



CRUZ ROJA
MEXICANA

ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

“PROCESO DE ENFERMERIA DIRIGIDO A UN PACIENTE ADULTO CON
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL DE TIPO HEMORRÁGICO”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

HERNANDEZ ULIBARRI MAYELA GUADALUPE

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



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ



INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12

“PROCESO DE ENFERMERIA DIRIGIDO A UN PACIENTE ADULTO CON
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL DE TIPO HEMORRÁGICO”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

HERNANDEZ ULIBARRI MAYELA GUADALUPE

ASESOR

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

SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

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



ESCUELA DE ENFERMERIA 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 ENFERMERIA
OBSTETRICIA.

Los suscritos miembros de titulación de

HERNANDEZ ULIBARRI MAYELA GUADALUPE

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo

“PROCESO DE ENFERMERIA DIRIGIDO A UN PACIENTE ADULTO CON LA
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL DE TIPO HEMORRÁGICO”

En vista de lo cual extenderemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea
sustentado en examen de grado de licenciatura en enfermería

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

L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas
Presidenta

L.E.O. Claudia Patricia Pérez Hernández
Secretaria

ME. y AS. Rita Guadalupe Martínez Rocha
Vocal

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

INDICE

II.- INTRODUCCION.....	1
III.- JUSTIFICACION	3
IV.- OBJETIVOS.....	5
4.1. OBJETIVO GENERAL	5
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
V.- MARCO TEORICO	6
5.1. ENFERMERIA COMO PROFESION DICIPLINARIA	6
5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO	7
5.3. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	8
5.3.1. OBJETIVO DEL PCE	9
5.3.2. CARACTERISTICAS DEL PCE	9
5.3.3. IMPORTANCIA Y VENTANJAS DEL PCE.....	10
5.4. MODELO TEORICO UTILIZADO PARA LA ELABORACION DEL PCE.....	10
5.4.1 ELEMENTO FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO.....	12
5.5 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO	13
5.5.1 VALORACION:	13
5.5.2. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	14
5.5.3. PLANEACIÓN:.....	15
5.5.4 EJECUCIÓN	15
5.5.5 EVALUACIÓN.....	16
5.5.6 PROBLEMÉTICA DE SALUD DE LA PERSONA.....	17
5.5.6.1 ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	17
5.5.6.2 ANATOMIA Y FISILOGIA.....	17
5.5.6.3 INCIDENCIA	18
5.5.6.4. FACTORES DE RIESGO.....	19
5.5.6.5 SINTOMAS	19
5.5.7. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	20
5.5.8. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	21
5.5.9 TERAPIA FISICA	22
VI. RESUMEN CLÍNICO.....	23
6.1. VALORACION 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	24
6.2 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AÉREAS (00031)	27

6.4. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00046)	30
6.5 DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN LA CAMA (00085)	33
6.6 RIESGOS DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE (00179)	36
6.7 RIESGO DE CAÍDA (00115)	39
VII.- PLAN DE ALTA.....	41
VIII.- CONCLUSIONES	43
IX.- GLOSARIO TERMINOS	44
X.- REFERENCIAS BIBLIORAFICAS.....	46

DEDICATORIA

- El presente trabajo se lo dedico a dios quien fue mi guía y fortaleza espiritual para llegar a donde estoy.
- A mi padres, porque gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que en mi se depositó y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales que constituyen el legado más grande que pudiera recibir y por lo cual les viviré eternamente agradecida.
- A una persona que hoy en día ya no está conmigo, pero sé que está orgullosa de mí, y fue mi principal inspiración para estudiar esta profesión.
- Le doy gracias a cada una de las personas que estuvieron conmigo durante este proceso de mi formación profesional, que sin dudarlo confiaron en mí.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad vascular cerebral (EVC) o también conocida como ictus es una alteración a nivel del encéfalo y medula espinal, se clasifica en 3 tipos que son isquémica, hemorrágica y trombosis venosa cerebral, la EVC es un problema de salud mundial, ya que constituye a la tercera causa de muerte, la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia, en México tiene gran impacto ya que los recursos necesarios son altos para el sistema de salud en la fase aguda de la enfermedad.

Objetivo: Desarrollar un proceso cuidado enfermero para la atención de un paciente adulto, hospitalizado con diagnóstico enfermedad vascular cerebral tipo hemorrágico

Metodología: Se implementó un proceso cuidado enfermero a un paciente con Enfermedad Vascular Cerebral tipo hemorrágico, se utilizó como instrumento: valoración por patrones funcionales de Margory Gordon y el modelo teórico de enfermería de Virginia Henderson (14 necesidades), taxonomía NANDA, NOC, NIC, sitios web, artículos, revistas electrónicas, libros físicos con base científica

Resultado: De acuerdo con la valoración se logró identificar los patrones funcionales alterados, percepción-manejo de la salud, Nutrición-Metabólico, Actividad-ejercicio, se identificaron los diagnósticos de enfermería priorizando con las necesidades del paciente: Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la movilidad física, Riesgo de Glicemia inestable, Riesgo de Caída

Conclusión: Con la implementación del proceso cuidado enfermero, permitió la asignación de diagnósticos y la planificación de intervenciones y actividades de enfermería en mejora de calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVES: EVC, ENFERMERIA, PROCESOS CUIDADO ENFERMERO, PATRONES FUNCIONALES PLANIFICACION, EJECUCION, RESULTADOS

II.- INTRODUCCION

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es una patología que afecta los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. (Farreras,2016) Según OMS la define como un disturbio de la función cerebral que se desarrolla rápido, con signos clínicos globales o focalizados que da una duración igual o mayor a 24 hrs. Se encuentra entre las primeras 5 causas de muerte a nivel mundial, y genera el mayor grado de minusvalía en la tercera edad., es la tercera muerte en países industrializados, la segunda causa de muerte en el grupo etario de 65 años y se conoce que cada 53 segundos ocurre un evento cerebrovascular, y que cada 3.3 minutos muere una de estas personas. (Imss, 2015)

Los pacientes que sufren esta patología se ubican en servicios donde se atienden problemas de salud de alta complejidad, por lo tanto es considerado una persona inestable neurológicamente con un compromiso vital, ya que la EVC afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. Por lo cual el personal de enfermería juega un papel importante en el cuidado del paciente, el cual es la esencial de la profesión de enfermería, 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. (Juárez, 2009)

A la aplicación de los cuidados de enfermería, tenemos como objetivo principal proporcionar cuidados individualizados, en el que se nos permite tener una interacción con el paciente , por tal motivo surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios de enfermería, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros (Juarez,2009).

Para tener una repuesta favorable de los cuidados el profesional de enfermería pone en práctica el proceso cuidado enfermero, ya que es el instrumento sistemático y organizado de administrar los cuidados en el cual se centra en la identificación de las necesidades del paciente así como su tratamiento como el profesional de enfermería desarrollar el pensamiento crítico, logrando así una atención individualizada

En este trabajo de investigación se presenta un caso clínico de un paciente con enfermedad vascular cerebral de tipo hemorrágica, con el objetivo central de desarrollar y aplicar un PROCESO CUIDADO ENFERMERO desarrollando sus 5 etapas, donde se utilizó la taxonomía NANDA para el establecimiento de los diagnósticos enfermero basándose en el Modelo de Virginia Henderson junto con su valoración de 14 necesidades para así brindarle una atención de calidad al paciente junto con la interrelación NIC-NOC para establecer intervenciones y actividades de acuerdo a las necesidades del paciente.

III.- JUSTIFICACION

Ante la problemática de salud la enfermedad vascular cerebral se encuentra entre las primeras 5 causas de muerte a nivel mundial, y genera el mayor grado de minusvalía en la tercera edad., es la tercera muerte en países industrializados, la segunda causa de muerte en el grupo etario de 65 años y se conoce que cada 53 segundos ocurre un evento cerebrovascular, y que cada 3.3 minutos muere una de estas personas. , (Alfaro, 2003) Aproximadamente un 20 % de todos los eventos cerebro vascular se deben a hemorragias intracraneales espontaneas, las cuales dejan secuelas graves a los pacientes.

El cuadro clínico y la frecuencia de diversas complicaciones hacen necesarios el ingreso del paciente en el área de hospitalización, en donde es sometido a la vigilancia permanente y a múltiples técnicas capaces de garantizar las funciones vitales y atender sus necesidades nutricionales, por su características la atención multidisciplinaria es de suma importancia ya que su apego y colaboración se puede actuar con destreza en situaciones en las que se comprometa la vida del paciente.

Uno de los elementos fundamentales para disminuir la mortalidad y la incapacidad de la enfermedad vascular cerebral, es la prevención, que consiste en la rápida demanda de atención médica. Las causas del retraso en la demanda de dicha atención, es el escaso conocimiento sobre las manifestaciones, gravedad y secuelas, que con llevan lo más importante, es la necesidad de un tratamiento inmediato.

La presente investigación surge por la necesidad de estudiar y aplicar un plan de cuidados individualizado con el propósito de identificar las posibles complicaciones, y afectaciones que tiene la enfermedad vascular cerebral. En el cual se desarrolla un proceso cuidado enfermero a un paciente EVC de tipo hemorrágico. Es por ello que se llevó a cabo una valoración por las 14 necesidades junto con el modelo de atención de enfermería de Virginia Henderson en el que se encontraron las necesidades alterados permitiendo conocer información relevante para la asignación de diagnósticos de enfermería establecidos por la taxonomía NANDA y seleccionando intervenciones y actividades por la interrelación de NIC Y NOC.

Es por ello que en esta investigación busco mejorar mis conocimientos logrando que se le dé una atención adecuada al paciente con evento cerebro vascular en el cual mi propósito es aplicar el proceso cuidado enfermero ya que es una herramienta de primera instancia la cual le brindan cuidados no solo en la situación que se encuentra el paciente sino también en el entorno que lo rodea.

Por ende la enfermera debe utilizar el pensamiento crítico para resolver los problemas de los pacientes y así tomar las mejores decisiones en relación a los cuidados, incorporando su creatividad, su forma de pensar y ser capaces de encontrar soluciones únicas a problemas únicos, ser creativos y generar ideas con rapidez, ser flexibles, naturales, aportar soluciones originales a los problemas, esto permite ser independientes y tener confianza en sí mismos.

IV.- OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un proceso cuidado enfermero para la atención de un paciente adulto, hospitalizado con diagnóstico enfermedad vascular cerebral tipo hemorrágico.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Implementar un proceso cuidado enfermero a un paciente con enfermedad vascular cerebral
- Priorizar los principales diagnósticos de enfermería propuestos para la atención del paciente con EVC
- Implementar con base científica las intervenciones y actividades de enfermería que den solución a las necesidades del paciente
- Proporcionar un plan de alta al paciente con enfermedad vascular cerebral

V.- MARCO TEORICO

5.1. ENFERMERIA COMO PROFESION DICIPLINARIA

En la actualidad la enfermería es considerada una profesión que está constituyendo su cuerpo disciplinar mediante la investigación. A principios del siglo xx, la enfermería no era una disciplina académica ni una profesión, sus logros se han llevado al reconocimiento en ambas áreas. (Alligood, 2010). La enfermería es una disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de los otros, fundamentada por el conocimiento empírico propio y otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia asistencial , valores, expectativas personales y sociales(Marrier,2008).

Durante su evolución de la profesión solo era posible mediante una forma reglada , ordenada y sistemática en el que se requiere la adquisición de un cuerpo sustancial de conocimientos , basadas en la práctica, el cual mantienen 3 caracterizas de las disciplinas que se determinan como :

- Un cuerpo de conocimientos sistemáticos y relacionados entre sí que da significado al global del objeto.
- Utilizan en su actividad el método científico , adaptado peculiaridades de objeto
- Organizan los conocimientos con lenguaje científico.

Por lo tanto la ciencia en enfermería provee de conocimientos teóricos, mediante el cual, la práctica se nutre, simultáneamente y transforma a su vez, a los nuevos conocimientos de esta manera, la práctica alcanza un alto nivel del cuidado expresado en la mejoría y bienestar de los seres humano.

Por lo cual varias autoras que han definido la disciplina en las cuales se pueden destacar a la conocida como la madre de la enfermera profesional, Florences Nightingale fue la primera que describió la enfermería y cuál es su función. Es considerada una de las pioneras en la práctica de la enfermería, mediante las observaciones que tuvo del cuidado de enfermería mostró que estar enfermo tenía parte de su origen en la pobreza, desnutrición y condiciones insalubres de la época y dio a la utilización del método inductivo, la empírica, la sistematización de sus datos ofrece evidencia inicial del desarrollo de la Enfermería como ciencia; pues, si la ciencia desde una concepción filosófica se hace preguntas por la finalidad del objeto de estudio, Nightingale lo hace evidente al conceptualizar explícitamente e

implícitamente sobre las leyes de la vida, la importancia del medio ambiente en la curación del enfermo, es decir, comprendió con todo aquello que interactuó: salud, enfermedad, medio ambiente, persona y enfermería, se puede decir, que aquí aplica, el concepto de conocimiento como la consecución o percepción de la realidad adquirida a través de la investigación.

Por otra parte la enfermería es una profesión que se inicia como una práctica que sigue las reglas del sentido común, y da una vinculación profesional que constituida por la estructura teórica.

5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

El cuidado es una actividad tan antigua como el hombre; Las primeras civilizaciones podían identificar miembros de la comunidad encargados de realizar tareas relacionadas con la conservación de la vida y el cuidado de las personas. Si bien, 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.(Reyes, 2015) por lo tanto los pacientes representan una serie de actos de vida que tienen como finalidad una función de mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona.

En efecto “cuidar es ante todo, un acto de VIDA” ya que el sentido de cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, así como permitir que esta continúe y se reproduzca. (Colliere, 2003). Un avance del cuidado está relacionado de manera estrecha con la evolución de la ciencia, la cual le proporciona insumos que son incorporados en la producción de las nuevas tecnológicas aplicables en áreas como la salud.

Es por ello que las tecnologías aplicadas al cuidado humano ofrecen métodos y técnicas para conservación la salud sin dejar a un lado el calor humano que fomentan estas mismas, utilizando el arte del proceso de cuidar, fortaleciendo de esta manera la práctica y promoviendo la autonomía e identidad.

El arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y

procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado

5.3. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso de enfermería se considera un método del cuidado de los profesionales, el cual tiene fines particulares y una forma de proceder, en sus inicio se lo conocía como Proceso Enfermero (P.E), el cual se definía como: “una forma ordenada y sistemática de determinar, los problemas de un individuo, formulando y realizando los planes para resolverlos, llevarlos a cabo y evaluar hasta qué punto resultan eficaces para solucionar los problemas identificados”.

La aplicación del método en la práctica asistencial se le conoce como proceso de atención enfermería (P.A.E) Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. (Enfermería comunitaria ,2020)

Dentro de algunas, autoras como Dorothy, Johnson, Ida Orlando, Ernestine Wiedebanch, son algunas de las teóricas que idearon métodos para el estudio y la identificación de las etapas del P.A.E. (Proceso de Atención de Enfermería) (Brown, 2007)

En cambio Lydia Hall, describió formalmente la Enfermería como un proceso. Con esta declaración, la Enfermería recibió un nuevo empuje y el P.A.E adquiere una nueva imagen al ser estructurado en etapas (Benavent, 2012)

Pero Yura y Walsh lo consideran como la fórmula fundamental de la práctica de Enfermería y lo definen así: “es una serie diseñada de acciones encaminadas a conseguir los objetivos de enfermería, mantener el bienestar del cliente. (Vele, 2015)

Con esto la evolución ha transcendido ya que el modelo del P.A.E se ha modificado siguiendo el método científico, y se ha obtenido con ello una aproximación sistemática a las alteraciones y los riesgos de salud de los individuos, grupos o comunidades.

El desarrollo y aplicación del proceso de enfermería para el personal con lleva a la práctica y da un avance disciplinar, por lo cual constituye a una necesidad y un compromiso ante responsabilidad.

Conviene destacar que gracias a ello, desde los años ochenta se está desarrollando, sin parar, una nueva tecnología o lenguaje propio y exclusivo (*Taxonomía Diagnóstica de Enfermería*), que da tintes propios y exclusivos al conocimiento sistemático de la disciplina.

Esta taxonomía diagnóstica se ha convertido en el eje sobre el que debe girar la formación de los conocimientos fundamental. Y así adquirir un estatus científico que cualquiera que pretenda estudiar, aprender o conocer la terminología correspondiente de la disciplina.

5.3.1. OBJETIVO DEL PCE

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir individualizar las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, además de ello nos permite. (Vele,2015)

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

5.3.2. CARACTERISTICAS DEL PCE

El proceso de enfermería tiene cualidades esenciales que lo caracterizan y es fundamental que se consideren durante la enseñanza y la aplicación de este la cual le da un carácter propio al personal de enfermería. (Reyes, 2015)

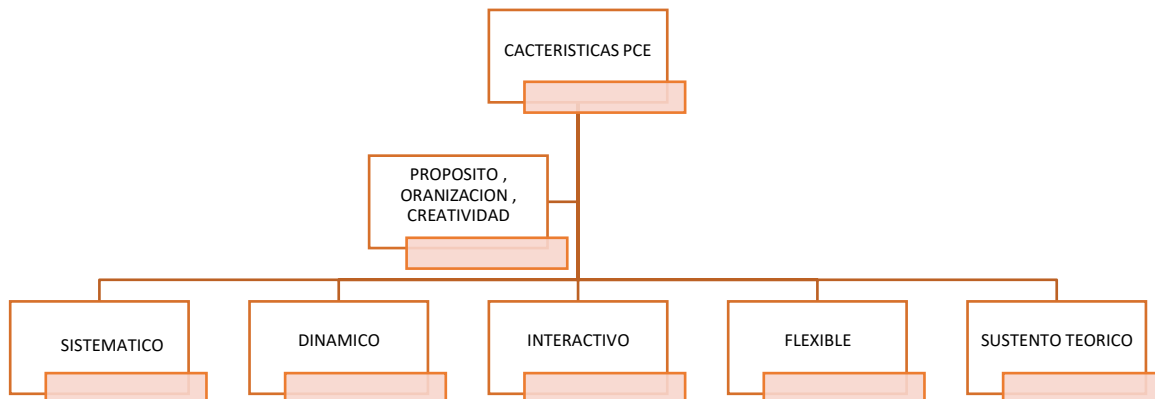


Figura 1 Características del PCE

5.3.3. IMPORTANCIA Y VENTANJAS DEL PCE

El Proceso de Atención de Enfermería, ha brindado un desarrollo notable en la disciplina, permite a los profesionales de la rama, dar a conocer su pensamiento crítico, además que, a su aplicación se le atribuye una serie de aspectos que benefician al vínculo paciente - enfermero/a, en donde radica la importancia del mismo. (Vele, 2015)

- Mejora la calidad en la prestación de cuidados.
- Permite el establecimiento de un orden lógico y secuencial en la realización de las acciones que conforman el proceso de cuidar y posteriormente su registro permite garantizar una atención eficiente y eficaz, la misma que puede ser verificada.
- Incrementa la acreditación profesional, debida al reconocimiento social apreciado por los usuarios y al uso de normas estandarizadas del desempeño profesional.
- Ayuda a que la Enfermería tenga un respaldo legal y una remuneración adecuada a la calidad del servicio que presta

5.4. MODELO TEORICO UTILIZADO PARA LA ELABORACION DEL PCE

Los modelos conceptuales se usan en múltiples disciplinas para poder explicarle los fenómenos, definir fronteras y reflejar las creencias, valores y aspiraciones de las profesiones. Los modelos y teorías de enfermería se convirtieron en un tema importante en la última mitad del siglo xx, y aun con la actualidad sigue estimulando un extraordinario desarrollo profesional ya que son representaciones de la realidad de la práctica de enfermería y la relación que éstos guardan entre sí. . (Raile, 2018)

La función del modelo es expresar, a través de conceptos y proposiciones, de una manera amplia, un fenómeno de interés para enfermería; En este sentido, se puede afirmar que el modelo representa un paradigma de enfermería, un enfoque, una guía que da perspectiva a la práctica, un horizonte, incluyendo formas instrumentales e indicadores empíricos derivados de la meta del modelo. (Raile, 2018)

Por el cual existen numerosos modelos de enfermería que definen el marco conceptual y filosófico en el que se deben desarrollar los cuidados de enfermería, y cuya herramienta fundamental en la práctica, es el plan de cuidados o proceso de atención de enfermería. (Mckee, 2007)

Entre las numerosas corrientes de enfermería, la más aceptada es la humanística, dentro de la cual se sitúa una de las tendencias que más ha arraigado en la enfermería actual, la

de las Necesidades Básicas centradas en el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson (Anexo 2.- 14 necesidades)

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que preciaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interacción de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias y puso de relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención enfermera

Es por ello que el modelo de Virginia Henderson cumple con los indicadores para la aplicación del modelo, y permitirle a la enfermera dar un cuidado de calidad a un paciente con enfermedad vascular cerebral, el cual ha tenido secuela de hemiplejía,

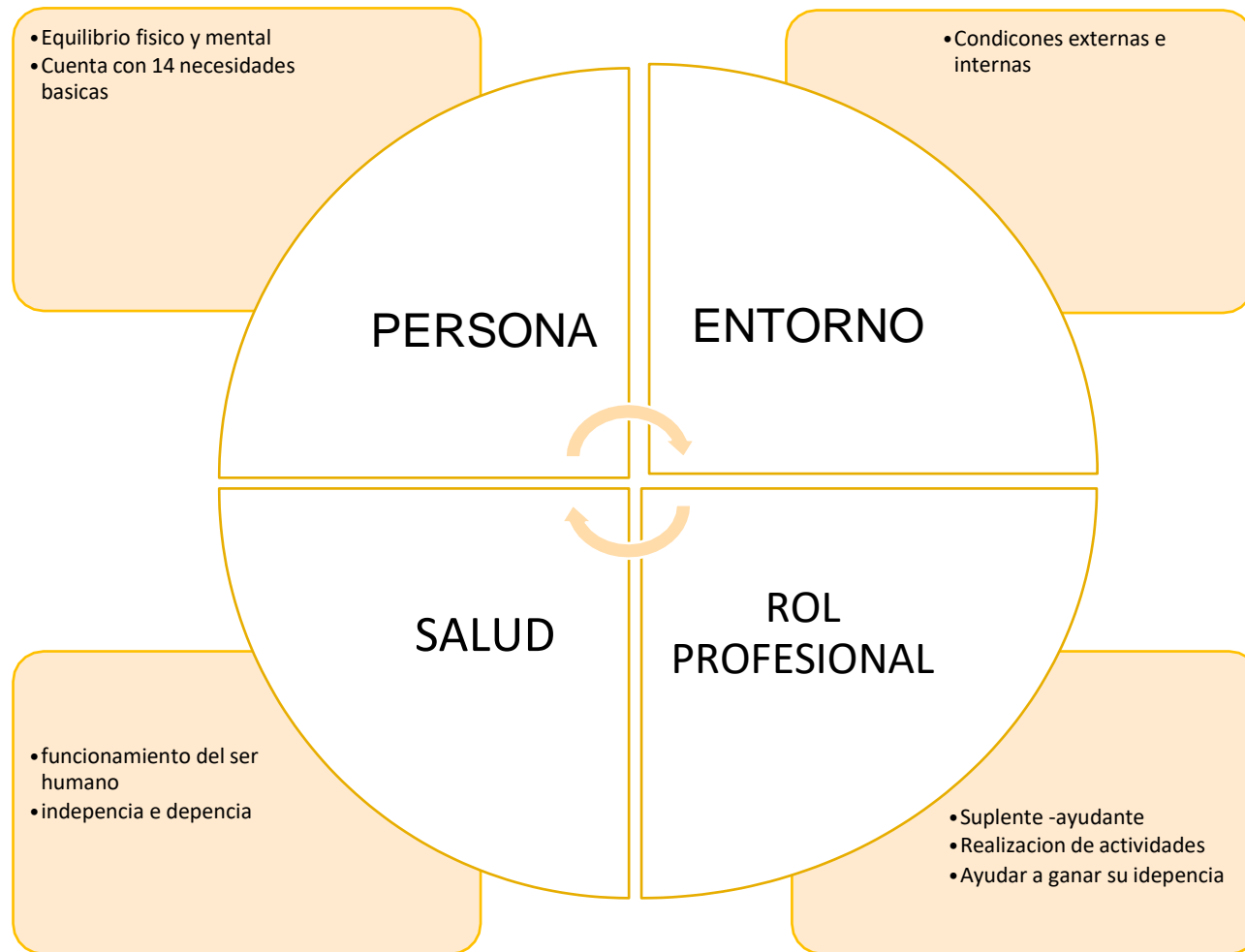
El escoger este modelo puse en primera instancia la situación de mi paciente, ya que va requerir de mucha atención, y como profesional de enfermería tengo la responsabilidad de cubrir las necesidades básicas, apoyándome de la familiar. Conocimiento científico y lo principal mantener una buena comunicación.

Por el cual he Identificado tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como:

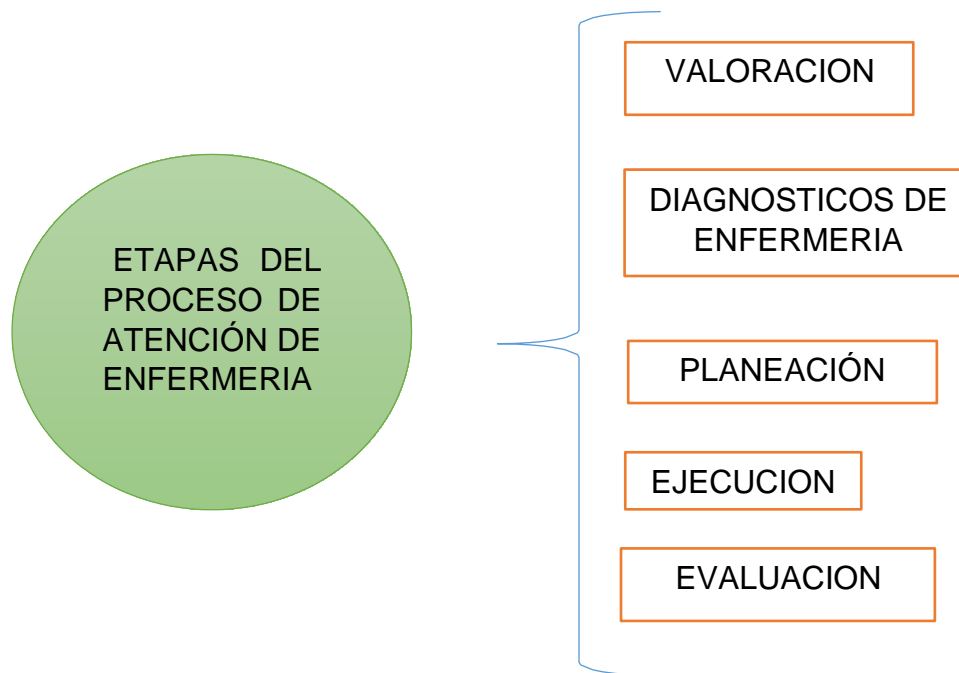
1. Sustituta del paciente
2. Colaboradora para el paciente
3. Compañera del paciente

A través de este proceso interpersonal, la enfermera debe “meterse en la piel “de cada uno de sus pacientes para conocer qué tipo de ayuda necesita, ya que la enfermera trabaja interdependiente a otros profesionales sanitarios y con el paciente.

5.4.1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO



5.5 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO



5.5.1 VALORACION:

Es la primera etapa del proceso, debe organizarse y sistematizarse para la recolección de datos del paciente a través de diversas fuentes. (Reyes, 2015)

Según Phaneuf, es un proceso organizado, de liberado y sistemático de recolección de información pertinente sobre el usuario, la familia o comunidad.

ETAPAS:

- **Recolección de datos:** es la obtención de la información, con el fin de que sea completa, sistemática y ordenada.
- **Validación de datos:** en esta etapa el profesional de enfermería verifica y confirma los datos para determinar si responde a los hechos
- **Organización de los datos:** clasificación de los datos, en categoría y poder identificar los problemas de salud reales y potenciales
- **Registro de los datos:** al registrar los datos, facilitar la prestación de una asistencia de calidad.

5.5.2. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Segunda etapa de proceso la cual define el diagnóstico de acuerdo a las necesidades y formular un diagnóstico de acuerdo a los modelos diagnósticos, en el cual consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.(Reyes,2015)

Según Shoemaker afirma que el diagnóstico es “un juicio clínico sobre un individuo. Familiar o comunidad, que resulta del proceso sistemático y deliberado de recogida y análisis de datos”.

Alfaro lo define como “problema de salud real o potencial de un individuo, familia o grupo, que las enfermeras pueden tratar de manera individual e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo o resolverlo o reducirlo”

VENTAJAS:

- Desarrollo disciplinario.
- Desarrollo profesional.
- El proceso de cuidar en enfermería.
- Organización y gestión de las actividades de cuidado.
- Comunicación entre las enfermeras implicadas en el proceso.

ELEMENTOS DEL DIAGNOSTICO

- Etiqueta: Proporciona un nombre al diagnóstico. El termino real no forma parte del enunciado o etiqueta
- Definición del diagnóstico: Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlos de diagnósticos similares.
- Características definitorias: Las características que lo definen hacen Proceso de Atención de Enfermería (PAE), referencia a los datos clínicos (signos y síntomas).
- Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón relacionado con el diagnostico enfermero (causales o asociados).

5.5.3. PLANEACIÓN:

La tercera etapa del proceso de enfermería y es donde se elaboran las estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona. (Reyes. 2015)

- Establecer prioridades: Las prioridades de las intervenciones de enfermería dependen del diagnóstico de enfermería, donde se concluye la identificación del problema, en el cual se debe centrar el cuidado y realizar acciones inmediatas.
- Elaborar objetivos: realizar prioridades de cuidados para la selección de intervención y los criterios de su evaluación.
- Determinar los cuidados de enfermería : priorizar cuidados , intervenciones , estrategias y acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados(Potter y Perry 2002)
- Documentar el plan de cuidados: posterior a la identificación de las intervenciones se procesó a conformar el plan de cuidados , el cual integra tanto el diagnóstico , objetivo , resultado esperados , actividades o estrategias y evaluación , específica de enfermería

5.5.4 EJECUCIÓN

Cuarta fase del proceso cuidado enfermero, una vez identificado el problema y teniendo el objetivo da inicio a la práctica. (Reyes,2015)

OBJETIVO

- Realizar directamente una actividad para el paciente.
- Ayudar al paciente a realizar una actividad por sí mismo.
- Supervisar al paciente, familia o comunidad mientras realiza una actividad por sí mismo.
- Enseñar al paciente, familia o comunidad sobre sus cuidados de salud.
- Asesorar al paciente, familia o comunidad en las elecciones que debe hacer en entorno a la búsqueda y la utilización de los recursos de salud adecuados.
- Control (valoración) para detectar posibles complicaciones o problemas.

PREPARACIÓN: la fase de preparación requiere de conocimiento y habilidades, tener en mente complicaciones, para la realización del plan

INTERVENCIÓN: es la implementación del plan de cuidados y conseguir los objetivos establecidos.

DOCUMENTACIÓN: es el registro en las notas de enfermería, documento legal que nos respalda en cualquier complicación, ya que en esta etapa la atención de enfermería es fundamental tanto para garantizar la calidad de dicho proceso.

5.5.5 EVALUACIÓN

Es la última fase del proceso cuidado enfermero que determina el logro de los objetivos establecidos

Phaneuf considera a la evaluación como: “la etapa final del proceso de cuidados enfermeros, es el momento en el que el profesional compara los resultados obtenidos de sus intervenciones con los objetivos “

OBJETIVOS

- Favorecer una atención eficaz.
- Determinar el logro de los objetivos propuestos.
- Identificar los factores que afectan el logro de los objetivos.
- Decidir si se mantiene el plan de cuidados, se modifica o finaliza.
- Identificar si los cuidados han sido de baja calidad y tomar medidas para subsanar las deficiencias.
- Informar a los profesionales sobre el nivel de calidad de los cuidados

ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE RESULTADOS: Determinar criterios de evaluación, en un terminado tiempo, para verificar si los resultados fueron los deseados

EVALUACIÓN DEL LOGRO DE OBJETIVOS: Indica la resolución de un diagnóstico de enfermería

MODIFICACIÓN DEL PLAN:

- Suprimir aquellos diagnósticos que han quedado resueltos.
- Enunciar nuevos diagnósticos.
- Priorizar, establecer nuevos objetivos y programar nuevas intervenciones.
- Modificar el tiempo establecido en los objetivos de resultado.
- Mantener la ejecución de las actividades.

5.5.6 PROBLEMETICA DE SALUD DE LA PERSONA

5.5.6.1 ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

La Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) es una alteración neurológica, se caracteriza por su aparición brusca, generalmente sin aviso, con síntomas de 24 horas o más, causando secuelas y muerte.(INNN, 2017). Los accidentes vasculares o también conocidos ictus son trastornos clínicos habituales súbitos derivado de una isquemia o hemorragia del SNC. Tienen 3 tipos las cuales son: isquemia, hemorrágica y trombosis de los senos venosos (Farreras, 2016).

Los criterios para la su clasificación de los diferentes tipos de ECV no han sido establecidos, y varían según las diferentes publicaciones. La clasificación más simple de la ECV es la siguiente:

- ECV Isquémica: En este grupo se encuentra la Isquemia Cerebral transitoria (ICT), el infarto cerebral por trombosis, el infarto cerebral por embolismo y la enfermedad vascular.
- ECV Hemorrágica: En este grupo se encuentra la hemorragia intracerebral (parenquimatos a) y la hemorragia subaracnoidea (HSA) espontánea.

La clasificación rápida del ECV permite predecir su pronóstico, identificar y modificar los procesos fisiopatológicos con el objetivo de reducir la lesión en la fase aguda y el riesgo de recurrencia, planear las medidas de soporte inmediato para el paciente, solicitar los estudios paraclínicos adecuados y a largo plazo, su programa de rehabilitación.

5.5.6.2 ANATOMIA Y FISILOGIA

La sangre arterial llega al encéfalo por cuatro arterias principales: dos arterias carótidas internas y dos arterias vertebrales, Las arterias carótidas internas provienen las arterias carótidas comunes y penetran al cráneo por el conducto carotideo para dar lugar a en varias ramas terminales

El conocimiento de la anatomía vascular y sus variantes normales, como sus relaciones con la neuroanatomía funcional, puede aportar claves importantes para identificar la causa de los síntomas y signos cerebrovascular en cada paciente individual y también puede ayudar orientar en su tratamiento.

El encéfalo se encuentra entre los tejidos corporales mas activos metabólicamente recibe acerca de 14 % del gasto cardiaco, por lo cual el flujo sanguíneo total del encéfalo permanece en constante en condiciones normales , el cual cambia la actividad mental lo que a menudo se manifiesta por cambios en la actividad sináptica.

Aproximadamente el 80 % de glucosa se utiliza para generar energía y el resto se metaboliza a lactato o se usa para la actividad de síntesis. El encéfalo almacena poca glucosa y su elevada demanda metabólica lo hace particularmente vulnerable a la reducción de oxígeno en reposo es de 50 a 100 ml por 100 g de tejido encefálico por minuto, si el flujo disminuye por debajo de este nivel, la función neuronal normal se suprime, si el déficit persiste, puede dar lugar a una lesión neurológica irreversible. (Goldman, 2017).

Los factores metabólicos también pueden influir en el flujo sanguíneo cerebral. La hipercapnia causa vasodilatación cerebral y la hipocapnia causa vasoconstricción cerebral mediada por cambios en el pH del líquido extracelular encefálico. (Golman, 2017)

5.5.6.3 INCIDENCIA

La incidencia de la enfermedad aumenta de manera exponencial conforme aumenta la edad, comprometiendo a 3 por cada 10.000 personas entre la tercera y la cuarta décadas de vida, hasta 300 de cada 1.000 personas entre la octava y la novena décadas de la vida (Arana, Uribe, etc. 2015)

A nivel mundial se ha avanzado en la atención de la enfermedad vascular cerebral (EVC), mejor conocida como infarto cerebral, embolia o derrame, cada 6 segundos 1 persona fallece debido a esta condición,(Alfaro,2003) provocando que los pacientes lleguen tarde a los servicios de urgencias para un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.

En México este padecimiento neurológico afecta a 230 casos por cada 100 mil habitantes mayores de 35 años de edad (Álvarez, 2016), de ahí que sea la 4ta. Causa de muerte (Alwan, 2010), la 2da de demencia (Benavent, 2012) y el principal motivo de discapacidad en adultos.

Según la organización mundial de la salud menciona que representan la segunda causa de mortalidad en el mundo, y que uno de cada cinco fallece y tres de cada cinco queda con secuelas.

5.5.6.4. FACTORES DE RIESGO

- Edad y se duplica cada década después de los 55 años,
- Estilo de vida
- Obesidad,
- Consumo de sustancias,
- Exceso de consumo de alcohol,
- Hipertensión,
- Diabetes,
- Fibrilación auricular
- Dislipidemia
- Estenosis de arteria carótida

El riesgo de accidente cerebrovascular es también mayor en:

- Personas que tienen cardiopatía o mala circulación en las piernas causada por estrechamiento de las arterias
- Personas que tienen hábitos de un estilo de vida malsano tales como el tabaquismo, una dieta rica en grasa y falta de ejercicio
- Mujeres que toman píldoras anticonceptivas (especialmente las que fuman y son mayores de 35 años)
- Las mujeres embarazadas tienen un mayor riesgo durante el embarazo
- Mujeres que toman terapia de reemplazo hormonal.

5.5.6.5 SINTOMAS

Los síntomas de un accidente cerebrovascular dependen de qué parte del cerebro esté dañada; La mayoría de las veces los síntomas se presentan de manera súbita y sin aviso. Pero por lo general son más graves cuando el accidente cerebrovascular acaba de suceder, y pueden empeorar lentamente, por ejemplo;

- Cambio en la lucidez mental (incluso, somnolencia, pérdida del conocimiento y coma.
- Cambios en la audición o en el sentido del gusto
- Cambios que afectan el tacto y la capacidad de sentir dolor, presión o temperaturas diferentes

- Confusión o pérdida de memoria
- Dificultad para deglutir
- Dificultad para leer o escribir
- Mareos o sensación anormal de movimiento (vértigo)
- Problemas con la vista, como disminución de la visión, visión doble o ceguera total
- Falta de control de esfínteres
- Pérdida del equilibrio o coordinación, o problemas para caminar
- Debilidad muscular en la cara, el brazo o la pierna (por lo regular solo en un lado)
- Entumecimiento u hormigueo en un lado del cuerpo
- Cambios emocionales, de personalidad o de estado de ánimo
- Problemas para hablar o entender a otros que estén hablando

5.5.7. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La prueba diagnóstica más utilizada es la tomografía computarizada si bien la resonancia magnética tienen la misma sensibilidad y especificidad y permite detectar microhemorragias que pasan desapercibidas por TC. (Golman, 2017)

Sin embargo la TC encefálica sin contraste es el método de elección para hacer el diagnóstico urgente de hemorragia intracraneal. La TC muestra inmediatamente el tamaño y localización del hematoma, su extensión al sistema ventricular, el grado de edema circundante y el desplazamiento tisular, como la desviación de la línea media debido al efecto de masa; En la RM las características de la HIC dependen del estado evolutivo de la oxidación de la hemoglobina y su conversión. (Farrera, 2016)

La HIC hipertensiva tienden a presentarse en ganglios basales, tálamo cerebelo y protuberancia y no contamina el espacio subaracnoideo La HIC por angiopatía amiloide es de bordes más irregulares, lobar, cortical, subcortical y ahí puede afectar el espacio subaracnoideo, también la presencia de sangre puede indicar ruptura de aneurisma.

TRATAMIENTO MEDICO:

El tratamiento médico para HIC es general y sintomático, a primera consideración es la valoración del estado de conciencia (Escala de Glasgow) y de las funciones vitales. Si el paciente presenta compromiso respiratorio a causa por la disminución del nivel de

conciencia o de reflejos del tronco, se debe asegurar la ventilación y oxigenación adecuada, valorando la necesidad de intubación y ventilación mecánica.

El tratamiento de la HTA, ya se está la causa o la consecuencia, requiere de manejo urgente, estudios recientes ha indicado que la reducción de PAS por debajo de 140 mmHg disminuye el riesgo de crecimiento del hematoma. La hiperglucemia debe tratarse de inmediato, evitar la hipertermia (paracetamol o metamisol), es conveniente administrar protectores de la mucosa gástrica, administrar heparina de bajo peso para prevenir trombosis venosa profunda, realizar hidratación adecuada e iniciar la nutrición lo antes posibles por la vía más segura, es recomendable el inicio precoz de la rehabilitación.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

La cirugía no ofrece mejores resultados que el tratamiento médico. El tratamiento quirúrgico clásico consiste en la evaluación del hematoma mediante craneotomía abierta.

Candidatos a NO cirugía

1. HIC de volumen inferior a 10ml o con déficit neurológico mínimo
2. Paciente en coma profundo (escala de Glasgow <8)

Candidatos cirugía

1. Hemorragia cerebelosa mayor de 3 cm , cuyo estado neurológico se está deteriorando o bien que tiene compresión de tronco o hidrocefalia por obstrucción ventricular
2. HIC asociada a lesión estructural que tiene posibilidad de un buen pronostico
3. Pacientes jóvenes con hemorragia lobar de tamaño moderado o grande, cuyo estado neurológico se deteriora.

5.5.8. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Medir signos vitales y avisar al médico si hay alteraciones de algún parámetro
- Colocar el paciente con la cabeza elevada a 30 grados
- Proceder a realizar examen físico y examen neurológico
- Canalizar vía venosa con No de jelco 18 o 20 , no en miembro afectado
- Colocar sonda levin , si hay dificultad para deglutir

- Colocar sonda vesical si está indicado y toma de muestra
- Abrir hoja de balance hidromineral
- Vigilar patrón respiratorio
- Evolucionar al paciente según reglas del servicio y comenzar con el proceso de atención de enfermería
- Brindarle seguridad y confort al paciente

5.5.9 TERAPIA FISICA

El objetivo es lograr que el paciente que sufre una enfermedad vascular cerebral vuelva a aprender actividades motoras simples como volver a caminar, sentarse, acostarse y cambiar de un tipo de movimiento a otro. Se comienza la terapia física antes de las 24 horas, teniendo en cuenta las complicaciones y el tipo de enfermedad vascular cerebral

El enfoque terapéutico de las secuelas requiere ser multifactorial y tiene como uno de sus pilares fundamentales, la intervención mediante ejercicios físicos con objetivos terapéuticos. A pesar de la existencia de diversos modelos de rehabilitación neurológica, no existen suficientes acuerdos sobre el papel del ejercicio físico en la recuperación neurológica, de forma especial en aquellos sujetos en fase crónica (6 meses o más de evolución), donde se considera el término "fase de meseta", dado que son más difíciles las posibilidades de recuperación, una vez lograda cierta estabilidad.

VI. RESUMEN CLÍNICO

Paciente Masculino de 57 años. A su ingreso el día 14 de mayo al área de urgencias con deterioro neurológico importante con Glasgow de 3 puntos y restos alimenticios motivo por el cual se procede a manejo de vía aérea avanza. Se realiza tac de cráneo simple con hemorragia intraparenquimatosa en núcleos basales izquierdos con interrupción al sistema ventricular supra e infratentorial. Fisher grado 3

A un mes de su ingreso paciente se encuentra postrado sin sedación, reactivo, responde a estímulo doloroso y verbal escaso, con apoyo de ventilación mecánica en modo SIMV, se solicita apoyo al servicio de inhaloterapia para progresar ventilador a modalidad CPAP.

A la valoración actual al día 25 junio paciente se encuentra sin sedación, P.O. de traqueotomía y gastrostomía, signos vitales T/A 120/80 mm/hg FC: 80x FR: 14 TEMP: 36 °C SAT.O2 96 % se refiere asintomático, sonda vesical de fr 14 a derivación, con uresis y evacuaciones presente con tos y secreciones fétidas, hemiplejía de lado derecho , con evidencia de disminución de fuerza muscular del lado ya mencionado , catéter venoso central subclavia derecha fecha de colocación día 19 de mayo del 2021 realiza curación cada 72 horas , GLASGOW 12/15 , pupilas isocóricas normoreflécticas , mucosas semihidratadas , con sonda T con puritan en 35 % saturación ya mencionada , tórax simétrico con campos pulmonares con estertores leves , precordio rítmico de adecuado intensidad y frecuencia , piel semihidratada , con presencia de úlceras por presión de 2do grado en el área sacra y talón , abdomen globoso con gastrostomía sin datos de infección, llenado capilar de 4 seg.

6.1. VALORACION 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. – OXIGENACIÓN	Paciente con traqueotomía con apoyo de oxígeno con sonda T con puritan en 35 %, a la auscultación ruidos respiratorios normales, presencia de secreciones fétidas , con aspiración por turno, tos inefectiva,
2. - NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	Apoyo de nutrición enteral por sonda de gastrostomía, dieta licuada en cuartos aprox de 350 ml ,glucosa por turno de 70 mg/dl, refiere familiar que la inicio de la dieta el paciente refiere nauseas. , laboratorios hto: 35.7% , eritrocito 3.69 miles/UL plaquetas 256 miles/UL glucosa de 83 mg/dl urea 35.27 mg/dl , creatina sérica , 0.60 mg/dl, hemoglobina glucosilada 7%., Terapia intravenosa con solución fisiológica 1000ml + 1 amp MGS04 para 12 horas.
3. - ELIMINACIÓN	Paciente con sonda vesical tipo Foley fr 14 a derivación con un volumen urinario de 500 a 1000 ml por turno de 7 hrs, características clara de la orina, evacuaciones intestinales 2 veces al día semi liquidas, perdidas insensibles de turno de 7 hrs de 332 ml.
4.- MOVILIDAD Y POSTURA	Paciente postrado en cama con hemiplejia, cambio de posiciones con ayuda de familiar, personal de enfermería y camillero.
5.-DESCANSO Y SUEÑO	Problemas para conciliar el sueño, se corrige con Clonazepam 1 tabs cada 24 hrs. Tiene siestas durante el día.

6.- USO DE PRENDAS DE VESTIR	Utiliza bata de paciente hecha de algodón, requiere ayuda para cambiarse y tener arreglo personal
7.-TERMORREGULACIÓN:	Paciente termoregulando normal con 36 °C,entorno en temperatura ambiente
8.-HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	Paciente se baña cada 3 días con baño de esponja con ayuda del personal de enfermería y familiar. Piel semihidratada con úlceras por presión en zona sacro, talones de estadio II, con curación por turno.
9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS (Seguridad)	Niega alergias, riesgo de caída alto (Anexo 6), requiere de medidas de seguridad.
10.-NECESIDAD DE COMUNICARSE y SEXUALIDAD.	Paciente consciente, alerta, con GLASWGO 11/15 R.O:3 R.V:4 R.M:5, pupilas isocóricas, se observa gesticulación de dolor, indicándonos clasificando con escala de EVA 5, toma de decisiones por parte de la familia por dificultad de comunicarse Genitales íntegros, examen de próstata cada año, IVSA: se desconoce.
11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS.	Familiar refiere que el paciente tenía valores y respeto a su familia, profesa religión católica, la religión no impide ninguna práctica médica
12) NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE	Incapacitado por enfermedad , posiblemente pensionado
13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Dispuesto a participar en las actividades que se indiquen , con ayuda de su familia

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE	Paciente tiene la mejor disposición de manejar su enfermedad, aprendiendo sobre el tratamiento médico y rehabilitación.
-------------------------------	---

6.2 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AÉREAS (00031)

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION				
<p>Patrón: 4) Actividad y Ejercicio</p> <p>Datos objetivos :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secreciones • Tos • Traqueotomía • Patrón respiratorio comprometido <p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Comunicación 	<p>Dominio: 11) Seguridad /Protección</p> <p>Clase: 2) Lesión Física</p> <p>Etiqueta diagnostica: Limpieza ineficaz de las vias aéreas (00031)</p> <p>Factores relaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Via aérea artificial <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos inefectiva • Dificultad para verbalizar • Excesiva cantidad de esputo 	<p>Criterio de resultado: 0410: Estado Respiratorio: Permeabilidad de las vias respiratorias</p>				
		<p>Dominio: II Salud Fisiológica</p>		<p>Clase: E-Cardiopulmonar</p>		
		<p>Criterio de resultado: Control cardiopulmonar</p> <p>Escala de medición: desviación grave del rango-sin desviación del rango</p>				
				<p>Indicador</p> <p>041004 Frecuencia respiratoria</p> <p>041012 Capacidad de eliminar secreciones</p> <p>041019 Tos</p> <p>041020 acumulación de esputo</p>	<p>Puntuación inicial</p> <p>Desviación moderamente del rango.</p> <p>Desviación moderamente del rango</p> <p>Desviación moderamente del rango.</p> <p>Desviación moderamente del rango</p>	<p>Puntuación diana</p> <p>Mantener a:3 Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a:3 Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a:3 Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a:3 Aumentar a: 4</p>

INTERVENCIÓN (NIC)	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN		
Dominio: 2 Fisiológico; complejo	<p>La aspiración de secreciones a un paciente con vía aérea artificial, es un procedimiento que se debe manejar con técnica estéril, para evitar posible infecciones, ya que la tráquea es una cavidad estéril.</p> <p>El incremento de secreciones, puede que el paciente tenga compromiso respiratorio, como hipoxemia, estrechamiento del árbol bronquial , insuficiencia respiratoria y estasis de secreciones</p> <p>Al monitorizar la saturación de oxígeno durante la técnica nos permite estar pendiente del paciente y si tiene algún descenso de la saturación.</p>			
Clase: K Control Respiratorio		Indicador	Puntuación final	
<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>3160 Aspiración de las vías respiratorias</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar lavado de manos • Usar precauciones universales • Usar el equipo de protección personal • Determinar la necesidad de la aspiración oral/traqueal. • Utilizar aspiración de sistema cerrado • Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal. • Monitorizar el estado de oxigenación del paciente , 		041004 Frecuencia respiratoria	Desviación leve del rango	
		041012 Capacidad de eliminar secreciones	Desviación leve del rango	
		041019 Tos	Desviación leve del rango	
	041020 acumulación de esputo	Desviación leve del rango		

<p>estado neurológico , estado hemodinámico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basar la duración de cada pasada de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración • Enseñar al paciente y/o a la familia a succionar la vía aérea si resulta adecuado 	<p>Al utilizar el circuito cerrado podemos evita posibles aerosoles y evitar contagios respiratorios , al personal del enfermería o pacientes</p> <p>Instruir al familiar sobre la técnica de aspiración, en caso que el personal de enfermería no esté cerca realizarlo con un perilla, utilizando técnica estéril</p>		
--	---	--	--

6.4. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00046)

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION				
Patrón: 4) Actividad y Ejercicio Datos objetivos : <ul style="list-style-type: none"> • Ulcera por presion grado 2 • Hemipléjico • Dificultad para la movilidad Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Humedad • Hidratación 	Dominio: 11 seguridad / protección Clase: 2 lesión física Etiqueta diagnóstica: <u>Deterioro de la integridad cutánea (00046)</u> Factores relacionado: <ul style="list-style-type: none"> • presion sobre las prominencias óseas Características definitorias: <ul style="list-style-type: none"> • Alteración en la integridad cutánea • Área localizada caliente al tacto • Dolor agudo 	Criterio de resultado: 1101 Integridad tisular :piel y membranas				
		Dominio: II Salud fisiológica		Clase: I- Integridad tisular		
		Criterio de resultado: Control tisular			Escala de medición: gravemente comprometido- No comprometido	
		Indicador	Puntuación inicial	Puntuación diana		
		110102 Sensibilidad	Moderamente comprometido	Mantener a: 3 Aumentar a:4		
110104 Hidratación	Moderamente comprometido	Mantener a: 3 Aumentar a: 4				
110109 grosor	Moderamente comprometido	Mantener a: 3 Aumentar a: 4				
110113 integridad de la piel	Sustancialmente comprometido	Mantener a: 2 Aumentar a: 3				
110115 lesiones cutáneas	Sustancialmente comprometido	Mantener a: 2 Aumentar a : 3				

INTERVENCIÓN (NIC)	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN		
Dominio: 2 fisiológico: complejo	<p>Las úlceras por presión son deterioro de la integridad de la piel por contacto a una superficie plana,</p> <p>Las características de la piel nos permiten identificar el grado en el que se encuentre el compromiso cutáneo y en base a eso nos permite definir las actividades óptimas para el paciente. (Anexo 5).</p> <p>Un buen soporte nutricional no solo favorece la cicatrización de las UPP, también evita su aparición (la pérdida de grasa y tejido muscular disminuye la protección sobre las prominencias óseas) y las complicaciones locales como infecciones.</p>	Criterio de resultado: De gravemente comprometido a no comprometido		
Clase: I – Control piel/herida		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1236 399 1558 469">Indicador</th> <th data-bbox="1558 399 1990 469">Puntuación final</th> </tr> </thead> </table>	Indicador	Puntuación final
Indicador		Puntuación final		
INTERVENCIÓN: 3520 Cuidados de las úlceras por presión Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño, estadio, posición, exudación • Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad, y el aspecto de la piel circundante • Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación 		110102 Sensibilidad	Levemente comprometido	
	110104 Hidratación	Levemente comprometido		
	110109 grosor	Levemente comprometido		
	110113 integridad de la piel	Moderadamente comprometido		
	110115 lesiones cutáneas	Moderadamente comprometido		

<ul style="list-style-type: none"> • Limpiar la piel alrededor de la ulcera con jabón suave y agua • Observar si hay signos de infección utilizar camas y colchones especiales • Cambio de posición cada 2 horas. • Asegurar una ingesta dietética adecuada • Controlar el estado de nutrición • Enseñar al pacientes y miembros de la familia los procedimientos del cuidado de la herida 	<p>El aporte hídrico es indispensable para la prevención de UPP ya que la piel hidratada tiene menos riesgo de lesionarse.</p> <p>La movilización y cambios posturales minimizan el efecto de la presión ejercida por la fuerza de gravedad del cuerpo en una persona encamada o sentada, no es uniforme sobre toda la piel, sino que se concentra en zonas de apoyo con prominencias óseas y tejidos subyacentes.</p> <p>Para cuidados de la herida , limpiar con solución fisiológica o agua estéril, evitar antisépticos cutáneos ya que se han demostrado que son citotóxicos para tejido sano y pueden retardar la cicatrización , utilizar tecnicas de asepsia y antisepsia</p>		
--	---	--	--

6.5 DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN LA CAMA (00085)

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION			
Patrón: 4) Actividad y Ejercicio Datos objetivos : <ul style="list-style-type: none"> • Hemiplejia • Postrado en cama • Dificultad para moverse • Ulceras por presion grado II • Tos inefectiva Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Descoordinación 	Dominio: 4) Actividad /Reposo Clase: 2) Actividad/ Ejercicio Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad física (00085) Factor(es) relacionado(s) o <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro neuromuscular Características definitorias: <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para girarse • Movimientos descoordinados • Movimientos lentos 	Criterio de resultado: 0204 Consecuencias de la inmovilidad :fisiológica			
		Dominio: I Salud funcional		Clase: C- Movilidad	
		Criterio de resultado: Control de movilidad física Escala de medición: Gravemente comprometido- No comprometido			
		Indicador	Puntuación inicial	Puntuación diana	
020401 úlceras por presión	Moderadamente comprometido	Mantener a: 3 Aumentar a: 4			
020404 Estado nutricional	Moderadamente comprometido	Mantener a: 3 Aumentar a: 4			
020420 Efectividad de la tos	Moderadamente comprometido	Mantener a: 3 Aumentar a :3			
020412 Tono muscular	Sustancialmente comprometido	Mantener a :2 Aumentar a :3			

INTERVENCIÓN (NIC)	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN		
Dominio: I Fisiológico : Básico	La intervención de la medicina de rehabilitación en los pacientes que presentaron un EVC, se aplica en las fases hospitalaria y post-hospitalaria, en la primera para prevenir las complicaciones secundarias al reposo prolongado y aplicar técnicas de rehabilitación temprana y en la segunda con el involucramiento familiar en el proceso de rehabilitación. Es de suma importancia tener comunicación con el personal de fisioterapia, para implementar un plan óptimo para el paciente. El plan de cuidados dependerá de la parte del cuerpo o del tipo de capacidad afectada por la enfermedad vascular cerebral.	Indicador	Puntuación final	
Clase: A , Control de actividad y ejercicio				
INTERVENCIÓN: 0226 Terapia de ejercicios: control muscular Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades • Colaboración con fisioterapéuticas ocupacionales y recreacionales en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. • Explicar el fundamento del tipo de ejercicios y protocolo al familiar y paciente. 			020401 Úlceras por presión 020404 Estado nutricional 020420 Efectividad de la tos 020412 Tono muscular	Levemente comprometido Levemente comprometido Moderadamente comprometido Moderadamente comprometido

<ul style="list-style-type: none"> • Consultar con el fisioterapeuta para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que se debe realizar cada patrón de movimiento • Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios. 	<p>La rehabilitación física pueden incluir como :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de motricidad • Estimulación eléctrica funciona • Terapia para los trastornos de comunicación. <p>En cuanto más temprana se aplique la rehabilitación y establecer una rutina el paciente tiene mayor probabilidad de recuperarse, el plan se ira modificando de acuerdo a la evolución del paciente.</p>		
--	--	--	--

6.6 RIESGOS DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE (00179)

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION			
<p>Patrón: 2 nutrición – metabólico</p> <p>Datos objetivos :</p> <ul style="list-style-type: none"> dieta licuada de glucosa 70mg/dl hemoglobina glucosilada <p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Absorción de la dieta 	<p>Dominio: 2) Nutrición</p> <p>Clase: 4) metabólico</p> <p>Etiqueta diagnostica: Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)</p> <p>Factores relaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Salud física comprometida 	Criterio de resultado (NOC): 2300-Nivel de glucemia			
		Dominio: II) Salud Fisiológica		Clase: AA- Respuesta terapéutica	
		Criterio de resultado: Control de riesgo			
		Escala de medición : De desviación grave a sin desviación			
		Indicador	Puntuación inicial	Puntuación diana	
230001-Concentración sanguínea de glucosa	Desviación moderadamente	Mantener a 3: Aumentar a: 4			
23002 Hemoglobina glucosilada	Desviación moderadamente	Mantener a 3 Aumentar a: 5			

INTERVENCIÓN (NIC)	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN	
Dominio: 2) Fisiológico complejo	Realizar y registrar una prueba para medir el nivel de glucemia. Repetir la prueba si la glucosa en sangre es de igual o menor a 70 mg/dl, si es necesario es cada turno. Educar al paciente y su familia en la prevención, detección precoz de los síntomas de hipoglucemia, y en el inmediato tratamiento. Verificar que el paciente este llevando un alimentación, ya que los alimentos contiene un porcentaje de glucosa y nos pondrá ayudar mantener los niveles equilibrados Infórmale al paciente y familia sobre los datos de alarma en caso de presentar hipoglucemia, como sudoración, palidez.	Criterio de resultado: De desviación grave a sin desviación	
Clase: G) Control de electrolitos y acido básico		Indicador	Puntuación final
INTERVENCIÓN: 2130 Manejo de la hipoglucemia Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia • Vigilar la glucemia • Monitorizar signos y sintomas de hipoglucemia • Enseñar al paciente y a la familia los signos y sintomas , factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia • Mantener una via i.v. • Informar al paciente del aumento del riesgo de hipoglucemia 		230001-Concentración sanguínea de glucosa 23002 Hemoglobina glucosilada	Desvecion leve Sin desviación

<ul style="list-style-type: none">• Instruir sobre las interacciones de la dieta, insulinas /antidiabéticos orales y ejercicios.• Fomentar el autocontrol de la hipoglucemia			
---	--	--	--

6.7 RIESGO DE CAÍDA (00115)

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION		
<p>Patrón: 4) Actividad y Ejercicio</p> <p>Datos objetivos :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemiplejia • Postrado en cama • EVC <p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuerza muscular disminuida 	<p>Dominio: 11) Seguridad/ Protección</p> <p>Clase: 2) lesión física</p> <p>Etiqueta diagnostica: Riesgo de caída (00155)</p> <p>Factores relaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad vascular 	<p>Criterio de resultado: 1939- Control de riesgo – caídas</p>		
		<p>Dominio: IV) Conocimiento y conducta de salud</p>	<p>Clase: T) Control de riesgo</p>	
		<p>Criterio de resultado: Control de riesgo</p> <p>Escala de medición : Nunca demostrado – Siempre demostrado</p>		
		<p>Indicador</p> <p>193902 Identifica los factores de riesgo para evitar caídas</p> <p>193904 Reconoce las posibles consecuencias de las caídas</p> <p>193909 Utiliza dispositivos de asistencia para reducir el riesgo de caída</p> <p>193915 Mantiene la nutrición e hidratación.</p>	<p>Puntuación inicial</p> <p>Moderadamente demostrado</p> <p>Moderadamente demostrado</p> <p>Moderadamente demostrado</p> <p>Moderadamente demostrado</p>	<p>Puntuación diana</p> <p>Mantener a: 3 Aumentar a: 5</p> <p>Mantener a : 3 Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a: 3 Aumentar a 5</p> <p>Mantener a : 3 Aumentar a: 4</p>

INTERVENCIÓN (NIC)	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN	
Dominio: 4) Seguridad	Las caídas de pacientes no solo aumentan la duración de la estancia y los costes de la atención médica del paciente; también pueden desencadenar demandas judiciales que derivan en pagos millonarios a causa de las lesiones causadas al paciente La prevención de caídas requiere un enfoque multidisciplinario para crear un entorno seguro para el paciente y reducir las lesiones relacionadas con las caídas.		
Clase: V) Control de riesgo		Indicador	Puntuación final
INTERVENCIÓN: 6490 Prevención de caídas Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficit cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado • Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados • Disponer barandillas y pasamanos visibles • Ayudar a la familia a identificar los peligros y modificarlos • Colocar la coma mecánica en la posición más baja 		193902 identifica los factores de riesgo para evitar caídas 193904 Reconoce las posibles consecuencias de las caídas 193909 Utiliza dispositivos de asistencia para reducir el riesgo de caída 193915 Mantiene la nutrición e hidratación	Siempre demostrado Frecuentemente demostrado Siempre demostrado Frecuentemente demostrado

VII.- PLAN DE ALTA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: _____ P.R.N. _____

EDAD: ___57___ SEXO: ___MASC___

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: ___ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ___

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN	El paciente tiene que estar en un entorno amplio y limpio , acondicionar el área de acuerdos a las necesidades del paciente , tener a la mano números de emergencia en caso que los solicite.
URGENTE	Mantenerse en compañía de familiar las 24 hrs o asistencia de enfermería , familiar primario conocer sobre signos de alarma como: <ul style="list-style-type: none">• Vigilancia continua de T/A (presion) ya que lo normal es 120/80 , cifras alteradas 140/90 y subiendo .• Vigilar estado neurológico del paciente enseñarle datos como desorientación, dificultad para el habla.• Manejo de secreciones por traqueotomía al igual que datos de infección en la misma , enseñarle tecnicas estéril para la aspiración de secreciones incluso tecnicas para la expulsión• Vigilar glucemias capilares para evitar una descompensación, junto con aporte nutricional.• Cuidados de gastrostomía como hacer el lavado antes y después de colocar alimentos, la velocidad en que se pasa la alimentación con goteo continuo, junto con los medicamentos• Cuidados de ulceras por presion , verificar que el paciente tenga un colchón adecuado , cambios de posición cada 2 horas , mantenerlo hidratado , realizarle curación con técnica limpia para evitar posibles infecciones
INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados que tiene que realizar en casa Lavado de manos en muy importante en cada actividad que le va a realizar al paciente ya que reduce el riesgo de infección.

<p align="center">DIETA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La dieta tiene que ser licuada de 350 ml por cada 8 hrs ,al momento de colocar la dieta con un jeringa ya sea de 10 0 20ml realizarle una aspiración , si sale residuo mayor de la 3 parte(mayor de 200 ml) de la dieta se suspenderá en caso de persistir consecutivamente llevarlo o trasladarlo a un hospital o acudir con su médico familiar para evitar una deshidratación • La forma en preparación de alimentos será apegado al plan nutricional que se le ha realizado pro el personal de nutrición • La velocidad en que ese pasa la dieta, tiene que ser a goteo continuo • El lavado antes y después de cada porción de dieta
<p align="center">AMBIENTE</p>	<p>Recrear un ambiente tranquilo, limpio, para favorecer su mejora y darle confort al paciente.</p>
<p>RECREACIÓN TIEMPO LIBRE</p>	<p align="center">Y</p> <p>Fomentar con familiares, la práctica de actividades que puedan ayudar a su mejoría, como terapias físicas, actividades para mejorar su memoria, ejercicios para mejorar su movilidad fina y gruesa</p>
<p>MEDICAMENTO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</p>	<p align="center">Y NO</p> <p>Familiar primario : seguir indicaciones médicas sobre el tratamiento médico , via de administracion de cada medicamento como dar el medicamento, horario en el que se indica, la via de administracion en que se tiene que pasar el medicamento.</p> <p>Indicarle ejercicios óptimos para el paciente, con el formulario realizado por el personal de fisioterapia y personal de enfermeria.</p>

VIII.- CONCLUSIONES

La enfermedad vascular cerebral afecta gravemente a los pacientes que la sufren, la mayor parte del daño cerebral se produce en las horas inmediatas posteriores al presentarse el evento; en algunos casos quedan con secuelas durante toda su vida y otros casos no. Por lo tanto aplicar el proceso cuidado de enfermería permite al profesional individualizar la atención de cada paciente acorde a cada fase o etapa de la enfermedad en la que se encuentre y poder llevarlo a la independencia de sus actividades en la vida diaria.

Es por ello que el proceso cuidado enfermero a sume un papel importante para el personal de enfermería ya que permite fundamentar nuestros conocimientos, y poder darle un poco de trascendencia a la profesión por medio de la investigación y actualización, junto con la vinculación de la taxonomía NANDA y la interrelación NIC-NOC, permite al profesional de enfermería implementar planes de cuidados fomentando el lenguaje común de la disciplina, evidenciando los cuidados proporcionados y unificar los criterios en la asistencia y asegurar el bienestar del paciente , garantizar un aumento de la calidad en el cuidado.

IX.- GLOSARIO TERMINOS

Disciplina: Conjunto de reglas de comportamiento para mantener el orden y la subordinación entre los miembros de un cuerpo o una colectividad en una profesión o en una determinada colectividad.

Desaturacion: Tener niveles más bajos de saturación de oxígeno en la sangre durante lapsos cortos de tiempo no provoca daños

Enfermería: Abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos.

EVC: La enfermedad vascular cerebral (EVC) o es una alteración a nivel del encéfalo y medula espinal

Escala FISHER: La Escala de Fisher es un criterio utilizado en medicina para predecir el vaso espasmo posterior a una hemorragia subaracnoidea

Esputo: Moco u otra materia que se expulsa desde los pulmones al toser.

Hemiplejia: Parálisis de un lado del cuerpo causada por una lesión cerebral o de la médula espinal.

Hipoglucemia: Hipoglucemia: Es una afección en la que el nivel de azúcar en sangre (glucosa) es más bajo que lo normal.

Hiperglucemia: Aumento anormal de la cantidad de glucosa que hay en la sangre

Hipoxemia: Es un nivel de oxígeno en sangre inferior al normal, específicamente en las arterias.

Incidencia: La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinada

NANDA: La North American Nursing Diagnosis Association , define los diagnósticos de enfermería como “ juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual, familiar o comunitaria, que facilitan la elección de intervenciones y objetivos de enfermería, que la enfermera está capacitada para realizar”

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification

PCE: Forma ordenada y sistemática de determinar, los problemas de un individuo, formulando y realizando los planes para resolverlos, llevarlos a cabo y evaluar hasta qué punto resultan eficaces para solucionar los problemas identificados

Profesión: Es la acción y efecto de profesar (ejercer un oficio, una ciencia o un arte).

Secreciones respiratorias: Fluidos producidos por las glándulas de la mucosa respiratoria.

Traqueotomía: La **traqueotomía** es un orificio que se realiza quirúrgicamente en la parte delantera del cuello y en la tráquea

Terapia física: conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que mediante la aplicaciones de medios físicos, curan previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud

Técnica estéril: Libre de gérmenes

X.- REFERENCIAS BIBLIORAFICAS

- 1) Alfaro, R. (2003). Aplicación del proceso enfermero. Masón
- 2) Álvarez, J., Castillo, F., Fernández, D., Muñoz , M., (Nov, 2016) Manual de valoraciones de patrones funcionales. <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>.
- 3) Alwan,A.(2010) global stratus repat on non comunicable diseases.Worldh heart organization
- 4) American heart association heart disease and strock, stalistik(2010) disponible en <http://bit.ly/pEkhs2>
- 5) Benavent,M., Ferrer, E., Francisco, R. (2012) fundamentos de enfermeria , DAE grupo paradigma
- 6) Brown,V.,Conner,S. Habour,L. Magers,JA., Watt, JK., Dorothy, E., jhonson.(2007) Modelo del sistema conductual ,Harcourtbrace, Madrid
- 7) Colliere, M. (2003) promover la vida ,Mc Graw
- 8) Diaz, R. Rodriguez, L. (2012) beneficios del ejercicio físico, terapéutico en pacientes con secuelas por enfermedad cerebrovascular , revista cuba medica , vol. 51 julio-sep
- 9) Dios, E.(2017).Cuidados de enfermeria en accidente cerebro vascular hemorrágico secular (tesis de especialidad , facultad de enfermeria)repositorio institucional <http://repositorio.urgv.edu.pe/bitstream/handte>
- 10)Enfermeria comunitaria (2020) Proceso de Atención de Enfermeria
- 11)Farrera, C.,Rozman, C. (2016) Medicina Interna. Vol. 11, Elsevier
- 12)Goldman,M. Andrew,I. (2017) tratado de medicina interna .Elsevier
- 13) International council of nurses(s.f) definiciones. <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- 14) Instituto nacional de rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (30 de diciembrede 2020) educacion para la salud. <https://www.inr.gob.mx/e75.html>
- 15) Instituto del seguro social (2018) guía de practico clínica nutrición enteral <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/563GER.pdf>

- 16) Juarez,P. Garcia , M. (2009) la importancia del cuidado de enfermería (tesis de maestría , facultad de enfermería y obstetricia de celaya .universidad Guanajuato , bases de datos <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
- 17) Lopez,A.Mathers,C.Ezzati,M. (2010) Global and regional burden of disease and risk factors
- 18) Mckee NJ, Danko M, Heindenreiter TJ, Hunt NE, Marich JE, Marriner Tomey A(2007) modelos y teorías en enfermería , Harcourt brace , Madrid
- 19) Phaneuf, M., (2000) la planificación de los cuidados enfermeros ,Mc Graw
- 20)Raile, M. (2018) modelos y teorías en enfermería , Elsevier
- 21)Reyes,E.(2015) Fundamentos de enfermería .Manual moderno
- 22) Secretaria de salud (29 de octubre de 2018) En mexico se registran alrededor de 170 mil infartos cerebrales , <https://www.gob.mx/salud/prensa/415-en-mexico-se-registran-alrededor-de-170-mil-infartos-cerebrales>
- 23) Vele,S. Veletanga,D. (2015) Aplicación del proceso de atención de enfermería de las enfermeras/as, que laboran en el hospital regional corral Moscoso. (tesis de licenciatura ,universidad de cuenca) <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle>
- 24) Vives,O.(2014):protocolo de actuación de enfermería para pacientes con enfermedad cerebrovascular .Revista de ciencias médicas mayo-junio18(3) 414-424
- 25) Young ,P. Hugo, A. John,D. (s.f.) florence nightingale y la enfermería en el hospital britano <https://sacp.org.ar/revista/14-numeros-anteriores/volumen-25-numero-1/70-florence-nightingale-y-la-enfermeria-en-el-hospital-britanico>

XI ANEXOS

ANEXO 1 Instrumento de valoración

VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

1. - OXIGENACIÓN.

Subjetivo:

¿Está bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo? _____

¿Fuma Ud? Si _____ No _____

Si la respuesta es sí ¿Cuántos cigarrillos al día? 1 a 5 _____ 6 a 10 _____ 11 a 20 _____ + de 21 _____

¿Hay en su casa uno o varios fumadores? Si _____ No _____

¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias? Nunca _____ en alguna ocasión _____ con frecuencia _____

Objetivo:

Registro de signos vitales: Frecuencia respiratoria _____ Frecuencia cardiaca _____ T.A _____

Estado de conciencia _____ Coloración de piel/ lechos ungueales/ peribucal _____

Circulación del retorno venoso _____

2. - NUTRICION E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Nº de comidas diarias _____ ¿Come a horas regulares? Si _____ No _____

Si la respuesta es sí; precise _____

¿Sigue Ud. una dieta especial? Si _____ ¿de que tipo? _____

¿Sufre Ud. alguna alergia alimentaria o intolerancia? _____

¿Tiene algún trastorno alimentario? _____

¿Tiene problemas de masticación y deglución? _____

¿Que cantidad de líquidos toma al día? Agua de 1500 a 2000 cc. Si _____ No _____ menos _____

Jugos de fruta _____ Té _____ Café _____ Refresco _____

¿Ingiere bebidas alcohólicas? Cerveza _____ Vino _____ Alcohol _____

¿Con que frecuencia? Ocasionalmente _____ Semanalmente _____ mensualmente _____

Dieta habitual:

Alimentos	Diario	C/ 3 er. Día	C/ 8 días	Esporádica	Nunca
Leche					
Carnes					
Pescado					
Huevo					
Frutas					
Verduras					
Legumbres					
Cereales					
Pan					
Tortilla					
Chatarra					

Objetivo:

Peso _____ Talla _____ Turgencia de la piel _____
 Membranas mucosas; hidratadas _____ secas _____
 Características de; uñas _____ cabello _____
 Funcionamiento muscular y esquelético _____
 Dentadura completa: Si _____ No _____ Aspecto de: dientes _____ encías _____
 Prótesis dentales: Si _____ No _____ Completas _____ parciales _____
 Heridas : Tipo _____ localización _____ tiempo de cicatrización _____

3. - ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos Intestinales: Evacuación; Normal _____ Estreñimiento _____ Diarrea frecuente _____
 Frecuencia de eliminación intestinal: Diario _____ Cada tercer día _____
 ¿Toma Ud. Algún laxante? Si _____ No _____ cual _____
 Hábitos Urinarios; ¿Orina Normal? Si _____ No _____ con dolor? _____ Color de la orina _____
 ¿Cuántas veces al día orina? _____
 Menstruación; frecuencia _____ duración _____ Con dolor? _____ Fecha de última menstruación _____
 ¿El estrés le ocasiona diarrea? Si _____ No _____ ¿ Estreñimiento? Si _____ No _____
 ¿Se siente incomoda a causa de una sudoración abundante? Si _____ No _____
 ¿Tiene secreciones vaginales? Si _____ No _____ Características _____

Objetivo:

Historia de hemorragias/ enfermedades renales, _____
 Ruidos intestinales _____ Palpación de globo vesical _____
 Sonda Vesical: Si _____ No _____ Días de instalada _____ Otras sondas: _____

4. - TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

¿La casa que habita es? fría _____ caliente _____ ¿Cuántas ventanas tiene? _____

¿Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa? Nunca _____ a veces _____ con frecuencia _____
¿Es Ud. Sensible a los cambios de temperatura? Si _____ No _____
Temperatura ambiental que le es agradable _____

Objetivo:

Temperatura corporal _____
Características de la piel: Temp.. Normal _____ Tibia _____ fría _____ Transpiración _____
Temperatura de Miembros: Superiores _____ inferiores _____
Condiciones térmicas del entorno físico _____

5. - MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo.

Capacidad física cotidiana _____
¿Qué deporte o actividad física practica? Correr _____ aerobics _____ bicicleta _____ ninguna _____
Frecuencia de los ejercicios; diario _____ 2 o 3 veces a la semana _____
Actividades en su tiempo libre _____
¿Da algún paseo fuera de su casa Si _____ No _____ ¿con que frecuencia? _____
¿Su resistencia a la fatiga es? Buena _____ mediana _____ débil _____

Objetivo:

Puede subir solo a la cama? Si _____ No _____ Se levanta solo de la cama? Si _____ No _____
Ayuda para la deambulación _____
Dolor con el movimiento: en articulaciones _____ En las piernas _____
Fracturas; Si _____ No _____ en que parte? _____
Várices; Piernas _____ Hemorroides _____ Vulvares _____
¿Tiene problemas cardiacos? Si _____ No _____ presión arterial alta? Si _____ No _____

6. - DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

¿Tiene hábitos que le favorecen el sueño? Si _____ No _____
horario de descanso _____ horario de sueño _____ horas de sueño diario _____
¿Padece insomnio? Si _____ No _____ Causas: Nerviosismo _____ Dolor _____
¿Qué hace para remediarlo? _____
¿Siente cansancio al levantarse? Si _____ No _____
¿En que forma se le manifiesta? _____
¿Utiliza técnicas de relajación? _____
El hecho de estar en hospitalizado le produce; Ansiedad _____ Insomnio _____
¿Su hospitalización le causa problemas de tipo? Familiar _____ En su trabajo _____

Objetivos.

Estado mental; ansiedad _____ estresada _____ lenguaje _____
Ojeras _____ atención _____ bostezos _____ concentración _____
Apatía _____ cefaleas _____
Respuesta a estímulos _____

7. - USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

- ¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? _____
 ¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? _____
 ¿Sus creencias religiosas le impiden vestirse como a Ud. Le gustaría? _____
 ¿Necesita Ud. usar vendajes? Si _____ No _____ ¿Cuales? _____
 ¿Usa Ud. Calzado especial? Si _____ No _____ ¿Por que? _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad _____
 Capacidad motora para vestirse y desvestirse : Solo _____ Con ayuda _____

8. - NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

- Frecuencia de aseo: baño: diario _____ c/3er. Día _____ c/8 días _____ esporádicamente _____
 Momento preferido para el baño: por la mañana _____ por la noche _____
 Frecuencia de aseo dental: 1 vez al día _____ 2 veces _____ 3 veces _____ esp. _____
 Fecha de la última visita al dentista: _____ Motivo _____
 Aseo de manos; antes y después de comer _____ después de eliminar _____
 ¿En caso de herida sabe como asearse y protegerse?

Objetivo.

Aspecto general: _____
 Olor corporal _____ Halitosis _____
 Estado del cuero cabelludo _____
 Lesiones dérmicas: _____
 Estado de los pies _____

9. - NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS (Seguridad).

Subjetivos:

- ¿Es Ud. alérgica a algún medicamento? Si _____ No _____ ¿ Cual? _____
 ¿A otra substancia? _____
 ¿Tomaba Ud. medicamentos antes de su hospitalización? Si _____ No _____

Nombre del medicamento	Dosis	Horario	Última Dosis	Indicación	
				Médica	Automédica

¿Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?

Se estresa _____ le da sueño _____ come mucho _____ llora _____ rie sin control _____

¿Busca una solución inmediata? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿Trabaja usted? Si _____ No _____ en que consiste su trabajo? _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones de ambiente en el hogar: _____

Condiciones del ambiente e su trabajo. _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE y SEXUALIDAD.

Subjetivo.

Miembros que componen su familia de pertenencia:

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación

Estado civil: _____ años de relación: _____ Vive con: _____

Preocupaciones actuales. _____

Rol en la estructura familiar. _____

¿Como se lleva con su pareja; Bien _____ Regular _____ Mal _____

¿Desde cuando vive en su actual domicilio? _____

¿Existen buenas relaciones en la vecindad? _____

¿Tiene amigas o familiares en quienes confie y que estén dispuestos a ayudarle si lo necesita? _____

¿Cuánto tiempo pasa sola? _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Edad de inicio de vida sexual _____ N° de Embarazos: _____ N° de Partos: _____

N° de Cesáreas: _____ N° de Abortos: _____ Fecha de último parto _____

Uso de métodos anticonceptivos: Tipo de método _____ Tiempo de uso _____ efectos secundarios _____

Capacidad verbal: lenguaje claro _____ Ritmo moderado _____ confuso _____

Expresión no verbal: Movimientos _____ Cara expresiva _____ Mirada significativa _____

¿Ve Ud. bien? Si _____ No _____ ¿lleva Ud. Lentes? Gafas _____ De contacto _____

¿Oye bien? Si _____ No _____ ¿Lleva aparato auditivo? Si _____ No _____

su olfato es; bueno _____ delicado con olores fuertes _____

11. - NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo.

Creencia religiosa: _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

Objetivo:

¿Permite el contacto físico con sus familiares y/o amistades?

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? _____

12. - NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo.

¿Trabaja actualmente? _____ tipo de trabajo _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo _____

¿Esta satisfecho con su trabajo? _____ ¿ Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/ o las de su familia? _____

¿Esta satisfecho con el Rol que juega dentro de su familia? _____

Objetivo.

Estado emocional; calmada _____ ansiosa _____ temerosa _____ inquieta _____

13. - NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? _____

¿Existen recursos recreativos en su comunidad? _____

¿Forma parte de alguna sociedad? Deportiva _____ cultural _____ profesional _____

¿Cuales son sus pasatiempos favoritos? _____

Objetivo:

Integridad neuromuscular: _____

¿ Rechaza las actividades recreativas?. _____

¿Su estado de ánimo es? apático _____ aburrido _____ participativo _____

14. - NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

¿Hay algo que desea saber sobre el medio hospitalario? Que aspectos _____

¿Comprende su enfermedad? Si _____ No _____ que aspectos _____

¿Le gustaría intercambiar opiniones con la enfermera sobre algún tema en especial?

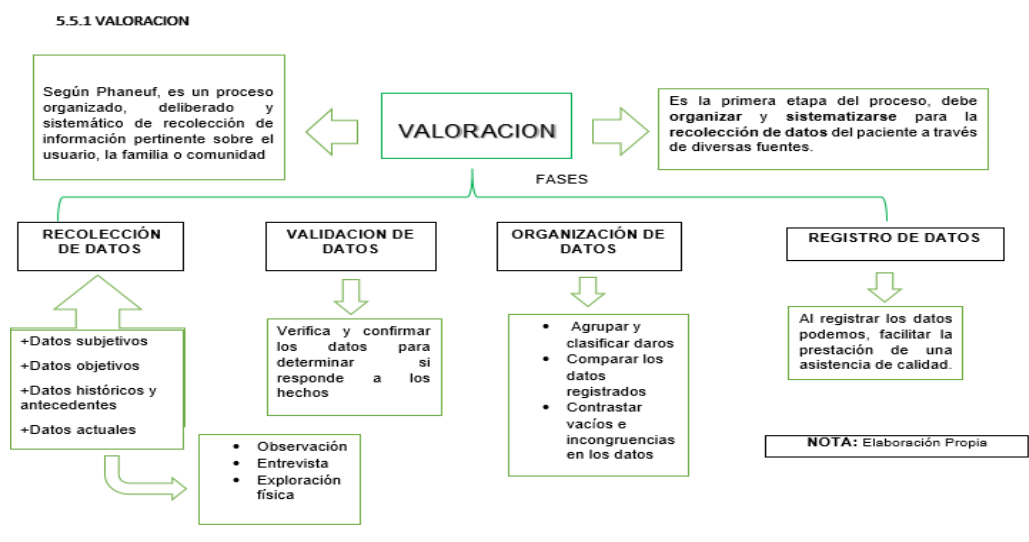
OBSERVACIONES DEL/LA ESTUDIANTE

ANEXO 2.- 14 NECESIDADES

LAS 14 NECESIDADES DE HENDERSON

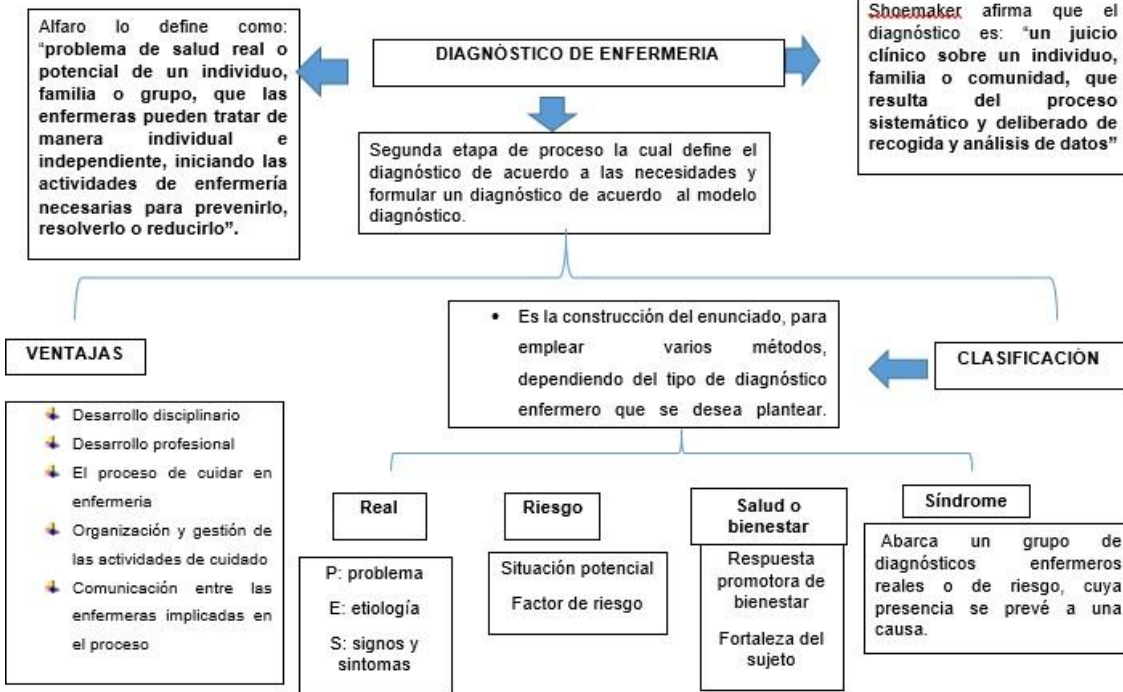
1	Respirar normalmente	8	Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado , y proteger la piel
2	Comer y beber adecuadamente	9	Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros
3	Eliminar los desechos corporales	10	Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones , necesidades , miedos y opiniones
4	Moverse mantener posturas corporales deseables	11	Rendir culto según la propia fe
5	Dormir y descansar	12	Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro
6	Seleccionar ropa adecuada ; vestirse y desvestirse	13	Jugar o participar en diversas formas de ocio
7	Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificación el entorno	14	Aprender , descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y la salud normales , y utilizar as instalaciones sanitarias disponibles

Anexo 3 Etapas del proceso cuidado enfermero

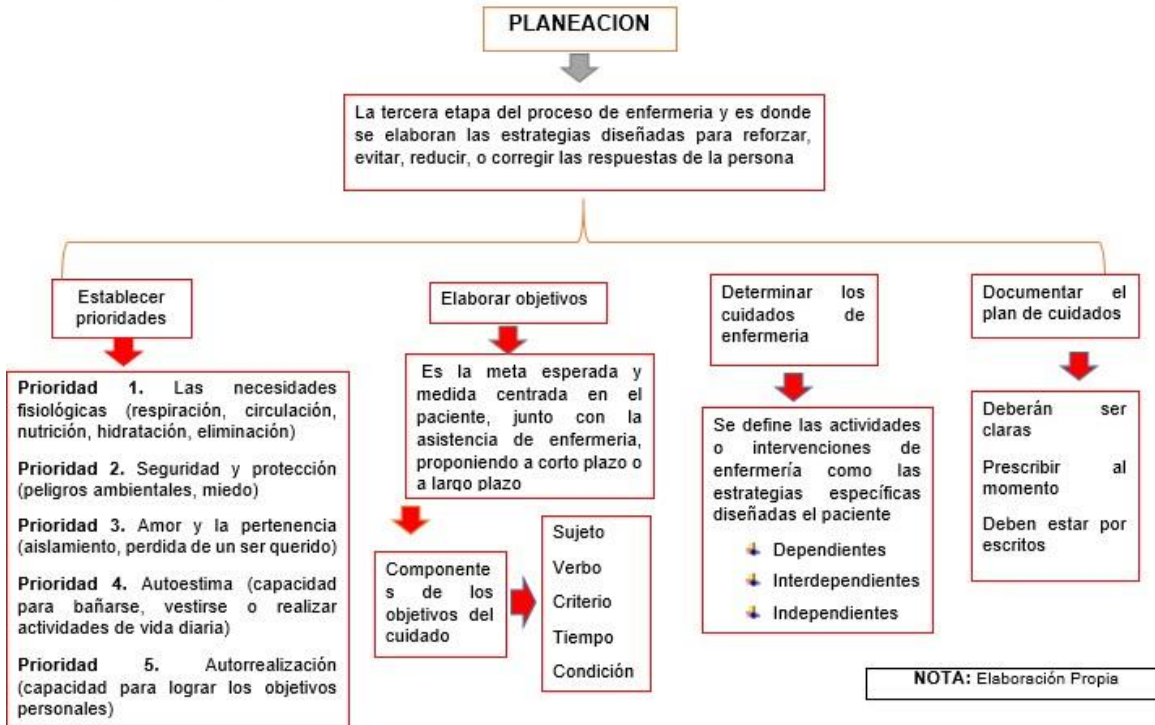


NOTA: Elaboración Propia

5.5.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

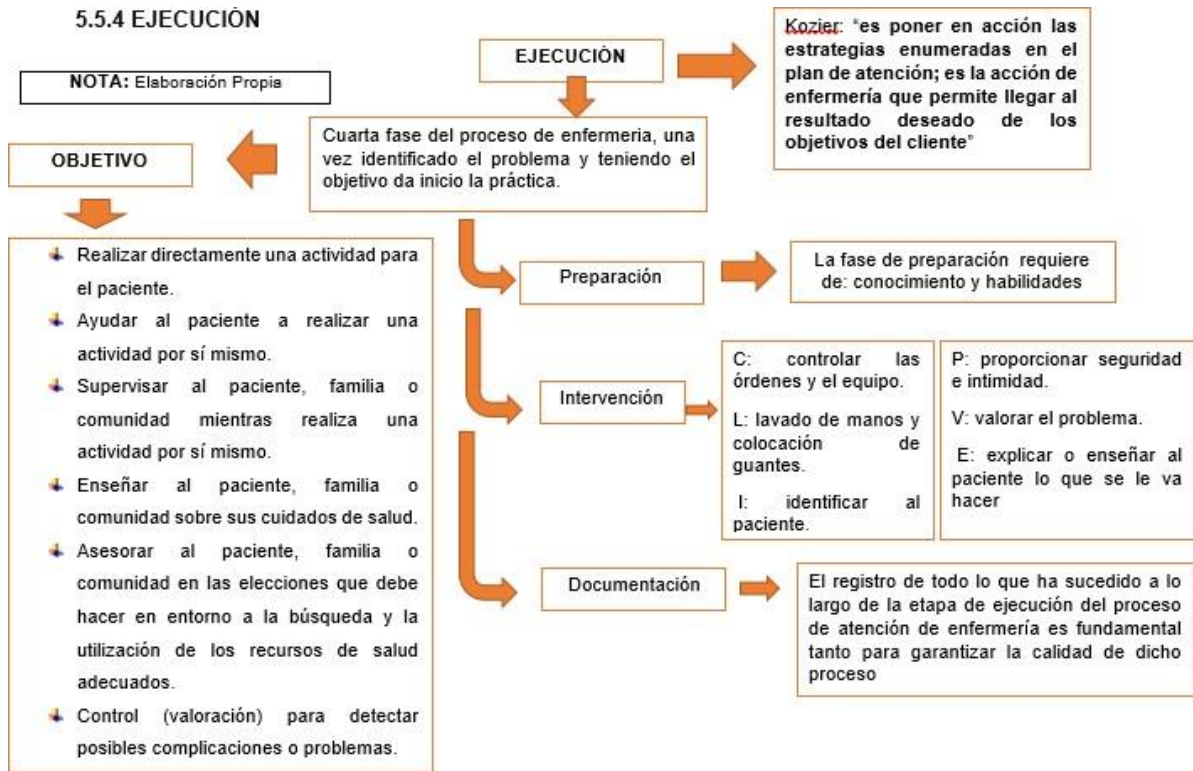


5.5.3 PLANEACIÓN

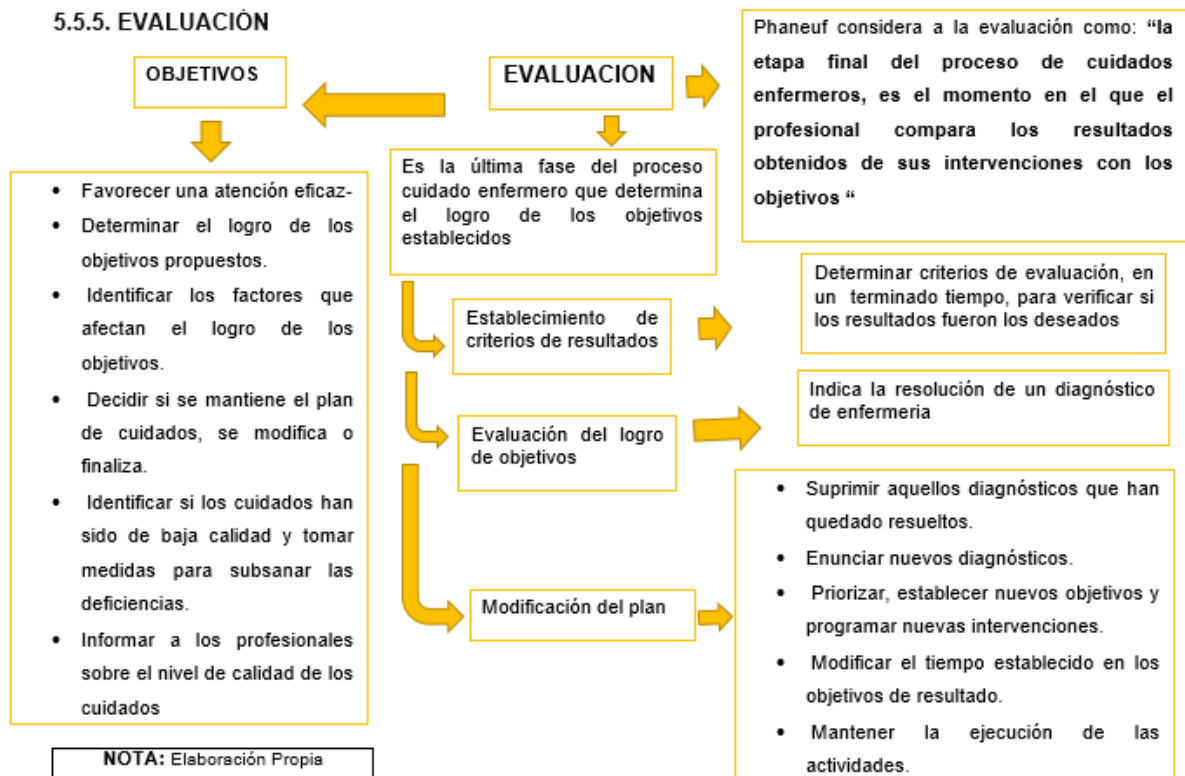


NOTA: Elaboración Propia

5.5.4 EJECUCIÓN



5.5.5. EVALUACIÓN



Anexo 5 Estadios de úlceras por presión



Anexo 6 escala de riesgo de caída

Valoración del estado de la o el paciente	
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos	2
Problemas de idiomas o socioculturales	2
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1
Total de puntos	10
Determinación del grado de riesgo de caídas	
Nivel	Puntos
Alto riesgo	4-10
Mediano riesgo	2-3
Bajo riesgo	0-1
	Código
	Rojo
	Amarillo
	Verde