



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



PROCESO CUIDADO ENFERMERO
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO “(EMBOLIA)”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA

NORMA LIZBETH DONJUAN CERDA

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



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.



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



PROCESO CUIDADO ENFERMERO
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO “(EMBOLIA)”

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

NORMA LIZBETH DONJUAN CERDA

TUTORA

CLARA ELENA INFANTE GRANJA

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 ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO PARA
LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Los suscritos miembros del proceso de titulación de
NORMA LIZBETH DONJUAN CERDA

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo
*“PROCESO CUIDADO ENFERMERO ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO
“(EMBOLIA)”*

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

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

M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe Martínez
Rocha
Presidenta

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López
Secretaría

L.E.O. Luz Esperanza Hernández
Terrazas
Vocal

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

Índice

• Dedicatoria y agradecimientos	1
• Resumen del trabajo	2
• II.Introducción	3,4
• III.Justificación	5
• IV.Objetivos	6
4.1Objetivo general	
4.2Objetivo específico	
• V.Marco teórico	7-23
5.1Enfermería como profesión disciplinaria	
5.2El cuidado como objeto de estudio	
5.3Proceso de atención enfermería	
5.4Modelo teórico utilizado para el PCE	
5.5Etapas del proceso	
5.5.1Valoración	
5.5.2Diagnóstico	
5.5.3Planeación	
5.5.4Ejecución	
5.5.5Evaluación	
5.5.6 Problematica de salud de la persona (patología, concepto, epidemiologia, aspectos fisiopatológicos, manifestaciones.)	
5.5.7 Diagnóstico y tratamiento	
• VI. Resumen del caso clínico	24-40
6.1Valoración por patrones funcionales	
6.2Diagnóstico enfermero	
6.3Planificación	
6.4Ejecución	
6.5Evaluación	
• VII.Plan de alta	41-42
• VIII.Conclusiones	43

- IX.Referencias bibliográficas APA 44-46
- X.Glosario de términos 47-49
- XI.Anexos

Dedicatoria y agradecimientos

En la vida se nos dan pocas oportunidades para salir adelante y contar con seres que nos induzcan y nos enseñen que no debemos darnos por vencidos para lograr nuevas metas e ideales, compartir mis fracasos, triunfos, tristezas y alegrías con mis padres, infinitamente agradezco todo el apoyo, que me brindaron para subir este escalón, que será el inicio de mi profesión.

Quiero extender un profundo agradecimiento al asesor de mi proceso la Lic. Enfermería Clara Elena Infante Granja quien fue pieza clave durante este proceso para obtener el título de licenciatura en enfermería y obstetricia, a mis docentes quienes con su apoyo y enseñanza constituyen la base de mi vida profesional.

“Nada tiene tanto poder para ampliar la mente como la capacidad de investigar de forma sistemática y real todo lo que es susceptible de observación en la vida”. (Marco Aurelio)

Lo que importa no es lo que nos haga el destino, sino lo que nosotros hagamos con él.
(Florence Nightingale)

Resumen

INTRODUCCIÓN: La enfermería es una disciplina basada en el conocimiento empírico, ético y personal, considerada desde Florence Nightingale como ciencia y arte, siendo el cuidado la esencia de esta profesión. La evolución del proceso de enfermería basada en 5 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, para esto la utilización de la NANDA NIC Y NOC, las cuales facilitan las etapas brindando una mayor calidad durante el cuidado de forma activa, formulando juicios clínicos creando una mejora en los resultados esperados. La valoración por patrones funcionales aporta una serie de ventajas al proceso, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual, familiar y comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona. **OBJETIVO:** El objetivo del presente trabajo es el proceso de cuidado enfermero al paciente que presenta accidente cerebrovascular para cubrir y resolver los problemas de la enfermedad. **METODOLOGÍA:** Se realiza una investigación bibliográfica para conocer las generalidades de la enfermedad, se trabaja con un paciente con accidente cerebrovascular isquémico (embolia) elaborando una valoración por patrones funcionales, así como un plan de cuidados individualizados de enfermería, que nos ayuden al mejoramiento de la salud, se elabora un plan de alta para el paciente y cuidador. **RESULTADOS:** Se logró un vínculo con la paciente obteniendo un buen resultado en los objetivos esperados. **CONCLUSIÓN:** La aplicación del proceso enfermero es esencial para poder proporcionar cuidados de enfermería oportunos, eficaces e individuales, de acuerdo con la respuesta de la persona, en un proceso dinámico, en continua evolución.

PALABRAS CLAVE: Proceso cuidado enfermero, patrones funcionales, accidente cerebrovascular.

II.INTRODUCCIÓN

En México, en el Registro Nacional Mexicano de Enfermedad Vasculat Cerebral (R,2000.) su prevalencia fue del 29% de un total de 2,000 pacientes con ACV, de acuerdo con la OMS es la segunda causa de muerte en el mundo, la hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo más claramente asociado (55-81%). El accidente cerebrovascular altera las neuronas disminuyendo o interrumpiendo totalmente el flujo sanguíneo dentro del cerebro, dividiéndose en 2, isquémicas y hemorrágicas. Las secuelas tienen un gran impacto en la persona y en la familia, ya que pueden llegar a ser muy severas, como las parálisis, problemas cognitivos, del habla, de visión y de la coordinación motora, dicha situación desencadena necesidades de apoyo relacionadas con la discapacidad física, sensorial o psíquica de la paciente, llevándola a no poder realizar por si misma las actividades cotidianas. En el presente documento se describe un plan de cuidados individualizado con el sistema de valoración por los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, aplicado a un paciente con accidente cerebrovascular isquémico (embolia). Desde una perspectiva holística que toma en consideración todas las dimensiones de las personas y entorno.

La valoración por patrones funcionales aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero, adaptándose bien en el ámbito de atención a la salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual, familiar y comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona. El modelo del cuidado de enfermería, integra en los planes de cuidados las intervenciones basadas en evidencia científica, utilizando y adaptando el contenido de las clasificaciones taxonómicas NANDA, NOC y NIC, las cuales forman estrategias específicas para el paciente en concreto, ya que las tres clasificaciones contribuyen a la homologación del lenguaje y estandarización del cuidado.

El objetivo de estas fases de actuación de enfermería, no es otro que el garantizar en todo momento el mejor cuidado posible del paciente, así como el control de su proceso.

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 autocuidado de la vida, que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

Es innegable el hecho de que todos los profesionales que incursionan en el PCE de tercera generación, brindan cuidados innovadores a la salud de otras personas, de forma activa y explícita, formulan juicios clínicos, deliberan cómo obtener los mejores resultados y los cuidados específicos, siendo la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La aplicación de este tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y la enfermera (o) ya que el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, el paciente se beneficia, mediante este proceso porque se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería, para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. (U, 2013)

Los objetivos y características de la atención de enfermería son muy diversos y variados tanto como lo son las personas, familias y comunidades, sus necesidades específicas y los eventuales problemas de salud que se presentan.

La labor de enfermería está orientada no solo a la atención de la persona enferma, que requiere unas actividades concretas para el alivio de sus padecimientos y la recuperación de la salud, sino también para la persona sana en el área de promoción a la salud y la prevención de la enfermedad.

III. JUSTIFICACIÓN

Los accidentes cerebrovasculares (ACV), son un serio problema de salud que va en aumento, de acuerdo con la organización mundial de la salud (OMS), es considerada la segunda causa global de muerte en el mundo, siendo los países de ingresos medios y bajos, los más afectados, la probabilidad de que el ACV se repita en la persona en un lapso de 2 años es del 10 -22%. Datos de la Secretaría de Salud de México muestran, que en nuestro país la tasa de mortalidad por ACV se ha incrementado a partir del año 2000.

El objetivo de este trabajo, es señalar el importante papel que tienen las enfermeras dentro del tratamiento, diagnóstico y rehabilitación del paciente, con el uso de una metodología propia como es el proceso cuidado enfermero, vinculando la teoría de Dorothea Orem, con los cuidados aplicados a un paciente con accidente cerebrovascular isquémico, así como la orientación que se le proporciona dentro del plan de alta para el cuidado en casa al paciente, así como describir en que consiste la patología y dar a conocer al personal de enfermería la utilidad del proceso enfermero, lo que dará como resultado una atención de calidad, incrementando el beneficio, brindando una mejora en los servicios para mejorar su estadía y salud.

El proceso enfermero es el instrumento metodológico que utiliza el profesional de enfermería para desarrollar un sistema amplio de teorías, llevado a la práctica, a través de la aplicación de conocimientos, habilidades y actitudes, con el fin de realizar diagnósticos, que le permita llevar a cabo acciones encaminadas a la recuperación, estabilización y prevención de la salud del paciente.

Siendo el paciente una prioridad para el personal, así mismo evitando complicaciones y la evolución de dicha enfermedad, para no poner en riesgo la salud. El proceso está enfocado de acuerdo con los cuidados de dicho paciente, ya que todos tienen una recuperación diferente, algunos más rápida y algunos más lentos, en enfermería se deben de tener en cuenta los cuidados específicos que se tienen que llevar a cabo para dicha patología para lograr una recuperación más rápida.

IV. OBJETIVOS:

4.1 Objetivo general

- Aplicar el proceso de cuidado enfermero a un paciente con accidente cerebro vascular isquémico.

4.2 Objetivos específicos

- Establecer un plan de cuidados individualizado al paciente con accidente cerebrovascular.
- Brindar una atención correcta y oportuna durante un accidente cerebrovascular isquémico (embolia).
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, así como establecer el proceso de cuidado enfermero.
- Proporcionar información individualizada mediante el plan de alta para el paciente y cuidador.

V. MARCO TEORICO

5.1 Enfermería como profesión disciplinaria

La enfermería es la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de los otros, fundamentada por el conocimiento empírico propio, en los procesos básicos de los cuidados de enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético, derivado de las humanidades, la experiencia asistencial, los valores, expectativas personales y sociales. (M, 2018) Desde Nightingale, la enfermería fue una ciencia y arte, como ciencia se apoyó en sus pensamientos y observaciones, análisis lógico, estadístico y validación de datos, que mostró la utilización del método inductivo, el cual le permitió desarrollar un conjunto de leyes denominadas leyes de la vida. (K, 1989)

La ciencia de la enfermería como disciplina está referida a la enseñanza como campo de estudio, es aquí donde se articula la relación ciencia- disciplina; como el conocimiento desarrollado, para la enseñanza en el campo del saber de enfermería (cuáles son sus preocupaciones, la naturaleza de los fenómenos que se dan, como se relacionan, cuáles, como se definen sus paradigmas y sus campos de actuación). Las disciplinas profesionales tienen por objetivo desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica. El surgimiento de la ciencia de enfermería como disciplina, profesional, autónoma, distintiva, valorada por la sociedad, confronta las demandas de la profesión y la sociedad, para que la enfermería asuma toda la responsabilidad de las decisiones, acciones y consecuencias. (J, 1981) La actuación de la enfermera en su profesión-práctica, la expone a aspectos legales, que ella podrá resolver, en tanto que posee principios y fundamento científico, disciplinar y ético. (N,2017)

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 autocuidado de la vida, que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida

asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. La revisión acerca del cuidado de enfermería nos lleva a la reflexión de que el profesional de enfermería necesita una reforma humanista, que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar al paciente y centrar su función, en la atención y apoyo, para de esta manera se puedan brindar servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios. (P,2009) (B,2002)

5.3 Proceso de atención de enfermería

El proceso de enfermería es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados, su finalidad es reconocer el estado de salud de un cliente y los problemas o las necesidades reales o potenciales del mismo; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas llevando a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrirlas. El proceso de enfermería es cíclico, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, planeación, ejecución y la evaluación. (E,2013) (R,2010)

Evolución histórica del proceso enfermero

Enseguida se mencionará la evolución del proceso cuidado enfermero, pues hoy en día ha evolucionado a una tercera generación, como resultado de que la comunidad científica de esta área, ha adoptado un cambio en la misma metodología por la que se guía. Su desarrollo en cinco etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) se sustenta con la mejor evidencia científica, actualmente se considera como tal a las taxonomías de enfermería: NANDA, la cual se ha convertido en lenguaje propio de la disciplina reconocida internacionalmente, la Taxonomía NOC (Organización sistemática de resultados en grupos o categorías) basados en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y escalas de medición. (M, 2014)

La NIC abarca las intervenciones realizadas por todos los profesionales de enfermería. Al igual que en el pasado, todas las intervenciones incluidas en la NIC tienen el propósito

de resultar clínicamente útiles, aunque algunas sean más generales que otras. Puesto que las intervenciones abarcan un amplio abanico de la práctica de enfermería, el uso de la NIC ayuda a mostrar el impacto que tienen los profesionales en el sistema de prestación de cuidados sanitarios, normaliza y define la base de conocimientos del plan de estudios y la práctica de enfermería, facilitando la elección correcta de una intervención y la comunicación de los tratamientos a otros profesionales de enfermería y a otros proveedores de cuidados. (B,2013)

Es innegable el hecho de que todos los profesionales que incursionan en el PCE de tercera generación brindan cuidados innovadores a la salud de otras personas, de forma activa y explícita, formulan juicios clínicos, deliberan cómo obtener los mejores resultados y los cuidados específicos para alcanzar cada uno de estos, todo ello con base en taxonomías para la estandarización del cuidado, implementarlo sin duda alguna impone la innegable capacidad de aplicar y desarrollar habilidades críticas, meta cognoscitivas y de pensamiento crítico, en esta dirección, es conveniente señalar que comienza a permear su aplicación en las instituciones de salud y educativas en México, como estrategia para medir los resultados en los pacientes influenciados por el cuidado de enfermería. (scielo)

En México se crea la Comisión Permanente de Enfermería, como un cuerpo colegiado asesor de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto conducir y analizar las acciones y actividades que se emprendan en materia de enfermería, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad, eficiencia de los servicios de atención a la salud, desarrollo y superación del personal, así mismo dicha comisión es el organismo que en México se está dando a la tarea de regular que en todas las instituciones se implemente el proceso cuidado enfermero como metodología de trabajo para todo el gremio y se ha encargado de que se elaboren planes de cuidados estandarizados, a fin de facilitar el trabajo de todos los profesionales de enfermería. (J,2007)

A través de los años el proceso cuidado enfermero ha ido cambiando acorde a las necesidades del paciente y enseguida se mencionarán algunas de las fechas más relevantes.

- 1950: Se propone a los profesionales de enfermería, un método para la toma de decisiones; El Proceso de Atención Enfermería (PAE).

- 1955: HALL, menciona por primera vez la necesidad de un proceso sistemático que permita a la enfermera tomar decisiones.
- 1960: DOROTHY JOHNSON, IDA JEAN ORLANDO Y ERNESTINE WIEDENBACH: describen un proceso trifásico: análisis, síntesis y ejecución.
- 1967: HELEN YURA y MARY WALSH: Publicaron el primer texto que describía el proceso en 4 partes: valoración, planificación, ejecución y evaluación.
- 1970: BLOCH, ROY y otras, incluyeron la fase de diagnóstico. Dando lugar al actual proceso de 5 fases.
- 1973: AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA), consideró al proceso enfermero, como un estándar de calidad.
- 1980: ANA, definió la profesión como: “la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y potenciales”.

5.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PCE

Teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

Es una de las teóricas de enfermería más destacada en América, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Siempre trabajó para mejorar la formación en enfermería. Siendo para ella el objetivo de enfermería, ayudar al individuo a mantener por sí mismo acciones de autocuidado, para conservar la vida y recuperarse de la enfermedad, logrando afrontar las consecuencias de esta. (E, 2010)

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

✓ Persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los

símbolos. Para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

✓ **Salud:**

Estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

✓ **Enfermería:**

Servicio humano que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. (B,2000)

Orem etiquetó su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías: (A,2015)

- **Teoría del autocuidado:**

Describe por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas, siendo una función reguladora del hombre, que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

- **Teoría del déficit de autocuidado:**

Describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente.

- **Teoría de sistemas enfermeros:**

Describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad, tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería.

Este caso lo vamos a tomar como perspectiva del modelo de déficit de autocuidado de Dorothea Orem, debido a que la paciente no puede realizar por sí misma las actividades cotidianas, así mismo ya que Orem se hacía la pregunta, ¿cuál es el estado que indica la necesidad de asistencia enfermera? y lo describía como: «la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal.

5.5 Etapas del proceso cuidado enfermero.

A continuación, se describen cada una de las etapas del proceso cuidado enfermero, mencionando su descripción y propósito de cada una de las etapas con el fin de recapitular acerca del tema.

5.5.1 Valoración

Corresponde a la recogida de datos, mediante recopilación de información basada en la observación y la entrevista a la persona, así como en toda otra fuente disponible (padecimientos, hábitos de vida, estado de satisfacción, necesidades y dificultades).

Los datos los podemos obtener de dos fuentes:

- **Fuentes primarias:** observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.
- **Fuentes secundarias:** expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica).

La observación es un elemento fundamental de todo proceso de investigación; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos, la entrevista es una técnica que no solo se utiliza para obtener los datos subjetivos de la salud de nuestro paciente, sino como medio para establecer una relación mutua de confianza, creando una relación interpersonal terapéutica, tendremos que desarrollar una buena comunicación tanto verbal, como no verbal.

- La comunicación verbal será clara, concreta y comprensible.
- La comunicación no verbal corroborará o desmentirá la información transmitida por el paciente.

La exploración física:

Es el conjunto de procedimientos que realizamos las enfermeras tras realizar la entrevista clínica, con el fin de recoger una serie de datos objetivos o signos, que corroboren o desmientan los datos subjetivos o síntomas que refiere el paciente.

Las principales técnicas que realizamos las enfermeras en la exploración física son:

Inspección:

- Retirarse un poco. Observar al paciente en su totalidad. Verificar que haya iluminación adecuada.
- Observar alrededor de la cama en busca de claves (mascarilla de oxígeno, nebulizador, bastón, recipiente para vómito).
- Asegurarse que el paciente está expuesto de forma adecuada (con privacidad y comodidad) y colocado de manera correcta para permitir una exploración completa (semifowler, decúbito supino).
- Observar con cuidado y de manera minuciosa. ¿Se identifican anomalías obvias (protuberancias, inconsciencia)?.
- Alguna anomalía sutil (palidez).
- Observar con maniobras específicas, como tose o respira.

Palpación:

- Empezar la exploración ligera y suave, después utilizar una presión firme.

Percusión:

- Golpeando la superficie externa del cuerpo, con las manos, comparando ambos lados. Escuchar y sentir cualquier diferencia.

Auscultación:

- Asegurarse que el estetoscopio funciona bien, colocación del paciente en posición sedente inclinado hacia delante, escuchar durante la espiración.

Existen dos tipos de datos que debemos tomar en cuenta:

- **Los datos subjetivos** son lo que el paciente nos dice que son sus síntomas, incluidos sentimientos, percepciones y preocupaciones.
- **Los datos objetivos** son observables y medibles pueden obtenerse a través de signos vitales, examen físico y pruebas de laboratorio / diagnóstico.

5.5.2 Diagnóstico

Análisis e interpretación de los datos recogidos, permitiendo identificar los problemas que son de su competencia, determinando con mayor claridad posible y de manera concisa un problema específico y las fuentes que la provocan, se trata de elaborar el diagnóstico de enfermería. Tienen como objetivo detectar problemas de salud actuales o potenciales que pueden ser tratados de forma independiente por ellos.

Existen cuatro tipos de diagnóstico de enfermería:

- **Reales:** Los diagnósticos de enfermería reales describen los diferentes

problemas y alteraciones de la salud del individuo. Se basan en la presencia de signos y síntomas propios de la enfermedad. Por ejemplo: náuseas, estornudos, entre otros.

- **De bienestar:** Los diagnósticos de enfermería de bienestar son todos los juicios clínicos que se hacen con el fin de mejorar las condiciones del paciente. Este tipo de diagnóstico requiere del consentimiento del paciente.
- **De riesgo:** Son los diagnósticos de enfermería que apuntan a determinar la vulnerabilidad que tiene una persona de desarrollar un problema de salud. Por ejemplo: Riesgo de infección, riesgo de caída, entre otros.
- **De síndrome:** Son los diagnósticos para enfermería compuestos por un grupo de diagnósticos reales o de riesgo. Este tipo de diagnósticos permite diagnosticar la presencia de situaciones más complejas. Por ejemplo: víctimas de abuso sexual que presentan síndrome de violación.

5.5.3 Planeación

Es la base de datos recabados en la etapa de valoración, su análisis y el diagnóstico de enfermería establecido, se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados previamente, orientada a la acción estableciendo un plan de actuación y determinar sus diferentes pasos e intervenciones concretas de un modo ordenado, individualizado, y dirigido a conseguir los resultados/ objetivos.

- Establecer prioridades en los cuidados. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad, raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

- Elaboración de las actuaciones de enfermería, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados, corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.
- Documentación y registro.

5.5.4 Ejecución

Corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es conducir a su óptima satisfacción de sus necesidades, promover la salud y el bienestar ayudando a afrontar los problemas de salud.

actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

5.5.5 Evaluación

Última fase mediante la cual se determina con la persona enferma, hasta qué punto se han alcanzado los objetivos puestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados a la par que se incorporan nuevos datos del estado de la persona. (v,2019)

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

5.5.6 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Anatomía funcional de la circulación cerebral

La sangre arterial llega al encéfalo por cuatro arterias principales: dos arterias carótidas internas y dos arterias vertebrales.

Las arterias carótidas internas provienen de las arterias carótidas comunes y penetran al cráneo por el conducto carotídeo para dar lugar en varias ramas terminales. **(ver anexo 1)**

- **Arteria cerebral anterior (ACA)**

Irriga la porción orbitaria y medial del lóbulo frontal, y la cara medial del lóbulo parietal, el área perforada anterior, el cuerpo del cuerpo calloso, el septum pellucidum, la parte inferior y rostral del núcleo caudado, del putamen, brazo anterior y rodilla de la cápsula interna.

- **Arteria cerebral media (ACM)**

Irriga la porción lateral de los giros orbitarios, y los lóbulos frontales, parietal, y temporal. La ACM da origen a las arterias medias y laterales que irrigan gran parte del putamen, el área lateral del globus pallidus, y la región adyacente a la cápsula interna.

- **Arteria comunicante posterior (ACP)**

Esta arteria se une a las ramas posteriores de la arteria basilar. Da irrigación a la rodilla y el tercio anterior del brazo posterior de la cápsula interna, la porción rostral del tálamo, y a las paredes del tercer ventrículo. Las arterias vertebrales penetran al cráneo por los agujeros occipitales y cerca del extremo rostral del bulbo se unen para formar la arteria basilar. Antes de su unión dan origen a las arterias espinales anteriores que forman un tronco único, a las arterias espinales posteriores, y a las arterias cerebelosas posteroinferiores. A lo largo del trayecto de la arteria basilar emite ramas pontinas, la arteria auditiva interna (irriga el oído interno), la arteria cerebelosa anteroinferior (irriga porción rostral de la superficie inferior del cerebelo), y la arteria cerebelosa superior (irriga superficie superior del cerebelo). (M2000)

Accidente cerebrovascular

Un ACV es una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente.

(E, 2015) Ocurre cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se interrumpe o se reduce, lo que impide que el tejido cerebral reciba oxígeno y nutrientes o bien cuando existe un derrame de sangre en el cerebro o alrededor del mismo. Las células cerebrales comienzan a morir en minutos. (A,2000)

Los trastornos de tipo isquémico tienden a producir déficit cognitivos y sensitivo motores focales, mientras que las hemorragias cerebrales tienen consecuencias más amplias y difusas sobre las funciones cognitivas.(w,2013) Además los mecanismos lesionales que se desencadenan una vez ocurrida la isquemia o la hemorragia cerebral progresan muy rápidamente.(M,2011) La relevancia del ACV radica en que se trata de una causa importante de muerte, invalidez, dependencia y estancia hospitalaria, aunque existe una alta supervivencia a esta enfermedad, el 90% de los pacientes que la padecen tienen alguna secuela después de haber sido dado de alta y haber llegado a su hogar, el 30% de estos casos incapacitan al individuo para realizar sus actividades de la vida diaria, lo cual genera una demanda de cuidado especial por parte de un familiar.(M,2016)

Otras secuelas que se presentan cuando se afecta el cerebelo, una vez que se ha dado un ACV son los mareos, náuseas, problemas en el equilibrio y coordinación. Esto se debe a que el cerebelo es quien procesa la entrada de información desde otras áreas del cerebro, la médula espinal y los receptores sensoriales. Así mismo cuando se afecta el hemisferio cerebral izquierdo se ven comprometidos los movimientos del lado derecho del cuerpo y dependiendo de su severidad, también se puede producir la pérdida del habla. Contrariamente a esto cuando se afecta el hemisferio cerebral derecho, son los movimientos del lado izquierdo del cuerpo los que se ven afectados. (S,2013) **ver anexo 9**

Enfermedad cerebrovascular isquémico:

Un infarto cerebral isquémico es una condición que afecta al cerebro y los vasos sanguíneos que lo suministran. Esto sucede cuando el flujo sanguíneo de una parte del cerebro disminuye repentinamente o se detiene, es probable que un infarto cerebral isquémico comience repentinamente y se desarrolle rápidamente. Esto puede causar la muerte de los tejidos cerebrales en unos minutos u horas.

Enfermedad cerebrovascular hemorrágico:

Es una condición que ocurre cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe. La sangre se sale o puede irritar o lastimar al tejido cerebral, o causar daño al empujar contra áreas vecinas. (U, 2018)

Epidemiología

De acuerdo con la organización mundial de la salud (OMS), es considerada la segunda causa global de muerte en el mundo, siendo los países de ingresos medios y bajos, los más afectados. (I,2015) la probabilidad de que el ACV se repita en la persona en un lapso de 2 años es del 10 -22%.

Datos de la Secretaría de Salud de México muestran, que en nuestro país la tasa de mortalidad por EVC se ha incrementado a partir del año 2000, particularmente en menores de 65 años durante el 2007 del total de egresos en hospitales públicos, el 1% fue atribuido a EVC, mientras que, en el 2008, la tasa de mortalidad fue de 28.3/100,000 habitantes.

En México, en el Registro Nacional Mexicano de Enfermedad Vasculare Cerebral (R,2000.) su prevalencia fue del 29% de un total de 2,000 pacientes con EVC aguda. La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo más claramente asociado. (55-81%) (A, 2012)

Fisiopatología del infarto cerebral

Una vez que existe oclusión de un vaso cerebral con la consecuente obstrucción del flujo sanguíneo cerebral, se desencadena una cascada de eventos bioquímicos que inicia con la pérdida de energía y que termina en muerte neuronal. otros eventos incluyen el exceso de aminoácidos excitatorios extracelulares, formación de radicales libres, inflamación y entrada de calcio a la neurona. Después de la oclusión, el núcleo central se rodea por un área de disfunción causada por alteraciones metabólicas e iónicas, con integridad estructural conservada, a lo que se denomina "penumbra isquémica". Farmacológicamente esta cascada isquémica puede ser modificada y disminuir sus efectos deletéreos, lo que representa en la actualidad una de las áreas de investigación más activa.(N, 2007)

Para cumplir sus funciones el cerebro requiere que el flujo sanguíneo cerebral (FSC) sea constante y permanente. El FSC es aproximadamente de 65 ml/min/100 gr de tejido, pero puede modificarse dependiendo de la rapidez y el grado de obstrucción que sufra el vaso.

Si cae por debajo de 25 ml/m/100 g de tejido cerebral y la circulación se establece a corto plazo, las funciones cerebrales se recuperan; si por el contrario el FSC cae por debajo de 10-12ml/min/100g, independientemente del tiempo de duración, se desencadenan procesos irreversibles del infarto cerebral.

En el infarto se producen básicamente dos fenómenos fisiopatológicos, uno de ellos es la hipoxia tisular debido a la obstrucción vascular y el otro son las alteraciones metabólicas de las neuronas debido a la abolición (anulación) de los procesos enzimáticos.

Estas alteraciones metabólicas lesionan la membrana celular permitiendo la brusca entrada de sodio (Na⁺) a la célula, seguido del ingreso de calcio (Ca⁺) y la salida en forma rápida del potasio (K⁺) al medio extracelular. El resultado final es el edema celular irreversible.

Los factores que interfieren en la producción del infarto cerebral y en su extensión, modificando el tiempo de aparición de la isquemia son:

- ✓ La rapidez con que se produce la obstrucción.
- ✓ La ruptura de un vaso sanguíneo igual a un EVC hemorrágica.
- ✓ La trombosis se produce cuando un coágulo bloquea una arteria cerebral.
- ✓ La hipoxia e hipercapnia que tienen efectos dañinos.
- ✓ Las anomalías anatómicas en la circulación cerebral. (U,2018) (S,2012)

(Ver anexo 2)

Factores de Riesgo

- Hipertensión.
- Diabetes.
- Antecedentes familiares.
- Hipercolesterolemia.
- Edad mayor de 55 años.
- Tabaquismo.
- Problemas cardiacos.
- Obesidad.

Síntomas

- Entumecimiento, debilidad o parálisis de la cara, el brazo o la pierna, en uno o ambos lados del cuerpo.
- Ocurrencia súbita de visión borrosa o reducción de la visión en uno o ambos ojos.
- Aparición brusca de mareos, pérdida del equilibrio o caídas sin explicaciones.
- Incapacidad repentina para comunicarse ya sea por dificultad para hablar o entender.
- Aparición súbita de dolor de cabeza, de gran intensidad y sin causa conocida.
- Cambios en lucidez mental, audición, sentido del gusto, torpeza.
- Dificultad para leer, escribir y deglutir. (I,2018)

Se clasifica en dos tipos de accidentes cerebrovasculares: isquémicos y hemorrágicos.

Dentro de los isquémicos se encuentran:

- **Accidente cerebrovascular trombótico.**

Se presenta cuando un coágulo obstruye el flujo de sangre en el cerebro y generalmente ocurre como consecuencia de la acumulación de placa en las arterias. La aterosclerosis, que es la acumulación de depósitos grasos en las paredes de las arterias, causa un estrechamiento de los vasos sanguíneos y con frecuencia es responsable de la formación de dichos coágulos.

- **Accidente cerebrovascular embólico.**

Ocurre cuando un coágulo sanguíneo se genera en otro lugar del organismo y viaja hasta el cerebro por lo que se obstruye el flujo sanguíneo.

Los accidentes cardiovasculares hemorrágicos son:

- **Hemorragia cerebral o intracerebral.**

Ocurre cuando se presenta una dilatación anormal en una zona débil de un vaso sanguíneo en el cerebro (aneurisma cerebral), se rompe y ocurre un derrame de sangre en este órgano.

- **Hemorragia subaracnoidea.**

Se genera cuando un vaso sanguíneo se rompe y se derrama sangre en el espacio que existe entre el cerebro y el cráneo (espacio subaracnoideo). **(ver anexo 3)**

5.5.7 Diagnóstico

Pruebas y exámenes.

Examen físico:

- Verificar si hay problemas con la visión, el movimiento, la sensibilidad, los reflejos, la comprensión y el habla. (Escala de Glasgow) **(ver anexo 6)**
- Revisión de la presión arterial.

Exámenes para ayudar a encontrar el tipo, la localización y la causa del accidente cerebrovascular y descartar otros problemas:

- Tomografía computarizada del cerebro para determinar si hay algún sangrado.
- Resonancia magnética del cerebro para determinar la ubicación del accidente cerebrovascular.
- Angiografía de la cabeza para buscar un vaso sanguíneo que está bloqueado o sangrando.
- Dúplex carotídeo (ultrasonido) para ver si se han estrechado las arterias carótidas del cuello.
- Ecocardiografía para ver si el accidente cerebrovascular pudo haber sido causado por un coágulo sanguíneo proveniente del corazón.
- Angiografía por resonancia magnética o angiografía por tomografía computarizada para ver si hay vasos sanguíneos anormales en el cerebro.

Otros exámenes:

- Exámenes de sangre.
- Electroencefalograma para determinar si hay convulsiones.
- Un electrocardiograma y un monitoreo del ritmo cardíaco. (D,2020)

Tratamiento

- Fisioterapia.
- Si el accidente cerebrovascular fue causado por un coágulo sanguíneo, se puede administrar un fármaco trombolítico para disolverlo.
- Anticoagulantes como heparina, warfarina, ácido acetilsalicílico o clopidogrel.
- Medicamentos para controlar los factores de riesgo, como la presión arterial alta, la diabetes y el colesterol alto.
- Procedimientos especiales o cirugía para aliviar los síntomas o prevenir más accidentes cerebrovasculares.
- Nutrientes y líquidos. (D,2020) (S,2015)

Complicaciones

- Parálisis. (escala Cincinnati) **(ver anexo 7)**
- Problema de coordinación motora.
- Alteraciones en la visión.
- Alteraciones en la deglución.
- Alteraciones neuropsicológicas.
- Alteraciones de la sensibilidad.
- Alteraciones en el lenguaje.

Pronóstico

- Depende del tipo de accidente cerebrovascular.
- La cantidad de tejido cerebral dañado.
- Qué funciones corporales han resultado afectadas.
- Qué tan rápido se administró el tratamiento.

VI. Resumen del caso clínico

Patrones funcionales de Marjory Gordon

Para la realización de la valoración he decidido usar el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon. Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, permitiendo una valoración enfermera sistemáticamente y premeditada, con la que se obtiene una cantidad importante de datos relevantes del paciente (físico, psíquico y social) de manera ordenada, proporcionando una visión holística tanto del paciente, familia y entorno.

La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón.

Cuenta con 11 patrones funcionales:

- 1.-Patrón de percepción manejo de la salud.
- 2.-Nutricional/metabólico.
- 3.- Eliminación.
- 4.-Actividad/ejercicio.
- 5.-Sueño/descanso.
- 6.-Cognitivo/perceptual.
- 7.-Autopercepcion/autoconcepto.
- 8.-Rol/relaciones.
- 9.-Sexualidad/reproducción.
- 10.-Tolerancia al estrés.
- 11.-Valores y creencias.

Dándose de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionando un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología. (J,2010)

6.1 Valoración por patrones funcionales

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: CLL

FECHA DE NACIMIENTO 24 JULIO 1938

EDAD: 83 AÑOS

ESTADO CIVIL: VIUDA

SEXO: FEMENINO

ANTECEDENTE HEREDOFAMILIARES (AHF): NEGADOS

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS (APNP):

TOXICOMANÍAS NEGADAS, TRANSFUSIONES: 1

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (APP):

DIABETES MELLITUS (DM) DE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN, HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) DE 10 AÑOS, EMBOLIA DE 15 AÑOS Y OTRA DE 9. ALERGIAS: NEGADAS

DIAGNÓSTICO ACTUAL

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO (EMBOLIA)

EXPLORACIÓN FÍSICA

PESO:46 kg **TALLA:** 1.54 **IMC:**19.4

PUPILAS: ISOCÓRICAS, DILATADAS.

T°:36.5°C **T/A :**130/80 **FC** 84X1 **FR** 18 X1

SATO2: 95% **GLUCEMIA:** 94 MG/DL

Paciente cooperadora a la exploración, presenta alteración a la marcha, piel hidratada de coloración normal sin presencia de edema llenado capilar 2, sin tirajes intercostales,

respiraciones normales, se palpa adecuado ritmo cardíaco, presencia de varices en miembro superior derecho, se realiza la exploración en posición semifowler.

TRATAMIENTO MÉDICO:

Metformina 1 cada 24 horas.

Piracetam (Nootropil) tableta 800 mg 3 veces al día.

Clopidogrel 1 tableta 75 mg al día.

Somazina (Citicolina) 500mg 1 diaria.

Hipromelosa (Meticel) solución Oftálmica 5 mg.

Motilaxil ocasionalmente. **(ver anexo 8)**

1° PATRÓN DE PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD

Paciente femenino describe su estado de salud actual como bueno, llevando a cabo un seguimiento correcto sobre sus recomendaciones terapéuticas, así como el uso adecuado de su medicación, refiriendo tener conocimiento sobre su enfermedad actual, presenta una actitud y un comportamiento de aceptación sobre esta, aunque al principio refiere le costó un poco de dificultad el adaptarse, niega consumo de alcohol y tabaco. Toxicomanías negadas, alergias negadas, con signos vitales dentro de parámetros normales, presenta un aspecto general adecuado acorde a su edad.

2°PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO

Paciente con t°36.5, de complexión delgada piel rosada con turgencia de piel normal, refiere el tener una dieta libre sin restricción alguna, teniendo un apetito disminuido, ya que refiere el depender de alguien para que le proporcione el alimento le genera un poco de inquietud, con una cantidad e ingesta de líquidos adecuada de 2 litros diarios entre ellos refrescos, suero y agua. Refiere comer 3 veces al día, consumir 2 meriendas durante el día, refiere utilizar ayuda para alimentación ya que presenta dificultad al momento de la utilización de

utensilios, siendo la parte afectada del lado derecho, así mismo refiere el alimento que no le gusta es el pollo, falta de piezas dentales incisivos superiores, encías dentro de los límites normales, lengua sin lesiones, higiene bucal diaria, piel hidratada de buena coloración, riesgo moderado de UPP por valoración de escala de Braden y Norton.(ver anexo 4,6)

3°PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Refiere una eliminación intestinal con malestar ya que presenta estreñimiento, para este la utilización de laxantes(pastillas y supositorios), así como consumo natural de ciruela pasa y masajes abdominales, de consistencia dura por lo cual presenta dolor abdominal al momento de la evacuación, de coloración normal, dentro de la eliminación vesical, refiere realizar sus necesidades de manera normal, con característica normal sin olor, de coloración clara, refiriendo para ambas utilización de pañal, refiere tener una eliminación cutánea normal, sin presencia de mal olor.

4°PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO

FC: 84X1 FR: 18X1 T/A: 130/80

Presenta una expresión facial alegre, se valora la capacidad de la paciente para la realización de actividades básicas de la vida diaria (bañarse, uso del retrete, desplazarse) según el índice de Barthel y se obtiene una puntuación de 20 con dependencia severa, refiere anteriormente practicaba actividades como caminata, realizando por si sola las compras y lo que necesitara, actualmente se encuentra en cama llevando una actividad física sedentaria, con presencia de dificultad para moverse, ya que del lado derecho no le responde la extremidad inferior, por lo cual utiliza silla de ruedas, mantiene una respiración normal sin complicaciones, tórax simétrico con una función cardiaca normal, manteniendo una adecuada higiene, aunque necesita de ayuda para poder ducharse de una forma adecuada.

5°PATRÓN DE SUEÑO – DESCANSO

Refiere descansar de 7 a 8 horas diarias, siendo este no reparador, presenta somnolencia durante todo el día, ocasionalmente refiere no descansar del todo, realizando siestas durante este, su percepción personal hacia este es adecuado y en ocasiones disminuido.

6°PATRÓN COGNITIVO – PERCEPTUAL

Presenta una actitud y conciencia frente al entorno somnolienta, cooperadora, refiere una orientación regular acerca de su domicilio, edad, fecha de nacimiento, día, mes, año y país. Ya que al preguntar lo dice en pausas, así como tiene alteración referente a la audición ya que por el mismo evento ocurrido no escucha bien y a la visión porque le es difícil observar de cerca, no reconociendo bien las imágenes, pupilas isocóricas con buena reacción a la luz. Presenta una atención hipoprosexia, refiere no tener pérdida de la memoria, aunque algunas de las veces al despertar se encuentran confusa sobre el lugar donde se encuentra y cosas que hay en su alrededor, es coherente en el habla, presenta un buen comportamiento, se encuentra tranquila y atenta, habla con un volumen y tono normal, sin presencia de dolor.

7°PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

Refiere una percepción hacia su imagen corporal aceptable y se describe así misma de manera ajustable a la realidad, refiere sentirse bien a pesar de su enfermedad, contar con todos los servicios básicos agua, luz, drenaje, ocasionalmente presenta un poco de ansiedad, así mismo refiere sentirse preocupada e inquieta por no poder realizar las tareas que anteriormente realizaba y sentirse dependiente de las personas.

8°PATRÓN DE ROL – RELACIONES

Refiere actualmente depender de manera física como económica de sus hijos, manteniendo un apoyo familiar bueno, teniendo una convivencia buena con sus hijos y nietos para el afrontamiento de su enfermedad sin problemas, motivándola a salir adelante, lleva acabo una buena interacción social con su círculo de amistades, actualmente vive con 1 acompañante, así mismo refiere que todos sus hijos son cuidadores de ella y se turnan para acompañarla durante todo el día, presenta sentimiento de felicidad, ya que sus familiares presentan interés sobre su enfermedad, aunque si se siente preocupada debido a que no le gusta estar dependiendo de alguien para realizar sus actividades diarias.

9°PATRÓN DE SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Antecedentes gineco obstétricos: gesta 11 por parto vía vaginal, anteriormente se realizaba anual su papanicolaou, así como exploración mamaria, no recuerda fecha de última menstruación.

10° PATRÓN DE ADAPTACIÓN – TOLERANCIA AL ESTRÉS

Refiere la mayoría del tiempo sentirse cómoda sin ninguna alteración referente a su situación actual, aunque la hace sentirse un poco inquieta ya que al momento de preguntarle se muestra ansiosa realizando movimientos de manos, refiere al principio le costó mucho trabajo adaptarse al nuevo estilo de vida.

11°PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS

Refiere ser de religión católica siendo a su vez esta importante para ella, así como refiere tener dentro de su personalidad valores como respeto y honestidad sintiéndose satisfecha con su vida.

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION			
<p>Patrón (es):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 02 nutricional /metabólico • 04 actividad ejercicio <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente encamado • Utilización de pañal • Sudoración <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hidratación adecuada • Sensibilidad de piel 	<p>Dominio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 11 seguridad /protección <p>Clase:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 02 lesión física <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 00249 riesgo de úlceras por presión <p>Vulnerable a una lesión localizada de la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea como resultado de la presión combinada con cizallamiento.</p> <p>Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de accidente cerebrovascular • Adulto: puntuación en la escala de Braden menor a 18 • Inmovilización física • Hidratación cutánea 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		<p>Dominio: 02 salud fisiológica</p>	<p>Clase: L integridad tisular</p>		
		<p>Criterio de resultado: 1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas</p>			
				<p>Indicador (es)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 110102 sensibilidad • 110104 hidratación • 110113 integridad de la piel • 110115 lesiones cutáneas 	<p>Puntuación inicial</p> <p>4 levemente comprometido</p> <p>4 levemente comprometida</p> <p>4 levemente comprometida</p> <p>4 leve</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	Fundamentación de las intervenciones	
<p>Campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> 02 fisiológico: complejo <p>Clase:</p> <ul style="list-style-type: none"> L control de la piel / heridas <p>INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3540 prevención de úlceras por presión <p>ACTIVIDADES</p> <p>1.-354001 utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (Escala de Braden)</p> <p>2.-354007 vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida</p> <p>3.-354008 eliminar la humedad excesiva de la piel causada por la transpiración, continencia fecal o urinaria</p> <p>4.-354010 darse la vuelta continuamente 1-2 horas según corresponda</p> <p>5.-354016 mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas</p> <p>6.-354023 vigilar las fuentes de presión y fricción</p>	<p>1.-Escala de Braden: se emplea cuando se desea objetivar o predecir la probabilidad de desarrollo de UPP en los pacientes, valorando su exposición a la humedad, actividad física, movilidad, roce, nutrición y percepción sensorial. (ver anexo 4)</p> <p>2.-En los primeros momentos cuando aparecen se observa enrojecimiento de la piel en la zona de apoyo, que no desaparece al suprimir la presión. Este enrojecimiento puede evolucionar hasta convertirse en una herida profunda.</p> <p>3.-Si el paciente sufre incontinencia urinaria o fecal, es necesario utilizar el dispositivo más adecuado para evitar la humedad, debe cambiarse siempre que sea necesario. en cada cambio de dispositivo hay que hacer una higiene correcta de la piel, limpiando e hidratando bien la zona circundante. Ya que esto ayuda a la aparición de úlceras por presión (UPP).</p>	<p>4.-Es frecuente que aparezcan en las prominencias óseas, como las caderas, los talones, la espalda y la parte inferior de la espalda (sacro) por eso es recomendable estar cambiando de posición. según la GPC (guía de práctica clínica) es recomendable el cambio cada 2 horas.</p> <p>5.-Las personas que permanecen demasiado tiempo encamadas pueden padecer úlceras por presión por eso mismo es importante mantener la ropa en buenas condiciones para evitar el acumulo de suciedad y humedad sea más fácil evitarlas.</p> <p>6.- La presión constante en la piel provoca la compresión de pequeños vasos sanguíneos, que son los que proveen a la piel de oxígeno y nutrientes. cuando la piel no recibe estas sustancias se produce muerte en los tejidos.</p>

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION		
<p>Patrón (es):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 03 eliminación <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de movimiento • Consumo de laxantes • Falta de actividad física • Sedentarismo <p>Datos Subjetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor al defecar • Heces duras • Dificultad 	<p>Dominio: 03 eliminación e intercambio</p> <p>Clase: 02 función gastrointestinal.</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (00011) Estreñimiento <p>Disminución de la frecuencia normal de defecación acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.</p> <p>Factor(s) relacionado(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la motilidad gastrointestinal • Ingesta de fibra insuficiente • Deterioro neurológico <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el patrón intestinal abdominal • Dolor al defecar • Esfuerzo excesivo en la defecación. 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio:02 salud: fisiológica.	Clase: F eliminación	
		Criterio de resultado: 0501 eliminación intestinal		
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana*
<ul style="list-style-type: none"> • 50101 patrón de eliminación • 50110 estreñimiento • 50112 facilidad de eliminación de las heces 	<p>3 moderadamente comprometido</p> <p>2 sustancialmente comprometido</p> <p>3 moderadamente comprometido</p>	<p>5 no comprometido</p> <p>4 levemente comprometido</p> <p>5 no comprometido</p>		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	Fundamentación de las intervenciones	
<p>Campo: 01 fisiológico: básico</p> <p>Clase: B control de eliminación</p> <p>INTERVENCION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0450 manejo del estreñimiento/impactación fecal <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1.-45001 vigilar aparición de signos y síntomas de estreñimiento</p> <p>2.-45008 identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que puedan contribuir al mismo</p> <p>3.-45014 instruir al paciente /familia acerca de la dieta rica en fibra</p> <p>4.-45015 instruir al paciente/familia sobre el uso correcto de laxantes</p>	<p>1.-El estreñimiento es un síntoma caracterizado por una disminución del número de deposiciones o existencia de esfuerzo o dificultad excesiva para expulsar las heces, número de deposiciones menor a 3 a la semana, esfuerzo excesivo en evacuar, heces duras.</p> <p>2.-Medicamentos que pueden causar estreñimiento son determinados medicamentos (antihipertensivos) y muchos sedantes. El estreñimiento también puede aparecer en cualquier enfermedad grave que requiera reposo prolongado en cama (ya que la actividad física ayuda a que los intestinos muevan las heces para su evacuación), con la disminución de la ingesta de alimentos, con el uso de fármacos que pueden causar estreñimiento, y después de una lesión en el cráneo o en la médula espinal.</p>	<p>3.-La falta de fibra en la dieta puede ocasionar estreñimiento, ya que la fibra ayuda a mantener el agua en las heces y aumenta su volumen, facilitando su tránsito. Las frutas, las verduras, los cereales que contienen fibra son los laxantes naturales del tubo digestivo. Las personas que no consumen suficientes alimentos de este tipo pueden sufrir estreñimiento.</p> <p>4.- Las personas que utilizan con frecuencia laxantes y/o enemas suelen perder la capacidad de evacuar sin estas ayudas. Se puede producir un círculo vicioso, en el cual el estreñimiento lleva al uso de más laxantes y por lo tanto se produce más estreñimiento.</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	Fundamentación de las intervenciones	
<p>Campo: 01 fisiológico: básico</p> <p>Clase: B control de eliminación</p> <p>INTERVENCION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0430 control intestinal <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1.-43001 anotar última fecha de defecación</p> <p>2.-43009 enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a un ritmo intestinal adecuado</p> <p>3.-43011 administrar supositorios de glicerina, si es necesario</p> <p>4.-43014 instruir al paciente sobre alimentos con alto contenido de fibra</p>	<p>1.-Las personas creen sufrir estreñimiento si no realizan una deposición diaria, una frecuencia de una deposición diaria no es lo habitual para todas las personas. Es normal tener desde 1 a 3 evacuaciones por día, hasta 2 a 3 evacuaciones por semana. El hecho de que el número de deposiciones sea reducido no necesariamente indica que exista un problema, por eso mismo es ideal el día que ocurrió la defecación por última vez.</p> <p>2.-La deshidratación produce estreñimiento porque el organismo intenta conservar el agua en la sangre mediante la absorción de agua de las heces. La materia fecal que contiene menos agua es más difícil de evacuar. una manera fácil de aliviarlo es comer más fruta, verdura, fibra y cereales.</p>	<p>3.-Los supositorios de glicerina contienen como principio activo el glicerol, que actúa ablandando las heces por atracción de una mayor cantidad de agua, aumentando su volumen, estimulando los movimientos peristálticos del intestino y ejerciendo un efecto lubricante local, permitiendo la expulsión o evacuación de las heces.</p> <p>4.-Es muy importante que conozcan los alimentos ricos en fibra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kiwi esta fruta contiene una importante cantidad de fibra. • Alimentos integrales Arroz, pasta, pan, cereales, son ricos en fibra y por eso son eficaces contra el estreñimiento. • Aceitunas contienen bacterias de la familia del Lactobacillus plantarum. • Alcachofa No solo aporta fibra, sino que contiene también una sustancia llamada inulina que favorece el crecimiento de la flora bacteriana, ayudando así a combatir el estreñimiento. • Frutos secos Son alimentos muy ricos en fibra, sobre todo las almendras. • Probióticos son microorganismos vivos que nos ayudan a regenerar y mantener el equilibrio de la flora bacteriana de nuestros intestinos. <p>Avena produce un efecto laxante, ayuda a disminuir los niveles de colesterol.</p>

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION			
<p>Patrón (es):</p> <ul style="list-style-type: none"> 04 actividad/ejercicio <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Paciente encamado Dificultad para realizar el aseo <p>Datos Subjetivo</p> <ul style="list-style-type: none"> Debilidad 	<p>Dominio:</p> <ul style="list-style-type: none"> 04 actividad /reposo <p>Clase:</p> <ul style="list-style-type: none"> 05 autocuidado <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> 00108 déficit de autocuidado: baño Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades del baño. <p>Factor(s) relacionado(s) o</p> <ul style="list-style-type: none"> Ansiedad Debilidad Deterioro neuromuscular <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la habilidad para acceder al baño Deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: 01 salud funcional	Clase: D Autocuidado		
		Criterio de resultado: 0301 autocuidado: baño			
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana	
<ul style="list-style-type: none"> 30101 entra y sale del cuarto de baño. 	1 gravemente comprometido.	3 levemente comprometido			
<ul style="list-style-type: none"> 30111 seca el cuerpo 	3 moderadamente comprometido	5 no comprometido			
<ul style="list-style-type: none"> 30114 se lava la parte superior del cuerpo 	3 moderadamente comprometido	5 no comprometido			
<ul style="list-style-type: none"> 30115 se lava la parte inferior del cuerpo 	1 gravemente comprometido	3 moderadamente comprometido			
<ul style="list-style-type: none"> 30116 se lava la zona perianal 	3 moderadamente comprometido	5 no comprometido			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	Fundamentación de las intervenciones	
<p>Campo: 01 fisiológico: básico</p> <p>Clase: F facilitación del autocuidado</p> <p>INTERVENCION:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1801 ayuda con el autocuidado baño/higiene <p>ACTIVIDADES</p> <p>1.-180105 comprobar la limpieza de uñas según la capacidad de autocuidado del paciente.</p> <p>2.-180108 proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.</p> <p>3.-180110 considerar la edad del paciente al fomentar las actividades del autocuidado.</p> <p>4.-180111 determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.</p>	<p>1.- El cuidado básico de las uñas incluye: mantenerlas a la longitud adecuada, alineadas y sin exceder el borde libre del dedo (para minimizar los depósitos de suciedad bajo la lámina ungueal). Las uñas deben cortarse rectas, limarse para evitar la formación de astillas y mantenerse hidratadas para impedir que se resequen.</p> <p>2.- El autocuidado se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales, se promueven conductas positivas de salud, para prevenir enfermedades hay que recabar información sobre estos factores (valoración) y poner en marcha estrategias de autocuidado planificando intervenciones (diagnóstico y planificación) que puedan ser llevadas a cabo por parte del personal de enfermería y por el propio paciente (ejecución), motivándolo para que participe de forma activa en el manejo y control de su propia salud.</p>	<p>3 y 4 .- Los factores son condiciones internas y externas de la persona que afectan, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere la persona y las manifestaciones de los requerimientos y la capacidad de autocuidado, entre los que se encuentran: la edad, el sistema familiar, el género, patrón de vida, estado de salud (físico y psicológico) y estado de desarrollo, además se requiere precisar que toda acción de autocuidado debe ser razonada e intencionada para ser realizada y contar con los recursos requeridos para ello.</p>

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION				
<p>Patrón (es):</p> <ul style="list-style-type: none"> 02 nutricional metabólico <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de autonomía Falta de habilidad para tomar la taza y utensilios <p>Datos Subjetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> Debilidad 	<p>Dominio: 04 actividad/reposo</p> <p>Clase: 05 autocuidado</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Déficit de autocuidado: alimentación (00102) Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación. <p>Factor(s) relacionado(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ansiedad Debilidad Deterioro neuromuscular Fatiga <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la habilidad para tomar por si sola una comida completa Deterioro de la habilidad para manejar los utensilios 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)				
		Dominio:01 funcional	salud	Clase: D autocuidado		
		Criterio de resultado: 0303 autocuidado: comer				
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana*		
<ul style="list-style-type: none"> 30301 prepara comida para ingerir 	1 gravemente comprometido	3 Moderadamente comprometido				
<ul style="list-style-type: none"> 30303 maneja utensilios 	2 sustancialmente comprometido	4 levemente comprometido				
<ul style="list-style-type: none"> Coge tazas o vasos 	4 levemente comprometido	5 no comprometido				
<ul style="list-style-type: none"> 30316 corta la comida 	3 moderadamente comprometido	5 no comprometido				

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	Fundamentación de las intervenciones	
<p>Campo 01 fisiológico: básico</p> <p>Clase D apoyo nutricional</p> <p>INTERVENCION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1803 ayuda con el autocuidado alimentación <p>ACTIVIDADES</p> <p>1.-180307 abrir alimentos empaquetados</p> <p>2.-180310 colocar al paciente en una posición cómoda</p> <p>3.-180315 animar al paciente a que coma en el comedor</p> <p>4.-180317 utilizar tazas con asa grande</p> <p>5.-180323 proporcionar los alimentos y bebidas preferidos</p> <p>6.-180325 controlar el estado de hidratación del paciente</p>	<p>1.-Ayuda a facilitar a la paciente el consumo de dichos alimentos sin alguna dificultad.</p> <p>2.- Facilita la movilización de la paciente para que tenga un mejor consumo durante sus alimentos y una mayor confianza en sí misma, manteniéndola en una posición que a la paciente le ayude a sentirse cómoda.</p> <p>3.-Ayuda a fomentar un entorno de seguridad, confianza, motivando a la paciente a no sentirse dependiente, llevándola a realizar actividades que hacía con anterioridad.</p> <p>4.-Ayuda a que la paciente tenga mayor confianza y facilidad al momento de ingerir sus bebidas, facilitando un agarre correcto y bueno.</p>	<p>5.- La alimentación en el adulto mayor debe conservar las características de la dieta correcta, debe ser variada y equilibrada, pero hay varios aspectos a tomar en cuenta: debe ser fácil de preparar, estimular el apetito, de fácil masticación y digestión. Así como debe llevar los alimentos que sean de su agrado ayudando esto a un mejoramiento en el consumo de su dieta.</p> <p>6.-Al envejecer el volumen de agua en el cuerpo disminuye, lo que propicia mayores posibilidades de deshidratación. Se pueden presentar circunstancias que favorecen a la falta de agua y electrolitos en el organismo, como son la disminución de la percepción de la sed, la incontinencia urinaria, funciones renales y digestivas anormales, uso de laxantes y diuréticos. Por eso las personas mayores deben consumir agua en cantidad suficiente, ya que la deshidratación se asocia con una serie de trastornos conocidos como desequilibrios electrolíticos, que pueden ocasionar problemas del corazón, alteraciones neurológicas, mal funcionamiento de todo el organismo, deterioro cognitivo, confusión aguda, caídas, estreñimiento.</p>

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION			
<p>Patrón (es):</p> <ul style="list-style-type: none"> 07 autopercepción /autoconcepto <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dependencia <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sentimiento de ansiedad Inquietud Preocupación 	<p>Dominio:</p> <ul style="list-style-type: none"> 09 afrontamiento/tolerancia al estrés <p>Clase:</p> <ul style="list-style-type: none"> 02 respuestas de afrontamiento <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> 000146 ansiedad <p>Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.</p> <p>Factor(s) relacionado(s) o</p> <ul style="list-style-type: none"> Grandes cambios Necesidades no satisfechas <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fatiga Dilatación pupilar Debilidad Inquietud Preocupación 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio:	Clase:		
		<ul style="list-style-type: none"> 03 salud psicosocial 	<ul style="list-style-type: none"> M bienestar psicológico 		
		Criterio de resultado:			
<ul style="list-style-type: none"> 1211 nivel de ansiedad 					
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana	
		<ul style="list-style-type: none"> 121105 inquietud 	3 moderado	5 ninguno	
		<ul style="list-style-type: none"> 121117 ansiedad verbalizada 	3 moderado	5 ninguno	
		<ul style="list-style-type: none"> 121122 pupilas dilatadas 	4 leve	5 ninguno	
		<ul style="list-style-type: none"> 121125 fatiga 	2 sustancial	4 leve	
		<ul style="list-style-type: none"> 121129 trastornos del sueño 	3 moderado	5 ninguno	

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	Fundamentación de las actividades	
<p>Campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 03 conductual <p>Clase:</p> <ul style="list-style-type: none"> • T fomento de la comodidad psicológica • <p>INTERVENCION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5820 disminución de la ansiedad <p>ACTIVIDADES</p> <p>1.-582005 proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>2.-582012 escuchar con atención.</p> <p>3.-582016 identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</p> <p>4.-582023 instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</p> <p>5.-582025 observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</p>	<p>1.-La información clínica que se proporciona al paciente o usuario de un servicio de salud puede contribuir al mejor desarrollo del proceso asistencial, mejorar la relación entre los sanitarios y aquél e, influir en la calidad del servicio. La información, con carácter general, se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la historia clínica.</p> <p>2.-Escuchar implica un proceso activo donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva, es un arte más complejo que hablar, susurra el que habla poco y escucha mucho, porque susurra con la mirada, con la sonrisa, con la dedicación, con las manos y la postura del cuerpo. Escuchar requiere esfuerzo y concentración, algo que no es necesario para oír, un hecho meramente fisiológico. Es evidente que de esta manera se incrementa en gran medida la capacidad para empatizar la escucha activa constituye uno de los mejores recursos que podemos utilizar para mejorar nuestras habilidades de comunicación, contribuyendo a mejorar la calidad de estas y a que resultemos un interlocutor agradable para los demás.</p>	<p>3 y 5.- La ansiedad se define como una baja sensación e intranquilizadora, producida por el origen de una misma persona, pueden ser como sentimientos de aprensión causado por la anticipación de un peligro, tal vez de una señal de alerta que advierte el peligro y luego tomar medidas preventivas.</p> <p>4.- El uso de técnicas de masaje suave con aceite puede aliviar la piel y úlceras de decúbito secos. Un masaje geriátrico también puede estimular los movimientos intestinales, mejorar la duración y calidad del sueño y mejorar la autoestima del paciente. Trabajar con pacientes geriátricos encamados pide con movimientos suaves y apacibles. El masaje puede ayudar con la relajación y la circulación. También puede calmarla y aliviar el estrés. Personas encamadas necesitan masaje para ayudar con los puntos de presión, artritis y músculos débiles</p>

VII. PLAN DE ALTA

Comunicación	Acudir a su clínica más cercana Acudir con su médico familiar
Urgente	Mantener vigilado el estado neurológico, prevención de caídas. Movilización en cama para prevención de UPP 2-3 horas, vigilar estado de consciencia, si hubiera una desviación en comisura labial, entumecimiento o debilidad repentinos en el rostro, brazos o piernas (especialmente de un lado del cuerpo), confusión súbita, dificultad para hablar o comprender, problemas repentinos para ver con uno o ambos ojos, dificultad repentina para caminar, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación de los movimientos, dolor de cabeza súbito y severo sin causa conocida.
Información	Pronóstico depende del tipo de accidente cerebrovascular, la cantidad de tejido cerebral dañado, y las funciones corporales que han resultado afectadas. Instruir sobre el mantenimiento adecuado de piel hidratada. Higiene adecuada de la paciente y de la cama.
Dieta	Proporcionar una dieta balanceada a la paciente por lo menos 3 veces al día, consumo de frutas y verduras, consumo de alimentos ricos en fibra, consumo adecuado de líquidos, agua 2lts durante todo el día.
Ambiente	Mantener ventilación adecuada, limpieza e iluminación dentro de la vivienda adecuada.
Recreación y uso del tiempo libre	Mantener a la paciente activa fomentando la utilización de pelotas de esponja, de gel, movilización fuera de cama, uso de aparatos domésticos como tv, radio. Motivarla a mantenerse despierta a que conviva con sus familiares, motivarla e integrarla en las labores de la cocina como limpiar frijoles, separar piezas para un rompecabezas, fomentar

		la lectura de periódicos o escucha de lecturas que le favorezcan, que le llamen la atención.
Medicamentos y tratamiento farmacológico	y no	<p>Instruir sobre el manejo, hora y uso adecuado de medicación, teniendo en cuenta su ritmo de vida, después del consumo de alimentos, en caso de alguna reacción adversa (vómito, epistaxis, alucinaciones, cefalea intensa) suspender el medicamento y acudir inmediatamente al médico.</p> <p>No farmacológicas: acudir a fisioterapia, ayuda en la movilización de miembros superiores e inferiores, ayudarla a movilización fuera de cama e incluir la musicoterapia, así como terapias de relajación.</p>
Espiritualidad		Mantenimiento de dimensión religiosa (escuchar misa), rezar.

VIII. CONCLUSIÓN

El accidente cerebrovascular afecta gravemente a la población, la mayor parte del daño cerebral se produce en las horas posteriores al presentarse el evento, siendo en algunos casos grave ya que quedan con secuelas toda la vida.

Los cuidados específicos proporcionados al paciente ayudaron al mejoramiento de la salud, se deduce que el proceso enfermero es un método de trabajo que siempre dará buenos resultados, ya que es más fácil reconocer e interpretar, respuestas humanas anormales, estableciendo diagnósticos de enfermería y otorgando los cuidados.

La aplicación del proceso enfermero es esencial para poder proporcionar cuidados de enfermería oportunos y eficaces, de acuerdo con la respuesta de la persona planeada, con logros involucrando los conocimientos adquiridos, se creó un ambiente de armonía el cual favoreció el estado emocional del paciente, proporcionando un cuidado holístico de calidad y humanismo.

La enfermería como cuidado va más allá de un cuidado físico, ver al paciente como un todo. Los objetivos propuestos han sido alcanzados con la ayuda del paciente y familia, la cual ha sido clave en el proceso de recuperación.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Actuamed. (s.f.). *Grupo multicolor*. Obtenido de vademécum: www.actuamed.com.mx
- Alligood, M. R. (2015). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona, España: GEA Consultoria Editorial, S.L.
- Antonieta Garrotea, R. B. (diciembre de 2011). *Higiene y cuidado de manos y uñas*. Obtenido de offarm: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-higiene-cuidado-manos-unas-accion-X0212047X11622807>
- Antonio Arauza, A. R.-F. (mayo-junio de 2012). *Enfermedad vascular cerebral*. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v55n3/v55n3a3.pdf#:~:text=Epidemiolog%C3%ada%20de%20la%20HIC.%20Su%20incidencia%20es%20de,los%20casos%20son%20hipertensos%20conocidos%20y%20ma%20controlados50>.
- Amelia Pérez Álvarez, A. M. (s.f.). *Úlceras por presión*. Obtenido de información para el paciente y para el cuidado: *úlceras por presión_CAST.indd* (cruzroja.es)
- Amparo Montalvo Prieto¹, B. N. (2016). *Habilidad de cuidado de cuidadores familiares*. Obtenido de principales de pacientes con ACV. Cartagena (Colombia): <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a05>
- Arauz, A. R.-F. (s.f.). *¿que es un EVC?* Recuperado el 24 de 07 de 2021, de <https://ghc.com.mx/index.php/2020/09/17/que-es-un-evento-vascular-cerebral/>
- BARBARA KOZIER RN, G. E. (2002). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA (CONCEPTOS, PROCESOS Y PRACTICA)*. MEXICO D.F.: INTERAMERICANA.
- Benavent MA, Ferrer E, f. C. (2000). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA*. MADRID: DAE GRUPOS PARADIGMAS
- BULECHEK, G. M. (2013). *TAXONOMIA NIC CLASIFICACION DE INTERVENCION*.
- Dahl, P. G.-S. (2013). *Guía de meriendas*. Obtenido de Univ. Florida: <https://edis.ifas.ufl.edu/pdf%5CFS%5CFS22200.pdf>
- Digestología, s. C. (s.f.). *Información para pacientes*: Obtenido de estreñimiento: http://www.scdigestologia.org/docs/patologias/es/restrenyiment_es.pdf
- Drtango, I. (23 de 06 de 2020). *Accidente cerebrovascular*. Recuperado el 2021, de medlineplus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000726.htm>
- E, C. (15 de 11 de 2010). *Ética del modelo de Dorotea Orem*, Obtenido de Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana Facultad de Ciencias Médicas.: http://Victor/subir/rhab/rhcm_vol_6num_3/rhcm13307.htm
- Enf. Vascular cerebral*. (26 de 11 de 2015). Recuperado el 25 de 07 de 2021, de IMSS: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/enfermedad-vascular-cerebral>
- Escala de Glasgow*. (1 de 05 de 2021). Obtenido de <http://emssolutionsint.blogspot.com/2011/12/glasgow-coma-scale-escala-de-coma-de.html>
- Español, e. (24 de abril de 2020). *Alimentos ricos en fibra para el estreñimiento*. Obtenido de <https://www.elespanol.com/como/alimentos-ricos-fibra-estreñimiento/>
- ERB, K. Y. (2013). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA*. MADRID ESPAÑA: PEARSON.
- Facmed. (3 de 08 de 2007). *Catálogo de medicamentos*. Obtenido de www.facmed.unam.mx
- Gottfried, J. (marzo de 2020). *Estreñimiento en adultos*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-gastrointestinales/s%C3%adntomas-de-los-trastornos-digestivos/estre%C3%b1imiento-en-adultos>
- IMSS. (26 de 11 de 2015). *Enfermedad Vascular Cerebral*. Recuperado el 2021

- INNN. (14 de 03 de 2018). *Enfermedad vascular cerebral*. Recuperado el 2021, de <http://www.innn.salud.gob.mx/interna/medica/padecimientos/evascularcerebral.html>
- IRIMIA, D. P. (2020). *Accidente cerebrovascular o Ictus*. Obtenido de Clínica Universidad de Navarra: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ictus>
- Jamie. (2021). *Masaje para encamados*. Obtenido de <https://www.amhasefer.com/am/masajes-para-encamados/>
- J, B. (1981). *Nursing science and the laws of health: The test of substance as a step in the process of theory development*. *Advanced Nursing Sci*. Recuperado el 22 de 07 de 2021, de <https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/2545/Cap%C3%adtulo%201.pdf?Sequence=1&isallowed=y>
- J., B. (1981). Nursing science and the laws of health: The test of substance as a step in the process of theory development. *Advanced Nursing Sci*.
- Jordán, D. E. (2 de marzo de 2011). *Desarrollo Cientif. Enferm*. Obtenido de autocuidado elemento esencial enferm.: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
- JOSE ANGEL CORDOVA VILLALOBOS. (25 de 01 de 2007). *DIARIO OFICIAL*. Recuperado el 21 de 07 de 21, de http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/somos/docs/acuerdo_CPE.pdf
- José Luis Álvarez Suarez, F. D. (junio de 2010). *Manual de valoración por patrones funcionales*. Obtenido de comisión de cuidados: <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>
- K, G. (1989.). Modelos y teorías de Enfermería. En *Enfermería Moderna* (págs. P. 53-59.). BARCELONA España.
- Luna, c. (s.f.). *Nutrición del paciente hospitalizado*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2000/gg002g.pdf>
- Martínez Vila E, M. F. (2011). *Enfermedades cerebrovasculares*. . Obtenido de medicine: <https://www.medicineonline.es/es-enfermedades-cerebrovasculares-articulo-S0304541215300019?referer=seccion>
- M., M. T. (2018). *MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA*. ESPAÑA: ESLEBIER MOSBY.
- Mejía, D. A. (s.f.). *GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA*. Recuperado el 2021, de ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Enfermedad%20cerebrovascular.pdf>
- MILLAN, A. G. (FEBRERO de 2019). *REVISTA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR*. Obtenido de SCIELO: https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000100005
- MOORHEAD, S. (2014). *TAXONOMIA NOC*. Obtenido de CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA.
- Molinar H, (2009) *guía de práctica clínica prevención y tratamiento de úlceras por presión en primer nivel de atención*. México D.F. obtenido de www.IMSS.gob.mx.
- Navarra, c. U. (2020). *Úlceras por presión*. Obtenido de <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/ulceras-presion>
- NOV.ENFERMERIA. (2019). *ESCALA NORTON*. Obtenido de <http://enfermerianovedades.blogspot.com/2016/05/escala-de-norton.html>
- N Engl J Med.Van der Worp H, V. G. (2007). *EVC*. Recuperado el 2021, de Acute Ischemic Stroke.: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci_nlinks&ref=5876097&pid=S0026-1742201200030000300008&lng=es
- NL., B. F. (29 de 03 de 2017). *Fundamentos de Enfermería*. Obtenido de Parte I. Fundamento teórico-filosófico de la ciencia del cuidado: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?E=d-000-00---0enfermeria--00-0-0--0prompt->

10---4-----0-0l--1-lv-50---20-about-- 00031-001-1-0big5-00&c=enfermeria&d=HASH0141c3943ff026d45c710bca.2.2.

Paula Alina Juárez-Rodríguez, M. D.-C. (2009). *La importancia del cuidado de enfermería*. Recuperado el 22 de 07 de 21, de Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Universidad de Guanajuato. México: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>

Reina G., N. C. (12 de 2010). *EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO*. Recuperado el 23 de 07 de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

Reis, m. (diciembre de 2020). *Supositorios de glicerina: para qué sirven y cómo utilizarlos*. Obtenido de <https://www.tuasaude.com/es/supositorios-de-glicerina/>

Ocronos, e. (2019 de 03 de 04). *Escala de Braden*. Obtenido de <https://revistamedica.com/como/escala-de-braden/>

PLM. (2021). *PLM Latinoamérica*. Obtenido de https://medicamentosplm.com/Home/productos/nootropil_tabletas/183/101/8940/210

SALUD, S. D. (07 de 08 de 2015). *ACCIDENTE CEREBROVASCULAR*. Recuperado el 22 de 07 de 2021, de <https://www.gob.mx/salud/articulos/accidentes-cerebrovasculares>

SUÁREZ, D. Q. (27 de 08 de 2013). *Accidente cerebrovascular*. Obtenido de estudio de caso en un proceso de rehabilitación: file:///C:/Users/adohd/Downloads/Dialnet-AccidenteCerebrovascular-5826426.pdf

Subiela García, j. A. (12 de abril de 2013). *La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera*. Obtenido de enfermería global: https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200013

UNAM. (07 de 2013). *El Proceso de Atención de Enfermería*. Obtenido de <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>

UNIV.CENTRAL. (2018). *FISIOPATOLOGIA ACV ISQUEMICO/HERMORRAGICO*. Obtenido de <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-central-de-chile/fisiopatologia-i/fisiopatologia-acv-isquemico-hemorragico/5160643>

Univ.Navarra. (1998). *universidad de Navarra*. Obtenido de IRIMIA, D. P. (2020). *Accidente cerebrovascular o Ictus*. Obtenido de Clínica Universidad de Navarra: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ictus>

Vademécum. (05 de 01 de 2018). *Vidal vademécum*. Obtenido de www.vademecum.com

Vademécum. (26 de 06 de 2019). Obtenido de www.vademecum.es

Villalba, m. (s.f.). *Manual de enfermería*. España: océano.

Vocero, c. E. (20 de 06 de 2017). *Consejo nutricional para pacientes encamados*. Obtenido de https://www.elvocero.com/actualidad/consejos-nutricionales-para-pacientes-encamados/article_83920430-59be-11e7-8238-6344c4e21e89.htm

Wade s. Smith, j. D. (2012). *Harrison principios de medicina interna*. México: mc Graw Hill educación

William A. Ardila Rodríguez, F. A. (marzo de 2013). *Perfil neuropsicológico en pacientes con ACV isquemico*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v29n1/v29n1a05.pdf>

X. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Aneurisma cerebral:**

Es una enfermedad cerebrovascular en la cual, una debilidad en la pared de una arteria o vena ocasiona una dilatación o abultamiento de un segmento localizado en la pared del vaso sanguíneo.

- **Angiografía:**

Es una técnica basada en los rayos x que permite estudiar los vasos sanguíneos y su recorrido en cualquier zona del cuerpo, consiste en introducir un cable alargado, que se llama catéter, a través de los vasos sanguíneos.

- **Arteria:**

Vaso sanguíneo que conduce la sangre desde el corazón a las diversas partes del organismo.

- **Arteria carótida:**

Transporta sangre oxigenada del corazón al cerebro. el pulso de la carótida se puede sentir a cada lado en la parte frontal del cuello, debajo del ángulo de la quijada.

- **Cerebelo:**

Es una región del encéfalo cuya función principal es de integrar las vías sensitivas y las vías motoras, integra toda la información recibida para precisar y controlar las órdenes que la corteza cerebral envía al aparato locomotor a través de las vías motoras.

- **Colesterol:**

Es una sustancia cerosa y parecida a la grasa que se encuentra en todas las células de su cuerpo, el cuerpo necesita colesterol para producir hormonas, vitamina D y sustancias que le ayuden a digerir los alimentos.

- **Cuerpo calloso**

Conjunto de fibras nerviosas que une ambos hemisferios cerebrales.

- **Embolia**

Ocurre cuando un coágulo que viene de otra parte del cuerpo obstruye un vaso sanguíneo e impide o dificulta que el riego llegue a una determinada zona del organismo.

- **Espacio subaracnoideo**

Se encuentra situado entre la aracnoides y la piamadre, es un espacio anatómico y fisiológico perteneciente al sistema nervioso central por el cual circula líquido cefalorraquídeo.

- **Fisioterapia:**

Cuyo propósito principal es la promoción óptima de la salud y la función incluyendo la generación y aplicación de principios científicos en el proceso de examinación, evaluación, diagnóstico y pronóstico funcional e intervención fisioterapéutica para prevenir, desarrollar, mantener y restaurar el máximo movimiento y capacidad funcional durante todo el ciclo de vida.

- **Hemihipoestesia:**

Signo clínico consistente en la disminución de la sensibilidad en la mitad del cuerpo.

- **Hemiparesia:**

Disminución de la fuerza motora o parálisis parcial que afecta un brazo y una pierna del mismo lado del cuerpo.

- **Hipercapnia:**

Es un tipo de insuficiencia respiratoria y ocurre cuando tiene demasiado dióxido de carbono en el torrente sanguíneo.

- **Hipertonía:**

es una alteración que consiste en un incremento del tono cuando se mueven de manera pasiva los músculos.

- **Hipoxia:**

Disminución en la cantidad de oxígeno suministrado por la sangre a los órganos.

- **Hipoprosia:**

Distraibilidad o labilidad de la atención es un trastorno frecuente pero poco patológico. Se trata de una constante fluctuación de la atención que pasa de un objeto a otro sin que pueda fijarse especialmente en ninguno.

- **Hipoxia cerebral:**

Se produce cuando el oxígeno que debe llegar al cerebro es insuficiente.

- **Intracerebral:**

Situado en el interior del cerebro, o que tiene lugar dentro de él.

- **Lactobacillus plantarum:**

Es una bacteria en forma de varilla corta, Gram positiva, probióticos que contribuyen a regular el tránsito intestinal.

- **Metacognición:**

Es la capacidad de autorregular los procesos de aprendizaje. involucra un conjunto de operaciones intelectuales asociadas al conocimiento, control y regulación de los mecanismos cognitivos que intervienen en que una persona recabe, evalúe y produzca información.

- **Probióticos:**

Microorganismos vivos (como bacterias y levaduras) que al consumirlos proporcionan beneficios para la salud.

- **Putamen:**

Es una estructura cerebral que tiene un papel fundamental en la preparación y la ejecución de los movimientos de las extremidades.

- **Septum pellucidum:**

Es una pequeña pared de membrana en el cerebro de los humanos y algunos animales. Su función principal es separar los ventrículos laterales, pasajes importantes dentro del tejido cerebral, y la membrana forma lo que básicamente es una barrera entre estas secciones.

- **Sistema nervioso parasimpático:**

Sistema o circuito nervioso que inerva los diferentes sistemas del organismo, partiendo del tronco del encéfalo y siguiendo la médula espinal, es el encargado de controlar las funciones y actos involuntarios.

- **Trombo:**

Puede producirse en un vaso y obstruir el flujo sanguíneo en ese lugar, impidiendo el suministro de oxígeno y flujo sanguíneo a los tejidos circundantes.

XI. Anexos

I.- ANATOMÍA FUNCIONAL DE LA CIRCULACIÓN CEREBRAL

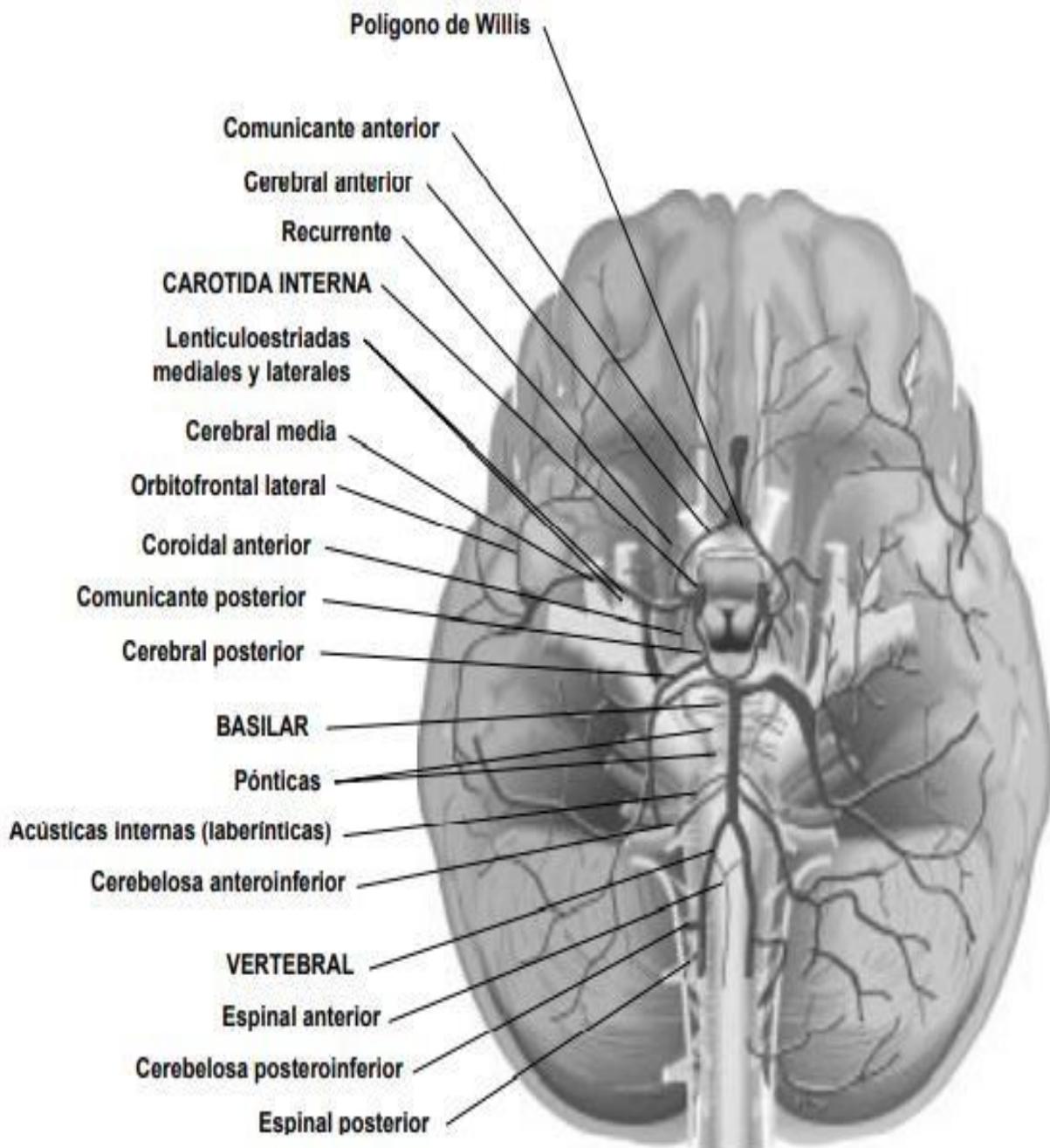
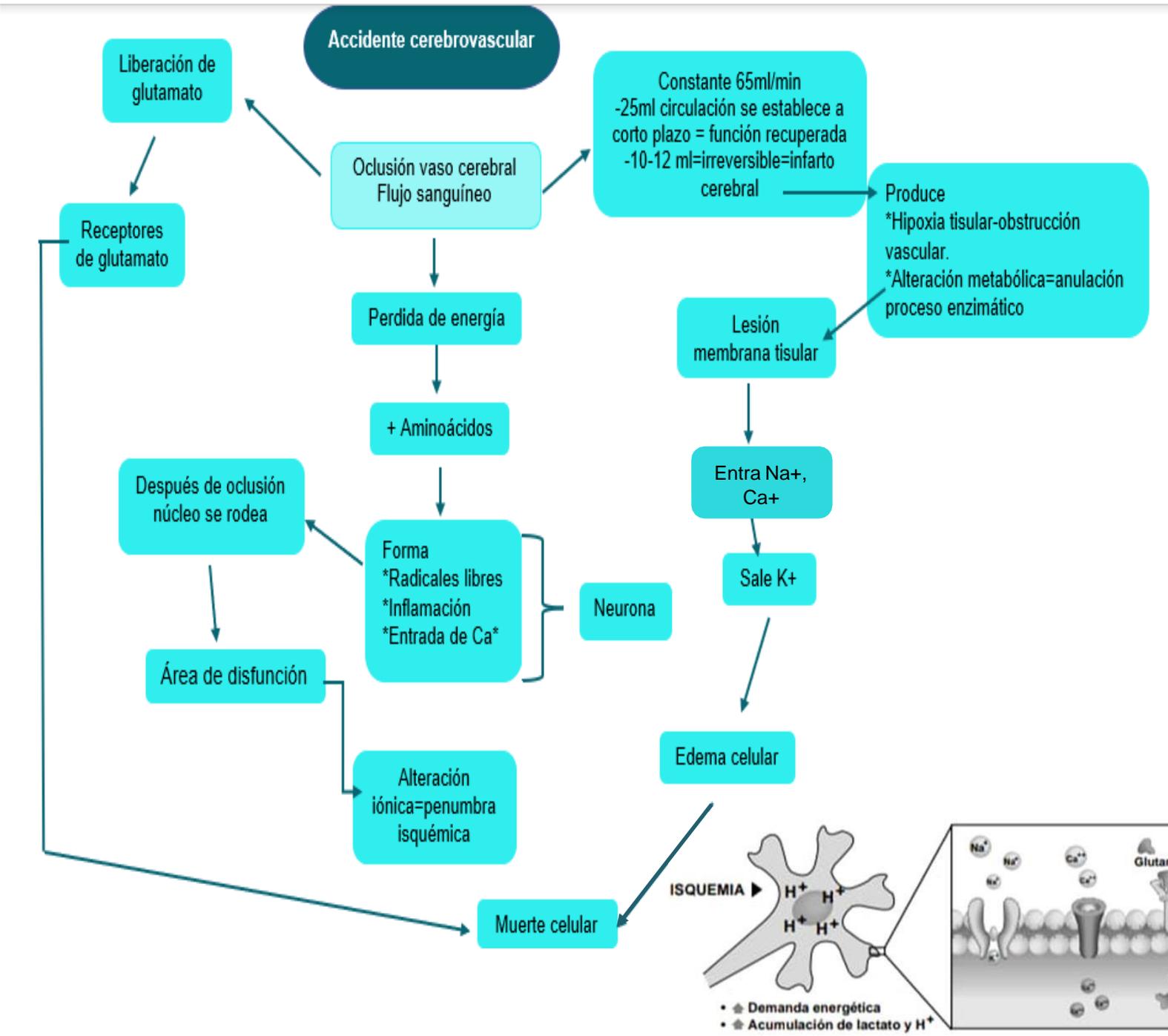


Figura 1.

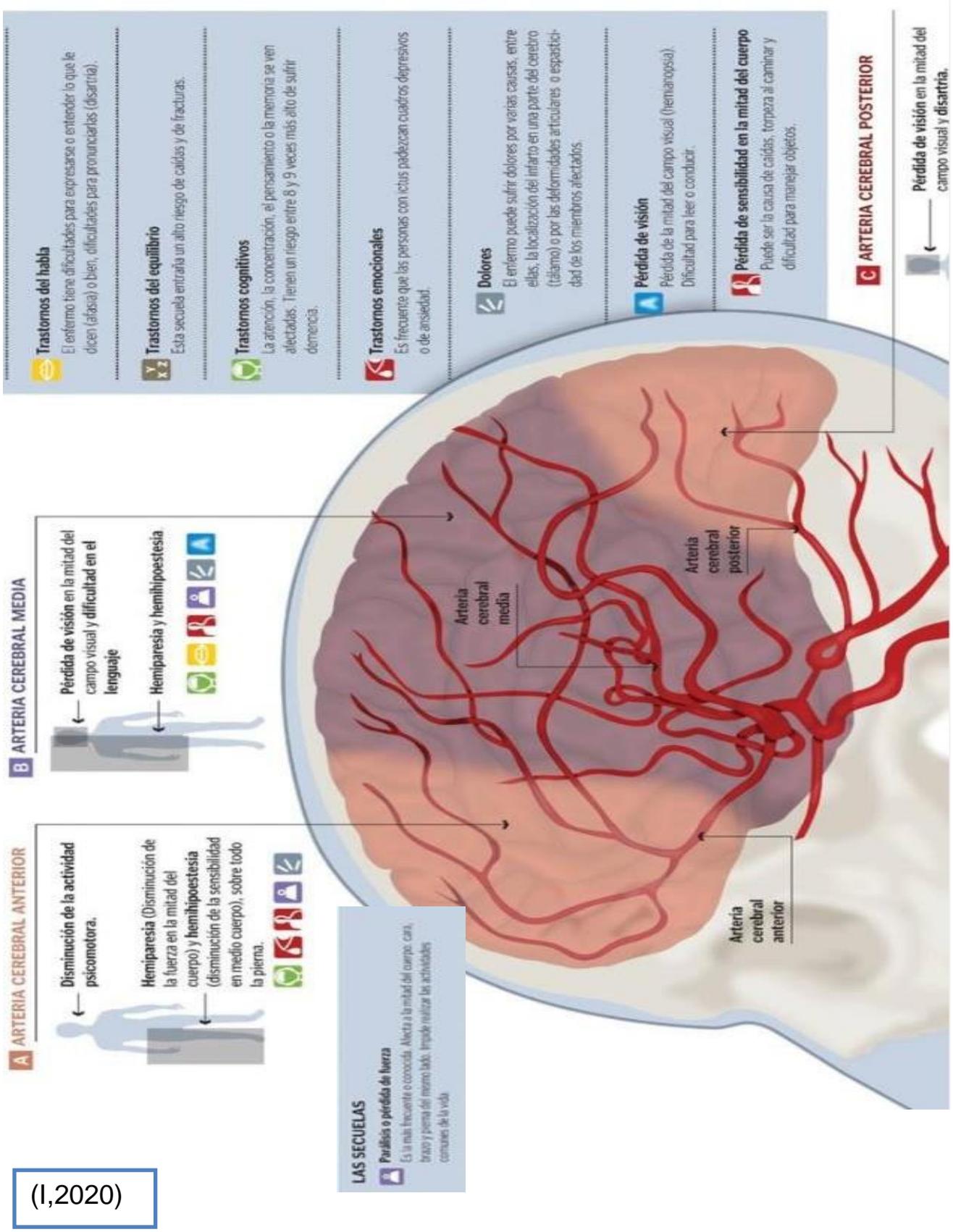
Esquemización del sistema arterial cerebral. Las arterias carótidas internas se anastomosan entre sí y con el sistema de la arteria vertebrobasilar en el polígono de Willis

(M,2000)



(U,2018) (S,2012)
(N, 2007)

III. CLASIFICACIÓN



(I,2020)

IV. ESCALA DE BRADEN

	<u>1 PUNTO</u>	<u>2 PUNTOS</u>	<u>3 PUNTOS</u>	<u>4 PUNTOS</u>
<u>PERSEPCIÓN SENSORIAL</u>	COMPLETAMENTE LIMITADA	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</u>	SIEMPRE HÚMEDA	A MENUDO HÚMEDA	OCASIONALMENTE HÚMEDA	RARAMENTE HÚMEDA
<u>ACTIVIDAD FÍSICA DEAMBULACIÓN</u>	ENCAMADO	EN SILLA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	DEAMBULA FRECUENTEMENTE
<u>MOVILIDAD CAMBIOS POSTURALES</u>	INMÓVIL	MUY LIMITADA	LEVEMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>NUTRICIÓN</u>	MUY POBRE	PROBABLEMENTE INADECUADA	ADECUADA	EXCELENTE
<u>CIZALLAMIENTO Y ROCE</u>	RIESGO MÁXIMO	RIESGO POTENCIAL	SIN RIESGO APARENTE	

- Riesgo Bajo/ leve: 15 puntos o más
- Riesgo Moderado o Intermedio: 13 o 14 puntos
- Riesgo Alto o Elevado: menos de 12 puntos

(O,2019)

(E, 2021)

Escala de Glasgow

Usado para medir el nivel de consciencia.
Por debajo de 7 puntos: Coma
Por debajo de 8 puntos: Intubación

15 Valor máximo
3 Valor mínimo

Respuesta ocular

Esontánea



4

Orden Verbal



3

Al dolor



2

Sin respuesta

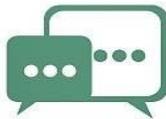


1

@enfermeroempollon

Respuesta verbal

Orientado



5

Desorientado



4

Palabras inapropiadas



3

Sonidos Incomprensibles



2

Sin respuesta



1

Respuesta motora

Orden verbal



6

Localiza el dolor



5

Flexión/ retirada



4

Flexión anormal



3

Extensión



2

Sin respuesta



1

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

(N,2019)

	ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINECIA
4	BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA
3	MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL
2	REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL
1	MUY MALO	ESTUPOROSO O COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL

PUNTUACIÓN DE 5 a 9 ——— RIESGO ALTO.
PUNTUACIÓN DE 10 a 12 ——— RIESGO MEDIO.
PUNTUACIÓN 13 a 16 ——— RIESGO BAJO.
PUNTUACIÓN MAYOR de 16 — NO RIESGO

VI.ESCALA DE NORTON

VII.-ESCALA CINCINNATI

Detectar y consultar

Para identificar si una persona acaba de sufrir un infarto cerebral, pídale que:

SEÑALES DE ALERTA



Si la persona tiene problemas para ejecutar cualquiera de estas órdenes, acuda de inmediato al centro de urgencia más cercano.

4,5 horas desde el infarto cerebral es el plazo para aplicar una trombólisis.

1

Sonría. La sonrisa debe ser simétrica.



2

Alce los brazos juntos con los ojos cerrados. Ambos deben subir.



3

Diga su nombre o pronuncie una frase simple, pero coherente.



Fuente Sonapsyn, American Stroke Association

EL MERCURIO

Evaluación	Haga que el paciente muestre los dientes o sonría	Solicite cierre los ojos y mantenga ambos brazos extendidos, con las palmas de las manos hacia arriba durante 10 seg.	Solicite al paciente diga una frase coherente
Normal	Ambos lados de la cara se mueven simétricamente	Ambos brazos se mueven igual, ninguno cae	Utiliza las palabras correctas y articula en forma normal
Alterado	Un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro	Un brazo no se mueve o cae respecto al otro	El paciente arrastra las palabras, utiliza palabras equivocadas o no puede hablar

¡Un solo punto da escala positiva para sospecha de ataque cerebral!

(U,1998)

VIII.-MEDICAMENTOS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	PRESENTACION	GRUPO	INDICACIÓN TERAPEUTICA	CONTRAINDICACION	REACCIONES ADVERSAS
1.-Omeprazol	Cápsulas, sol. Inyectable, Tabletas	ANTIULCEROSO	Esofagitis por reflujo, úlcera benigna.	Hipersensibilidad úlcera gástrica maligna.	Nausea, diarrea y cólico, menor frecuencia somnolencia, mareos.
2.-Metformina	Tabletas	ANTIDIABETICO	Diabetes mellitus (DM) II leve o moderada, obesos, sobrepeso.	Hipersensibilidad, diabetes gestacional, DM, insuficiencia renal, hepática y cardiaca. Desnutrición severa, alcoholismo crónico, deshidratación, embarazo y lactancia.	Nauseas, vomito, anorexia.
3.-Piracetam (Nootropil)	Tabletas	NOOTRÓPICO	Tratamiento perdido de la memoria, trastorno de atención, falta de dirección, trastorno del equilibrio, falta de concentración.	Hipersensibilidad, hemorragia cerebral, insuficiencia renal terminal.	Agitación, irritabilidad, trastorno del sueño, nerviosismo, cefalea.
4.-Clopidogrel	Tabletas	ANTIPLAQUETARIOS EVITA COAGULOS	Accidente cerebrovascular (ACV), acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos.	Hipersensibilidad, úlceras pépticas o hemorragia intracraneal.	Hematoma, epistaxis, hemorragia gastrointestinal, diarrea, dolor abdominal.
5.-Somazina (Citicolina)	Comprimidos	PSICOESTIMULANTES, NOOTROPICOS.	Tx trastornos neurológicos cognitivos (ACV) y asociados a traumatismos craneales.	Hipersensibilidad, hipertonia del sistema nervioso parasimpático.	Alucinaciones, cefalea, vértigo, HTA, hipotensión arterial, disnea, náuseas, vomito, diarrea, rubor.
6.-Hipromelosa (Meticel)	Sol. Oftálmica	LAGRIMAS ARTIFICIALES	Alivio sintomático de la irritación y la sequedad ocular.	Hipersensibilidad.	sensación de quemazón, visión borrosa y adhesividad palpebral.
7.-Motilaxil	Sol. Gotas		Estreñimiento severo o constipación.	Hipersensibilidad al pico sulfato de sodio, obstrucción o parálisis intestinal, cirugía abdominal reciente, apendicitis, colitis, deshidratación severa.	Cólicos, espasmos.

(F,2007) (V,2018) (V,2019)

(A, 2000)

Accidente cerebrovascular isquémico

El accidente cerebrovascular altera las neuronas disminuyendo o interrumpiendo totalmente el flujo sanguíneo dentro del cerebro



1 Cómo se produce

La circulación sanguínea de una parte del cerebro se interrumpe.

2 En el área afectada, la falta de oxígeno provoca lesiones o la muerte de tejido cerebral (infarto cerebral).

3 Los síntomas

aparecen en el lado opuesto del cerebro que sufrió la lesión.



Falta de sensibilidad y movilidad en cara, brazos y piernas.



Dolor de cabeza intenso. Dificultad para hablar o comprender.



Vértigo e inestabilidad para caminar.



Pérdida de la visión en uno o ambos ojos.

FACTORES DE RIESGO

- Hipertensión.
- Diabetes.
- Antecedentes familiares
- Edad
- Obesidad.