



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
SÍNDROME CEREBELOSO

BECERRA CRUZ JENIFFER GABRIELA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

FLORES MORAN MAYRA YERALDIN
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Proceso de atención de enfermería en paciente con síndrome cerebeloso

BECERRA CRUZ JENIFFER GABRIELA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

FLORES MORAN MAYRA YERALDIN
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

Proceso de atención de enfermería en paciente con síndrome cerebeloso

BECERRA CRUZ JENIFFER GABRIELA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

FLORES MORAN MAYRA YERALDIN
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

BERMELLO GARCIA MARIA IRENE

MACHALA, 04 DE OCTUBRE DE 2021

MACHALA
2021

Proceso de atención de enfermería en paciente con síndrome cerebeloso.

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

INDICE DE SIMILITUD

3%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

< 1%

★ www.institutosuperiordeneurociencias.org

Fuente de Internet

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, BECERRA CRUZ JENIFFER GABRIELA y FLORES MORAN MAYRA YERALDIN, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado Proceso de atención de enfermería en paciente con síndrome cerebeloso, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

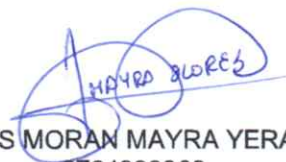
Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 04 de octubre de 2021



BECERRA CRUZ JENIFFER GABRIELA
0750325839



FLORES MORAN MAYRA YERALDIN
0704390863

RESUMEN

Introducción: El síndrome cerebeloso genera varios síntomas y signos que no permiten el funcionamiento normal del cerebelo, entre ellos tenemos: ataxia, vértigo, disartria (trastorno del habla), descomposición del movimiento, fatiga muscular y debilitamiento, temblores, nistagmo, visión borrosa, náuseas, cefalea, visión borrosa, mareo, vértigo y debilidad motora focal hipotónica (1) (2) (3). De acuerdo a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente mil millones de personas son afectadas por trastornos neurológicos; además, anualmente, cerca de 6.8 millones de personas fallecen a causa de estos trastornos. Los costos que generan esta enfermedad alcanzan los 139 000 millones de euros en el continente europeo y las personas que tienen trastornos neurológicos y sus familiares, afrontan muchas dificultades al momento de alcanzar los cuidados adecuados que se requirieron (4).

Objetivo: Analizar las manifestaciones del proceso cerebeloso y las necesidades que crea en la vida Cotidiana, mediante la identificación de las necesidades básicas.

Metodología: Nuestro trabajo tiene un enfoque cualitativo con un diseño no experimental transaccional de carácter descriptivo ya que nos ayudó a poder reconocer la problematización adaptando un paradigma basado en la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson con la entidad en estudio, con lo cual logramos recoger información de la historia clínica, visitas domiciliarias y construir nuestro marco teórico en bases de datos de carácter científico como Scielo, Redalyc, Dialnet, con su respectivo código ISBN o DOI y con un rango de periodo de aproximadamente de los últimos 5 años, específicamente del 2016 al 2021.

Argumentación de resultados: Luego del seguimiento del análisis del caso y la correspondiente revisión bibliográfica de la enfermedad consecuente se evidenció en un artículo en la revista de revisión científica Dialnet por Zamora, Chamorro y Dubbie donde expresan que las manifestaciones clínicas del síndrome cerebeloso según la experiencia clínica revela presencia de la disminución del tono muscular de forma generalizada o localizada, falta de coordinación en los movimientos voluntarios especialmente en la marcha, mareos, vértigo, temblores, disfunción en la movilidad ocular y en el habla (39); comparando los resultados de esta investigación con los hallazgos encontrados en el paciente tiene relevancia ya que presentó signos y síntomas de : inestabilidad en la bipedestación y disartria,

a las tres semanas posteriores presentó de forma consecuyente debilidad en miembros inferiores bilateral que llegó a miembros superiores acompañado de disminución de fuerza, alteración en la coordinación de movimientos en la marcha, leve dificultad para tragar los alimentos, cefaleas intensas, mareos y vértigos.

Conclusión: Las actitudes y prácticas de enfermería ante el proceso del síndrome cerebeloso deben ir encaminadas a la neurorrehabilitación con la finalidad de alcanzar mejores condiciones en la vida diaria del individuo desde el enfoque social y físico que le permita modificar sus condiciones de vida y ser más independiente en sus actividades, por lo tanto se concluyó que los planes de cuidados basados en el modelo de Virginia Henderson han demostrado que las actividades que se llevaron a cabo tuvieron gran impacto en la dependencia del paciente logrando mayor autonomía al realizar sus tareas y satisfacer sus necesidades básicas.

Palabras claves: Síndrome Cerebeloso, Virginia Henderson, Proceso de atención de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The cerebellar syndrome generates several symptoms and signs that do not allow the normal functioning of the cerebellum, among them we have: ataxia, vertigo, dysarthria (speech disorder), decomposition of movement, muscle fatigue and weakness, tremors, nystagmus, blurred vision, nausea, headache, blurred vision, dizziness, vertigo, and hypotonic focal motor weakness (1) (2) (3). According to estimates by the World Health Organization, approximately one billion people are affected by neurological disorders; in addition, annually, about 6.8 million people die from these disorders. The costs generated by this disease reach 139 billion euros on the European continent and people with neurological disorders and their families face many difficulties when it comes to obtaining the appropriate care that is required (4).

Objective: To analyze the manifestations of the cerebellar process and the needs it creates in everyday life, by identifying basic needs.

Methodology: Our work has a qualitative approach with a descriptive non-experimental transactional design since it helped us to recognize the problematization by adapting a paradigm based on the assessment of the fourteen needs of Virginia Henderson with the entity under study, with which we achieved collect information from the medical history, home visits and build our theoretical framework in databases of a scientific nature.

Argumentation of results: After the follow-up of the analysis of the case and the corresponding bibliographic review of the consequent disease, it was evidenced in an article in the scientific review journal Dialnet by Zamora, Chamorro and Dubbie where they state that the clinical manifestations of cerebellar syndrome according to experience clinic reveals the presence of a generalized or localized decrease in muscle tone, lack of coordination in voluntary movements, especially in walking, dizziness, vertigo, tremors, dysfunction in ocular mobility and speech (39); Comparing the results of this research with the findings found in the patient is relevant since he presented signs and symptoms of: instability in standing and dysarthria, three weeks later he presented consequently bilateral weakness in the lower limbs that reached the upper limbs accompanied decreased strength, impaired coordination of gait movements, mild difficulty swallowing food, severe headaches, dizziness and vertigo.

Conclusion: Nursing attitudes and practices before the cerebellar syndrome process should be aimed at neurorehabilitation in order to achieve better conditions in the individual's daily life from the social and physical approach that allows them to modify their living conditions and be more independent in their activities, therefore it was concluded that the care plans based on the Virginia Henderson model have shown that the activities carried out had a great impact on the dependence of the patient, achieving greater autonomy when carrying out their tasks and satisfying their needs basic needs.

Keywords: Cerebellar Syndrome, Virginia Henderson, Nursing care process.

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I.....	9
1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	9
1.1. Definición y contextualización del objeto de estudio.....	9
1.2. Hechos de interés	10
1.3. Objetivos de la investigación.....	11
CAPÍTULO II	12
2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS EPISTEMOLÓGICOS DEL ESTUDIO	12
2.1. Descripción del enfoque epistemológico de referencia	12
2.1.1. Historia natural de la enfermedad.....	12
2.2. Bases teóricas de la investigación	14
2.2.1. Síndrome cerebeloso	14
2.2.2. Manifestaciones clínicas	15
2.2.3. Factores de riesgo	15
2.2.4. Diagnóstico	17
2.2.5. Pruebas complementarias	19
2.2.6. Tratamiento	19
2.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	23
2.3.1. Definición	23
2.3.2. Teoría de las necesidades humanas de Virginia Henderson	23
2.3.3. Valoración de Enfermería en paciente con Síndrome Cerebeloso, según las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	24
2.3.4. Necesidades afectadas en el objeto de estudio.....	29
2.3.5. PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA BASADO EN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	30
CAPÍTULO III.....	33
3. PROCESO METODOLÓGICO	33
3.1 Diseño o investigación de tradición seleccionada	33
3.1.1 Tipo de investigación.....	33
3.1.2 Tipo de estudio.....	33
3.1.3 Unidad de análisis.....	33
3.1.4 Área de estudio	33

3.1.5 Instrumentos de investigación	34
3.1.6 Recursos	34
3.2 Proceso de recolección de datos de la información	34
3.2.1 Base de datos.....	34
3.2.2 Aspectos éticos legales	35
3.2.3 Petición de acceso al manejo de historia clínica	35
3.3 Sistema de categorización de análisis de los datos.	36
3.3.1 Datos del paciente	36
3.3.2 Antecedentes personales y familiares	36
3.3.3 Motivo de consulta.....	36
3.3.4 Examen físico: céfalo-caudal (órganos y sistemas).....	37
3.3.5 Resumen De Evolución, tratamiento y Complicaciones	38
CAPÍTULO IV	41
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
4.1. Descripción de los resultados	41
4.2. Argumentación Teórica De Los Resultados	42
4.3. Conclusiones	44
4.4. Recomendaciones	45
BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS.....	50
Anexo 1. Oficio de acceso a historia clínica emitido al jefe del Hospital Santa Teresita	52

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1Diagnóstico de Enfermería 1	30
Cuadro 2Diagnóstico de Enfermería 2	31
Cuadro 3Diagnóstico de Enfermería 3	32

INDICE DE FIGURAS

Figura 1Escala de Coma de Glasgow.....	18
Figura 2Escala Breve de Calificación de Ataxia (BARS)	21
Figura 3Entidades diagnósticas según el tipo de presentación de la ataxia	50
Figura 4Clasificación de la ataxia en función de la etiología.....	51

INTRODUCCIÓN

Una de las enfermedades que afectan el cerebelo es conocida como el síndrome cerebeloso, el cual genera varios síntomas y signos que no permiten el funcionamiento normal del cerebelo, entre ellos tenemos: ataxia, vértigo, disartria (trastorno del habla), descomposición del movimiento, fatiga muscular y debilitamiento, temblores, nistagmo, visión borrosa, náuseas, cefalea, mareo, vértigo y debilidad motora focal hipotónica (1) (2) (3).

De acuerdo a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente mil millones de personas son afectadas por trastornos neurológicos; además, anualmente, cerca de 6.8 millones de personas fallecen a causa de estos trastornos. Los costos que generan esta enfermedad alcanzan los 139 000 millones de euros en el continente europeo y las personas que tienen trastornos neurológicos o sus familiares, afrontan muchas dificultades al momento de alcanzar los cuidados adecuados que se requieren (4).

Varios estudios señalan que las pruebas de neuro-imagen, anatómicas y clínicas demuestran la participación significativa del cerebelo en funciones humanas claves, tales como el aprendizaje, la conducta social, el control de impulsos, la atención y la cognición, así como también en funciones asociadas a la memoria funcional, las emociones, los sentimientos (arrepentimiento), los hábitos alimentarios, los trastornos neuropsiquiátricos y las creencias (5) (6). La resonancia magnética (RM) funcional es una de las técnicas avanzadas que ha sido empleada en estudios que señalan el aumento de la activación del cerebelo en el momento en el que una persona realiza tareas complejas conductuales y cognitivas. Además, nueva información sustenta que el modulador de las funciones sociales, mentales y psicológicas es llevada a cabo por el cerebelo (7).

Los datos epidemiológicos sobre el síndrome cerebeloso no están disponibles en Ecuador por lo cual, se ha establecido como referencia los datos procedentes de países que tienen contextos geográficos, climáticos y socioculturales semejantes, esto además refleja la frecuencia de la problemática (8) (9).

A pesar de ello, investigaciones puntuales se han realizado en Ecuador en torno a las enfermedades neurológicas. En la provincia de Cañar, en el Centro de Salud de la parroquia Ingapirca, se llevó a cabo un estudio (2017) en el que se atendieron a 9639 personas en consulta externa, de este número, el 31.7% (3152 pacientes) fueron hombres y 67.3% (6487 pacientes) mujeres. Un total de 500 consultas correspondieron a enfermedades neurológicas, que corresponde a un pequeño porcentaje (5.2%) de las consultas totales del periodo respectivo (10).

Daños conductuales, visuales, de equilibrio, musculares y cognitivos pueden ser causados por el síndrome cerebeloso, y cualquiera de estos deterioros pueden generar graves complicaciones, comprometiendo la recuperación de las lesiones de los pacientes. La dificultad para ingerir alimentos, por ejemplo, puede causar deficiencia nutricional, así como también afectar a la respiración, lo que a su vez puede provocar neumonía y necesitar asistencia para respirar; otra dificultad que puede generar la dificultad para tragar es la deshidratación. Para determinar el grado de riesgo de los pacientes es necesario realizar una evaluación de riesgo de caída. El incremento de riesgo de caída y consecuentes lesiones en los pacientes es ocasionado por la falta de equilibrio y ataxia, este incremento sucede incluso si el paciente está sentado. Estas implicaciones generan potenciales deficiencias en el cuidado personal, como la incapacidad incluso de llevar a cabo actividades de la vida cotidiana, como lavarse, comer, vestirse y asearse pueden verse comprometidas. Por lo antes expuesto, el tema del presente trabajo de investigación resulta pertinente, el cual tiene como finalidad analizar de manera específica el caso de un paciente que presenta síndrome cerebeloso y analizar el proceso de atención recibido desde enfermería. Este análisis se realizará a partir de la perspectiva de la teoría de Virginia Henderson con la finalidad de impulsar a que el paciente tenga independencia en su recuperación.

CAPITULO I

1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. Definición y contextualización del objeto de estudio

La problemática hallada es el síndrome cerebeloso y su relación que conllevaron a el deterioro de la salud y su participación social, que se evidenció en un paciente de 29 años de edad atendido en el servicio de consulta externa en el área de medicina general del Hospital Básico Santa Teresita de la ciudad Santa Rosa durante el primer y segundo trimestre del 2020.

Paciente de 29 años de edad procedente de Machala, reside en Santa Rosa, sin antecedentes patológicos familiares, sin antecedentes personales, sin antecedentes de sustancias tóxicas, es atendido en esta casa de salud por el área de consulta externa el 07 de septiembre del 2020 por presentar de forma súbita desde aproximadamente dos meses: primero inestabilidad en la bipedestación y disartria, a las tres semanas posteriores presentó de forma consecuente debilidad en miembros inferiores bilateral que llegó a miembros superiores acompañado de disminución de fuerza, alteración en la coordinación de movimientos en la marcha, leve dificultad para tragar los alimentos, cefaleas intensas, mareos y vértigos, paciente refiere haber sufrido un accidente automovilístico, en la cual tuvo un golpe moderado en la cabeza, sin contusiones y heridas graves en otras partes por la que no tuvo necesidad de ir a una casa de salud. Se reportan signos vitales: de tensión arterial: 120/80 mmHg, temperatura: 37°C, frecuencia cardiaca: 78 lpm, frecuencia respiratoria: 24 rpm, saturación de oxígeno: 97%. Es valorado por médico general quien solicita exámenes de laboratorio y una tomografía computarizada. Se evidencia las estructuras óseas que conforman la bóveda y la base del cráneo son normales, la amplitud del espacio subaracnoideo que rodea al cerebelo, así como de los valles silvianos y los surcos de la convexidad está conservada, el cuarto ventrículo es normal, la amplitud del sistema ventricular supratentorial está conservada, la densidad de la sustancia cerebral es normal, con adecuada diferenciación entre la sustancia gris y blanca, sin embargo existe hipo densidad a nivel de hemisferios cerebeloso de predominio derecho y calcificaciones fisiológicas a nivel de plexos coroideos correlacionado con antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico por lo que se diagnostica síndrome de infarto

cerebeloso por lo que se decide una referencia con neurología para la correspondiente valoración y el correspondiente tratamiento terapéutico.

1.2. Hechos de interés

Según un artículo publicado por Martínez y otros autores en la revista española de neuropsicología en un consenso número 174 denominado House Joint Resolution expresan que: anualmente 50 millones de personas de origen americano poseen al menos una patología ocasionada por alteración o trastorno que tienen como consecuencia lesión en el cerebro, inclusive comprenden enfermedades crónicas degenerativas, como Alzheimer, Epilepsia, Parkinson, enfermedades psicológicas graves; lesiones provocadas durante la etapa prenatal y traumatismos craneoencefálicos. Ante esta convergencia las secuelas que se producen eventualmente son graves por lo que el tratamiento terapéutico y la consecuente rehabilitación suponen un gasto imprescindible de 305.000 millones de dólares cada año a nivel sanitario para el estado y por ende más gastos para la persona que padece la afección (11).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifestó que en el año 2020 se elevaron el número de patologías neurodegenerativas y por ende más aumento de accidentes cerebrovasculares a consecuencia del envejecimiento y salud mental que está teniendo actualmente el ser humano y el consumo de sustancias tóxicas por ende, enfrentarse a enfermedades producidas en el cerebro son uno de los desafíos más complejos con los que tiene que afrontar médicos científicos brindando una atención multidisciplinaria de la mano de médicos bioquímicos, físicos, neurólogos, entre otros (11).

Según un artículo publicado en la Revista Sevier por Vicente Vaca en el año 2018 manifiesta que una de las pruebas eficaces para determinar manifestaciones de un síndrome cerebeloso es el Test de Romberg que permite la correcta evaluación; en donde se pide al paciente con los ojos abiertos que permanezca en bipedestación con sus pies rectos y que se mantengan juntos; luego mientras se coloca en la posición se le ordena que cierre sus vistas por aproximadamente 30 a 60 segundos; es ahí donde se determina la voluntad que el paciente

tiene para conservar su estabilidad sin separar los pies; es decir el paciente con disfunción cerebelosa tendrá inconvenientes para permanecer estable con sus extremidades juntas (7).

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Analizar las manifestaciones del proceso cerebeloso y las necesidades que crea en la vida Cotidiana, mediante la identificación de las necesidades básicas.

Objetivos específicos

- Describir las manifestaciones del síndrome cerebeloso.
- Determinar las actitudes y prácticas de enfermería ante el proceso del síndrome cerebeloso.
- Establecer plan de cuidados de enfermería basándose en el modelo de Virginia Henderson.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS EPISTEMOLÓGICOS DEL ESTUDIO

2.1. Descripción del enfoque epistemológico de referencia

2.1.1. Historia natural de la enfermedad

El perfil epistemológico que posee este estudio de caso, es en base a la historia natural de la enfermedad, es decir un suceso que produce una patología en relación con acontecimientos causantes, factores influyentes para la resolución de la enfermedad. Ahora bien fue en el año de 1975 donde literatos como Clark y Leavell propusieron un paradigma denominado Historia Natural de la Enfermedad; la cual establece la valoración sistemática de una patología antes y durante a través de la evolución de manifestaciones clínicas y de hechos que trascienden del individuo con el factor medio ambiente que eventualmente acarrear de un período de salud a el inicio de una afección (12). Este modelo se subdivide en dos estadios que son: periodo génesis o pre patogénico y el patogénico (12).

Período pre patogénico: En esta fase aún no se ha presentado el desarrollo de la enfermedad, sin embargo está determinada por una secuencia de tres pilares primordiales que interrelacionados se identifican como triada ecológica; y son: el agente, el huésped y el medio ambiente, al existir la ausencia de uno de estos elementos se produce un desequilibrio pudiendo provocar el origen de una patología (12).

- **Agente:** Se denomina agente como aquel forma o microbio que tiene la habilidad de originar un deterioro en la salud del ser humano, este puede ser de origen orgánico o inorgánico, por lo tanto, se tiene que efectuar una adecuada indagación para poder establecer de manera clara y específica los mecanismos promotores de la patología. (12). En relación con nuestro estudio de caso teniendo en cuenta la bibliografía descrita el cerebelo cumple con el papel de acoger los mensajes receptores procedentes de la región espinal y de otros segmentos del cerebro para dar orden a realizar movimientos ordenados y consecuentes del sistema musculo esquelético. Ahora bien, en el paciente agente se determina a la disfunción que existe a nivel del cerebelo, es decir una alteración que suscita en el paciente con 8 meses de evolución.

- **Huésped:** Se determina huésped a la entidad, que tiene la capacidad de permitir que el agente mantenga su supervivencia y se produzca una enfermedad, a esta entidad la reconocemos cómo el individuo o el ser humano (12). En relación con nuestro objeto de estudio el huésped en este caso es el paciente de sexo masculino de 29 años de edad, sin antecedentes patológicos familiares, sin antecedentes tóxicos, sin antecedentes de alergias, sin antecedentes patológicos personales.
- **Ambiente:** El ambiente hace referencia al entorno que influye para que se suscite la patología, en él se engloban contextos cómo por ejemplo ingresos socioeconómicos bajos por ende va haber: mala alimentación, mala higiene, clima demasiados calientes, circunstancias externas, entre otras (12). Según la bibliografía descrita diversos factores de riesgo que actúen de manera directa o indirectamente pueden producir la alteración en el cerebelo y son: traumas craneoencefálicos, infecciones virales, síndromes paraneoplásicos, antecedentes genéticos, entre otros; según la relación con nuestro objeto de estudio el factor principal que origino la alteración en el cerebelo fue el traumatismo craneoencefálico que sufrió el paciente producto de un accidente automovilístico en la ciudad de Imbabura y otro factor complementario fue: no acudir a un centro de salud a un chequeo médico correspondiente luego de haber sufrido dicho accidente.

Período patogénico: En esta fase patogénica ya se produjo la enfermedad, en ser humano (huésped) y está compuesta por dos fases que son:

- **Etapa subclínica:** En el trascurso de esta fase el paciente aún no presenta signos y síntomas; es decir aún no se manifiestan las manifestaciones clínicas, por ende, se considera asintomático, sin embargo, existe alguna alteración, variación o anormalidad en un tejido o en un órgano del ser humano (12). En este caso se realiza al paciente una Tomografía axial computarizada en la cual se evidencia hipodensidad a nivel de hemisferios cerebelosos de predominio derecho y calcificaciones fisiológicas a nivel de plexos coroideos.
- **Etapa clínica:** En esta fase clínica, cómo su nombre lo indica el paciente ya desarrolla su sintomatología por ende ya aparecen las manifestaciones clínicas; además posterior a ello, en esta etapa se determina específicamente el diagnóstico,

por lo que se utilizan exámenes de laboratorio y complementarios y así determinan la secuela que produjo el agente (12). En relación con el caso el paciente refiere presentar de forma súbita desde aproximadamente dos meses: primero inestabilidad en la bipedestación y disartria, a las tres semanas posteriores presentó de forma consecuyente debilidad en miembros inferiores bilateral que llegó a miembros superiores acompañado de disminución de fuerza; alteración en la coordinación de movimientos en la marcha, leve dificultad para tragar los alimentos, cefaleas intensas, mareos y vértigos; por lo cual se realizó examen cefalocaudal, y exámenes de laboratorio y complementarios cómo la TAC, médico interpretó accidente cerebrovascular isquémico al haber lesión a nivel de hemisferio derecho y diagnosticó Síndrome Cerebeloso.

2.2. Bases teóricas de la investigación

MARCO TEORICO

2.2.1. Síndrome cerebeloso

El cerebelo se encuentra ubicado específicamente entre el tronco encefálico y el cerebro; justo en la parte postero-inferior de la cavidad craneana; es el responsable de la función motora y por ende permite conservar la posición y el equilibrio para permanecer a la persona en bipedestación; además se encarga de articular procesamientos del lenguaje: cómo el habla, la atención y procesamientos de la visión cómo: movimientos de los ojos; es decir cumple la función de sistematizar, organizar y dar continuidad a movimientos (7).

Se define al síndrome cerebeloso cómo aquella afección que lesiona el cerebelo produciendo una alteración o disfunción cerebelosa dando eventualmente una serie de manifestaciones clínicas cómo cefaleas frecuentes, alteración en el lenguaje como dificultad para comunicarse, movimientos involuntarios y rápidos de ojos, incoordinación en la marcha, dificultad para sentarse y sobre todo para mantenerse de pie (7).

2.2.2. Manifestaciones clínicas

Los síntomas clínicos generales de enfermedad cerebelosa son (13): ataxia, es decir, marcha de base ancha y tambaleante; disartria: se presenta un lenguaje escandido, fraseo y volumen del habla modulados e inadecuados; dismetría: inhabilidad para regular la extensión de los movimientos; nistagmo: movimientos involuntarios y rápidos de los ojos en dirección a la parte del cerebelo afectada; Adiadococinesia: dificultad al momento de realizar movimientos rápidos alternados; temblor: puede surgir al intentar o mantener una postura; hipotonía: disminución del volumen muscular; descomposición del movimiento: hace referencia a que el individuo no puede desarrollar actividades de motricidad fina coordinadas (14) (15).

2.2.3. Factores de riesgo

La composición del cerebelo consta de dos partes de tejido que se encuentran plegados y situados en la parte base del cerebro, próximo al tronco cerebral. El equilibrio, la deglución, el habla, y los movimientos oculares son ejecutados por esta área del cerebro. La ataxia puede ser generada por patologías que afecten la conexión del cerebelo con los nervios periféricos y deterioren la médula espinal. Los factores que determinan el síndrome cerebeloso son varios, entre ellos (16):

- **Infecciones.** La varicela, la enfermedad de Lyme y otras enfermedades virales como el VIH pueden complicarse y generar ataxia, aunque este origen es poco común. En estos casos, conforme transcurre el tiempo la patología es resuelta (16).
- **Parálisis cerebral infantil.** Este término general es recibido para el grupo de trastornos generados por daños cerebrales que ha sufrido un niño durante su nacimiento o poco después, durante su desarrollo precoz (16).
- **Accidente cerebrovascular.** La ataxia también puede ser generada a partir de un sangrado en el cerebro o una obstrucción. La interrupción o reducción intensificada de sangre a un área del cerebro provoca la muerte de las neuronas cerebrales porque el tejido cerebral no recibe el oxígeno y los nutrientes que requiere (17).

- **Traumatismo craneal.** La ataxia aguda puede ocurrir de forma repentina por daños en la médula espinal o en el cerebro por golpes o traumas en la cabeza generados por accidentes automovilísticos (16).
- **Enfermedades auto inmunitarias.** Otras patologías que pueden provocar ataxia son la esclerosis múltiple, la enfermedad celíaca, la sarcoidosis, así como también otras patologías autoinmunes (16).
- **Síndromes paraneoplásicos.** Estos síndromes ocurren con menor frecuencia y son degenerativos, y su origen ocurre porque el sistema inmunitario ha generado una respuesta hacia un neoplasma (tumor canceroso), esta respuesta ocurre con mayor frecuencia hacia el cáncer de ovario, de pulmón, ovario, o cáncer linfático (16).
- **Reacción tóxica.** El uso de barbitúricos, como el fenobarbital, de antiepilépticos como la fenitoína, de sedantes como las benzodiazepinas y ciertos medicamentos empleados en la quimioterapia pueden generar posiblemente efectos secundarios ligados al desarrollo de ataxia. La vitamina B-6 puede generar ataxia a raíz de la toxicidad que puede producir. Por lo tanto, resulta fundamental percibir cuáles han sido las causas por las que un paciente ha desarrollado ataxia debido a que las causas antes señaladas pueden generar efectos posiblemente reversibles. Además, la suspensión de medicamentos o la reducción de sus dosis es aconsejable a medida que la persona envejece (16).

Otras posibles causas de ataxia incluyen el consumo de alcohol, el envenenamiento por metales pesados (entre ellos Plomo y Mercurio), la intoxicación por drogas, o por el envenenamiento por solventes (16).

- **Anomalías en el cerebro.** Un área infectada (absceso) en el cerebro puede causar ataxia. Además, el desarrollo no canceroso (benigno) o canceroso (maligno) de un tumor en el cerebro puede potencialmente afectar el cerebelo (16).
- **Deficiencia de tiamina, vitamina B-12 o vitamina E.** El déficit de estos nutrientes por la incapacidad de absorberlos puede también ocasionar ataxia (16).
- **Problemas de tiroides.** Tanto el hipoparatiroidismo o hipertiroidismo pueden conducir al desarrollo de ataxia (16).
- **Infección por el virus de la COVID-19.** En casos muy severos, esta infección frecuente puede generar ataxia (16).

Hasta el momento no se ha encontrado el origen específico de ataxia esporádica en algunos adultos. Este tipo de ataxia puede presentarse de diferentes formas, incluyendo la atrofia multisistémica que es un trastorno degenerativo y progresivo (16).

2.2.4. Diagnóstico

El diagnóstico principalmente toma en consideración **la clínica**: los signos y síntomas producidos por el cerebelo pueden pasar las afectaciones de la capacidad motora y afectar otras funciones del encéfalo. El **síndrome cerebeloso cognitivo** o también conocido como **síndrome de Schmahmann**, es un ejemplo de lo mencionado con anterioridad, y se caracteriza por el déficit de funciones de procesamiento lingüístico, regulación afectiva, funciones ejecutivas, y de cognición espacial (18).

Anamnesis:

Es necesario realizar la historia clínica completa, así como también una exploración neurológica a detalle; la recomendación de pruebas complementarias se realizará partiendo de la sospecha diagnóstica (19). Es necesario la realización de una anamnesis completa, la cual haya partido de interrogantes acerca de la presencia de cefalea y sus características asociadas, tales como vómitos, crisis comiciales, fiebre, infecciones virales o antecedentes de vacunación, exantemas, inestabilidad reciente o caídas poco frecuentes, nivel de conciencia alterado, traumatismos, encefalopatía, ingesta de tóxicos, al igual que tener antecedentes con episodios anteriores similares (16).

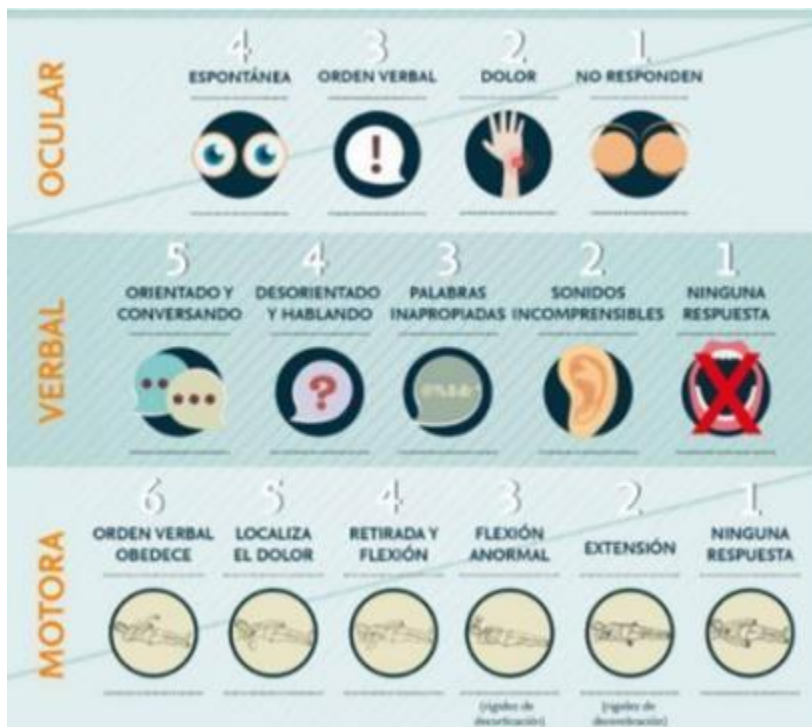
La etiología del proceso también puede ser enriquecida por la información provenientes de los antecedentes que puedan brindar los familiares (16).

Las preguntas ejecutadas al inicio pueden contribuir para descartar o hacernos recapitular, y de esta manera proveer un nuevo razonamiento acerca de las posibles entidades que puedan amenazar la vida. Frecuentemente estas pueden afectar al SNC (fosa posterior y/o tronco encéfalo), y que puede clasificarse en 5 categorías (**figura 3**): 1- Inflamatoria y/o infecciosa, 2- Tóxica, 3- Traumática, 4- Vasculosa y 5- Neoplásica (16).

Examen neurológico

- Confusión repentina, comportamiento y nivel de conciencia, desorientación (20), la encefalopatía al igual que la ataxia deben permitir el descarte de la Encefalomiелitis Aguda Diseminada (EMAD), intoxicación o ictus, traumatismo, o si se presenta una irritabilidad notable puede sugerir encefalitis, meningitis o síndrome opsoclonus mioclonus (SOM). Es muy probable que se trate de una ataxia cerebelosa aguda si el paciente está un estado de alerta o interactuando (*figura 3*) (16).
- Cerebelo: Al asociarse las alteraciones cerebelosas, o el nivel de alerta bueno puede sugerir ACA, o por el contrario la confusión/desorientación puede sugerir intoxicación o EMAD. Un tumor de fosa posterior puede ser sugerido cuando hay signos de incremento de la PIC (16).

Figura 1 Escala de Coma de Glasgow.



Fuente: Elsevier;5(06), 2017, Escala de Coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación; en línea en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>

2.2.5. Pruebas complementarias

Laboratorio:

- Gasometría y glucemia, hemograma y bioquímica general, urea, osmolaridad, calcio, iones, creatinina, proteína total, estudios toxicológicos, coagulación, estudios metabólicos; función hepática, amonio, creatininas y biotinidasa, lactato, amonio y recuento celular (21).
- En la orina: ácidos orgánicos, tóxicos y aminoácidos (21).

Se requiere urgentemente una neuroimagen en estos casos: Focalidad neurológica, ataxia evidentemente asimétrica, pares craneales afectados, signos de hipertensión intracraneal, y cuando el paciente tenga antecedentes de traumatismo craneal (21). La prueba de elección diagnóstica en estos casos es la RM para descartar alguna otra etiología que pueda causar una clínica similar, la TC craneal es útil, además para detectar también una hidrocefalia aguda o la existencia de una compresión grave del tronco encefálico (22).

2.2.6. Tratamiento

El tratamiento para el síndrome cerebeloso está en función del origen del síndrome (16):

- Cerebelitis pos infecciosa. No se requiere tratarse de forma específica.
- Intoxicación. Corrección de las alteraciones bioquímicas y medidas de soporte.
- Infección del Sistema Nervioso Central. De acuerdo a la sospecha microbiológica, antibióticos o antivíricos.
- Enfermedades con base inmunológica. En el síndrome de opsoclonus mioclonus, en Esclerosis múltiple y EMAD, corticoides.
- En lugar de corticoides, inmunoglobulinas como alternativa en EMAD y en opsoclonus-mioclonus. No hay evidencia de mejoramiento en el pronóstico para el síndrome Miller-Fisher. Para el opsoclonus-mioclonus para neoplásico, se requiere extirpación del neuroblastoma.
- Migraña: para la cefalea, toma de analgésicos.

- Patología cerebrovascular. En caso de isquemia cerebral, evaluar antiagregantes plaquetarios/anticoagulantes. Si se trata de una hemorragia cerebral, manejo neuroquirúrgico y medidas de soporte.
- Enfermedades hereditarias. En ataxias hereditarias, acetazolamida. De acuerdo a la enfermedad metabólica, suplementos vitamínicos y medidas dietéticas.
- Reacción psicógena. Se recomienda la valoración de un psiquiatra en caso severos.
- Traumatismo craneal y tumores de la fosa posterior. En casos severos, se requiere manejo neuroquirúrgico, sin embargo, frecuentemente en el caso de un síndrome cerebeloso traumático, su tratamiento está orientado a contrarrestar los síntomas (23). En la actualidad, no hay fármacos disponibles contribuyan a mejorar la capacidad motora causada por lesión en el cerebelo (24). La principal vía para recuperar y mejorar las funciones motoras es la neurorrehabilitación. Para trabajar en la coordinación, el equilibrio, la reeducación de la marcha, los automatismos funcionales, la fisioterapia se ha encargado de proporcionar ejercicios y técnicas adecuadas que han promovido buenos resultados con la finalidad de: reeducar el equilibrio y la marcha, coordinar los movimientos y reinsertar los automatismos funcionales. Todo esto está en función de lo que requiera cada paciente y de sus capacidades, y dependen además de cómo evolucione el mismo (25).

2.2.7. Complicaciones

Aproximadamente hasta el 30% los pacientes tienen un deterioro neurológico posterior a sufrir un infarto cerebral agudo, debido a la hinchazón cerebral (denominado como edema citotóxico) o por tumefacción, lo que genera las estructuras cerebrales se desplacen, y originen mayor isquemia y herniación; de forma general, esto se genera en pacientes que han tenido infarto maligno de la arteria cerebral media (oclusión del origen de la arteria cerebral media), o mayores infartos en el cerebelo, en un lapso menor de 24 horas, con un límite de hasta 4 días posteriores del evento inicial. Se produce un incremento tardío en la presión intracraneal en estos pacientes (26).

Los grandes infartos en el cerebelo pueden generar hidrocefalia y una compresión del tronco. Se sugiere una craniectomía descompresiva con el objetivo de disminuir la compresión del

tronco, aunque no existen ensayos clínicos controlados. Además, de manera ocasional en estos casos se sugiere la instalación para drenaje ventricular (26).

Es posible usar el BARS (Brief ataxia rating scale) (*figura 2*) para evaluar las consecuencias de padecer ataxia. En esta escala, los apartados están agrupados de acuerdo a las funciones (entre ellas, disartria, descomposición del movimiento, complicaciones oculomotoras, marcha, temblor, etc.), mientras que los números corresponden a un puntaje otorgado a sus respectivos ítems (27).

Figura 2 Escala Breve de Calificación de Ataxia (BARS)

Brief ataxia rating scale (BARS)
Marcha
0: Normal
1: Casi normal de manera natural, pero con imposibilidad de caminar con marcha en tándem.
2: Puede caminar sin apoyo, pero la marcha es claramente normal e irregular
3: Puede caminar sin apoyo, pero con considerable balanceo; Dificultad para dar media vuelta
4: No es posible caminar sin apoyo; Usa el apoyo de la pared en el test de 10 m
5: Solo puede caminar con apoyo de una muleta
6: Solo puede caminar con apoyo de dos muletas o con andador
7: Solo puede caminar con ayuda de una persona
8: Imposible caminar con ayuda solo de una persona. Necesita dos personas o silla de ruedas
Prueba talón-rodilla (descomposición de movimiento y temblor) (Se puntúan ambos lados)
0: Normal
1: Deslizar el talón por el eje de la pierna es continuo y preciso, pero el movimiento es descompuesto en varias fases, sin sacudidas, o bien resulta anormalmente lento
2: Se produce el seguimiento del eje de la pierna, pero con sacudidas
3: Se produce el seguimiento del eje de la pierna, pero con sacudidas y movimientos laterales
4: Se produce el seguimiento del eje de la pierna, pero con sacudidas con movimientos laterales extremadamente amplios o el test resulta imposible

Prueba Dedo-nariz (descomposición y disimetría del brazo y la mano) (Se puntúan ambos lados)
0: Normal
1: Movimientos oscilantes del brazo y/o mano sin descomposición del movimiento
2: Movimiento segmentado en 2 fases y/o moderada disimetría en alcanzar la nariz
3: Movimiento segmentado en más de 2 fases y/o considerable disimetría en alcanzar la nariz
4: Disimetría evitando que el paciente pueda alcanzar la nariz
Disartria
0: Normal
1: Ligera alteración de la frecuencia, ritmo o claridad del lenguaje
2: Moderada alteración de la frecuencia, ritmo o claridad del lenguaje
3: Habla severamente lenta y disartria
4: Habla ausente o ininteligible
Alteraciones Oculomotoras
0: Normal
1: Seguimiento de objetos ligeramente enlentecido, intrusiones sacudidas del globo ocular, sacudidas hipométricas, nistagmo
2: Seguimiento de objetos notablemente enlentecido, intrusiones sacádicas del globo ocular, sacudidas hipo/hiper métricas, nistagmo
TOTAL: 30 puntos

Fuente: Schmahmann, J. y otros; Desarrollo de una escala breve de calificación de ataxia (BARS) basada en una forma modificada de ICARS.(2009), en línea en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3800087/>

Los clasificaremos como:

Leve	< 8
Moderado	9-17
Grave	18-30

2.3.PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.3.1. Definición

El proceso de atención de enfermería es un método que posee la característica fundamental de ser científico, es utilizado por el profesional de enfermería para poder efectuar sus actividades de una forma racional, sistematizada y puntualizada con el propósito de brindar intervenciones humanizadas e integrales y lograr enmendar las necesidades/satisfacciones que posee el paciente en cuanto a su estado de salud (28).

Fue en el año de 1976 específicamente donde literatos como Yura y Walsh implantaron cuatro etapas dentro del proceso de atención de enfermería y fueron: la etapa primera de valoración, la de planificación o de objetivos, la de intervención de actividades y la de evaluación de las actividades que se realizaron. Fue posteriormente que luego los autores Roy, Bloch, decidieron complementar instaurando una fase más que la denominaron etapa de diagnóstico (28).

2.3.2. Teoría de las necesidades humanas de Virginia Henderson

La profesión de enfermería va de la mano de la sabiduría, tiene un enfoque extenso en relación a destrezas y competencias con base científica para realizar su arduo trabajo, por lo cual todo profesional enfermero debe contar con estas características elementales para de esta forma poder ofrecer una atención integral en el paciente, por ello aplicar una teoría durante el transcurso de atención ya sea hospitalario o domiciliario donde se logre planificar, valorar, intervenir y evaluar los resultados resulta beneficioso para la enfermera ya que nos permite a más de mejorar el estado de salud del paciente, identificar si las intervenciones que se realizaron resultaron beneficiosas o hubo falencia de las mismas (29).

Virginia Henderson expresa que la función del profesional enfermero es la de asistir al paciente, se encuentre éste sano o enfermo, con la finalidad de brindar intervenciones que favorezcan su salud en caso de estar físicamente sano o que ayuden en su recuperación cuando ya existe el desarrollo de una enfermedad o en algunos de los casos ayudar una muerte serena en caso de una enfermedad catastrófica (30) (31). Ahora bien, el propósito de esta enfermera teorizante es que a través de la atención que se brinde se logre satisfacer las

necesidades indispensables del individuo y de esta forma pueda recuperar la independencia que tiene para realizar sus actividades de la vida cotidiana. Por ende, define a la independencia cómo aquel límite máximo de capacidad o habilidad que tiene el ser humano para solventar de manera independiente sus necesidades primordiales. Si bien, la falta de capacidad para desenvolverse de manera independiente y necesitar ayuda para desempeñar sus actividades la denomina cómo dependencia (32). Es por ello, que en su paradigma Henderson plantea que la enfermera debe trabajar con humanismo y considerar al ser humano cómo un ser holístico por lo cual deberá colocarse en la situación en la que se encuentra el paciente, es decir, buscar y suplir esas necesidades que se encuentren afectadas y realizar preguntas, como por ejemplo: en caso de existir dolor, ofrecer apoyo en sentimientos de angustia, brindar información sobre todos los procedimientos que se deben realizar, orientar acerca de los beneficios y los riesgos del tratamiento terapéutico, en fin un sin número de acciones, por ende, el enfermero debe asistir al paciente; por tal motivo Henderson sustenta 14 necesidades esenciales en las que expresa que 7 de ellas tienen relación con la parte fisiológica del ser humano, las 2 siguientes tienen que ver con la seguridad del individuo, las 2 siguientes con el apego, los valores y sentimientos y las 3 últimas necesidades hacen referencia a la autonomía que tiene el paciente para aprender nuevas habilidades y realizar sus actividades normales de la vida diaria (29).

2.3.3. Valoración de Enfermería en paciente con Síndrome Cerebeloso, según las 14 necesidades de Virginia Henderson

1. Necesidad de oxigenación.

En esta necesidad se valora parámetros relacionados al sistema respiratorio, aumento de frecuencia, profundidad, se relaciona directamente con el funcionamiento cardíaco por lo cual también se valora frecuencia cardíaca, piel, mucosas, secreciones, dependencias o dificultad. De acuerdo a la valoración realizada al paciente en cuestión no presenta alteraciones respiratorias, reportando signos vitales: T/A: 120/80 mmHg, temperatura: 37°C, frecuencia cardíaca: 78 lpm, frecuencia respiratoria: 24 rpm, saturación de oxígeno: 97%, estado general de la piel íntegra, ligeramente pálida, fascias algicas, mucosas orales semihumedos.

2. Necesidad de nutrición e hidratación.

Esta necesidad hace referencia al metabolismo y los estatutos nutricionales del paciente, así como peso, talla, IMC, valoración del estado alimentación/hidratación, alergias, intolerancias, dependencias. En el objeto de estudio de acuerdo a anamnesis realizada presentó peso de: 45kg, talla: 1.65cm, IMC: 16.5, lo que indica que su peso está en la categoría de Bajo peso para adultos de su misma estatura. No requiere hospitalización, refiere que habitualmente lleva dieta normal, pero presenta leve dificultad para tragar los alimentos y pérdida de peso: desde hace 8 meses no se obtienen datos exactos, de acuerdo a valoración médica presenta disartria tras sufrir accidente de tránsito, perímetro abdominal: 90 cm, cuero cabelludo: no presenta signos de pediculosis ni presenta dermatitis seborreica, cabello: cabello de color negro en poca cantidad, delgado, uñas: quebradizas, mucosas orales semi-húmedas, con regular higiene bucal, no uso de prótesis dental, presencia de calzas dentales, glicemia capilar: 78 mg/dL, urea: ↓12 mg/dL creatinina: 1.20 mg/Dl, albumina: ↓ 3.7 g/dL, proteínas totales: ↑ 8.85 g/dL, globulina: ↑ 5.14 g/dL, Colesterol: 83 mg/dL , sodio: 135 (mEq/L), potasio: ↓3 (mEq/L) ,calcio:8.7 mg/dL , cloro; 98 (mEq/L). Por lo que se considera afectada esta necesidad.

3. Necesidad de eliminación.

En esta necesidad se determina el patrón de eliminación, frecuencia, características, olor, dependencias, causas. A la valoración física el paciente presenta abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos conservados, genitales normo configurados, refiere relajación de esfínteres, deposiciones líquidas desde hace 4 días, diuresis conservada, orina de características turbias, gasto urinario en parámetros normales.

4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada.

Valora la necesidad del individuo de moverse y mantener posturas, incluye examen neurológico (Glasgow 15/15), actividad física, equilibrio, escalas de sedación, valoración de dolor, dependencias. En el paciente de acuerdo a la valoración no se visualiza alteraciones óseas, sin embargo se presenta inestabilidad de la marcha, extremidades móviles simétricas con pérdida de tono y fuerza muscular, refiere que desde aproximadamente dos meses:

presentó primero inestabilidad en la bipedestación y disartria, a las tres semanas posteriores presentó de forma consecuyente debilidad en miembros inferiores bilateral que llegó a miembros superiores acompañado de disminución de fuerza y alteración en la coordinación de movimientos en la marcha, no ha sufrido caídas. Intenta caminar apoyándose sobre superficies. De acuerdo a la valoración de escala de Glasgow 15/15 (O:4, V:5, M:6), Escala Breve de Calificación de Ataxia (BARS): **Marcha: 4; Prueba talón-rodilla: 2; Prueba Dedo-nariz: 2+2; Disartria: 2; Alteraciones Oculomotoras: 0, TOTAL: 12 ataxia moderada**

5. Necesidad de descanso y sueño.

Esta necesidad valora molestias, irritación, relajación, descanso mental y físico, es decir comodidad, ambiente, preocupaciones, así como también hábitos de sueño. El Paciente refirió que antes solía descansar de 6 a 7 horas y no necesitaba de medicamentos para conciliar el descanso-sueño, a la valoración se nota cansado, sin presencia de sedación, manifiesta no dormir muy bien por las noches pese a que se le administró lorazepam, se siente ansioso por el estado de salud en el que se encuentra y también está expuesto a ruidos y constante iluminación, lo cual le imposibilita conciliar un sueño reparador.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Esta necesidad valora la comodidad, limpieza, vestimenta, circunstancias adversas para mantener el cuidado y aspecto físico, o causas dependencias y dificultades. A primera impresión; se observa apertura ocular, fascias algicas, piel ligeramente pálida, mucosas orales semihumedos, intranquilo, vestimenta: camiseta y pantalón íntegros, postura y movilidad: paciente con marcha inestable, tono, fuerza y masa muscular disminuidos.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal.

Esta necesidad valora la temperatura corporal, es decir, si el individuo presenta frío/ calor en contraste con el clima, condiciones del hogar, recursos para adaptarse a ciertos cambios climáticos, dependencia o causas de dificultad para autorregular la temperatura corporal. Al

momento del ingreso paciente presentó temperatura axilar de 37°C, piel intacta con adecuada protección, vestimenta adecuada.

8. Necesidad de estar limpio y aseado y proteger la integridad de la piel

Esta necesidad se enfoca en el mantenimiento adecuado de la higiene del individuo, fomentando descanso, relajación, tensión, autoimagen, cuidado de la piel, prácticas higiénicas a nivel general. Paciente refiere que se realiza baño y cambio de ropa diario, con ayuda de familiares, se observa paciente de estatura mediana, delgado, cabello castaño, tez morena clara, expresión facial álgica, higiene: mantiene aseo adecuado, buena apariencia, cabello limpio, uñas íntegras, estado de mucosas orales con aseo adecuado, semi húmedas, piel ligeramente pálida, sin presencia de zonas lesionadas.

9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas

Hace referencia a los peligros que el medio ambiente genera sean estos de manera directa o indirectamente, por lo cual el ser humano se encuentra expuesto y es vulnerable a enfermar ya sea de manera fisiológica, psicológica o social. Esta necesidad valora medidas que salvaguarden la salud, como por ejemplo: controles, signos de alarma: depresión, ansiedad, estilo de vida: pérdida de familiar o enfermedad consecuyente (29). Esta necesidad se encuentra alterada ya que a pesar de que el paciente tuvo sus chequeos rigurosos con el médico del centro de salud y con el neurólogo su estilo de vida cambió rotundamente desde el momento que le diagnosticaron síndrome cerebeloso y desde que tenía que empezar a tomar medicación por un cierto periodo de tiempo ya que presentaba síntomas de disminución de estado de alerta, alteración en la articulación del habla, incoordinación en la marcha; anudado a ello tuvo síntomas de depresión por estados de soledad. Se lograron resultados satisfactorios ya que se logró recuperar su estado de salud ya que tuvo valoración por psicología y siempre se realizaron afirmaciones empáticas y de apoyo, haciendo sentir al paciente seguro al expresar sus sentimientos, emociones, se educó acerca de la importancia de seguir las indicaciones del médico especialista en la toma de la medicación los riesgos y beneficios.

10. Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones.

Esta necesidad se encuentra disfuncional debido a que, dentro de su núcleo familiar, él pct. vivía solo, por lo tanto, expresó que siempre ha sentido sentimientos de soledad el mismo que ha influido a tener síntomas depresivos en ciertos momentos, y que su estado de comunicación se había complicado desde que empezó a presentar la disartria lo que lograba que no existiera una buena comunicación con su grupo social. Se logró mejorar la comunicación con el paso de los meses y se explicó al familiar (hermana) la importancia de permanecer con él y tener un vínculo de confianza y apoyo para mejorar su estado de salud psicológica.

11. Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores

Esta necesidad valora las creencias espirituales y valores que tiene la persona para poder formarse como tal (29); por lo tanto esta fase se encuentra alterada ya que a pesar de que su fe permanecía en Dios, percibía sentimientos de angustia, tristeza y soledad en cuanto a la enfermedad que le diagnosticaron y por la manifestaciones que empezó a presentar, otro de los factores que generaba su estado de ánimo bajo era que dependía de su hermana para realizar varias actividades, generando sentimientos de dependencia.

12. Necesidad de ocupación para la autorrealización.

Esta necesidad tiene que ver con la capacidad que tiene el individuo para realizar sus actividades de la vida diaria, realización de trabajo, es decir exponer sus capacidades, conocimientos que posee y le ayudan a formarse como persona (29). Por lo tanto, esta necesidad se encuentra alterada ya que durante los primeros tres meses dependió de su hermana para actividades como alimentarse, higiene corporal y movilización, utilizó un dispositivo de sujeción (bastón) con la finalidad de evitar los riesgos de caídas. Y el trabajo que realizaba de albañil se postergó hasta que su estado de salud fuera mejor, por lo que influyó en sus ingresos económicos.

13. Necesidad de participar en actividades recreativas.

Esta necesidad es fundamental ya que es importante que durante el transcurso del día se incluya al menos una actividad recreativa que ayude a despojar a la persona de cualquier

tensión que produce la labor que se encuentra realizando y de esta manera poder lograr un descanso tanto psicológico como físico (29). Al principio esta necesidad se vio afectada por el simple hecho de que no podía trabajar y debía permanecer en casa todos los días realizando los ejercicios prescritos por el médico, sin embargo, en el transcurso de los meses se le realizó visitas domiciliarias el cual se incentivó acerca de actividades que ayudarán a mantenerse activo (juego de rompecabezas, libros, escuchas música, karaoke, integrar frutas al gusto en la media mañana y media tarde).

14. Necesidad de Aprendizaje.

Esta necesidad resulta imprescindible ya que tiene que ver con la capacidad que tiene el individuo de aprender, adoptar o modificar hábitos en su estilo de vida, es decir actitudes positivas que estén dirigidas a conservar un estado de salud óptimo (29). No se considera afectada esta necesidad ya que desde que se empezó a educar acerca de cómo tomar el medicamento indicado y de una alimentación saludable el paciente siguió el tratamiento de forma correcta, tuvo la necesidad y la motivación de aprender los ejercicios para recuperar lo más pronto posible la marcha.

2.3.4. Necesidades afectadas en el objeto de estudio

La teoría aplicada tiene relación con el siguiente estudio de caso puesto que el paciente en cuestión presenta afectación en necesidades principales y secundarias siendo estas: Necesidad de nutrición e hidratación; necesidad de eliminación; necesidad de moverse y mantener una postura adecuada; necesidad de descanso y sueño; necesidad de usar prendas de vestir adecuadas; necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones; necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas; necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores; necesidad de ocupación para la autorrealización y necesidad de participar en actividades recreativas. Lo que rescata la función principal del profesional de enfermería ayudando a restablecer con brevedad la autonomía del paciente en la satisfacción de sus necesidades básicas.

2.3.5. PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA BASADO EN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Cuadro 1 Diagnóstico de Enfermería 1

<p>VALORACIÓN</p>	<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Temor - Preocupación - Insomnio - Nauseas 	<p>DATOS OBJETIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sudoración 												
<p>DIAGNÓSTICO ENFERMERO</p>	<p>Dominio 9. Afrontamiento y tolerancia al estrés Clase 1. Respuesta postraumática 00146 Ansiedad R/C Grandes cambios (Enfermedad crónica: Síndrome Cerebeloso) E/P Nauseas, dificultad para conciliar con facilidad el sueño, preocupación por alteración en la marcha, temor.</p>													
<p>NOC (Planificación de Objetivo)</p>	<p>1402 Control de la ansiedad 1302 Superación de problemas.</p>													
<p>NIC (Intervenciones Ejecución)</p>	<p style="text-align: center;">5820. Disminución de la ansiedad</p> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante cada procedimiento. - Educar acerca de técnicas de relajación: escuchar música, respiraciones profundas durante 3 minutos. - Realizar afirmaciones empáticas facilitando la confianza entre enfermero paciente. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. <p style="text-align: center;">4920. Escucha activa</p> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la expresión de sentimientos. - Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones. - Identificar los temas predominantes. 													
<p>NOC (Criterios de Resultados - Evaluación)</p>	<p>140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">Grave 1</th> <th style="width: 15%;">Sustancial 2</th> <th style="width: 15%;">Moderado 3</th> <th style="width: 15%;">Leve 4</th> <th style="width: 15%;">Ninguno 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5				X		
	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5									
			X											

	140217 Controla la respuesta de ansiedad				x	
	130207 Modifica el estilo de vida cuando se requiere			X		
	140510 Acepta ser remitido para tratamiento			X		

Cuadro 2 Diagnóstico de Enfermería 2

VALORACIÓN	DATOS SUBJETIVOS		DATOS OBJETIVOS			
	paciente refiere dificultad articular palabras		-disartria			
DIAGNÓSTICO ENFERMERO	Dominio: 5. Percepción/cognición Clase: 5. Comunicación 00051 Deterioro de la comunicación verbal R/C Deterioro del sistema nervioso central (Síndrome cerebeloso) M/P dificultad para formar palabras (disartria)					
NOC (Planificación de Objetivo)	0902 Comunicación 0909 Estado Neurológico					
NIC (Intervenciones Ejecución)	4976 Mejorar la comunicación: déficit del habla Actividades: - Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente (p. ej., situarse frente a él al hablar, escuchar con atención, presentar una idea o pensamiento cada vez, hablar despacio evitando gritar, usar comunicación escrita o solicitar la ayuda de la familia para comprender el habla del paciente). - Animar al paciente a que repita las palabras. - Realizar terapias de lenguaje 4720 Estimulación cognitiva Actividades: - Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas. -Fomentar el uso de un programa de multiestimulación (p. ej. cantar y escuchar música, actividades creativas, ejercicio, conversación, interacciones sociales o resolución de problemas) para estimular y proteger la capacidad cognitiva.					
NOC (Criterios de Resultados)		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
	090207 Dirige el mensaje de forma apropiada		2		4	
	090202 Utiliza el			3	4	

	lenguaje hablado					
	090304 Utiliza la conversación con claridad			3	4	
	090901 Conciencia				4	5

Cuadro 3 Diagnóstico de Enfermería 3

VALORACIÓN	DATOS SUBJETIVOS		DATOS OBJETIVOS			
	-Refiere dificultad para tragar los alimentos -Temblor		- Inestabilidad en la bipedestación -Ataxia			
DIAGNÓSTICO ENFERMERO	Dominio: 4. Actividad/reposo Clase: 2 Actividad/ejercicio 00085 Deterioro de la movilidad física R/C Síndrome cerebeloso M/P Alteración de la marcha (ataxia), Disminución de las habilidades motoras finas, temblor, Inestabilidad postural, Movimientos descoordinados					
NOC (Planificación de Objetivo)	2006 Estado de salud personal 0208 Movilidad					
NIC (Intervenciones Ejecución)	4310 Terapia de actividad Actividades: - prescripción y asistencia a actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicos para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo (o grupo). - Facilitar la sustitución de actividades cuando el paciente tenga limitaciones de tiempo, energía o movimiento, consultando con un terapeuta ocupacional, recreativo o fisioterapeuta. -Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y el refuerzo. -Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad. 0221 Terapia de ejercicios: ambulación Actividades: -Explicarle al paciente sobre ejercicios o actividades que pueda realizarlos en función de su capacidad corporal -Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.					
NOC (Criterios de Resultados - Evaluación)		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
	200605 Ejecución de actividades de la vida			3		5

	200629 Control de síntomas			3	4	
	020801 Mantenimiento del equilibrio		2		4	
	020810 Marcha		2		4	

CAPÍTULO III

3. PROCESO METODOLÓGICO

3.1 Diseño o investigación de tradición seleccionada

3.1.1 Tipo de investigación.

Nuestro trabajo tiene un enfoque cualitativo ya que nos ayudó a poder reconocer la problematización adaptando un paradigma basado en la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson con la entidad en estudio, con lo cual logramos recoger información, analizarla e interpretarla.

3.1.2 Tipo de estudio.

Nuestro análisis de caso se basó en un diseño **no experimental transaccional de carácter descriptivo**. Resultó no experimental porque pudimos observar manifestaciones clínicas, los factores de riesgo determinantes originarios de la enfermedad los cuáles nos ayudaron para poder luego discutir con revisiones bibliográficas, segundo fue transaccional porque recogimos información en un tiempo establecido y fue descriptivo porque nos permitió ir describiendo toda la información pertinente en cuanto a motivo de consulta, signos y síntomas, tratamientos farmacológicos y de rehabilitación.

3.1.3 Unidad de análisis

Paciente de 29 años de edad con un diagnóstico de Síndrome Cerebeloso.

3.1.4 Área de estudio

Nuestro estudio de caso se recolectó en el área de comunidad por el área de consulta externa del Hospital Santa Teresita perteneciente al cantón Santa Rosa, El Oro, Ecuador.

Este establecimiento ofrece múltiples servicios, en el primer piso contamos con las áreas de Emergencia, Laboratorio, Estadística, Psicología, Farmacia, en el segundo piso tenemos las áreas de Medicina Interna, Ginecología, Cirugía, Quirófano y Central de Esterilización y por último el tercer piso tenemos las áreas de Neonatología y Pediatría.

3.1.5 Instrumentos de investigación

- Consentimiento informado del paciente.
- Historia clínica del paciente.
- Revisión bibliográfica: artículos científicos.
- Empleo de taxonomías: NANCA, NIC Y NOC.

3.1.6 Recursos

- **Materiales:** Computadora, internet, hojas, impresora, historia clínica, oficios.
- **Humanos:** Durante el trascurso de este análisis de caso, fueron autoras 2 estudiantes de décimo semestre paralelo “A” y fueron partícipes 3 docentes especialistas en la rama de la Universidad Técnica de Machala, designadas en brindar tutorías para las debidas correcciones.

3.2 Proceso de recolección de datos de la información

3.2.1 Base de datos

Para la construcción del desarrollo del capítulo I, II Y IV se realizó investigaciones bibliográficas de diversas fuentes que tengan argumentos científicos, su respectivo código ISBN o DOI y que estén comprendidos entre los años 2016- 2021 para que se considere relevante el trabajo. Las bases de datos elegidas fueron: El Sevier, Scielo, Redalyc, Dialnet, Pubmed.

De igual forma para el seguimiento correspondiente del capítulo III, se constató en la historia clínica y en las entrevistas informales que se realizó en las visitas domiciliarias.

3.2.2 Aspectos éticos legales

El aspecto ético de nuestro trabajo investigativo tuvo enfoque en cuanto a los principios bioéticos para de estar forma utilizarlos los datos de forma legal.

- **Beneficencia:** Hace referencia a salvaguardar la salud y vida del paciente por lo tal la enfermera deberá impedir que se realice algún daño en el paciente ya sea de forma fisiológica o psicológica (33). Por ende, se planificó un proceso de atención de enfermería enfocado en las 14 necesidades de Virginia Henderson para identificar las necesidades alteradas.
- **No maleficiencia:** Hace hincapié en no actuar de manera dolosa en contra del paciente por ende, no hay que descuidar la atención integral que se debe de brindar (34). Por lo tanto, se actuó de manera rigurosa ya que en cuanto historia clínica no se vulneró ningún semblante moral o ético que involucre a la paciente.
- **Autonomía:** Como profesional de la salud, se orienta al paciente acerca de su autonomía y libertad a aceptar o rechazar los procedimientos o tratamientos terapéuticos que se proponen, explicando los riesgos y beneficios (33) (34). Se instruyó al paciente y se dejó a libre autonomía en aceptar las actividades que propuso el médico en cuanto a tratamiento farmacológicos y de rehabilitación.
- **Confidencialidad:** Como principio ético, hace referencia en salvaguardar y mantener en privacidad toda información que una persona brinde acerca de su vida personal cómo: enfermedad, estado emocional, relación amorosa, situación económica, entre otras (35). En relación a nuestro seguimiento de estudio de caso no se ve vulnerado la confidencialidad de nuestra paciente, ya que se omite sus datos cómo ciudadano: nombres, número de cédula con el propósito de conservar su integridad.

3.2.3 Petición de acceso al manejo de historia clínica

Para poder acceder a la historia clínica se realizó un oficio dirigido a la paciente haciendo firmar un consentimiento informado donde se evidencia la aceptación de nuestro seguimiento durante nuestro trabajo de titulación y otro oficio cómo parte reglamentaria que nos otorgó la decana de la Universidad Técnica de Machala dirigido hacia el Dr. director correspondiente del Hospital Básico Santa Teresita para la designación correspondiente.

3.3 Sistema de categorización de análisis de los datos.

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

3.3.1 Datos del paciente

- **Nombre:** XXX
- **Cédula:** XXX
- **Edad:** 29 años.
- **Sexo:** Masculino
- **Procedencia:** Santa Rosa
- **Provincia:** El Oro.
- **Nacionalidad:** ecuatoriano.
- **Auto identificación:** Mestizo.
- **Estado civil:** Soltero.
- **Ocupación:** Ninguna.
- **Fecha de ingreso:** 03 de septiembre del 2020.

3.3.2 Antecedentes personales y familiares

- **Antecedentes patológicos personales:** Síndrome cerebeloso desde hace aproximadamente 6 meses.
- **Antecedentes patológicos familiares:** No refiere.
- **Antecedentes tóxicos:** No refiere
- **Alergia a la medicación:** No refiere.
- **Antecedentes quirúrgicos:** No refiere.

3.3.3 Motivo de consulta

Paciente de sexo masculino de 29 años edad, acude a esta casa de salud por el área de consulta externa el 07 de septiembre del 2020 por presentar de forma súbita: desde aproximadamente dos meses: primero inestabilidad en la bipedestación y disartria, a las tres semanas posteriores presentó de forma consecuente debilidad en miembros inferiores

bilateral que llegó a miembros superiores acompañado de disminución de fuerza, alteración en la coordinación de movimientos en la marcha, leve dificultad para tragar los alimentos, cefaleas intensas, mareos y vértigos. Paciente refiere haber sufrido hace dos meses un accidente automovilístico, en la cual tuvo un golpe en la cabeza, sin contusiones y heridas graves en otras partes por la que no tuvo necesidad de ir a una casa de salud. No obstante, luego de empezar a presentar las manifestaciones decide ir a control médico. Al momento se reportan signos vitales: de tensión arterial: 120/80 mmHg, temperatura: 37°C, frecuencia cardiaca: 78 lpm, frecuencia respiratoria: 24 rpm, saturación de oxígeno: 97%.

3.3.4 Examen físico: céfalo-caudal (órganos y sistemas)

CRÁNEO

Cabeza: Ovalada, Normo cefálica, sin presencia de cicatrices

Cuero cabelludo: no presenta signos de pediculosis ni dermatitis seborreica.

Cabello: color negro cantidad normal, sin presencia de alopecia

Tomografía computarizada: Se evidencia las estructuras óseas que conforman la bóveda y la base del cráneo son normales, la amplitud del espacio subaracnoideo que rodea al cerebelo, así como de los valles silvianos y los surcos de la convexidad está conservada, el cuarto ventrículo es normal, la amplitud del sistema ventricular supratentorial está conservada, la densidad de la sustancia cerebral es normal, con adecuada diferenciación entre la sustancia gris y blanca, sin embargo existe hipo densidad a nivel de hemisferios cerebeloso de predominio derecho y calcificaciones fisiológicas a nivel de plexos coroideos correlacionado con antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico por lo que se diagnostica síndrome de infarto cerebeloso.

CARA

Ojos: simétricos, conjuntivas parcialmente pálidas

Párpados: Parpadeo normal, sin presencia de **edema** macular

Esclerótica: Blanca sin alteraciones

Pupilas: isocóricas normorreactivas a la luz.

Oídos: se presentan simétricos, sin presencia de masas o tumefacciones y sin secreciones a nivel de oídos, conducto auditivo permeable.

Nariz: Tabique nasal simétrico, fosas nasales permeables, sin presencia de secreciones, tolera oxígeno ambiente

Boca: mucosas orales semihúmedas, con regular higiene bucal, no uso de prótesis dental, presencia de calzas dentales, disartria y leve dificultad para tragar los alimentos.

Cuello: Simétrico no doloroso a la palpación, puede realizar movimientos

Tórax: simetría torácica, sin presencia de cicatrices o deformaciones, pezones con tamaño, color y forma normales, aureola de color oscuro. Piel de color uniforme, lisa e intacta, a nivel de axilas presencia de vello, sin lesiones, sin dolor, ganglios no palpables y sin nódulos.

Tórax anterior: Tórax posterior: columna vertebral simétrica sin adenopatías, no presenta tumefacciones, laceraciones o desviaciones de la columna, no refiere dolor, fuerza conservada y buena posición, vibración de las cuerdas vocales a la percusión, ruidos pulmonares presentes con buen tono y sin ninguna molestia para respirar, movimientos de inspiración y espiración normales

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, con presencia de ruidos hidroaéreos conservados

Genitourinario: Sin presencia de lesión, normo configurado, con adecuada higiene, refiere relajación de esfínteres

Miembros superiores: brazos simétricos, de igual tamaño, temperatura dentro de los parámetros normales, de color pálida, sin presencia de contusiones, ulceraciones o inflamación. Movimientos temblorosos, con tono y fuerza muscular disminuidos

Miembros inferiores: inestabilidad en la bipedestación, debilidad en miembros inferiores bilateral acompañado de disminución de fuerza y alteración en la coordinación de movimientos en la marcha

EXAMEN NEUROLÓGICO ELEMENTAL:

Paciente orientado en tiempo, espacio y persona.

Glasgow 15/15, ocular 4, verbal 5, motora 6; **RASS:** 0; sin Focalidad, paciente colaboradora, obedece ordenes

Sensibilidad: percibe la sensación de tacto.

3.3.5 Resumen De Evolución, tratamiento y Complicaciones

REPORTE DE EVOLUCIÓN: 12 de octubre del 2020

Paciente de sexo masculino de 29 años de edad acude a esta casa de Salud por referencia a neurología, es valorado por médico neurólogo quien prescribe nootropil 200 mg 1 capsula VO Q/D como tratamiento a largo plazo, microcer 20 gts VO diluidas en un vaso de agua Q/D y citicolina 500mg por 2 meses c/8horas que actúan mejorando el funcionamiento cerebral.

REPORTE DE EVOLUCIÓN DE ESTADO ACTUAL

Paciente de sexo masculino de 29 años de edad, al momento se encuentra consciente orientado en tiempo, espacio y persona, en medianas condiciones clínicas, al examen cefalocaudal: fascias álgicas, mucosas orales semihumedos, cuello sin presencia de

adenopatías, tórax simétrico y murmullo vesicular conservado, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, extremidades móviles simétricas con dolor y ligera incoordinación al realizar la marcha, con tono y fuerza muscular disminuidos, paciente refiere caminar con dispositivo de ayuda (andador) y refiere dificultad al comunicarse, sensación de mareo al caminar y al encontrarse en situaciones de estrés: le ocasiona cefaleas. Es valorado por médico neurólogo, explica la importancia a familiar (hermana) del apoyo familiar como base en su proceso de recuperación y de acudir de manera rigurosa a las citas de control en el centro de salud más cercano por lo que se envía hoja de contra referencia y se realiza educación sanitaria acerca de la continuidad de los medicamentos prescritos por el neurólogo ya que ayudan como psicoestimulantes y inotrópicos que actúan mejorando el funcionamiento cerebral.

3.3.5 SEGUIMIENTO

Visita domiciliaria

- **Día 20 de junio del 2021**

Paciente de sexo masculino de 29 años de edad, consciente orientado en tiempo espacio y persona al momento paciente manifiesta mareo y fatiga al dar pasos, más incoordinación en la marcha secuela de síndrome cerebeloso, por la cual no puede caminar solo y siempre necesita ayuda de su familiar (hermana) además refiere inapetencia y cefaleas constantes; al momento fascias ligeramente pálidas, mucosas orales semihumedos, cuellos sin presencia de adenopatías, campos pulmonares ventilados con murmullo vesicular conservado, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, extremidades móviles y simétricas con tono y fuerza muscular ligeramente disminuidos. Por ende, cómo profesional de salud se realiza educación sanitaria acerca de los ejercicios fisioterapéuticos: reeducación de la marcha, coordinación en la postura, importancia de realizar hidroterapia para favorecer la vascularización y relajación; además se resalta la importancia de alimentarse saludablemente y regirse en la medicación prescrita para evitar complicaciones y poder obtener una pronta recuperación en su estado de salud. Médico prescribe complejo b VO BID, por dos semanas por la cual se explica la importancia y la continuidad, riesgos y beneficios de la medicación.

Visita domiciliaria

- **Día 12 de julio del 2021**

Paciente permanece consciente orientado en las 3 esferas; al momento paciente refiere aumento de apetito, al momento lúcido, mucosas orales semihumedos, cuellos sin presencia de adenopatías, campos pulmonares ventilados con murmullo vesicular conservado, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, extremidades móviles y simétricas con tono y fuerza muscular conservado. Se valora y se instruye acerca de los ejercicios enfocados a la rehabilitación: ejercicios de coordinación, de equilibrio, se explica lo fundamental que es no exigir realizar los ejercicios sino más bien aumentar los pasos al caminar según la tolerancia del paciente con la finalidad de que pueda deambular hasta que se sienta independiente, también se educó al paciente y familiar acerca de evitar el estrés en el entorno y así facilitar un clima sin ruidos, que pueda sentirse relajado y pueda descansar durante las noches para favorecer un sueño reparador y así conservar energía y fuerza al realizar sus movimientos.

Visita domiciliaria

- **Día 28 julio del 2021**

Paciente de sexo masculino de 29 años de edad, consciente orientado en las 3 esferas, pct. refiere leve incoordinación en la marcha, por el cuál usa un dispositivo para sujetarse (andador) pero realiza la marcha solo, refiere aumento de apetito y mejor estado emocional, al momento lúcido, mucosas orales semihumedos, cuellos sin presencia de adenopatías, campos pulmonares ventilados con murmullo vesicular conservado, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, extremidades móviles y simétricas con tono y fuerza muscular conservado. Paciente refiere haber mejorado sus hábitos de estilos de vida saludables: alimentación baja en carbohidratos, rica en fibras y vegetales, realiza caminatas con sujeción 10 a 15 min dos o tres veces al día y hubo mejora en su mecánica corporal y su bipedestación.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.Descripción de los resultados

Las manifestaciones del síndrome cerebeloso en el presente caso a través de la valoración que se realizó en el paciente: fueron la presencia de forma súbita desde aproximadamente dos meses: primero inestabilidad en la bipedestación y disartria, a las tres semanas posteriores presentó de forma consecuyente debilidad en miembros inferiores bilateral que llegó a miembros superiores acompañado de disminución de fuerza, alteración en la coordinación de movimientos en la marcha, leve dificultad para tragar los alimentos, cefaleas intensas, mareos y vértigos. Ahora bien, a través de la Tomografía axial computarizada es donde se pudo evidenciar la lesión en el cerebelo donde se evidencia: las estructuras óseas que conforman la bóveda y la base del cráneo son normales, la amplitud del espacio subaracnoideo que rodea al cerebelo, así como de los valles silvianos y los surcos de la convexidad está conservada, el cuarto ventrículo es normal, la amplitud del sistema ventricular supratentorial está conservada, la densidad de la sustancia cerebral es normal, con adecuada diferenciación entre la sustancia gris y blanca, sin embargo existe hipo densidad a nivel de hemisferios cerebeloso de predominio derecho y calcificaciones fisiológicas a nivel de plexos coroideos correlacionado con antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico por lo que se diagnostica síndrome de infarto cerebeloso.

Las prácticas de enfermería ante el caso del síndrome cerebeloso identificadas son las siguientes: mejorar la coordinación de los movimientos, reeducar el equilibrio, reeducar la marcha, brindar al paciente una atención integral que incluya un lenguaje sencillo, con la finalidad de generar una relación entre enfermero paciente donde se facilite tranquilidad al paciente: que hace referencia a que no debemos exigir a que realice ejercicios, sino más bien que los realice de acuerdo a la tolerancia que posee, para evitar fatigas y estrés, para que aprenda a controlar sus movimientos, también como profesionales se brindó una atención

centrada haciendo referencia a pedirle al paciente que permanezca concentrado siempre durante el ejercicio, con la finalidad de evitar distracciones que puedan despistar al paciente y dificultar su aprendizaje por último la seguridad es muy indispensable para evitar el riesgo de caídas y originar que el paciente no decida continuar con su fisioterapia teniendo en cuenta que las posturas y realización de ejercicios pueden suponer un riesgo al momento de realizar un movimiento.

El plan de cuidados de enfermería basándose en el modelo de Virginia Henderson fueron mejora en la comunicación: déficit del habla, terapia de ejercicios: ambulación, disminución de la ansiedad, estimulación cognitiva, terapia de actividad, terapia de ejercicios y la escucha activa; son intervenciones de enfermería dirigidas a 14 necesidades del ser humano lo que resulta fundamental para poder llevar a cabo un buen plan de cuidados multidisciplinario a cargo del profesional de enfermería, brindándole así fortalecer su autoestima y satisfaciendo las necesidades con la atención brindada.

4.2. Argumentación Teórica De Los Resultados

Luego del seguimiento del análisis del caso y la correspondiente revisión bibliográfica de la enfermedad consecuente se determina que las lesiones, enfermedades y muertes de causas neurológicas en la población en general son causadas principalmente por accidentes de tránsito, de acuerdo a datos establecidos por la OMS, su incidencia es de 1.35 millones anual, sumado a estos datos, se considera que esta problemática es la principal causa de muerte en individuos de 5 a 29 años (36), siendo el sexo masculino el mayor prevalencia con un porcentaje del 73% (37). En comparación con el objeto de estudio, existe una coincidencia en la edad y sexo puesto que se trató de un paciente de sexo masculino de 29 años de edad. En contraste con el estudio de Dubarry. A, y colaboradores en el que menciona que de un total de 400 pacientes que concurrieron por primera vez a una consulta neurológica derivados de accidentes de tránsito, el 70% correspondía a mujeres y 30% varones, menores de 30 años (38).

Se evidenció en un artículo en la revista de revisión científica Dialnet por Zamora, Chamorro y Dubbie donde expresan que las manifestaciones clínicas del síndrome cerebeloso según la

experiencia clínica revela presencia de la disminución del tono muscular de forma generalizada o localizada, falta de coordinación en los movimientos voluntarios especialmente en la marcha, mareos, vértigo, temblores, disfunción en la movilidad ocular y en el habla (39); comparando los resultados de esta investigación con los hallazgos encontrados en el paciente tiene similitud ya que presentó signos y síntomas de : inestabilidad en la bipedestación y disartria, a las tres semanas posteriores presentó de forma consecuyente debilidad en miembros inferiores bilateral que llegó a miembros superiores acompañado de disminución de fuerza, alteración en la coordinación de movimientos en la marcha, leve dificultad para tragar los alimentos, cefaleas intensas, mareos y vértigos.

El síndrome cerebeloso es una afección que ocurre en el cerebelo, causando problemas en la capacidad de movimientos, percepción, problemas en el habla, equilibrio, etc., normalmente su incidencia fluctúa en niños menores a 5 años con predominio etiológico infeccioso, sin embargo, las causas pueden variar, tal como lo indica (*Martínez Montesinos. M, y Martínez Pino. M*), en su estudio, en el que se destaca que también existen factores personales, genéticos y ambientales (traumáticos) (15); este último coincide con el paciente en cuestión cuya etiología fue evento traumático tras sufrir accidente automovilístico en el que recibió golpe moderado en la cabeza, con hipo densidad a nivel de hemisferios cerebeloso de predominio derecho y calcificaciones fisiológicas a nivel de plexos coroideos correlacionado con accidente cerebrovascular isquémico por lo que se diagnostica síndrome de infarto cerebeloso.

En cuanto al tratamiento en un estudio realizado en el año 2017, sobre *“El efecto de una estrategia de entrenamiento locomotor para tareas específicas sobre la estabilidad de la marcha en pacientes con enfermedad cerebelosa: un estudio de viabilidad”*, revelo que el tratamiento fisioterapéutico es el más efectivo, ya que tiene como finalidad mejorar la marcha, la percepción y el equilibrio, mediante entrenamiento sistematizado. Pérez. M, en su estudio manifiesta que no existen tratamientos concretos, sin embargo, se recomienda terapia física en la mayoría de los casos, así mismo incentivar a que se adopten estilos de vida saludables con la finalidad de que los pacientes no aumenten su peso, terapia de lenguaje, valoración nutricional en casos de disfagia y valoración por especialistas para tratar el deterioro emocionales (40). Dichos datos coinciden con el objeto de estudio, puesto que el

tratamiento recibido se basó en magnetoterapia, ejercicios de coordinación, ejercicios de equilibrio, reeducación de la marcha, terapia del lenguaje y terapia ocupacional con psicología.

Referente al tratamiento farmacológico según, Marsden. J., describe que de acuerdo a la evidencia actual es limitado, síntomas del síndrome cerebeloso como ataxias, pueden tratarse con medicamentos como: aminopiridinas y acetazolamida; que a su vez también posibilitaron la existencia de mejoría en el equilibrio y marcha (41). En el estudio de Contreras. P, mediante impulsos cerebelos generados por la administración de clonazepam 1,5 mg día, lograron reducir los movimientos involuntarios. En congruencia con el presente caso el tratamiento farmacológico que recibe el paciente se basó en: nootropil 200 mg 1 capsula VO Q/D como tratamiento a largo plazo, microcer 20 gts VO diluidas en un vaso de agua Q/D y citicolina 500mg por 2 meses c/8horas que actúan mejorando el funcionamiento cerebral.

4.3.Conclusiones

En base a lo anterior descrito se concluye que:

- Las manifestaciones clínicas frecuentes del síndrome cerebeloso debido a los daños y alteraciones que sufre el cerebelo en sus funciones motoras son déficit en el control ocular, ataxias, temblores, trastornos del habla como la disartria, cambios de la personalidad, comportamientos inapropiados y en algunos casos discapacidad permanente.
- En nuestro medio en la actualidad se desconoce de la existencia de tratamientos farmacológicos, es por ello que las actitudes y prácticas de enfermería ante el proceso del síndrome cerebeloso deben ir encaminadas a la neurorehabilitación con la finalidad de alcanzar mejores condiciones en la vida diaria del individuo desde el enfoque social y físico que le permita modificar sus condiciones de vida y ser más independiente en sus actividades
- Los planes de cuidados de enfermería basados en el modelo de Virginia Henderson han demostrado que las actividades que se llevaron a cabo tuvieron gran impacto en la

dependencia del paciente logrando mayor autonomía al realizar sus tareas y satisfacer sus necesidades básicas.

4.4.Recomendaciones

- El primer nivel de atención es el más cercano a la comunidad, es decir el primer nivel de contacto del paciente afectado, es por ello que se recomienda que adquieran conocimientos sobre las características epidemiológicas como son: antecedentes personales y familiares, el cuadro clínico, la exposición a medicamentos, agentes tóxicos y traumatismos, con la finalidad de reconocer si dicha patología es adquirida u provocada y realizar la intervención inmediata con la finalidad de evitar complicaciones, en el objeto de estudio con síndrome cerebeloso las más común es la encefalopatía postraumática. En cuanto a las prácticas de enfermería es recomendable que se brinden de forma integral, es decir, un cuidado competente y compasivo otorgando no solo valor profesional si no también personal; así mismo seguir instruyendo continuamente al paciente sobre cuándo acudir a la unidad de salud, hábitos de estilos de vida saludables, enseñanza sobre terapia de rehabilitación, explicar todos los procedimientos que se realizan, realizar visitas domiciliarias, referencia al segundo nivel de atención en caso de ser necesario.
- El segundo nivel de atención está conformado por hospitales y establecimientos de mayor complejidad, por lo cual se recomienda que este nivel reciba y atienda de forma inmediata aquellos pacientes cuyo síndrome cerebeloso es adquirido con la finalidad de complementar el diagnóstico, así mismo recibirá referencias inmediatas del primer nivel cuando el paciente presente evolución > 3 horas de pérdida de conciencia, hipertermias, cefalea, sospecha de lesión a nivel del SNC, es por ello que también se recomienda que estos pacientes se beneficien de la atención de varias especialidades como son: un fisioterapeuta, nutricionista, neurólogo, médico clínico y por ende el cuidado de enfermería cuyas actividades se deben orientar en el tratamiento terapéutico adecuado, se brinde apoyo, escucha activa y se explique lo fundamental que es permanecer con el paciente para promover la seguridad, facilitar la confianza y reducir el miedo.
- El tercer nivel de atención atiende patologías de alta complejidad, cuenta con procedimientos especializados; en el síndrome cerebeloso grave, se recomienda ser

enviado a este tipo de instituciones ya que brindan alta complejidad diagnóstica, quirúrgica y tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Síndrome cerebeloso por mesalamina: reporte de un caso.* **Luis José , Fernández Yépez , y otros.** 2, Cartagena, Colombia : Scielo, 2016, Acta Neurologica Colombiana, Vol. 32, págs. 122-126. 0120- 8748.
2. *Cerebelitis aguda: mecanismos implicados en etiología autoinmune. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía.* **Fuentes Verónica, Rango Graciela Silvia y Buonanotte Carlos Federico.** 2, Buenos Aires : Revista de Medicina Interna, 2020, GRÁFICA PINTER S.A., D. Taborda 48 C.A.B.A., Vol. 16. 1669-6611.
3. *Importancia clínica de los síndromes cordonales combinados Clinical.* **Berríos Águila, Jorge Eduardo , Benítez Pérez, María Obdulia y Hidalgo Mesa, Carlos .** 2, Santa Clara, Villa Clara : Medico, 2017, Vol. 21. 1029-3043.
4. **Pilliza Pacha y Willan Estalin.** *SÍNDROME CEREBELOSO Y SU INFLUENCIA CON LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE".* ambato : UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, 2017. pág. 63.
5. *Revisión bibliográfica sobre la sintomatología cognitiva en la malformación de Chiari tipo I.* **Arana, Ainhoa , y otros.** 1, s.l. : Psychology Research, 2018, Vol. 1, págs. 23-40. 2605-5295.
6. *Funciones no motoras del cerebelo y memoria implícita: una revisión bibliográfica.* **Andrés Cabezas Corcione.** 1, Chile : Centro de Estudios Académicos en Neuropsicología, 2015, Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Vol. 9, págs. 120-133. 0718- 4123.
7. *El punto de mira en la DISFUNCIÓN CEREBELOSA en adultos.* **Vacca, Vincent M. .** 3, s.l. : Elsevier, 2018, Vol. 35, págs. 46-51.
8. *Prevalencia de enfermedades neurológicas en un centro de atención primaria en el Cantón Suscal, Ecuador.* **Guayaquil, Universidad Católica Santiago de.** 1, Guayaquil-Ecuador : Mexicana de Neurociencia, 5 de Mayo de 2016, Vol. 13, págs. 1-113.
9. *Prevalencia de Enfermedades Neurológicas no Transmisibles en una Población Rural del Estado de Chiapas, México: Protocolo y Resultados.* **Nader-Kawachi, Juan A. , Alejandra Almeida y Pino- Peña, Yaima C. .** 1-3, Guayaquil : Rev. Ecuat. Neurologica, 2016, Universidad de Especialidades Espíritu Santo - Ecuador, Vol. 25.
10. *Enfermedades neurológicas en atención primaria. Centro de salud del ngapirca, Ecuador.* **Xavier Wong Achi.** 2, Cañar, Ecuador : s.n., 2017, Vol. 9, págs. 85–89. 1853-0028.
11. *La Década del Cerebro.* **Rodríguez, Juan Francisco Martín, y otros.** México : Revista Española de Neuropsicología, 2004. ISSN: 1139-872.

12. *Uso de la Historia Natural de la Enfermedad cómo herramienta de la gestión de calidad.* **Alvarez, José, y otros.** 2017.
13. *Ataxia cerebelosa.* **García, Andrea Villalba.** 1, Madrid : Enfermería, Fisioterapia y Podología, 2011, Vol. 3, págs. 144-155. 1989-5305.
14. *Ataxias cerebelosas hereditarias: principales avances neurofisiológicos, clínicos y genéticos.* **Rodríguez Pupo, Jorge Michel , Núñez Arias, Enriqueta y Rojas Rodríguez, Yesenia .** 2, Holguín, Cuba : Universidad de Ciencias Médicas Holguín CC, 2019, medigraphic, Vol. 23. 1560-4381.
15. *Revisión bibliográfica: intervenciones del terapeuta ocupacional, en las actividades de la vida diaria, en personas con ataxia.* **Martínez Montesinos, Miguel Ángel y Martínez Pino, Marcos .** 26, s.l. : TOG (A Coruña), 2016, Electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, Vol. 13. 1885-527X.
16. *Protocolo de diagnóstico y manejo de la ataxia aguda en pediatría.* **Francisco Gómez, Rocío Jadraque y Sara Latorre.** 2020.
17. *Prevalencia de Enfermedades Neurológicas no Transmisibles en una Población Rural del Estado de Chiapas, México: Protocolo y Resultados Basales. Estudio Pro-Mas (Proyecto Comunitario La Soledad).* **Nader-Kawachi, Juan A., y otros.** 3, Chiapas, México : s.n., 2016, Revista Ecuatoriana de Neurología, Vol. 1.
18. *Cerebelo: No Sólo Función Motora. A Propósito de un Caso.* **Fernando Estévez, Felipe Webster y María José Piedra .** 3, Guayaquil : Revista Ecuatoriana de Neurología, 2020, Vol. 29. 2631-2581.
19. *Claves paraca afrontar el réplica diagnóstico Delaware las heredoataxias recesivas.* **Arias, Maria.** 4, Santiago Delaware Compostela : Sociedad Española Neurología, 2019, Vol. 39. 0213- 4853.
20. *Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado.* **Muñana-Rodrígueza, J. E. y Ramírez-Elías, A. .** 1, México : Elsevier , 2014, Enfermería Universitaria, Vol. 11, págs. 24-35. 1665- 7063.
21. *ANATOMÍA DEL CEREBELO EN IMÁGENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL CON CORRELACIÓN FUNCIONAL.* **Alejandro Acosta Rosas, Luis Manuel , y otros.** Revista Médica Sanitas 1.
22. *Cerebelitis aguda fulminante, ¿una entidad infradiagnosticada.* **Molina Corbacho, María, y otros.** [ed.] Asociación Española de Pediatría. 3, España : Elsevier España, 2019, Vol. 90, págs. 188-190. 2341-2879.
23. *The effect of a task-specific locomotor training strategy on gait stability in patients with cerebellar disease: a feasibility study.* **Im, Seung-Jin, y otros.** 10, Corea : DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN, 2017, Vol. 30, págs. 1002-1008. 0963-8288.
24. **FERRAGUD, ISABEL MORALES.** *Aplicación de la Terapia con Pesos en la Ataxia.* s.l. : Institut Guttmann, 2017.

25. *Rehabilitation of ataxic gait following cerebellar lesions: Applying theory to practice.* **Gemma Kelly y Jackie Shanley.** 2, Reino Unido : Universidad de Coventry, 2016, Physiotherapy Theory and Practice, Vol. 32, págs. 430-437. 0959-3985.
26. *Desarrollo de una breve escala de calificación de ataxia (BARS) basada en una forma modificada de ICARS.* **Jeremy D. Schmahmann, y otros.** 12, s.l. : Movement Disorders, 2009, Movement Disorder Society, Vol. 24. 08853185.
27. *Escala para la evaluación de las manifestaciones prodrómicas de la Ataxia Espinocerebelosa tipo 2.* **Torralbas Fitz, Sergio José , Velázquez Pérez, Luis y Torralbas Bázquez, Mario José.** s.l. : sustentación, inestabilidad, trastornos de la coordinación en general, así como del lenguaje. 3La enfermedad tiene una edad de inicio promedio de 32 años y tiempo de evolución de 13 años. La invalidez para caminar aparece entre cuatro y diez , 2019.
28. *Proceso de atención de enfermería en el Instituto de Inmunología.* **Martorell, Librada de la C. Martell.** La Habana, Cuba : s.n., 2019, Scielo: Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. ISSN 1561-2996.
29. *Proceso de atención de enfermería en paciente adulto con lupus eritematoso.* **Anilema, Sayda Guisella Ordoñez, y otros.** 2019, Dialnet: Polo del Conocimiento.
30. *Análisis de algunas teorías de Enfermería.* **Hernández, Ydalsys Naranjo, Jimenez Machado, Norma y Gonzáles Meneses, Lourdes.** ISSN: 1025-0255.
31. *Evidencia relacionada con la aplicación del proceso de atención de enfermería en base al modelo de Virginia Henderson.* **Arenas, Monserrat Medina y Rojas Cerón, Diana Patricia.** México : s.n., 2018, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Vol. 26. ISBN: 1405-0315.
32. *Análisis del sistema de limitación de acción en los requerimientos de autocuidado: una aproximación a un nuevo paradigma de dependencia en salud.* **Gonzáles, Analía Domínguez y Herrero Jaén, Sara.** Madrid- España : s.n., 2020, Revista de Enfermería: Ene. ISBN: 1988-348X.
33. *Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia del COVID-19.* **Fumadó, Carlos, Gómez, Esperanza y Molina, Morlans.** España : s.n., 2020, Revista Española de Medicina Legal.
34. *Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería.* **Mora Guillart, Liss.** La Habana, Cuba : s.n., 2015, Revista Cubana de Oftalmología. ISSN 1561-3070.
35. *Controversias éticas en torno a la privacidad, la confidencialidad y el anonimato en investigación social.* **Santi, María Florencia.** Barcelona, España : s.n., 2016, Scielo: Revista de Bioética y Derecho.
36. *Daño axonal difuso en accidentes de tránsito: Reporte de caso y revisión bibliográfica.* **Paola Céspedes Solórzano.** 2, Costa Rica : Medicina Legal de Costa Rica, 2020, Vol. 37. 1409-0015.
37. *Accidentes de tránsito.* **Salud, Organización Mundial de la.** 2018.
38. *Descripción de la consulta neurológica ambulatoria en el Hospital Distrital de Villa*

Elisa. Ariel Dubarry, y otros. 1, Paraguay : Rev. virtual Soc. Parag. Med. , 2017, Vol. 4, págs. 66-069.

39. *Trastorno Isquémico Cerebeloso. Presentación de 3 casos.* **Bastidas, Tomas Zamora, Chamorro**, **Magaly y Dubblie Alape, Stefany**. Colombia : s.n., 2015-2016, Revista de Facultad de Ciencias de la Salud, Vol. N°2. ISSN-e 2538-9971.
40. *Ataxia espinocerebelosa tipo 2 y síndrome de Ehlers-Danlos: a propósito de un caso TT - Spinocerebellar ataxia type 2 and Ehlers-Danlos syndrome:.* **Sergio José Torralbas Fitz, Luis Velázquez Pérez y Mario José Torralbas Blázquez**. 3, Camagüey : Scielo, 2016, Vol. 20. 1025-0255.
41. *Cerebellar ataxia.* **MARSDEN, JONATHAN F.** . 3, Reino Unido : Handbook of Clinical Neurology, 2019, Manual de neurología clínica, Vol. 159, págs. 261-281. 9780444639165.
42. *El punto de mira en la disfunción cerebelosa.* **Vaca, Vicente M.** 3, España : El Sevier, 2018, El Sevier, Vol. 35.

ANEXOS

Figura 3 Entidades diagnósticas según el tipo de presentación de la ataxia

Ataxia cerebelosa aguda	Infecciosa/autoinmune	Ataxia cerebelosa aguda postinfecciosa
		Cerebelitis aguda
		Encefalomiелitis aguda diseminada
		Esclerosis múltiple
	Intoxicaciones	
	Paraneoplásico	Síndrome opsoclonus-mioclonus
	Traumática	Ataxia post-traumática
		Diseción vertebral post-traumática
	Vascular	Ictus isquémico
		Ictus hemorrágico
Primer episodio de ataxia intermitente	Enfermedad de jarabe de arce	
	Deficiencia de piruvato deshidrogenasa	
	Alteraciones del ciclo de la urea	
	Deficiencia del transportador de glucosa tipo 1	
	Primer episodio de ataxia episódica	
Ataxia vestibular aguda	En relación con la migraña	Migraña vestibular, primer episodio
		Vértigo paroxístico benigno
	Disfunción vestibular unilateral aguda	Neuritis vestibular
		Laberintitis
		Traumatismo vestibular
Ataxia sensorial aguda	Inflamatoria	Síndrome de Guillain-Barré
		Síndrome de Miller Fisher
Pseudoataxia epiléptica aguda		
Ataxia psicógena aguda		

Figura 4 Clasificación de la ataxia en función de la etiología

<p>INFECCIOSO O PARAINFECCIOSO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ataxia cerebelosa aguda - Cerebelitis aguda - Ataxia opsocloro-mioclono - Mielitis transversa - Síndrome Guillain-Barré - Virus Coxsackie - Virus Echo - Virus Epstein-Bar - Encefalitis por <i>Paramyxovirus</i> - Encefalitis japonesa - <i>Mycoplasma pneumoniae</i> - Tos ferina - Polio - Enterovirus D68 - Tuberculosis - VVZ - <i>Borrelia burgdorferi</i> - Virus Powassan <p>NEOPLÁSICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumor cerebeloso o frontal - Neuroblastoma - Tumores pontinos - Tumor de médula espinal 	<p>VASCULAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malformación AV - Vasculitis - Ictus isquémico - Hemorragia intracraneal <p>TÓXICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcohol - Encefalopatía por plomo - Benzodiazepinas - Opioides - Antihistamínicos <p>TRAUMÁTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema cerebral agudo <p>PSICOGÉNICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno conversivo <p>MISCELÁNEA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidrocefalia - Migraña compleja 	<p>GENÉTICO/METABÓLICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abetalipoproteinemia - Aciduria arginosuccínica - Déficit de vitamina E - Gangliosidosis GM2 - Enfermedad de Hartnup - Hiperalaninemia - Hiperamonemia - Hipoglucemia - Síndrome de Kearn-Sayre - Enfermedad de Leigh - Enfermedad de jarabe de arce - Epilepsia mioclónica de fibras estriadas - Leucodistrofia metacromática - Adrenoleucodistrofia - Defectos mitocondriales complejos - Déficit de biotina - Lipofuscinosis cerioide neuronal - Sialidosis - Enfermedad de Niemann-Pick - Enfermedad de Refsum - Neuropatía, ataxia, retinitis pig. - Encefalopatía de Wernicke - Triptofanuria - Déficit de triosefosfato isomerasa
---	---	---

Anexo 1. Oficio de acceso a historia clínica emitido al jefe del Hospital Santa Teresita



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
D.L. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969
Calidad, Pertinencia y Calidez
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

SECCIÓN /CARRERA:

Machala, 25 de Junio del 2021

Señor Doctor
Ángel Fabricio Cartuche Guanuche
Director Hospital Básico Santa Teresita- Santa Rosa
En su despacho. -

De mi consideración:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, comedidamente, se autorice a quien corresponda, el acceso a la Historia Clínica N° 070653183_7, a los estudiantes del Décimo semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que puedan recabar información necesaria y realizar el Análisis de Caso, el mismo que es requerido en el proceso de titulación para obtener el grado de Licenciada/o en Enfermería.

Se guardará la debida confidencialidad de los datos del paciente y el nombre de la institución; se cuenta con el debido consentimiento informado y firmado por el usuario.

Las estudiantes a intervenir en este análisis de caso son:

- ▣ JENIFFER GABRIELA BECERRA CRUZ CI: 0750325839
- ▣ MAYRA YERALDIN FLORES MORAN CI: 0704390863

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo

Atentamente.

SARA
MARGARITA
SARAGURO
SALINAS
Lcda. Sara Margarita Saraguro Salinas
Coordinadora -Carrera de Enfermería
SS/Sara S

Firmado digitalmente por
SARA MARGARITA
SARAGURO SALINAS
Fecha: 2021.06.27
22:06:10 -05'00'