



**UNIVERSIDAD DE
SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CASO CLÍNICO: PACIENTE CON PROBABLE EVENTO VASCULAR
CEREBRAL**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

GUADALUPE CONCEPCION MUNDO OCAMPO

ASESORA DE TESIS:

LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY

Coatzacoalcos, Veracruz

Marzo 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dedicatoria

A mi Papá

Profesor Rosendo Mundo Cancino, que aunque ya no está conmigo, siempre será un gran ejemplo y aliciente para guiar mis actos en mi vida.

A mi Mamá

Profesora Ángela Eréndira Ocampo Arrona, con amor y cariño con que guía mis actos.

A mis hermanos

Rosendo Ángel, Héctor Manuel y Jesús Enmanuel, que en alguna forma y de manera muy oportuna me han ayudado y apoyado en todos mis estudios.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por haberme permitido disfrutar a mi familia, pues mi familia me ha guiado durante todos estos años por un buen camino, y me ha brindado cariño y apoyo en cada decisión y proyecto, no ha sido sencillo llegar hasta acá, pero gracias a ellos y su inmenso amor he logrado una meta más.

Índice

1.1 Introducción	1
1.2 Fisiopatología	2
1.3 Historia clínica	6
1.4 Valoración de enfermería.....	7
1.4.1 Patrones funcionales alterados.....	8
1.5 Intervenciones de Enfermería.....	9
1.6 Razonamiento diagnóstico.....	17
1.7 Evolución	23
1.8 Conclusión	24
1.9 Recomendaciones	24
1.10 Bibliografía	27

1.1 Introducción

En la actualidad la enfermedad vascular cerebral (EVC) es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en México y a nivel global. En países de ingresos bajos y medianos representa una situación crítica, debido al incremento de su incidencia y discapacidad asociada a la alta mortalidad en las últimas décadas. ¹

Según Martínez et al ² las enfermedades cerebrovasculares son definidos como procesos patológicos donde un área del cerebro es afectada de forma transitoria o permanente, el cual afecta principalmente a personas de edad media y avanzada.

El éxito del tratamiento del EVC comienza con el reconocimiento temprano de los síntomas por parte de los familiares del paciente y la consulta oportuna a urgencias. En la valoración inicial se debe incluir la evaluación de la vía aérea, la respiración y la circulación. ²

En años recientes se han realizado avances importantes en el manejo médico e intervencionista del evento vascular cerebral isquémico, lo que ha resultado en menor tasa de fallecimientos y mejor funcionalidad a corto plazo; por lo tanto, Choreño-Parra et al ³ recomiendan que esde mayor importancia que el personal multidisciplinar encargados del cuidado de pacientes con deterioro neurológico conozcan las herramientas diagnósticas y terapéuticas útiles en el abordaje y manejo del evento cerebrovascular para mejorar el pronóstico de las personas afectados.

En la siguiente investigación se analiza el caso clínico de un paciente geriátrico con probable enfermedad vascular cerebral y se aborda un plan de atención integral para las intervenciones de su tratamiento con un enfoque dirigido a la práctica de la medicina basada en evidencia.

1.2 Fisiopatología

La enfermedad vascular cerebral isquémica es definida por Choreño-Parra et al ³ como “el conjunto de afecciones clínicas caracterizadas por un déficit neurológico de inicio súbito secundario a la oclusión total o parcial de una arteria cerebral”.

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son un conjunto de signos y síntomas que tienen como característica principal la disfunción focal del tejido cerebral, que es causado por un desequilibrio entre el aporte de la demanda de los requerimientos de oxígeno y otros substratos, dando como resultado un severo deterioro al cerebro, discapacidad permanente e incluso la muerte. ⁴

De acuerdo a un estudio realizado en 2021 por Narváez et al ⁵ la OMS define al EVC como “un fenómeno que se desarrolla rápidamente con signos clínicos de perturbación o disturbios de la función cerebral, cuyos síntomas perduran por 24 horas o más y que incluso pueden llevar a la muerte”. ⁵

Es una enfermedad que se encuentra relacionada con los hábitos de cada individuo, sumado a los factores de riesgo más importantes tales como la edad, genética, socio ambiental, factores de riesgo propios de cada localidad, género y las comorbilidades ya existentes del paciente. ⁵

El EVC se clasifica en dos subtipos: Isquémica y Hemorrágica. La isquemia cerebral es la consecuencia de la oclusión de un vaso que puede tener manifestaciones transitorias (ataque isquémico transitorio) o permanentes, lo que deja como resultado un daño neuronal irreversible. En la hemorragia intracerebral (HIC) la rotura de un vaso da lugar a una colección hemática en el parénquima cerebral o en el espacio subaracnoideo ⁶

La incidencia del EVC se duplica cada 10 años al pasar los 35 años y tiene

una morbimortalidad elevada que sólo el 38% de los casos sobrevive al paso de un año, mientras que el 30% logra ser independiente a los tres meses ⁷.

El EVC suele presentarse más entre los 60 años y 74 años, ya que en esta edad empieza a aumentar el riesgo de enfermedad vascular cerebral; y mayores de 75 años que son más susceptibles a dicha complicación. A partir de los 90 años o más, a pesar de ser un grupo muy reducido, se considera con riesgo amplio. ⁷

Los factores de riesgo se dividen en 2 que pueden ser modificables o no modificables. La mayoría se encuentra en modificables como lo serian HTA, DM 2, Tabaquismo, Sedentarismo, Hipercolesterolemia, ictus previo, Cardiopatías, Anemia falciforme y dentro de los no modificables son edad >55 años y el sexo masculino. ⁸

Los signos y síntomas se manifiestan según la localización y extensión de la lesión, por ejemplo: Si el EVC ocurre en la arteria cerebral anterior es probable que el paciente vaya a presentar reflejos primitivos, incontinencia fecal y urinaria, parálisis contralateral a la lesión. ⁸

En el estudio de Gutiérrez López et al ⁸ asocian a la arteria cerebral medio un déficit motor y sensitivo marcado. Por lo que si se presenta en la arteria cerebral anterior contralateral se ven afectadas las extremidades superiores y cara, acompañándose de parestesia.

Cuando el hemisferio dominante es afectado se presenta la afasia y los síntomas relacionados a la circulación posterior son aún más amplios y se observa frecuentemente vértigo, vómitos, síncope, diplopía, hemianopsia homónima, disfagia, disartria. ⁸

Por otro lado, el EVC puede causar también otras complicaciones una vez

detectado, por ejemplo, si la deglución es difícil, da como resultado que los pacientes presenten desnutrición y deshidratación. Los alimentos, la saliva o el vómito pueden ser bronco aspirados dando como resultado una neumonía. ⁹

Se produce úlcera por presión por la permanencia en una determinada posición, debilidad muscular que favorece la formación de coágulos de sangre en las venas profundas de las piernas y la ingle (trombosis venosa profunda), entre otras que lleven a la muerte. ⁹

Sin embargo, el diagnóstico del EVC es clínico y los estudios imagenológicos se realizan con el fin de detectar hemorragia, evaluar el grado de lesión e identificar el deterioro vascular afectado en cual se recomienda utilizar la escala FAST para el diagnóstico de EVC. ¹⁰

De acuerdo a la guía de práctica clínica ¹⁰ recomienda la tomografía computarizada sin contraste como la resonancia magnética antes de la administración de rt-PA para excluir hemorragia intracerebral y así determinar si la hipodensidad en la TAC o la hiperdensidad en RM de isquemia se encuentran presentes.

Dentro de los estudios de laboratorio y gabinete que deben solicitarse, se incluyen glucosa para descartar una encefalopatía causada por hiperglucemia o hipoglucemia, biometría hemática completa para evaluar la existencia de estados de hiper coagulabilidad, como la policitemia, trombocitosis o leucocitosis cuando el número de leucocitos supera 100,000/mm³. ³

También debe solicitarse tiempo de protrombina y tiempo de trombolastina parcial si el paciente está en el tiempo de ventana terapéutica para trombólisis intravenosa, también para descartar falla en el tratamiento en pacientes con riesgo de cardio embolismo que toman anticoagulantes orales, o bien, anticoagulación excesiva que contraindique la administración de agentes

trombolíticos. ⁶

El objetivo del tratamiento depende del tiempo de inicio de los síntomas. En pacientes que acuden de forma temprana, en las primeras 4.5 horas, se puede dirigir el manejo a eliminar la obstrucción arterial responsable de la isquemia (recanalización) y reinstaurar el flujo sanguíneo cerebral (reperusión), y así limitar el daño neuronal y reducir el área de penumbra isquémica. ³

En los pacientes que no son aptos para recibir terapias intravasculares, el objetivo del tratamiento debe estar enfocado en las comorbilidades subyacentes, como la hipertensión arterial, el control de la fiebre en pacientes con causa infecciosa, el control de alteraciones en las concentraciones de glucosa, y así prevenir complicaciones de la discapacidad neurológica y del edema cerebral en los casos en que este último se manifieste. ³

El tratamiento intravenoso con activador del plasminógeno tisular recombinante (rtPA) como menciona Choreño-parra ³ es el tratamiento estándar para todos los pacientes con evento vascular cerebral (EVC) isquémico moderado o severo que acuden en las primeras 4.5 horas del inicio de los síntomas ya que permite la reperusión.

1.3 Historia clínica

Paciente masculino de 67 años, acude acompañado por familiares por presentar malestar general un día anterior, dificultad para hablar, dolor en extremidades superiores e inferiores izquierdas, dificultad para caminar, debilidad en extremidades.

A la exploración física se encuentra paciente consciente, orientado con adecuada coloración de tegumentos, normo hidratado, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire sin ruidos agregados, precordio rítmico de buena intensidad, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, peristalsis presente sin datos de irritación peritoneal, niega sintomatología urinaria, se observa polaquiuria, extremidades integra, simétricas con ligero edema en miembros pélvicos, adecuado llenado capilar.

Paciente con electrocardiograma normal sin alteraciones; estudios de laboratorio Hb 13.2, Hto 37.3, VIm 83.1, PLT 510, leucocitos 15,400, neutrófilos en banda 154, glucosa 185, urea 48.3, creatinina 0.71, colesterol 197, triglicéridos 126, ácido Úrico 6.70, sodio 139, potasio 4.2, cloro 101, calcio 9.30, prueba COVID-19 negativa.

Signos vitales

T/A 140/80 mmHg FC 100 lpm FR 22 lpm Temp 36.5 ° c SpO2 95%

Dxtx 177 mg /dl

Diagnóstico: Probable Evento Vascular Cerebral

1.4 Valoración de enfermería

Paciente masculino de 67 años, que ingresa el día 15 de agosto del 2022 al área de urgencias acompañado por familiares, por presentar malestar general, dificultad para el habla, dolor en extremidades distales superiores e inferiores izquierda, dificultad para caminar y debilidad.

Al ingreso se encuentra paciente consciente, orientado, con cifras tensionales altas, hiperglucemia, sed, con adecuada coloración de tegumentos normo hidratadas, debilidad muscular, edema en miembros superiores e inferiores, valoración neurológica mediante la escala de Glasgow con alteración moderada, se valora el riesgo de desarrollar úlceras por presión mediante la escala de Braden obteniéndose un riesgo alto a pesar de la movilización continua.

Antecedentes heredofamiliares: La madre padece hipertensión, padre aparentemente sano, ambos fallecidos. Hermanos al momento cursando con hipertensión

Antecedentes personales no patológicos: paciente cohabita en casa propia con su esposa, la casa está hecha con materiales perdurables, la cual cuenta con todos los servicios básicos, cuentan con 2 perros, animales de corral y flora abundante. Se dedica al campo, con religión pentecostés.

Antecedente personal patológico: quirúrgicos: refiere que hace 8 años se operó de la vesícula; crónicos degenerativos: cursando con DM 2 y HAS desde hace 30 años la cual está en control con losartan 50 mg vía oral cada 24 hr y 35 ui de insulina. Niega fracturas, alergias, transfusiones.

Signos vitales

T/A 140/80 mmHg F C 100 lpm FR 22 lpm T° 36.5 °c SpO2 95% Dxtx 177 mg/dl

1.4.1 Patrones funcionales alterados

Patrón 1. Percepción y Control de la salud

Paciente masculino con enfermedades crónico degenerativas HAS y DM 2 en tratamiento con losartan 50 mg cada 24 horas e Insulina de acción intermedia 35 ui cada 24 horas. Al ingreso paciente cursando con hiperglucemia 177 mg/dl aumentando gradualmente.

Patrón 4. Actividad / Ejercicio

Se encuentra paciente con una debilidad muscular dando como resultados incapacidad para realizar algunas actividades de la vida diaria, como lo son movilización dentro de la cama para evitar el riesgo de UPP.

1.5 Intervenciones de Enfermería

Guía de práctica clínica: Intervenciones de enfermería en la atención del paciente hospitalizado con enfermedad cerebrovascular en el segundo y tercer nivel de atención

Buena práctica clínica para la atención del paciente con EVC. ¹¹

Determinantes en salud para la enfermedad cerebrovascular

1.- Promover en las comunidades una cultura de vida saludable en las personas adultas mayores como lo establece el objetivo del programa de acción específica atención del envejecimiento 2013- 2018.

2.- El personal de salud deberá realizar la detección rutinaria a individuos de 25 años en adelante con el objetivo de identificar a todo individuo adulto que esté en riesgo de presentar presión arterial fronteriza o hipertensión arterial, a través de campañas a la población de la comunidad y en sitios de trabajo según lo establece el numeral 8 detección, de la NOM-030-SSA2-2009 para la prevención tratamiento y control de la hipertensión arterial; considerando que la hipertensión arterial constituye un determinante para el desarrollo de la enfermedad cerebrovascular.

Valoración del paciente hospitalizado

3.- El personal de enfermería deberá documentar los resultados obtenidos en la aplicación de la escala de coma de Glasgow y de la escala NIHSS en el formato de notas y registros de enfermería con apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3, del expediente clínico, y notificará al equipo multidisciplinario, para continuar con su atención al paciente hospitalizado con enfermedad cerebrovascular.

4.- Valorar la presión arterial con la técnica que establece el apéndice normativo F de la NOM-030-SSA2-2009 para la prevención, detección, diagnóstico,

tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

- Aspectos generales:

La medición se efectuará después de por lo menos cinco minutos en reposo. No deberá tener necesidad de orinar o defecar, Estará tranquilo y en ambiente apropiado.

- Posición del paciente:

La presión arterial se registrará en posición de sentado con un buen soporte para la espalda y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.

En la revisión clínica más detallada y en la primera evaluación del paciente con hipertensión arterial, la presión arterial debe ser medida en ambos brazos y ocasionalmente en el muslo. La toma se hará en posición sentado, supina o de pie con la intención de identificar cambios posturales significativos.

- Equipo y características:

Preferentemente se utilizará el esfigmomanómetro mercurial o, en caso contrario, un esfigmomanómetro anerode recientemente calibrado.

El ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete deberá tener una longitud que permita abarcar por lo menos el 80% de la circunferencia del mismo.

Para la mayor parte de los adultos el ancho del brazalete será entre 13 y 15 cm y el largo, de 24 cm.

- Técnica

El observador se sitúa de modo que su vista quede a nivel de menisco de la columna de mercurio.

Se asegura que el menisco coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar.

Se colocara el brazalete situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 12 cm por encima del pliegue del codo.

Mientras se palpa la arteria humeral, se inflara rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.

Se desinflara rápidamente el manguito y se colocara la capsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.

Se inflara rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinflara a una velocidad de aproximadamente 2 mmHg/seg.

La aparición del primer ruido de korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica.

Los valores se expresaran en números pares. Si las dos lecturas difieren por más de cinco mmHg se realizaran otras dos mediciones y se obtendrá su promedio.

5.- El personal de enfermería deberá, considerar la clasificación de las cifras de presión arterial, tal como lo sugiere la NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, en el numeral 6.1 clasificación de la hipertensión arterial:

Categoría	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg
Óptima	<120	<80
Presión arterial normal	120 a 129	80 a 84
Presión arterial fronteriza*	130 a 139	85 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión 3	≥180	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	<90

- Las personas con presión arterial normal (con factores de riesgo asociados) o fronteriza aún no tienen hipertensión, pero tienen alto riesgo de presentar la enfermedad por ello los médicos deben estar prevenidos de dicho riesgo e intervenir para retrasar o evitar el desarrollo de la hipertensión arterial sistémica.

Intervenciones de enfermería para el paciente hospitalizado:

Ministración de medicación

6.- En la ministración de la medicación el personal de enfermería deberá considerar lo establecido en la NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos, en el numeral 6.7.1.3 que establece: contar con la prescripción médica por escrito, la cual debe señalar: los datos del paciente, el nombre del médico que la prescribe, la fecha, la hora, la solución o sustancia, el tiempo en el que se debe infundir (si aplica), la frecuencia y la vía.

7.- El personal de enfermería deberá considerar las recomendaciones emitidas en el documento preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente (OMS, mayo 2007) haciendo énfasis en:

- La necesidad de leer atentamente la etiqueta de los medicamentos de manera rutinaria y antes de su administración y evitar confiar en el reconocimiento visual, la ubicación y otras pautas menos específicas.
- Verificar la indicación del medicamento en la receta u orden y antes de administrarlo.
- Verificar que haya un diagnóstico activo que coincida con la indicación con el propósito o la indicación.

8.- El personal de enfermería determinará la presión del pulso, como lo establece

la norma oficial mexicana NOM-030-SSA2-2009 restando la presión arterial sistólica la presión arterial diastólica.

Intervenciones de enfermería para limitar el daño

9.- Valorar y monitorear en el paciente los criterios de los dos modelos propuestos por la NOM-025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos, establecidos en el numeral 5.5 criterios generales de ingreso a la UCI de adultos y pediátricos, para el ingreso del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Modelo basado en las funciones orgánicas, toma en cuenta:

- Pacientes que presentan insuficiencia o inestabilidad de uno o más de los sistemas fisiológicos mayores con posibilidades razonables de recuperación.
- Pacientes que presenten alto riesgo: estabilidad en peligro de sistemas fisiológicos mayores con requerimiento de monitoreo.
- Pacientes con la necesidad de cuidados especiales o especializados, que solamente pueden ser brindados en la UCI.
- Pacientes que presenten muerte cerebral y sean potenciales donadores de órganos
- Pacientes que requieran cuidados paliativos, que justifiquen su ingreso a la UCI.

Modelo de prioridades de atención, que distingue a aquellos pacientes que van a beneficiarse si son atendidos en la UCI, de aquellos que no. Los criterios son:

- Prioridad I. Paciente en estado agudo crítico, inestable, con la necesidad de tratamiento intensivo y monitoreo
- Prioridad II. Pacientes que requieren de monitoreo intensivo y pueden necesitar intervenciones inmediatas, como consecuencia de padecimientos graves agudos o complicación de procedimientos médicos o quirúrgicos

- Prioridad III. Paciente en estado agudos crítico, inestable con pocas posibilidades de recuperarse de sus padecimientos subyacentes o por la propia naturaleza de la enfermedad aguda
- Prioridad IV. Pacientes para los que la admisión en la UCI, se considera no apropiada. La admisión de estos pacientes debe decidirse de manera individualizada, bajo circunstancias no usuales y a juicio del médico responsable de la UCI.

10.- Para la asignación del personal de enfermería a las unidades de cuidados intensivos, se debe considerar las características marcadas en la NOM-025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos, establecidos en los numerales:

6.1.1.2 Personal de enfermería, preferentemente con especialidad en medicina crítica y cuidados intensivos o en su caso, licenciatura con título expedido por una institución de educación superior o institución de salud reconocida oficialmente y registrado por las autoridades educativas competentes, así como personal de nivel técnico con diploma expedido por una institución de educación media superior o de salud reconocida oficialmente y registrado por las autoridades educativas competentes;

6.1.1.3 El personal de enfermería profesional y técnico que labore en la UCIA, debe demostrar documentalmente haber acreditado cursos de entrenamiento y capacitación en cuidados del enfermo en estado crítico.

11.- La guía de práctica clínica Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Stroke Rehabilitation Practice Guidelines, update 2015; recomienda al personal de enfermería utilizar herramientas de evaluación estandarizadas, validadas y adaptadas a pacientes con problemas de comunicación o limitaciones, para determinar el deterioro físico, las limitaciones en la actividad funcional, así como el papel de los factores ambientales en

pacientes con enfermedad cerebrovascular.

Plan de alta

12.- La guía de práctica clínica Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Stroke Rehabilitation Practice Guidelines, update 2015, recomienda al equipo multidisciplinario de salud que todos los pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda deben someterse a la evaluación integral de rehabilitación para determinar los déficits, alcances, detección de prioridades y requisitos de rehabilitación potenciales incluyendo la evaluación de la seguridad (cognición, aptitud para conducción), deglución, comunicación y movilidad.

13.- El personal de salud debe referir al paciente para su seguimiento al establecimiento competente que cuente con las redes integradas de servicios de salud (RISS) de su localidad, con el fin de continuar con su recuperación, mediante vinculaciones interinstitucionales e intersectoriales, como lo establece el Modelo de Atención Integral de Salud (MAI)

14.- Se recomienda utilizarla escala de Rankin modificada para la valoración de discapacidad del paciente que egresa por enfermedad cerebrovascular, y de acuerdo al resultado establecer cuidados en el domicilio con el fin de evitar al máximo complicaciones por secuelas.

15.- Se recomienda utilizar la escala de Braden para la predicción de la aparición de úlceras por presión.

16.- Se recomienda utilizar el Índice de Barthel para medir la capacidad de realizar actividades personales de la vida diaria, y de acuerdo con las puntuaciones obtenidas establecer un programa de terapia ocupacional.

1.6 Razonamiento diagnóstico

Datos significativos	Agrupación de signos y síntomas	Tipo de diagnóstico	Dominio	Categoría diagnóstica	Factor relacionado o etológico	Característica definitorias	Diagnostico enfermero
<p>TA 140/80 mmHg</p> <p>Hiperglucemia 177 mg /dl</p> <p>Sed</p> <p>Debilidad muscular</p> <p>Riesgo de UPP alto</p> <p>Edema en miembros superiores e inferiores</p>	<p>Debilidad muscular</p> <p>Riesgo de UPP alto</p>	Real	Dominio 4. Actividad / Reposo	Deterioro de la movilidad en cama	Fuerza muscular insuficiente	Deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama	Deterioro de la movilidad en cama r/c Fuerza muscular insuficiente m/p Deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama

PLACE'S DE: PROBABLE EVENTO VASCULAR CEREBRAL

Nivel: 2		Especialidad: medicina interna	Servicio: hospitalización	Selección de resultados esperados noc.			
				Plan de cuidados			
Dominio: 4. Actividad / reposo clase: 2. Actividad / ejercicio			Resultados (noc)		Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana
Diagnóstico de enfermería (ED. FR. CD.)			Dominio: Salud fisiológica (ii)	Clase: Neurocognitiva (j)	Atiende (090003)	Gravemente comprometido 1	-Logrado: 5
Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad en cama			Cognición (0900)		Está orientado (090005)	Sustancialmente comprometido 2	-En vías de lograrse: 3
Factores relacionados: Fuerza muscular insuficiente						Moderadamente comprometido 3	-No logrado: 1
Características definitorias: Deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama						Levemente comprometido 4	
						No comprometido 5	

Clasificación De Las Intervenciones De Enfermería (NIC)	
Campo: 2. Fisiológico complejo	Clase: I. Control de la piel / heridas
Intervención independiente: 3540 prevención de úlceras por Presión	Fundamentación de las actividades:
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (Escala de Braden) • Cambios posturales cada 2 horas, según corresponda • Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas • Vigilar las fuentes de fricción y presión 	<ul style="list-style-type: none"> • La valoración del riesgo para el desarrollo de úlceras por presión e instauración del tratamiento, abarca el estado físico general, estado mental, deambulacion, movilidad corporal y control de la eliminacion urinaria e intestinal. ¹⁷ • La movilización periódica influyen en la circulación, respiración, eliminación, apetito y estado anímico. ¹⁷ • La fijación correcta de la ropa de cama evita las arrugas y por consiguiente también lesiones a la piel del paciente ¹⁷ • La presión por más de 2 horas sobre cualquier área cutánea o prominencias ósea disminuye al aporte sanguíneo y, por consiguiente, causa isquemia tisular. ¹⁷

Razonamiento diagnóstico

Datos significativos	Agrupación de signos y síntomas	Tipo de diagnóstico	Dominio	Categoría diagnóstica	Factor relacionado o etiológico	Características definitorias	Diagnóstico enfermero
<p>TA 140/80 mmHg</p> <p>Hiperglucemia 177 mg /dl</p> <p>Sed</p> <p>Debilidad muscular</p> <p>Riesgo de UPP Alto</p> <p>Edema en Miembros superiores e inferiores</p>	<p>Hiperglucemia 177 mg /dl</p> <p>Sed</p>	<p>Riesgo</p>	<p>Dominio 2. Nutrición</p>	<p>Riesgo de nivel de glucemia inestable</p>	<p>Gestión inadecuada de la diabetes</p>		<p>Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c Gestión inadecuada de la diabetes</p>

PLACE's DE: PROBABLE EVENTO VASCULAR CEREBRAL

PLACE's DE: PROBABLE EVENTO VASCULAR CEREBRAL							
Nivel:	Especialidad:	Servicio:	Selección de resultados esperados noc.				
2	Medicina interna	Hospitalización	Plan de cuidados				
Dominio: 2. Nutrición		clase: 4. Metabolismo	Resultados (noc)		Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana
Diagnóstico de enfermería (ED. FR. CD.)			Dominio: Salud percibida(v)	Clase: Sintomatología (v)	Aumento de la sed (211102)	Grave 1	-Logrado: 4
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de nivel de glucemia inestable			Severidad de la hiperglucemia (2111)		Glucemia elevada (211117)	Sustancial 2	-En vías de lograrse: 3
Factores relacionados: Gestión inadecuada de la diabetes						Moderado 3	-No logrado: 1
Características definitorias:						Leve 4	
						Ninguno 5	

Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Campo: 2. Fisiológico complejo	Clase: g. Control de electrolitos y acido básico
Intervención independiente: 2120 manejo de la hiperglucemia	Fundamentación de las actividades:
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea • Vigilar la glucemia, si está indicado • Administrar insulina, según corresponda • Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de la hiperglucemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Una observación de lo general a lo específico, de cabeza a pies, de afuera hacia adentro, de la parte media a la lateral, de la parte anterior a la posterior y de la parte distal a la proximal son normas que guían la secuencia a llevar una buena inspección. ¹⁷ • El control de los signos vitales permite la valoración del estado físico del paciente. ¹⁷ • La introducción de fármacos por vía endovenosa puede producir con rapidez reacción anafiláctica en individuos sensibilizados por reacción drástica y masiva antígeno y anticuerpo. ¹⁷ • La valoración correcta de los resultados obtenidos contribuyen a realizar un diagnóstico y tratamiento acertados. ¹⁷

1.7 Evolución

Se trata de paciente masculino de 67 años de edad el cual se encuentra cursando su segundo día de estancia intrahospitalaria con el siguiente diagnóstico probable evento vascular cerebral

El cual al pase de visita se encuentra con tendencia a la somnolencia, con tolerancia a la vía oral, emuntorios al corriente.

A la exploración física se encuentra con Glasgow de 11 puntos (O4/M4/V3) con adecuada coloración de piel y mucosa oral sub hidratada, cuello cilíndrico, tráquea central, tórax normolineo con adecuada mecánica ventilatoria, ruidos respiratorios con presencia de murmullo vesicular, ruidos cardiacos de adecuado tono e intensidad, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo con peristalsis presente normo audible no doloroso a la palpación, genitales de acuerdo a edad y sexo sin presencia de sangrado transuretral, extremidades eutróficas con presencia de hemiparesia derecha, llenado capilar menor a 3 segundos.

En resumen paciente masculino de la séptima década de la vida el cual se encuentra con tratamiento anti edema y antihipertensivos, así como reposo absoluto, conserva la micción durante el turno con un gasto total de 800 ml.

Paciente delicado.

Signos vitales

T/A 140/90 mmHg FC 100 lpm FR 22 lpm T° 36.5 °c SpO2 97%

Dctx 243 mg/d.

1.8 Conclusión

El EVC es una enfermedad tiempo dependiente, por lo que es importante realizar una valoración inicial por el personal de enfermería para así identificar y brindar los cuidados necesarios.

El objetivo primordial es brindar cuidados de enfermería con la mejoría de la calidad para ayudar al paciente con su proceso de rehabilitación integral ya que se trata de un proceso limitado en el tiempo y orientado a compensar los déficits, minimizando la discapacidad así como maximizando la capacidad funcional, la independencia del paciente y la reintegración en su entorno. ¹³

Dentro de los cuidados de enfermería que se llevan a cabo dentro de su estancia hospitalaria es la monitorización de signos vitales, nivel de consciencia y ayuda en la alimentación, cambios posturales, cuidados e higiene de la piel, así como brindar información al familiar para su aprendizaje de los cuidados al egreso hospitalario y así resolverle dudas que fueron surgiendo, se les explica la importancia de la detección de signos de alarma y la importancia de no suspender el tratamiento.

1.9 Recomendaciones

1. Respiración. Enseñar al paciente y familiar posiciones correctas para aliviar o evitar la disnea en caso necesario, así como fomentar una respiración lenta y profunda.
2. Alimentación. Se recomienda una alimentación sana reduciendo la ingesta de sal, grasas y colesterol y tener un adecuado aporte de verduras y frutas. También se debe tomar en cuenta la facilidad para deglutir del paciente, se recomienda comenzar por comidas líquidas e ir aumentando gradualmente la consistencia de los alimentos.
3. Eliminación. Proporcionar el uso de dispositivos como cómodos, orinales y pañales durante la rehabilitación para evitar el posible uso de sondas vesicales, así como animar al paciente a la ingesta adecuada de líquidos y evitar alimentos que puedan provocar estreñimiento.
4. Movimiento. Motivar al paciente a la movilización dentro y fuera de cama proporcionándole dispositivos de ayuda para restablecer las funciones corporales autónomas para la recuperación de la enfermedad motivar la paciente. Recomendar al familiar y paciente la ayuda de un fisioterapeuta para la ayuda acerca del plan de movilización adecuada.
5. Descanso/sueño. Se deberá proporcionar al paciente una posición cómoda, evitar una iluminación fuerte y proporcionarle un clima cálido y retirar todo tipo de distracciones a su alrededor.
6. Vestimenta. Incluir al paciente para la participación en la elección de su ropa recomendado el uso de ropa holgada y uso de calzado adecuado para su comodidad.
7. Temperatura corporal. Enseñar al familiar y paciente acerca de la vigilancia de la piel y la detección de cualquier zona de la piel enrojecida, así como evitar la

humedad excesiva en la piel para prevenir la formación de úlceras por presión.

8. Higiene. Se deberá realizar un aseo diario corporal y bucal, siempre evitando que quede humedad en la piel, sobre todo en axilas e ingles. Se puede hacer uso de cremas hidratantes.
9. Seguridad del entorno. Informar al familiar que deberá realizar algunas modificaciones en su casa para evitar el riesgo de lesiones, por ejemplo en el baño deberá disponer de tapetes antideslizantes y alguna silla que pueda mojarse, evitar el uso de escaleras por parte del paciente por tiempo indefinido hasta su recuperación para evitar el riesgo de caídas.
10. Comunicación. Se deberá hablar con la persona de forma clara y sencilla para la comprensión del paciente. Se deberá hacer uso de objetos de ayuda en caso de que el paciente se le dificulte el habla.
11. Religión. Cualquier actividad a realizar se deberá tomar en cuenta la religión y creencias del paciente para así evitar que el paciente no colabore.
12. Trabajo. Incluir al paciente en algunos quehaceres de la casa, de manera que no se sienta aislado y colabore en lo que pueda.
13. Ocio. Se recomienda realizar actividad física de corta o larga duración, ya sea, caminar, nadar o bailar, para el bienestar mental, la memoria, elasticidad y humor.
14. Aprendizaje. Valorar si el paciente y familiar están preparados para el aprendizaje de la modificación del estilo de vida y aclarar las dudas que puedan surgir. Animar al paciente a asistir a sus citas médicas y llevar a cabo su tratamiento.

1.9 Bibliografía

1. Málaga Germán, De La Cruz-Saldaña Tania, Busta-Flores Patricia, Carbajal André, Santiago-Mariaca Korali. La enfermedad cerebrovascular en el Perú: estado actual y perspectivas de investigación clínica. Acta méd. Perú [Internet]. 2018 Ene [citado 2022 Oct 24]; 35 (1): 51-54(51). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172018000100008&lng=es.
2. Salas Martínez NM, Lam Mosquera IE, Sornoza Moreira KM, Cifuentes Casquete KK. Evento Cerebrovascular Isquémico vs Hemorrágico. RECIMUNDO [Internet]. 22 dic; 2019 [citado 22 ene; 2023]; 3(4):177-93. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/658>
3. Choreño-Parra JA, Carnalla-Cortés M, Guadarrama-Ortíz P. Enfermedad vascular cerebral isquémica: revisión extensa de la bibliografía para el médico de primer contacto. Med Int Méx. [Internet]. 2019 enero-febrero; 35(1):61-79. (61,62-68-70,71). Disponible en: <Http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v35n1/0186-4866-mim-35-01-61.pdf>
4. Melanie Tanya ángel yagual. Aplicación del proceso enfermero desde el análisis de la teoría de Henderson en usuario con evento cerebrovascular. Hospital general guasmo sur. Guayaquil 2020. [Internet]. 2020 ene. 1-99(1). [citado 2022 Oct 24]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/5946/1/UPSE-TEN-2021-0025.pdf>
5. Narváez R, Esteban F, Escobar V, Alejandro I. Prevalencia del accidente cerebrovascular y su tratamiento en la fase aguda en pacientes de 20 a 80 años en la unidad de emergencia del Hospital General Monte Sinaí en el período de diciembre del 2018 a febrero del 2020. [Internet]. 2021, May; 1. [citado 2022 Oct 24]. 1-54(2). Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/16816/1/T-UCSG-PRE-MED-1173.pdf>
6. Arauz Antonio, Ruíz-Franco Angélica. Enfermedad vascular cerebral. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2012 Jun

- [citado 2023 Ene 22]; 55(3): 11-21. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000300003&lng=es
7. De la Garza-Longoria RS, Maldonado Mancillas JA, Mendoza-Múzquiz PL, Sánchez L. Incidencia de enfermedad cerebrovascular en un servicio de Medicina Interna. *Med Int Méx.* 2018 noviembre- diciembre; 34(6):874-880 (875) [citado 2022 Oct 28]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim186g.pdf>
 8. Gutiérrez López Yai-leen, Chang Fonseca Dylan, Carranza Zamora Andrés Josué. Evento cerebro vascular isquémico agudo. *Revista Médica Sinergia.* [Revista en Internet]. 2020, May; 5. [citado 2022 Oct 28]; 5(5). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/476/837>
 9. Chong Ji Y. Accidente cerebrovascular isquémico. Manual MS versión para público general. [Internet]. 2020, Jul. [citado 2022 Oct 28]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/accidente-cerebrovascular-acv/accidente-cerebrovascular-isqu%C3%A9mico>
 10. Instituto mexicano del seguro social. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad cerebral vascular isquémica en el segundo y tercer nivel de atención. [Internet]. 2017. 1-12(6) [citado 2022 Oct 28]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/102GRR.pdf>
 11. Intervenciones de enfermería en la atención del paciente hospitalizado con enfermedad cerebrovascular en el segundo y tercer nivel de atención. [Internet]. *Actuamed.* [citado 09 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.actuamed.com.mx/informacion-medica/intervenciones-de-enfermeria-en-la-atencion-del-paciente-hospitalizado-con>
 12. Herdman, T.H. Nanda international. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. (ed.)., Barcelona: Elsevier (2015)
 13. Sue Moorhead, Elizabeth Swanson, Marion Johnson, Meridean L. Maas. Clasificación de resultados de enfermería (noc). Medición de resultados en

salud. 5ª Ed. Barcelona: Elsevier (2014)

14. Howard k. Butcher., gloria m blechek., joanne m. Dochterman. Cheryl m. Wagner. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª Ed. Barcelona, España. Editorial Elsevier (2014)

15. Reyes Gómez, Eva. Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. 2 da Ed. México, D.F.: Editorial Manual Moderno. (2015.)