



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

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN ADULTO MAYOR CON EVC

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

MARTINEZ RUIZ VALERIA

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



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



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

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN ADULTO MAYOR CON EVC

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA
MARTINEZ RUIZ VALERIA

ASESOR: L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña

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

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ**

INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12

*CARTA DE ACEPTACION DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO
PARA LA TITULACION DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA*

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

MARTINEZ RUIZ VALERIA

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“Proceso de Atención de Enfermería en Adulto Mayor con EVC”

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

L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña

L.E.O. Luz Esperanza
Hernández Terrazas

Presidenta

M.E.y.A.S. Clara Elena Infante Granja
Secretaria

L.E.O. Agripina Gutiérrez García

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

I. INDICE

Contenido

I. INDICE.....	5
Dedicatoria y Agradecimientos	7
Resumen.....	8
II. INTRODUCCION	1
III. JUSTIFICACIÓN.....	3
IV. OBJETIVOS	5
4.1 Objetivo General.....	5
4.2 Objetivos Específicos	5
V. MARCO TEÓRICO	5
5.1 Enfermería como Profesión Disciplinaria	5
5.2 El Cuidado como Objeto de Estudio	6
5.3 Proceso de Atención de Enfermería.....	7
5.4 Modelo Teórico Utilizado para la Elaboración del PCE.....	8
5.4.1 Elementos Fundamentales del Modelo Utilizado.....	9
5.5 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero	11
5.5.1 Valoración.....	11
5.5.2 Diagnostico	11
5.5.3 Planeación	11
5.5.4 Implementación.....	12
5.5.5 Evaluación.....	12
5.5.6 Problemática de Salud de la Persona	12
VI. RESUMEN DEL CASO CLINICO.....	23
Valoración Inicial del Paciente del Estudio de Caso	23
Por Patrones funcionales de M. Gordon)	23
VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	23
6.2 Diagnóstico (s) Enfermero (s)	28
6.2 Plan de Cuidados de Enfermería	30

VII. PLAN DE ALTA.....	38
VII. CONCLUSIONES	42
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	43
X. GLOSARIO DE TERMINOS.....	46
XI. ANEXOS.....	47
1. Datos Generales	52

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

Dedicatoria y Agradecimientos

Dedico esta tesis con todo mi amor y cariño este logro a esas personas tan maravillosas que me dieron la vida, que estuvieron incondicionalmente conmigo siempre para apoyarme, mis señores padres Jorge Antonio Martínez Borjas y María del Rosario Ruiz Salas, así como a mis hermanos Rosario Edith Martínez Ruiz, Jorge Arturo Martínez Ruiz, Francisco Javier Martínez Ruiz y Fátima Martínez Ruiz y muy en especial a esa persona especial que estuvieron en todo momento para mí.

Agradezco a mi profesor Víctor del Ángel de la Cruz por su dedicación y paciencia para compartir sus conocimientos y consejos en este proceso de titulación.

Agradezco infinitamente a Dios por darme la fortaleza y el valor para continuar mis estudios y haber terminado mi carrera a nivel licenciatura, sabiendo que, en el transcurso de este logro, me encontré con vivencias gratas, de tristezas, de angustia, de desesperación, en fin; tantas cosas que quedaron en el camino y que sin duda me enseñaron a valorar el esfuerzo realizado y que con mi orgullo logré vencer los obstáculos para lograr mi meta.

Agradezco y le dedico.

Resumen

Introducción: El Evento Vascular Cerebral (EVC) es una entidad compleja que requiere de manejo multidisciplinar, la afección neurológica. resultante de la falta de riego sanguíneo cerebral conduce a múltiples alteraciones funcionales motoras, sensitivas e intelectuales, que provocan diversos grados de dependencia para la persona que la padece.

Metodología: En la atención de una persona con diagnóstico de EVC en el área de urgencias, surgieron múltiples interrogantes que requirieron de una investigación cualitativa-explicativa en diversos medios obteniendo bibliografía que permitió generar el conocimiento teórico- metodológico aplicado a la práctica con evidencia científica para la atención de esta persona diagnosticada con tan compleja entidad.

Objetivos: El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como instrumento primordial para la atención de enfermería del paciente, permite generar de manera metodológica y sistemática la atención eficaz y eficiente del paciente con datos de EVC.

Resultados: En el paciente con EVC se requieren de múltiples intervenciones de enfermería para tratar, estabilizar y rehabilitar las características funcionales y cognitivas necesarias para la vida, y que su atención continua a su egreso hospitalario priorizando la rehabilitación de la discapacidad generada, evitar las complicaciones inherentes a la discapacidad e incluso de la prevención de nuevos eventos de EVC.

Conclusiones: La atención de enfermería en el paciente con EVC requiere de una atención pormenorizada que se extiende desde su diagnóstico hacia toda su vida posterior al evento en búsqueda de la prevención, promoción, curación, y rehabilitación del EVC, futuros eventos y sus complicaciones.

Palabras Clave: *Evento Vascular Cerebral, Proceso de Atención de Enfermería, Urgencias,*

II. INTRODUCCION

El presente trabajo concentra el Proceso Cuidado Enfermero (PCE) en un paciente con Evento Vascular Cerebral (EVC) en el área de urgencias, en sus primeras 24 hrs. de ingreso, dando a conocer el complejo contexto biopsicosocial de las personas que lo padece, basado en la búsqueda bibliográfica diversa para la fundamentación propia de la atención en enfermería.

El EVC es un padecimiento de origen vascular caracterizado por la falta de flujo disminución de flujo sanguíneo en el cerebro , el cual provoca una alteración e incluso muerte neuronal, evidenciada por las alteraciones de las funciones cerebrales: sensitivas , motoras y/o integrativas, dificultando la percepción de estímulos, el movimiento o incluso la percepción e interpretación del medio de la persona que lo padece de manera temporal o permanente , según el tamaño y zona cerebral del área en donde se presenta.

El EVC se clasifica según su etiología en:

Hemorrágico: Se produce cuando un vaso sanguíneo del cerebro se rompe, provocando un sangrado intracraneal, que provoca ausencia de irrigación a las neuronas de la zona, además de irritación, y compresión sobre el cerebro al acumularse la sangre, desplazando estructuras intracraneales y aumentando la presión dentro del cráneo (efecto de masa). (Barrera, 2015)

Isquémico: Se produce por la presencia de coágulos, émbolos o trombos dentro de la sangre que llegan a obstruir un vaso sanguíneo en el cerebro, disminuyendo el flujo sanguíneo a las neuronas que irrigaba el vaso, provocando la isquemia (falta de flujo sanguíneo) a las neuronas provocando su muerte sino se restablece el flujo. (Barrera, 2015)

El manejo de urgencias del EVC se base en cinco directrices:

Identificación de Signos del EVC

Diagnóstico Oportuno de EVC

Valoración neurológica- funcional del paciente,

Control de factores modificables como la Hipertensión, Diabetes, Alteración de la coagulación sanguínea (trombosis, aterosclerosis o uso de anticoagulantes, para el isquémico los primeros dos y el último en el hemorrágico)

Decisión e Instauración de tratamiento oportuno para evitar eventos posteriores y preservar las neuronas para evitar mayor daño cerebral (Gálvez, 2000) y (Álvarez, 2008)

En tales directrices la atención de enfermería es crucial como parte del engranaje multidisciplinario de atención al paciente con EVC, con un PCE que incluya la secuencia metodológica propia, eficiente, coherente y pormenorizada de atención a todos los niveles: Preventivo de la aparición de nuevos eventos, Curativo en el manejo de la enfermedad y de rehabilitación de las secuelas existentes y la readaptación del individuo a su vida cotidiana con las limitantes existentes.

Cárcamo en 2006 cito a Olivares (Gálvez 2000) que este proceso debe tener como características dirigidas a un objetivo, sea sistemático, dinámico e interactivo, sea flexible, posea una base teórica y que se puede aplicar a cualquier modelo de enfermería.

III. JUSTIFICACIÓN

Anualmente se calcula que aproximadamente 15 millones de personas sufren un EVC y de estos unos 5 millones mueren y otros 5 millones quedan con discapacidad severa. La OMS estima que cada 5 segundos ocurre un ACV en la población mundial (Gálvez 2000).

En la mayoría de países de América Latina el EVC es la segunda causa de muerte con una tasa regional de 41 fallecimientos por 100.000 habitantes, frente a una de 21,9 en Norteamérica (Estados Unidos y Canadá), de acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (Gálvez, 2000) y (De Haro, et al, 2009).

En México, la enfermedad vascular cerebral ocurre en 118 personas por cada 100,00 habitantes al año. La mortalidad por EVC en México ha aumentado desde el año 2000 y hasta el año 2008, afectando de forma alarmante sobre todo a personas con <65 años de edad. Se identificó una zona geográfica central de mayor mortalidad por EVC. Al año 2008, la tasa de mortalidad por EVC en México fue de 28.4/100,000 habitantes. En ese año, la entidad federativa con la mayor tasa de muertes atribuidas a EVC fue Veracruz con 36.3/100,000 habitantes (Sierra, 2002).

El riesgo de padecer un EVC aumentan dependiendo del número de factores de riesgo que se presenten. Como lo son: Hipertensión, Obesidad, Diabetes, estados protrombóticos (generadores de trombos), edad superior a 65 años, antecedente de cirugías mayores de menos de 2 meses, uso de anticoagulantes y Analgésicos de manera indiscriminada.

El cual requiere atención inmediata pues la mayor probabilidad de recuperación ocurre cuando el tratamiento se inicia en menos de 4,5 horas desde que se presentan los síntomas como alteraciones motoras, sensoriales e integrativas (Gálvez 2000) y (Álvarez, 2008).

Por tal motivo el presente PCE analizar el aspecto clínico, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la EVC en pacientes que acuden al servicio de urgencias. debido a que la detección y modificación de estos factores coadyuvantes de generar complicaciones funcionales, motoras, neurológicas y sistémicas (infecciones, lesiones posicionales,

autoinfringidas por confusión y buscar la posibilidad de rehabilitación temprana para la readaptación a la vida cotidiana. (Gálvez, 2000)

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Llevar a cabo la instrumentación de un Proceso de Atención de Enfermería en un paciente Adulto mayor con EVC para determinar los cuidados de enfermería pertinentes para brindar una atención de calidad y libre de riesgos.

4.2 Objetivos Específicos

- Realizar la valoración de enfermería con el modelo de Patrones Funcionales de Gordon
- Investigar los aspectos teórico- metodológicos necesarios para la elaboración de un proceso de atención de enfermería con fundamentación.
- Analizar la fisiopatología colaboradora del EVC en el paciente.
- Elaborar los diagnósticos de enfermería resultantes de la valoración.
- Planear y Ejecutar las intervenciones de enfermería para los diagnósticos prioritarios en el paciente.
- Evaluar los resultados obtenidos de la aplicación del proceso de atención de enfermería.
- Presentar el PAE como tesina para la obtención del grado de Licenciatura en Enfermería.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Enfermería como Profesión Disciplinaria

La enfermería como disciplina científica, se respalda en un conjunto de conocimientos característicos que se desarrollan de una forma particular de percibir una situación determinada; desde esta perspectiva considera los conocimientos científicos y los fundamentos profesionales que incluyen aspectos éticos, bases filosóficas y bases históricas. (Gálvez 2000) y (Pearson, et al, 2008)

Esta condición lleva a reflexionar sobre los fundamentos que la respaldan como una disciplina social entrelazando pasado, presente y futuro. Históricamente se ha demarcado como una práctica caracterizada por la feminización de la profesión, la supeditación del desempeño a la enseñanza e indicación médica y anclaje por al modelo biomédico centrado en enfermedad. Para definir Enfermería como una disciplina social, algunos muros deben ser derribados: comunicar y divulgar; interrelación práctica y conocimientos; interrelación con otras disciplinas; necesidad de que el objeto central para la disciplina sea unificado, desde el conocimiento construido, ir más allá de la práctica y reflexionar sobre la palabra cuidado. Las investigaciones evidencian como preponderante las relaciones que establece Enfermería con las personas en todos los ámbitos de acción. (Pearson, et al, 2008)

Este cuerpo de conocimientos que la respalda está constituido por las corrientes epistemológicas que establecen la relación sujeto – objeto la cual ha determinado que Enfermería cuente con dos premisas importantes: enfocar el desarrollo del conocimiento de la disciplina y trabajar en las ideas que están en proceso y en progreso, con el fin de ver el mundo a través de los ojos de la enfermera y los pacientes e integrarlo al trabajo conjunto con otras ciencias de la salud. (Vilches 2008)

5.2 El Cuidado como Objeto de Estudio

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y auto cuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. (Gálvez 2000)

Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería como la sobrecarga de trabajo, el ingreso económico, entre otras, olvidando en algunos momentos, que el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano son sus bases. (Pinzón de Salazar, 2005)

Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y

eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros. (Gálvez, 2000)

La Enfermera como parte primordial del equipo multidisciplinario se encarga de llevar a cabo los procesos de atención, basados en intervenciones, actividades y cuidados personalizados, identificados desde la valoración propia de la profesión, así como en el manejo pormenorizado de la demanda expresada por el paciente, familia, comunidad, según sus percepciones y necesidades observadas, el parámetro subjetivo y objetivo debe ser cubierto como el ser holístico que es el individuo (Pinzón de Salazar 2005)

5.3 Proceso de Atención de Enfermería

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de las urgencias. (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos Enfermeros, AENTDE, 2010)

En cuanto a los objetivos del PAE, el principal se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad. Y si comentamos las ventajas, estas, tienen repercusiones sobre la profesión, considerando a la enfermería como una disciplina con carácter científico que se centra en la respuesta humana del individuo; sobre el paciente, que participa en su propio cuidado y este se le presta de forma continua y con calidad en la atención de forma individualizada, y sobre la enfermera, aumentando su satisfacción y su crecimiento profesional ante la consecución de objetivos, hace que se convierta en experta, le impide omisiones o repeticiones innecesarias optimizando el tiempo, además de poder realizar una valoración continua del paciente, gracias a la etapa de evaluación, que permite la retroalimentación del proceso. (AENTDE, 2010)

5.4 Modelo Teórico Utilizado para la Elaboración del PCE

El estudio de la enfermería como disciplina científica, está compuesta por conocimientos teóricos- prácticos incluso actitudinales derivados de la relación enfermera- paciente que se desarrollan durante la práctica diaria, permitiendo la búsqueda ineludible de la causa-efecto que provoca la pérdida de la salud. Para tal efecto, múltiples teóricas han creado y conceptualizado paradigmas, modelos conceptuales, teorías que permiten una comprensión del entorno en donde se desenvuelve la profesión (ANETDE, 2010).

Cada una de las teóricas ha definido el contexto de enfermería desde su perspectiva particular dando un contexto y un marco teórico referencial para su desarrollo basado en el Meta paradigma: Persona, Salud, Enfermería y Entorno. (AENTDE, 2010)

Definiendo a la persona como el individuo, familia o comunidad a la cual se deriva la atención; Salud como el objetivo primordial de la enfermera encaminado a la persona, su restauración o readaptación al entorno conceptualizado como el lugar interno y externo en donde sucede una situación (en este caso enfermedad) y a la enfermera como el profesional en salud que posee las habilidades y competencias para su cuidado. (Gordon, 2003)

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. En su libro *The Nature of Nursing (La Naturaleza de la Enfermería)* publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona. El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados.

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden

entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera, son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas. (Gordon 2003)

5.4.1 Elementos Fundamentales del Modelo Utilizado

Marjory Gordon (Gálvez 2000) fue una de las teoristas (estadounidense) pioneras en la generación de modelos en enfermería, en su Modelo de Enfermería de Patrones Funcionales de Salud, define a la persona como un ser holístico (bio-psicosocial), que posee salud cuando en todas sus esferas llamadas por ella patrones existe una funcionalidad de estos, de esta manera el entorno es el conjunto de procesos internos y externos que mantienen la funcionalidad o provocan la disfuncionalidad de los patrones de la persona, la enfermera por lo tanto, es aquel profesional capaz de analizar los patrones disfuncionales, planear e intervenir de manera activa hasta lograr su funcionalidad. (Gordon, 2003)

Gordon define a los patrones funcionales como una configuración de comportamientos comunes según factores como: la edad, raza, cultura, fisiología, entre muchos otros, y los agrupa en 11 patrones funcionales: (Gordon, 2003)

Patrón 1: Percepción – manejo de la salud: Describe la manera en la que la persona considera su salud, las acciones que toma para mantenerla o perderla, así como los antecedentes de salud de la misma y la causa de búsqueda de atención médica (Gordon, 1996).

Patrón 2: Nutricional – metabólico: Describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas, así como preferencias cantidad y calidad de alimentos y líquidos consumidos, además incluye las referencias de integridad de la piel, pelo, uñas, membranas mucosas y dientes y la funcionalidad del aparato digestivo y medidas de la temperatura corporal, altura y peso. (Gordon, 1996)

Patrón 3: Eliminación: Describe los patrones de función excretora (intestino, vejiga y piel). (Gordon, 1996),

Patrón 4: Actividad – Ejercicio: Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo. Incluye los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria, la cantidad y la calidad del ejercicio, además de la respuesta cardiopulmonar a este, y múltiples signos vitales como la FC, FR, T/A y SatO₂. (Gordon, 1996),

Patrón 5: Sueño – descanso: Describe los patrones de sueño, descanso, siesta y relax, así como la calidad y la cantidad de sueño, descanso y nivel de energía percibido, así como las rutinas para lograrlo incluyendo farmacológicas (Gordon, 1996),

Patrón 6: Cognitivo - perceptual: Describe los patrones de sensorio - perceptual y cognitivo, además del estado de conciencia, los sentidos y la percepción de sensaciones. (Gordon, 1996)

Patrón 7: Autopercepción auto-concepto: Describe el auto-concepto de la persona y las percepciones de sí mismo, como la valía, imagen corporal, estado emocional, autorrealización... (Gordon, 1996)

Patrón 8: Rol - relaciones: Describe las relaciones afectivas y sociales de la persona, así como el rol que desempeña en la familia, sociedad y comunidad... (Gordon, 1996),

Patrón 9: Sexualidad y reproducción: Describe la búsqueda, satisfacción, realización de su sexualidad, entendiendo esta como una necesidad no solo reproductiva sino placentera. (Gordon, 1996),

Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés: Describe la adaptación de la persona a situaciones o retos existentes en el día a día, así como su efectividad en la toma de decisiones y sus métodos de tolerancia al estrés. (Gordon, 1996)

Patrón 11: Valores - creencias: Describe los valores, las creencias y objetivos primordiales que guían las elecciones o decisiones de la persona en un plano espiritual superior. (Gordon, 1996)

5.5 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera de manera individual o colectiva, lo que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática (Álvarez, 2008),

El PAE está dividido en cinco etapas: Valoración, Diagnostico, Planeación, Implementación también conocida como Ejecución y Evaluación (De Haro, et al 2000)

5.5.1 Valoración

Involucra la recogida, recopilación y recopilación de los datos objetivos y subjetivos sobre el estado de salud del paciente mediante el interrogatorio y la exploración física. (Álvarez 2008),

5.5.2 Diagnostico

Es el análisis de los datos obtenidos para la obtención de un juicio del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo, construidos a través de la taxonomía NANDA-i (North American Nursing Association Diagnosis International) (De Haro, et.al. 2000)

5.5.3 Planeación

Al obtener múltiples diagnósticos de enfermería se priorizan y se organizan para la generación de un plan de intervenciones o cuidados derivados de la taxonomía NIC (Nursing

Interventions Classifiacion), con objetivos específicos de la taxonomía NOC se deben establecer unas prioridades, plantear unos objetivos según la taxonomía NOC, (De Haro, et al 2000)

Así como elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía NIC, y proceder a su documentación y registro. Los registros documentales de todo plan de cuidados son: diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, unos criterios de resultados, las actividades enfermeras y un informe de evolución. (De Haro, et al 2000)

5.5.4 Implementación

Consiste en realizar las intervenciones proyectadas en la planeación de los cuidados. Se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. (De Haro, et al 2000)

5.5.5 Evaluación

Posterior a la realización de las intervenciones se deben valorar los resultados obtenidos en criterios de: la eficacia y efectividad. Así como la interrelación propia del proceso, su infraestructura y detalles que permitieron o no alcanzar los objetivos planteados en un inicio para retroalimentar el proceso. (De Haro, et al 2000)

Una característica de esta etapa es continua, pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva. (De Haro, et al 2000)

5.5.6 Problemática de Salud de la Persona

5.5.6.1 Obesidad

Según datos de la OMS, más de mil millones de personas en el mundo tienen sobrepeso, de los cuales 300 millones se pueden considerar obesos (Gálvez, 2000)

La obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial y multicausal, caracterizada por una alteración de la correcta función del tejido adiposo, tanto de forma cuantitativa como cualitativa, en su capacidad para almacenar grasa, provocando una situación de inflamación del tejido (lipo-inflamación), vinculada a desórdenes metabólicos, ligado estrechamente al síndrome metabólico, sin que exista una línea divisoria clara entre ambos , permitiendo la

resistencia a la insulina sistémica, formando un vínculo entre la obesidad y las perturbaciones metabólicas concomitantes. (Gálvez 2000)

Físicamente hablando: la obesidad es el resultado del desequilibrio entre el gasto y el aporte de energía. Esta energía procede de: carbohidratos, proteínas y grasas⁴⁵. Los carbohidratos son el primer suministro de energía. Cuando el consumo de carbohidratos excede los requerimientos, estos se convierten en grasas debido a un proceso llamado lipogénesis. (Gálvez ,2000), (Hernández, 2004)

Un ingreso energético (IE) mayor que el gasto o consumo energético total (CET), inevitablemente causará un aumento del tejido adiposo, que siempre se acompaña del incremento de la masa magra, así como también del peso corporal, en cuyo control el CET desempeña una función importante (Gálvez 2000)

Según lo anterior, el peso corporal podrá variar en relación con la ingestión y el gasto energético total (GET), que es igual al gasto energético en reposo o basal (GEB) más el gasto energético durante la actividad física (GEA) y el gasto energético derivado del proceso de termogénesis (GET) (Gálvez 2000) y (Vázquez, et al, 2004)

La obesidad es una enfermedad crónica cuya definición práctica incluye el exceso de peso corporal a expensas de acúmulo de tejido adiposo. Desde el punto de vista antropométrico, la fórmula más empleada es el índice de masa corporal (IMC), cociente entre el peso en kilogramos y la talla en metros al cuadrado. Un valor superior a 30, es indicativo de obesidad (Gálvez 2000)

El adipocito como célula principal del tejido adiposo, se especializa en almacenar el exceso de energía en forma de triglicéridos en sus cuerpos lipídicos (siendo la única célula que no puede sufrir lipotoxicidad), y liberarlos en situaciones de necesidad energética. (Gálvez, 2000) y, (Hernández ,2004)

El adipocito puede desarrollarse mediante dos procesos: por hipertrofia (aumentando su tamaño) y por hiperplasia (aumentando su número a partir de una célula precursora). Considerando que, en un momento determinado del crecimiento de un adipocito, debido a su aumento de volumen de grasa (hipertrofia), alcanzando un umbral de tamaño crítico que

dará como origen la hiperplasia, estimulando a una célula precursora y generando así, una nueva célula adiposa (González, 2013)

Además, el sistema nervioso parasimpático eferente modula el metabolismo hepático, la secreción de insulina y el vaciamiento gástrico, participando de este modo en el control y regulación del peso corporal. Asimismo, los estímulos olfatorios y gustativos producidos por el alimento participan igualmente en la regulación de la ingesta pues constituyen señales periféricas que a su vez serán integradas y procesadas a nivel del sistema nervioso liberando neurotransmisores, que van a modular la ingesta. De ellos el mejor estudiado es la serotonina. Los receptores de la serotonina intervienen regulando la cantidad de alimento ingerido y la selección de macronutrientes. Su estimulación a nivel hipotalámico reduce la ingestión en general, y de forma específica la de las grasas (González, 2013)

La obesidad localizada preferentemente en el hemicuerpo superior se asocia a un aumento de morbi-mortalidad cardiovascular y mayor incidencia de enfermedades tales como diabetes mellitus (DM), HTA, dislipemia, patología de la vesícula biliar y neoplasias. (Suarez, et al, 2017)

La obesidad en el hemicuerpo superior se relaciona con concentraciones de insulina altas en ayunas y tras la administración de glucosa, y con aumento en la incidencia de DM tipo 2, debido a la acumulación de células abdominales lipolíticas hiperactivas que liberan cantidades de ácidos grasos libres hacia la vena porta, incrementando la síntesis de triglicéridos e inhibiendo la captación de insulina, con aparición de resistencia a la insulina e hiperinsulinemia (Vázquez, et al, 2000)

5.5.6.2 Hipertensión Arterial

La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, la tensión sistólica corresponde a la sístole (Contracción) cardiaca, mientras que la tensión diastólica, representa la presión ejercida sobre de los vasos cuando llevan sangre (durante la diástole cardiaca) y tienen un tono muscular que limita el flujo retrogrado de esta (Vázquez Vigoa et al, 2000)

Se considera Hipertensión cuando la cifra de tensión arterial está por encima de 130 mmHg la tensión sistólica y de 85 mmHg de diastólica (Vázquez Vigoa et al, 2000)

Se estima que en el mundo hay 1130 millones de personas con hipertensión, apenas una de cada cinco personas hipertensas tiene controlado el problema. Es una de las causas principales de muerte prematura en el mundo (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2017)

En poblaciones no seleccionadas, cerca del 95 % de los pacientes hipertensos son esenciales o idiopáticos por lo que se desconoce una causa evidente de la elevación de la presión arterial (PA). (López, et al, 2004)

En la etiología de la Hipertensión Arterial se sugieren factores diversos que de una forma aislada o en su conjunto la producen (López, et al, 2004)

Irving Page imaginó un mosaico (teoría del mosaico patogénico) formado por grados diversos de participación de múltiples factores, como lo son:

1. Aumento de la resistencia periférica.
2. Defecto renal de la excreción de sodio.
3. Defecto del transporte de sodio a través de las membranas celulares. (OMS, 2017)

Para que exista la hipertensión, los riñones tienen que reajustar su relación normal presión-natriuresis con una mayor constricción de las arteriolas eferentes renales, disminuir el flujo sanguíneo renal más que la filtración glomerular y aumentar así la fracción de filtración y, por último, incrementar la retención de sodio. De este modo se produciría un aumento relativo del volumen de líquidos orgánicos no en cantidad absoluta sino en exceso, para el nivel de presión arterial y el volumen del lecho circulatorio. (Vázquez Vigoa et al, 2000)

La obesidad y la HTA se asocian a disfunción endotelial. El óxido nítrico (NO) es el vasodilatador endógeno interviene en la regulación del tono vascular, inhibición de la agregación y adhesión plaquetaria e inhibe la proliferación de células musculares (Vázquez Vigoa et al, 2000)

En los individuos obesos, el gasto cardíaco, la volemia central y total, así como el volumen sistólico son mayores que en no obesos. El gasto cardíaco es proporcional al incremento de la masa corporal y puede ser razón principal de aumento de PA. Por otro lado, en los pacientes obesos, existe un estado protrombótico, secundario a la estasis venosa y al

sedentarismo que, entre otros factores, contribuyen al aumento de la PA. (Vázquez Vigoa et al, 2000)

En el tratamiento farmacológico de la HTA se encuentran: los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) potenciado el efecto en la terapéutica hipoglucemiante. además, de su efecto bloqueante de la actividad simpática, y por supuesto, de la generación de angiotensina II, con la consiguiente vasodilatación que condiciona, sobre todo a nivel de músculo estriado, efectos positivos sobre la utilización de la glucosa. Los antagonistas de receptores de angiotensina II, han demostrado igualmente ser fármacos eficaces en el control de la HTA en estos pacientes, al inhibir el eje RAAS a diferentes niveles. De hecho, estudios recientes, aconsejan su uso combinado. (López, et al, 2004)

Otros fármacos utilizados en el tratamiento de la HTA del paciente obeso, son los diuréticos, betabloqueantes, alfas bloqueantes y calcio antagonistas. Los diuréticos, especialmente tiazidas, son fármacos principalmente prescritos para el control de los edemas y clínica asociada de insuficiencia cardiaca. Los betabloqueantes, disminuyen la frecuencia cardiaca y el gasto miocárdico, por lo que son fármacos que pueden utilizarse en enfermos seleccionados. Sin embargo, dados sus efectos colaterales y la existencia de otras patologías asociadas (EPOC, diabetes...) en estos pacientes, su uso queda en segundo plano. Los alfa bloqueantes son utilizados en pacientes varones con problemas prostáticos. Los calcio antagonistas son útiles en pacientes de edad avanzada. Todos estos fármacos, en la práctica habitual, son utilizados en combinación. (López, et al, 2004)

La hipertensión arterial es un trastorno grave que incrementa de manera significativa el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades (Vázquez Vigoa et al, 2000)

Entre los factores de riesgo se encuentran: las dietas con: consumo excesivo de sal, en grasas saturadas y grasas trans e ingesta insuficiente de frutas y verduras, así como: el sedentarismo, el tabaquismo y alcohol y el sobrepeso o la obesidad. (Vázquez Vigoa et al, 2000)

- Por otro lado, existen factores de riesgo no modificables, como los antecedentes familiares de hipertensión, la edad superior a los 65 años y las otras comorbilidades como: diabetes o nefropatías .

Entre las complicaciones cardiovasculares de la hipertensión se encuentran:

- Angina de pecho.
- Infarto de miocardio, debido a la obstrucción el flujo de sangre que llega al corazón y las células del miocárdicas sufren de isquemia debido a la falta de oxígeno. Cuanto mayor sea la duración de la obstrucción, más importantes serán los daños.
- Insuficiencia cardiaca, ante la incapacidad del miocardio para bombear suficiente sangre y oxígeno al organismo.
- Arritmias Cardiacas debido a la irrigación deficientes de los nodos del sistema eléctrico cardiaco o al crecimiento del mismo por Insuficiencia cardiaca, las cuales pueden producir la muerte súbita.
- Evento Vascular Cerebral: la vasoconstricción arterial cerebral, así como los émbolos y trombos generados provocan obstrucción del riego sanguíneo cerebral que provocan isquemia y en casos graves la ruptura de vasos sanguíneos normales o con aneurisma previo.
- Asimismo, puede causar daños renales que generen una insuficiencia renal (López, et al, 2004)

5.5.6.3 Evento Vascular Cerebral (EVC)

El accidente cerebrovascular (AC) es un fenómeno que se agrupa dentro de la enfermedad cerebrovascular (ECV), compuesta por distintos trastornos encefálicos que son producidos por algún proceso patológico a nivel de uno o varios de los vasos sanguíneos que se encargan de irrigar al sistema nervioso central (SNC) (Lozano, et al, 2020).

La OMS define al EVC o Accidente Cerebro Vascular (AVC) como un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular de más de 24 hrs de evolución (Lozano, et al, 2020)

Se caracteriza por el cese del flujo sanguíneo en una región del cerebro, principalmente debido a la formación de un coágulo o trombo que obstruye alguno de los vasos cerebrales. Dependiendo de la obstrucción que se produzca y de los mecanismos involucrados se puede distinguir dos tipos de isquemia: focal y global (Lozano, et al, 2020)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, (1990), la enfermedad vascular cerebral fue la segunda causa de morbilidad y la tercera causa de mortalidad en países desarrollados, causando alrededor de 4.4 millones de muertes en todo el orbe.⁶⁻⁸ Según datos de la Secretaría de Salud, en México, en el periodo de 2000 a 2004, la enfermedad vascular cerebral constituyó 5.6 % de las muertes generales, con una tasa de 25.6/100 000 habitantes y más de 25 000 muertes por esta razón, por lo que representó la tercera causa de mortalidad.⁹ En el análisis por sexo representó la tercera causa de mortalidad en mujeres, entre 6.7 y 6.9 %, mientras que para los hombres fue la cuarta causa de mortalidad: 4.9 % del total. En lo que se refiere a egresos hospitalarios por todas las causas en el mismo periodo, la enfermedad vascular cerebral ocupó el lugar 18, representando 0.9 % del total. (Murillo, et al, 2010)

Los EVC producen aproximadamente una muerte cada 3 a 4 minutos, y unas 16 millones de personas sufren un ictus isquémico cada año, de las cuales, cerca de 6 millones mueren, y la gran mayoría de los pacientes que sobreviven presentan secuelas importantes de discapacidad (Murillo, et al, 2010)

En condiciones normales, el metabolismo energético del cerebro mantiene una estrecha relación con el aporte del flujo sanguíneo cerebral y este se mantiene regulado de manera dinámica con la presión arterial y la barrera hematoencefálica. Todo el equilibrio del flujo sanguíneo, permite garantizar una liberación continua de oxígeno y substratos imprescindibles para el mantenimiento de funciones celulares como los potenciales de membrana y la homeostasis iónica (Murillo, et al, 2010)

La fisiopatología del AC comienza como una disminución importante del flujo sanguíneo debido a la obstrucción de algún vaso que irriga al cerebro y como consecuencia primaria se disminuye el aporte de oxígeno, glucosa y nutrientes necesarios para llevar a cabo y mantener el metabolismo neuronal. A continuación se desencadena una secuencia de fenómenos moleculares y celulares a corto y largo plazo que inician con el fallo energético,

debido a la afectación de los procesos de fosforilación oxidativa y el déficit en la producción de trifosfato de adenosina (ATP). Cuando se produce la pérdida de substratos, se afectan los gradientes iónicos transmembranas a causa del fallo en las bombas iónicas y así también, las bombas de sodio-potasio ATPasa, que al ser no funcionales producen despolarizaciones anóxicas. Las despolarizaciones sin contar con los requerimientos metabólicos necesarios para su control, hacen que la neurona sufra un cúmulo de sustancias como neurotransmisores, que pueden llevar al incremento tóxico de calcio, agua, hidrogeniones, radicales libres, entre otros, y como consecuencia se genera una respuesta inflamatoria, desregulación de múltiples vías de señalización y por último el daño y muerte celular. Así mismo, se produce una zona de infarto conocida como “Core” y en esta la gravedad de la isquemia es máxima y la depleción energética es casi total. Por otra parte, se encuentra la zona de la penumbra, en donde existe un flujo residual y un déficit energético que es menor, hay pérdida de las diversas funciones celulares dando lugar a una serie de alteraciones bioquímicas con efectos nocivos. Todo ello desencadena y constituye la denominada “cascada isquémica (Murillo, et al, 2010)

Existen dos mecanismos principales de muerte celular luego de que se produce un evento nocivo como el accidente cerebrovascular: la necrosis y la apoptosis. En el contexto de la isquemia se ha observado que existe una participación de ambos procesos, por ello, la muerte celular se describe como el gran eje en la producción del daño cerebral. Esta vía finaliza el resultado de la interacción entre estímulos internos como, el déficit en la producción de moléculas de ATP para poder mantener el gradiente iónico, y externos como el factor de necrosis tumoral y el fas ligando. La muerte celular por necrosis se describe como un fenómeno pasivo que depende fundamentalmente de las alteraciones bioquímicas producidas por el déficit energético y por la activación de las enzimas líticas que se encargan de destruir diferentes componentes celulares, generando como consecuencia, la lisis de las membranas y la pérdida de la diferenciación de los compartimentos celulares (Álvarez 2008)). La lisis celular y la liberación del contenido del citoplasma producen una respuesta inflamatoria con infiltración de células como macrófagos y neutrófilos, además, el ADN de las células necróticas se destruye por acción de las endonucleasas en fragmentos irregulares. Por otra parte, la muerte por apoptosis o muerte celular programada, es un proceso activo que depende de una cascada de eventos o señales intracelulares iniciadas por la expresión de genes que son activados por la exposición a

agentes nocivos, en este caso la isquemia, conduce a la activación de diferentes enzimas con actividad proteolítica. (Lozano, et al, 2020)

El diagnóstico de la enfermedad vascular cerebral isquémica se realiza al inicio con la identificación de signos y síntomas de déficit neurológico, entre los cuales los más comunes son los siguientes:

- Afección motora y sensitiva contralateral al hemisferio dañado.
- Disfasia o afasia.
- Alteraciones visuales transitorias (amaurosis). „
- Diplopía.
- Vértigo.
- Ataxia.
- Hemianopsia.
- Pérdida súbita del estado de alerta.
- Dolor de cabeza
- Sensación de hormigueo en la cara, brazo o pierna (Lozano, et al, 2020)

Se debe hacer una exploración neurológica completa, así como una exploración clínica integral utilizando preferiblemente la escala NIHSS

En personas con inicio súbito de síntomas neurológicos, la prueba FAST (Fase Arm Speech Test), aplicada por personal paramédico de atención pre hospitalaria, mostró un valor predictivo positivo de 78 % (Murillo, et al, 2010)

En pacientes con antecedentes de isquemia cerebral transitoria, la escala ABCD ha sido utilizada retrospectivamente para evaluar la probabilidad de un futuro infarto cerebral (Murillo, et al, 2010)

Todos los pacientes con sospecha de enfermedad vascular cerebral isquémica aguda (más de una hora de evolución) deben ser sometidos a estudio de imagen cerebral de inmediato Para el diagnóstico de enfermedad vascular cerebral aguda, en pacientes que no se encuentran graves, se recomienda la resonancia magnética cuando esté disponible y resulte práctico realizarla, particularmente en aquellos con déficit neurológico leve y con probabilidad clínica de que la lesión sea pequeña (por ejemplo, infartos lacunares) o se

encuentre en fosa posterior; así como en pacientes que se presenten tardíamente, después de una semana de iniciado el cuadro clínico. Deberán ser sometidos a angiografía carotídea, idealmente dentro de las primeras dos semanas del evento, todos los pacientes con enfermedad vascular cerebral aguda que afecte el territorio carotídeo, sin discapacidad según la escala de Rankin y que sean potencialmente candidatos para cirugía carotídea (Murillo, et al, 2010)

En pacientes con infarto cerebral agudo se recomiendan los siguientes exámenes de laboratorio durante la evaluación inicial:

- Glucosa sanguínea.
- Electrolitos séricos.
- Pruebas de función renal.
- Electrocardiograma.
- Marcadores de isquemia cardíaca.
- Biometría hemática completa.
- Recuento plaquetario.
- Tiempo de protrombina.
- Tiempo de tromboplastina parcial activada. Con INR (Murillo, et al, 2010)

Debe considerarse el monitoreo con oximetría de pulso, con una meta de saturación de oxígeno $\geq 92\%$. La mayoría de los pacientes no requiere oxígeno suplementario y al menos un estudio controlado no parece apoyar el uso; sin embargo, debe administrarse oxígeno si la oximetría de pulso y la gasometría arterial indican hipoxia (Lozano, et al, 2020)

En el paciente con enfermedad vascular cerebral isquémica es importante mantener adecuados niveles de líquidos para evitar la hipotensión y la extensión del infarto cerebral. Cuando ocurra hipotensión arterial debe investigarse de inmediato la causa. La hipovolemia debe corregirse con la administración de solución salina normal. Cuando la administración suplementaria de soluciones parenterales no ayude a corregir la hipotensión arterial, debe considerarse el uso de agentes vasopresores como la dopamina. Se recomienda la movilización temprana de los pacientes con enfermedad vascular cerebral isquémica aguda, para prevenir las complicaciones subagudas. La movilización debe iniciarse dentro de los

primeros tres días del evento. En el manejo general deben considerarse las siguientes medidas adicionales:

- Colocar al paciente en posición de semifowler y la movilización temprana de extremidades y evaluación de la disfagia. „
- Realizar ejercicios respiratorios y palmopercusión con el fin de evitar neumonía por estasis de secreciones. „
- Vendaje de miembros inferiores para prevenir tromboembolia pulmonar e insuficiencia venosa profunda secundaria a la inmovilidad por el déficit motor. (Murillo, et al, 2010)

Los pacientes con enfermedad vascular cerebral isquémica aguda, atendidos dentro de las primeras tres o cuatro horas y media del inicio definido de los síntomas, y que se consideren aptos, deben ser tratados con 0.9 mg/kg de activador de plasminógeno tisular recombinante (alteplasa, rt-PA), hasta un máximo de 90 mg, vía intravenosa (2 ++). El 10 % de la dosis se administra en el primer minuto; el resto, en una hora. El tiempo para el inicio del tratamiento debe ser mínimo. Los sistemas de atención médica deben ser optimados para permitir la administración temprana de rt-PA a los pacientes en quienes esté indicada, dentro del periodo de ventana establecido. La recuperación neurológica es de más de cuatro puntos en la escala NIHSS, llegando a la recuperación completa al año (Murillo, et al, 2010)

Los estudios han demostrado que los agentes anti plaquetarios reducen 25 % el riesgo de eventos vasculares. La aspirina es el fármaco anti plaquetario con la evidencia más sólida. (IA) Se recomienda la administración oral de aspirina (dosis inicial de 325 mg) en las primeras 24 a 48 horas del inicio del evento (Lozano, et al, 2020)

El uso de anticoagulantes en la fase aguda de la enfermedad vascular cerebral isquémica puede aumentar el riesgo de hemorragia y no se recomienda en estos pacientes, excepto en algunas situaciones específicas como ateroma aórtico, aneurisma fusiforme de la arteria basilar, disección arterial cervical, trombosis venosa, aneurisma septal auricular o enfermedad vascular cerebral cardioembólica (Clemente, et al, 2018)

En los pacientes con fibrilación auricular y contraindicación para el uso de anticoagulantes, se recomienda ácido acetilsalicílico a dosis de 150 mg al día.5.5.6. Problemática de salud de la persona (Aristizabal, 2018)

VI. RESUMEN DEL CASO CLINICO

Valoración Inicial del Paciente del Estudio de Caso

Por Patrones funcionales de M. Gordon)

Generales

Identificación: JCMA edad 68 años, Servicio: Urgencias, Cama: U-3, Da Médico Infarto Cerebral, Fecha de Valoración: 14 de Julio del 2021

Apariencia general:

Paciente masculino de edad aparente a la real en unidad de urgencias, con diagnóstico de Infarto Cerebral debido a embolia de arterias cerebrales, de complexión endomórfica (probable dato de obesidad), se observan datos de disfasia y disartria, además de ansiedad y desatención a la entrevista.

VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD:

1. PATRON PERCEPCION-MANEJO DE SALUD:

Antecedentes Heredo Familiares

Madre: Ca pulmón, hace 20 años, HAS, no recuerda la fecha de inicio.

Padre: HAS, no recuerda fecha de inicio. Alcoholismo +.

Antecedentes Personales No Patológicos: Casado, con 2 hijos mayores de edad, Vive en casa de medio urbano con todos los servicios intradomiciliarios; agua, drenaje, luz, teléfono, internet, disposición de excretas en WC, zoonosis + (un perro), cuenta con licenciatura como ingeniero mecánico, es dueño y trabaja en un local de Ferretería,

Antecedentes Personales Patológicos

Tabaquismo hace 10 años, 1 cajetilla diaria (Índice tabáquico 10), Alcohol hace 30 años, diariamente 3-4 cervezas como mínimo cada semana un día llegando a la embriaguez aproximadamente, Niega otras toxicomanías.

Hipertenso de más de 15 años de evolución, (no recuerda la fecha con exactitud) con manejo de Nifedipino 30 mg VO c/8 hrs, niega alérgicos, quirúrgicos, fímicos, oncológicos y transfusionales.

Esquema completo de vacunación incluyendo contra Coronavirus ambas dosis (ultima en junio 2021)

Padecimiento Actual

Ingresa a urgencias el día de ayer traído por ambulancia en compañía de su esposa, por presentar pérdida de fuerza súbita del hemicuerpo izquierdo (brazo y pierna), además de dificultad para articular palabras y desviación de la comisura izquierda de los labios, a su ingreso con SV: FC 100- 120 aprox (arrítmico), FR 22 x, T/A 180/ 90 mph, T° 36 °C.

2. PATRON NUTRICIONAL-METABOLICO:

El Paciente carece de una dieta específica, sin referir aversión a ningún alimento. Realiza de 4 a 5 comidas al día, a razón de 1800 a 2000 Kcal al día, basada en Carnes Rojas 4/7, Carnes Blancas 2/7, Embutidos 5/7, Harinas 5/7, Leguminosas 3/7, Cereales 3/7, Fruta 2/7, Verduras 2/7, Lácteos 5/7, ingiere aproximadamente 1.5 litros de agua al día divididos en: café y té 1 taza, refresco 2 botella, cerveza 1 botella, agua de frutas 1 vaso (casi no acostumbra el agua natural).

Consumo de Bebidas embriagantes de manera frecuente 6/7 regularmente vespertinas o nocturnas posterior a su trabajo.

Se encuentra canalizado en MSD en vena cefálica con catéter venoso periférico corto 18 G, con líquidos parenterales de 500 cc. S.S. 0.9% p/2 hrs continua con 1000 ml sol Salina p/12 hrs cada 12 hrs. Su piel se encuentra hidratada, con palidez de tegumentos +/-+++, piel fría al tacto. Integra a la observación superficial

Paciente de complejión endomórfica a la EF : Cavidad Oral con adoncia parcial con pérdida de 4 piezas dentales y 4 con caries, mucosas hidratadas, con lengua saburral con lateralización izquierda, con reflejo de deglución presente, Se observa Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, sin datos de visceromegalias al tacto profundo (borde hepático a 2 cm de parrilla costal inferior derecha y esplénico a 2 cm del parrilla costal izquierda) , no se ausculta peristaltismo , a la percusión timpánico en todo el abdomen.

Peso: 95 kg. Talla: 1.68 cm. IMC: 33.9. Con obesidad tipo I

Temperatura: 36.3°C, Glicemia: 404 mg/dl en ayunas. (No refiere parámetros de chequeo previo de laboratorios)

3. PATRON DE ELIMINACION:

Su eliminación intestinal es de 2 a 3 veces al día consistencia dura, color café. Eliminación urinaria 5 a 6 veces al día, color amarillo claro. Cuenta con sonda vesical (Foley), instalada 15/07/2021, Fr. 12, 10 ml de globo de fijación, actualmente con 100 ml de orina en un periodo de 4 hrs; GU= 0. 26 ml/kg/hr en oliguria, orina de características: amarilla concentrada. Su piel presenta diaforesis ++/+++ . A la exploración física vello púbico en distribución romboidal (andrógino), presencia de testículos simétricos, así como pene cilíndrico con glande fungiforme con amputación quirúrgica de frenillo de prepucio (antecedente de circuncisión) con meato urinario con sonda transuretral, con fijación a la parte externa del muslo derecho, sin secreciones o fugas a la presión del grande.

Ano hiperpigmentado, con esfínter anal competente, reflejo recto cólico referido como causante de la evacuación, sin presentarse durante la valoración.

4. PATRON ACTIVIDAD EJERCICIO:

Paciente refiere realizar caminata matutina de 1 hora aproximadamente, sus actividades personales las realiza independientemente.

Al evaluar fuerza muscular MSD 5/5, MSI 1/5, MID 5/5, MII 1/5, con hemiplejia franca de focalización, adecuado tono muscular

A la EF Nariz con coanas (Pearson 2008)) permeables, tabique nasal integro, reflejo tusígeno presente, cuello con Pulsos carotídeos palpables, de calidad +++/+++ (rebotante)

simétricos, arrítmicos, en Tórax: a la inspección tórax en tonel, a la auscultación Campos pulmonares con murmullo vesicular audible en la mayoría de los lóbulos pulmonares, con leve atelectasia basal bilateral, así como roncus y muy finos crepites basales de predominio izquierdo. Ruidos cardiacos arrítmicos con choque de punta en posición de pachón con desvió izquierdo 3-4 cm a la izquierda de la línea media clavicular izquierda,

Refiere disnea de medianos esfuerzos (Clasificación NYHA), actualmente en reposo con SV: FC: 60- 80 lpm aproximadamente. Presión arterial: 160/83 mmHg (Hipertensión Sistólica Nivel 2 según la AHA). Frecuencia respiratoria: 16 x'.

Cuenta con EKG con ritmo de Fibrilación Auricular (reportado uno similar desde el ingreso) y ECOTT reportando datos de hipertrofia concéntrica de cavidades izquierdas.

5. PATRON SUEÑO-DESCANSO:

Refieren sus familiares que duerme 7 horas diarias aproximadamente, sin tomar siestas durante el día, refiere tener pesadillas constantemente. Esposa dice presenta “ronquidos muy fuertes”, (apnea del sueño, por probable factor obstructivo).

A la EF, se observan ojos inquietos, a la expectativa, sin datos de ojeras, ni bostezo durante la anamnesis

6. PATRON COGNITIVO-PERCEPTUAL:

Paciente consciente (Glasgow 13 puntos =V 4, M 5, O 4 en Hemicuerpo izquierdo 10 puntos =V 4, M 2, O 4) desorientado en tiempo (apsiquia), alerta al estímulo verbal, A la EF: pupilas isocoras de 2 mm de diámetro, hiporeflexicas con reflejo a la luz de más de 3 seg, se observa disfasia izquierda con descenso de la comisura labial que provoca disartria, además de disquinesia predominante en hemicara y MS izquierdos.

Examen Mini mental (MMSE) con alteración a memoria de corto plazo, así como de cálculo.

Los familiares refieren que no presentaba alteraciones auditivas, visuales, olfatorias o gustativas referidas por el paciente.

Cabeza con cráneo braquicefálico integro con cabello con adecuada implantación normal. Reflejos con Babinski positivo, disminuidos de hemicuerpo izquierdo imposible evaluar la marcha ante carencia de fuerza muscular (muy posible ataxia).

7. PATRON AUTOPERCEPCION/AUTOCONCEPTO

Familiares refieren que el paciente era muy feliz y muy positivo en su tratamiento de HAS, refería que era un hombre sano y fuerte. La mayor parte del tiempo se sentía bien consigo mismo. La mayor parte del tiempo predominaba la felicidad en su día a día. Aunque refería que debía ser más afectivo y demostrarlo con sus hijos, hermanos, esposa, nietos, pues es huraño en su trato con casi todas las personas en su vida

8. PATRON ROL-RELACIONES:

Paciente desempeña el rol de padre y esposo. Cuenta con su familia nuclear (Esposa y dos Hijos) para afrontar su enfermedad, acude a sus consultas mensuales para el seguimiento de su tratamiento. Refiere familiares que la relación que lleva es un poco distante, pues cada quien realiza sus actividades independientemente. Cuentan con el apoyo social de sus vecinos, refieren son muy cálidos y están al pendiente en cualquier cosa que necesiten.

9. PATRON SEXUALIDAD-REPRODUCCION:

Esposa refiere no tener vida sexual activa su paciente, refiere solo haber estado con su actual esposa en la intimidad. Lleva aproximadamente 3 años de no tener relaciones sexuales por reducción de libido a lo cual asistía con médico tratante para tratamiento, pero no fue satisfactorio y mejor decide dejarlo. Se realiza su examen de próstata cada 3 años último examen 30/01/2021.

10. PATRON ADAPTACION Y TOLERANCIA AL ESTRES:

En el último año presento estrés al tener poca venta en su negocio. Pero la mayor parte del tiempo se encuentra relajado. Para despejarse sale con sus amigos a platicar, tomar bebidas embriagantes, de 3 a 4 botellas diarias y fuma tabaco 1 cajetilla diaria.

11. PATRON VALORES-CREENCIAS:

Su religión es cristiana, su ser supremo es Jesús de Nazaret, para su familia y para él, es muy importante la religión, acude a la iglesia una vez a la semana, lo más importante en su vida son sus hijos, esposa y nietos. Se refiere a la muerte como un acto normal de la vida. Tiene planes a futuro, como es dejar herencia para sus hijos, nietos, para que lo puedan recordar con cariño.

Tratamiento Actual (Indicaciones Médicas)

Dieta para Hipertenso y Diabético

LsPs: 500 cc Sol Salina 0.9 % p/2 hrs, 1000 cc Sol Salina 0.9% p/12 hrs

Medicamentos: Atorvastatina 80 mg VO c/24 hrs, ASA 150 mg VO c/ 24 hrs, Amlodipino 5 mg VO c/12 hrs, Enoxaparina 60 mg SC c/ 24 hrs, Amiodarona 200 mg VO c/24 hrs, Metoprolol 50 mg VO c/12 hrs.

6.2 Diagnóstico (s) Enfermero (s)

1. Patrón Actividad Ejercicio

Dominio 4: Actividad/ Ejercicio

Clase 4: Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares

Código: 00024

Perfusión Tisular Cerebral Ineficaz R/C interrupción del flujo arterial o reducción mecánica del flujo venoso o arterial M/P cambios en la reacciones pupilares (Hiporreflexia), debilidad o parálisis en las extremidades (Hemicuerpo Derecho) , cambios en la respuesta motora (temblor) .

Definición: Reducción del aporte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir el tejido cerebral a nivel capilar.

2. Patrón Actividad Ejercicio

Dominio 4: Actividad/ reposo

Clase 2: Actividad Ejercicio

Código: 00085

Deterioro de la Movilidad Física R/C Disminución de la Fuerza Muscular M/P Disminución de las habilidades motoras gruesas, dificultad para girarse, alteración de la marcha, movimientos espásticos

Definición: Limitación del Movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades

3. Patrón Cognitivo Perceptual

Dominio 5: Percepción/ Cognición

Clase 4: Cognición

Código: 00128

Confusión Aguda R/C Trastornos neurocognitivos M/P Rendimiento psicomotor alterado, disfunción cognitiva, agitación psicomotriz

Definición: Trastornos reversibles de la conciencia, la atención la cognición y la percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo y duran menos de tres meses

4. Patrón Nutricional Metabólico

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Código 00232

Obesidad R/C Gasto Energético por debajo de la ingesta energética según evaluación estándar M/P IMC 33.9 m²/kg (superior a 30)

Definición: Condición en la que un individuo acumula grasa excesiva o de manera anormal para su edad y sexo, que excede el sobrepeso.

5. Patrón Percepción Manejo de la Salud

Dominio 1: Promoción a la Salud;

Clase 2 Gestión de la salud

Código: 00188

Tendencia a adoptar Conductas de Riesgo para la salud R/C Ansiedad Social M/P Fracaso para adoptar medidas que eviten problemas de salud, Tabaquismo, Abuso de Sustancias

Definición: Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida y/o las acciones para que mejoren el nivel de bienestar.

6. Patrón Actividad- Ejercicio

Dominio 4: Actividad/ Ejercicio

Clase 4: Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares

Código: 00291

Riesgo de Trombosis F/R Dieta Aterogénico, Deterioro de la Movilidad Física, Obesidad, estilo de vida sedentario, tabaquismo

Definición: Susceptible a la Obstrucción de un vaso sanguíneo por un trombo que puede desprenderse y alojarse en otro vaso, que puede comprometer la salud.

6.2 Plan de Cuidados de Enfermería

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
Patrón: Actividad/Ejercicio Datos objetivos: Ritmo de Fibrilación Auricular en el EKG Hipertensión 160/100 mmHg Fuerza Muscular 1/5 MSD Fuerza Muscular 1/5 MID Datos Subjetivos: Hiporreflexia (más de 3 seg de reflejo pupilar) Temblores finos en extremidades derechas Temblores finos en hemicara derecha Ansioso, Aprensivo	Dominio: 4 actividad/reposo Clase: 4 cardiovasculares/pulmonares. Etiqueta diagnóstica: Perfusión tisular cerebral ineficaz Factor relacionado: Interrupción del flujo arterial o reducción mecánica del flujo venoso o arterial. Características definitorias: Cambios en las reacciones pupilares, debilidad o parálisis en las extremidades, cambios en la respuesta motora.	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio:	Clase:	
		II Salud f31fisiológica	C Cardiopulmonar	
		Criterio de resultado: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los vasos cerebrales para mantener la función cerebral.		
		Indicadores:	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
		040613 presion sanguínea sistólica.	2	Aumenta a 4
		040614 presion sanguínea diastólica	1	Aumenta a 3
		040615 presion sanguínea media	2	Aumenta a 4
		040608 agitacion	2	Aumenta a 4
		040618 deterioro cognitivo	4	Aumenta a 5



CRUZ ROJA
MEXICANA



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Dominio: 2 Fisiológico complejo</p> <p>Clase: C control neurológico</p> <p>INTERVENCIONES:</p> <p>2550: Mejora de la perfusión tisular</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar y ajustar los medicamentos vaso activos según prescripción médica /antihipertensivos, amlodipino) para mantener los parámetros hemodinámicos. 2. Monitorizar los efectos secundarios de la terapia anticoagulante (clexane, ASA), buscando intencionadamente datos de hemorragia. 3. Extraer sangre para monitorizar: Hematocrito, hemoglobina, glucosa en sangre. 4. Vigilar la presencia de convulsiones. 5. Colocar al paciente entre 15 y 30° posición neutra. 6. Administrar medicamento, anticoagulante (clexane, antiplaquetario, antitrombótico) según indicación médica. 7. Monitorizar el estado neurologico. 8. Monitorizar el estado respiratorio (Fr, Ritmo, SatO2, Hb). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La T/A mínima requerida para la adecuada perfusión tisular cerebral es de TAS superior a 90 mph, y TAM superior a 65 mph, la hipertensión genera vasoconstricción y la hipotensión genera falta de volumen sanguíneo que produce riesgo insuficiente para la perfusión tisular. 2. La anticoagulación puede producir como efecto secundario la presencia de sangrado ante sobre la posibilidad de sobre coagulación. 3. Se deben ajustar los parámetros hemodinámicos del paciente. Para optimizarlos y mejorar la perfusión 4. La presencia y el aumento de episodios de crisis convulsivas, es un signo visible de alteración fisiológica neurológica. 5. La posición neutra facilita el retorno venoso y el incremento de la presión arterial al cerebro, facilitando la perfusión cerebral. 6. IDEM no. 2 7. La identificación de signos y síntomas neurológicos, como base del estado neurológico permite determinar la mejoría o el empeoramiento del paciente. 8. Las alteraciones importantes del aparato respiratorio por problemas neurológicos son alteraciones directamente del bulbo raquídeo y las alteraciones de los parámetros respiratorios perjudica la oxigenación cerebral directamente en la perfusión cerebral (Dominguez, et al, 2017) y (Vasquez, 2002) 	<p>Criterio de resultado: Adecuación de flujo sanguíneo a través de los vasos cerebrales para mantener la función cerebral.</p>	
		<p>Indicadores:</p>	<p>Puntuación final</p>
		<p>040613 presión sanguínea sistólica</p>	<p>3</p>
		<p>040614 presión sanguínea diastólica</p>	<p>3</p>
		<p>040615 presión sanguínea media</p>	<p>3</p>
		<p>040608 agitación</p>	<p>5</p>
		<p>040618 deterioro cognitivo</p>	<p>5</p>

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón: Actividad/Ejercicio</p> <p>Datos objetivos: Fuerza Muscular 1/5 MSD Fuerza Muscular 1/5 MID Imposibilidad de marcha</p> <p>Datos Subjetivos: Movimientos espásticos en hemicuerpo derecho</p>	<p>Dominio: 4 actividad/reposo</p> <p>Clase: 4 Actividad/Ejercicio.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad física</p> <p>Factor relacionado: Disminución de la fuerza muscular</p> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disminución de las habilidades motoras gruesas Dificultad para girarse Alteración de la marcha Movimientos espásticos 	CRITERIOS DE RESULTADO			
		(NOC) 0204 Consecuencias de la inmovilidad: Fisiologica			
		Dominio: I Salud funcional	Clase: C Movilidad		
		Criterio de resultado: Gravedad del compromiso del funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física			
		Indicadores:	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		020401 úlceras por presión	5	Mantener a 5	
		020205 hipoactividad intestinal	2	Aumenta a 4	
		020418 trombosis venosa	5	Mantener a 5	
		020419 congestión pulmonar	2	Aumenta a 4	
		010404 fuerza muscular	1	Aumenta a 2	
		020412 tono muscular	5	Mantener en 5	



CRUZ ROJA
MEXICANA



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Dominio: 2 Fisiológico basico</p> <p>Clase: C control de movilidad</p> <p>INTERVENCIONES:</p> <p>1806: Ayuda con el autocuidado transferencia.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar la capacidad actual del paciente para moverse o trasladarse el mismo. Elegir técnicas de traslado adecuadas para el paciente. Realizar una demostración de cada técnica de movimiento y traslado. Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesaria. Ayudar al paciente a recibir todos los cuidados necesarios (baño, higiene, cambio de pañal, ropa de cama) Utilizar la mecánica corporal adecuada durante los movimientos. Mantener la alineación correcta del paciente previo, durante y después del traslado o movimiento. Al final del movimiento verificar que las sabanas queden sin arrugas y no exista daño ni lesión cutánea 	<ol style="list-style-type: none"> La base de la rehabilitación y autocuidado, se centra en la determinación de las actividades instrumentales, capaces de realizar por la persona, permitiendo la participación activa de esta, y forjando su motivación y participación en su propio cuidado. Ante las múltiples opciones de movilidad de paciente y sus múltiples alteraciones existentes, existen técnicas que permiten la participación del paciente, se debe elegir la idónea para este, según su condición permitiendo un claro desenvolvimiento de este en su actual condición, sin limitarlo y sin sobreexigirlo. El movimiento del paciente, así como su postración generan sucesos físicos como la fricción, la compresión y la sujeción por terceros, los cuales pueden provocarles, cutáneas, musculares, óseas y articulares. Los niveles de dependencia en la movilización de la persona, son: movimientos con apoyo de dispositivo, con apoyo una persona (un tercero) o con apoyo de un dispositivo y un tercero. El aprendizaje significativo en procesos técnicos debe ser meramente demostrativo, para lograr la característica de ser reproducido. La evaluación del paciente y de sus características de habilidad, permite la interacción de paciente-entorno en pro autocuidado. La alineación de segmentos corporales, disminuye la compresión, sobre prominencias óseas, además de evitar lesiones posturales. Elementos como fricción y la compresión sobre zonas duras compromete la circulación local de la piel, (Dominguez, et al, 2017) y (Vasquez, 2002) 	<p>Criterio de resultado: Adecuación de flujo sanguíneo a través de los vasos cerebrales para mantener la función cerebral.</p>	
		<p>Indicadores:</p>	<p>Puntuación final</p>
		<p>040613 presión sanguínea sistólica</p>	<p>3</p>
		<p>040614 presión sanguínea diastólica</p>	<p>3</p>
		<p>040615 presión sanguínea media</p>	<p>3</p>
		<p>040608 agitación</p>	<p>5</p>
		<p>040618 deterioro cognitivo</p>	<p>5</p>

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón: Nutricional/Metabolico</p> <p>Datos objetivos: Peso: 95 kg. Talla: 1.68 m IMC: 33.9 kg/m2</p> <p>Datos Subjetivos: Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo. Cuerpo endomorfo</p>	<p>Dominio: 4 Nutricion</p> <p>Clase: 1 Ingestion</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Obesidad</p> <p>Factor relacionado: Gasto energético por debajo de la ingesta energética según evaluación estándar.</p> <p>Características definitorias: IMC 33.9 m2/kg (superior a 30)</p>	CRITERIOS DE RESULTADO		
		(NOC): 1941: Control de riesgo: Obesidad.		
		Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud.	Clase: T Control de riesgo	
		Criterio de resultado: Acciones personales para: entender, prevenir, eliminar o reducir la amenaza de obesidad.		
		Indicadores:	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
194102 reconoce las consecuencias de la obesidad	2	Aumenta a 4		
194104 se compromete con un plan de alimentación saludable	1	Aumenta a 4		
190405 controla regularmente el peso corporal.	1	Aumenta a 5		
194109 controla las porciones de comida para	1	Aumenta a 4		



CRUZ ROJA
MEXICANA



		<p>mantener un peso saludable</p> <p>194110 elige comida saludable</p> <p>194119 evita comida hipercalórica</p> <p>194121 evita ingesta de grasas saturadas</p> <p>194125 obtiene asesoramiento de un profesional sanitario para establecer estrategias de pérdida de peso</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>Aumenta a 4</p> <p>Aumenta a 5</p> <p>Aumenta a 4</p> <p>Aumenta a 3</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------



CRUZ ROJA
MEXICANA



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Dominio: 1 Fisiológico básico</p> <p>Clase: D apoyo nutricional</p> <p>INTERVENCIONES:</p> <p>1280: Ayuda para disminuir el peso</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal. Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada. Establecer una meta de pérdida de peso semanal Pesar al paciente semanalmente Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de ingesta de alimentos y el aumento de gasto de energía Ayudar a ajustar la dieta al estilo de vida y nivel de actividad Planificar un programa de ejercicio teniendo en cuenta las limitaciones del paciente. Animar al paciente a comer frutas, verduras, cereales, integrales, leche y productos lácteos desnatados, o semidesnatados, carnes magras, pescado, legumbres, huevo y carne. 	<ol style="list-style-type: none"> Los planes para control de peso se basan en estrategias, conductuales y voluntad para desempeñarlas como metas fijas a corto, mediano y largo plazo. La evaluación conjunta de estas, permite al individuo ser copartcipe de la situación para lograr metas posibles y deseables. Las metas mesuradas de 300 a 500 grs por semana son alcanzables y posibles en la mayoría de los casos y la obtención de ellas, permite escalar en metas conforme de logran. Se debe contar con un parámetro de peso objetivo para gratificar el avance en pérdida de peso. El logro de metas plausibles en perdida de peso, permite aumentar la motivación del paciente. La participación del paciente y la familia en la adaptación de la dieta permite la introducción de alimentos y comidas posibles, basadas em la experiencia de ambos; profesionales y paciente. El incremento de gasto energetico beneficia la perdida de peso, acompañado de una dieta equilibrada (Vazquez Vigoa et al, 2000). Incluir la fibra en la dieta permite la disminución del consumo de alimentos y a la mejora del transito intestinal (Binaiges, et al 2020) 	<p>Criterio de resultado: Adecuación de flujo sanguíneo a través de los vasos cerebrales para mantener la función cerebral.</p>	
		<p>Indicadores:</p>	<p>Puntuación final</p>
		<p>194102 reconoce las consecuencias de la obesidad.</p>	<p>4</p>
		<p>194104 se compromete con un plan de alimentación saludable.</p>	<p>4</p>
		<p>194105 controla regularmente el peso corporal.</p>	<p>1</p>
		<p>194109 controla las porciones de comida para mantener un peso saludable.</p>	<p>2</p>
		<p>194110 elige comida saludable.</p>	<p>3</p>
		<p>194119 evita comida hipercalórica.</p>	<p>3</p>
		<p>194121 evita ingesta de grasas saturadas.</p>	<p>3</p>
		<p>194125 obtiene asesoramiento de un profesional sanitario para establecer estrategias de pérdida de peso.</p>	<p>4</p>

VII. PLAN DE ALTA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: Juan Carlos Muñiz Álvarez (JCMA)

EDAD: 68 años: SEXO Masculino

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: Catalogo CIE 1634 Infarto Cerebral debido a embolia de arterias cerebrales

FECHA DE ELABORACIÓN: 21 de Julio del 2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Comunicarse al 444 8134048 para informar sobre lo observado (signos y síntomas) y acudir al área de urgencias de la Bene San Luis, ubicada en Av. Venustiano Carranza 1090, en el Barrio de Tequisquiapan. Con copia del último resumen clínico y su identificación para su atención
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	Alteración en el estado de alerta, somnolencia, Dificultad para articular palabras, Sensación de adormecimiento y/o entumecimiento de alguna extremidad (además de las previas), Parálisis de alguna extremidad o parte de la cara (además de las previas) Cefalea no controlable en un par de horas,

	<p>Aumento de la presión arterial (por encima de 140 mmHg sistólica o 90 mmHg diastólica) a pesar de tratamiento.</p> <p>Perdida repentina de visión,</p> <p>Dificultad para Tragar</p> <p>Dificultad para Respirar</p>
<p>INFORMACIÓN</p> <p>(Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)</p>	<p>Se proporcionan la información sobre:</p> <p>Hipertensión: Factores que incrementan la T/A (dieta alta en sodio, alto consumo en grasa, sedentarismo), la importancia del apego al tratamiento, las complicaciones.</p> <p>Enfermedad Vascular Cerebral (EVC): Estrategias para la atenuación o eliminación de Factores modificables (hipertensión, tabaquismo, obesidad, arritmias como la fibrilación auricular) causantes de EVC.</p> <p>Se brinda información de rehabilitación pasivo- activa de miembros inferiores y superiores para él y la familia (Anexo).</p> <p>Se explica la importancia de los cambios posturales y la prevención de complicaciones.</p>
<p>DIETA</p> <p>(Información relativa a la nutrición)</p>	<p>Se orienta sobre la dieta hiposodica (menos de 2 grs de Sodio al día), limitar la ingesta de embutidos y grasas saturadas, así como de la importancia de horarios definidos para las tres comidas.</p> <p>Consumo de agua natural 1.5 a 2 lts / día, con mayor consumo de fibra (frutas y verduras).</p> <p>Vigilancia de datos de estreñimiento y uso de laxantes naturales (papaya, cereales, ciruela pasa)</p>

<p>AMBIENTE</p> <p>(Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)</p>	<p>Se explican las necesidades de dispositivos sugerido y adaptados para facilitar la movilidad en casa, barandales, puntos de equilibrio y para aplicación de fuerza.</p> <p>Necesidades especiales para el autocuidado de paciente postrado en cama, así como ventilación, luz, en la habitación que ocupara para evitar accidentes.</p> <p>Se recomiendan grupos de ayuda para dejar de fumar, de beber alcohol y apoyo psicoterapéutico para el manejo del conflicto de toma de decisiones</p>
<p>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE</p> <p>(Prácticas recreativas saludables)</p>	<p>Se adaptan prácticas de equilibrio y fuerza para el hemicuerpo no afectado, adema se continuar con las terapias de rehabilitación sugerida, se identifica terapia ocupacional (elaboración de dibujos y sopa de letras, entre otros) y de juego hasta la siguiente visita para revalorar funcionalidad motora</p>
<p>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</p>	<p>Atorvastatina 80 mg VO c/24 hrs por la noche 22 hrs</p> <p>ASA 100 mg VO c/24 hrs por la mañana 10 hrs (después del desayuno)</p> <p>Amlodipino 5 mg VO c/12 hrs a las 8 y 20 hrs</p> <p>Losartan 50 mg VO c/ 24 hrs a las 10 hrs</p> <p>Vigilar la T/A y mantener menor a 140 mmHg TAS y 90 mmHg TAD, crear una bitácora con las cifras tensionales y registrarlas para llevarlas a la siguiente consulta y en lo sucesivo.</p> <p>Capacitación en el Uso de Baumanometro digital de muñeca.</p> <p>Vigilancia de datos de sangrado (complicación por el uso de antiagregantes plaquetarios ASA de manera crónica) en cualquier vía: piel, mucosas, aparato digestivo, urinario, etc.</p>

<p>ESPIRITUALIDAD</p> <p>(Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)</p>	<p>Se orienta sobre la búsqueda de grupos de apoyo espiritual, en su creencia para el manejo y acercamiento a la religión que profesa y en la cual cree, considerando la posibilidad de la fe como un conducto más para la recuperación.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VII. CONCLUSIONES

La enfermedad vascular cerebral afecta gravemente a los sujetos que la sufren generando complicaciones funcionales y fisiológicas que pueden conducir a la muerte, sin embargo, la atención oportuna en su diagnóstico, tratamiento, así como el uso de intervenciones puntuales para prevenir las complicaciones son un requisito indispensable para este tipo de pacientes.

El tejido cerebral es relativamente lábil a los cambios de perfusión sanguínea, por ello, los factores de riesgo modificables deben ser tratados con premura, para evitar que se vuelvan irreversibles

El proceso de enfermería permite individualizar a cada paciente acorde a cada fase o etapa de la enfermedad en la que se encuentre y poder llevarlo a la independencia de sus actividades en la vida diaria. La vinculación de las taxonomías NANDA-NOC-NIC, permite al profesional de enfermería implementar planes de cuidados fomentando el lenguaje común de la disciplina, evidenciando los cuidados proporcionados. El uso de los planes de cuidados estandarizados, aparte de unificar los criterios en la asistencia y asegurar el bienestar y seguridad del paciente, garantiza un aumento de la calidad en los cuidados.

De manera personal la investigación y realización del presente PAE con la investigación en múltiples directrices, ha permitido la ampliación del conocimiento sobre el paciente con el diagnóstico de EVC y la importancia del quehacer de enfermería con habilidades teórico-prácticas en pro del cuidado y salud del paciente.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gálvez Toro, A. Aproximación a la evidencia científica. Definición, fundamentos orígenes e historia. *Index Enferm (Gran)*. 2000; Vol 30: pp 36-40
2. Pearson A, Field J, Jordan Z. *Práctica clínica basada en la evidencia en enfermería y cuidados de la salud. Integrando la investigación, la experiencia y la excelencia*. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2008
3. Vílchez Barboza V, Sanhueva Alvarado O. *Enfermería: una disciplina social; Enfermería en Costa Rica 2004*)... revisado 11 de Septiembre del 2021, Disponible en URL <chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.binass.sa.cr%2Frevistas%2Fenfermeria%2Fv32n2%2Fart6.pdf&clen=579134&chunk=true>
4. Pinzón-de Salazar L. El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. *Hacia Promoc. Salud*. 2005; Vol 10: pp 22-27.
5. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos Enfermeros (AENTDE)... Definición de diagnóstico de enfermería. 2001, Consultado Septiembre, 2010, disponible en: <http://www.aentde.com/modules.php?nameContent&pa=showpage&pid=4>
6. Gordon, M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. Mosby/Doyma. Madrid 2003
7. Gordon M. *Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación*. 3ª Edición. Mosby/Doyma Libros. Madrid 1996
8. Álvarez, J. L. "Manual de Valoración de Patrones Funcionales". Servicio de salud, junio 2010, revisado el 25 de septiembre 2021, disponible en URL: <http://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>.
9. De Haro, F., Flores Antigüedad, M. L., Gorlat Sánchez, B., Peña Gómez, E., Quero Rufián, A., Quiñoz Gallardo, M. D., et al. *Guía de práctica clínica. Diagnósticos enfermeros NANDA, Resultados NOC, Intervenciones NIC.* , 2009, 2ª ed... Granada (España): Colegio Oficial de Enfermería de Granada.
10. González Jimenez, E; *Obesidad: Análisis Etiopatogenico y Fisiopatológico; Endocrinología y Nutrición*, 2013; Vol 60, No 1, pp 17--24, revisado 16 de septiembre del 2021 en la URL <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-pdf-S1575092212001283>

11. Suárez-Carmona W, Sánchez-Oliver A.J. , González-Jurado J.A; Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual, Revista Chilena de Nutrición ; 2017, Vol. 44, Nº 3, pp 226- 233 revisado el 15 de Septiembre del 2021 , en la URL https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000300226
12. Hernández Jiménez S. Fisiopatología de la obesidad, Gaceta Médica de México, 2004, Vol.140, Suplemento No. 2, pp S27-S32. Revisado el 15 de septiembre del 2021 en la URL <https://www.google.com/url?q=https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042d.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwiGx9ihsJDzAhWYmGoFHbNuCdAQFnoECAgQAg&usg=AOvVaw3dRzXJWEsKxulRKNah1kBT>
13. Vázquez Vigoa, Alfredo, Llorens Núñez, Martha, & Cruz Álvarez, Nélida María. Hipertensión arterial: Aspectos fisiopatológicos. 1996, Revista Cubana de Medicina, vol 35, pp 176-182. Recuperado en 21 de septiembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231996000300006&lng=es&tlng=es
14. OMS, Hipertensión, Centro de prensa, 2017, revisado el 15 de septiembre del 2021, en el URL <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
15. López de Fez, C.M., Gaztelu, M.T., Rubio, T., & Castaño, A.....Mecanismos de hipertensión en obesidad. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 2004, vol 27, pp 211-219. Revisado en 21 de septiembre de 2021, en la URL http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000300006&lng=es&tlng=es
16. Lizano SM, Mc Donald MC, Tully SS. Fisiopatología de la cascada isquémica y su influencia en la isquemia cerebral. Revista Médica Sinergia. 2020; Vol 5, no 08: pp 1-10. Revisado el 16 de septiembre del 2021 en la URL <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95308>
17. Murillo-Bonilla L, Lepe-Cameros L, Espinoza-Casillas C, Leyva-Rendón, A; López, León-Jiménez C; ,Enríquez-Coronel G; ,Arauz A; Cantú, C; Lizola-Hernández, J ; Méndez-González, C; Ruíz-Sandoval J. L; Merino, J, G; Romano J F.; Villarreal-Careaga J; Guía clínica para el manejo farmacológico de la presión arterial en pacientes con enfermedad vascular cerebral después de la fase aguda, Revista de Investigación Clínica, Marz -Abr , 2010 Vol. 62 , Núm . 21, / pp 152-161
18. Aristizabal L.A; Abordaje del Paciente con Enfermedad Cerebro Vascular en Urgencias, Facultad de Medicina , Catedra de Urgencias , 2018, Universidad Cooperativa de Colombia, S/F, revisado el 23 de Septiembre del 2021 , disponible en el URL <https://www.google.com/url?q=https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/1535/1/AB>

ORDAJE%2520DEL%2520PACIENTE%2520CON%2520ACCIDENTE%2520CEREBROVASCULAR%2520E
N%2520EL%2520SERVICIO%2520DE%2520UR... pdf&sa=U&ved=2ahUKEwj2II7qg57zAhXCK2oFHffxB
EkQFnoECAYQAg&usg=AOvVaw0fvBKsphj5CLObv4fpNY6y

19. Clémente M.E; Romano L.M.; Furnar A; Abrahín J. M, Marquez F; Coffey P, Rodriguez L, Carabajal V; Gonorazk S; Loli P.; Incidencia de enfermedad cerebrovascular en adultos: estudio epidemiológico prospectivo basado en población cautiva en Argentina; Neurología Argentina; (enero - marzo 2018), Vol. 10. Núm. 1. páginas 8-15, revisado el 23 de septiembre del 2021; disponible en la URL <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-incidencia-enfermedad-cerebrovascular-adultos-estudio-S1853002817300721>
20. NANDA internacional, Diagnósticos Enfermeros; Definición y Clasificación 2021- 2023, 12ª Ed, 2021, Elsevier, México, pag varias
21. Butcher, H. K, Bullock G.M, Dotcherman M, J., Wagner Ch. M; Clasificación de Intervenciones e Enfermería (NIC), 2013, Elsevier, Barcelona España, 7ª Ed, pag varias.
22. Moorhead S, Swanson E; Johnson M, Mass M, L; Clasificación de Resultados (NOC), Medición de Resultados en Salud, 2013, 6ª Ed, Elsevier, Barcelona, España, pag varias.
23. Domínguez Campos M, Villa Campos Z, Alhama Nohera S; Cuidados de Enfermería en un paciente con perfusión tisular cerebral inefectiva; 2017; Revista Electrónica de Portales Medicos.com; revisado el 27 de septiembre del 2021, en la URL <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-perfucion-tisular-cerebral-inefectiva/>
24. Benaiges Blanch S, Pérez Herrer L, Pascual Gracia M, Calavia Recio A, Aisia Cossio C, Plan de cuidados de enfermería a una paciente con obesidad. A propósito de un caso; 2020; Revista de Portales Médicos. Com; Vol. XV; nº 21; 1100, revisado el 27 de septiembre del 2021, en la URL <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-a-una-paciente-con-obesidad-a-proposito-de-un-caso/>
25. Vásquez M; Proceso de Atención de Enfermería en Enfermedad Vascul ar Cerebral; Revista de Cardiología, 2002; Vol. 10 , No 1: pop 33-37; revisado el 27 de Septiembre del 2021, en la URL <https://www.google.com/url?q=https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en021e.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwidpPPbq6jzAhUNH80KHeI5A0kQFnoECAoQAg&usg=AOvVaw2zY-rrsy4IA39KKJhe8s2V>

X. GLOSARIO DE TERMINOS

Descanso: el ejercicio diario, asociado a hábitos saludables y a una correcta alimentación, ayuda a que el cuerpo y la mente consigan una mejor relajación lo cual garantiza un descanso reparador.

Diagnostico enfermero: es un juicio clínico relacionado con una respuesta humana a las condiciones de salud/proceso de la vida por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad (NANDA, 2009)

Evento vascular cerebral: una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente.

Obesidad: enfermedad y además un factor de riesgo para manifestar niveles elevados de lípidos sanguíneos, hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón y cáncer

Patrón: definido como una configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo.

Pesadillas: Experiencias oníricas acompañadas de ansiedad o miedo, existe un recuerdo muy detallado que implica una amenaza para la supervivencia, la seguridad o autoestima. Con frecuencia suele repetirse el mismo tema. No existe amnesia al evento, ni problemas en la orientación

Salud: definida dentro del contexto de los patrones funcionales, es el nivel óptimo de funcionamiento que permite a los individuos, familias o comunidades desarrollar su potencial al completo.

Valoración en enfermería: Observación sistemática e informe sobre la situación del paciente en las cinco esferas de la experiencia humana: biológica /fisiológica, ambiental /seguridad, sociocultural/interpersonal, psicológica/de autoestima y espiritual / autorrealización.

XI. ANEXOS

Anexo 1 Escala National Institute of Health Score Stroke (NIHSS) Escala de del Instituto Nacional de Salud del Ataque Cerebral (o EVC)

Cuadro 1 | Escala NIHSS para valorar enfermedad vascular cerebral

Grupo	Nombre	Respuesta
1A	Conciencia	0 Alerta
		1 Contesta ambas preguntas
		2 Estuporoso
		3 Coma
1B	Preguntas	0 Contesta ambas preguntas
		1 Contesta una sola pregunta
		2 No contesta ninguna pregunta
1C	Comandos	0 Realiza ambos comandos
		1 Realiza un sólo comando
		2 No realiza ningún comando
2	Mirada	0 Normal
		1 Parálisis parcial de la mirada
		2 Parálisis total de la mirada
3	Campos visuales	0 No hay pérdida de campos visuales
		1 Hemianopsia parcial
		2 Hemianopsia total
		3 Hemianopsia bilateral
4	Parálisis facial	0 Sin parálisis facial
		1 Parálisis facial menor
		2 Parálisis facial parcial
		3 Parálisis facial completa
5	Fuerza de piernas Izquierdo Derecho	0 Normal
		1 Titubea después de cinco segundos
		2 Cae después de 5 segundos
		3 No hay esfuerzo en contra de la gravedad
		4 No hay movimiento
		96 Miembro amputado
6	Fuerza de brazos Izquierdo Derecho	0 Normal
		1 Titubea después de diez segundos
		2 Cae después de diez segundos
		3 No hay esfuerzo en contra de la gravedad
		4 No hay movimiento
		96 Miembro amputado
7	Ataxia	0 No presenta ataxia
		1 Ataxia en un solo miembro
		2 Ataxia en dos miembros
		96 Miembro amputado
8	Sensibilidad	0 Sin alteración de la sensibilidad
		1 Pérdida leve de la sensibilidad
		2 Pérdida severa o completa de la sensibilidad
9	Lenguaje	0 Sin alteraciones del lenguaje
		1 Pérdida leve o moderada de la sensibilidad
		2 Afasia leve
		3 Mutismo o afasia global
10	Disartria	0 Sin disartria
		1 Disartria leve a moderada
		2 Disartria severa o anartria
		96 Intubación
11	Inatención	0 Sin inatención
		1 Inatención leve
		2 Inatención severa

Anexo 2: Escala ABCD de pronóstico para el riesgo de evento vascular cerebral

Cuadro II | Escala ABCD de pronóstico para riesgo de evento vascular cerebral en pacientes con isquemia cerebral transitoria

			Puntuación
A	Edad	Más de 60 años	1
B	Presión sanguínea	> 140/90	1
C	Falla clínica	Debilidad unilateral	2
		Alteración del lenguaje sin debilidad	1
		Otras situaciones clínicas	0
D	Duración de síntomas	≥ 60 minutos	2
		10-59 minutos	1
		< 10 minutos	0
	Diabetes mellitus 2	1	
Riesgos a dos días		Riesgo a siete días	
Menor riesgo (0-3 puntos)	1.0 %	0-4 puntos	0.4 %
Riesgo moderado (4-5 puntos)	4.1 %	5 puntos	12.1 %
Alto riesgo (6-7 puntos)	8.1 %	6 puntos	31.4 %

Los autores sugieren que los pacientes sean admitidos con isquemia cerebral si tienen una puntuación ≥ 4

Anexo 3 : Escala de Rankin modificada para medir la incapacidad o dependencia

Cuadro III | Escala de Rankin modificada

Grado	Descripción	Valoración
0	No presenta síntomas	0
1	Discapacidad poco significativa, capaz de realizar por si mismo todas las actividades	1
2	Discapacidad leve, presenta dificultades para realizar todas las actividades, pero se vale por sí mismo	2
3	Discapacidad moderada, requiere ayuda para realizar las actividades, pero puede caminar sin asistencia	3
4	Discapacidad moderada a severa, requiere ayuda para caminar y para realizar todas las actividades	4
5	Discapacidad severa, permanece en cama, presenta incontinencia de esfínteres y requiere cuidados especializados	5
6	Defunción	6

Anexo 4; Nueva Escala de Coma de Glasgow

Avalada por el Instituto de Neurociencias del Reino Unido (NHS)

OCULAR VERBAL MOTORA



COMPRUEBA

Factores que interfieran en la comunicación, capacidad de respuesta y otras lesiones.



OBSERVA

La apertura de los ojos, el contenido del discurso y los movimientos del lado derecho e izquierdo.



ESTIMULA

Verbal: diciendo o gritando una orden.
Física: presión en la punta del dedo, el trapecio o el arco supraorbitar.



VALORA

Asignar de acuerdo a la mejor respuesta observada.

APERTURA DE LOS OJOS

Criterio	Observado	Clasificación	Puntaje
Antes del estímulo	+	Espontánea	4
Tras decir o gritar la orden	+	Al sonido	3
Tras estímulo en la punta del dedo	+	A la presión	2
No abre los ojos, no hay factor que interfiera	+	Ninguna	1
Cerrados por un factor a nivel local	+	No Valorable	NV

RESPUESTA VERBAL

Criterio	Observado	Clasificación	Puntaje
Da correctamente nombre, lugar y fecha	+	Orientado	5
No está orientado, pero se comunica coherentemente	+	Confuso	4
Palabras sueltas inteligibles	+	Palabras	3
Sólo gemidos, quejidos	+	Sonidos	2
No se oye respuesta, no hay factor que interfiera	+	Ninguna	1
Existe factor que interfiere la comunicación	+	No Valorable	NV

MEJOR RESPUESTA MOTORA

Criterio	Observado	Clasificación	Puntaje
Obedece la orden con ambos lados	+	Obedece comandos	6
Lleva la mano por encima de la clavícula al estimularle el cuello	+	Localiza	5
Dobra brazo sobre codo rápidamente, pero las características no son anormales	+	Flexión normal	4
Dobra el brazo sobre el codo, características predominantemente anormales	+	Flexión anormal	3
Extiende el brazo	+	Extensión	2
No hay movimiento en brazos ni piernas. No hay factor que interfiera	+	Ninguna	1
Parálisis u otro factor limitante	+	No Valorable	NV

Anexo 5: Ejercicios Activo- Pasivos como rehabilitación en el EVC

A. Mantenga una postura correcta en el hogar.

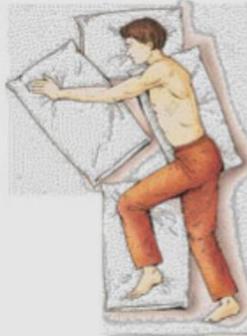


Fig 3: Decúbito supino



Fig 4: Sedestación en la cama

Ejercicios para MMSS



1. Acuéstese sobre una cama firme y entrelace sus dedos con las manos apoyadas sobre su estómago. Lentamente levante el nivel de sus brazos hasta el nivel de los hombros manteniendo los codos derechos. Finalmente, regrese sus manos a la posición de descanso de su estómago.



2. Este ejercicio es similar y le ayudará a mantener el movimiento del hombro, especialmente para alguien que tiene dificultades para voltearse en la cama. Mientras se encuentra con los brazos extendidos, como en el ejercicio anterior, hasta la altura de los hombros y los dedos entrelazados, mueva lentamente sus brazos hacia un lado y luego hacia el otro.



3. Ejercicio de brazo completo. Recuéstese sobre su espalda con los brazos descansando a sus costados, manteniendo el codo recto levante el brazo afectado hasta llegar al nivel del hombro con la mano estirada y a continuación, estire aún más la mano hacia el techo, levantando su hombro por encima.



4. Recuéstese sobre su espalda con los brazos descansando a sus costados. Doble el codo y flexione su brazo acercando la mano hacia el hombro mientras mantiene el codo descansando sobre la toalla en todo momento. Manténgalo en esta posición durante unos segundos, enderece el codo y el brazo, y manténgalos así. Lentamente repita el movimiento varias veces. Recuerde bajar su brazo para descansar.



5. Ejercicio para el control de rodilla.



6. Ejercicios para ascender desde una posición sentada. Siéntese en una silla firme que haya colocado contra la pared para evitar que se resbale hacia atrás. Entrelace sus dedos, lleve sus manos hacia adelante

tanto como pueda, con los pies un poco separado y las caderas en el borde de la silla, inclínese hacia adelante levantando ligeramente las caderas del asiento. Lentamente vuélvase a sentar.



7. Acuéstese en una cama fina y mantenga los dedos entrelazados descansando sobre su estómago. Doble las rodillas y ponga los pies sobre la cama, mantenga sus rodillas bien juntas y lentamente muévalas hacia la derecha tanto como le sea posible. Regrese al centro y repítalo moviéndolas hacia la izquierda.

Anexo 6: Formato de Valoración Inicial utilizado en el caso.

1. Datos Generales

Nombre: RSE Edad: 68 años Sexo: M Estado civil: Casado

Domicilio: De los ciruelo #123 Procedencia: San Luis Potosí

Diagnóstico por CIE-10: Infarto Cerebral debido a embolia de arterias cerebrales

Tratamiento Farmacológico: Atorvastatina 80 mg. V.O., ASA 100 mg. V.O., Amlodipino 5 mg. V.O.

Escolaridad: Licenciatura

Alergias: Negadas Esquema de vacunación: Completo

2. Sonometría y Signos Vitales:

Peso: 95 kg Talla: 1.68 cm IMC: 33.9

Presión Arterial: 160/83 mph Frecuencia Cardíaca: 67 lpm Frecuencia Respiratoria: 16 x' Temperatura : 36.3°C

Glicemia (Especificar en ayuno o casual): 404 mg/dl ayunas

3. Antecedentes Heredo Familiares (tanto físicos como mentales, incluir familiares en primer y segundo grado, antecedentes de consumo de sustancias, patologías psiquiátricas, suicidios o intentos de suicidio):

Madre: CA pulmón, hace 20 años, HAS, no recuerda la fecha de inicio.

Padre: HAS, no recuerda fecha de inicio. Alcohólico.

4. Antecedentes Personales Patológicos (Enfermedades propias de la infancia, accidentes: gravedad, cronicidad o secuelas, trastornos psicopatológicos, consumo de alcohol, tabaco, u otro tipo de drogas patrón de consumo).

APP: HAS en tto. Con Nifedipino. Inicia hace 5 años.

Tabaquismo hace 10 años, 1 cajetilla diaria. Alcohol hace 30 años, diariamente 3-4 cervezas diarias. Niega drogas.

5. Apariencia General:

Higiene y aliño : Adecuada Regular Deficiente Aliñado Desaliñado

Actitud: Cooperador Poco cooperador No cooperador Suspica

Hipervigilante Somnoliento Indiferente

Complexión: Ectomórfica Endomórfica Mesomórfica

Bien conformado Mal conformado por: _____

Lesiones aparentes: Con tendencia a la desviación de la comisura labial izquierda, perdida de líneas de expresión de hemicara derecha.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1. Percepción -Manejo de Salud (Toma de conciencia, manejo de salud)

¿Cómo considera su estado de salud? Algo mala, ya que siente parálisis en lado izquierdo sin ningún motivo.

Actitud y comportamiento frente a la enfermedad: Aceptación Rechazo Indiferencia

Negación:

¿Qué actividades realiza para cuidar su salud?: Acudir a esta unidad de urgencias para su pronta recuperación.

¿Qué actividades realiza para evitar recaídas de su enfermedad? Seguir indicaciones del médico.

Actitud y comportamiento hacia la medicación: Tiene actitud positiva en su enfermedad, refiere tomar su medicamento a sus horas para no tener una decaída en su presión arterial.

Conocimiento de la enfermedad: Tiene un conocimiento básico, al referir que se cuida para no tener dolor de cabeza y así no presentar presión alta.

2. Nutricional-Metabólico (ingestión, digestión, absorción, metabolismo, hidratación)

Describa tipo de alimentos que consume: Higiene todo tipo de alimentos, bebidas, no lleva dieta específica.

Numero de comidas al día 4-5 veces Utiliza suplementos alimenticios y cuales No

Cantidad de consumo de agua al día 1 litro al día.

Antecedentes de: Gastritis Colitis Úlcera gástrica Nausea Vómito

Desórdenes alimenticios: Hiporexia Anorexia Bulimia Anorexia y bulimia

Presencia de líquidos parenterales: 500 cc S.S. 0.9% p/2 hr.

Explorar integridad de la piel mucosas:

Hidratado Sequedad Signo de lienzo húmedo Palidez Ictericia acantosis

Cianosis Piel fría Piel caliente Rubicundez Edema

Integridad: Si No Especificar: _____

Cabeza, cabello: Implantación normal Fragilidad, caída Pediculosis Caspa o seborrea

Signo de bandera Exostosis Endostosis

Integridad de ojos, nariz y oídos: Pupilas isocóricas normoreflexivas con tendencia a la hipoactividad, nariz anatómicamente apariencia normal, oídos simétricos sin lesión aparente.

Presencia de sonda nasogástrica: No

Cavidad Oral: Anodoncia parcial Anodoncia total Caries Sarro Candidiasis

Amígdalas: Normales Hipertróficas Hiperémicas Ausentes Presencia de puntillero

3. Eliminación (sistema urinario, intestinal, tegumentario, pulmonar)

Eliminación intestinal (Frecuencia, Característica): 2 a 3 veces al día, consistencia dura, color café.

Presencia de: Diarrea Estreñimiento Encopresis

Eliminación vesical: (Frecuencia, Características): 5 a 6 veces al día, consistencia normal, amarillo claro.

Presencia de: Disuria Poliuria Poliaquiuria Enuresis Cálculos renales

infección de vías urinarias frecuentes

Piel: Sudoración normal Diaforesis Sudoración escasa Hiperhidrosis Mal olor

Edema:

Drenajes y tipo: Sonda vesical (Foley), instalada 15/07/2021, Fr: 16, 10 ml, Enf. Mariana Diaz., sin datos de infección.

Ostomías: _____

Exploración:

Abdomen: Plano Globoso Simetría: Integridad de la piel

Peristaltismo : Presente Ausente Frecuencia por minuto: _____

Timpanismo Matidez

Dolor presencia de masas Ascitis Otros: _____

Giordano Positivo Negativo

Hemorroides: Presentes Ausentes

Hallazgos en la exploración genital: Sin malformaciones aparentes, con bello en área púbica, presencia de testículos simétricos, glande de tamaño normal, con circuncisión presente, sin salida de secreciones al presionar el glande, inholoro.

4. Actividad ejercicio (actividad/ ejercicio, equilibrio de la energía, respuestas cardiovasculares / respiratorias)

¿Considera que cuenta con la energía suficiente para realizar las actividades cotidianas?: Si, por las mañanas realiza una caminata en la cuadra de su casa.

Capacidad para realizar actividades de rutina (bañarse, comer, vestirse): Independiente

0. Completo autocuidado 1. Necesita uso de un equipo especial 2. Requiere supervisión 3. Requiere ayuda de otra persona
4. Es dependiente y no colabora

Índice de Katz o Barthel: Completo autocuidado

Exploración Física: Paciente orientado, despierto, alerta al estímulo verbal, pupilas isocóricas normoreflejas con tendencia a la hipoactividad, con tendencia a la desviación de la comisura labial izquierda, pérdida de líneas de expresión de hemicara derecha, cuello sin soplos, ni agregados. Ruidos cardíacos arrítmicos sin agregados, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire con hipoventilación basal bilateral, rudeza respiratoria y muy finos crepites basales predominios izquierdos, abdomen globoso por panículo adiposo, sin síntomas posibles o agregados, extremidades con fuerza muscular 1/5 miembro torácico izquierdo, y 1/5 miembro pélvico izquierdo, Babinsky presente, Roots abolida de hemicuerpo izquierdo, hemicuerpo derecho, fuerza muscular 5/5.

Marcha: Eubásica Disbásica Inmovilidad Presencia de sujeción mecánica

Tono y fuerza de extremidades: Tonicidad normal Atonía

Movimientos anormales: Acaticia Temblor Disonía Disquinesia Rigidez

Agitación motriz Crisis Convulsivas Manerismos

Claudicación Uso de aditamentos para la deambulación

Respiración: (Ritmo, Frecuencia, Profundidad, Simetría, describir localización de los fenómenos agregados)

Campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire con hipo ventilación basal bilateral, rudeza respiratoria y muy finos crepites basales predominio izq.

Cianosis Palidez Hipoxia Hipoxemia Hipercapnia

Intolerancia a la actividad: Fatiga Cansancio

Alteraciones respiratorias durante la actividad: Taquipnea Bradipnea Disnea Aleteo

Uso de músculos accesorios Estertores Sibilancias Roncus Estridor

Función cardíaca: Frecuencia 67x' Ritmo: Arrítmicos Arritmias Soplos Ritmo de galope

Pulsos: Frecuencia 66x' Ritmo: Regular Irregular Amplitud: Alternante X de Corrigan

Filiforme Paradójico Débil Imperceptible o ausente

Ingurgitación yugular:

Realiza alguna rutina de ejercicios (tipo, duración y frecuencia): Caminata, 5 veces a la semana, 1 hora aprox.

Sedentarismo: Si No

Como emplea su tiempo libre: Tiene un negocio de ferretería propio y el atiende, por la tarde/noche sus amigos lo visitan y toman bebidas embriagantes.

Actividades recreativas que realiza, tipo y frecuencia: Ninguna

5. Sueño -descanso.

Calidad y cantidad de sueño: Total de horas que duerme diariamente: 7 horas diarias

¿Acostumbra tomar siestas?: Si No

Alteraciones del sueño:

Insomnio inicial Insomnio tardío Insomnio intermitente Pesadillas

Hipersomnia Somnolencia diurna Ronquido Apnea del sueño Sueño no reparador

Alteraciones (cansancio, alteraciones emocionales o conductuales) asociadas a la falta de sueño: No

Utiliza algún remedio, ritual o fármaco para poder dormir (tipo y frecuencia): Ninguno

6. Cognitivo-perceptual (atención, orientación, sensación/percepción, cognición, comunicación)

Funciones de Integración Superior:

Estado de Conciencia: Consciente Somnoliento Estuporoso Inconsciente

Orientación: Tiempo Lugar Persona Autospíquica _Alospíquica

Memoria: Reciente (anterógrada) tardía (retrógrada) Amnesia

Atención: Central Periférica Hipoprosexia Paraprosexia Hiperprosexia
Expresión del pensamiento (lenguaje): Normal Mutismo Parco/monosilábico Coherente
Dislalia Disartria
Alteraciones sensoperceptuales: Alucinaciones Ilusiones
Tipo: Auditivas Visuales Olfatorias Cenestésicas Gustativas
Presenta alguna limitación en: Vista Tacto Audición Olfato Gusto
¿Utiliza algún apoyo para estos problemas?: No

7. Autopercepción (auto concepto, autoestima, imagen corporal)

¿Qué piensa de sí misma? Refieren los familiares que el paciente era feliz y muy positivo en tratamiento, refería que era un hombre sano y fuerte.

¿La mayor parte del tiempo se siente a gusto consigo mismo? Si

¿Qué sentimientos predominan en usted la mayor parte del tiempo?

Ansiedad Tristeza Irritabilidad Exaltación Felicidad Tranquilidad

¿Cómo se siente respecto a su imagen corporal?: Cree que estaba un poco pasado de peso, por eso realizaba las caminatas diarias

Contenido de ideas respecto a estado afectivo: Desesperanza Minusvalía Muerte

Ideación suicida Planeación suicida Intento suicida Cutting

Otras alteraciones asociadas al estado afectivo: Siente que debería ser más efectivo con sus hijos, hermanos, esposa.

8. Rol / Relaciones (roles de cuidador, relaciones familiares, desempeño del rol)

Rol que desempeña en la familia: Padre y esposo.

¿Cuenta con apoyo familiar para afrontar su enfermedad? Si, ellos lo llevan a sus consultas para su tratamiento.

¿Cómo es la relación entre los miembros de su familia? Un poco distante, cada quien lleva sus actividades.

¿Cómo es la Interacción social con personal y pacientes del servicio: Buena

¿Cuenta con apoyo social? Si, sus vecinos soy muy cálidos y están para cualquier cosa que se necesite.

9. Sexualidad-Reproducción

Antecedentes Gineco-obstétricos

Menarca_____ FUM_____ Menopausia_____

Embarazos: Partos: Abortos: Cesáreas:

SDG:_____ FPP:_____

Exploración física embarazo:

Altura de fondo uterino_____ FCF:_____

Presentación: Cefálica_____ Podálica_____

Posición: Anterior_____ Posterior_____ Izquierda_____ Derecha:_____

Situación: Longitudinal_____ Transversa_____ Oblicua_____

Vida sexual activa Si No ¿Satisfacción de sus relaciones sexuales? Si No

Uso de métodos anticonceptivos: Si No ¿Cuál método?_____

¿Qué precauciones toma para prevenir enfermedades de transmisión sexual? Solo tuvo 1 pareja sexual (esposa)

Problemas de identidad sexual: Si No

Presencia de riesgos para la salud reproductiva y sexual (Vida sexual: naturaleza, frecuencia y actitud ante ella: masturbación, polución nocturna, fantasías eróticas, etc. Iniciación de su vida sexual): No presenta ningún riesgo, pues tiene aproximadamente 3 años de no tener relaciones sexuales, por reducción de libido.

Detección de cáncer cérvico-uterino en el último año: Si No

Detección de cáncer de mama en el último año: Si No

Detección de cáncer de próstata en el último año: Si No

Menopausia o Andropausia (si aplica): Anotar la actitud ante ella, presencia o no de alteraciones psicopatológicas en su curso o posterior a ella, duración y naturaleza de las mismas: Presenta reducción de libido aproximadamente 3 años, a lo cual asiste con médico para tratamiento pero no es satisfactorio y mejor decide dejarlo.

Presencia de infecciones de transmisión sexual: Si No ¿Cuál? _____

10. Adaptación Tolerancia al stress (respuesta post – traumática, respuestas de afrontamiento, estrés)

¿En el último año ha sufrido algún cambio importante en su vida? Estrés Crisis

La mayor parte del tiempo se siente: Cómodo Tenso Relajad Desmotivad

¿Qué hace para sentirse mejor?: Sale con sus amigos a despejarse.

Para relajarse utiliza (frecuencia y cantidad) : Tés Alcohol 3-4 diarias Tabaco 1 caj. diaria

Medicamentos no prescritos (tipo y frecuencia) _____ Otros: _____

Drogas ilegales (tipo) No

Cómo resuelve sus problemas ¿(recursos, apoyos con los que cuenta): Hablando con sus amigos y tomando sus consejos.

11. Valores- Creencias:

¿Cree en un ser supremo? Si, en Jesús de Nazaret

¿Profesa alguna religión? Cristiana

¿ La religión es importante para usted? Un poco.

¿Qué cosas considera importantes en su vida? Su familia, sus hijos, su esposa.

¿Se siente satisfecho con su vida? Si

Actitud ante la religión, el duelo y la muerte: Refiere la muerte es un proceso que todos llevaremos.

¿Presenta Preocupaciones relacionadas con la vida, la muerte o la enfermedad?: No, presenta positivismo ante la situación de su enfermedad HAS.

¿Cuáles sus planes futuros? (cortó y largo plazo): Dejar una herencia a sus hijos y nietos, para que lo puedan recordar con cariño.