. Receptor anti-nmda y nuevos inmunofenotipos. Medicina (Buenos Aires) 2019, [Citado 2021 mayo 17]; 79 (III): 54-59. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2010-a-2019/volumen-79-ano-2019-suplemento-3-indice/encefalitis/>
4. Barquero MA. Encefalitis por anticuerpos antirreceptor N-metil-D- aspartato. Acta méd costarric 2016. [Citado 2021 mayo 25]; 58 (3):103-109. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr>
5. Pérez GY, Salazar G. Encefalitis Autoinmune Antirreceptor de NMDA: Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura. Revista Ecuatoriana de Neurología 2017. [Citado 2021 mayo 19];26(1):46-52. Disponible en: http://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/encefalitis-autoinmune-antirreceptor-de-nmda-reporte-de-un-caso-y-revision-de-la-literatura-anti-nmda-receptor-encephalitis-case-report-review-literature/
6. Salazar RF, Saltos MF, Cevallos PJ, Romero SG. Encefalitis Autoinmune Anti-Receptor NMDA Reporte de Caso Clínico y Revisión de Literatura. Rev. Ecuat. Neurol. 2020. [Citado 2021 mayo 19];29(1): 165-170 Disponible en: http://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/encefalitis-autoinmune-anti-receptor-

nmda-caso-clinico-revision-literatura-anti-nmda-receptor-encephalitis-case-report-review-literature/

7. Díaz DM, Barcenilla RH, Úbeda CC, Muñoz ZL. Autorreactividad y autoinmunidad. *Medicine*, 2017 [Citado 2022 enero 25];12(24):1418-141827. Disponible en: <https://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/110%20Autorreactividad%20y%20autoinmunidad%20MEDICINE%2002-17.pdf>

8. Bermúdez CK, Hidalgo CG, Mora MR, Rodríguez MK, Ysmael-Acle SB, Mora RJJ. ANTICUERPOS MONOCLONALES BIESPECÍFICOS: DESARROLLO, PRODUCCIÓN Y USO COMO TERAPIA ANTICANCERÍGENA. *Rev Méd UCR*, 2019. [Citado 2022 enero 25];13(1):11-29. Disponible en: www.revistamedica.ucr.ac.cr

9. Mendez-Rayó T, Ochoa-Zárate L, Posso-Osorio I, Ortiz E, Naranjo-Escobar J, Tobón GJ. Interpretación de los autoanticuerpos en enfermedades reumatológicas. *rev colomb reumatol*, 2018. [Citado 2022 enero 25];25(2):112–125. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2018.02.004>

10. Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva ME, De La Cruz-Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. *Rev enferm Herediana*. 2016 [Citado 2022 enero 25];9(2):127-136. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>

11. Valle-Murillo MA, Amparo-Carrillo ME. Infecciones del Sistema Nervioso Central, parte 1: Meningitis, Encefalitis y Absceso cerebral. *Rev Mex Neuroci*, 2017. [Citado 2022 enero 25]; 18(2):51-65. Disponible en: <http://previous.revmexneurociencia.com/wp-content/uploads/2017/03/RevMexNeu-2017-182-51-65-R.pdf>

12. Reyes SJ, González KB, Rodríguez C, Navarrete-Muñoz C, Salazar AP, Villagra A, “et al”. Actualización general de inmunoterapia en cáncer. *Rev Med Chile* 2020. [Citado 2022 enero 25]; 148: 970-982. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v148n7/0717-6163-rmc-148-07-0970.pdf>

13. Naranjo-Hernández Y, González-Hernández L, Sánchez-Carmenate M. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. *Archivo Médico Camagüey*, 2018. [Citado 2022 enero 25];22 (6). Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5844/3260>
14. Campano-Pérez IL, Olivera-Fernández R, González-Freire L, Crespo-Diz C. Utilización del recambio plasmático como herramienta terapéutica en la práctica clínica. *Farm Hosp*. 2018 [Citado 2022 enero 26]; 42(1): 16-19. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113063432018000100016&script=sci_arttext&tlng=es
15. Martínez VA, Fernández DA, Zarza ZM. Receptores NMDA: fundamentos e implicaciones terapéuticas en el manejo del dolor. *Rev Chil Anest*, 2020 [Citado 2022 enero 26]; 49: 632-639. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv49n05-07.pdf>
16. Cabezas-Palacios MN, Rodríguez-Zarco E, Rodríguez-Jiménez I, Márquez-Maraver F. Teratoma ovárico maduro e inmaduro, a propósito de un caso. *Ginecol Obstet Mex*. 2017 [Citado 2022 enero 26];85(5):331-337. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom175h.pdf>
17. Guasp M, Ariño H, Dalmau J. Encefalitis autoinmunes. *REV NEUROL* 2018 [Citado 2021 junio 17];66 (2). Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.66S02.2018168>
18. Collao PJP, Romero UC, Delgado DC. Encefalitis autoinmunes: criterios diagnósticos y pautas terapéuticas. *Rev Med Chile* 2018. Citado 2021 mayo 25];146: 351-361 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300351>
19. Palomino LH, Segura CD, Quispe OD, Castro SS, De la CW, Zapata LW, “et al”. Encefalitis autoinmune mediada por anticuerpos contra el receptor N-METIL-D-ASPARTATO: Reporte de cuatro casos en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019

[Citado 2021 mayo 19];36(1):138-44. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.361.3966>

20. Guillén Velasco Rocío del Carmen, “Fundamentos Disciplinarios y Profesionales; Las Disonancias del Cuidado”; Primer Edición, México, ENEO, enero 2021, Págs.: 1 - 5

21. De La Guardia GMA, Ruvalcaba LJC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR Madrid 2020 [Citado 2021 mayo 31];5 (1) Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081

22. Naranjo HY, Concepción PJA, Rodríguez LM. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit. 2017 [Citado 2022 enero 26]; 19(3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.

23. Lozano AR. Manual CTO de Enfermería. Editorial CTO, 2018.p. 19-49

24. Raile M, Marriner; Modelos y Teorías en enfermería. 7a ed. España: Elsevier; 2011. p.265-281

25. Caballero CRA, Rodríguez BIF, Illescas OKH, Carrera SMK. Comparación patológica entre la encefalitis autoinmune por receptor anti NMDA y por anticuerpos contra el receptor GABA-A. RECIMUNDO 2019. [Citado 2021 mayo 26];3(2):859-877. Disponible en: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/495>

26. Vences AM, Saquisela VV, Barreto AE, Zuñiga AM. Encefalitis anti NMDAR: Reporte de caso con seguimiento a largo plazo. Rev. Neuropsiquiatr. 2020 [Citado 2021 mayo 26];83(2):110-115. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i2.3753>

27. Torres BV, Diana Murcia RD, Manuela Ochoa UM, (3), Juliana Vargas OJ, Bernal PO, Moreno MJ. Las diferentes facetas de la encefalitis autoinmune. *Acta Neurol Colomb.* 2020. [Citado 2021 mayo 29];36(1): 39-46. Disponible en: <https://doi.org/10.22379/24224022276>
28. Uribe SNR, Maguiada VG, Ciampi DE. Inmunología y epilepsia. Encefalitis autoinmunes mediadas por anticuerpos. *Rev. Ch de epilepsia.* 2016. [Citado 2021 mayo 29];(3):23-31. Disponible en: <http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/wp-content/uploads/2017/01/Inmunolog%C3%ADa-y-Epilepsia.-Encefalitis-autoinmunes-mediadas-por-anticuerpos.pdf>
29. Dalmau J. NMDA receptor encephalitis and other antibody-mediated disorders of the synapse. *Neurology.* 2016 [Citado 2021 junio 19]; 87(23): 2471–2482. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5177671/>
30. Yeshokumara AY, Bluma RA, Randella T, Jettéa N, Easton, A. Exploration of patient- and relative-reported outcomes of cognitive, emotional, and social function after encephalitis. *BRAIN INJURY* 2021 [Citado 2021 mayo 17]; 35(2): 255–263. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/02699052.2020.1865567>
31. González RP, Hudson AL, Basáez ME, Miranda CM. Encefalitis autoinmune por anticuerpos contra el receptor GABA-A. Caso clínico. *Rev Med Chile* 2016. [Citado 2021 mayo 17];144: 1491-1493 Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n11/art17.pdf>
32. Macas NJA, Muñoz RLL, Honores CAX, Lazo AJC. Encefalitis autoinmune por anticuerpos NMDA a propósito de un caso clínico. *RECIMUNDO* 2020. [Citado 2021 mayo 19];4(4):176-181. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/891>

33. Salcedo ÁRA, Jiménez MA, González CBC, Rivas HJC, del Prado VA. Plan domiciliario de autocuidado para adultos mayores con DM2 aplicando la taxonomía NANDA-NOC-NIC. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017.[Citado 2021 mayo 21];25(4):299-309.Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/rt/printerFriendly/280/863
34. Félix ETA, Muñoz VME, Torres AMA. Encefalitis autoinmune asociada con anticuerpos contra el receptor de N-metil-D-aspartato. Rev. Hosp Jua Mex 2016 [Citado 2021 mayo 29]; 83(1 y 2): 52-55. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68737>
35. Vences AM, Saquisela SV, Barreto AE, Zúñiga AM. Encefalitis anti NMDAR: Reporte de caso con seguimiento a largo plazo. Rev. Neuropsiquiatr. 2020 [Citado 2021 mayo 29]; 83(2):110-115. Disponible en: <https://dio.org/10.20453/rnp.v83i2.3753>
36. Rodríguez ATN, Rodríguez AA. Dimensión ética del cuidado de enfermería. Rev cubana de Enfermería, 2018. [Citado 2021 mayo 29]; 34(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/rt/printerFriendly/2430/383>
37. Vera CO. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. Rev. Méd. 2016 [Citado 2021 junio 26]; 22 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010
38. SEGOB. Diario oficial de la federación. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
39. SEGOB. Diario oficial de la federación. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

40. Ley General de Salud. Artículo 77 bis 37. Reformado por última vez el 29 de noviembre de 2019.

41. Gobierno del estado de México. ISSEMyM. Derechos de los pacientes. [internet] [Citado 2021 junio 29] Disponible en: <https://www.issemym.gob.mx/sites/www.issemym.gob.mx/files/Derechos%20de%20los%20pacientes.jpg>

42. Gobierno del estado de México. ISSEMyM. Derechos enfermeras(os) [internet] [Citado 2021 junio 29] Disponible en: https://www.issemym.gob.mx/tu_issemym_publicaciones_informaci%C3%B3n_de_salud_personal_de_salud/derechos_enfermerasos

43. Ordóñez REG, Moreno CPM, Pineda PAM, Mora MLC, Peña SAC, Olivella MMC, “et al”. Neuroanatomía funcional de la escala de coma de Glasgow. REV ARGENT NEUROCI 2019. [Citado 2021 septiembre 18]; 33 (2): 91-99. Disponible en: <https://aanc.org.ar/ranc/files/original/3652f0f1525a5b1f7ea32b70f19a5358.pdf>

44. Servicio de daño cerebral del Hospital AITA MENNI. Guía para el manejo de la disfagia. Pautas para personas con problemas de deglución. [Citado 2021 septiembre 18]; 04-15. Disponible en: <https://xn--daocerebral-2db.es/wp-content/uploads/2014/01/gu%C3%8Da-para-el-manejo-de-la-disfagia.pdf>

45. Ortín CJA. Tratamiento de la disfagia en terapia ocupacional. [Citado 2021 junio 12]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/7519/files/TAZ-TFG-2012-313.pdf>

46. Guía de práctica clínica IMSS. Diagnóstico y tratamiento del intestino irritable en el adulto. Actualización 2015. [Citado 2021 septiembre 18]; 15 -16. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/042GER.pdf>

47. Pérez CMM. Estreñimiento en adultos. Rev Med de costa rica y centroamerica LXXIII 2016. [Citado 2021 septiembre 18]; (620): 611 – 615. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163aj.pdf>
48. Nilsson M, J Am Geriatr Soc. Una escala para evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores es útil para predecir lesiones. Evidencia 2016. [Citado 2021 septiembre 18]; 21 (23): 83 – 84 . Disponible en: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/ea75a4f6233123cb9ae246e51b25c49d.pdf>
49. Instituto Nacional de Geriátría. Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral. Secretaria de Salud 2020. [Citado 2021 septiembre 20]; 41-42. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_InstrumentosGeriatica_18-02-2020.pdf
50. Instituto Nacional de Geriátría. Actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de LAWTON). [Citado 2021 octubre 20]; 1-2. Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Generalidades/Unidad%202/Parte_1/02_Lawton.pdf
51. Díaz-Avila A., Intriago-Ruíz C. Guía para un Plan de egreso en personas con secuelas por Enfermedad Vascul ar Cerebral. Enferm. univ . 2019 [Citado 2022 enero 26];16(4): 452-464. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400452
52. Organización Mundial de la Salud (OMS) Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? [internet] [Citado 2021 junio 26] Disponible en: https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf

53. Gómez LL, Pedrón GC, Martínez CC. Guía para la administración y los cuidados de la nutrición enteral a través de sonda nasogastrica [Internet]. 2013. [Citado 2021 junio 26] Disponible en: https://senpe.com/libros/guia_sonda_nasogastrica_vs_2013_12_16.pdf

54. Meza PMJ. Protocolo para la estandarización del cuidado al paciente con sonda vesical, enfocado a la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud (México) 2016. [Citado 2021 junio 26] Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/protocolo_sonda_vesical.pdf

55. Martínez B, Pedrón C. Conceptos básicos en alimentación. (España) 2017. [Citado 2021 junio 26] Disponible en: <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-06/conceptos-alimentacion.pdf>

55. Jiménez PN, Ejercicios de estimulación cognitiva. (Madrid) 2017. [Citado 2021 junio 26] Disponible en: <https://www.kernpharma.com/sites/default/files/documentos/Cuadernillo%20Ejer%20Estimulaci%C3%B3n%20Leve2.pdf>

56. Arbesú PJA, Vitos SG. Protocolo de contención de pacientes. (España) 2016. [Citado 2021 junio 26] Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Protocolo%20Contencion%20Paciente%20210218.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad de México a 13 de Mayo 2021

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

Autorizo (nombre y firma) de la persona

Antonio Montoro Flores Antonio

Testigos (nombre y firma)

Estudiante de Posgrado (nombre y firma)

Verónica Gorgonio Avila Verónica

Anexo 2. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Verónica EFG. Edad: 49 años Sexo: femenino Estado civil: casada Religión: católica Escolaridad: bachillerato

Ocupación: hogar Ocupación actual: no trabaja Domicilio: originaria del Estado de México, en el municipio Melchor Ocampo Teléfono: 558206337

de integrantes en la familia: 5 integrantes Dx. Médico: Encefalitis a descartar etiología infecciosa, inmunomediada o paraneoplásica Motivo de consulta: alteración del lenguaje, parafrasis fonéticas y semánticas, palilalia, ecopraxia, periodos de agitación e inatención así como ganas de llorar de manera inexplicable. Derecho a algún servicio de salud SI () NO (X) ¿Cuál? Personas responsables: Antonio MF Edad: 19 años Parentesco: hijo

Desviaciones de la salud		
Factores de Riesgo	Si	No
Hipercolesterolemia		X
Obesidad		X
Sedentarismo		X
Diabetes mellitus		X
Hipertensión arterial		X
Consumo excesivo de sal		X
Consumo de drogas		X
Anticonceptivos orales		X
Traumatismo craneoencefálico		X
Cuadros gripales (reciente)		X
Infecciones gastrointestinales (reciente)		X
NOTA:		

Desviaciones de la salud	
Antecedentes familiares	Parentesco
Diabetes mellitus	-
Obesidad	-
Hipertensión	-
Cardiopatía	-
Enfermedad vascular cerebral	-
Cáncer	-
Migraña	-
Epilepsia	-

SISTEMAS DE ENFERMERIA

TOTALMENTE COMPENSATORIO: La enfermera realiza el principal papel de cuidadora cuando el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de auto cuidado

PARCIALMENTE COMPENSATORIO: La enfermera participa implicando al paciente en su propio cuidado

DE APOYO O EDUCACIÓN: El paciente es capaz de realizar su auto cuidado

NOTA: En cada requisito se determina el sistema de enfermería en la implantación de cuidados.

I. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire

¿Cuándo realiza sus actividades cotidianas lo hace sin fatigarse?: Si (X) No () ¿Cómo considera que son sus actividades cotidianas?: Sedentaria () Activa (X)

¿Usted fuma? Si () No (X) ¿Cuántos cigarrillos al día? Ninguno ¿Convive con fumadores? Si () No (x)

FC: 71x' FR: 18x' TA: 122/60 mmHg Nivel de conciencia: somnolienta, confusa, desorientada en tiempo y espacio. Pupilas: isocóricas con respuesta a la luz Glasgow: 13 puntos

Presenta:	SI	NO
Anosmia		X
Tabique desviado		X
Rinorrea		X
Obstrucción nasal		X
Disnea		X
Disnea de esfuerzo		X
Disnea paroxística	X	
Ortopnea		X
Respiración sibilante		X
Alergias		X
Tos seca		X
Tos productiva		X
Hemoptisis		X
Expectoración		X
Espasmo bronquial		X
Murmullo o soplo		X
Ronquido		X

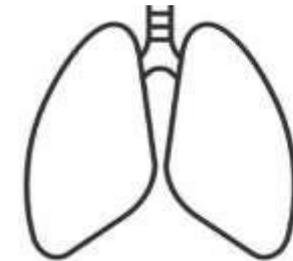
Signos de Respiración patológica	SI	NO
Cheyne-stokes		X
Neurogénica		X
Apnéustica		X
Kussmaul		X
Atáxica		X

Coloración de piel	SI	NO
Normal		X
Palidez	X	
Cianosis		X
Rubicundez		X
Otros		X

LABORATORIOS		
GASES ARTERIALES	RESULTADO	VALORES NORMALES
SaO ₂	-	80-100 %
Ph	-	7.35-7.45 mmHg
pO ₂	-	80-100 mmHg
CO ₂	-	35-45 mmHg
Exc. B	-	-2+5 mmHg
Def. B	-	-2+5 mmHg
HCO ₂	-	22-26 mmHg

Fecha y resultado de la última radiografía de Tórax:

No se cuenta con estudios de imagen radiológico.



Observaciones:

SaO₂: 95% PVC: PIC: Apoyo Ventilatorio: Ninguno () Puntas Nasales (X) Mascarilla () Ventilador () Traqueotomía () Aspiración de secreciones por:
 Características de secreciones: sin secreciones Medicamentos y soluciones: Lorazepam 2mg VO PRN. Senosidos AB cada 12 hrs, 1 tab VO. Quetiapina cada 24 hrs, 25 mg VO.
 Enoxaparina cada 24 hrs, 40 mg SC. Sol. Fisiológica 0.9% de 1000 cc a 20 ml/hr Vasoactivas: no. Sedación no
 Hemoderivados: no Tipo de catéter: catéter Mahurkar izquierdo, catéter venoso periférico en miembro torácico izquierdo Línea arterial: no

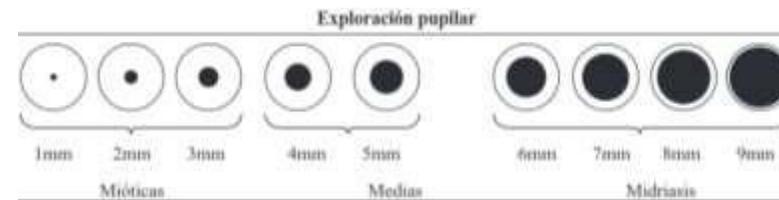


Tipo de tórax: normal

ESCALA DE AGITACIÓN-SEDACIÓN DE RICHMOND RASS
(RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE)

puntos	Término	Descripción	
4	AGRESIVO	Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal.	
3	MUY AGITADO	Se quita o tira del tubo o los catéteres, agresivo.	
2	AGITADO	Frecuentes movimientos sin propósito. Lucha con el respirador.	
1	INTRANQUILO	Ansioso pero los movimientos no son agresivos o vigorosos.	
0	ALERTA Y TRANQUILO		
-1	SOMNOLIENTO	No completamente alerta, pero tiene un despertar mantenido (apertura de los ojos y contacto visual) a la llamada (> 10 seg)	Estímulo verbal
-2	SEDACION LIGERA	Se despierta brevemente, contacta con los ojos a la llamada (< 10 seg)	
-3	SEDACION MODERADA	Movimiento o apertura de los ojos a la llamada (pero no contacto visual)	
-4	SEDACION PROFUNDA	No responde a la llamada, pero se mueve o abre los ojos a la estimulación física.	Estímulo físico
-5	NO DESPERTABLE	No responde a la llamada ni a estímulos físicos.	

No valorable



Pupilas:
Dcha: 3 mm Izq.: 3 mm

Tabla 1. Escala de sedación-agitación SAS

1	No despierta	Mínima o nula respuesta al dolor. No obedece órdenes
2	Muy sedado	Despierta al estímulo táctil. No se comunica o mueve espontáneamente
3	Sedado	Despierta al estímulo táctil o verbal suave. Obedece órdenes simples
4	Calmo	Tranquilo, despierta fácil, obedece órdenes
5	Agitado	Ansioso, leve agitación. Intenta sentarse. Calma con instrucciones
6	Muy agitado	No se calma a la orden verbal frecuente. Muerde el tubo
7	Agitación peligrosa	Tira TOT, trata de removerlo. Agrede al staff. Se mueve de lado a lado

No valorable



No valorable

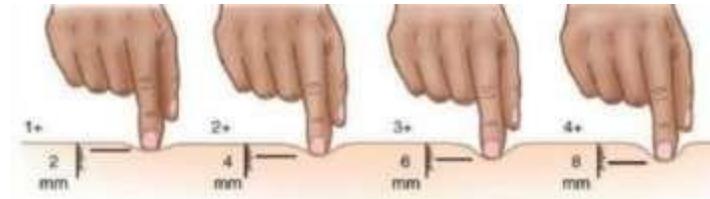
Totamente Compensatorio: X _____
Parcialmente Compensatorio: _____
De apoyo o Educación: _____

II. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Agua

A perdido peso últimamente: Si () No (x) Ha ganado peso últimamente Si () No (X)
 Tiene restricciones de líquidos: Si () No (X) Causa: _____ Bebe agua: Potable (X) Hervida ()
 Ingesta de líquidos habitual (cantidad y tipo): un litro y medio de agua.

PIEL Y MUCOSAS		
PRESENTA	SI	NO
Mucosas secas	X	
Mucosas hidratadas		X
Edema		X
Piel hidratada		X
Piel tibia al tacto		X
Piel fría al tacto		X

LABORATORIOS		
ELECTROLITOS SERICOS	RESULTADO	VALORES NORMALES
CL	105.1	98-106 mmol/L
Na	138	135-145 mmol/L
K	3.9	3.5- 5 mmol/L
Calcio	-	8.5-10.2 mmol/L
ALT glutámica	-	10-42 UI/l



- 1+ Fóvea ligera, sin distorsión visible, desaparece rápidamente
- 2+ Fóvea algo más profunda que en 1+ pero, una vez más, no hay distorsión detectable con facilidad; desaparece en 10 a 15 s
- 3+ Fóvea claramente profunda que puede durar más de 1 min; la extremidad en posición inferior parece más liza y tumefacta
- 4+ Fóvea muy profunda que dura hasta 2-5 min; la extremidad en posición inferior está muy distorsionada

Godete: ±

Totalmente Compensatorio: <u> X </u> Parcialmente Compensatorio: <u> </u> De apoyo o Educación: <u> </u>

III. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Alimentos

Tipo de alimentación: Enteral (X) Parenteral () Vía: Sonda Nasogástrica (X) Gastrostomía () Otra _____ La persona se alimenta Sola () Con ayuda (X) Tipo de dieta que consume: Normal (X) Especial () ¿Cómo es su apetito? Bueno () Regular () Deficiente (X) Nulo () Cuántas comidas realiza al día: 4 comidas ¿Cuántas veces a la semana consume? 2 veces a la semana Carnes (X) Harinas (X) Verduras (X) Frutas (X) Lácteos (X) ¿Cómo prepara sus alimentos? Fritos (X) Hervidos (X) Asados (X) Otros _____ Preferencias alimenticias: ninguna en especial Desagrados alimenticios: _____ Consume suplementos alimenticios: SI () NO (X) ¿Cuál? _____ Total de ingesta: _____.

Peso: 60 Kg. Talla: 1.53 cm. IMC: 19.6 cm

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

PRESENTA	SI	NO
Alteraciones al gusto		X
Lesiones o úlceras en la boca		X
Dificultad para masticar		X
Dificultad para deglutir	X	
Caries	X	
Prótesis dental		X
Infección bucal		X
Dolor de garganta		X
Náuseas		X
Emesis		X
Cambio de apetito	X	
Dolor abdominal o intestinal		X

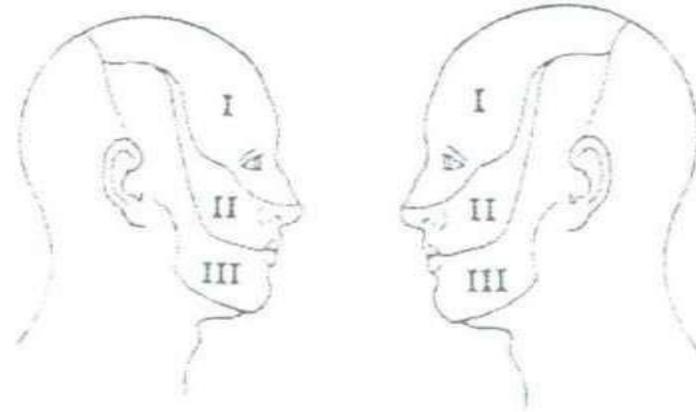
Laboratorios	Resultados	Valores Normales
Triglicéridos	-	35-160 mg/dl
Bilirrubina directa	-	0.0-0.2 mg/dl
Bilirrubina indirecta	-	0.0-0.80 mg/dl
Colesterol	168	<200 mg/dl
Glucosa	71	70-110 mg/dl
Úrea	55.6	15-39 mg/dl
Creatinina	0.6	0.6-1.3 mg/dl
Ácido úrico	3.8	2.6-7.2 mg/dl
Proteínas totales	5.8	52.8-66.6 % gr/dl

Características de la Boca



Sensibilidad de lengua: presente
Fuerza de lengua: adecuada
Reflejo nauseoso: presente
Paladar blando: con respuesta
Úvula: sin alteraciones

Sensibilidad de la cara



Derecho

I. Reflejo corneal presente
II. Sensibilidad presente
III. Adecuada fuerza mandibular.

Izquierdo

I. Reflejo corneal presente
II. Sensibilidad presente
III. Adecuada fuerza mandibular

Totalmente Compensatorio: <u> X </u>
Parcialmente Compensatorio: <u> </u>
De apoyo o Educación: <u> </u>

IV. Provisión de cuidados asociados con los procesos

De eliminación y los excrementos.

MICCIONES

¿Cuántas veces orina al día? 4 veces

Orina: Color amarillo ámbar

Olor NV

Cantidad: NV

EVACUACIONES

¿Cuántas veces defeca al día? 2 veces

Heces: Color Marrón oscuro

Olor NV

Consistencia Lisa

Presencia de sangre No

Presencia de moco No

SUDOR

Características: NV

PRESENTA	SI	NO
Disuria		X
Poliuria		X
Oliguria		X
Nicturia		X
Hematuria		X
Dificultad para iniciar lamicción		X
Infección de vías urinarias		X
Incontinencia		X

PRESENTA	SI	NO
Ardor al defecar		X
Dolor al defecar		X
Evacuaciones diarreicas		X
Hemorroides		X
Prurito		X
Disminución de ruidosperistálticos		X

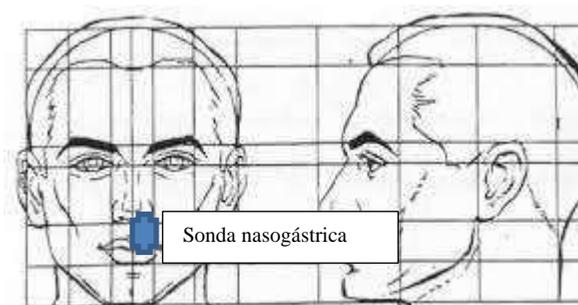
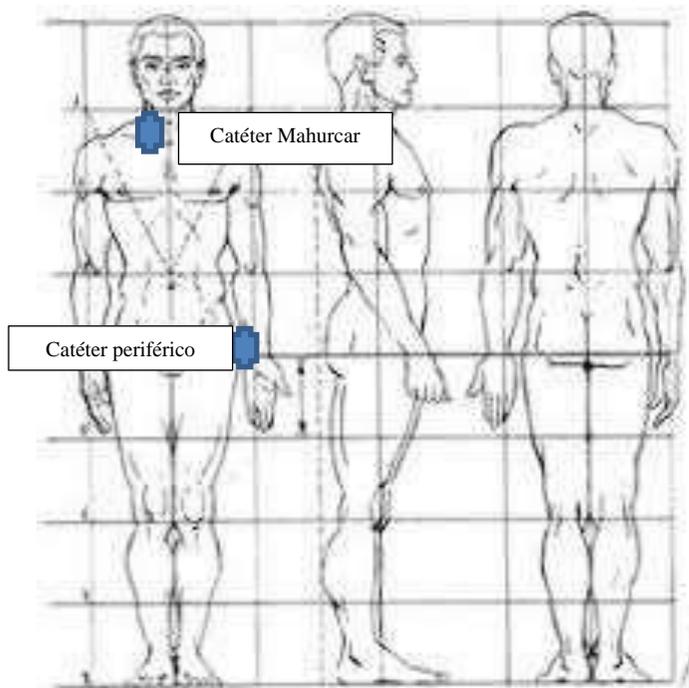
Examen general de orina	Resultado	Valores normales
Densidad	NV	1.025
PH	NV	5.0-7.0
Leucocitos	NV	negativo
Glucosa	NV	Negativo
Proteinas	NV	Negativo
Cristales	NV	Negativo
Bacterias	NV	negativo

Escala de Bristol

Tipo 1		Pedazos duros separados. Como nueces (difícil excreción)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa (compuesta de fragmentos)
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas en la superficie
Tipo 4		Con forma de salchicha (o serpiente) pero lisa y suave
Tipo 5		Trozos pastosos con bordes bien definidos
Tipo 6		Pedazos blandos y esponjosos con bordes irregulares
Tipo 7		Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida

Tipo: 2

DRENAJES						
	FECHA DE INSTALACION	GASTO	PERDIDA INSENSIBLE	BALANCE	CARACTERISTICAS	OBSERVACIONES
Ventriculostomia corta	-					
Drenaje de lecho quirúrgico	-					
Drenaje subdural	-					
Drenaje epidural	-					
Sonda nasogastrica	07/05/2021	Cerrada			Solo para alimentación	Se instala sonda ya que la paciente no quiere comer
Ventriculostomia larga	-					
Sello de agua	-					
Sonda foley		1				



Totalmente compensatorio X
 Parcialmente compensatorio
 De apoyo o educación

V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso.

Problemas para movilizarse: Si (X) No () Ejercicios de movilización Si () No (X)
 ¿Realiza alguna actividad recreativa?: Si () No (X) ¿Cual? _____ ¿se cansa al moverse? Si () No ()
 ¿Sufre de estrés? Si () No () ¿Cuántas horas duerme?: 7 horas ¿utiliza algún remedio para dormir? Si () No (X) ¿Cuál? _____
 ¿Requiere ayuda para movilizarse? Si (X) No () ¿Cual? Bastón () Andadera () Silla de ruedas () Muletas ()

Presenta:	SI	NO
Articulaciones dolorosas		X
Deformación de articulaciones		X
Espasmos musculares		X
Monoplejía		X
Hemiplejía		X
Cuadriplejía		X
Hemiparesia		X
Cuadriparesia		X
Temblor		X
Presenta:	SI	NO
Dolor de cabeza		X
Vértigo		X
Crisis epilépticas		X
Alteraciones de la memoria	X	
Alteraciones de sueño		X
Atrofia muscular		X
Postura inadecuada		X
Espasticidad		X
Marcha atáxica		X
Marcha cerebelosa		X
Marcha jacksoniana		X

Reflejos patológicos	SI	NO
Babinsky		X
Brudzinsky		X
Kerning		X
Hiperreflexia		X
Hiporreflexia		X

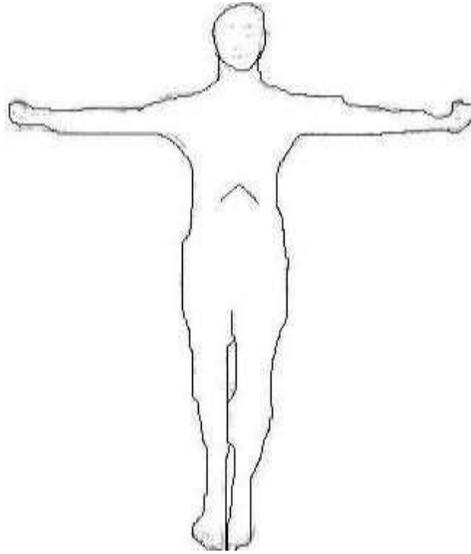
Observaciones:

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)		
Alto riesgo: Mayor a 2 puntos		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores(no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
DEFICITS SENSITIVO-MOTORES	Anestesia	1
	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
ESTADO MENTAL	Extremidades (parálisis, paresia...)	1
	Orientado	0
DEAMBULACIÓN	Confuso	1
	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
EDAD	imposible	1
	< 70 años	0
	> 70 años	1

Puntuación: 4 pts

Actividad motora

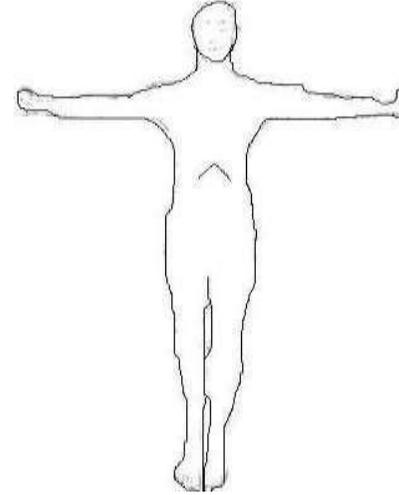
Fuerza
5/5



Fuerza
5/5

Reflejos ++
Sensibilidad:
Conservada

Sensibilidad y Reflejos



Reflejos++
Sensibilidad:
Conservada

Fuerza
5/5

Fuerza
5/5

Reflejos++
Sensibilidad:
Conservada

Reflejos++
Sensibilidad:
Conservada

Expresión facial

Presentes: Si
Ausentes:
Frente: sin alteraciones
Nariz: sin alteraciones
Boca: sin alteraciones



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

VI. Mantenimiento del equilibrio entre la interacción social y la soledad

¿Trabaja?: Si () No (X) ¿Con quién convive? Solo () familia (X) Hijos () Pareja () Padres ()

¿Descripción de las relaciones en el núcleo familiar?: buena (X) mala () regular () nula ()

¿Papel que desempeña en el hogar? Madre ¿Cómo se siente en relación a su trabajo? Satisfecho () Valorado () Insatisfecho ()

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

Estado emocional	SI	NO
Ansioso	X	
Deprimido		X
Lábil		X
Miedoso		X
Agresivo	X	
Pasivo		X

Vida sexual

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

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

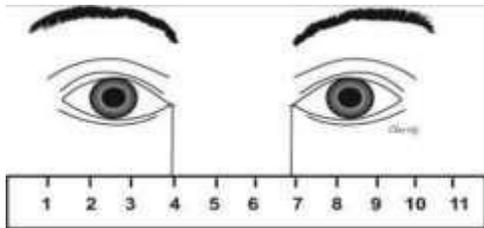
En caso de que sea afirmativa su respuesta, ¿cree que la causa es personal o situacional?:

Observaciones:

No valorable

Valoración ocular

Ojos	SI	NO
Lagrimo excesivo		X
Prurito en os ojos		X
Partículas flotantes		X
Visión doble		X
Fotofobia		X
Infecciones frecuentes		X
Uso de lentes		X
Ptosis palpebral		X



Pupilas:

Dcha: 3 mm Izq.: 3 mm

Movimientos oculares: presentes y normales

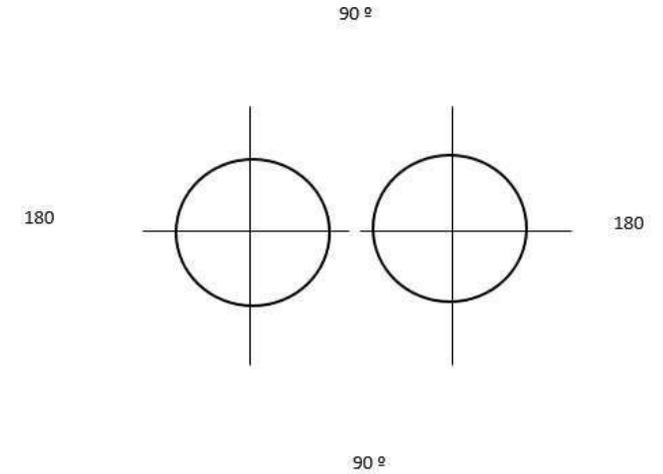
Reflejo pupilar: presente

Reflejo corneal: presente

Campos visuales

NOTA: lesiones visuales marcar el cuadrante ocular que este afectado

No valorable



Valoración auditiva

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



Rinne:

Resultado: NV

Oído derecho () oído izquierdo ()

Weber: NV

Lateraliza ()

Izquierda () Derecho () Central ()

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

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

¿Qué hace para cuidar su salud? No valorable

Vacunación completa (X) Incompleta () Última vacuna aplicada: influenza

Consumo de alcohol: Si () No (X) frecuencia: _____ alergias Si () No (X) A que: _____

Toxicómanas Si () No (x) Frecuencia

Acude regularmente a las revisiones de salud: Si () No (X) quien le lleva un control de su enfermedad: NV

¿Ha presentado cefalea últimamente? Si (X) No () ¿con que frecuencia e intensidad? Paroxística

Realiza algún control adicional	SI	NO
Dieta		X
Ejercicio		X
Control de presión arterial		X
Registro de pulso		X
Registro de respiración		X
Control de glucosa desangre		X
Visión		X
Audición		X
Memoria		X

Índice de Barthel

Se puntúa la información obtenida del cuidador principal

Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0

Puntuación: 10 puntos

Conservación del entorno
Distribución de cuartos que tiene en la casa Cocina: <u>1</u> Habitaciones: <u>3</u> Baño: <u>1</u>
Cuenta con Agua X Drenaje X Luz X
la casa es: rentada propia X otros
Material de construcción: ladrillo y cemento
Animales Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Perros: gatos: otros: ¿Están vacunados? SI No ¿Dónde se encuentran? Fuera de la casa dentro de la casa
Comentarios:

Factores de riesgo	SI	NO
Suelo encerado		X
Suelo mojado		X
Cables en el piso		X
Suelo a desniveles		X
Falta de iluminación en escaleras		X
Falta de iluminación en habitación		X
Falta de barandales en la cama		X

Totalmente compensatorio _____
Parcialmente compensatorio <u>X</u> _____
De apoyo o educación _____

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

Lleva una vida: Sedentaria () Activa () Autoconcepto de si mismo: familiar la percibe valiente y perseverante.

Cuál es su situación laboral actual: No trabaja

Con que frecuencia visita al médico: pocas ocasiones

Realiza el aseo bucal: 3 veces () 2 veces (x) 1 vez () ninguno ()

Totalmente compensatorio _____
Parcialmente compensatorio <u>X</u> _____
De apoyo o educación _____

Anexo. 3 Carta de derechos de los pacientes.

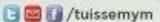
*Mexiquenses
más sanos*

CARTA DE DERECHOS

de los Pacientes

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

Queremos comunicarnos contigo

 /tuissemym 



CE. 203/A/024/16


GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO


enGRANDE


issemym

Anexo. 4 Carta de derechos generales de las enfermeras y los enfermeros.

*Mexiquenses
más sanos*

CARTA DE DERECHOS

Generales de las Enfermeras y los Enfermeros

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.
7. Participar en actividades de gestión, docencia e investigación, de acuerdo con sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
9. Acceder a posiciones de toma de decisiones de acuerdo con sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.

CE 3026/N/005/13



Quermos comunicarnos contigo



Facebook
Twitter
LinkedIn

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

enGRANDE

issemym

Anexo. 5 Escalas de valoración utilizadas en el proceso de atención de enfermería

Escala de Coma de Glasgow

Puntuación verbal	
Paciente orientado que conversa	5
Desorientado que conversa	4
Palabras inteligibles, pero sujeto que no conversa	3
Sonidos ininteligibles, quejidos	2
No habla incluso con aplicación de estímulos dolorosos	1
Puntuaciones de apertura palpebral	
Abertura palpebral espontánea	4
El sujeto abre los ojos sólo con estímulos verbales	3
La víctima abre los ojos sólo con estímulos dolorosos	2
No hay apertura palpebral	1
Puntuaciones motoras	
Cumple órdenes	6
<i>En respuesta a un estímulo doloroso</i>	
Localiza e intenta retirar la zona corporal, del estímulo	5
Retira la zona corporal, del estímulo	4
Postura de flexión	3
Postura de extensión	2
Ningún movimiento de las extremidades	1

Escala Bristol

Escala de Bristol

Tipo 1		Pedazos duros separados. Como nueces (difícil excreción)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa (compuesta de fragmentos)
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas en la superficie
Tipo 4		Con forma de salchicha (o serpiente) pero lisa y suave
Tipo 5		Trozos pastosos con bordes bien definidos
Tipo 6		Pedazos blandos y esponjosos con bordes irregulares
Tipo 7		Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida

Escala de riesgo de caídas de Downtown

Variable de medición	Respuesta	Valor
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Anti parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

Indice de Katz

Actividades b3sicas de la vida diaria (3ndice de Katz)

		Si (1 punto)	No (0 puntos)
INDEPENDENCIA EN ABVD	1) Ba3o (Esponja, regadera o tina) Si: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de ba3o). Si: Que reciba asistencia durante el ba3o en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna). No: Que reciba asistencia durante el ba3o en m3s de una parte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Vestido Si: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia. Si: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos. No: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3) Uso del sanitario Si: Sin ninguna asistencia (puede utilizar alg3n objeto de soporte como bast3n o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pa3al o c3modo). Si: Que reciba asistencia al ir al ba3o, en limpiarse y que pueda manejar por si mismo/a el pa3al o c3modo vaci3ndolo. No: Que no vaya al ba3o por si mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Transferencias Si: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte). Si: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia. No: Que no pueda salir de la cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5) Continencia Si: Control total de esf3nteres. Si: Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social. No: Necesita ayuda para supervisi3n del control de enf3nteres, utiliza sonda o es incontinente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6) Alimentaci3n Si: Que se alimente por si solo sin asistencia alguna. Si: Que se alimente solo y que tenga asistencia s3lo para cortar la carne o untar mantequilla. No: Que reciba asistencia en la alimentaci3n o que se alimente parcial o totalmente por v3a enteral o parenteral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Calificaci3n de Katz

- [A] Independencia en todas las actividades b3sicas de la vida diaria.
 [B] Independencia en todas las actividades menos en una.
 [C] Independencia en todo menos en ba3arse y otra actividad adicional.
 [D] Independencia en todo menos ba3arse, vestirse y otra actividad adicional.
 [E] Dependencia en el ba3o, vestido, uso del sanitario y otra actividad adicional.
 [F] Dependencia en el ba3o, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra actividad.
 [G] Dependiente en las seis actividades b3sicas de la vida diaria.
 [H] Dependencia en dos actividades pero que no clasifican en C, D, E, y F.

Resultado /6[]

Actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de LAWTON)

Actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de LAWTON)

	Sí (1 punto)	No (0 puntos)
	1) Capacidad para usar teléfono Sí: Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problemas. Sí: Marca sólo unos cuantos números bien conocidos. Sí: Contesta el teléfono pero no llama. No: No usa el teléfono.	<input type="checkbox"/>
2) Transporte Sí: Se transporta solo/a. Sí: Se transporta solo/a, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos. Sí: Viaja en transporte colectivo acompañado. No: Viaja en taxi o auto acompañado. No: No sale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Medicación Sí: Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas. No: Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado. No: Es incapaz de hacerse cargo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Finanzas Sí: Maneja sus asuntos independientemente. No: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras. No: Es incapaz de manejar dinero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Compras Sí: Vigila sus necesidades independientemente. No: Hace independientemente sólo pequeñas compras. No: Necesita compañía para cualquier compra. No: Incapaz de cualquier compra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Cocina Sí: Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente. No: Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario. No: Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada. No: Necesita que le preparen los alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Cuidado del hogar Sí: Mantiene la casa solo o con ayuda mínima. Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente. Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia. No: Necesita ayuda en todas las actividades. No: No participa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Lavandería Sí: Se ocupa de su ropa independientemente. Sí: Lava sólo pequeñas cosas. No: Todos se lo tienen que lavar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resultado /8

Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

	Preguntas	Respuestas				
		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de Ud.?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Total:

APGAR Familiar

Escala de Evaluación Familiar (APGAR Family)

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Funcionalidad familiar	2 = Casi siempre	1 = Algunas veces	0 = Casi nunca
1. Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando algo le está perturbando.			
2. Está satisfecho (a) del modo en que su familia discute asuntos de común interés y de cómo comparten los problemas para resolverlos.			
3. Encuentra que su familia acepta el que usted asuma nuevas actividades o haga cambios en su estilo de vida.			
4. Está satisfecho (a) del modo en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos, tales como enojo, pena y amor.			
5. Está satisfecho (a) con la cantidad de tiempo que su familia y usted comparten juntos.			

Fuente: Delvecchio G M, Silkstein G, et. al. "The Family Apgar Index: A study o construct validity. The Journal of family practice. 1979 8(3): 577-582. / Kane R, Kane R. "Evaluación de las necesidades en los ancianos". Madrid: Fundación Caja de Madrid, 1993:163-164 / ENEP ZARAGOZA "Manual para el Uso y llenado del Expediente Clínico Orientado por Problemas de la ENEP Zaragoza". Material Didáctico. / Torres G M, Marcos G M, Artega M M. "Valoración Social" en: Guillén LF, Pérez del Molino M J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson, 1994:94.

Interpretación

Sume los puntos e interprete de acuerdo a la siguiente clasificación:

- 0 - 3: Familia severamente disfuncional.
- 4 - 6: Familia con moderada disfunción.
- 7 - 10: Familia funcional.

Calificación total: 10 puntos

APÉNDICES

Apéndice 1. Cartel de higiene de manos

Higiene de manos

- Lavarse las manos previene enfermedades y la propagación de infecciones a otras personas. Enseñar la técnica correcta de desinfección y lavado de manos antes de la realización de algún procedimiento con su familiar evitara infecciones.

¿Cómo lavarse las manos?

(¿Lavar las manos solo cuando están visiblemente sucias? Si no, utilice la siguiente alternativa)

1 Duración de todo el procedimiento: 20-40 segundos

2 ¿Cómo desinfectarse las manos?

(Desinfectar las manos por higiene! Lavar las manos solo cuando están visiblemente sucias)

1 Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? [Internet] [Citado 2021, junio 26] Disponible en: https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GIPC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf

Apéndice 2. Tríptico manejo de la sonda nasogástrica.

**UNAM
POSGRADO**

Manejo de la sonda nasogástrica

ELABORADO:
L.E. Verónica Gregorio Avila.

Referencias bibliográficas:
Gómez LL, Pedrón CC, Martínez CC. Guía para la administración y los cuidados de la nutrición enteral a través de sonda nasogástrica [Internet]. 2013. [Citado 2021, junio 26] Disponible en: https://repositorio.unam.mx/tesis/que_sonda_nasogastrica_v1_2013_12_16.pdf

Sonda de alimentación

Es un tubo que permite introducir la comida hasta el estómago. Las sondas suelen ser de un material blando pero resistente (silicona o polietileno) que se puede mantener de 4 a 6 semanas.

Técnica:

1. Coloque a la persona que va a tomar la nutrición sentada o incorporada en un ángulo de 30-45° y manténgalo en esta postura mientras se está administrando la alimentación.
2. La persona debe mantenerse incorporada como mínimo hasta una hora después de haber terminado.
3. Aléjense de que la fórmula esté a temperatura ambiente.
4. Prepare todo el material que vaya a necesitar.
5. Realizar lavado de las manos.
6. Abrir el recipiente donde se encuentra la alimentación y verter en otro recipiente graduado y limpio la cantidad necesaria de producto nutricional para la toma.
7. Verificar la presencia de residuo gástrico es así esperar de 20 a 40 min para iniciar la alimentación.
8. Abrir el tapón de la sonda y pinzarla.
9. Conectar la jeringa a la sonda.
10. Vaciar muy suavemente el contenido del recipiente a la jeringa.
11. Despinzar la sonda y administrar la alimentación, evitando pasar aire, para esto antes de que se vacíe la jeringa ventear más alimentación.
12. Introducir de 150 a 200 ml de agua al finalizar la alimentación.
13. Al finalizar la alimentación desconectar la jeringa.
14. Limpiar todo el material y la sonda.

Cuidados y limpieza del equipo:

Todo el equipo y los materiales deben guardarse en un lugar limpio y fresco.

El material que se utilice (tijeras, recipiente para la fórmula, jeringas, etc.) debe ser utilizado solo para e.

Cuidados de la piel:

Fijación del microportador a la piel: la sonda y las secreciones respiratorias pueden producir lesiones.

Apéndice 3. Cartel cuidados del catéter vesical

Cuidados del catéter vesical

Limpieza de la piel:

- Lavado de las manos con agua y jabón.
- Lavar suavemente toda el área genital y alrededor del sitio donde entra la sonda con la toalla enjabonada.
- Enjuagar con agua hasta quitar el jabón.
- Secar dando toquitos con una toalla limpia.
- No usar cremas, polvos ni aerosoles cerca de esta zona.

Para la limpieza del catéter vesical:

- Lavado de las manos con agua y jabón.
- Utilizar una esponja con agua y jabón.
- Sustener la sonda con cuidado y lavar el extremo cerca de la vagina o del pene.
- Ir lavando la sonda hacia abajo para limpiarla.
- No limpiar desde el extremo inferior de la sonda hacia el cuerpo.
- Secar suavemente la sonda con una toalla limpia.

Verificar que la sonda esté funcionando:

- Mantener la bolsa recolectora por debajo de la cintura.
- No desconectar la sonda de la bolsa recolectora.
- Verificar si hay retorcimientos de la sonda si no está rrenando.
- Ingesta abundante de agua durante el día para mantener la orina fluyendo. »



Apéndice 4 Rehabilitación: ejercicios de estimulación cognitiva

Rehabilitación: ejercicios de estimulación cognitiva

Ejercicios de estimulación cognitiva **Leve**

1. Orientación

Día de la semana: _____ Día del mes: _____ Mes: _____
 Estación del año: _____ Año: _____

2. Atención

Rodee con una pintura azul todas las letras "R" y cuéntelas.
 Rodee con una pintura roja todas las letras "L" y cuéntelas.

T	N	E	O	H	L	D	N	C	U	H	T	S	D	P	Q	B	S	G	T	L	B	S	N	R
G	E	L	F	X	Z	P	N	Q	R	P	J	D	V	D	J	N	T	M	N	H	Y	D	O	A
Z	D	W	R	I	J	P	M	E	S	T	I	F	D	K	S	O	L	P	M	E	W	S	Q	
M	D	T	S	Q	P	L	F	M	T	P	S	T	N	M	Q	P	T	X	Z	Y	I	D	S	W
T	N	E	O	H	L	D	N	C	U	H	T	S	D	P	Q	B	S	G	T	L	B	S	N	R
D	W	R	I	J	P	M	E	S	T	I	F	D	K	S	O	L	P	M	E	W	S	Q	Z	
T	E	L	F	X	Z	P	N	Q	R	P	J	M	V	D	J	N	T	M	N	H	Y	D	O	A
N	M	Q	P	T	X	Z	Y	I	D	S	W	R	I	J	P	M	E	S	T	I	S	G	T	
J	P	M	E	S	T	I	F	Q	B	S	G	T	L	B	S	N	R	P	J	P	M	E	S	T
U	Y	E	S	T	I	F	T	D	R	I	J	P	M	E	S	T	I	F	T	D	K	D	A	S
N	T	M	N	H	Y	D	O	A	Z	P	N	Q	R	P	J	D	V	D	O	L	P	M	E	W
Z	K	D	E	W	N	S	C	N	X	Y	F	P	I	L	M	W	P	Q	X	U	S	V	P	H
W	Q	P	S	T	G	B	Y	H	J	M	S	E	F	P	Q	Z	N	A	E	I	S	M	T	M

3. Memoria-Fluidez verbal

Palabras encadenadas.
 Continúe la lista de palabras encadenadas. Cada palabra tiene que comenzar con la última sílaba de la palabra anterior:
 Mesa – Sala – Lápiz – _____

4. Funciones ejecutivas

Debe marcar con un bolígrafo sobre el plano, el trayecto más corto y lógico que haría para visitar los sitios que se le indican a continuación, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Tiene que ir al supermercado a comprar 6 litros de leche, 1 litro de aceite y 2 kg de manzanas.
- Tiene que comprar sellos y echar unas cartas al buzón.
- Necesita pasar por la mercería para comprar dos bobinas de hilo. Cierran a las 13:30.
- Debe comprar una barra de pan para la comida.



Indique la hora a la que saldría de casa: _____

Lenguaje. Fluidez verbal

Escriba palabras que empiecen por las siguientes letras:

BE	CA	PO
1. Beso	1. Carpeta	1. Polar
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.
7.	7.	7.
8.	8.	8.
9.	9.	9.
10.	10.	10.