



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
Especialización en Enfermería Neurológica.**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA A UNA PERSONA
CON SECUELAS DE HIDROCEFALIA CRÓNICA SECUNDARIA
A NEUROCISTICERCOSIS.**

ESTUDIO DE CASO

**Que para obtener el grado de
Especialista en Enfermería Neurológica.**

Presenta:

LEO Torres López Laura Oralia.

Cédula Profesional. 5983882



Asesor: MRN Rocio Valdez Labastida.

México D.F. 2009.



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.

ÍNDICE.

1 INTRODUCCIÓN.....	4
2 OBJETIVO GENERAL.....	5
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
3 FUNDAMENTACIÓN.....	5
3.1 ANTECEDENTES.....	5
4 MARCO CONCEPTUAL.....	7
4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.....	7
4.2 METAPARADIGMA.....	7
4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA.....	8
4.4 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA.....	10
4.5 HIDROCEFALEA.....	11
4.6 NEUROCYSTICERCOSIS.....	14
4.7 SÍNDROME CEREBELOSO.....	17
4.8 SÍNDROME DE PARINAUD.....	18
4.9 TUBERCULOSIS MENINGEA.....	19
5 METODOLOGÍA.....	23
5.1 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN.....	23
5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN.....	24
5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	25
6 PRESENTACIÓN DEL CASO.....	26
6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	26
7 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	27

7.1 INSTRUMENTO A TRABAJAR.....	27
7.1.1 VALORACIÓN.....	27
7.2 JERARQUIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS.....	30
7.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	31
7.4 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.....	34
7.5 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS.....	34
7.6 EVALUACIÓN DEL PROCESO.....	52
8 PLAN DE ALTA.....	53
9 CONCLUSIONES.....	55
10 BIBLIOGRAFÍA.....	56
11 ANEXOS.....	59

1. INTRODUCCIÓN.

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía es el principal centro hospitalario dedicado al estudio de las ciencias neurológicas y el único donde se encuentran las tres principales divisiones de las neurociencias clínicas: la Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, es reconocido a nivel mundial por su tecnología de punta y por su atención de alta calidad.¹

El Instituto es un hospital de alta especialidad en el cual se tratan diferentes enfermedades de origen neurológico y neuroquirúrgico, realizándose los estudios pertinentes para llegar a un diagnóstico acertado, todo esto con el fin de proporcionar un trato integral a las personas que padecen alguna enfermedad neurológica.

Con el objetivo de seguir brindando una atención integral y de alta calidad, se capacita al personal de Enfermería para brindar cuidados especializados a personas con padecimientos neurológicos y neuroquirúrgicos, es trabajo del personal de Enfermería, atender a cada uno de las personas hospitalizadas en los servicios, pues va a depender del sitio de la lesión y el tipo de enfermedad los cuidados proporcionados a las mismas, pues recordemos que el cerebro es el que manda los impulsos para el buen funcionamiento del resto del cuerpo, por lo que el personal de Enfermería debe permanecer atento a cualquier cambio que pudiera indicar algún deterioro en la persona, para inmediatamente tomar las medidas necesarias para el buen manejo del mismo y lograr así la recuperación ya sea parcial o total de la salud, todo esto con la ayuda de todo el equipo de salud que en este hospital labora.

El presente estudio de caso valora el estado de salud en el que se encuentra Alina quien se estuvo hospitalizada en el servicio de Neurología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, se darán a conocer los requisitos de salud que se encuentran afectados de acuerdo al modelo de enfermería de Dorotea Orem, construyendo diagnósticos de Enfermería especializados en el área neurológica conforme al formato PESS, planeando los cuidados de Enfermería a corto, mediano y largo plazo, según lo requiera el agente de cuidado, evaluando dichas intervenciones para otorgar un plan de alta, todo esto con el único fin de colaborar con la recuperación de la salud de Alina y el pronto restablecimiento de la misma y de su vida cotidiana.

En el presente trabajo se toma en cuenta el periodo de hospitalización del agente de cuidado, brindando las intervenciones de enfermería oportunamente, sin dejar de lado las posibles secuelas neurológicas, ya que la mayoría de las intervenciones se encuentran enfocadas a las mismas.

¹ www.innn.gob.mx

2. OBJETIVO GENERAL.

- ♣ Proporcionar cuidados de enfermería de alta especialidad a la Sra. Alina de acuerdo a los diagnósticos y a los requisitos afectados durante su estancia en el servicio de Neurología, con el fin de otorgar el máximo beneficio para la recuperación de su salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ♣ Fomentar el autocuidado en Alina.
- ♣ Proporcionar cuidados de enfermería especializados en Neurología.
- ♣ Proveer orientación sobre los ejercicios de rehabilitación de Alina.

3. FUNDAMENTACIÓN.

La Enfermería era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, de considerarse como una serie de tareas y técnicas al servicio de la medicina, se ha constituido como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano, teniendo como ejes centrales: el cuidado, la salud, el entorno y muy en especial la persona a la que se le proporcionan los cuidados integralmente, todo esto con el único fin de preservar la salud a través del autocuidado.

A si mismo la disciplina ha crecido de tal modo que se ve la necesidad de crear especialidades en distintas áreas.

En consecuencia nace la especialidad en Enfermería Neurológica, con el objetivo de proporcionar cuidados altamente especializados en el área, perfeccionando así la práctica de la enfermería, mediante la descripción y el control de los cuidados a través del proceso de enfermería.

Por lo tanto se realiza el presente estudio de caso neurológico, el cual se basa en la teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem, determinando y priorizando las intervenciones de enfermería, con el fin de mejorar la calidad de vida de la persona y la pronta integración a su núcleo familiar.

3.1 ANTECEDENTES.

La enfermería ha ido evolucionando a través de los años, ya que el cuidado estuvo por mucho tiempo bajo la responsabilidad de la iglesia, la conexión entre cuidar y la iglesia perduro hasta el siglo XII, un hospital era una Institución eclesiástica no médica, servia para el cuidado más que para la curación.

En la Edad Media no existía distinción entre Enfermería y Medicina, el cuidado principal al cual se dedicaban las enfermeras era a la alimentación de los enfermos.

Florence Nightingale expresó la firme convicción de que la enfermería requería un conocimiento diferente al conocimiento médico. Describió lo que para ella era la función propia de enfermería, definió los conceptos de salud y enfermedad en relación con la enfermería y el objetivo de los cuidados, orientándolos al control del ambiente para facilitar la recuperación de los enfermos.²

Es así como surge la teoría de enfermería de Florence Nightingale, a partir de aquí nacen nuevos modelos.

Es a partir de la década de los años 50 del siglo XX cuando los profesionales de enfermería comienzan a desarrollar los modelos conceptuales. Representan diferentes puntos de vista y explicaciones sobre la naturaleza de los objetivos y los métodos de enfermería, porque parten de teorías distintas sobre la persona, cada modelo aporta una Filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

En 1900, la mayoría de las escuelas estaban bajo el control de los hospitales. La tecnología, el descubrimiento de fármacos y nuevas técnicas aumentaron las responsabilidades de las enfermeras, al tiempo que el cuidado del enfermo planeaba nuevos retos.

A finales de la II Guerra Mundial se empezó a asignar fondos para la investigación. La lucha por identificar con claridad la base de conocimientos para enfermería ha sido constante, las pioneras fueron Henderson (1955) y Peplau (1952).

A partir de este momento surgió la necesidad de contar con teorías de Enfermería. En los años 70, enfermeras como: Roy, Rogers, King, Orem, desarrollaron marcos conceptuales, empezando a ser valorada como una ciencia.

En 1982 se creó la NANDA North American Nursing Diagnosis Association, asociación que sigue trabajando y perfeccionando los diagnósticos de Enfermería y la taxonómica diagnóstica propia.

Así Enfermería se establece como un campo científico, a pesar de las dificultades que ha debido salvar y contra las que aún lucha para fundamentarse como un área particular del campo de la salud.

² 1852 Florence Nightingale en su libro "Notas de enfermería",

4. MARCO CONCEPTUAL.

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.

Enfermería significa cuidado, es proporcionar a las personas asistencia directa en su auto cuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de auto cuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. (Orem).³

El cuidado de Enfermería es el medio a través del cual se logra la meta específica del profesional, es el cuidado de salud que se brinda a individuos, grupos o familias en condiciones de bienestar enfermedad o riesgo, tiene como función básica la promoción y el mantenimiento de la situación de salud.

Enfermería ha necesitado elaborar su propio cuerpo de conocimientos, para definir y desarrollar sus actividades y su investigación, para perfeccionar la práctica. Estos conocimientos son descritos como modelos y Teorías para la comprensión de la ciencia enfermera.

4.2 METAPARADIGMA.

“Es la perspectiva de conjunto de una disciplina, que precisa de los conceptos centrales de la misma (cuidado, persona, salud, entorno) e intenta explicar sus relaciones.”⁴

Para que la disciplina enfermera pueda desarrollarse como ciencia la relación entre los conceptos es imprescindible, siendo estos:

PERSONA. Es un ser biopsicosocial. La receptora de los cuidados de Enfermería. Se contempla bajo una visión holística y humanística.

ENTORNO. Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al comportamiento. y desarrollo de la persona. Comprende el medio interno y el externo.

SALUD. Es un ideal, influenciado por el contexto en que se vive. La salud y la enfermedad están en interacción dinámica.⁵

³ “Teoría de Autocuidado”. En <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>. Recuperado el 1 de Septiembre de 2008.

⁴ Kerouac, S.; Pepin,.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F. *El Pensamiento Enfermero*. Edit. Masson. Barcelona, España. (2005) Pp.29-37.

⁵ Cárdenas, J. Balan, G., Franco, O. Grandes Corrientes del Pensamiento. En *Antología. Teorías y Modelos de enfermería*.

CUIDADO. Campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona, enfocado hacia la comprensión y relación con su entorno.

4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA.

Dorotea Orem nació en Baltimore Estados Unidos, se educó con las hijas de la caridad de San Vicente de Paul, se graduó en 1930, dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera mas que otra, sino el conjunto de todas con las que había tenido contacto y la experiencia de las mismas lo que influyó en su teoría, publica en 1969 sus primeras reflexiones formales sobre la Enfermería, en 1971 edita el libro sobre la teoría general del déficit de autocuidado, con la cual en 1996 obtiene el título honorífico de doctora en ciencias. Gran parte de sus reflexiones surgieron de la intuición que tuvo acerca de por que las personas necesitan ayuda de Enfermería y como son auxiliados por los profesionales de la disciplina; a partir de ello remota la experiencia de otras pensadoras de esa disciplina como Henderson, King, Rogers, Nightingale, y de otras disciplinas médicas humanísticas como Bertalanffy, Selye entre otros.

El objetivo de la Teoría General del Déficit de Autocuidado (TGDA) es exponer posibles relaciones desde la perspectiva de la enfermería para proporcionar cuidados, como resultado se constituye en un marco de trabajo para la disciplina ya que identifica variables sobre las relaciones de la persona, el ambiente y la enfermería a partir de la salud.

Está constituida por tres sub teorías:

- a) La teoría del sistema de enfermería.
 - b) La teoría del déficit de autocuidado.
 - c) La teoría del autocuidado.
-
- a) En la teoría de sistemas se marcan las pautas que implementan las formas de interpretación, en tanto que “refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de auto cuidado”. Esta teoría se subdivide en tres sistemas: de apoyo educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio.
 - ♣ De apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, que no podrían hacer sin esta ayuda.
 - ♣ Totalmente compensatorio: La enfermera suple al individuo.
 - ♣ Parcialmente compensatorio: El personal de enfermería proporciona autocuidados.

- b) Considerado como el elemento crítico de la teoría, tiene su origen en la finalidad propia del saber como los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidador dependiente.

Debiéndose considerar tres elementos: agentes de autocuidado, agente de cuidado dependiente y agencia de autocuidado.

- ♣ El agente de autocuidado es uno mismo, por que cada individuo lleva a cabo los cuidados elementales, como bañarse, vestirse, comer, entre otros.⁶
 - ♣ Cuidador dependiente: es una persona madura que reconoce requisitos de autocuidado a los que no puede responder por si mismo, por ejemplo un hijo es dependiente de sus padres.
 - ♣ La agencia de autocuidado: se refiere al acto de conocer y realizar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberada. Esto lo llevan a cabo tanto el agente de cuidado dependiente como el agente de autocuidado. La enfermería representa el agente de autocuidado terapéutico por que entra en acción cuando la persona genera demandas de autocuidado terapéutico.
- c) "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".⁷

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- ♣ Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- ♣ Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- ♣ Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

⁶ Orem 131:193

⁷ Orem, 1993, 131.

4.4 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método tiene como finalidad mantener el nivel óptimo de bienestar de la persona, proporcionarle la cantidad y calidad de cuidados necesarios para restituirlo, proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, identificar las necesidades reales y potenciales del paciente , familia y comunidad, establecer planes de cuidados individuales , familiares o comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

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

- **Valoración:** acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas de la persona. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente. Estas fuentes se pueden clasificar como primarias y secundarias, identificando a la propia persona como la fuente primaria, que se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes. Las fuentes secundarias serán todas aquellas personas o documentos a los que se les pueda tener acceso y que tengan una vinculación con la persona. Se utilizan tres técnicas principales para obtener información durante la valoración de enfermería, estos métodos incluyen entrevista, observación y exploración física, tales técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados.
- **Diagnóstico de Enfermería.** Fase final de la valoración, consiste en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado. Por lo tanto, el diagnóstico permitirá, mediante un término concreto, entender la situación de la persona, en la que se identifican tanto los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquel como los negativos, asociado a sus perturbaciones y limitaciones.

- **Planificación:** Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Durante la fase de planificación se elaboraron los objetivos, lo que será capaz de hacer la persona como objetivo de las acciones de enfermería y las intervenciones de enfermería, que describen la forma en que el profesional de la enfermería debe actuar para ayudar al paciente a conseguir los objetivos.
- **Ejecución:** Supone la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutan intervenciones de enfermería específicas para modificar los factores que contribuyen al problema de la persona. Se trata de la fase del proceso de enfermería orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente, durante esta fase el profesional de enfermería debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo sanitario.

En este sentido, las actividades intelectual interpersonal y técnica desarrolladas durante la fase de ejecución están basadas en el plan de cuidados elaborado para cada persona, de acuerdo con la valoración previa de sus problemas.

- **Evaluación:** Actividad intelectual que complementa las otras fases del proceso. Se considera siempre en relación con la respuesta de la persona a la acción planificada. En esta fase el diagnóstico y los objetivos propuestos para la resolución de problemas se utilizará como marco para evaluación, así pues, las consecuencias que producen en la persona, todas las acciones intelectuales, interpersonales y técnicas, así como los cambios que se derivan de ellas, constituyen el objeto de la evaluación.

4.5 HIDROCEFALEA.

Se deriva de las palabras griegas "hidro" que significa agua y "céfalo" que significa cabeza; resulta en la dilatación anormal de los espacios en el cerebro llamados ventrículos.

El sistema ventricular está constituido por cuatro ventrículos conectados por vías estrechas. Normalmente, el líquido cerebrospinal fluye a través de los ventrículos, sale a cisternas (espacios cerrados que sirven de reservorios) en la base del cerebro, baña la superficie del cerebro y la médula espinal y, luego, es absorbido en la corriente sanguínea.⁸

⁸ http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/la_hidrocefalia.htm

El líquido cerebroespinal tiene tres funciones vitales importantes:

- 1) Mantener flotante el tejido cerebral, actuando como protección.
- 2) Servir de vehículo para transportar los nutrientes al cerebro y eliminar los desechos.
- 3) Fluir entre el cráneo y la espina dorsal para compensar por los cambios en el volumen de sangre intracraneal (la cantidad de sangre dentro del cerebro).

El equilibrio entre la producción y la absorción de líquido cerebroespinal es de vital importancia. En condiciones ideales, el líquido es casi totalmente absorbido en la corriente sanguínea a medida que circula. Sin embargo, hay circunstancias que, cuando se hallan presentes, impedirán o perturbarán la producción de líquido cerebroespinal o que inhibirán su flujo normal. Cuando se perturba este equilibrio, resulta la hidrocefalia.

CLASIFICACIÓN:

CONGÉNITA: Se halla presente al nacer y puede ser ocasionada por influencias ambientales durante el desarrollo del feto o por predisposición genética.

ADQUIRIDA: Se desarrolla en el momento del nacimiento, afecta a personas de todas las edades y puede ser ocasionada por una lesión o enfermedad.

COMUNICANTE: Ocurre cuando el flujo del líquido cefalorraquídeo (LCR) se ve bloqueado después de salir de los ventrículos, el LCR aún puede fluir entre los ventrículos que permanecen abiertos.

NO COMUNICANTE: El flujo del LCR se ve bloqueado a lo largo de una o más de las vías estrechas que conectan a los ventrículos, la causa más común es la "estenosis acueductal", que es el resultado de la estrechez del acueducto de Silvio, un pequeño conducto entre el tercer y cuarto ventrículo.

EXVACUO: Se presenta cuando un Evento Vascular Cerebral o un traumatismo lesiona el cerebro, causando pérdida del volumen en el cerebro, disminuyendo el tamaño del mismo, el volumen del LCR aumenta para llenar este espacio, en estos casos los ventrículos aumentan de tamaño sin que la presión necesariamente aumente.

NORMOTENSA: Resulta del bloqueo progresivo de las vías de drenaje del LCR en el cerebro, con un aumento en los ventrículos, produciendo compresión y daño del tejido cerebral, debe su nombre a que los ventrículos cerebrales crecen sin aumentar la presión intracraneal, puede ser secundaria a un trauma craneal, cirugía cerebral, hemorragia, meningitis o algún tumor.

HIPERTENSIVA: Se produce una obstrucción aguda de la circulación del LCR, hemorragias, traumatismos craneales, infecciones o tumores, produciendo un cuadro de hipertensión intracraneal agudo que constituye una urgencia médica.

ETIOLOGÍA:

GENÉTICA: Estenosis acueductal, trastornos del desarrollo asociados con los defectos del tubo neural.

COMPLICACIONES AL NACIMIENTO: Hemorragia intraventricular.

OTRAS: Meningitis, tumores, Traumatismo craneo encefálico, hemorragia subaracnoidea.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Cefalea.
- Vómito.
- Náuseas.
- Papiledema.
- Diplopía.
- Deterioro en el estado de conciencia.
- Problemas del equilibrio y coordinación.
- Trastornos en la marcha.
- Pérdida de la memoria.
- Disminución de la agudeza visual
- Crisis epilépticas (generalizadas y en relación con alteraciones circulatorias).

DIAGNÓSTICO:

- Cuadro clínico.
- Valoración Neurológica.
- Tomografía Axial Computarizada (TAC).
- Imagen de Resonancia Magnética (IRM).
- Cisternotomografía.
- Punción Lumbar (PL).

TRATAMIENTO:

- Sistemas de derivación.

Derivación Ventrículo Peritoneal.

Ventrículo lateral es la ubicación proximal preferida.

Derivación ventrículo peritoneal: Con esta prótesis se logra desviar el LCR al peritoneo donde es absorbido y finalmente pasa al torrente circulatorio para ser eliminado como orina, mediante una válvula de derivación ventrículo peritoneal, que es un dispositivo mecánico que regula el flujo, estos sistemas de válvula median la diferencia de presiones entre la ventricular y la peritoneal, teniendo dos mecanismos de regulación: el de presión y el de flujo.

- Regulación de presión: intentan mantener la misma presión diferencial sin importar la velocidad de flujo, cuando en el Sistema de Derivación Ventrículo Peritoneal (SDVP) hay un aumento en la presión diferencial, el mecanismo se abre y aumenta la superficie a través de la cual el líquido fluye permitiendo que un mayor líquido fluya a presión similar.
- Regulación de flujo: En oposición a los reguladores de presión, los de flujo intentan mantener la misma velocidad de flujo, sin importar la diferencia de presiones mediante variaciones en su resistencia.

Existen complicaciones del SDVP divididas en cuatro grupos:

- A. Mecánicas: en las cuales existe una disfunción del sistema.
- B. Infección secundaria al procedimiento quirúrgico o a los cuidados post operatorios.
- C. Funcionales: relacionadas con una inadecuada velocidad de flujo de un sistema funcional.
- D. Técnicas: por error en la colocación o elección del SDVP.⁹

4.6 NEUROCISTICERCOSIS.

La cisticercosis es causada por el cisticerco celuloso (forma larvaria de la *Taenia solium*) al establecerse en tejidos de sus huéspedes intermediarios, el cerdo y el hombre. Se denomina neurocisticercosis (NCC) a la invasión por el cisticerco al sistema nervioso incluyendo ventrículos y meninges.

EPIDEMIOLOGÍA.

La NCC constituye la parasitosis más común del cerebro y uno de los problemas neurológicos más frecuentes entre la población de México y otros países en vías de desarrollo. La NCC y la teniasis tienen alta prevalencia en lugares con malas condiciones de vivienda e higiene, fecalismo al aire libre y condiciones ambientales y socioeconómicas que favorecen la infestación.

La frecuencia de la NCC en México es alta comparada con otros países de Latinoamérica. Las diferencias probablemente se deban a medidas gubernamentales en cuanto al manejo y destino de las heces humanas, al control de la carne de cerdo parasitada, costumbres socioculturales en cuanto a consumo

⁹ FONT-REAU LX ROJAS (2002), Cuidados Neuroquirúrgicos, México, editorial Mc Graw Hill p.p.59-60.

y manejo de la carne de cerdo y los procedimientos para identificar y tratar a los portadores del parásito adulto.¹⁰

Ciclo Biológico:

La *Taenia solium* (TS) es un céstodo que puede invadir al hombre y que presenta un ciclo biológico complejo, con dos o más hospedadores. Los humanos son los únicos hospedadores definitivos, mientras que tanto los cerdos como los humanos pueden ser hospedadores intermediarios.

La TS adulta está compuesta por una cabeza (escólex), 4 ventosas, ganchos y un cuerpo formado por proglótides hermafroditas (unidades de reproducción llenas de huevos). El parásito adulto habita en el tubo digestivo de los humanos, adherido a la pared intestinal. Cada día expulsa varios proglótides que son eliminados con las heces. Cuando los cerdos ingieren los huevos, éstos atraviesan la pared intestinal y llegan al torrente sanguíneo, para finalizar en los tejidos del cerdo (sobre todo músculo estriado y cerebro), donde se transforman en larvas (cisticercos) que son adquiridas por los humanos al ingerir carne de cerdo infestada. Una vez en el intestino delgado las larvas se evaginan, el escólex se adhiere a la pared intestinal y el cuerpo del parásito comienza a crecer, provocando una ligera inflamación en la zona de implantación, la denominada teniasis. La cisticercosis se adquiere cuando el hombre ingiere los huevos por alimentos y agua contaminados, o por autocontaminación. Cuando éstos llegan al torrente sanguíneo, se distribuyen por los tejidos del hombre (músculo, cerebro, etc.), depositándose en su forma larvada.

PATOLOGÍA Y PATOGENIA.

Los cisticercos deben sobrevivir en los órganos del hospedador durante semanas o meses para poder completar su ciclo vital. Para ello tienen mecanismos de evasión de la inmunidad del hospedador (mimetismo molecular, depresión de la inmunidad celular, etc.) y en el caso de la NCC, la barrera hematoencefálica. Aunque los cisticercos maduren en unas semanas, pueden pasar años (incluso más de 10) desde la exposición a los síntomas.

Éstos aparecen tras la muerte del cisticerco o el fallo de los mecanismos de evasión de la inmunidad del hospedador, con la consiguiente reacción inflamatoria.

¹⁰ hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/neuro/2neurocisticercosis.pdf

El cisticerco pasa por 4 estadios diferentes en su ciclo vital.

1. Estadio vesicular: mínima inflamación asociada.

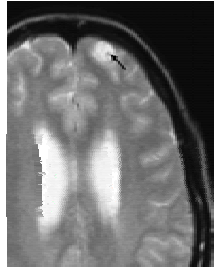


Figura 1. Estadio vesicular: IRM axial, potenciada en T2 en la que se visualizan un quiste de estructura bipartimental que contiene el escólex (flecha).

2. Estadio vesicular-coloidal: muerte del parásito o pérdida de la habilidad de controlar la inmunidad del hospedador. Las células inflamatorias infiltran y rodean la pared del quiste, por lo que los síntomas aparecen con más frecuencia en este estadio.

3. Estadio granular-nodular: colapso de la cavidad del cisticerco, por la fibrosis.

4. Estadio calcificado: nódulo calcificado.

Signos y síntomas:

Éstos dependen de la localización, número de parásitos y de la respuesta inmune del hospedador ante los mismos, distinguiéndose varias formas.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de NCC puede ser problemático, ya que en ocasiones resulta imposible demostrar la infección por TS.

Se establecerán una de las 3 categorías diagnósticas, se deben valorar los datos epidemiológicos, la clínica, el inmunodiagnóstico y los estudios de neuroimagen.¹¹

Criterios absolutos:

- Histología del cisticerco en biopsia cerebral o medular.
- TAC o IRM con lesiones quísticas e imágenes de escólex en el interior.
- Visualización directa de parásitos sub retinianos en el fondo de ojo.

Criterios mayores:

- Neuroimagen con lesiones altamente sugestivas de NCC.
- Ac específicos o Ag en el LCR (para un criterio absoluto).
- Calcificaciones en Rx de músculos de muslo y pantorrilla.
- Resolución espontánea de pequeñas lesiones captadoras de contraste.

¹¹ Propuestas en el 2001 por Del Brutto y Col.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de la NCC debe ser individualizado, según el número, localización y viabilidad del parásito. El tratamiento médico se considera de primera elección, exceptuando los casos de hidrocefalia grave que requieran cirugía.

Tratamiento médico:

La utilización de fármacos cestícidias depende más del área geográfica y la experiencia personal que de la existencia de protocolos consensuados. Los antihelmínticos cestícidias más usados son praziquantel y albendazol. La pauta recomendada de albendazol es de 15 mg/Kg/día, dividido en tres dosis, durante un mínimo de 3 semanas (dependiendo de la evolución clínica y radiológica). El praziquantel se administra a dosis de 50 mg/Kg/día durante 15 días mínimo.

Tratamiento quirúrgico:

Es el tratamiento de segunda elección cuando los cestícidias no son efectivos y de primera elección en los siguientes casos:

- Hidrocefalia grave: por quistes parenquimatosos, subaracnoideos o intraventriculares de gran tamaño.
- Quistes que obstruyen la circulación del Líquido cefalorraquídeo: los quistes subaracnoideos e intraventriculares pueden intervenir por técnicas endoscópicas.
- Hidrocefalia: colocando un sistema de derivación ventricular y en el caso de los subaracnoideos e intraventriculares, con su extirpación.
- Compresión medular.
- Forma espinal.

COMPLICACIONES:

Estas dependerán de la localización y el tamaño de los cisticercos, el tratamiento elegido, la técnica quirúrgica, el abordaje, así como también las condiciones de salud del paciente al momento del tratamiento, como puede ser:

- Hidrocefalia: Debida a los cisticercos alojados en algún sitio del trayecto de la circulación del líquido cefalorraquídeo principalmente en el acueducto de Silvio y el agujero de Monroe,¹² causando una obstrucción parcial o total del mismo, ocasionando el acúmulo del líquido cefalorraquídeo y por consiguiente la hidrocefalia
- Isquemia e infarto cerebral: Esta se presenta cuando existen quistes gigantes en las cisternas del líquido cefalorraquídeo, lo que ocasiona los infartos cerebrales con la consiguiente isquemia cerebral en la circunferencia de la lesión.

¹² O. H. de Brutto Neurocisticercosis actualización en diagnóstico y tratamiento.

- Existen otro tipo de complicaciones como la vasculitis, encefalitis y ependimitis, estas dependerán del estadio en el que se encuentre el cisticerco y la localización del mismo, colocándose uno o varios sistemas de derivación ventricular para corregir estas anomalías.

4.7 SÍNDROME CEREBELOSO.

Clínicamente se caracteriza por ataxia, hipotonía, temblor cinético, disartria cerebelosa y trastornos oculomotores. Dicho síndrome puede ser producido por lesión del cerebelo o por lesión de las vías cerebelosas. La lesión del órgano da lugar a dos agrupaciones sindromáticas: el síndrome vermiano (arquicerebeloso) con alteraciones en la estática y marcha, y el síndrome cerebeloso hemisférico (neocerebeloso) con alteraciones en la coordinación del movimiento. La lesión de vías aferentes produce un síndrome arquicerebeloso, y la de las vías eferentes se manifiesta por un síndrome neocerebeloso. La afectación de vías habitualmente se acompaña de otros signos neurológicos por compromiso de estructuras neurológicas relacionadas.¹³

4.8 SÍNDROME DE PARINAUD.

Es un problema ocular, similar a la conjuntivitis, que generalmente afecta sólo a un ojo y se presenta acompañado por inflamación de los ganglios linfáticos circundantes y enfermedad con fiebre.

CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO.

Muchas infecciones diferentes pueden causar este síndrome, incluyendo bacterias, virus, hongos y parásitos.

Las causas más comunes son tularemia (fiebre de los conejos) y la fiebre por arañazo de gato. La primera puede infectar el ojo ya sea por inoculación directa de la bacteria en el ojo (con el dedo o un objeto) o por diseminación de la bacteria en el aire para luego llegar al ojo.

Otras enfermedades infecciosas se pueden diseminar ya sea a través de estos mecanismos e igualmente a través del torrente sanguíneo al ojo.¹⁴

SÍNTOMAS:

El ojo a menudo luce rojo, irritado y con dolor, similar a la conjuntivitis. Puede haber incremento en la cantidad de lágrimas e hinchazón de los ganglios linfáticos circundantes, con frecuencia frente al oído. Igualmente, puede presentarse fiebre y enfermedad generalizada.

¹³ www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Neurologia/Grandes%20Síndromes%20Neurológicos

¹⁴ [www.anm.org.ve/FTPANM/online/Gaceta%202001%20Julio-Septiembre/12.%20López%20\(387-388\)](http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/Gaceta%202001%20Julio-Septiembre/12.%20López%20(387-388)).

SIGNOS Y EXÁMENES:

El examen muestra enrojecimiento, sensibilidad e inflamación ocular con posibles úlceras en la córnea. Es posible que se presente sensibilidad de los ganglios linfáticos ubicados frente al oído, los cuales pueden estar ulcerados dependiendo de la causa de la infección. Asimismo, se puede detectar fiebre y otros signos de enfermedad generalizada.

El conteo de leucocitos puede mostrarse alto o bajo, dependiendo de la causa de la infección. Los exámenes de sangre para evaluar los niveles de anticuerpos son los principales métodos utilizados en el diagnóstico de muchas de estas infecciones que ocasionan el síndrome de Parinaud. Algunas veces, puede ser útil realizar cultivos del ojo, del ganglio linfático o de sangre o realizar una biopsia del ganglio linfático.

TRATAMIENTO:

Los antibióticos pueden ser útiles, dependiendo de la causa de la infección, y es posible que sea necesario hacer una intervención quirúrgica para extraer el tejido infectado.

COMPLICACIONES:

Es posible la diseminación de la infección hacia tejidos circundantes o al torrente sanguíneo, también se pueden presentar complicaciones oculares que ocasionen ceguera.

4.9 TUBERCULOSIS MENÍNGEA.

La meningitis es una inflamación de las meninges que puede tener compromiso encefálico directo (encefalitis) o indirecto (vasculitis). El sistema nervioso central (SNC) responde a las infecciones de forma distinta a los demás tejidos por la barrera hematoencefálica (BHE) y hematógena, por la presencia de líquido cefalorraquídeo (LCR) (absorbe antibióticos, influye en el paso de bacterias). Además, no tiene sistema linfático y está en un continente rígido. Como resultado de todo ello, es más propenso a infecciones. Las meningitis se clasifican en meningitis agudas y meningitis crónicas (según tiempo de evolución) o en piógenas y de líquido cefalorraquídeo (LCR) claro (según afección del líquido cefalorraquídeo).

CLÍNICA DE LA MENINGITIS:

Cefalea, fiebre, compromiso encefálico (alteración del nivel de conciencia y convulsiones), signos meníngeos; rigidez de nuca, signo de Brudzinski (la rigidez severa del cuello produce que las rodillas y cadera del paciente se flexionen cuando se flexiona el cuello) y signo de Kerning (para valorar la irritación

meníngea, el paciente en decúbito supino con las caderas flexionadas es incapaz de extender las rodillas sin dolor).

Meningitis bacterianas: náuseas, vómitos, sudoración profusa, debilidad muscular, mialgias, fotofobia y signos de aumento de la presión intracraneana (PIC) como: coma, hipertensión, anisocoria y bradicardia.

Meningococo: erupciones cutáneas de tipo petequiral.

Meningitis vírales: signos de infección intestinal (náuseas, vómitos, dolor abdominal y/o diarrea), mialgias, anorexia y astenia.

Meningitis tuberculosa: alteración de los nervios craneales (por comprometer más a la base del cerebro).

ETIOLOGÍA:

MENINGITIS BACTERIANAS:

Neonatos (menores de 1 mes de edad): Gramnegativos, estreptococos grupo B.

Niños (de 1 mes a 10 años de edad): Haemophilus influenzae, Neisseria meningitidis.

Adultos (de 10 a 60 años): Neumococo, meningococo.

Ancianos e inmunodeprimidos pensar también en gramnegativos y Listeria.

MENINGITIS VÍRALES: Enterovirus (70%), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), herpes simple tipo II.

MENINGITIS CRÓNICAS: (son menos frecuentes): tuberculosis (TB), hongos, carcinomatosis meníngea.

MENINGITIS QUÍMICAS: Hemorragia sub-aracnoidea (la más frecuente), albúmina marcada, craneofaringoma, metotrexato intratecal.

SÍNDROMES PARAMENINGEOS: Abscesos intraencefálicos, empiema subdural, encefalitis.

ANAMNESIS: Edad, instauración, factores predisponentes (heridas, shunts), inmunodepresión (diabetes mellitus, virus de la inmunodeficiencia humana o HIV, drogas).

EXAMEN FÍSICO: Rash (herpético, meningococo, gramnegativos. Signos focales (otitis, sinusitis).

PRUEBAS DE LABORATORIO:

Exámenes Generales (hemograma, velocidad de sedimentación, glucemia, hemocultivo, radiografía torácica).

Estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) urgente. No realizar punción lumbar en caso de: edema de papila, signos focales, rápido compromiso de conciencia (TAC previo), crisis epileptogénica tónica o prolongada (esperar 30min), shock séptico

(priorizar). Contraindicaciones: hipertensión intracraneal, alteraciones de la coagulabilidad. Dentro del estudio se debe analizar:

- Aspecto macroscópico (turbio, claro, semiturbio). Diferenciar las bacterianas (o purulentas) de las de líquido claro (dentro de estas se encuentran todo el resto).
- Líquido cefalorraquídeo (LCR) hemorrágico sin punción traumática = Hemorragia subdural
- Estudio citoquímico (celularidad, glucosa y proteínas).
- Tinción de Gram y cultivo (si recibe antibióticos se negativiza)
- Estudios complementarios del líquido cefalorraquídeo (LCR) (se debe guardar muestra por si el estudio primario no es concluyente). Dentro de este ítem se encuentran:
 - Test de látex: Mucho más sensible y rápido en detectar bacterias que el cultivo o el gram (por aglutinación de antígenos específicos), menor negativización si usa antibióticos.
 - ADA (normal: inferior a 9): Si existe la sospecha de infección por tuberculosis (TB) o linfoma.
 - PCR: muy sensible y específico: útil en tuberculosis (TB), virus herpes simple.
 - Citológico: Para carcinomatosis meníngea.
 - Tinción con tinta china: Para criptococo.
 - VDRL: sífilis
 - Bacilo de Koch.

Patrones: Nunca patognomónicos. Son muy importantes la historia clínica, el examen físico y las pruebas de laboratorio (hemograma, velocidad de sedimentación, glicemia, hemocultivo).

Piógena: Meningococo: jóvenes-adultos; H influenzae: menores de 5 años de edad; Neumococo, gramnegativos, en inmunodeprimidos, diabetes mellitus, ancianos.

TRATAMIENTO:

ANTIBIÓTICO:

- ❖ Meningitis meningocócica: Penicilina G 12 millones de unidades/día
- ❖ H. Influenzae: Cefalosporinas (en menores de 5 años, asociar a corticoides).
- ❖ Meningitis neumocócica: Penicilina G o Cefalosporinas dependiendo de la resistencia.
- ❖ Meningitis por gramnegativos: Cefalosporinas o aminoglucósidos en dosis altas
- ❖ Meningitis piógena con gérmenes desconocidos: Cefalosporinas + Ampicilina
- ❖ Meningitis tuberculosa: etambutol, isoniazida, rifampicina, pirazinamida.

enfermedad, y el riesgo de secuelas neurológicas es mínimo, en tanto el paciente se encuentre en estupor o coma, la mortalidad se eleva hasta el 50%.

Con respecto a las secuelas su incidencia fluctúa entre el 10% y el 30% siendo las mas frecuentes: déficit de los nervios craneales, hemiparesia y alteraciones en la marcha.¹⁵

- Parálisis de nervios craneales: Se presenta parálisis de algún nervio craneal en un 30% al 50% de los casos, viéndose afectado principalmente el III nervio craneal en un 5% a 15%, el VI nervio en un 10% al 20% y el VI par craneal en un 30% al 40%¹⁶, es en este mismo porcentaje que quedan como secuelas en los pacientes.
- Paresia: La disminución de la movilidad de alguna o varias de las extremidades se muestran en porcentajes bajos, presentándose la hemiparesia en un 10% al 20% y la paraparesia en un 5% al 10% de los casos.
- Alteraciones de la marcha: Estas alteraciones son resultado de la paresia de los miembros pélvicos, lo que ocasiona algún déficit en la marcha de las personas afectadas.

La principal complicación de la tuberculosis meníngea, es la hidrocefalia, teniendo como tratamiento: diuréticos, punciones lumbares seriadas, o la colocación de un sistema de derivación ventricular.

¹⁵ Schoeman J, Wait J, Burger M, van Zyl F, Fertig G, van Rensburg AJ, et al. Long-term follow up of childhood tuberculous meningitis. Dev Med Child Neurol 2002;44:522-6.

¹⁶ Depto de Infectología INNN 2009.

enfermedad, y el riesgo de secuelas neurológicas es mínimo, en tanto el paciente se encuentre en estupor o coma, la mortalidad se eleva hasta el 50%.

Con respecto a las secuelas su incidencia fluctúa entre el 10% y el 30% siendo las mas frecuentes: déficit de los nervios craneales, hemiparesia y alteraciones en la marcha.¹⁵

- Parálisis de nervios craneales: Se presenta parálisis de algún nervio craneal en un 30% al 50% de los casos, viéndose afectado principalmente el III nervio craneal en un 5% a 15%, el VI nervio en un 10% al 20% y el VI par craneal en un 30% al 40%¹⁶, es en este mismo porcentaje que quedan como secuelas en los pacientes.
- Paresia: La disminución de la movilidad de alguna o varias de las extremidades se muestran en porcentajes bajos, presentándose la hemiparesia en un 10% al 20% y la paraparesia en un 5% al 10% de los casos.
- Alteraciones de la marcha: Estas alteraciones son resultado de la paresia de los miembros pélvicos, lo que ocasiona algún déficit en la marcha de las personas afectadas.

La principal complicación de la tuberculosis meníngea, es la hidrocefalia, teniendo como tratamiento: diuréticos, punciones lumbares seriadas, o la colocación de un sistema de derivación ventricular.

5 METODOLOGÍA.

5.1 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN.

Como estrategias de investigación se eligió un caso y se plantearon los objetivos, se seleccionó y organizó el material para fundamentar el caso clínico, se hizo una lectura y análisis del material recopilando, sintetizando y organizando los conocimientos adquiridos del material elegido, estructurando y priorizando los diagnósticos para después desarrollar la planificación de los cuidados y por último ejecutar los mismos para el beneficio de la persona con daño neurológico.

En Enfermería Basada en la Evidencia existe poca información de cuidados específicos de Enfermería en Neurocisticercosis. La Revista Peruana de Neurocirugía señala la infestación de cisticercos en el Sistema Nervioso Central como una de las causas predominantes en países en vías de desarrollo, concordando con a información obtenida en el marco teórico.

¹⁵ Schoeman J, Wait J, Burger M, van Zyl F, Fertig G, van Rensburg AJ, et al. Long-term follow up of childhood tuberculous meningitis. Dev Med Child Neurol 2002;44:522-6.

¹⁶ Depto de Infectología INNN 2009.

En tanto un estudio realizado en México del año 1990 al 2000 en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), señala que la Neurocisticercosis es una de las causas mas frecuentes de hospitalización en el servicio de Neurología, los pacientes quirúrgicos representaron un 62.6% del total de casos presentados en ese lapso de tiempo, únicamente relacionado con el mayor tamaño del servicio, refiriéndose a la capacidad del mismo, sin embargo representan el 50% de las infecciones nosocomiales sumando los pacientes quirúrgicos de los servicios de Recuperación, Terapia intensiva y de Neurocirugía, teniendo como una de las 5 causas principales en cuanto al sitio, la infección de la herida quirúrgica, el primer lugar lo ocupa la infección de vías urinarias con el 36% y la colonización valvular ocupa el 1% del total de estos sitios, teniendo como principal agente etiológico *Candida spp* y el estafilococo aureus con el 7% de las infecciones nosocomiales.¹⁷

Un estudio reciente realizado en el INNN del año 2000 al 2004, publicado en la Revista de Enfermería Neurológica del mismo hospital se observa las medidas que fueron tomadas para disminuir el riesgo de infecciones nosocomiales con respecto a los pacientes neuroquirúrgicos, entre los resultados destacan los principales sitios de infección, la colocación valvular ocupa uno de los 5 primeros lugares de las infecciones nosocomiales asociadas a neurocirugía, esto por cada 100 cirugías que se realizan en el Instituto.¹⁸ Sin embargo se presenta un resumen de las acciones que están siendo tomadas para disminuir ese porcentaje y mejorar la calidad de la atención tanto del personal de Enfermería como del personal de salud que contribuyen a estas infecciones.

En la revista de Enfermería del INNN destacan diversos artículos, entre los cuales se encuentran: en su Vol. 6 No 3 del año 2007, la medición y control del LCR en pacientes con ventriculostomía, un artículo detallado de Meningitis Tuberculosa en el Vol. 7 No 2 del año 2008, así como también los cuidados específicos de Enfermería en el servicio de Neuroinfectología en pacientes con esta enfermedad en el Vol 6 No 2 del año 2007, siendo el único artículo en el Vol. 5 No 3 del año 2006 en el que se encontraron cuidados específicos de enfermería en pacientes con neurocisticercosis. .

5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN.

El caso se selecciona durante la segunda semana de práctica inicial de la especialidad en el servicio de Neurología del Instituto, llama la atención el caso de Alina de entre muchos otros por la complejidad del diagnóstico médico, la edad de la persona, los signos y síntomas que al momento de la valoración presenta, y por el beneficio que pudiera proporcionarse de acuerdo a la juventud de la misma, por lo que se decide realizar el presente estudio de caso.

¹⁷ Gac Med Méx Vol 138 No 5, 2002

¹⁸ Enf Neurol (Mex) Vol 5 No 2:19-19, 2006

Se utilizan fuentes primarias y secundarias, entendiendo como fuente primaria la propia persona a estudiar, esta nos proporciona los datos subjetivos del estudio de caso.

Las fuentes secundarias son todas aquellas personas o documentos a los que se pueda tener acceso y que tengan una vinculación con la persona, en este caso la madre de Alina fue la que proporcionó aquellos datos que involucran su entorno para complementar la valoración y el llenado del instrumento de los datos que la propia Alina no pudo proporcionar por las condiciones en las que se encontraba al momento de la valoración.

Para la obtención de dichos datos se utilizó la entrevista, la observación, la exploración física y neurológica, todo esto para obtener datos detallados que nos permitan identificar y jerarquizar los problemas de la persona, para elaborar diagnósticos neurológicos y con ello un plan de auto cuidado para el pronto restablecimiento de la salud de Alina y la integración a su núcleo familiar.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

En uno de los apartados del artículo 4to de la Constitución Mexicana se establece que: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en manera de salubridad general"¹⁹, para las personas que no cuentan con seguridad social, el Gobierno de la República crea los hospitales de la Secretaria de Salud quienes reciben a toda persona que no cuente con seguridad social independientemente del nivel socio económico que tenga.

Por lo tanto en diciembre de 2001 se establecen los derechos de los pacientes, en los que se defiende el derecho a todo ciudadano a recibir atención digna y respetuosa, contar con la confidencialidad necesaria para su padecimiento, así como también el derecho de solicitar una segunda opinión a cerca de su padecimiento y expresar cualquier inconformidad si la hubiese ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, con el único fin de cuidar la salud de las personas que dependen de alguna manera del personal de salud.²⁰

A si mismo el personal médico y de enfermería se ha comprometido con las personas que atienden a tratarlos bajo todas las consideraciones éticas como son el mantenimiento de la vida, la responsabilidad y el respeto que se merece cada uno de las personas que se nos dan a nuestro cargo, con el único fin de proporcionar cuidados de calidad a las personas que así lo requieran.

¹⁹ www.analitica.com/bitblbio/mexico/constitucion1917.

²⁰ www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7471.doc

Conforme a estas consideraciones se elabora un consentimiento informado en donde se informa a la persona y a los familiares los objetivos del presente estudio de caso, como garantía de que el único fin del mismo es el aprendizaje y el restablecimiento de la salud de Alina. (Ver Anexo 1)

Conforme a estas consideraciones se elabora un consentimiento informado en donde se informa a la persona y a los familiares los objetivos del presente estudio de caso, como garantía de que el único fin del mismo es el aprendizaje y el restablecimiento de la salud de Alina. (Ver Anexo 1)

6. PRESENTACIÓN DEL CASO.

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Alina de 28 años de edad, madre soltera estudiante en educación, residente de la ciudad de Pozarrica Veracruz, inicia su padecimiento al sexto mes de embarazo en el año 2004, refiriendo debilidad en miembros torácicos, dificultad para la marcha y caídas continuas, iniciando tratamiento no especificado, estos síntomas se incrementan después de someterse a cesárea al 7mo mes de embarazo, por oligodragmios, el producto nace con problemas respiratorios por lo que le es entregado dos meses después de la cesárea.

A pesar de los síntomas en ese año sigue siendo tratada en Veracruz, y no es sino hasta julio del 2008, que es referida al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía con un diagnóstico médico de hidrocefalia comunicante, por las imágenes de la Tomografía.

Ingresa al Instituto el día 30-07-08 al servicio de urgencias y se le coloca un sistema de derivación ventrículo peritoneal, al no observarse mejoría en la sintomatología se decide reingresar al quirófano el día 19-08-08 para una exploración del 4to ventrículo, realizándose apertura de la cisterna magna, donde se encontró comunicación al IV ventrículo interrumpida por aracnoiditis importante y Neurocisticercosis (NCC) en fase vesicular, con líquido cefalorraquídeo amarillo verdoso a tensión, es tratada en el servicio de Neurología por un periodo de 3 meses.

Egresa del Instituto por mejoría el día 16 de diciembre 2008, en silla de ruedas, con movimientos involuntarios de las cuatro extremidades, Cuadriparesia, incapacidad para deambular, diplopía y disartria, con un diagnóstico médico de: Secuelas de hidrocefalia crónica secundaria a NCC, Síndrome cerebeloso, Síndrome de Parinaud incompleto, Síndrome de movimientos anormales.

El día 17 de febrero de 2009 reingresa al Instituto, acude al servicio de urgencias por presentar cefalea, náuseas, vómito, escalofrío y fiebre, durante la exploración física en el consultorio de urgencias presenta vómito en proyectil de contenido de pozos de café, fiebre, movimientos tónicos de las cuatro extremidades sin recuperar el estado de alerta y dificultad respiratoria, por lo que se ingresa al servicio de urgencias donde se intuba por presentar dificultad respiratoria y disminución de la saturación de oxígeno, manteniéndose monitorizada, ingresando con un diagnóstico médico de Pb TB Meníngea, NCC y Disfunción valvular.

El 18 de febrero se le coloca ventriculostomía, drenando LCR xantocrómico. Se realiza cultivo de LCR, resultando negativo para *Micobacterium Tuberculosis* y positivo para *Estafilococo aureus*, es tratada con vancomicina y ceftriaxona

resolviéndose la infección el día 03-03-09, el día 04-03-09 se coloca sistema de derivación ventrículo peritoneal y es dada de alta por mejoría el día 06-03-09. Los cuidados de Enfermería del presente estudio caso estarán enfocados a las secuelas neurológicas, los riesgos que estas conllevan y la rehabilitación de las mismas, tomando en cuenta solo el primer periodo de hospitalización, agregando la superversión del ojo derecho como secuela de la segunda hospitalización, a los problemas ya existentes.

resolviéndose la infección el día 03-03-09, el día 04-03-09 se coloca sistema de derivación ventrículo peritoneal y es dada de alta por mejoría el día 06-03-09.

Los cuidados de Enfermería del presente estudio caso estarán enfocados a las secuelas neurológicas, los riesgos que estas conllevan y la rehabilitación de las mismas, tomando en cuenta solo el primer periodo de hospitalización, agregando la supravversión del ojo derecho como secuela de la segunda hospitalización, a los problemas ya existentes.

7. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

7.1 INSTRUMENTO A TRABAJAR.

El instrumento de valoración neurológica utilizado en el presente estudio de caso fue elaborado por la primera generación de la especialidad en Enfermería Neurológica, este se encuentra basado en el modelo teórico de Dorothea Orem, incluye la ficha de identificación del agente de cuidado, así como también las desviaciones a la salud con respecto a los factores de riesgo y a los antecedentes familiares de la persona, valorando neurológicamente cada uno de los requisitos de la teoría del autocuidado. (Ver anexo 2.)

7.1.1 VALORACIÓN.

La valoración se realiza a través de la exploración física general, la valoración neurológica de Enfermería y el instrumento de valoración de Enfermería neurológica, identificando el Sistema de Enfermería que corresponde a cada requisito de acuerdo a las alteraciones de autocuidado detectadas, a partir de esto se obtienen los siguientes datos:

Datos Generales.

Nombre: Alina Edad: 28 años. Sexo: Femenino. Edo. Civil Madre soltera. Religión: Católica. Escolaridad: Lic. En educación trunca.

Ocupación: Estudiante. Domicilio: Porfirio Díaz 608 Interior 2 Acayucan Veracruz. Teléfono: 9241051636 # De integrantes en la familia: 4.

Dx. Médico: **Secuelas de hidrocefalia crónica secundaria a NCC, síndrome cerebeloso, Sx de Parinaud incompleto, síndrome de movimientos anormales.**

Persona responsable: Sra. Lucía González. Edad: 53 años. Parentesco: Madre.

Desviaciones de la salud:

- Atrofia óptica bilateral y supravversión ojo derecho.
- Atrofia muscular y disminución del calibre muscular en las cuatro extremidades.

- Imposibilidad para la deambulaci3n.
- Movimientos involuntarios de cabeza y miembros tor3cicos.

Factores de Riesgo:

- Abuela materna fallecida por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cr3nica.

I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Alina, se encuentra alerta con mascarilla a nebulizador intermitente a 3 litros por minuto con Fi O₂ 35%, presenta disnea de medianos esfuerzos, no fuma ni convive con fumadores, con Taquicardia de **128** latidos por minuto, FR 22 respiraciones por minuto, Hipertensi3n de **130/90** mm Hg. saturando adecuadamente al 98%, los resultados de la gasometr3a arterial: con Ph de **7.30** ligeramente por debajo de los par3metros normales, pO₂ de **122.4** mm Hg por arriba de los rangos normales, CO₂ de 37.7 mm Hg dentro de los rangos normales, HCO₃ 18.3 mmol/L dentro de los par3metros normales, Exc B **-8.0** cinco puntos por arriba de los rangos normales, pupilas con **anisocoria por midriasis izquierda con respuesta**, no presenta signos de respiraci3n patol3gica, presenta palidez de tegumentos, con cat3ter subclavio derecho de dos l3menes permeable pasando una soluci3n de cloruro de sodio al 0.9% de 1000cc mas 20 mEq de KCl a 120cc por hora, no cuenta con l3nea arterial ni radiograf3a de t3rax.

Sistema parcialmente compensatorio.

II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Alina ha perdido peso 3ltimamente, aproximadamente 5 kilogramos, su madre lo atribuye a la enfermedad actual, bebe agua potable en poca cantidad requiere asistencia para hacerlo, presenta mucosas y piel hidratadas, su piel es tibia al tacto, los resultados de los electrolitos s3ricos son: Na 145 mmol/L, K 4.5 mmol/L, Cl 103 mmol/ L todos los valores dentro de los par3metros establecidos.

Sistema parcialmente compensatorio.

III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Su alimentaci3n es enteral, v3a oral, requiere asistencia para hacerlo, su dieta es normal blanda, su apetito es deficiente, realiza 3 comidas al d3a, presenta lesi3n en boca (candidiasis), dificultad para masticar, caries en seis molares, pr3tesis dental fija de canino a canino, su peso es de 50kg y talla de 1.62m. con un IMC de 19 ligeramente por debajo del rango normal, las caracter3sticas de la boca son normales en cuanto a sensibilidad, fuerza de lengua, paladar blando y 3vula, con reflejo nauseoso presente, no existen alteraciones en la sensibilidad de la cara con respecto a V1, V2 y V3, los resultados de laboratorio son: Triglic3ridos 189 mg/dl,

Bilirrubina directa 0.11 mg/dl, Bilirrubina indirecta 0.24 mg/dl, Colesterol 90 mg/dl, Glucosa 117 mg/dl, Urea 33 mg, Creatinina 0.5mg, Ácido úrico 2.8mg, Proteínas totales 6.8gr/dl, todos estos resultados dentro de los rangos considerados como normales.

Sistema parcialmente compensatorio y de apoyo o educación.

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

Presenta dificultad para la micción, a la exploración se encuentra globo vesical por lo que se instala sonda vesical, presentando uresis de características normales, los resultados del urocultivo son: Densidad 1.010, pH 7.0, resultados que indican estar dentro de los parámetros establecidos, Leucocitos, Glucosa, Proteína, Cristales y Bacterias negativas, presenta estreñimiento, con deposiciones una vez cada tercer día de consistencia semi dura color pardo sin presencia de moco o sangre.

Sistema parcialmente compensatorio y de apoyo a la educación.

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

Alina se encuentra cuadriparética con movimientos involuntarios de cabeza y extremidades por lo que presenta problemas para movilizarse, y le es imposible ponerse de pie, presenta atrofia muscular, espasticidad en las cuatro extremidades y postura inadecuada, no realiza ejercicios de movilización, su actividad motora es: de un rango de 0 a 5 donde 5 es considerado como normal o que no presenta ninguna dificultad para movilizarse y 0 que no tiene movilidad, Alina presenta una actividad motora de 4 en miembros torácicos y de 0 en miembros pélvicos, con sensibilidad y reflejos conservados, duerme 6 horas intermitentes durante la noche se le ministra clonazepam para tal efecto.

Sistema totalmente compensatorio.

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

Alina es estudiante de licenciatura en educación no trabaja, vive con sus padres y su hijo de cuatro años de edad, en cuanto a la interacción social se ve afectado el rol que desempeña en su familia por su padecimiento, no se siente satisfecha con su propia vida aunque su familia la apoya en su enfermedad, también tiene el apoyo de otras personas y de su religión, en cuanto a la comunicación presenta disartria, con un estado emocional lábil y pasiva.

En cuanto a la valoración ocular presenta nistagmos bilaterales y supravversión del globo ocular derecho, diplopía, con reflejos pupilar, consensual y corneal presentes.

Su audición es normal con Rinne positivo en ambos oídos.

Sistema de apoyo o educación.

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

Cuenta con esquema de vacunación completo, no consume alcohol, niega alergias e ingesta de drogas, no acude regularmente al médico ni realiza algún control adicional para mejorar su salud, en cuanto a los factores de riesgo existentes en su casa existen desniveles de suelo y su cama no cuenta con barandales, la casa en la que habita es propia, cuenta con todos los servicios, convive con un perro el cual se encuentra vacunado y fuera de la casa.

Sistema parcialmente compensatorio y de apoyo o educación.

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

Alina presenta disartria, sin embargo manifiesta el deseo de “seguir adelante”. En cuanto al cuidador primario (madre) ella expresa su preocupación por la hospitalización prolongada de Alina, las complicaciones y las secuelas neurológicas que presenta, así como también su angustia por su actual estado económico, pues en ella recae toda la responsabilidad de Alina, por que se encuentran solas viviendo en el Distrito Federal y el único apoyo económico es el del padre de Alina quien es agricultor en Veracruz.

Sistema de apoyo y educación.

7.2 JERARQUIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS.

I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Disnea de medianos esfuerzos.
Taquicardia de 128 latidos por minuto.
Hipertensión arterial de 130/90 mm Hg.
Aumento del pO₂ (122.4 mmHg).

II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Diaforesis.
Pérdida de peso de 5 Kgs.

III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Incapacidad para alimentarse por si misma.
Dificultad para la masticación.
Lesiones en la boca (Candidiasis).

Caries y prótesis dental disfuncional.
Índice de Masa Corporal bajo (19).

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

Dificultad para iniciar la micción.
Globo vesical

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

Movimientos involuntarios ininterrumpidos.
Cuadriparesia.
Incapacidad para la deambulaci3n.
Insomnio nocturno intermitente.
Atrofia muscular, espasticidad y postura inadecuada.

VI. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacci3n social.

Supraversi3n de ojo derecho.
Nistagmos bilaterales.
Diplopía.
Disartria.
Estado de ánimo lábil.

VII. Prevenci3n de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

Procedimientos invasivos intra hospitalarios (catéter subclavio y sonda vesical)
Alteraciones en la visi3n.
Alteraciones en la marcha.
Movimientos involuntarios.

VIII. Promoci3n del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Pérdida de las funciones corporales.
Disartria.

7.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Alteraci3n de la respiraci3n relacionada con movimientos involuntarios ininterrumpidos manifestado por disnea, taquicardia e hipertensi3n.
Riesgo de intolerancia a la actividad por fatiga relacionado con oxigenaci3n inadecuada. Sistema Parcialmente Compensatorio.

II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico relacionado con excesivas pérdidas insensibles

Riesgo de hiponatremia e hipocalcemia relacionado con pérdida excesivas de líquidos.

Riesgo de deterioro del confort relacionado con diaforesis.

Sistema Parcialmente Compensatorio.

III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Incapacidad para alimentarse por si misma relacionada con afección cerebelosa manifestada por movimientos involuntarios incoordinados.

Riesgo de asfixia relacionado con dificultad para triturar la comida.

Deterioro de la mucosa oral relacionada con incapacidad para el aseo bucal por los movimientos involuntarios manifestada por lengua saburral y caries.

Riesgo de deterioro de la nutrición relacionado con movimientos involuntarios.

Sistema Parcialmente Compensatorio y de Apoyo a la educación.

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

Alteración de la eliminación relacionado con deterioro sensitivo manifestado por oliguria y globo vesical.

Alto riesgo de infección relacionado con dificultad para iniciar la micción.

Sistema Parcialmente Compensatorio y de apoyo a la educación.

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

Deterioro de la deambulacion relacionado con afección espinocerebelosa manifestado por pérdida del equilibrio y la coordinación.

Incapacidad para la marcha relacionada con afección a nivel del cerebrocerebelo manifestada por paraparesia, espasticidad y temblor.

Insomnio intermitente relacionado con movimientos involuntarios manifestado por irritabilidad y cansancio.

Riesgo de síndrome de desuso relacionado con incapacidad para la movilidad física.

Sistema Parcialmente Compensatorio.

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

Alteración sensorial visual relacionada con lesión en el tercer nervio craneal manifestado por superversión de ojo derecho e incapacidad para la mirada conjugada.

Riesgo de interrupción de los procesos familiares relacionado con situación actual de salud.

Sistema de apoyo y educación.

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

Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos. (catéter y sonda vesical).

Alto riesgo de lesión relacionado con déficit en el campo visual derecho.

Riesgo de lesión relacionado con inestabilidad postural y rigidez muscular.

Riesgo de daño a la integridad cutánea relacionado con movimientos involuntarios.

Sistema parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.

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

Deterioro de la comunicación verbal relacionada con afección cerebelosa manifestada por disartria.

Duelo asociado a la pérdida de las funciones corporales y sus consecuencias en el estilo de vida.

7.4 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

- ❖ Incapacidad para alimentarse por si misma (disquinesia).
- ❖ Dificultad para la trituración. (falta de piezas dentarias)
- ❖ Movimientos involuntarios de miembros torácicos y cabeza.
- ❖ Cuadriparesia.

- ❖ Incapacidad para la deambulación.
- ❖ Atrofia muscular, espasticidad en hemicuerpo izquierdo y postura inadecuada.
- ❖ Diplopía y superversión ojo derecho.
- ❖ Disartria.
- ❖ Pérdida de las funciones corporales.

7.5 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS.

I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Dx: Alteración de la respiración relacionada con movimientos involuntarios ininterrumpidos manifestado por disnea, taquicardia e hipertensión.

Sistema parcialmente compensatorio.

Objetivo: Mantener un patrón respiratorio eficaz.

Intervenciones de Enfermería:

CORTO PLAZO	MEDIANO PLAZO
Mantener una saturación de oxígeno por arriba del 95%.	Identificar la causa de los movimientos involuntarios. Brindar cambios posturales que mejoren el patrón respiratorio. Explicar al agente de cuidado y cuidador primario la causa de la insuficiencia respiratoria.
Proporcionar oxígeno suplementario mediante mascarilla a nebulizador continuo.	
Vigilar cambios en el patrón respiratorio.	
Verificar que los resultados de la gasometría arterial se encuentren dentro de los parámetros normales.	

Evaluación:

Se mantuvo un patrón respiratorio adecuado, logrando conservar la saturación de oxígeno por arriba del 95%, y los gases arteriales dentro de los rangos establecidos, consiguiendo un intercambio gaseoso adecuado.

Dx: Riesgo de intolerancia a la actividad por fatiga relacionado con oxigenación inadecuada.

Sistema de apoyo a la educación.

Objetivo: Alcanzar un grado de actividad cercano al que tenía antes de la intervención quirúrgica para cubrir las funciones básicas.

Intervenciones de Enfermería:

MEDIANO PLAZO.	LARGO PLAZO.
<p>Explicar las actividades y los factores que aumentan la demanda de oxígeno como son: Tabaquismo, Temperaturas extremas, Exceso de peso, Estrés.</p> <p>Orientar al agente de cuidado sobre como guardar energías como es:</p> <ul style="list-style-type: none">-Permanecer sentada cuando se realicen actividades cotidianas como bañarse.-Realizar actividades tranquilas a lo largo del día.-Programar periodos de descanso adecuados en función de la actividad.	<p>Aumentar gradualmente la actividad cotidiana a medida que mejore la tolerancia.</p> <p>Identificar las respuestas anormales, frente a un aumento de la actividad como son:</p> <ul style="list-style-type: none">-Disminución o aumento del pulso.-Disminución o aumento de la tensión arterial sistólica.-Excesivo aumento o disminución de la frecuencia respiratoria. <p>Enseñar técnicas de respiración eficaces como la realizada con los labios fruncidos para un mejor control de la disnea.</p> <p>Evaluar el progreso de Alina.</p> <p>Fomentar el autocuidado en Alina.</p> <p>Evaluar el grado de dependencia de Alina.</p>

Evaluación.

Alina ha ido aumentando sus actividades, hasta lograr realizar los ejercicios de miembros torácicos por si misma, sin mostrar signos o síntomas de insuficiencia respiratoria.

II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Dx: Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico relacionado con excesivas pérdidas insensibles.

Sistema de apoyo y educación.

Objetivo: Mantener un óptimo estado de hidratación disminuyendo dicho riesgo.

Intervenciones de Enfermería:

MEDIANO PLAZO.	LARGO PLAZO.
Identificar en que situaciones se presenta la diaforesis. Explicar al agente de cuidado las situaciones por las que se puede presentar la diaforesis. Tomar muestras de electrolitos séricos, evaluando los resultados. Llevar un control de líquidos, poniendo especial énfasis en las pérdidas insensibles. Cuantificar uresis y densidad urinaria, y mantener las cifras en los rangos normales. Mantener la presión venosa central dentro de los parámetros establecidos. Fomentar el hábito de consumir por lo menos dos litros de agua al día.	Corroborar el grado de evolución de Alina con respecto a la identificación de los factores que le provocan la diaforesis. Mantener un óptimo estado de hidratación, mediante la ingesta de líquidos vía oral y parenteral. Proporcionar electrolitos en caso de requerirlos de acuerdo a los resultados de laboratorio. Mantener el balance de líquidos en equilibrio.

Evaluación:

Con las intervenciones oportunas de enfermería, se logró mantener el equilibrio hidroelectrolítico, conservando los valores de los electrolitos séricos dentro de los rangos normales, evitando así las complicaciones relacionadas con el descenso de los principales electrolitos,

Dx: Riesgo de deterioro del confort relacionado con diaforesis.

Sistema parcialmente compensatorio y de apoyo a la educación.

Objetivo: Disminuir dicho riesgo, conservando en lo posible la comodidad del agente de cuidado.

Intervenciones de Enfermería:

CORTO PLAZO	MEDIANO PLAZO
Identificar la causa de la diaforesis. Proporcionar baño diario y cambio oportuno de la ropa de cama para mantener seca la piel del agente de cuidado. Mantener el entorno a una temperatura adecuada, para evitar exacerbar la diaforesis	Fomentar el autocuidado en Alina. Proporcionar información sobre los cuidados de la integridad cutánea y los riesgos que pudieran ocasionarse con la humedad.

Evaluación:

Se logró mantener confortable al agente de cuidado durante su hospitalización, en el periodo en que presentó la diaforesis, conservando también la integridad de la piel.

III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Dx: Incapacidad para alimentarse relacionada con afección cerebelosa manifestada por movimientos involuntarios incoordinados.

Sistema parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.

Objetivo: Lograr que Alina controle los movimientos involuntarios y pueda comer por si misma.

Intervenciones de Enfermería

CORTO PLAZO.	MEDIANO PLAZO.	LARGO PLAZO.
Identificar en qué momento o en qué situación se exacerban los movimientos.	Recomendar el uso de objetos con tapa al proporcionarle líquidos para que se le facilite llevar los	Involucrar a Alina en la elaboración de la comida, dejándola hacer lo que se le facilite según vaya

<p>Concientizar al agente de cuidado para que logre su autocuidado al alimentarse.</p> <p>Alentar a Alina a controlar los movimientos al tratar continuamente de alimentarse por si misma.</p> <p>Ayudar a Alina en su alimentación mediante el cuidador primario.</p> <p>Proporcionar un ambiente óptimo para su alimentación.</p> <p>Fomentar la implicación familiar.</p> <p>Instruir sobre las precauciones para evitar la broncoaspiración.</p>	<p>alimentos a la boca sin derramar el líquido.</p> <p>Proporcionar en un principio alimentos semi blandos para ayudar a la ingestión de los mismos.</p> <p>Facilitar la alimentación mediante un adaptador en la mano que le ayudará a llevarse la comida a la boca.</p> <p>Proporcionar alimentos balanceados de acuerdo a los recursos económicos de la familia.</p>	<p>controlando sus movimientos.</p> <p>Recomendar la realización de comidas sencillas para que Alina adquiera confianza en sí misma.</p>
--	---	--

Evaluación.

Se proporcionaron los aditamentos necesarios para que Alina se alimente por si misma, logrando controlar los movimientos durante las comidas, y así también evitar el riesgo de desnutrición.

Dx: Riesgo de asfixia relacionado con dificultad para triturar la comida.

Sistema de apoyo y educación.

Objetivo: Disminuir al máximo el riesgo de asfixia.

Intervenciones de Enfermería:

MEDIANO PLAZO.	LARGO PLAZO.
<p>Explicar de manera clara en que consiste el riesgo de asfixia y la manera de reducir al máximo ese riesgo.</p> <p>Recomendar al cuidador primario una dieta picada para facilitar la trituración de los alimentos.</p>	<p>Recomendar el auto cuidado dental y la revisión periódica del dentista para solucionar los problemas al masticar.</p> <p>Evaluar el progreso de Alina y su</p>

<p>Proporcionar la dieta fraccionada en 5 tomas al día en pequeñas cantidades. Recomendar la posición semi sentada o completamente sentada para la alimentación.</p> <p>Consumir por lo menos dos litros de agua al día para ayudar a la digestión.</p>	<p>cuidador primario con respecto a los conocimientos del riesgo de asfixia.</p>
---	--

Evaluación.

Se cuestionó a Alina y a su madre con respecto a sus conocimientos sobre la asfixia, proporcionando la información necesaria, explicando el concepto y precauciones que deberán tomarse para disminuir este riesgo, ambas manifestaron y mostraron haber entendido las precauciones.

Dx: Deterioro de la mucosa oral relacionado con incapacidad para el aseo bucal por los movimientos involuntarios manifestada por lengua saburral y caries.

Sistema de apoyo y educación.

Objetivo: Promover el autocuidado dental y lograr que Alina controle los movimientos para llevarlo a cabo.

Intervenciones de Enfermería:

CORTO PLAZO.	MEDIANO PLAZO.	LARGO PLAZO.
<p>Promover el bienestar general de la persona conservando dientes y encías limpios y en buen estado.</p> <p>Resaltar la importancia de los exámenes dentales periódicos para la conservación de una buena salud dental.</p> <p>Proporcionar información acerca de la técnica correcta del lavado de dientes.</p>	<p>Conservar sanas las estructuras de la boca mediante el cepillado dental, uso del hilo dental y el masaje de las encías.</p> <p>Examinar con frecuencia los tejidos de la boca para buscar irritación y cambios de coloración que nos indiquen afecciones malignas, que nos permitirá corregirlas en un principio.</p>	<p>Reducir la cuenta bacteriana y evitar infecciones tisulares eliminando el alimento y lavándose la boca.</p> <p>Evaluar el progreso de Alina con respecto a la salud bucal.</p> <p>Lograr su autocuidado dental.</p>

Evaluación:

La madre de Alina manifestó no poder llevar a su hija al dentista por falta de recursos económicos y el poco apoyo de amigos y familiares para trasladarla, sin embargo se proporcionó la información necesaria para su autocuidado dental, pese a esto no hubo un avance significativo pues Alina todavía no logra controlar los movimientos, por lo que sigue requiriendo asistencia para la realización de su limpieza bucal.

Dx: Riesgo de deterioro de la nutrición relacionado con disquinecias.

Sistema de apoyo a la educación.

Objetivo: Mantener un equilibrio nutricional.

Intervenciones de Enfermería:

CORTO PLAZO	MEDIANO PLAZO	LARGO PLAZO
Garantizar un óptimo estado nutricional proporcionando la ingesta oportuna de alimentos en horarios establecidos. Orientar al cuidador primario sobre la manera correcta de proporcionar los alimentos.	Ayudar a Alina a llevarse los alimentos a la boca. Lograr que Alina controle los movimientos para que se alimente por si misma.	Proporcionar los aditamentos necesarios para Alina logre alimentarse por si misma. Fomentar el autocuidado en Alina.

Evaluación:

Durante su estancia hospitalaria, se logró mantener un óptimo estado de nutrición, con la ayuda del cuidador primario, quien fue la persona que estuvo a cargo de asegurar la alimentación de Alina, se seguirá trabajando con los ejercicios de rehabilitación para que Alina logre alimentarse por si misma en su domicilio.

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

Dx: Alteración de la eliminación relacionado con deterioro sensitivo manifestado por oliguria y globo vesical.

Sistema de parcialmente compensatorio y de apoyo a la educación.

Objetivo: Mantener una eliminación adecuada de uresis.

Intervenciones de Enfermería:

CORTO PLAZO	MEDIANO PLAZO
Colocar un sistema de eliminación urinaria para el vaciamiento oportuno de la vejiga.	Llevar un estricto balance de líquidos para mantener un equilibrio hidro electrolítico.
Identificar signos y síntomas del deterioro de la eliminación.	Tomar urocultivo para descartar infección de vías urinarias.
Localizar y eliminar la causa de la oliguria.	Mantener la presión venosa central dentro de 7-11 mm agua.
	Corroborar que la densidad urinaria se encuentre entre 1.010 y 1.020.

Evaluación:

Con las intervenciones de enfermería se mantuvo una adecuada eliminación urinaria, logrando mantener el equilibrio hidro electrolítico.

Dx: Alto riesgo de infección relacionado con dificultad para iniciar la micción.

Sistema de apoyo y educación.

Objetivo: Reducir al máximo el riesgo de infección.

Intervenciones de Enfermería:

MEDIANO PLAZO.	LARGO PLAZO.
Cambiar el pañal en cada micción, evitando que permanezca húmeda.	
Proporcionar información para el reentrenamiento de la vejiga urinaria.	Adiestrar a Alina para que logre cambiarse el pañal por si misma.
Recomendar el consumo de por lo menos 3 litros de agua al día.	Evaluar los avances de Alina con respecto a su autocuidado e higiene de genitales.
Proporcionar información sobre la forma correcta de asear los genitales.	
Recomendar el baño diario del agente de cuidado o en su defecto el aseo de genitales.	

Evaluación.

Las condiciones físicas en las que se encuentra Alina, se observa el buen cuidado de ella y su madre en este requisito, pues durante este tiempo no ha presentado signos y síntomas de infección en las vías urinarias, y su piel se encuentra en buenas condiciones a pesar de que Alina permanece sentada o acostada, sin embargo no se ha logrado que Alina se cambie por si misma el pañal por la falta de fuerza y coordinación de miembros pélvicos.

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

Dx: Deterioro de la deambulación relacionado con afección espinocerebelosa manifestado por pérdida del equilibrio y coordinación.

Sistema parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.

Objetivo: Lograr que Alina mantenga el equilibrio y la coordinación de los miembros pélvicos.

Intervenciones de Enfermería:

CORTO PLAZO.	MEDIANO PLAZO.	LARGO PLAZO.
Instruir a la persona a llevar a cabo ejercicios físicos en los miembros torácicos por lo menos cuatro veces al día. Recomendar mantener a la persona en posición alineada cuando se encuentre acostada o en silla de ruedas. Evitar que Alina permanezca en la misma posición durante largos periodos de tiempo.	Realizar ejercicios pasivos en los miembros pélvicos. Recomendar hacer los ejercicios despacio para que los músculos tengan tiempo de relajarse. Sujetar la extremidad por encima y por debajo de la articulación para evitar lesiones a nivel de articulaciones y tejidos. Finalizar los ejercicios cuando se note dolor o resistencia. Proporcionar movilización progresiva.	Ayudar a Alina a salir de la cama a una silla o silla de ruedas. Instruir a Alina y a su cuidador primario en el uso de la silla de ruedas. Lograr que Alina se desplace por si misma en la silla de ruedas. Ayudar a la independencia de Alina.

Evaluación.

Se instruyó a Alina y a su madre en la realización de ejercicios de rehabilitación, en miembros torácicos Alina es capaz de realizar ejercicios activos, sin embargo no ha logrado pasar de estos ejercicios a la realización de actividades cotidianas por la falta de coordinación de sus miembros, mientras que en los miembros pélvicos su madre es la que realiza los ejercicios pasivos ya que aún no tiene la fuerza necesaria para hacerlo por si misma.

Dx: Incapacidad para la marcha relacionada con afección a nivel del cerebrocerebelo manifestada por paraparesia, espasticidad y temblor.

Sistema parcialmente compensatorio y de apoyo a la educación.

Objetivo: Aumentar fuerza y resistencia en miembros pélvicos.

Intervenciones de Enfermería:

CORTO PLAZO.	MEDIANO PLAZO.	LARGO PLAZO.
Instruir al cuidador primario en la realización de ejercicios pasivos en miembros pélvicos por lo menos tres veces al día. Instruir a Alina a llevar a cabo ejercicios físicos que aumenten la masa, el tono y la fuerza muscular en miembros torácicos por lo menos tres veces al día.	Ayudar a Alina a que progrese de manera gradual pasando de los ejercicios pasivos a activos en miembros pélvicos y de los ejercicios activos de miembros torácicos a actividades funcionales. Proporcionar movilización progresiva con ayuda del cuidador primario.	Evaluar el avance obtenido con los ejercicios de rehabilitación. Fomentar el autocuidado en Alina. Lograr que realice sus actividades cotidianas de miembros torácicos.

Evaluación.

Se sigue trabajando con los ejercicios pasivos de rehabilitación de miembros pélvicos pues el avance ha sido paulatino por la falta de continuidad de los mismos.

Dx: Insomnio intermitente relacionado con movimientos involuntarios manifestado por irritabilidad y cansancio.

Sistema de parcialmente compensatorio y de apoyo a la educación.

Objetivo: Lograr que Alina pueda conciliar el sueño y obtenga un descanso reparador.

Intervenciones de Enfermería:

CORTO PLAZO.	MEDIANO PLAZO.
Identificar los factores que exacerban los movimientos. Proporcionar un ambiente adecuado para conciliar el sueño. Buscar cualquier causa que le cause al agente de cuidado ansiedad o estrés. Ministrar el medicamento prescrito para la conciliación del sueño.	Disipar cualquier duda con respecto a los procedimientos médicos y evolución de la enfermedad que le este causando ansiedad y la imposibilidad para conciliar el sueño.

Evaluación:

Con las medidas necesarias, se logró que Alina conciliara el sueño durante su hospitalización, observando una mejoría al despertar, al no detectar signos y síntomas de un descanso no reparador.

Dx: Riesgo de síndrome de desuso relacionado con incapacidad para la movilidad física.

Sistema de apoyo y educación.

Objetivo: Prevenir complicaciones y deformaciones ocasionados por la inmovilidad, conservando la función y evitando el deterioro.

Intervenciones de Enfermería:

MEDIANO PLAZO.	LARGO PLAZO.
Estimular a la persona para que asuma la responsabilidad en su autocuidado. Enseñar los principios del alineamiento corporal en la posición del cuerpo como son: -Posición dorsal o supina. -Posición de costado o lateral. -Posición en pronación. Estimular la circulación.	Explicar y enseñar al cuidador primario los tipos de ejercicios a realizar según la evolución de la persona, que pueden ser: pasivos, activos con ayuda, activos, con resistencia e isométricos o de desarrollo muscular. Explicar y enseñar los ejercicios para los límites de la movilidad, para evitar la limitación de la amplitud de movimiento, conservando o aumentando el movimiento máximo de una articulación.

<p>Ayudar a la recuperación de la función de las articulaciones de miembros pélvicos.</p> <p>Desarrollar y reentrenar los músculos deficientes.</p>	<p>Evitar deformaciones.</p> <p>Reentrenar para la coordinación neuromuscular.</p> <p>Lograr tolerancia y resistencia.</p> <p>Evaluar los conocimientos de Alina con respecto a la adecuada posición de su cuerpo y la importancia de los ejercicios de rehabilitación.</p>
---	---

Evaluación.

Tanto Alina como su madre comprenden y utilizan apropiadamente las técnicas enseñadas para la correcta posición anatómica del cuerpo, la circulación especialmente de miembros pélvicos se estimula adecuadamente con los ejercicios de rehabilitación, con respecto a la importancia de estos ejercicios se insistió para que la realización sea constante aunque no se observen resultados inmediatamente.

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

Dx: Alteración sensorial visual relacionada con lesión en el tercer nervio craneal manifestado por incapacidad para la mirada conjugada y supraversion del ojo derecho.

Sistema parcialmente compensatorio y de apoyo a la educación.

Objetivo: Conseguir que el agente de cuidado acepte su déficit visual, y logre fusionar sus sentidos para adaptarlos a vida cotidiana.

Intervenciones de Enfermería:

CORTO PLAZO.	MEDIANO PLAZO.	LARGO PLAZO.
<p>Explicar brevemente la función de los músculos extraoculares identificando sus utilidades en la vida diaria.</p> <p>Observar la reacción de Alina a la dificultad de la visión.</p>	<p>No mover los objetos del cuarto del agente de cuidado sin informar al mismo.</p> <p>Describir el ambiente al agente de cuidado en caso de que este sea desconocido para Alina.</p>	<p>Consolidar con lo que queda de visión al agente de cuidado.</p> <p>Lograr que Alina fusione sus sentidos para</p>

<p>Ayudar en la aceptación y el aprendizaje del déficit visual.</p> <p>Identificarse al entrar al espacio del agente de cuidado.</p>	<p>Ayudarla a establecer nuevas metas para aprender a “ver” con los otros sentidos.</p>	<p>disminuir el déficit visual.</p>
--	---	-------------------------------------

Evaluación.

Alina y su madre manifestaron como entendibles los conocimientos que se les proporcionó con respecto al deterioro de la visión que Alina presenta, ella manifestó su inconformidad con la dificultad para ver, sin embargo se adapta favorablemente con los demás sentidos a su vida cotidiana.

Dx: Riesgo de interrupción de los procesos familiares relacionado con situación actual de salud.

Sistema de apoyo y educación.

Objetivo: Mantener un sistema funcional de apoyo mutuo con la familia.

Intervenciones de Enfermería:

<p>MEDIANO PLAZO.</p>	<p>LARGO PLAZO.</p>
<p>Informar a los familiares de manera simple y precisa acerca del padecimiento.</p> <p>Determinar la percepción de los familiares acerca de la enfermedad de Alina.</p> <p>Observar la interacción entre Alina y el cuidador primario.</p> <p>Implicar a los familiares en el cuidado físico de Alina.</p>	<p>Identificar las preocupaciones y responsabilidades de Alina.</p> <p>Ayudar a Alina a identificar objetivos realistas a corto o mediano plazo.</p>

Evaluación.

Su madre como su única familiar en el Distrito Federal esta implicada por completo en el cuidado de Alina, ambas manifiestan adaptarse a los cambios bruscos que han sufrido ambas vidas con el internamiento prolongado, complicaciones y

secuelas neurológicas que actualmente padece Alina, no obstante se observan estoicas frente a la adversidad.

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

Dx: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos intrahospitalarios (catéter y sonda vesical).

Sistema de apoyo a la educación.

Objetivo: Reducir al máximo este riesgo utilizando las medidas de asepsia adecuadas para la manipulación de la sonda y del catéter.

Intervenciones de Enfermería:

CORTO PLAZO	MEDIANO PLAZO
Observar si existen signos y síntomas que indiquen infección en el sitio de punción e instalación de la sonda. Verificar la adecuada asepsia de dichos sitios. Llevar a cabo los cuidados necesarios para el buen funcionamiento de la sonda vesical.	Proporcionar la información necesaria para que Alina y su cuidador primario identifiquen los signos y síntomas de infección. Enseñar cuales son las medidas de asepsia necesarias para evitar el riesgo intra hospitalario.

Evaluación:

Con las intervenciones oportunas de enfermería y las medidas necesarias durante su estancia hospitalaria, Alina no presentó infecciones nosocomiales.

Dx: Alto riesgo de lesión relacionado con déficit en el campo visual derecho.

Sistema de apoyo y educación.

Objetivo: Reducir o evitar al máximo cualquier tipo de lesión.

Intervenciones de Enfermería:

MEDIANO PLAZO.	LARGO PLAZO.
<p>Reducir los riesgos ambientales.</p> <p>Explicar en que consisten estos riesgos y la manera en que podrán evitarlos</p> <p>Recomendar mantener los accesos libres de obstáculos y convenientemente iluminados.</p> <p>Instruir a la persona y cuidador primario la necesidad de extremar las medidas de seguridad en su domicilio.</p>	<p>Recomendar superficies antiderrapantes, agarraderas en el baño, pasamanos en escaleras y pasillos, así como eliminar objetos salientes ubicados en los pasillos.</p>

Evaluación.

Se recomendó adecuar el ambiente para la situación física actual de Alina, sin embargo no fue posible modificarlo, pues están habitando una casa prestada en el Distrito Federal, por lo que se insiste en la vigilancia estrecha de Alina para evitar posibles caídas y lesiones.

Dx: Riesgo de lesión relacionado con inestabilidad postural y rigidez muscular.

Sistema de apoyo y educación.

Objetivo: Evitar al máximo cualquier tipo de lesión.

Intervenciones de Enfermería:

MEDIANO PLAZO.	LARGO PLAZO.
<p>Explicar brevemente la causa de los síntomas.</p> <p>Indicar al agente de cuidado la realización de ejercicio físico por lo menos tres a cinco veces por semana.</p> <p>Indicar la necesidad de un programa de ejercicio físico de acuerdo a los síntomas que presenta en ese momento.</p> <p>Fomentar la integración familiar en las sesiones de ejercicios.</p>	<p>Plantear estrategias para conservar la independencia tanto como sea posible.</p> <p>Informar al agente de cuidado la importancia de llevar a cabo tareas prácticas y sencillas que fomenten su autocuidado.</p> <p>Evaluar el avance de Alina con respecto a la inestabilidad y rigidez muscular.</p> <p>Fomentar el autocuidado.</p> <p>Impulsar a Alina a la realización</p>

Identificar déficits cognoscitivos y físicos para disminuir el riesgo de caídas.	constante de los ejercicios de rehabilitación.
--	--

Evaluación.

No se ha logrado la disminución del riesgo de caídas por no habitar en casa propia y por tener solo un cuidador primario a su cargo, lo cual no permite progreso en este requisito de auto cuidado, se recomienda a la madre involucrar otro cuidador para el beneficio de Alina y de ella misma.

Dx: Riesgo de daño a la integridad cutánea relacionado con movimientos involuntarios.

Sistema de apoyo y educación.

Objetivo: Reducir o evitar al máximo cualquier tipo de daño a la integridad cutánea.

Intervenciones de Enfermería:

MEDIANO PLAZO.	LARGO PLAZO.
<p>Proporcionar información acerca de los lugares propicios para que se presenten úlceras por presión y la manera de evitarlas.</p> <p>Realizar una vigilancia estricta de la piel, sobre todo en los lugares que son propensos a la aparición de úlceras por presión por cizallamiento como son: codos, escápulas, espalda y coxis.</p> <p>Fomentar las precauciones circulatorias como son: mantener la movilidad de miembros torácicos y pélvicos, proporcionar masaje en miembros pélvicos, uso de medias de compresión, mantener los miembros pélvicos elevados para favorecer a la circulación.</p> <p>Instruir al cuidador primario para proporcionar cuidados al agente encamado y en silla de ruedas como son: cambios frecuentes de posición, cuidados en la movilidad, manejo de presiones, ejercicios terapéuticos, masaje simple, precauciones circulatorias y prevención de úlceras por presión.</p> <p>Recomendar el óptimo cuidado a la piel mediante el aseo</p>	<p>Instruir a Alina y a su cuidador primario sobre la identificación de los signos y los síntomas de las úlceras por presión como son: cambio en la coloración de la piel, dolor y cambios de temperatura en el área de presión.</p> <p>Evaluar si Alina es capaz de identificar los signos y síntomas de las úlceras por presión.</p> <p>Fomentar el autocuidado en Alina y el grado máximo de independencia.</p>

<p>y la lubricación de la misma.</p> <p>Fomentar el manejo de la nutrición.</p> <p>Proporcionar 3 litros de agua al día como mínimo, para ayudar a mantener en condiciones óptimas la piel.</p>	
---	--

Evaluación.

Tanto Alina como su madre comprenden y llevan a cabo adecuadamente las precauciones para mantener en óptimas condiciones la piel, pues Alina no ha presentado ningún deterioro en la integridad cutánea que nos indique lo contrario, se exhorta a seguir con los mismos cuidados.

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.

Dx: Deterioro de la comunicación verbal relacionada con afección cerebelosa manifestada por disartria.

Sistema de apoyo y educación.

Objetivo: Mostrar una mejoría en la capacidad para expresarse.

Intervenciones de Enfermería:

CORTO PLAZO.	MEDIANO PLAZO.	LARGO PLAZO.
<p>Explicar la relación de la afección del cerebelo con el habla.</p> <p>Explicar las ventajas de realizar ejercicios diarios para la mejora del habla.</p> <p>Fomentar que Alina se exprese libremente.</p> <p>Ayudar en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con trastornos del habla.</p>	<p>Mostrar técnicas y ejercicios para mejorar el habla y fortalecer los músculos.</p> <p>Recomendar practicar frente a un espejo.</p> <p>Recomendar ejercicios para el volumen de la voz.</p> <p>Realizar ejercicios para mejorar la variación de la voz.</p> <p>Practicar ejercicios con la lengua varias veces al</p>	<p>Evaluar el grado de comunicación que tiene Alina.</p> <p>Fomentar la comunicación con su cuidador primario.</p> <p>Lograr que Alina exprese sus sentimientos con respecto al estado neurológico actual.</p> <p>Identificar las expectativas que tiene Alina con respecto a su futuro mediato.</p>

	<p>día.</p> <p>Hacer ejercicios para disminuir la velocidad al hablar.</p> <p>Practicar cambiando la expresión de la cara.</p>	
--	--	--

Evaluación.

Alina ha realizado los ejercicios para el mejoramiento del habla adecuadamente, pues se observa el progreso en dicho sentido, pudiendo mantener una conversación con Alina.

Dx: Duelo asociado a la pérdida de las funciones corporales y sus consecuencias en el estilo de vida.

Sistema de apoyo y educación.

Objetivo: Ayudar a que se lleve a cabo y se superen cada una de las etapas del duelo.

Intervenciones de Enfermería:

CORTO PLAZO.	MEDIANO PLAZO.	LARGO PLAZO.
<p>Animar a Alina y a los miembros de la familia a exteriorizar sus sentimientos, hablar abiertamente de la pérdida y averiguar el significado que tiene para cada uno de los miembros de la familia.</p>	<p>Promover la elaboración del duelo en cada respuesta.</p> <p>Negación.</p> <p>Aislamiento.</p> <p>Depresión.</p> <p>Rabia.</p> <p>Culpabilidad.</p> <p>Miedo.</p> <p>Rechazo.</p> <p>Aceptación.</p>	<p>Evaluar en que etapa del duelo se encuentra y ayudarla a avanzar hasta completarlo.</p>

Evaluación.

Alina manifiesta sentirse “bien” con su situación actual, sin embargo lo que aún no tiene resuelto por completo es su rol familiar, pues se encuentra “preocupada” por como va a cuidar a su hijo, por lo que se sigue trabajando con ella viendo con su madre alternativas que le brinden tranquilidad a Alina en dicho sentido.

7.6 EVALUACIÓN DEL PROCESO.

Para la realización del presente estudio de caso se tomaron en cuenta todos los recursos con los que cuenta la profesión de Enfermería para llevar a cabo cuidados especializados en Enfermería Neurológica, recordando la conceptualización de Enfermería, como a través del paso de los años se ha convertido en una profesión independiente de la medicina y dedicada exclusivamente al cuidado integral de las personas sanas y enfermas, esto se ha llevado a cabo a través de los cuatro grandes componentes del metaparadigma: persona, entorno, salud y cuidado, apoyados por una teoría de Enfermería, que en este caso fue utilizada la teoría del déficit de auto cuidado de Dorothea Orem, identificando en primera instancia al agente de cuidado dependiente, para que ayudados por las cinco etapas del proceso de atención enfermería fueran detectados los principales problemas de la persona en estudio, reconociendo en cada requisito el sistema de enfermería de acuerdo al déficit presentado al momento de la valoración, todo esto con el único fin de elaborar diagnósticos e intervenciones de Enfermería especializados en Neurología, describiendo las complicaciones y secuelas de las enfermedades que previamente fueron revisadas bibliográficamente para brindar cuidados durante su estancia hospitalaria y proporcionar un plan de alta con cuidados específicos de acuerdo a los déficits previamente descritos, siempre enfocados en la calidad de vida de la persona y el restablecimiento de su autocuidado.

Para llevar a cabo este proceso se tomaron en cuenta diversas estrategias de investigación, fuentes de información y consideraciones éticas como es la carta de consentimiento informado, un instrumento muy importante para llevar a cabo el estudio de caso, la unión de estos componentes dan como resultado un estudio de caso fundamentado en las bases de la profesión de Enfermería, enfocado única y exclusivamente al bienestar del agente de cuidado dependiente.

8 PLAN DE ALTA.

Una vez que Alina fue progresando a nivel médico y neurológico durante su estancia en el hospital y aunado a las intervenciones de Enfermería especializadas que fueron implementadas de acuerdo a los déficits neurológicos encontrados en la valoración, Alina prospero médicamente y fue dada de alta. Una de las funciones mas importantes que se encuentra a cargo de las Enfermeras es la elaboración de un plan de alta, pues recordemos que somos las que pasamos mas tiempo al lado de los enfermos, y por lo tanto detectamos cualquier déficit que pueda alterar su autocuidado.

En el presente plan de alta se guía al familiar y al agente de autocuidado sobre las precauciones que se deben tener en su domicilio, se presentan jerarquizadas de acuerdo a las secuelas que Alina presenta al momento de su alta médica.

Tomando en cuenta las alteraciones detectadas en los dos primeros requisitos se proporcionaron las siguientes recomendaciones para la alimentación de Alina, teniendo como objetivo mantener un óptimo estado de nutrición e hidratación.

- ❖ Dieta progresiva, los primeros días blanda licuada (líquidos, atole, jugos, papillas de verdura, fruta y carne, gelatinas, yogurt, etc.) hasta lograr una alimentación variada y la incorporación a la dieta habitual.
- ❖ Dieta fraccionada en 5 a 6 tomas al día en pequeñas cantidades, evitando comer mucho en una sola vez.
- ❖ Dieta picada rica en proteínas (carnes, aves, pescado, legumbres, frutos secos y huevo).
- ❖ Posición semi sentada o completamente sentada para la alimentación.
- ❖ Ayudar a Alina a alimentarse y en la medida de lo posible fomentar que ella lo realice por si misma.
- ❖ Consumir por lo menos dos litros y medio de líquidos incluyendo los de las comidas para favorecer las evacuaciones y el estado de hidratación.

De acuerdo a las condiciones físicas de Alina, se adiestró al familiar para brindar cambios posturales, teniendo como principal objetivo evitar las complicaciones con respecto a la inmovilidad.

- ❖ Cambios frecuentes de posición.
 1. Acostada viendo hacia arriba, brazos flexionados, manos descansando en el abdomen lateral.
 2. De costado o lateral izquierdo y derecho, cabeza y cuerpo alineados hacia el mismo lado que se voltea, colocar una almohada de apoyo en la espalda y otra adelante sosteniendo el brazo flexionado.
 3. Boca abajo con la cara volteada hacia alguno de los lados, brazos a los lados, codos doblados.
 4. Liberar presión cuando se encuentre sentada por periodos de tiempo prolongados.

Con respecto al déficit motor con el que Alina egresa del Instituto, se provee información sobre algunos ejercicios de rehabilitación, teniendo como objetivo evitar la atrofia muscular y ayudar a la pronta reincorporación a sus actividades cotidianas en medida de lo posible.

Tipos de ejercicios: pasivos, activos con ayuda, activos, con resistencia y de desarrollo muscular.

- ❖ Pasivos: los lleva a cabo el terapeuta sin ayuda de la persona, tienen como propósito conservar la movilidad articular y conservar la circulación, los movimientos deben ser suaves, lentos y gentiles en toda la extensión de su movilidad cuidando no causar dolor.

- ❖ Activos con ayuda: los lleva a cabo la persona con la ayuda del terapeuta, teniendo como propósito estimular la función muscular normal, se debe apoyar la porción mas alejada del cuerpo de la persona, estimulándolo a que lleve la articulación a su máxima extensión, con periodos adecuados de reposo.
- ❖ Activos: los lleva a cabo el agente de cuidado sin ayuda, teniendo como propósito aumentar la fuerza muscular, cuidando que no sustituya el movimiento de una articulación por otra.
- ❖ Con resistencia: son ejercicios activos que hace la persona contra una resistencia manual o mecánica, tienen como propósito dar resistencia para aumentar la fuerza muscular, los movimientos se harán con suavidad, pudiendo utilizar cojines con arena colocándolos en el punto mas alejado de la articulación que se ejercita.
- ❖ De desarrollo muscular: se contrae y relaja alternadamente un músculo mientras la parte del cuerpo se conserva fija, tiene como propósito conservar la fuerza cuando se inmoviliza la articulación.

Tomando en cuenta los requisitos cuatro y siete, se orientó al familiar y al agente de cuidado sobre las medidas higiénicas necesarias, teniendo como objetivo evitar complicaciones y reducir riesgos en su salud.

- ❖ Bucal: lavarse los dientes al despertar y después de cada comida, para prevenir enfermedades dentales, ayudarla en caso necesario, así como acudir al dentista a una revisión periódica.
- ❖ Corporal: Bañarla diariamente en regadera, adaptando el baño con una silla de plástico duro, ayudándola a lavar las partes de su cuerpo que ella no alcance o se le dificulte asear.
- ❖ Parcial: en caso de que no se realice el baño en regadera, se puede realizar aseo de genitales separando los labios mayores y lavando perfectamente con agua y jabón, asegurándose de enjuagar todo el jabón, lavar ano cada vez que realice una deposición y secar perfectamente.
- ❖ Uso de pañal desechable mientras ella no identifique la necesidad de defecar o miccionar, verificar constantemente el pañal y cambiarlo inmediatamente para evitar rosaduras.

9. CONCLUSIONES.

Un estudio de caso se realiza con el fin de profundizar el caso de una persona en específico, en el se describe la situación que prevalece al momento de valorar a la persona, su entorno o su comunidad, se recopila información detallada para detectar los déficits en el auto cuidado.

El caso es escogido de entre muchos por que tiene alguna particularidad, ya sea que el diagnóstico nos haya parecido único o poco estudiado, que en la persona sea recuperable alguna o la mayoría de las funciones alteradas o simplemente por que nos identificamos con aquella rama de la Neurología en la que se encuentra la persona a estudiar.

En un estudio de caso se demanda una serie de pasos a seguir para lograr un buen resultado, se requiere que tengamos la información necesaria al alcance de nuestras manos para poder realizar una buena valoración, por que en esta radica el éxito de todo el estudio de caso, sin restarle la importancia que nos brindan las demás etapas del Proceso Atención Enfermería, para lograr en la persona en estudio la parcial o total independencia en su autocuidado.

El estudio de caso es utilizado con fines de aprendizaje para los Licenciados en Enfermería que se encuentran realizando un post grado en cualquiera de las áreas elegidas por ellos mismos.

En segunda instancia servirá de retroalimentación para los enfermeros que se encuentran cursando el post grado en Enfermería Neurológica, pues los casos serán expuestos entre el grupo, donde se elegirá el mejor de ellos para ser expuesto ante las demás especialidades, con esto los alumnos observarán sus adelantos y déficits al concluir el primer semestre del post grado, permitiéndoles identificar y corregir dichos déficits.

El objetivo de que sea presentado ante el resto de las especialidades es que cada especialista emita su opinión si es que la persona presentada en el estudio de caso requiere alguna intervención de las demás especialidades, todo esto con el único fin de brindar cuidados de alta especialidad a todas aquellas personas elegidas como estudio de caso.

Por lo tanto este estudio de caso se realizará en dos etapas, la primera etapa abarcará desde la elección del caso, elaboración del marco teórico, hasta la valoración y los diagnósticos de enfermería encontrados, esto se realizará durante el primer semestre de la especialidad. En el segundo semestre se complementará el estudio con la planeación, las intervenciones de enfermería, la evaluación y el plan de alta, con el fin de lograr la independencia de la persona y el restablecimiento a su vida cotidiana.

Durante la primera etapa se seleccionó el estudio de caso por la particularidad del mismo, ya que Alina presenta secuelas de hidrocefalea secundario a

Neurocisticercosis, lo que hizo atrayente este estudio de caso es que los cisticercos se encontraban en el cuarto ventrículo, ocasionando un síndrome cerebeloso que provoca movimientos involuntarios constantes a la persona, disartria, e imposibilidad para la marcha, por lo que fue necesario investigar con profundidad la causa de dichos movimientos, así como también se realizó una valoración física y neurológica detallada para localizar el sistema de Enfermería que debe aplicarse de acuerdo a los requisitos de salud afectados, todo esto con la ayuda de la elaboración de diagnósticos de Enfermería que nos dan la pauta para formular la planeación y con esta brindar los cuidados de enfermería especializados en el área de la Neurología.

Con la ayuda de los conocimientos obtenidos durante todo el año del post grado en Enfermería Neurológica se logró valorar a la persona elegida, se detectaron los factores de riesgo y las desviaciones de salud que tenía en el momento de la valoración, ayudados por el modelo de Dorothea Orem que conjunta todos los requerimientos del ser humano en 8 requisitos, detectando así los problemas tanto reales, potenciales y de riesgo, todo esto para lograr que los requisitos que en su momento fueron total o parcialmente dependientes, restituyan en la independencia de Alina para lograr su autocuidado y la inserción a su entorno con el menor número de secuelas neurológicas posibles.

Todo esto a través de las intervenciones oportunas de Enfermería, que mejoraron la calidad de vida de Alina, pues no se han presentado datos de insuficiencia respiratoria, deshidratación, desnutrición, infección, ni daño a la integridad cutánea, así como también se logró la aceptación del cambio en su estilo de vida. Se sigue trabajando con los ejercicios de rehabilitación, así como también se le brinda apoyo emocional a la madre de Alina, pues ella es la única persona en quien recae el cuidado de Alina.

10 BIBLIOGRAFÍA.

OSTIGUÍN MELENDEZ ROSA MARIA, VELAZQUEZ HERNANDEZ SILVIA (2001) Teoría General del déficit de autocuidado, editorial Manual Moderno, México, p.p. 13-31.

BALAN CRISTINA, FRANCO MAGDALENA, CARDENAS MARGARITA, (2006) Antología Teorías y modelos de Enfermería, editorial división de estudios de postgrado ENEO, México, p.p.7-19.

IYER PATRICIA, TAPTICH BARBARA (1999) Proceso y diagnóstico de enfermería, editorial Mc Graw Hill Interamericana, U.S.A, ed. 3ra, p.p.1-29.

DUGAS BEVERLY WITTER (2000), Tratado De Enfermería práctica, editorial Mc Graw Hill Interamericana, U:S:A. ed. 4ta p.p. 57-81.

GORDON MARJORY, (2000), Diagnóstico enfermero proceso y aplicación, editorial Harcourt brace, España, ed. 4ta, p.p. 2-13

ROLAK (2004) Secretos de la Neurología editorial Mc Graw Hill Interamericana, U.S.A, ed. 2da, p.p.145-177.

CARPENITO, MOYET (2004), Planes de cuidados y documentación clínica en Enfermería, editorial Mc Graw Hill Interamericana, España, ed. 4ta, p.p.311-386.

Diagnósticos Neurológicos en Enfermería, series del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México, p.p.40-59.

Diagnóstico Enfermero de la NANDA (2005) editorial Harcourt España, p.p.146-153.

BOSH GARCÍA CARLOS, (2000), La técnica de la investigación documental, editorial Facultad de ciencias políticas UNAM, México, p.p. 14-61.

ACKLEY, LADWIG (2007), Manual de Diagnósticos de Enfermería, editorial Elsevier Mosby, 7ma.ed, España, p.p.18-165.

JOHNSON MARION, BULECHEK GLORIA (2007), Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC, editorial Elsevier Mosby, 2da ed, España, p.p. 135-301.

Mc CLOSKEY DOCHTERMAN, BULECHEK GLORIA (2005), Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), editorial Elsevier Mosby, 4ta. Ed, Madrid España, p.p. 237-298 587-640.

MOORHEAD SUE, JOHNSON MARION (2005), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), editorial Elsevier Mosby, 3ra ed. Madrid España, p.p. 373

www.innn.gob.mx

www.neurologia.rediris.es

www.iqb.es/neurologia/a001ht

www.neurocirugia.com/diagnostico/hidrocefalia

http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/la_hidrocefalia.htm

www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Neurologia/Grandes%20Síndromes%20Neurológicos

[www.anm.org.ve/FTPANM/online/Gaceta%202001%20Julio-Septiembre/12.%20López%20\(387-388\).](http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/Gaceta%202001%20Julio-Septiembre/12.%20López%20(387-388))

www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7471.doc

hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/neuro/2neurocisticercosis.pdf

<http://www.neurocirugiamexicana.org/files/neurocisticercosis.htm>

<http://www.galeon.com/cuadernosjo/aficiones51026.html>

<http://www.sitiomedico.com.uy/artnac/2002/03/27.htm>

<http://www.enfermeria.com.mx/CIBERE/Neurologia.htm>

www.neurocirugiaperu.org/revistas/9.pdf

hvn.es/invest_calid_docencia/.../documentos/memoinves2006.pdf

www.neurocirugia.cl/congreso_2006/programa_oficial.pdf

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992004000800005&script=sci_arttext
[Gaceta Médica de México Vol. 138 No 5, 2002](#)
[Revista Peruana de Neurocirugía Vol. 3 No 2 Abril-Junio 2008](#)
[Revista de Enfermería Ecuatoriana Vol. 12 No 3, 2003](#)
[Revista de Enfermería Neurológica, México Vol. 6 No 2:52-56, 2007](#)
[Revista de Enfermería Neurológica, México Vol. 7 No 2:52-56, 2008](#)
[Revista de Enfermería Neurológica, México Vol. 6 No 3:87-89, 2007](#)
[Revista de Enfermería Neurológica, México Vol. 5 No 2:13-19, 2006](#)
[Revista de Enfermería Neurológica, México Vol. 5 No 3:14-22, 2006](#)

ANEXOS



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

SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Declaro que se me ha informado veraz y oportunamente que el estudio de caso realizado a mi familiar tiene como objetivo otorgar cuidados de Enfermería especializados y el adiestramiento en la promoción de la salud, otorgando así un beneficio para el restablecimiento de la salud de mi familiar.

Por lo que otorgo mi consentimiento para que la información sobre el estado de salud actual de mi hija Alina, hospitalizada en el servicio de Neurología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, sea expuesta con fines exclusivamente académicos, manteniendo en todo momento la confidencialidad de la información.

Firma del familiar.

Firma del testigo.

Enfermera. Laura Oralia Torres López.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA NEUROLOGICA**



INSTRUMENTO DE VALORACION DE ENFERMERIA NEUROLOGICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN
 Nombre: Alina Sexo **M** **F** Estado civil: Madre soltera Religión Católica Escolaridad: Estudiante de Licenciatura en educación
 Ocupación anterior: Estudiante Ocupación actual: Estudiante
 Domicilio: Porfirio Díaz 608 int.2 Acayucan Veracruz Edad: 28 años Teléfono: 9241051636 Numero de integrantes en la familia: 4
 Dx. Médico: Secuelas de hidrocefalea crónica secundaria a Neurocisticercosis y Síndrome cerebeloso.
 Motivo de consulta: _____ Derecho a algún servicio de salud SI () NO (x) ¿Cuál? _____
 Persona responsable: Lucía González Edad : 53 Parentesco: madre.

Desviaciones de la salud		
Factores de riesgo	Si	No
Hipercolesterolemia		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

Desviaciones de la salud	
Antecedentes familiares	parentesco
Diabetes mellitus	
Obesidad	
Hipertensión	
Cardiopatía	
Enfermedad vascular cerebral	
Cáncer	
Migraña	
Epilepsia	
EPOC	Abuela Materna

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 plantación de cuidados.

I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Totalmente compensatorio _____
 Parcialmente compensatorio X
 De apoyo o educación _____

¿Cuándo realiza sus actividades cotidianas lo hace sin fatigarse?: Si () No ()
 ¿Cómo considera que son sus actividades cotidianas?: Sedentaria () Activa ()
 ¿Usted fuma? Si () No (x) ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ ¿Convive con fumadores? Si () No (x)

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 bronqueal		x
Murmullo o soplo		x
Ronquido		x

FC 128 x' FR 22 x' TA 130/90 Nivel de conciencia Alerta
 Pupilas AXMICR Glasgow 14

Signos de Respiración patológica	SI	NO
Cheyre stokes		x
Neurogénica		x
Apneusica		x
Cuss mau		x
ataxica		x

Fecha y resultado de la ultima radiografía de Tórax:
 Fecha: / /

Neumonía _____



Observaciones:

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

LABORATORIOS		
GASES ARTERIALES	RESULTADO	VALORES NORMALES
SaO ₂	98	93-100
Ph	7.3	7.35-7.45 mmHg
pO ₂	122.4	60-80 mmHg
CO ₂	37.3	28-32 mmHg
Exc. B	-8.0	-2+5 mmHg
Def. B	-7.4	-2+5 mmHg
HCO ₂	18.3	18-22 mmHg

SaO₂ 98% PVC _____ PIC _____ Apoyo ventilatorio: Ninguno () Puntas nasales () Mascarilla (x) Ventilador ()
 Traqueotomía () Aspiración de secreciones por: _____ Características de secreciones: _____
 Tipo de catéter subclavio derecho Línea arterial no Medicamentos y soluciones s.s 0.9% 1000cc +20mEq KCl a 120cc/hr.

II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

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

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

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
Na	145	135-145 mmol/L
Cl	103	98-106 mmol/L
K	4.5	3.5-4.5 mmol/L
Calcio	_____	1.2-1.35 mmol/L
ALT glutamica	_____	10-42 UI/L

Observaciones

Medicamentos y soluciones

- | |
|--|
| a) Salina 0.9% 1000 20 mEq KCl a 120cc/hr |
| b) Albendazol, Rifater, Etambutol, Omeprazol, Dexametasona, Tentral. |
| c) Captopril, Nistatina, Clonazepam, |
| d) Haloperidol, Fluconazol, Cefepime, Vancomicina, Ketoprofeno. |

III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

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

Tipo de alimentación: Enteral () Parenteral () Vía: Sonda Nasogastrica () Gastrostomía () Otra Vía oral
 La persona se alimenta solo () Con ayuda () Tipo de dieta que consume: Normal () Especial () Blanda
 ¿Cómo es su apetito? Bueno () Regular () Deficiente () Nulo () Cuántas comidas realiza al día 3 comidas.
 ¿Cuántas veces a la semana consume? Carnes () Harinas () Verduras () Frutas () Lácteos ()
 ¿Cómo prepara sus alimentos? Fritos () Hervidos () Asados () Otros _____
 Preferencias alimenticias: _____ Desagrados alimenticios: _____
 Consume suplementos alimenticios: SI () NO () ¿Cuál? _____ Total de ingesta: _____

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

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

Peso: 50 Kg. Talla: 1.62 Cm. IMC 19

Masa corporal:	SI
Peso ideal	
Sobrepeso	
obesidad	
Bajo peso	X

Observaciones

Presencia de candidiasis en lengua.

Falta de piezas dentarias



Características de la Boca

Sensibilidad de lengua Si

Fuerza de lengua Si

Reflejo nauseoso Si

Paladar blando Si

Úvula Rosada

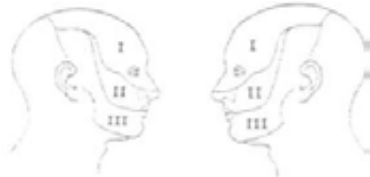
Sensibilidad de la cara

Derecho

I. Si

II. Si

III. SI



Izquierdo

I. Si

II. Si

III. Si

LABORATORIOS	Resultados	Valores Normales
Triglicéidos	170	70-200 mg/dl
Bilirrubina directa	0.11	.0-.04 mg/dl
Bilirrubina indirecta	0.24	0.0-1.1 mg/dl
Colesterol	107	80-200 mg/dl
Glucosa	117	36-115 mg%
Urea	33	20-40 mg%
Creatinica	0.5	0.8-1.5 mg%
Acido úrico	2.8	2.1-7.4 mg%
Proteínas totales	6.8	6.3-8.2 gr/dl

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

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

MICCIONES

¿Cuántas veces orina al día? Tiene sonda vesical

Orina: Color naranja por el medicamento
 Olor suigeneris
 Cantidad 600ml por turno

presenta	SI	NO
Disuria		X
Polaquiuria		X
Poliuria		X
Oliguria		X
Nicturia		X
Hematuria		X
Dificultad para iniciar la micción	X	
Infección de vías urinarias		X
incontinencia		X

EVACUACIONES

¿Cuántas veces defeca al día? una

Heces: Color café
 Olor suigéneris
 Consistencia seca
 Presencia de sangre No
 Presencia de moco No

presenta	SI	NO
Ardor al defecar		X
Dolor al defecar		X
Evacuaciones diarreicas		X
Hemorroides		X
Prurito		X
Disminución de ruidos peristálticos		X

SUDOR

Características

Daiforética.

Valoración de sexo femenino

Antecedentes ginecoobstetricos

IVSA: 2003
 Fecha de última menstruación: _____
 Gesta: 1 P: 0 A: 0
 C: 1
 Autoexploración mamaria:
 Si () No (X) Fecha: _____
 Citología vaginal: Si () No ()
 Fecha: _____
 Mastografía: Si () No (X)
 Fecha: _____

LABORATORIOS

Examen general de orina	resultado	Valores normales
densidad	1.010	1.025
PH	7.0	5.0-7.0
Leucocitos	Neg	negativo
Glucosa	Neg	Negativo
Proteinas	Neg	Negativo
Cristales	Neg	Negativo
bacterias	Neg	negativo

DRENAJES

	FECHA DE INSTALACION	PERDIDA INSENSIBLE	BALANCE
Ventriculostomia corta			
Drenaje de lecho quirúrgico			
Drenaje subdural			
Drenaje epidural			
Sonda nasogastrica			
Ventriculostomia larga			
Sello de agua			
Sonda foley			

V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Totalmente compensatorio X
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____

Problemas para movilizarse: Si (X) No () ejercicios de movilización Si (X) No ()

¿Realiza alguna actividad recreativa?: Si () No (X) ¿cual? _____ ¿se cansa al moverse? Si () No (X)

¿Sufre de estrés? Si () No (X) ¿Cuántas horas duerme?: 6hrs ¿utiliza algún remedio para dormir? Si (X) No () ¿Cuál? Clonacepam

¿Requiere ayuda para movilizarse? Si (X) No () ¿cual? Bastón () Andadera () Silla de ruedas (X) Muletas () Apoyo del personal

Presenta:	SI	NO
Articulaciones dolorosas		X
Deformación de articulaciones		X
Espasmos musculares		X
Monoplejía		X
Hemiplejía		X
Cuadriplejía		X
Monoparecia		X
Cuadriparecia	X	
Temblor	X	

Presenta:	SI	NO
Dolor de cabeza		X
Vértigo		X
Crisis convulsiones		X
Alteraciones de la memoria		X
Alteraciones de sueño		X
Atrofia muscular	X	
Postura inadecuada	X	
Espasticidad	X	
Marcha ataxica		
Marcha cerebelosa		
Marcha jacksoniana		

Observaciones

Reflejos patológicos


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

Actividad motora

sensibilidad y Reflejos

Expresión facial

Presentes +
 Ausentes X
 Frente (+)
 Nariz (+)
 Boca (+)




Fuerza 2 / 5

Reflejos Sensibilidad
 + +
 ++ ↓
 +++ ↓

Fuerza 2 / 5

Reflejos Sensibilidad
 + +
 ++ +
 +++ ---



Reflejos Sensibilidad
 + +
 ++ ↓
 +++ ---

Reflejos Sensibilidad
 + +
 ++ +
 +++ ---



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

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

¿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? Hija y 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	X	
Se ha visto alterado su rol que desempeña por su padecimiento	X	
Se siente satisfecho con su propia vida		
Siente ansiedad o temor de estar solo o con otras personas		X
Tiene facilidad para comunicarse con los demás		X
Tiene facilidad para relacionarse con otras personas		X
Su familia lo apoya con su enfermedad	X	
Busca ayuda en otras personas cuando tiene problemas	X	
Busca apoyo en su religión	X	
Cuenta con alguna persona en quien apoyarse en una situación de crisis	X	
Se siente aislado		X

Dificultad para comunicarse	SI	NO
Afasia		X
Alexia		X
Apraxia		X
Disartria	X	
Anomia		X
Perseverancia		

Observaciones

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?: _____

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

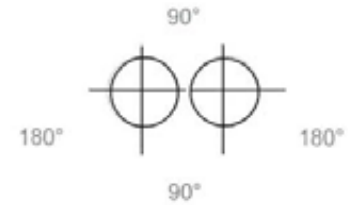
Ojos	SI	NO
Lagrimeo excesivo		x
Prurito en os ojos		x
Partículas flotantes		x
Visión doble	x	
Fotofobia		x
Infecciones frecuentes		x
Uso de lentes		x
Ptosis palpebral		x

Valoración ocular



Movimientos oculares
Nistagmos bilaterales
 Reflejo pupilar
 presente
 Reflejo corneal
 presente

Campos visuales



NOTA: lesiones visuales
 marcar el cuadrante ocular
 que este afectado

Valoración auditiva



Rinne:

Resultado + --
 Oído derecho (-) oído izquierdo (-)

Weber:

Lateraliza X
 Izquierda (x) Derecho (x) Central (x)

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

Totalmente compensatorio ____
 Parcialmente compensatorio ____
 De apoyo o educación x

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

Lleva una vida: Sedentaria (x) Activa ()
 Autoconcepto de si mismo _____
 Cual es su situación laboral actual _____
 Con que frecuencia visita al medico _____
 Realiza el aseo bucal: 3 veces (x) 2 veces () 1 vez () ninguno ()

Observaciones

VIII. prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano

Totalmente compensatorio _____
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación X

¿Qué hace para cuidar su salud? _____

Vacunación completa (x) Incompleta () Última vacuna aplicada _____

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 _____

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

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

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

Observaciones
