



Case study of a person with autoimmune encephalitis based on the theory of self-care deficit of Dorothea Orem

Estudio de caso de una persona con encefalitis autoinmune basado en la teoría déficit de autocuidado de Dorothea Orem

Verónica Gregorio Ávila  0000-0001-5162-6458 María Verónica Balcázar Martínez  0000-0003-2891-5125

Abstract

Introduction: This case study describes the approach and application of specialized nursing interventions applied to a 49-year-old woman with autoimmune encephalitis based on the Dorothea Orem model.

Objective: Identify the universal requirements altered in the person to restore them through care actions.

Methodology: After the selection of the person and authorization of the primary caregiver, an assessment instrument was applied that allowed diagnoses to be made using the PESS format, planning and execution of nursing interventions, as well as the evaluation of each one, ending with the elaboration of a high plan.

Description of the clinical case: a 49-year-old woman who suddenly presented headache, language alteration, agitation, inattention and emotional lability, lumbar puncture showed a mild inflammatory process, ruling out vascular and infectious etiology, suspecting autoimmunity.

Relevance: The case study analyzes different clinical situations allowing solutions and strategies to be proposed to improve nursing care.

Results and conclusions: The results were satisfactory, the evolution of the person was slow but with great changes that allowed her to be functional in the activities of daily life, currently one year after his illness, despite the cognitive deterioration, she can walk and feed herself by herself.

Keywords: nursing care, autoimmunity, antigen, antibody, autoantibodies, care, encephalitis, immunotherapy, intervention, plasmapheresis, NMD receptor.

Citación: Gregorio Ávila V., Balcázar Martínez V. Estudio de caso de una persona con encefalitis autoinmune basado en la teoría déficit de autocuidado de Dorothea Orem. Rev Enferm Neurol.2021;20(3):pp. 217-227.

Correspondencia: Verónica Gregorio Ávila

Email: veronica.g.avila.1094@gmail.com

¹ Licenciada en Enfermería.

² Maestra. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Recibido:29 noviembre 2021

Aceptado:14 diciembre 2021



Resumen

Introducción: este caso describe el abordaje y aplicación de intervenciones especializadas de enfermería en una mujer de 49 años con encefalitis autoinmune teniendo como base el modelo de Dorothea Orem.

Objetivo: identificar los requisitos universales alterados en la persona para restablecerlos mediante acciones de cuidado.

Material y métodos: tras la selección de la persona y autorización del cuidador primario se aplicó un instrumento de valoración que permitió realizar diagnósticos utilizando el formato PESS, planeación y ejecución de intervenciones de enfermería, así como evaluación de cada una, por último, la elaboración de un plan de alta.

Descripción del caso clínico: mujer de 49 años presentó súbitamente cefalea, alteración del lenguaje, agitación, inatención y labilidad emocional, punción lumbar arrojó leve proceso inflamatorio, descartando etiología vascular e infecciosa sospechando de autoinmunidad.

Relevancia: analizar diferentes situaciones clínicas permitiendo plantear soluciones y estrategias para la mejora en el cuidado enfermero.

Resultados y conclusiones: resultados satisfactorios, la evolución fue poco a poco, con grandes cambios que le permitieron ser funcional en las actividades de la vida diaria; ahora, a un año de su enfermedad a pesar del deterioro cognitivo puede deambular y alimentarse por sí misma.

Palabras clave: atención de enfermería, anticuerpo, encefalitis, inmunoterapia, plasmaféresis, receptor NMD.

Introducción

La inflamación del parénquima cerebral a causa de una encefalitis inmunomediada provoca alteraciones de la consciencia, trastornos conductuales, cognitivos, autonómicos, crisis epilépticas e incluso manifestaciones neuropsiquiátricas, afectando de forma subaguda al sistema nervioso central debido a factores inmunológicos (anticuerpos) contra antígenos que se encuentran presentes en el parénquima cerebral. La encefalitis autoinmune por anticuerpos del receptor N-Metil-D Aspartato (NMDA) tiene mayor incidencia entre las diferentes variantes estudiadas.¹

Tras la selección de la persona se recopilaron y consultaron artículos científicos (reportes de casos clínicos y revisiones literarias) en diferentes bases de datos; asimismo, se llevó a cabo el proceso de atención de enfermería con base en la teoría

del “Déficit de autocuidado” de Dorothea Orem, se enfoca en la práctica de actividades de bienestar que las personas realizan a sí mismas en cada etapa de su desarrollo evolutivo, mediante la satisfacción de requisitos universales que regulan su funcionalidad.²

Requisitos universales de autocuidado:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.
5. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social.

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. Promoción de funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales.

La alteración en alguno de los requisitos que establece Orem limita las acciones concernientes con la salud o el cuidado, requiriendo la implementación de los sistemas de enfermería, que actúan con relación a las necesidades terapéuticas y el grado de dependencia del cuidado de la persona durante su estancia en el servicio de hospitalización-neurología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

Antecedentes

Hablar de encefalitis es identificar una enfermedad con variantes fisiopatológicas autoinmunes que intervienen en la presentación y grado de severidad en cada persona diagnosticada con este problema. La encefalitis se conoce desde 1914 en Europa, Constantin Von Economo la describió por primera vez esta enfermedad, identificó manifestaciones clínicas que se caracterizaban por trastornos motores, rigidez, estupor e inconsciencia. Tras el paso de los años se demostró que la encefalitis se asociaba a virus y mecanismos autoinmunes relacionados con la detección de tumores los cuales manifestaban síntomas neurológicos. En el 2007 el Dr. Joseph Dalmau y colaboradores aislaron anticuerpos en mujeres con teratomas ováricos que presentaron cuadros psiquiátricos, a partir de esta fecha se han descrito nuevos anticuerpos antineuronales.^{3,4}

De acuerdo con los datos estadísticos revisados la incidencia anual de todos los tipos de encefalitis es de 5 a 8 por 100 000 habitantes, estudios han mostrado que las

encefalitis autoinmunes ocupan el tercer lugar de frecuencia después de las encefalitis infecciosas.^{1,5}

La encefalitis anti NMDA tiene predominio en la niñez y adultos jóvenes, con predicción por el sexo femenino relación 4:1, en una edad promedio de entre la segunda y quinta década de la vida como es el caso de la persona estudiada.^{8,9}

Su origen es a causa de factores inmunológicos contra antígenos presentes en el parénquima cerebral. Dependiendo del tipo de inmunidad y antígeno, se subdividen en dos, la primera es producida por anticuerpos contra antígenos de superficie celular y la segunda es desarrollada por anticuerpos contra antígenos intracitoplasmáticos.^{6,7}

En la primera subdivisión los anticuerpos tienen un papel patogénico por sí mismos, produciendo alteración funcional de los receptores y otras proteínas de membrana, como es el caso de la encefalitis por anticuerpos antirreceptor NMDA mientras que en la segunda subdivisión el daño está relacionado con la inmunidad celular y tienen una fuerte asociación a tumores.⁷

En algunas mujeres la encefalitis anti NMDA está ligada a una neoplasia oculta en un 38 a 50% de los casos siendo el teratoma ovárico el más frecuente, actualmente se ha identificado que puede desarrollarse con o sin presencia de un tumor y es principal responsable de las encefalitis de causa indeterminada como es el caso de la persona estudiada, ya que tras varias pruebas realizadas no se encontraron indicios de tener algún tipo de neoplasia.^{6,8,9,10}

Las características clínicas de las encefalitis autoinmunes varían según el tipo de anticuerpo anti neuronal que se encuentre involucrado, en general tienen una presentación subaguda con un pico que va de semanas a meses desde qué hay inicio de síntomas teniendo un periodo prodrómico. Dependiendo de la disfunción neuronal que causen los anticuerpos

será la presentación clínica ya que provoca disminución de corrientes sinápticas.^{3,6,8,11}

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de la encefalitis antirreceptor NMDA

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

Fuente: L.E Verónica Gregorio Avila, 16 va generación Enfermería Neurológica. Adaptado de: Palomino LH, Segura CD, Quispe OD, Castro SS, De la CW, Zapata LW, et al. Encefalitis autoinmune mediada por anticuerpos contra el receptor N-Metill-D-Aspartato: reporte de cuatro casos en Perú. Rev Perú Med Exp Sal Púb. 2019;36(1):138-44. Disponible en: content.ebscohost.com

El diagnóstico es clínico complementario a estudios de laboratorio y gabinete, el tratamiento se enfoca en la inmunoterapia, así como, en el manejo del tumor detectado con oportunidad. Las intervenciones y acciones de enfermería están centradas en la contención y control de las evidencias clínicas derivadas de la enfermedad y en la identificación de requisitos

universales alterados que tengan factibilidad de reestablecerse.⁸

El diagnóstico y tratamiento temprano es clave para un buen pronóstico que favorece una recuperación completa. El 75% de los casos evolucionan con leves secuelas, el 25 % restante se asocia a déficits neurológicos severos e incluso muerte.⁸

Material y métodos

Se seleccionó una persona femenina de 49 años con diagnóstico médico de encefalitis autoinmune captada durante la práctica clínica especializada de enfermería neurológica en el servicio de hospitalización-neurología. Para la obtención de datos personales se contó con la autorización del cuidador primario por medio de un consentimiento informado, el proceso se realizó de forma libre, voluntaria y consciente ya que la persona estudiada no estaba en condiciones neurológicamente aceptables para poder decidir. Se aplicó el instrumento de valoración propio de la especialización de enfermería neurológica. Para la validación de datos se consultó el expediente clínico electrónico. Recopilación y selección de información documental, se consultaron artículos científicos que fueron encontrados en bases de datos de la Biblioteca Digital de la Universidad Nacional Autónoma de México como: SciELO, Redalyc, Medigraphic, etc, mediante la utilización de palabras claves y operadores booleanos AND, OR, NOT en diferentes combinaciones, obteniendo un resultado de 30 artículos de los cuales se seleccionaron 23. Aplicación del proceso de atención de enfermería, tras la previa valoración y validación de datos se formularon diagnósticos de enfermería, reales, potenciales y de bienestar utilizando el formato PESS, se planearon y ejecutaron intervenciones de enfermería mediante acciones de cuidado, así como la evaluación de cada una de ellas. Se realizó análisis de los principales cuidados que la persona necesitaría en su hogar organizándolos con base en la mnemotecnica CUIDARME.

Presentación del caso

Mujer de 49 años, residente del Estado de

México estado civil casada, quién previas 48 horas de recibir atención médica en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía presentó súbitamente cefalea en región occipital con EVA 6/10, alteración del lenguaje, periodos de agitación e inatención, así como labilidad emocional. Punción lumbar con presión de apertura de 120 mmHg, células 8/mm³ glucosa 68 mg/dl y proteínas 21 mg/dl, muestra leve proceso inflamatorio, motivo por el cual se ingresa al servicio de urgencias donde se descartó etiología vascular e infecciosa sospechando de autoinmunidad, así se inició tratamiento inmunosupresor en el servicio de neurología del área de hospitalización.

Consideraciones éticas

La enfermera tiene responsabilidad ética y legal de sus acciones en el desempeño de su papel profesional, en este estudio de caso se respetaron los principios éticos de beneficencia, autonomía, veracidad y confiabilidad.

Valoración neurológica de enfermería

Servicio de neurología área de hospitalización seis mayo 2021 se encuentra somnolienta, confusa, desorientada en tiempo y espacio, Glasgow de 13 puntos. Funciones mentales alteradas, responde a estímulos verbales, pero no a estímulos externos, pronuncia lenguaje hablado con palilalia, ecopraxia y discurso incoherente. Gnosias y praxias alteradas, no reconoce su entorno, dificultad en la abstracción y juicio, estado de ánimo con tendencia a la irritabilidad y agitación psicomotriz.

Pupilas isocóricas con reflejos fotomotor y consensual presentes, diámetro de 3 mm cada una, nervio olfatorio no valorable; sin embargo, cuenta con apoyo ventilatorio por cánula nasal a 3 litros por minuto y sonda nasogástrica en narina izquierda

abierta, ya que, se niega a la alimentación por vía oral, nervio óptico en apariencia sin alteraciones del campo visual, nervios motores oculares III, IV, VI con movimientos extraoculares de abducción, aducción, depresión y elevación presentes en ambos ojos, nervio trigémino en rama V1 con reflejo corneal conservado en ambos ojos, V2 y V3 con sensibilidad y adecuada fuerza mandibular, nervio facial con adecuada simetría, mímica y gesticulación en reposo, nervio vestíbulo coclear en su porción vestibular no valorable sin embargo no se identificaron alteraciones auditivas, nervios glossofaríngeo y vago con reflejo nauseoso y deglutorio conservados, nervio espinal con presencia de movimientos de hombros y cabeza valorado indirectamente ya que por periodos de tiempo no aceptaba contacto físico, nervio

hipogloso con movimientos de lengua presentes.

Función motora con tono, trofismo y motricidad conservados, Daniels 5/5 y reflejos osteotendinosos presentes en las 4 extremidades, sensibilidad superficial conservada y propioceptiva no valorable.

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

Con esta valoración se jerarquizaron los requisitos de autocuidado universales que se encontraron alterados haciendo énfasis en el requisito 1, 3 y 6 para formular diagnósticos de enfermería y la ejecución de un plan de intervenciones especializadas de enfermería neurológica.

Plan de intervenciones

Tabla 2. Diagnóstico 1

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

Diagnóstico: Disminución del nivel de conciencia r/c inflamación del parénquima cerebral m/p somnolencia, confusión, Glasgow 13 puntos.

Sistema de enfermería:	Objetivo:
Totalmente compensatorio	Evaluar el estado neurológico para la detección oportuna de complicaciones.
Intervención de enfermería:	Acciones de cuidado: Vigilar el estado de consciencia. Valorar Escala de Coma de Glasgow. Evaluación cognitiva: comprobar el nivel de orientación (persona, día, tiempo y espacio).
Monitorización del estado neurológico	Analizar la memoria reciente, memoria pasada. Valorar el nivel de atención. Evaluar lenguaje: comprensión, vocabulario, producción de palabras, fluidez. Evaluar cálculo y funciones ejecutivas. Evaluar el estado de ánimo, afecto y conductas. Comprobar tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. Monitorizar signos vitales: temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria. Comprobar la respuesta a los estímulos: verbal, táctil y lesivos.

Evaluación: continuó somnolienta, confusa y desorientada en tiempo y espacio por lo que se orientaba en la realidad repitiéndole quién era, dónde se encontraba y el día actual que se vivía, por periodos mantenía la atención y recordaba situaciones de su vida pasada.

Tabla 3. Diagnóstico 2

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

Disminución del aporte de oxígeno cerebral r/c estado de hiperactividad motora m/p taquipnea, Fr: 25x', SaO₂ 87%

Sistema de enfermería:	Objetivo:
Totalmente compensatorio	Evitar que disminuya el aporte de oxígeno cerebral en estados de agitación psicomotriz.
Intervención de enfermería:	<p>Acciones de cuidado:</p> <p>Mantener en posición semifowler.</p> <p>Administrar oxígeno suplementario.</p> <p>Vigilar el flujo de oxígeno.</p> <p>Comprobar periódicamente el aporte de oxígeno</p> <p>Valorar la pulsioximetría y frecuencia respiratoria.</p> <p>Comprobar la capacidad de la persona para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno una vez disminuido el periodo de agitación.</p>
Aumento del aporte de oxígeno en estados de agitación psicomotriz.	

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

Tabla 4. Diagnóstico 3

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

Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la deglución r/c rechazo de la alimentación.

Sistema de enfermería:	Objetivo:
Totalmente compensatorio	Prevenir complicaciones y alteraciones deglutorias
Intervención de enfermería:	<p>Acciones de cuidado:</p> <p>Valorar nervios craneales IX, X, XII</p> <p>Posición semifowler</p> <p>Intentos con pequeñas cantidades de líquidos (gelatina, yogurt)</p> <p>Observar si hay signos o síntomas de aspiración</p> <p>Proporcionar cuidados bucales</p>
Terapia de deglución	

Evaluación: Se realizaron intentos con cantidades pequeñas de líquidos, por periodos los aceptaba y después los rechazaba. Se continuó insistiendo hasta lograr que aceptara la vía oral.

Tabla 5. Diagnóstico 4

Requisito de autocuidado universal:
6. Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Deterioro de la comunicación verbal r/c inflamación de la corteza cerebral m/p afasia de Wernicke (discurso incoherente, palalia, alexia, apraxia, parafasia semántica)

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

Evaluación: Debido a la alteración de habilidades lingüísticas, se identificaron conductas emocionales y físicas como forma de comunicación, se realizó estimulación de cara y boca mediante masajes con aplicación de frío – calor y vibración, obteniendo que la persona pudiese comunicarse respondiendo a órdenes sencillas como "sí o no".

Plan de alta

El plan de alta se centró en la educación y enseñanza del cuidador primario sobre los principales cuidados que la persona necesitaría en su hogar organizándolos con base en la mnemotecnia CUIDARME.

Tabla 6. Plan de alta CUIDARME

CUIDARME	
Comunicación efectiva	Se proporcionó número de teléfono personal para compartir información sobre el tratamiento a seguir, cuidados específicos y evolución del familiar, además de realizar pláticas que reforzaron el correcto uso de sonda nasogástrica y catéter vesical.
Urgencias y signos de alarma.	Se informó sobre los signos y síntomas de alarma que puede presentar la señora Verónica, ya que pueden indicar deterioro de la salud o recaída, por lo que es necesario que el cuidador conozca las acciones que se deben llevar a cabo si se presentan, los cuales se enlistan a continuación:

CUIDARME

Urgencias y signos de alarma.	<ul style="list-style-type: none"> • Oclusión de la sonda nasogástrica • Medidas para desobstruir la sonda Náuseas y vómito • Diarrea • Estreñimiento • Fuga de orina en el catéter vesical • Fiebre superior a 38°C. • Dolor, enrojecimiento o supuración en la zona de entrada de la sonda vesical.
Información	<p>Se capacitó sobre cómo proporcionar los cuidados específicos y personalizados una vez que la señora Verónica sea dada de alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza sobre la técnica de lavado de manos, cinco momentos y la importancia que tiene para el cuidado del enfermo en el hogar. • Educación respecto al material y procedimiento de alimentación, limpieza de la sonda nasogástrica. • Educación sobre cuidados de catéter vesical. • Administración de medicamentos. • Ejercicios de estimulación cognitiva. • Contención verbal en caso de agitación.
Dieta	<p>Se orientó al cuidador acerca de la higiene de los alimentos, tipo de alimentos que se pueden consumir, así como su preparación acorde a la dieta indicada por soporte nutricional, hidratación e higiene bucal.</p>
Ambiente	<p>Se fomentó el mantenimiento de la seguridad de su familiar, así como su confort en el hogar.</p>
Recreación y uso de tiempo libre	<p>Se integró un plan de rehabilitación cognitiva el cual involucró a la familia para su realización.</p>
Medicamentos y tratamientos farmacológicos	<p>Orientación ante la medicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre la indicación para cada medicamento y posibles efectos adversos. • Sugerencia de horarios más adecuados para la persona de acuerdo a su ritmo de vida y características de los medicamentos. • Vía de administración.
Espiritualidad	<p>Se buscó que la persona y su familia encontrarán un significado de vida para su bienestar de acuerdo a sus creencias, experiencias y significados de vida.</p>

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

Relevancia

En el campo de enfermería se tiene poca evidencia científica relacionada con los cuidados que se proporcionan en una persona con encefalitis autoinmune. Las intervenciones y acciones de cuidado de enfermería están centradas en la contención y control de las manifestaciones clínicas derivadas de la enfermedad permitiendo ampliar el panorama en la atención de una persona que cursa con dicha patología y ha tenido desviación de su estado de salud.

Conclusiones

La evolución de la paciente fue paulatina pero con grandes cambios que le permitieron ser funcional en las actividades de la vida diaria. Ahora, a un año de su enfermedad a pesar del deterioro cognitivo puede deambular y alimentarse por sí misma, esto ha sido gracias al compromiso que adquirió su familia para continuar con los cuidados y terapias proporcionadas en su hogar.

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

Referencias

1. **Torricelli Erazo R.** Encefalitis autoinmunes. Receptor anti-NMDA y nuevos inmunofenotipos. *Medicina (Buenos Aires)* 2019, (Citado: 17 mayo 2021);79(III): 54-9. Disponible en: <https://bit.ly/39ZWGmk>
2. **Lozano AR.** Manual CTO de enfermería. Editorial CTO, 2018,p. 19-49.
3. **Venegas FP.** Encefalitis letárgica. La epidemia en los albores de la neurología. *Rev Neurol* 2019. (Citado: 17 mayo 2021);68(2):82-8. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.6802.2018259>
4. **Caparó Oblitas R.** Encefalitis autoinmunes. un nuevo diagnóstico para una antigua enfermedad. *Medicina (Buenos Aires)* 2018, (Citado: 17 mayo 2021);78 (II): 88-93. Disponible en: <https://bit.ly/3MMY66O>
5. **Barquero Madrigal A.** Encefalitis por anticuerpos antirreceptor N-metil-D-aspartato. *Acta Méd Costarric* 2016. (Citado: 25 mayo 2021);58(3):103-9. Disponible en: <https://bit.ly/3PJUIH2>
6. **Collao Parra JP, Romero Urrea C, Delgado Derio C.** Encefalitis autoinmunes: criterios diagnósticos y pautas terapéuticas. *Rev Med Chile* 2018. (Citado: 25 mayo 2021);146:351-61 Disponible en: <https://bit.ly/3aVLSG3>
7. **Caballero Cabana RA, Rodríguez Barahona IF, Illescas Ochoa KH, Carrera Saltos MK.** Comparación patológica entre la encefalitis autoinmune por receptor anti NMDA y por anticuerpos contra el receptor GABA-A. *RECIMUNDO* 2019. (Citado: 25 mayo 2021);3(2):859-77. DOI: [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.2\).abril.2019.1159-1177](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.2).abril.2019.1159-1177) Disponible en: <https://bit.ly/3JwChZ>
8. **Pérez Gilabert Y.** Encefalitis autoinmune antirreceptor de NMDA: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Ecuat Neurol.* 2017. (Citado: 19 mayo 2021);26(1):46-52. Disponible en: <https://bit.ly/3yYadVV>
9. **Salazar Reinoso F, Saltos Mata F, Cevallos-Plúas J, Romero Santana G.** Encefalitis autoinmune anti-receptor NMDA reporte de caso clínico y revisión de literatura. *Rev*

- Ecuat Neurol. 2020. (Citado: 19 mayo 2021);29(1):165-70 Disponible en: <https://bit.ly/3NG68tl>
10. **Vences MA, Saquisela VV, Barreto Acevedo E, Zuñiga AM.** Encefalitis anti NMDAR: reporte de caso con seguimiento a largo plazo. Rev Neuropsiquiatr. 2020 (Citado: 26 mayo 2021);83(2):110-5. DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i2.3753>
 11. **Palomino-Lescano H, Segura Chávez D, Quispe-Orozco D, Castro-Suárez S, de la Cruz W, Zapat-Luyo W, et al.** Encefalitis autoinmune mediada por anticuerpos contra el receptor N-metil-D-aspartato: reporte de cuatro casos en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2019 (Citado: 19 mayo 2021);36(1):138-44. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.361.3936>