



UMA
Universidad
María Auxiliadora

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE
CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR HEMORRÁGICO EN EL
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL
SANTA ROSA, LIMA 2024.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTOR:

Bach. VARGAS ATACHAGUA, BANELLY

<https://orcid.org/0000-0002-1321-8549>

ASESOR:

Mg. QUILLE TICONA, JOSÉ MERLIN

<https://orcid.org/0000-0002-1321-8549>

LIMA PERÚ

2024

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, **VARGAS ATACHAGUA BANELLY**, con DNI **71211175** en mi condición de autor(a) del trabajo de suficiencia profesional presentada para optar el presente para optar el TITULO PROFESIONAL de **Licenciado en Enfermería** de título **“PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR HEMORRÁGICO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL SANTA ROSA, LIMA 2024”**

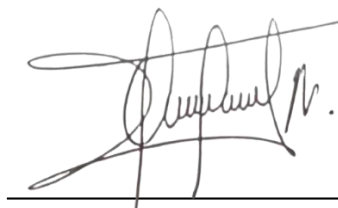
AUTORIZO a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para publicar de manera indefinida en el repositorio institucional, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología E Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Indicar que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud **7%** y, que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento aprobado por el jurado evaluador.

Conforme a lo indicado firmo el presente documento dando conformidad a lo expuesto.



Bach. Vargas Atachagua Banelly
Firma del Autor



Mg. Quille Ticona, José Merlin
ASESOR

Banelly Vargas Atachagua

VARGAS ATACHAGUA BANELLY

 Quick Submit

 Quick Submit

 Universidad María Auxiliadora SAC

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:old:::1:3142941393

Fecha de entrega

1 feb 2025, 12:58 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

1 feb 2025, 1:22 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

VARGAS_ATACHAGUA_BANELLY_PAE_IMRD_3.docx

Tamaño de archivo

10.3 MB

58 Páginas

12,717 Palabras

75,328 Caracteres



Página 2 of 62 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:old:::1:3142941393




7% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 5%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 5%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación va dedicada a mi familia por su incondicional apoyo, por motivarme a perseguir mis objetivos en la vida, ustedes son mi fuente de inspiración.

Agradecimientos

El presente trabajo de investigación está dedicado a Dios. por ser darne las fuerzas e inspiración para cumplir una de mis metas, a mis padres y hermanos por su amor, trabajo y sacrificio, gracias a ustedes eh logrado terminar, así mismo al tutor quien me ha guiado con su paciencia.

Índice General

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice general	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Marco teórico	9
1.2. Caso clínico	14
1.3. Valoración de enfermería	15
1.4. Priorización de diagnósticos de enfermería	18
II. MATERIALES Y METODOS	19
2.1. Diseño de investigación	19
2.2. Población	19
2.3. Procedimiento para recolección de datos	19
2.4. Método de análisis	20
2.5. Aspectos éticos	21
CAPITULO III: RESULTADOS	22
3.1. intervenciones de enfermería	22
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	40
4.1. Discusión	40
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
5.1. conclusiones	42
5.2. recomendaciones	43
BIBLIOGRAFIA	45
ANEXOS	51
Anexo A. formato de valoración de Marjory Gordon	51
Anexo B. Escala de Medición	55
Anexo C. consentimiento informado	56
Anexo D. evidencia de trabajo	57

Índice de Tablas

Tabla 1. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la deglución relacionado con lesión cerebral evidenciado por masticación inadecuada: caída de la comida de la boca, babeo.	24
Tabla 2. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física relacionado con disfunción cognitiva evidenciado por disminución de las habilidades motoras finas y gruesas: hemiplejía braquial, tono y fuerza muscular disminuidas, ataxia.	27
Tabla 3. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la memoria relacionado con trastornos de la cognición evidenciado por dificultad para retener nueva información: confusión, escala de Glasgow de 11/15.	30
Tabla 4. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión por presión en adultos factor riesgo presión sobre prominencias óseas: enrojecimiento en codos y talones, escala de Norton: 9 puntos.	32
Tabla 5. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de impotencia factor de riesgo ansiedad: llanto recurrente	35

Índice de Figuras

Figura 1: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la deglución relacionado con lesión cerebral evidenciado por masticación inadecuada: caída de la comida de la boca, babeo.	26
Figura 2: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física relacionado con disfunción cognitiva evidenciado por disminución de las habilidades motoras finas y gruesas: hemiplejía braquial, tono y fuerza muscular disminuidas, ataxia.	29
Figura 3: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la memoria relacionado con trastornos de la cognición evidenciado por dificultad para retener nueva información: confusión, escala de Glasgow de 11/15.	31
Figura 4: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión por presión en adultos factor riesgo presión sobre prominencias óseas: enrojecimiento en codos y talones, escala de Norton: 9 puntos.	34
Figura 5: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Riesgo de impotencia factor de riesgo ansiedad: llanto recurrente	37

Resumen

Objetivo: Realizar un proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con accidente cerebro vascular hemorrágico en el servicio de hospitalización del Hospital Santa Rosa 2024.

Materiales y métodos: Investigación de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal y tipo descriptivo. La población estuvo conformada por una paciente adulta de 55 años de sexo femenino con diagnóstico de enfermedad cerebro vascular hemorrágico (CIE 10: I67.9), que es atendido en el servicio de Hospitalización en el Hospital de Santa Rosa. Las técnicas usadas fueron la escala de Glasgow y la entrevista con los familiares, mientras que el instrumento de recolección de datos fue la herramienta de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

Resultados: En el primer diagnóstico de enfermería: deterioro de la deglución relacionado con lesión cerebral evidenciado por dificultad de masticación: caída de la comida de la boca, babeo. se logró un 60% de efectividad, sin embargo, existe un 40% en ejecución.

Conclusiones: El resultado obtenido es debido a la patología neurológica que implica daño neuromuscular que requiere tratamiento y terapia a largo plazo en la deglución de la paciente, así como en la movilidad física.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular; Atención de Enfermería; Deglución; Hemiplejía; Memoria. DeCS/MeSH

Abstract

Objective: to carry out a nursing care process applied to a patient with hemorrhagic cerebrovascular accident in the hospitalization service of the Santa Rosa Hospital 2024.

Materials and methods: quantitative approach research, non-experimental design, cross-sectional and descriptive type. The population consisted of a 55-year-old female adult patient with a diagnosis of hemorrhagic cerebrovascular disease (ICD 10: I67.9), who is treated in the Hospitalization service at the Santa Rosa Hospital. The techniques used were the Glasgow scale and the interview with family members, while the data collection instrument was the assessment tool of the 11 functional patterns of Marjory Gordon.

Results: In the first nursing diagnosis: impaired swallowing related to brain injury evidenced by difficulty chewing: food falling from the mouth, drooling. 60% effectiveness was achieved, however, there is 40% in execution.

Conclusions: The result obtained is due to the neurological pathology that involves neuromuscular damage that requires long-term treatment and therapy in the patient's swallowing, as well as in physical mobility.

Keywords: Cerebrovascular Accident; Nursing Care; Swallowing; Hemiplegia; Memory. DeCS/MeSH

CAPÍTULO I: INTRODUCCION

1.1. Marco Teórico

El evento cerebro vascular hemorrágico es una patología neurológica, origina deterioro neurológico del paciente, siendo estas secuelas crónicas e incluso produciendo la muerte (1). Sobre el particular, según datos de la Organización Mundial de la Salud publicada en el 2024, esta es la segunda causa de fallecimientos y la primera causa de discapacidad a nivel mundial con más de 17 millones de muertes, sobre todo cuando se encuentra en comorbilidad con patologías no transmisibles como hipertensión arterial o diabetes mellitus (2). En el 2022 una investigación independiente sobre secuelas del accidente cerebro vascular, señala que el 35% de los decesos ocurre después del primer mes del evento, con una incidencia de más de un millón de eventos al año (3). En el continente asiático, una investigación regional en el 2020 evidenció que el evento mortalidad en los 87% de casos de accidente cerebro vascular, principalmente en países de bajos ingresos, con una incidencia de 116 casos por cada cien mil habitantes con una importante carga económica en los sistemas de salud (4).

De acuerdo a datos gubernamentales en el 2024, el 20% de las mujeres sufre un accidente cerebro vascular en Estados Unidos, por otro lado, en el sexo masculino lo padece el 50%; de los cuales cuatro de cada cinco son prevenibles (5). Una investigación en Latinoamérica en el 2020, reporta que la incidencia de accidente cerebrovascular alcanza hasta 1.83 casos por mil habitantes, de los cuales el 90% evidencia secuelas y el 30% sufre incapacidad crónica (6). Según el Ministerio de Salud de México, en el año 2022 los accidentes cerebrovasculares representan el 25% de la mortalidad en personas mayores de 45 años, teniendo un registro de casi 37 mil muertes con una incidencia general de 118 casos cada 100 mil habitantes, haciendo un promedio total de 170 mil muertes anuales (7).

Dentro del contexto nacional, el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, señala que el accidente cerebro vascular es la segunda causa de muerte en el Perú en el 2022, llegando a una incidencia de 87 casos por cien mil habitantes y una prevalencia de 6.47 por mil habitantes (8). Cifras similares evidencia el Hospital Edgardo Rebagliategui, mediante una publicación en el 2024 por parte de la Oficina de Relaciones Institucionales, donde evidencian hasta 15 atenciones diarias de dicha patología (9). Según el Análisis de Situación de Salud del Hospital Dos de

Mayo, las enfermedades neurológicas se encuentran entre las primeras veinte causas de atención por consulta externa en el 2020, esta situación se agudiza en la población mayor de 60 años donde se ubica entre las 10 primeras causas de morbilidad varones con casi 300 atenciones, adicionalmente es la sexta causa de ingresos hospitalarios en varones de más de 60 años con 100 ingresos en el mismo año tanto en varones como en mujeres (10).

El accidente cerebro vascular hemorrágico es definido como una patología neurológica que consiste en el sangrado en la masa cerebral, producido por la ruptura de una arteria, lo que aumenta la presión cerebral, existen dos tipos: el intracraneal y la hemorragia sub aracnoidea que ocurre entre el cerebro y la membrana externa al cráneo (11).

Al no tener una causa definida, se debe tener en cuenta los factores de riesgo como edad (>60 años), tabaquismo, alcoholismo, obesidad, enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, diabetes mellitus no controlada, hipercolesterolemia y otros factores asociados a un estilo de vida no adecuado, dentro del campo psicológico la depresión, estrés o ansiedad son factores de riesgo de importancia, sobre todo se es acumulativo; dentro de los factores no modificables se encuentran patologías renales y cardíacas (12).

Estos factores de riesgo producen oclusión en las arterias por la acumulación de placas pudiendo ser por aneurisma, ateroma, colesterol, entre otras; provocando una irrigación insuficiente de sangre rica en oxígeno al cerebro, hasta que este taponamiento genera inflamación en las paredes vasculares lo que origina la ruptura y posterior hemorragia; cabe señalar que el rompimiento vascular también puede ser generado súbitamente por traumatismo cerebral (13).

Al producirse la hemorragia se desencadena una serie de afecciones que deteriora la capacidad funcional del cerebro ocasionando confusión, debilidad muscular y/o adormecimiento de hemicuerpo o extremidades, cefalea, problemas visuales, mareo o vértigo; estos síntomas aparecen de forma repentina además de insensibilidad en extremidades, afasia o parálisis facial, conforma se agudiza el evento hemorrágico (14).

Al ser una patología neurológica focal, con manifestaciones clínicas agudas su proceso fisiopatológico puede durar más de 24-48 horas, por lo que una identificación temprana de los síntomas es esencial, es por ello que en la identificación no clínica, se usa el acrónimo *Fase, Arms, Speech, Time (FAST)*, por

sus siglas en inglés, consiste en la identificación de cuatro caracteres en posible casos de accidente cerebro vascular: deformidad o parálisis facial, parálisis o ausencia de fuerza muscular en extremidades, afasia o disfasia, tiempo de duración de estos síntomas; en caso de tener dos o más caracteres positivos hay posibilidad de patología neurológica (15).

La imagenología es esencial dentro del proceso diagnóstico ya que basándose solo en clínica no es posible, en tal sentido, la tomografía computarizada muestra zonas afectadas por la hemorragia, sin embargo, se debe realizar una resonancia ya que evidencia mayor exactitud y cortes de imágenes, siendo el estándar de oro para el diagnóstico diferencial; otros componentes de apoyo son hemograma, fibrinógeno, orina, bioquímica sanguínea y electrocardiograma (16).

Dentro de las acciones de enfermería consiste en realizar la evaluación tomando en cuenta el traje de emergencia ABCDE asegurando vía aérea, además de soporte en oxigenación si la saturación es por debajo de 94%, medición y control de glucemia/presión arterial. Se debe mantener una vía periférica, especialmente en el parte del cuerpo que no presente anomalías, para iniciar tratamiento con anticoagulantes con cristaloides, evitando soluciones de dextrosa (17).

Las consecuencias de un accidente cerebrovascular hemorrágico son variadas y graves: hemiplejía, cuadriplejía, síndrome cognitivo, disartria, afasia, deficiencia en deglución, hemiparesia, deficiencia de visibilidad y sensibilidad, sordera, entre otros; es por ello que la calidad de vida se ve severamente afectado en todos los aspectos incluyendo también a los familiares por el gasto económico y emocional (18).

En caso de que exista probabilidad de recuperación ya que se ha demostrado que el evento hemorrágico vascular es más grave que el isquémico, ésta es a largo plazo en acción conjunta con diferentes especialidades, teniendo como planeamiento la agudización o retroceso de las secuelas post evento y recuperación de las facultades perdidas; este proceso suele afectar negativamente la capacidad de afrontamiento de los familiares (19).

Dentro de las teorías de enfermería que pueden ser aplicables a la presente investigación se selecciona la teoría de las 14 necesidades humanas creada por Virginia Henderson, quien señala que las necesidades satisfechas denotan un equilibrio en el desarrollo de la persona lográndose un estado biopsicosocial óptimo, es por ello que las necesidades se priorizan de acuerdo a las necesidades (20).

Sin embargo, una inestabilidad o necesidad no satisfecha conlleva la aparición de

patologías, por lo cual el rol de enfermería se centra en ayuda al paciente a satisfacer estas necesidades en salud o en todo caso suplir a la paciente en la satisfacción; desde este punto, el rol de enfermería se basa en el cuidado humanizado (21).

Deterioro de la deglución

De acuerdo a NANDA: funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con deficiencia de la estructura o función oral, faríngea o esofágica (22). La deglución es concebida como parte de las funciones orofaciales para la creación del bolo alimenticio al momento de la ingestión de alimentos, se encuentra enervado por el nervio vago, además este nervio interviene en las sensaciones orales como los sabores (23). Este nervio puede sufrir daño al momento de un accidente cerebro vascular hemorrágico, por lo que la capacidad de deglutir, toser y crear el bolo alimenticio se vea severamente afectadas, por lo que puede ocasionar la secuela no deglución o deglución inadecuada (24). Esto provoca aspiración de alimentos o líquidos hacia las vías respiratorias inferiores por mala función fisiológica de la glotis desencadenando neumonía aspirativa lo que pone en riesgo la vida del paciente (25).

Riesgo de lesión por presión en adultos

Según definición de NANDA: adulto dispuesto a daño localizado en la piel y/o tejido subyacente, como resultado de la presión en combinación con el cizallamiento, que puede comprometer la salud (22). Las úlceras por presión son lesiones de la piel y del tejido subcutáneo provocada por una presión prolongada sobre la piel que cubre partes óseas del cuerpo como los tobillos, talones, las caderas y cóccix. El riesgo aumenta con el paciente postrado en cama, silla de ruedas o limitación al movimiento. Esta patología dilata la permanencia hospitalaria y pueden poner en peligro la vida de no ser tratada (26). La clasificación de las úlceras por presión es en cuatro categorías: Grado I. Piel integra, eritema cutáneo que no palidece al aliviar la presión, afecta la epidermis. Grado II. Piel con pérdida de solución de continuidad, presenta ampollas. Afecta la epidermis y dermis o ambas. Grado III, pérdida de tejido que se extiende en profundidad a través de la piel. Tiene daño o necrosis del tejido subcutáneo se extiende, pero no penetra en el músculo. Grado IV, pérdida total de la piel con destrucción recurrente, necrosis del tisular o daño en

el músculo, hueso o estructuras de soporte (27). En este tipo de grado agravado aparece celulitis, úlcera flebostática, osteomielitis, fibrina y septicemia que conlleva muerte, en cualquier tipo de úlcera ya sea arterial, venosa o mixta; por ello se debe tomar en cuenta los factores de riesgo intrínsecos como estenosis, diabetes mellitus, embolo e hipertensión arterial; del mismo modo con los factores extrínsecos como compresión, traumatismo, postración y/o estilo de vida no saludables como alcoholismo o tabaquismo (28).

Deterioro de la memoria

De acuerdo a la definición de NANDA: inhabilidad persistente para recordar partes de información o habilidades, mientras se mantiene la capacidad para realizar de forma independiente las actividades de la vida diaria (22). El accidente cerebrovascular hemorrágico puede generar atrofia cerebral generalizada afectando la memoria de corto y largo plazo, específicamente en la sustancia blanca subcortical o periventricular atrofiando la corteza cerebral (29). Este síndrome patológico de memoria es clasificado como una forma de demencia como el Alzheimer, con las mismas secuelas como apatía, irritabilidad, depresión o desarrollo de manías en un intento del paciente por mantener una secuencia continua en los recuerdos (30). Posteriormente llega el cambio de personalidad como respuesta adaptativa a la deficiencia en la retención de información que generalmente se presente con recuerdos difusos, muy antiguos y/o entre mezclados con partes de recuerdos actuales en un afán de mantener un flujo de memoria adecuado (31)

Deterioro de la movilidad física

Según definición NANDA: limitación de movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una de las extremidades (22). Las secuelas de un accidente cerebrovascular hemorrágico incluyen hemiplejía o tetraplejía, por lo que el paciente tiene una nueva condición a la cual adaptarse, con limitación en las funciones motoras, resistencia y equilibrio, muchas de las cuales ya son crónicas y otras son de largo plazo en el proceso de recuperación (32). La debilidad de las neuronas motoras en la corteza cerebral repercute en las conexiones del resto del organismo como el nervio radicular o nervios periféricos, dependiendo del nivel de afectación se degenera en parálisis o debilidad neuromuscular (33). Esto convierte al deterioro

de la movilidad física uno de las principales secuelas de un accidente cerebrovascular ya que supone una carga emocional y económica muy fuerte para el paciente y familia, sobre todo porque el deterioro físico es progresivo, afectando a las estructuras adyacentes de la afectada (34).

Riesgo de impotencia

De acuerdo a lo definido por NANDA: susceptible a un estado real o percibido de pérdida de control o influencia sobre factores o eventos que afecten el bienestar, la vida personal o la sociedad, que puede comprometer la salud (22). Las limitaciones físicas, pérdida de memoria e incluso demencia, genera una sensación de falta de control del paciente, esto se agrava por el sufrimiento familiar que el paciente puede percibir a pesar de su condición, sumado a constantes visitas a centros médicos, pueden generar en el paciente conmociones negativas que pueden generar psicopatologías (35). La ansiedad o la depresión aparecen casi inmediatamente luego del accidente cerebrovascular, cuando el paciente evidencia su nueva condición, estas emociones negativas son alimentadas por la imposibilidad de realizar actividades cotidianas como comer o ir al baño, muchas veces siendo asistido por un familiar o personal cuidador (36). Es por ello que el paciente post evento cerebro vascular son considerados de alto riesgo en el desarrollo de psicopatologías o aislamiento social, especialmente en los primeros meses de recuperación ya que el proceso de asimilación a la nueva condición es un proceso largo en el paciente (37).

1.2. Caso Clínico

Paciente RBR mujer de 67 años, que es llevada al servicio de Urgencias del hospital Santa Rosa, 7/7/24 en silla de ruedas en compañía de su hija, lo cual refiere; que su madre presentó dolor de cabeza muy fuerte y dificultad al hablar de forma súbita, del mismo modo tenía problemas de masticación, también refiere que su madre tuvo una caída muy fuerte en el piso, orinandose. Paciente con antecedente de Hipertensión arterial no controlada ya que no se medica adecuadamente. Covid 19 en el año 2020 con recuperación completa. A la valoración se le observa a la paciente pérdida de fuerza de extremidad inferior izquierda y brazo izquierdo, con vía periférica permeable en antebrazo y tratamiento médico, mantiene movilidad, aunque no puede mantenerse de pie, se encuentra irritable. Presenta apertura

ocular espontánea disartria y confusión mental con pérdida de conciencia ya que difícilmente recuerda el año y la fecha actual, obedece órdenes simples. Se le realiza control de signos vitales: PA 195/100 mmHg; FC 139 X'; FR: 24X', SpO2: 94%; T: 36.7°C. presunción diagnóstica accidente cerebrovascular hemorrágico. Se le realiza Resonancia magnética cerebral: confirmó la hemorragia y descartó otras causas. Se le deriva a unidad de cuidados intensivos; 8/7/24 no se realiza intubación, tratamiento médico con anticoagulantes. Paciente es ingresada al servicio de hospitalización el 9/7/24, en posición semi fowler, confundida y con cierta dificultad para concentrarse y signos de depresión al evitar cualquier tipo de comunicación y llanto recurrente, con escala de Glasgow de 11/15. Dificultad para articular palabras por lo que no se pudo realizar valoración de escala analógica del dolor. Se observa ptosis palpebral izquierdo a la reacción pupilar, secreciones en fosas nasales, dificultad respiratoria, cánula de oxígeno binasal 2L/min Fio2.28%, fatiga de los músculos de la respiración, se aprecia hemiplejía facial y braquial, con desviación de la comisura labial, babeando con dificultad a la masticación por lo que se mantiene con dieta líquida con salida lateral de la boca, no evidencia náuseas. Extremidades superiores e inferiores: simétricas, tono y fuerza muscular disminuidas con corrientes que indican intento de control muscular, entumecimiento en el lado izquierdo y sin respuesta a estímulos en miembros inferiores, ataxia, uso de pañal, número deposiciones 3 al día, micción adecuada para la edad y sexo. El aspecto de su piel, seca y frágil, con áreas de enrojecimiento en codos y talones. Onicomicosis en estado avanzado en ambos pies, escala de Norton 9 con déficit en autocuidado, despierta 4 veces, cada 6 horas. Control de signos vitales en hospitalización: PA 150/90 mmHg; FC 85 X'; SpO2 97%; T 36.6 °C; Peso. 69kg talla. 1.50 m IMC. 30.67 (obesidad). Escala Norton: 9 puntos.

1.3. Valoración según patrones funcionales

Patrón 1. Nutrición

Datos Significativos	Dominio /Clase
Datos subjetivos: No refiere	Dominio: 2 Nutrición
Datos objetivos: Caída de la comida de la boca, babeo	clase 2: Nutrición

Fuente: valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrón 4. Actividad / Reposo

Datos Significativos	Dominio /Clase
Datos subjetivos: Familia refiere que paciente tuvo caída muy fuerte en el piso	Dominio: 4 Actividad reposo
Datos objetivos: Hemiplejia braquial, tono fuerza muscular disminuidas, ataxia	Clase: 2: Actividad / ejercicio
Fuente: valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon	

Patrón 5 Percepción / Cognición

Datos Significativos	Dominio /Clase
Datos subjetivos: Paciente señala cefalea	Dominio: 5 Percepción / Cognición Clase: 4 : Cognición
Datos objetivos: Confusión, escala de Glasgow de 11/15.	
Fuente: valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon	

Patrón 11. seguridad / protección

Datos Significativos	Dominio /Clase
Datos Subjetivos: No refiere	Dominio: 11. Seguridad / protección
Datos Objetivos: Enrojecimiento en codos y talones, escala de Norton: 9 puntos	Clase: 1: Lesión física
Fuente: valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon	

Patrón: 10 adaptación/tolerancia al estrés

Datos Significativos	Dominio /Clase
Datos Subjetivos: Paciente impotencia por pérdida de capacidad funcional	Dominio: 9 Afrontamiento tolerancia al estrés
Datos Objetivos: Llanto recurrente	Clase: 2 Respuestas de afrontamiento
Fuente: valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

Primer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la deglución

Características definitorias: Masticación inadecuada

Factores relacionados: Lesión cerebral

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la deglución relacionado con lesión cerebral evidenciado por masticación inadecuada: caída de la comida de la boca, babeo.

Segundo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad física

Características definitorias: Disminución de las habilidades motoras finas y gruesas.

Factores relacionados: Disfunción cognitiva

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la movilidad física relacionado con disfunción cognitiva evidenciado por disminución de las habilidades motoras finas y gruesas: hemiplejía braquial, tono y fuerza muscular disminuidas, ataxia

Tercer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la memoria

Características definitorias: Dificultad para retener nueva información

Factores relacionados: Trastornos de la cognición

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la memoria relacionado con trastornos de la cognición evidenciado por dificultad para retener nueva información: confusión, escala de Glasgow de 11/15.

Cuarto diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de lesión por presión en adultos

Factores de riesgo: Presión sobre las prominencias óseas

Enunciado diagnóstico: Riesgo de lesión por presión en adultos factor de riesgo presión sobre prominencias óseas: enrojecimiento en codos y talones, escala de Norton: 9 puntos

Quinto diagnostico

Etiqueta diagnostica: Riesgo de impotencia

Factores de riesgo: Ansiedad

Enunciado diagnóstico: Riesgo de impotencia factor de riesgo ansiedad: llanto recurrente

1.4. Priorización de Diagnósticos de Enfermería

1. Deterioro de la deglución relacionado con lesión cerebral evidenciado por Masticación inadecuada: caída de la comida de la boca, babeo.
2. Deterioro de la movilidad física relacionado con disfunción cognitiva evidenciado por disminución de las habilidades motoras finas y gruesas: hemiplejía braquial, tono y fuerza muscular disminuidas, ataxia
3. Deterioro de la memoria relacionado con trastornos de la cognición evidenciado por dificultad para retener nueva información: confusión, escala de Glasgow de 11/15.
4. Riesgo de lesión por presión en adultos factor de riesgo presión sobre prominencias óseas: enrojecimiento en codos y talones, escala de Norton: 9 puntos
5. Riesgo de impotencia factor de riesgo ansiedad: llanto recurrente

CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Diseño de estudio

El presente estudio de caso clínico a través del Proceso de Atención de Enfermería, es de enfoque cuantitativo debido a que usa herramientas estadísticas y numéricas para llegar al resultado, del mismo modo es de diseño no experimental porque durante todo el proceso del PAE la variable no experimenta modificación alguna. Por otro lado, el PAE es de corte transversal ya que los datos recogidos fueron hechos en tiempo y espacio geográfico específicos y por último es de nivel descriptivo porque se enumera las características específicas de la variable (38).

2.2. Población

La población de estudio está conformada por 1 paciente femenina de 55 años de edad con antecedente de Hipertensión arterial y diagnóstico de enfermedad cerebrovascular hemorrágico (CIE 10: I67.9), que es atendido en el servicio de Hospitalización en el Hospital de Santa Rosa en el año 2024.

2.3. Procedimiento para recolección de datos

2.3.1. Autorización y coordinación previas para la recolección de datos:

Previamente a la recolección de datos se hizo la solicitud verbal a la licenciada jefa de enfermería del servicio de hospitalización, posteriormente se realizó la solicitud al familiar de la paciente, ya que la paciente debido a su condición neurológica no se encontraba en la capacidad de consentir; el familiar accedió realizando el llenado del consentimiento informado.

2.3.2. Aplicación de instrumento de recolección de datos:

Previo a la firma del consentimiento informado, se le brindó al familiar de la paciente una charla informativa donde se especifica las características, objetivos y métodos del Proceso de Atención de Enfermería, destacando los posibles resultados que se obtendrían de las intervenciones, del mismo modo, se absolvió cualquier duda que el familiar pueda tener, también se le brinda tranquilidad a través de una conversación acerca de la patología y pronóstico.

2.3.3. Técnica e instrumento

Las técnicas que se usaron en la presente investigación fueron la entrevista personal con el familiar, la escala de Glasgow y la herramienta de valoración de Marjory Gordon.

2.3.4. Instrumento de recolección de datos

La entrevista con el familiar se considera la principal fuente de información después del propio paciente, éstos pueden brindar datos de comportamiento, síntomas o signos del paciente, los cuales son útiles para el diagnóstico y tratamiento, aunque también es una fuente que puede no ser precisas ya que se basan en la percepción individual familiar por lo que puede ser bastante subjetivo dependiendo de la patología (39). La escala de Glasgow es una herramienta para determinar el nivel de conciencia del paciente, en el caso de enfermedad cerebro vascular, también sirve para determinar el estado neurológico; es una herramienta que asigna puntajes a respuestas del paciente con una escala que alcanza hasta 15 puntos donde el paciente se encuentra en estado de conciencia adecuada, mientras baja el puntaje el deterioro es mayor, se considera que menor de 8 puntos el paciente necesita asistencia ventilatoria artificial (40).

Por otro lado, la herramienta de valoración de Marjory Gordon que se establece dentro de su teoría de los 11 patrones funcionales, es un instrumento que agrupa todos los comportamientos de la persona ya sea objetivo o subjetivo, por lo que considera a la persona como ser biopsicosocial en toda su extensión, este encuadre de signos y síntomas son interrelacionarles por lo que cada patrón es independiente pero se relaciona con el resto de patrones, de tal forma que se abarque a plenitud todos los datos obtenidos (41).

2.4. Métodos de análisis

Al finalizar la recolección de datos, se procedió a categorizar los datos objetivos y subjetivos según nomenclatura establecida en el NANDA, NIC y NOC, por lo que las etiquetas diagnósticas se encuentran enmarcadas dentro de los esquemas internacionales de taxonomía; de esta manera, las intervenciones y resultados fueron expresados en tablas de porcentajes donde se expresan la efectividad alcanzada por cada intervención.

2.5. Aspectos éticos

Para afirmar el bienestar psicofísico de la paciente, se tuvo la máxima consideración posible ya que la paciente presenta disminución en sus capacidades por lo que se le discurre como dependiente. Así mismo, las coordinaciones hechas con todo el personal de salud en el servicio de hospitalización fueron dirigidas en el mismo sentido. Acerca de los principios bioéticos tenemos:

Principio de beneficencia

Durante todo el proceso del PAE, los esfuerzos fueron dirigidos hacia el bienestar de la paciente, por lo que el mayor bien procurado fue el bienestar de la paciente, desde este punto, siempre se tuvo en cuenta que la dependencia de la paciente exigía intervenciones basadas en el cuidado humanizado.

Principio de Autonomía

Todas las decisiones fueron tomadas por el familiar del paciente, quien además hizo el llenado del consentimiento informado por lo que toda la información brindada fueron para el familiar, debido a la condición de la paciente. En todo momento se respetó la postura del familiar en la capacidad de toma de decisiones en salud con respecto a la paciente, esto trajo como consecuencia una colaboración adecuada del familiar.

Principio de no maleficencia

Se tomaron todas las cautelas del caso para que la paciente no sufra daño alguno, del mismo modo, no se permitió la exposición de la paciente a peligro alguno por lo que se tomaron medidas de prevención al respecto debido a la condición de la paciente.

Principio de justicia

La paciente tuvo un trato adecuado en la relación enfermera-paciente, no se tuvo tratos preferenciales o denigratorios bajo ninguna circunstancia. Del mismo modo, al familiar de la paciente se le trató con la misma consideración y respeto, al equipo de salud interviniente también se le hizo la indicación sobre el trato justo. Paciente

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1. Intervención de enfermería: Tabla 1. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la deglución relacionado con lesión cerebral evidenciado por Masticación inadecuada: caída de la comida de la boca, babeo.

diagnostico NANDA	2 criterios de evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
Dominio: 2 Nutrición Clase: 1 Ingestión Código: 00103 Deterioro de la deglución relacionado con lesión cerebral evidenciado por masticación inadecuada: caída de la comida de la boca, babeo.	Dominio: Salud fisiológica II Clase: Digestión y nutrición K Código: 1010 Estado de deglución	1860: Terapia de deglución 1. Usar los equipos disponibles para efectuar la terapia establecida. 2. Mantener al paciente en una posición cómoda. 3. Estimular/enseñar un cierre de boca adecuada. 4. Controlar el movimiento de lengua. 5. Manifestar al paciente como se forma el bolo.	Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de las alteraciones deglutorias 1. Usar diversos materiales facilitan las terapias ya que en un principio pueden reemplazar o mejorar la estimulación de las estructuras orales. 2. En el proceso de creación del bolo, se debe mantener al paciente en semi fowler para evitar posible aspiración o reflujo. 3. Se debe estimular el musculo masetero y pterigoideo a través de ejercicios y/o masajes de forma en que la inervación del musculo se reactive. 4. la lengua es una estructura que interviene en la masticación y producción del bolo por lo que se debe evaluar y estimular. 5. Enseñar o ayudar en el movimiento osteomuscular en la formación del bolo genera un avance progresivo en la recuperación de movimientos autónomos.	Estado de deglución INDICADORES 101001: Mantiene la comida en la boca: (moderadamente comprometido 3) 101004: Capacidad de masticación (moderadamente comprometido 3) 101007: Momento de la formación del bolo (moderadamente comprometido 3)
	Dominio: Salud fisiológica II Clase: Digestión y nutrición K Código: 1012 Estado de deglución: fase oral	101202: Mantiene las secreciones orales	1050: Alimentación 1. Inspeccionar la ingesta de comida. 2. Evaluar la capacidad del paciente para continuar con la dieta prescrita.	Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no pueda alimentarse por sí mismo 1. Al ser la diera líquida, la paciente puede aspirarse por lo que se debe dar bocados pequeños evaluando el peristaltismo. 2. Valoración de la existencia continua de incomodidad o riesgo de aspiración a la realización del bolo por lo que

(gravemente comprometido 1)

101209: Cierre de labios (gravemente comprometido 1)

101211: Eficacia de la mordedura (gravemente comprometido 1)

3. Mantener la higiene oral.
4. Realizar actividades para mantener el apetito del paciente.
5. Coordinar con el área de nutrición para establecer la dieta adecuada según condición del paciente.

se optaría por sonda nasogástrico como medio de alimentación.

3. Remoción de posibles residuos de alimentos que puedan provocar aspiración en la paciente.
4. La presentación de la dieta líquida, conversar con el paciente para abrir el apetito, motiva a la alimentación; provocan en el paciente apego nutricional ya que la adaptación a la nueva dieta puede provocar pérdida de apetito.
5. La paciente es hipertensa, además padece sobre peso por lo que se debe mantener una dieta hiposódica e hipoproteica, además hay que controlar el estado de hidratación.

INDICADORES

101202: Mantiene las secreciones orales

(moderadamente comprometido 3)

101209: Cierre de labios

(moderadamente comprometido 3)

101211: Eficacia de la mordedura (moderadamente comprometido 3)

Fuente. Datos obtenidos de la valoración del adulto mayor

Figura 1: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la deglución relacionado con lesión cerebral evidenciado por masticación inadecuada: caída de la comida de la boca, babeo.

Diagnóstico enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar aspa (X) en el casillero según corresponda		
			Se Ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio: 2 Nutrición Clase: 1 Ingestión Código: 00103 Deterioro de la deglución relacionado con lesión cerebral evidenciado por masticación inadecuada: caída de la comida de la boca, babeo.	Dominio: Salud fisiológica II Clase: Digestión y nutrición K Código: 1010 Estado de deglución 101001: Mantiene la comida en la boca: (1 gravemente comprometido 1) 101004: Capacidad de masticación (gravemente comprometido 1) 101007: Momento de la formación del bolo (gravemente comprometido 1) Dominio: salud fisiológica II Clase: digestión y nutrición K Código: 1012 Estado de deglución: fase oral 101202: Mantiene las secreciones orales (gravemente comprometido 1) 101209: Cierre de labios (gravemente comprometido 1) 101211: Eficacia de la mordedura (gravemente comprometido 1)	1860: Terapia de deglución 1. Usar las herramientas disponibles para efectuar la terapia establecida. 2. Mantener al paciente en una posición cómoda. 3. Estimular/enseñar un cierre de boca adecuada. 4. Controlar el movimiento de lengua. 5. Mostrar al paciente como se forma el bolo. 1050: Alimentación 1. Controlar la ingesta de comida. 2. Evaluar la capacidad del paciente para continuar con la dieta prescrita. 3. Mantener la higiene oral. 4. Realizar actividades para mantener el apetito del paciente. 5. Coordinar con el área de nutrición para establecer la dieta adecuada según condición del paciente.	60%		60%
			60%		40%

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al usuario

En relación a la figura, se logró un 60% de efectividad, sin embargo, existe un 40% en ejecución, debido a la patología neurológica que implica daño neuromuscular que requiere tratamiento y terapia a largo plazo.

Tabla 2. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física relacionado con disfunción cognitiva evidenciado por disminución de las habilidades motoras finas y gruesas: hemiplejía braquial, tono y fuerza muscular disminuidas, ataxia

diagnostico NANDA	4	critérios de evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
Dominio: 4 Actividad reposo Clase: 2 Actividad ejercicio Código: 00085		Dominio: Salud funcional I Clase: Movilidad C Código: 0208	0226: Terapia de ejercicios: control muscular	Utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo	Movilidad
Deterioro de la movilidad física relacionado con disfunción cognitiva evidenciado por disminución de las habilidades motoras finas y gruesas: hemiplejía braquial, tono y fuerza		Movilidad 020809: Coordinación (gravemente comprometido 1) 020803: Movimiento muscular (gravemente comprometido 1) 020805: Realización del traslado (gravemente comprometido 1) 020806: Ambulación (gravemente comprometido 1)	1. Mantener un ambiente privado, con control de iluminación, sonidos entre otros factores. 2. Realizar movimientos de calentamiento 3. Realizar ejercicios lentos y explicados al paciente. 4. Empezar desde ejercicios fáciles e ir subiendo de intensidad. 5. Observar la respuesta del paciente a las terapias realizadas.	1. Mejora la concentración del paciente respecto a los ejercicios realizados, también la paciente puede sentir vergüenza si es observada. 2. Mejora la circulación y la repuesta al ejercicio, evita posibles calambres o dolor post terapia. 3. Hablar con el paciente mientras se realiza ejercicios mejora la experiencia, volviendo las terapias atractivas a la paciente, mejora el apego. 4. Mejora la expectativa de la paciente cuando realiza ejercicios sencillos motivándola a realizar ejercicios más compuestos después. 5. Control de experiencia a los ejercicios, posible sensación dolorosa o incomodidad; reajuste al tipo, tiempo e intensidad de los ejercicios.	INDICADORES 020809: Coordinación (moderadamente comprometido 3) 020803: Movimiento muscular (moderadamente comprometido 3) 020805: Realización del traslado (moderadamente comprometido 3) 020806: Ambulación (moderadamente comprometido 3)
		Dominio: Salud funcional I	0140: Fomentar la mecánica corporal	Facilitar el uso de posturas y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensión o las lesiones musculoesqueléticas	Equilibrio
			1. Evaluar el estado del paciente respecto a sus limitaciones corporales.	1. Permite establecer un plan de ejercicios en función de la condición del paciente a través del reconocimiento de las limitaciones percibidas.	

muscular disminuidas, ataxia.	Clase: Movilidad C Código: 0202	<p>2. Mejorar la independencia del paciente en los ejercicios.</p> <p>3. Realizar ejercicios en grupos musculares pequeños y después en grupos de mayor tamaño.</p> <p>4. Usar almohadillas o colchones si es necesario.</p> <p>5. Realizar los ejercicios con el paciente de ser necesario</p>	<p>2. El paciente debe poder ser capaz de realizar los ejercicios sola en lo máximo posible, de forma paulatina y con apoyo solo cuando es necesario.</p> <p>3. Permite mayor expresión muscular al tener mejor control de grupos pequeños para ir progresando paulatinamente a grupos mayores, teniendo evolución constante.</p> <p>4. Mejora la comodidad y experiencia de los ejercicios, prevención de lesiones.</p> <p>5. Si el paciente no puede realizar ciertos ejercicios, el profesional de enfermería debe ayudar a la paciente a terminarlos de forma tal que la paciente se sienta en comodidad, sin sentimientos de inutilidad.</p>	INDICADORES
	Equilibrio			
	020202: Mantiene el equilibrio mientras está sentado sin respaldo (gravemente comprometido 1)			020202: Mantiene el equilibrio mientras está sentado sin respaldo
	020201: Mantiene el equilibrio en bipedestación (gravemente comprometido 1)			(sustancialmente comprometido 2)
	020211: Postura (gravemente comprometido 1)			020201: Mantiene el equilibrio en bipedestación
	020213: Mantiene el equilibrio mientras gira 360 grados (gravemente comprometido 1)			(sustancialmente comprometido 2)
		0222: Terapia de ejercicios: equilibrio	Utilización de actividades, posturas y movimientos específicos para mantener, potenciar o restablecer el equilibrio	020211: Postura (sustancialmente comprometido 2)
		<p>1. Realizar ejercicios flexión.</p> <p>2. Realizar ejercicios de supinación y pronación</p> <p>3. Priorizar ejercicios anaeróbicos.</p> <p>4. Ayudar al paciente a realizar ejercicios de equilibrio.</p> <p>5. Priorizar ejercicios posturales y balanceo de tronco</p>	<p>1. Mejora de la fuerza y resistencia de la paciente.</p> <p>2. Mejora de la estabilidad y capacidad de movimientos de la paciente.</p> <p>3. Mejora de la oxigenación y control muscular en la paciente.</p> <p>4. Control de equilibrio y la estabilidad del cuerpo.</p> <p>5. Ejercicios de bajo impacto en la paciente, mejora la alineación del cuerpo.</p>	020213: Mantiene el equilibrio mientras gira 360 grados (sustancialmente comprometido 2)

Fuente. Datos obtenidos de la valoración del adulto mayor

Figura 2: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física relacionado con disfunción cognitiva evidenciado por disminución de las habilidades motoras finas y gruesas: hemiplejía braquial, tono y fuerza muscular disminuidas, ataxia.

Diagnóstico enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda		
			Se Ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio: 4 Actividad reposo Clase: 2 ejercicio Código: 00085	Dominio: Salud funcional I Clase: Movilidad C Código: 0208.	0226: Terapia de ejercicios: control muscular 1. Mantener un ambiente privado, con control de iluminación, sonidos entre otros factores. 2. Realizar movimientos de calentamiento 3. Realizar ejercicios lentos y explicados al paciente. 4. Empezar desde ejercicios fáciles e ir subiendo de intensidad. 5. Observar la respuesta del paciente a las terapias realizadas.	50%		50%
Deterioro de la movilidad física1) relacionado con disfunción cognitiva evidenciado por disminución de las habilidades motoras finas y gruesas: hemiplejía braquial, tono y fuerza muscular disminuidas, ataxia.	020809: Coordinación (gravemente comprometido 1) 020803: movimiento muscular (gravemente comprometido 1) 020805: Realización del traslado (gravemente comprometido 1) 020806: Ambulación (gravemente comprometido 1)	0140: Fomentar la mecánica corporal 1. Evaluar el estado del paciente respecto a sus limitaciones corporales. 2. Mejorar la independencia del paciente en los ejercicios. 3. Realizar ejercicios en grupos musculares pequeños y después en grupos de mayor tamaño.	50%		50%

<p>020202: Mantiene el equilibrio mientras está sentado sin respaldo (gravemente comprometido 1)</p> <p>020201: mantiene el equilibrio en bipedestación (gravemente comprometido 1)</p> <p>020211: Postura (gravemente comprometido 1)</p> <p>020213: Mantiene el equilibrio mientras gira 360 grados (gravemente comprometido 1)</p>	<p>4. Usar almohadillas o colchones si es necesario.</p> <p>5. Realizar los ejercicios con el paciente de ser necesario</p> <p>0222: Terapia de ejercicios: equilibrio</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar ejercicios flexión. 2. Realizar ejercicios de supinación y pronación 3. Priorizar ejercicios anaeróbicos. 4. Ayudar al paciente a realizar ejercicios de equilibrio. 5. Priorizar ejercicios posturales y balanceo de tronco 	<p>50%</p>	<p>50%</p>
---	--	------------	------------

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al usuario

En relación a la figura, se logró un 50% de efectividad, sin embargo, existe un 50% en ejecución, debido que la secuela neurológica de la paciente ocasiona una severa hipotonía muscular y ataxia.

Tabla 3. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la memoria relacionado con trastornos de la cognición evidenciado por dificultad para retener nueva información: confusión, escala de Glasgow de 11/15.

diagnostico NANDA	critérios de evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
Dominio: 5 Percepción cognición Clase: 4 Cognición Código: 00131 Deterioro de la memoria relacionado con trastornos de la cognición evidenciado por dificultad para retener nueva información: confusión, escala de Glasgow de 11/15.	Dominio: Salud fisiológica II Clase: Neurocognitiva J Código: 0920 Nivel de demencia 092006: Dificultad para mantener una conversación (grave 1) 092008: Dificultad para procesar la información (grave 1) 092012: Dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (grave 1)	4720: Estimulación cognitiva 1. Orientar respecto al espacio, tiempo y persona. 2. Colocar objetos que recuerden paulatinamente el entorno del paciente. 3. Usar información simple en el paciente. 4. Solicitar al paciente que repita periódicamente información. 5. Hablar con el paciente	Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados 1. Mejora la ubicación de la paciente respecto a su orientación. 2. El uso de fotografías, radio o televisión mejora la capacidad de la persona para recordar o entender su situación. 3. Empezar por entender o recordar sus relaciones familiares o su cumpleaños mejora progresivamente su capacidad de recordar. 4. Mejora la capacidad de almacenamiento de información. 5. Mantener conversaciones periódicas mejora la capacidad de interactuar, memorizar y/o procesar información.	Nivel de demencia INDICADORES 092006: Dificultad para mantener una conversación (sustancial 2) 092008: Dificultad para procesar la información (sustancial 2) 092012: Dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (sustancial 2) Cognición INDICADORES 090003: Atiende (sustancialmente comprometido 2)
	Dominio: salud fisiológica II Clase: neurocognitiva J Código: 0900	4762: Entrenamiento de la memoria 1. Recordar experiencias pasadas del paciente. 2. Realizar juegos de memoria	Mejorar la memoria 1. Permite relacionar sus experiencias con su actualidad mejorando su capacidad del recuerdo. 2. Crucigramas, sudoku u otros juegos parecidos estimular la memoria, concentración y procesamiento	

Cognición	3. Realizar actividades de retención de información	de información. 3. Llevar un diario o llevar un calendario permite mejorar la organización cognitiva mejorando la concentración.	090004: Se concentra (sustancialmente comprometido 2)
090003: Atiende (gravemente comprometido 1)	4. Tener la habitación en tranquilidad y comodidad adecuadas.	4. Mejora la concentración al no haber distractores.	090006: Memoria inmediata (2)
090004: Se concentra (gravemente comprometido 1)	5. Observar las respuestas del paciente a los ejercicios de memoria.	5. El proceso de recordar puede conllevar a situaciones de nostalgia, depresión o ansiedad	sustancialmente comprometido)
090006: Memoria inmediata (gravemente comprometido 1)			090016: Habilidades de cálculos complejos (sustancialmente comprometido 2)
090016: Habilidades de cálculos complejos (gravemente comprometido 1)			

Fuente. Datos obtenidos de la valoración del adulto mayor

Figura 3: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la memoria relacionado con trastornos de la cognición evidenciado por dificultad para retener nueva información: confusión, escala de Glasgow de 11/15.

Diagnóstico enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar aspa (X) en el casillero según corresponda		
			Se Ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio: 5 Percepción cognición Clase: 4 Cognición Código: 00131 (1 grave) Deterioro de la memoria relacionado con trastornos de la cognición evidenciado por dificultad para retener nueva información: confusión, escala de Glasgow 11/15.	dominio: Salud fisiológica II base: Neurocognitiva J ódigo: 0920 Nivel de demencia 092006: Dificultad para mantener una conversación (1 grave) 092008: Dificultad para procesar la información (1 grave) 092012: Dificultad para realizar las actividades relacionadas con básicas de la vida diaria (1 grave)	4720: Estimulación cognitiva 1. Orientar respecto al espacio, tiempo y persona. 2. Colocar objetos que recuerden paulatinamente el entorno del paciente. 3. Usar información simple en el paciente. 4. Solicitar al paciente que repita periódicamente información. 5. Hablar con el paciente	50%		50%
	dominio: salud fisiológica II base: neurocognitiva J ódigo: 0900 Cognición 090003: Atiende (1 gravemente comprometido) 090004: Se concentra (1 gravemente comprometido) 090006: memoria inmediata (1 gravemente comprometido) 090016: Habilidades de cálculos complejos (1 gravemente comprometido)	4762: Entrenamiento de la memoria 1. Recordar experiencias pasadas del paciente. 2. Realizar juegos de memoria 3. Realizar actividades de retención de información 4. Tener la habitación en tranquilidad y comodidad adecuadas. 5. Observar las respuestas del paciente a los ejercicios de memoria.	50%		50%

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al usuario

En relación a la figura, se logró un 50% de efectividad, sin embargo, existe un 50% en ejecución, debido que la pérdida de memoria, concentración son crónicas

Tabla 4. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión por presión en adultos factor riesgo presión sobre prominencias óseas: enrojecimiento en codos y talones, escala de Norton: 9 puntos.

diagnostico NANDA	criterios de evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
Dominio: 11 Seguridad protección física Clase: 2 Lesión física Código: 00304 Riesgo de lesión por presión en adultos factor riesgo presión sobre prominencias óseas: enrojecimiento en codos y talones, escala de Norton: 9 puntos.	Dominio: Conocimiento y conducta en salud IV Clase: Control de riesgo T Código: 1942 Control del riesgo: lesión por presión 194201: Identifica los factores de riesgo (nunca demostrado 1) 194203: Identifica signos y síntomas de úlceras por presión (raramente demostrado 2) 194202: Verifica el enrojecimiento de las prominencias óseas (nunca demostrado 1) 194209: Reduce la exposición de la piel a la orina (raramente demostrado 2)	3540: Prevención de úlceras por presión 1. Llevar un control diario del estado de la piel. 2. Evitar toda humedad que tenga contacto con la piel. 3. Realizar cambio de posición de paciente cada dos horas. 4. Usar material para evitar presión en prominencias óseas. 5. Usar cremas protectoras de la piel. 0840: Cambio de posición 1. Control de capacidad de oxigenación antes y después del cambio de posición.	Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo de alto riesgo de desarrollarlas 1. Control progresivo del estado de la integridad cutánea para valoración de riesgo de úlceras por presión. 2. La humedad puede generar eritema en la piel bajo presión, favorece la lesión tisular. 3. Mejora de la circulación tisular, alivio de presión en prominencias óseas. 4. Uso de colchones, almohadilla o calentadores para reducción de factores de riesgo de úlceras por presión 5. Las cremas mejoran la hidratación de la piel y actúan como protectoras de primera línea en reducción de presión tisular. Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico 1. El cambio de posición debe mantener la vía aérea permeable ya que en la nueva posición se podría ejercer presión en los músculos respiratorios,	Control del riesgo: lesión por presión INDICADORES 194201: Identifica los factores de riesgo (frecuentemente demostrado 4) 194203: Identifica signos y síntomas de úlceras por presión (frecuentemente demostrado 4) 194202: Verifica el enrojecimiento de las prominencias óseas (frecuentemente demostrado 4) 194209: Reduce la exposición de la piel a la orina (frecuentemente demostrado 4)

1942010: Reduce la exposición de la piel a las heces (nunca demostrado 2)

Dominio: Salud fisiológica II
Clase: Integridad tisular L
Código: 1101

Integridad tisular: piel y membranas mucosas

110102: Sensibilidad (sustancialmente comprometido 2)

110104: Hidratación (sustancialmente comprometido 2)

110111: Perfusión tisular (sustancialmente comprometido 2)

2. Mantener una posición lineal correcta.
3. Monitorizar estado de eliminación al momento del cambio.
4. Mantener las barandillas de la cama elevadas de ser necesario.
5. Vigilar estado tisular y reacción del paciente al momento del cambio.

ocasionando disnea.

2. El cambio de posición implica que la paciente debe tener una postura correcta de lo contrario podría generar dolor articular o causa presión en otras prominencias.

3. La paciente como usa pañal, debe tener una posición donde éste no se cambie de lugar o se tenga algún tipo de fuga de orina o heces, de lo contrario eleva el riesgo de úlceras por presión.

4. Medida de seguridad en caso la paciente realice movimientos que pueda sugerir caídas en la nueva posición.

5. El cambio de posición no debe ejercer presión en otras partes del cuerpo y debe ser cómoda para la paciente, sino se podría generar movimientos en la paciente por dolor o incomodidad.

1942010: Reduce la exposición de la piel a las heces (frecuentemente demostrado 4)

Integridad tisular: piel y membranas mucosas

INDICADORES

110102: Sensibilidad (levemente comprometido 4)

110104: Hidratación (levemente comprometido 4)

110111: Perfusión tisular (levemente comprometido 4)

Fuente. Datos obtenidos de la valoración del adulto mayor

Figura 4: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión por presión en adultos factor riesgo presión sobre prominencias óseas: enrojecimiento en codos y talones, escala de Norton: 9 puntos.

Diagnóstico enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar aspa (X) en el casillero según corresponda		
			Se Ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio: 11 Seguridad protección Clase: 2 Lesión física Código: 00304	Dominio: Conocimiento y conducta en salud IV Clase: Control de riesgo T Código: 1942 Control del riesgo: lesión por presión 194201: Identifica los factores de riesgo (nunca demostrado) 194203: Identifica signos y síntomas de úlceras por presión (raramente demostrado) 194202: Verifica el enrojecimiento de las prominencias óseas (nunca demostrado) 194209: Reduce la exposición de la piel a la orina (raramente demostrado) 1942010: Reduce la exposición de la piel a las heces (nunca demostrado 2) Dominio: Salud fisiológica II	3540: Prevención de úlceras por presión 1. Llevar un control diario del estado de la piel. 2. Evitar toda humedad que tenga contacto con la piel. 3. Realizar cambio de posición de paciente cada dos horas. 4. Usar material para evitar presión en prominencias óseas. 5. Usar cremas protectoras de la piel. 0840: Cambio de posición 1. Control de capacidad de oxigenación antes y después del cambio de posición.	90%		10%
			90%		10%

Clase: Integridad tisular L

Código: 1101

Integridad tisular: piel y membranas mucosas

110102: Sensibilidad (sustancialmente comprometido 2)

110104: Hidratación (sustancialmente comprometido 2)

110111: Perfusión tisular (sustancialmente comprometido 2)

2. Mantener una posición lineal correcta.
3. Monitorizar estado de eliminación al momento del cambio.
4. Mantener las barandillas de la cama elevadas de ser necesario.
5. Vigilar estado tisular y reacción del paciente al momento del cambio.

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al usuario

En relación a la figura, se logró un 90% de efectividad, sin embargo, existe un 10% en ejecución, debido que la paciente aún presentaba enrojecimiento en las prominencias óseas al finalizar su estancia hospitalaria.

Tabla 5. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de impotencia factor de riesgo ansiedad: llanto recurrente

diagnostico NANDA	critérios de evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
<p>Dominio: 9 Afrontamiento tolerancia al estrés Clase: 2 Respuestas de afrontamiento Código: 00152</p> <p>Riesgo de impotencia factor de riesgo ansiedad: llanto recurrente</p>	<p>Dominio: Salud psicosocial III Clase: Bienestar psicológico M Código: 1215</p> <p>Conciencia de uno mismo</p> <p>121506: Reconoce las limitaciones físicas personales (nunca demostrado 1)</p> <p>121507: Reconoce las limitaciones mentales personales (raramente demostrado 2)</p> <p>121522: Expresa necesidades a los demás (nunca demostrado 1)</p> <p>121527: Se imagina en</p>	<p>4470: Ayuda en la modificación de sí mismo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Examinar la capacidad de la paciente sobre la aceptación a los cambios. 2. Ayudar a la paciente en todo el proceso de adaptación. 3. Motivar a la paciente sobre los cambios realizados. 4. Reforzar o celebrar cada hito alcanzado por la paciente en su recuperación. 5. Mejorar la expectativa de la recuperación dentro de la realidad. <p>5395: Mejora de la autoconfianza</p>	<p>Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La paciente puede tener reacciones diversas a su nueva condición: ira, depresión, violencia e incluso intentos de suicidio. 2. La contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación son las etapas de cambio, en el caso de la paciente es abrupto y patológico por lo que el impacto es negativo y severo. 3. Brindar cuidado humanizado basado en empatía y esperanza, mejora la adaptabilidad en la paciente. 4. Dentro de las terapias, se alcanzan objetivos a corto y mediano plazo por lo que la motivación es fundamental para seguir consiguiendo hitos. 5. Brindar expectativas mejora la aceptación y adaptación, siempre y cuando se encuentre dentro de la realidad, sin dar falsas esperanzas. <p>Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interiorizar la patología con las secuelas de forma 	<p>Conciencia de uno mismo</p> <p>INDICADORES</p> <p>121506: Reconoce las limitaciones físicas personales (a veces demostrado 3)</p> <p>121507: Reconoce las limitaciones mentales personales (a veces demostrado 3)</p> <p>121522: Expresa necesidades a los demás (a veces demostrado 3)</p> <p>121527: Se imagina en el futuro (a veces demostrado 3)</p>

<p>el futuro (nunca demostrado 1)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la auto percepción de la paciente. 2. Observar posibles factores de riesgo en la autoaceptación. 3. Mostrar a la paciente la conducta objetivo. 4. Mejorar la autoimagen de la paciente. 5. Evaluar la respuesta de la paciente en el proceso de adaptación. 	<p>paulatina mejora la aceptación y respuesta de afrontamiento posteriores.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Las limitaciones físicas pueden generar autodesprecio que puede conducir a conductas no deseables. 3. Actuar de una forma en que la paciente entienda y le sea posible replicar de forma paulatina ayuda en la aceptación de las limitaciones. 4. La representación mental que se tiene de sí mismo se ve severamente afectado por la patología, es por ello que la autoimagen debe ser aceptada. 5. Verificar la adaptabilidad paulatina a la nueva condición. Identificar obstáculos a la adaptación en el proceso. 	<p>Equilibrio emocional</p> <p>INDICADORES</p> <p>120420: Depresión (4 raramente demostrado)</p> <p>140407: Conflicto de ideas (4 raramente demostrado)</p> <p>120421: Letargo (4 raramente demostrado)</p>
<p>Dominio: Salud psicosocial III</p> <p>Clase: Bienestar psicológico M</p> <p>Código: 1204</p>	<p>7110: Fomentar la implicación familiar</p>	<p>Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente</p>	
<p>Equilibrio emocional</p> <p>120420: Depresión (frecuentemente demostrado 2)</p> <p>140407: Conflicto de ideas (frecuentemente demostrado 2)</p> <p>120421: Letargo (frecuentemente demostrado 2)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar la capacidad de la familia para tener participación en el cuidado de la paciente. 2. Mejorar las expectativas de la familia respecto a la recuperación de la paciente. 3. Favorecer las atenciones de la paciente por parte de la familia durante la estancia hospitalaria. 4. Mejorar el entendimiento de la patología de la paciente en la familia. 5. Mantener a la familia informada en la toma de decisiones en la salud de la paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le debe instruir sobre la participación en la recuperación de la paciente haciendo hincapié en la importancia de su participación en el proceso. 2. las familias tienden a la depresión en estos casos, se debe mejorar las expectativas y por ende su deseo de participación. 3. Dar de comer a la paciente o cambiar la ropa son actividades que mejoran las relaciones entre la familia y la paciente generando sensación de pertenencia. 4. Mejora la capacidad de la familia sobre los cuidados y despeja cualquier creencia errada que se pueda tener. 5. Brindar información precisa para la toma de decisiones mejora la capacidad de la familia de velar por el bien de la paciente. 6. La familia cuidadora también padece por la patología desde el punto económica hasta emocional lo que 	

- | | |
|--|---|
| 6. Reconocer posibles síntomas de estrés o ansiedad en la familia. | puede generar psicopatologías que también afectaría a la paciente. |
| 7. Mostrar los aspectos de la nueva condición de la paciente. | 7. Mejora la capacidad de la familia para la aceptación y adaptabilidad de la nueva condición de la paciente. |

Fuente. Datos obtenidos de la valoración del adulto mayor

Figura 5: Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Riesgo de impotencia factor de riesgo ansiedad: llanto recurrente

Diagnóstico enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de enfermería	Colocar aspa (X) en el casillero según corresponda		
			Se Ejecuto	No se ejecuto	En proceso
Dominio: 9 Afrontamiento tolerancia al estrés Clase: 2 Respuestas de afrontamiento Código: 00152 Riesgo de impotencia factor de riesgo ansiedad: llanto recurrente	Dominio: Salud psicosocial III Clase: Bienestar psicológico M Código: 1215 Conciencia de uno mismo 121506: Reconoce las limitaciones físicas personales (nunca demostrado 1) 121507: Reconoce las limitaciones mentales personales (raramente demostrado 2) 121522: Expresa necesidades a los demás (nunca demostrado 1)	4470: Ayuda en la modificación de sí mismo 1. Examinar la capacidad de la paciente sobre la aceptación a los cambios. 2. Ayudar a la paciente en todo el proceso de adaptación. 3. Motivar a la paciente sobre los cambios realizados. 4. Reforzar o celebrar cada hito alcanzado por la paciente en su recuperación. 5. Mejorar la expectativa de la recuperación dentro de la realidad.	70%		30%
		5395: Mejora de la autoconfianza 1. Mejorar la autopercepción de la paciente. 2. Observar posibles factores de riesgo en la autoaceptación. 3. Mostrar a la paciente la conducta objetivo.	70%		30%

121527: Se imagina en el futuro (nunca demostrado 1)

4. Mejorar la autoimagen de la paciente.
5. Evaluar la respuesta de la paciente en el proceso de adaptación.

Dominio: Salud psicosocial III
Clase: Bienestar psicológico M
Código: 1204

7110: Fomentar la implicación familiar

Equilibrio emocional

120420: Depresión (frecuentemente demostrado 2)
140407: Conflicto de ideas (frecuentemente demostrado)
120421: Letargo (2 frecuentemente demostrado)

1. Asegurar la capacidad de la familia para tener participación en el cuidado de la paciente.
2. Mejorar las expectativas de la familia respecto a la recuperación de la paciente.
3. Favorecer las atenciones de la paciente por parte de la familia durante la estancia hospitalaria.
4. Mejorar el entendimiento de la patología de la paciente en la familia.
5. Mantener a la familia informada en la toma de decisiones en la salud de la paciente.
6. Reconocer posibles síntomas de estrés o ansiedad en la familia.
7. Mostrar los aspectos de la nueva condición de la paciente.

70%

30%

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas al usuario

En relación a la figura, se logró un 70% de efectividad, sin embargo, existe un 30% en ejecución, debido que la paciente aún presenta un proceso lento de adaptabilidad a su nueva condición, lo que genera sensación de frustración.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

4.1 Discusión

La presente investigación se centra en la aplicación de un Proceso de atención de enfermería a paciente con accidente cerebrovascular hemorrágico en el Hospital Santa Rosa. Esta patología se caracteriza por dejar secuelas neurológicas severas y crónicas que afectan negativamente la calidad de vida no solo de la paciente, también afecta a la familia. En este apartado se evalúan la efectividad de las intervenciones planeadas.

Resultados en el primer diagnóstico de enfermería: Deterioro de la deglución relacionado con lesión cerebral evidenciado por masticación inadecuada: caída de la comida de la boca, babeo. Se obtuvo un 60% de efectividad mientras que existe un 40% que se encuentra en proceso de ejecución; este resultado se debe a que la paciente responde positivamente a las terapias ejercidas, sin embargo, aún no puede tener un cierre de labios completo por lo que todavía no puede retener las secreciones orales o la comida, aunque en menor medida. Con respecto al proceso de masticación la paciente no evidencia náuseas o tos consistentes con aspiración, por lo que se mantiene la dieta líquida hiposódica e hipoglúcida ya que tiene que reducir el peso. Al momento del alta se indica terapias especializadas en la recuperación funcional de los músculos intervinientes en la masticación. Según definición de NANDA: funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con deficiencia de la estructura o función oral, faríngea o esofágica (22).

Resultados en el segundo diagnóstico: Deterioro de la movilidad física relacionado con disfunción cognitiva evidenciado por disminución de las habilidades motoras finas y gruesas: hemiplejia braquial, tono y fuerza muscular disminuidas, ataxia. En esta etiqueta se obtuvo un 50% de efectividad mientras existe igual porcentaje en proceso de recuperación. Este resultado obedece a la no recuperación completa autónoma de los músculos por parte de la paciente en las extremidades inferiores, en las extremidades superiores la sensación de adormecimiento se ha reducido pero la capacidad funcional sigue siendo limitada; los ejercicios practicados en las terapias ha surtido mediana efectividad, la paciente necesita asistencia en las

actividades comunes de la vida diaria por lo que se encuentra en un alto nivel de dependencia; al momento del alta se le programa actividades en casa y la interconsulta con el servicio de terapia física para establecer una rutina de terapias de recuperación. Sobre el particular NANDA define: limitación de movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una de las extremidades (22).

Resultados del tercer diagnóstico: Deterioro de la memoria relacionado con trastornos de la cognición evidenciado por dificultad para retener nueva información: confusión, escala de Glasgow de 11/15. Sobre las intervenciones planificadas solo el 50% tuvieron efectividad, mientras la otra mitad de actividades se encuentran en proceso de ejecución. Este resultado se debe a que la paciente puede obedecer órdenes sencillas, puede sostener conversaciones sencillas por corto tiempo y tiene una limitada capacidad de procesar información, sin embargo, le cuesta trabajo recordar eventos anteriores a la patología y le cuesta reconocer a sus familiares; se le indicó a la familia acerca de las actividades que debe realizar en casa. De acuerdo a la definición de NANDA: incapacidad persistente para recordar partes de información o habilidades, mientras se mantiene la capacidad para realizar de forma independiente las actividades de la vida diaria (22).

Resultados en el cuarto diagnóstico: Riesgo de lesión por presión en adultos factor riesgo presión sobre prominencias óseas: enrojecimiento en codos y talones, escala de Norton: 9 puntos. Dentro de este diagnóstico se tuvo un 90% de efectividad en las intervenciones planificadas mientras que hay un 10% en proceso de ejecución. Este resultado puede deberse a que la paciente no evidenció aparición de úlceras por presión hasta el momento del alta hospitalaria. las intervenciones fueron encaminadas en tres aspectos: realizar cambio de posición a la paciente de forma adecuada periódicamente, eliminar cualquier factor de riesgo como humedad o ropa no adecuada y reducción en el peso, éste último aún se encuentra en proceso de ejecución ya que la paciente todavía se mantiene en el rango de sobrepeso, sin embargo, al momento del alta se le indicó a la familia la importancia de los cambios de posición, aseo y dieta de la paciente. por otro lado, la paciente en todo momento no evidenció molestias o dolor durante su estancia hospitalaria. Sobre esta etiqueta NANDA define: adulto susceptible a daño localizado en la piel y/o tejido subyacente, como resultado de la presión en combinación con el cizallamiento, que puede comprometer la salud (22).

Resultados del último diagnóstico de enfermería: Riesgo de impotencia factor de riesgo ansiedad: llanto recurrente; se obtuvo un 70% de efectividad en las intervenciones propuestas mientras que hay un 30% de intervenciones en proceso de ejecución, este resultado se debe a que la paciente aún no tiene un proceso de adaptación adecuada a su nueva condición, dentro de las limitaciones físicas se aprecia frustración por el deterioro de la movilidad física y en las limitaciones psicológicas, la paciente evidencia enojo al no poder recordar sucesos antes del evento patológico; del mismo modo, la paciente evidencia frustración en las conversaciones con el personal de enfermería que evidencian síntomas de posible depresión. Por otro lado, los familiares tienen buena predisposición a intervenir en el proceso de recuperación de la paciente, sin embargo, se encuentran en riesgo de desgaste emocional por la cronicidad de las secuelas neurológicas, por lo que se requiere intervención del servicio de psicología sobre este aspecto, finalmente al momento del alta, la familia evidencia buen apego y aceptación de la nueva condición de la paciente. esta etiqueta es definida por NANDA: susceptible a un estado real o percibido de pérdida de control o influencia sobre factores o eventos que afecten el bienestar, la vida personal o la sociedad, que puede comprometer la salud (22).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Resultados en el primer diagnóstico de enfermería: Deterioro de la deglución relacionado con lesión cerebral evidenciado por masticación inadecuada: caída de la comida de la boca, babeo. se logró un 60% de efectividad, sin embargo, existe un 40% en ejecución, debido a la patología neurológica que implica daño neuromuscular que requiere tratamiento y terapia a largo plazo.
- Resultados en el segundo diagnóstico: Deterioro de la movilidad física relacionado con disfunción cognitiva evidenciado por disminución de las habilidades motoras finas y gruesas: hemiplejía braquial, tono y fuerza muscular disminuidas, ataxia. se logró un 50% de efectividad, sin embargo, existe un 50% en ejecución, debido que la secuela neurológica de la paciente ocasiona una severa hipotonía muscular y ataxia.

- Resultados del tercer diagnóstico: Deterioro de la memoria relacionado con trastornos de la cognición evidenciado por dificultad para retener nueva información: confusión, escala de Glasgow de 11/15. se logró un 50% de efectividad, sin embargo, existe un 50% en ejecución, debido que la pérdida de memoria, concentración son crónicas.
- Resultados en el cuarto diagnóstico: Riesgo de lesión por presión en adultos factor riesgo presión sobre prominencias óseas: enrojecimiento en codos y talones, escala de Norton: 9 puntos. se logró un 90% de efectividad, sin embargo, existe un 10% en ejecución, debido que la paciente aún presentaba enrojecimiento en las prominencias óseas al finalizar su estancia hospitalaria.
- Resultados del último diagnóstico de enfermería: Riesgo de impotencia factor de riesgo ansiedad: llanto recurrente, se logró un 70% de efectividad, sin embargo, existe un 30% en ejecución, debido que la paciente aún presenta un proceso lento de adaptabilidad a su nueva condición, lo que genera sensación de frustración.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda a la institución de salud la implementación de un servicio con especialistas en logopeda, para mejorar las terapias de recuperación de deglución en los pacientes con patologías neurológicas.
- Se recomienda al personal de enfermería coordinar con los diferentes servicios para una acción en conjunto en pro de la recuperación de la paciente, e incluso realizar las terapias en caso el especialista no esté disponible.
- Se recomienda a la institución de salud la implementación de grupos de apoyo con pacientes con este tipo de patología neurológica, ya que diversas actividades en el periodo de recuperación ayudan a reactivar las habilidades perdidas.
- Se recomienda al personal de enfermería a poner énfasis en los pesos de los pacientes con deterioro de la movilidad física, ya que es un factor de riesgo grave en la aparición de úlceras por presión.

- Se recomienda a la familia de la paciente la búsqueda de ayuda profesional en la asistencia de la paciente en casa ya que tiene un alto nivel de dependencia, además de atención por el servicio de psicología para tener un mejor manejo emocional de la paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Torres C. Álvarez L. Menéndez C. evento cerebro vascular hemorrágico. Medicina en Urgencias [internet] 2022 [citado el 15 de diciembre de 2024]; 1: 385-396. Disponible en: <https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/57/53>
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 [citado el 15 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
3. Soto A. et al. prevalencia e incidencia de ictus en Europa: revisión sistemática y metaanálisis. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [internet] 2022 [citado el 15 de diciembre de 2024]; 45(1): e0979. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v45n1/1137-6627-asisna-45-01-e0979.pdf>
4. Tenglawan J. et al. hipertensión y accidentes cerebrovasculares en Asia: una revisión exhaustiva de HOPE Asia. The Journal of Clinical Hypertension [internet] 2021 [citado el 15 de diciembre de 2024]; 23(3): 513-521. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jch.14099>
5. Center for Disease Control and Prevention. Acerca de las mujeres y los accidentes cerebrovasculares [internet]. Estados Unidos: Ministerio de Salud y Servicios Humanos; 2024 [citado el 15 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/stroke/es/about/acerca-de-las-mujeres-y-los-accidentes-cerebrovasculares.html>
6. Moreira D. Torres O. Peña R. Palenzuela R. enfermedad cerebrovascular en pacientes ingresados en cuidados intensivos. Rev. Ciencias Médicas [internet] 2020 [citado el 15 de diciembre de 2024]; 24(4): e4316. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v24n4/1561-3194-rpr-24-04-e4316.pdf>
7. Red Universitaria e Institución Benemérita de Jalisco. Accidente cerebrovascular, cuarta causa de muerte en México en mayores de 45 años [internet]. México: Universidad de Guadalajara; 2024 [citado el 15 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.udg.mx/es/noticia/accidente-cerebrovascular-cuarta-causa-de-muerte-en-mexico-en-mayores-de-45-anos>
8. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Boletín epidemiológico 2022 [internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2023 [citado el 15 de diciembre de 2024].

Disponible en: <https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2022/07/BOLET%3%8DN-EPIDEMIOLOGIA%3%93GICO-8.pdf>

9. Oficina de Relaciones Institucionales. EsSalud: sepa reconocer primeros síntomas de un accidente cerebrovascular [internet]. Lima: Seguro Social de Salud; 2024 [citado el 15 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/914198-essalud-sepa-reconocer-primeros-sintomas-de-un-accidente-cerebrovascular>
10. Oficina de Estadística e Informática. Análisis de Situación de Salud [internet]. Lima: Hospital Dos de Mayo; 2021 [citado el 15 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://fass3.hdosdemayo.gob.pe/WebappFile/web/resoluciones/r_dir/2022/marzo/RD_047_2022_D_HNDM.pdf
11. National Heart, Lung and Blood Institute. Accidente cerebro vascular [internet]. Estados Unidos: National Heart, Lung and Blood Institute; 2024 [citado el 15 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/accidente-cerebrovascular/causas>
12. Piloto C. Suarez R. Belaunde C. Castro J. la enfermedad cerebrovascular y sus factores de riesgo. Revista Cubana de Medicina Militar [internet] 2020 [citado el 15 de diciembre de 2024]; 49(3): e0200568. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v49n3/1561-3046-mil-49-03-e568.pdf>
13. Instituto Nacional del Cáncer. Accidente cerebrovascular hemorrágico [internet]. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos; 2024 [citado el 15 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/accidente-cerebrovascular-hemorragico>
14. Sociedad Española de Medicina Interna. Ictus hemorrágico [internet]. 2024 [citado el 15 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/ictus-hemorragico>
15. National Heart, Lung and Blood Institute. Síntomas de accidente cerebrovascular [internet]. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos; 2023 [citado el 15 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/accidente-cerebrovascular/sintomas>

16. Burgaya S. Marcia R. Cabral S. Ramos C. ictus: un resto diagnóstico. Rev. Pediatr. Aten. Primaria [internet] 2021 [citado el 15 de diciembre de 2024]; 23: 179-182. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v23n90/1139-7632-pap-90-23-179.pdf>
17. Sabio R. et al. abordaje de la enfermedad cerebrovascular: de la prevención primaria a la rehabilitación. Revista Argentina de Medicina [internet] 2023 [citado el 15 de diciembre de 2024]; 11: 187-202. Disponible en: <https://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/844/749>
18. Urcia F. Cam C. perfil epidemiológico de los pacientes con secuelas de accidentes cerebrovascular atendidos en un instituto de rehabilitación de Lima-Perú. Rev. Med. Hered. [internet] 2023 [citado el 15 de diciembre de 2024]; 34: 132-142. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/4922/5129>
19. Alessandro L. et al. rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular. Medicina [internet] 2020 [citado el 15 de diciembre de 2024]; 80: 54-68. Disponible en: <https://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v80n1/v80n1a08.pdf>
20. Pillado S. Wilson D. el cuidado desde la teoría de Virginia Henderson en tres pacientes cesareadas. Progaleno [internet] 2022 [citado el 15 de diciembre de 2024]; 5(3). Disponible en: <https://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/355/269>
21. Tovar T. Milena V. Felipe S. Mora E. cuidado de enfermería según Virginia Henderson en gestantes durante el parto. Hospital de Turbo, Antioquía 2023. Revista Médica Sanitas [internet] 2023 [citado el 15 de diciembre de 2024]; 26(4): 1-3. Disponible en: <https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/rms/article/view/680/546>
22. heather H. Shigemi K. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2021-2023. Décimo segunda edición. Barcelona, España: Elsevier; 2021.
23. Borrás S. Rossel C. Guía para Reeducción de la Deglución Atípica y Trastornos Asociados [internet]. 1ra ed. España: Guada S.L.; 2005 [citado el 15 de diciembre de 2024]. 29-41p. Disponible en: https://naullibres.com/wp-content/uploads/2019/07/9788476427187_L33_23.pdf
24. Alcalde M. Rodríguez R. Guía de Disfagia [internet]. España: SEMERGEN; 2020 [citado el 15 de diciembre de 2024]. 60-65p. disponible en:

- <https://semergen.es/files/docs/grupos/digestivo/manejo-disfagia-ap.pdf>
25. Clavé C. García P. Guía de Diagnóstico y de Tratamiento Nutricional y Rehabilitador de la Disfagia Orofaringea [internet]. 3ra ed. Barcelona: Editorial Glosa S.L.; 2015 [citado el 15 de enero de 2025]. 55-65p. disponible en: https://www.nestlehealthscience.es/sites/default/files/2020-04/guia_de_diagnostico_tratamiento_nutricional_y_rehabilitador_de_la_disfagia_orofaringea.pdf
 26. Blanco Z. López G. Quesada R. García R. Guía de Recomendaciones Basadas en la Evidencia en Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión en Adultos [internet]. España: Osakidetza; 2015 [citado el 15 de diciembre de 2024]. 7-16p. disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicacion/es/es_publi/adjuntos/enfermeria/3_guia_recomendaciones_ulceras.pdf
 27. Abad G. et al. Guía de Actuación para la Prevención y Cuidados de las Úlceras por Presión [internet]. España: Osakidetza; 2017 [citado el 15 de diciembre de 2024]. 6-12p. disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicacion/es/es_publi/adjuntos/enfermeria/UPP_es.pdf
 28. Secretaría de Salud de México. Manual Clínico para la Estandarización del Cuidado y Tratamiento de Pacientes con Heridas Agudas y Crónicas [internet]. México: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [citado el 15 de enero de 2025]. 15-36p. disponible en: https://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Manual_Clinico_Heridas.pdf
 29. Allegri R. Roqué M. Bartolini L. Rubin R. deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias [internet]. 1ra ed. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Matanza; 2015 [citado el 15 de diciembre de 2024]. 12-42p. disponible en: <https://www.algec.org/biblioteca/Dererioro-cognitivo-Alzheimer.pdf>
 30. Ratey J. el cerebro: manual de instrucciones [internet]. Barcelona: Grupo Editorial Random House Mondadori S.L.; 2022 [citado el 15 de diciembre de 2024]. 37-81p. Disponible en: <https://www.neuquen.edu.ar/wp-content/uploads/2017/10/Libro-Cerebro-Manual-de-Instrucciones-John-J.-Ratey.pdf>
 31. Arias S. Íñiguez C. Láinez J. Manual de Urgencias Neurológicas [internet]. 1ra ed. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2023 [citado el 15 de enero de

- 2025]. 415-428p. disponible en:
https://www.sen.es/pdf/2023/Manual_Urgencias_neurologicas_2023_DIGITAL.pdf
32. Jameson L. et al. Harrison. Principios de Medicina Interna [internet]. 20va ed. México: M&M Medical Solutrad S.A.; 2018 [citado el 15 de enero de 2025]. Disponible en:
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2461§ionid=197384474>
33. Centro de Humanidades Médicas. Facultad de Medicina Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo. Más Allá de Curar [internet]. Santiago de Chile: Atelier; 2020 [citado el 15 de diciembre de 2024]. 12-16p. disponible en:
https://medicina.udd.cl/files/2021/12/Accidentes_cerebro_vasculares_mayo_ebook_2021.pdf
34. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus [internet]. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009 [citado el 15 de diciembre de 2024]. 130-145p. disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_442_Preencion_Ictus.pdf
35. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación del Episodio Agudo del Ataque Cerebro Vascular Isquémico en Población Mayor de 18 años [internet]. Bogotá: Colciencias; 2015 [citado el 15 de diciembre de 2024]. 216-230p. disponible en:
https://www.iets.org.co/Archivos/46/GPC_ACV_Version_Final_Completa.pdf
36. Bustos J. Coloma P. Espinoza T. Manual de Examen Neurológico [internet]. España: Universidad Finis Terrae [citado el 15 de diciembre de 2024]. 85-95p. disponible en: <https://medfinis.cl/img/manuales/MANUAL-EXAMEN-NEUROLOGICO.pdf>
37. Plan de Seguridad para el Sistema Nacional de Salud [internet]. España: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009 [citado el 15 de enero de 2025]. 110-130p. disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf
38. Fernández C. Baptista L. Metodología de la Investigación [internet]. 6ta ed. México: McGrall-Interamericana Editores S.A.; 2014 [citado el 25 de

noviembre de 2024]. disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

39. Sánchez G. Herrera L. experiencias vividas de los familiares con pacientes que estuvieron hospitalizados con COVID 19. Recién [internet] 2022 [citado el 26 de noviembre de 2024]; 11(2): 106-120. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/9/8>
40. Téllez G. Lescay B. Fong O. Flores B. Guerra C. caracterización de pacientes con accidente cerebrovascular en un servicio de emergencia de Santiago de Cuba. MEDISAN [internet] 2020 [citado el 25 de noviembre de 2024]; 24(3). Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2748/html>
41. Medina C. et al. plan de cuidados de enfermería en un paciente con neumonía adquirida en comunidad: caso clínico. Rev. Investig. Cient. Tecnol. [internet] 2024 [citado el 25 de noviembre de 2024]; 8(1): 83-94. Disponible en: <https://revista.serrana.edu.py/rict/article/view/362/255>

Anexos

Anexo A. herramienta de valoración de Marjory Gordon



VALORACION DE ENFERMERIA AL INGRESO

DATOS GENERALES

Nombre del paciente R.B.R. Fecha de Nacimiento 1957 Edad 67 Dirección.....
 Fecha de ingreso al servicio 7/7/24 Hora 8:00 Persona de referencia hija Telf.....
 Procedencia: Admisión () Emergencia () Otro hospital () Otro ()
 Forma de llegada: Ambulatorio () Silla de ruedas (x) Camilla () Otro ()
 Peso: 69 Estatura: 1.50 PA 95/90 FC 59 FR 24 T 36.7
 Fuente de información: Paciente () Familiar (x) Otro.....
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS:
 HTA (x) DM () Gastritis/Úlcera () Asma () TBC () Otros Covid-19 (2020) Cirugías Si () No ()
 Especifique..... Fecha..... Alergias y otras reacciones: Fármacos () Alimentos ()
 Signos y síntomas..... Otros..... Dx. Médico.....

VALORACION DE ENFERMERIA SEGUN PATRONES FUNCIONALES

PATRON 1: PERCEPCION - MANEJO DE LA SALUD

¿Qué sabe Ud. Sobre su enfermedad?.....
 ¿Qué necesita saber sobre su enfermedad?.....
 Estado de enfermedad: Controlada: Si () No (x)
 Herida Quirúrgica.....
 Estilos de vida/Hábitos
 USO DE TABACO..... USO DE ALCOHOL.....
 Si () NO (x) Si () NO (x)
 Cant/Frec..... Cant/Frec.....
 Comentarios.....
 Consumo de medicamentos con o sin indicación:
 ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Ultima dosis

 Motivo de incumplimiento de indicaciones médicas en la familia y comunidad.....
 Estado de higiene:
 Corporal.....
 Hogar.....
 Comunidad.....
 Estilo de alimentación.....
 Termorregulación: Inefectiva () Motivo.....
 Hipertermia () Hipotermia () Temperatura 36.7
 Vías aéreas permeables Si () No () Secreciones () Otros ()
 Alergias: Látex () Otros ().....
 Test del Apgar: al minuto..... a los 5 minutos.....

Dific. Para deglutir: No () Si () Motivo.....
 Náuseas (x) Pirosis () Vómitos () Cant.....
 SNG: No () Si () Especificar.....
 Abdomen: Normal () Distendido () Doloroso ()
 Ruidos hidroaéreos: Aumentado () Disminuido () Ausente ()
 Drenaje: No () Si () Especificar.....
 Hidratación piel: Seca (x) Turgente () Otro.....
 Estado de piel y mucosas piel seca y fragil
 Edema: No () Si () Tipo y localización.....
 Comentarios adicionales.....
 Aliment. Niño: Lactancia No () Motivo.....
 Lactancia Si () Frecuencia..... Exclusiva () Otro.....
 Dentición.....
 Diagnósticos nutricionales: Normal ()
 Desnutrición global: Leve () Moderada () Severa ()
 Desnutrición Crónica: Leve () Moderada () Severa ()
 Riesgos Nutricionales..... Obesidad ()
DIAGNOSTICOS DE DESARROLLO: Normal ()
 Riesgo () Retraso () en:
 Motricidad: Gruesa () Fina ()
 Lenguaje () Coordinación () Social ()
 Comentarios Adicionales.....
FACTORES DE RIESGO: Nutricional () Ceguera () Pobreza ()
 Lesión cerebral () Enfermedad mental ()
ADULTO: NUTRICIÓN: IMC:
 Normal () Delgadez () Obesidad ()
DESARROLLO:
 Signos de incapacidad para mantener su desarrollo
 Anorexia () Fatiga () Deshidratación () Enfermedad ()
 Dificultad para razonar ()
 Otros ().....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cómo percibe el paciente su estado de salud? ¿Se considera "sano", "enfermo"?
- ¿Faltó frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud (catarros frecuentes, molestias inespecíficas, etc.) en los últimos tiempos?
- ¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso, consume drogas?
- ¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, etc.?
- ¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico?
- ¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?
- ¿Es alérgico a alguna sustancia?
- ¿Ha tenido ingresos hospitalarios?
- ¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?
- ¿Ha estado o está expuesto a prácticas potencialmente infectivas?
- ¿Cómo es su temperatura y termorregulación habitual?

¿Qué come frecuentemente su niño?.....
 Comentarios Adicionales.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingestas/día y distribución.
- ¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?
- ¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria?
- ¿Cómo es el apetito: disminuido, aumentado?
- ¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos? ¿Tiene prótesis dentarias? ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?
- ¿Hay pérdida o ganancia de peso? ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)?
- ¿Cuál es el estado de la piel y mucosas? ¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tienen? ¿Existen lesiones en ellas? Si las hubiera ¿cuáles son las características de las mismas? ¿Qué temperatura corporal tiene?
- Portador de algún dispositivo de ayuda sondas, estomas, etc

PATRON 2: NUTRICIONAL - METABOLICO

Cambios de peso durante los últimos 6 meses: Si () No (x)
 Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()

PATRON 3: ELIMINACION

Hábitos intestinales: Número de deposiciones/día.....

Estreñimiento () Diarrea () Incontinencia () Ostomía ()
Comentarios Adicionales.....
Hábitos Vesicales: Frecuencia..... Disuria ()
Retención () Incontinencia () Otros.....
Edema: No () Sí () Tipo y localización.....
Sistemas de ayuda: Sí () No () Pañal ()
Sonda () Fecha coloc..... Colector () Fecha coloc.....
Hábitos alimentarios.....
Consumo de líquidos.....
Ruidos Respiratorios: Claros () Sibilancias () Estertores ()
Secreciones traqueobronquiales () Disnea () Cianosis ()
Palidez () Otro.....
Comentarios Adicionales.....

Escala de Norton:

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Deambula	total	ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Puntuación	5 a 9	10 a 12	13 a 14	mayor 14
Riesgo	Muy alto	Alto	Medio	No riesgo

Clasificación de Úlceras Vasculares - Wagner

GRADO	LESION	CARACTERÍSTICAS
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes dedos en garra, deformidad ósea
I	Úlceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel
II	Úlceras profundas	Penetra la piel hasta la grasa y ligamentos, pero sin afectar hueso, infectada
III	Úlceras profunda más absceso	Extensa y profunda, secreción, mal olor
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos talón o planta
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos

Clase 0 : Sin signos visibles o palpables de insuficiencia venosa
Clase 1 : Telangiectasias, venas reticulares, corona maleolar
Clase 2 : Venas Varicosas
Clase 3 : Edema sin cambios cutáneos
Clase 4 : Cambios cutáneos debido a la insuficiencia venosa (eczema venoso, lipo-dermato-esclerosis)
Clase 5 : Cambios cutáneos, con úlcera cicatrizada
Clase 6 : Úlcera activa

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a su frecuencia?
- ¿Existen molestias? ¿Utiliza medidas auxiliares para su producción? ¿Hay problemas con su control?
- ¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria? ¿Hay dificultades para su emisión? ¿Hay incontinencia?
- ¿Cómo es la sudoración: excesiva, con fuerte olor?
- ¿Es el paciente portador de ostomía, drenaje o sonda?

PATRON 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Índice de Katz (Actividades de la vida diaria)

ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA DEPENDENCIA
Bañarse	INDEPENDIENTE : Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo DEPENDIENTE incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
Vestirse	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos

Usar Retrete	DEPENDIENTE : No se viste solo INDEPENDIENTE : No precisa ningún tipo de ayuda entrar o salir de la baño. Usa el baño DEPENDIENTE incluye usar el orinal o la chata
Movilidad	INDEPENDIENTE : No requiere la ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE Requiere de ayuda
Continencia	INDEPENDIENTE : Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE Incluye control total o parcial mediante enemas o sondas o el empleo horario del urinario o chata o culla
Alimentación	INDEPENDIENTE : Lleva la comida del plato, o equivalente a la boca sin ayuda DEPENDIENTE : Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda
Clasificación	
A. Independientemente en todas las actividades	
B. Independientemente en todas las actividades, salvo en una.	
C. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional	
D. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional	
E. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y otra función adicional	
F. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad y otra función adicional	
G. Dependiente en la seis funciones	

Aparatos de ayuda: Ninguno () Muletas () Andador ()
S. de Ruedas () Bastón () otros ()

Movilidad de miembros:

Contracturas () Flacidez () Parálisis ()

Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida (x)

Fatiga Si (x) No () Otros motivos de déficit de autocuidado

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso (-) Irregular ()

Pulso periférico : Pie (+) (+) (+) (+)

Popliteo (+) (+) (+) (+)

0 = AUSENCIA

+1 = DISMINUCION NOTABLE

+2 = DISMINUCION MODERADA

+3 = DISMINUCION LEVE

(+) = PULSACION NORMAL

Edema Si () No (x) Localización.....

+ (0 - 0.65cm.) ++ (0.65 - 1.25cm.) +++ (1.25 - 2.50cm)

Riesgo periférico:

Extremidades Superiores: Normal (x) Cianosis () Fría ()

Extremidades Inferiores: Normal (x) Cianosis () Fría ()

Presencia de líneas Invasivas.....

ACTIVIDAD RESPIRATORIA: Respiración: Regular () Irregular ()

Disnea () Cianosis () Fatiga (x) Otro ()

Gasometría..... Comentarios Adicionales.....

Traqueostomía No (x) Sí ()

Ayuda endotraqueal / Ventilador Mecánico Canulo Bivocal SatO₂ 97%

Escala de Disnea (Medical Research Council) MRC Modificada

0. Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
1. Disnea al andar de prisa en llano, o al andar subiendo una pendiente
2. La Disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
3. La Disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 90 metros o después de pocos minutos de andar en llano.
4. La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

Perfusión tisular: Renal Hematuria () Oliguria () Anuria ()
 BUN: Creatinina: P.T. Cerebral:
 Habla: Ser. l. r. e. s. Pupilas: Parálisis (x)
 P. T. Gastrointestinales: Sonidos () Hipo ()
 Náuseas () PT. Cardiopulmonar:
 PT Periférica: Palidez Extrema ()

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?
- ¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad?
- ¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, water, vestido, movilidad en cama y movilidad general?
- ¿Realiza actividades de ocio?
- ¿Cómo es su presión arterial? ¿Y su respiración?
- ¿Es portador de yeso o estructura de yeso?
- ¿Presencia o riesgo de úlceras o heridas?

PATRON 5: SUEÑO DESCANSO

Horas de sueño: 8 hrs. Problemas para dormir:
 Si (x) No () tiempo: 20 minutos 2 horas x minuto
 Toma algo para dormir Si () No ()
 Padece de insomnio () Pesadillas ()
 Conciliar el sueño adecuadamente si No (x)
 Excesiva somnolencia
 Cuantas veces se ha despertado por la noche: 4

- ¿Cuántas horas duerme diariamente?
- ¿Concilia bien el sueño? ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?
- ¿Cuándo se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día? ¿Es reparador su sueño?
- ¿Tiene pesadillas?
- ¿Toma alguna sustancia para dormir?
- ¿Tiene períodos de descanso-relax a lo largo del día?
- ¿Utiliza alguna técnica para lograrlo?
- ¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?

PATRON 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

Estado de inconsciencia: No () Si () Tiempo:
NIVEL DE CONCIENCIA (ESCALA DE GLASGOW)

Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta Motora
4 () Espontanea	5 () Orientado mantiene conversación	6 () Obedece ordenes
3 (x) A la voz	4 (x) Confuso	5 () Localiza el dolor
2 () Al dolor	3 () Palabras inapropiadas	4 (x) Se retira
1 () No responde	2 () Sonido incomprensibles	3 () Flexión anormal
	1 () No responde	2 () Extensión Anormal
		1 () No responde

Orientado: Tiempo () Espacio () Persona (x)
 Lagunas mentales: Frecuentes (x) Espaciados ()
 Alteración en el proceso del pensamiento: Si (x) No ()
 Alteraciones sensoriales: Visuales () Auditivas () Cenésteicas ()
 Gustativas () Táctiles () Olfatorias () Otro:
COMUNICACIÓN:

Alteración del habla (x) Alteración del Lenguaje (x)
 Barreras: Nivel de conciencia () Edad () Barrera Física (x)
 Diferencias culturales () Medicamentos () Autoestima ()
 Barrera Psicológica () Alteración de la percepción ()
 Incapacidades: Invalidez () Ceguera () Demencia ()
 Dolor / Molestias: No () Si (x) Crónica () Aguda ()

Especificar Intensidad

Tiempo y frecuencia:
 Náuseas: No () Si (x) Motivo:

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audifono o gafas?
- ¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?
- ¿Le es difícil centrar la memoria? ¿Le es difícil concentrarse?
- ¿Le es fácil tomar decisiones?
- ¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?
- ¿Siente dolor o malestar físico? ¿cómo lo combate?
- ¿Muestra alguna discapacidad a nivel visual, tacto, etc.?
- ¿Caídas o riesgos personales/ambientales?
- ¿Tiene dolor?
- ¿Qué tipo de dolor es agudo o crónico?
- ¿Qué medidas toma para controlar?
- ¿Se automedica?

PATRON 7: AUTO PERCEPCION - AUTOCONCEPTO

Concepto de sí mismo:
 Sensación de fracaso: Familia () Trabajo () Otro ()
 Especifique: Tiempo:
 Cuidado de su persona
 Corporal: deficit de Autocuidado
 Vestimenta:
 Alimentación:
 Aceptación en la familia y comunidad: Si () No ()
 Motivo:
 Reacción frente a cirugías y enfermedades graves: Ansiedad ()
 Indiferencia () Desesperanza () Rechazo ()
 Comentarios:

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cómo se ve a sí mismo? ¿Está conforme consigo mismo?
- ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así ¿Cómo los ha asumido?
- ¿Se enfada frecuentemente? ¿Suele estar aburrido o con miedo?
- ¿Suele estar con ansiedad o depresivo?
- ¿Tiene períodos de desesperanza?

PATRON 8: ROL/RELACIONES

Estado Civil: viuda Profesión/Ocupación:
 Con quien vive: Solo () Con su familia () Otros ()
 Fuentes de apoyo: Familia () Amigos () Otros ()
 Cuidado personal y familiar en caso de enfermedades o niños
 Desinterés (x) Negligencia () Desconocimiento ()
 Cansancio () Otros:
 Composición familiar:
 Divorcio () Muerte () Nacimiento de un nuevo ser ()
 Reacción individual y de la familia frente a estos acontecimientos:
 Conflictos familiares: No () Si ()
 Especifique:
VIOLENCIA FAMILIAR: Física () Psicológica ()
 Intento de suicidio () Motivo:

Problemas: Alcoholismo () Drogadicción () Pandillaje ()
Especifique.....
CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO: Efectivo () Inefectivo ()
Motivo.....
Relación Familiar en torno al recién nacido: Buena () Mala ()
Especifique.....
Cuidados del recién nacido: Inadecuado.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Vive solo o en familia? ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son?
- ¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?
- ¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres?
- ¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?
- ¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios? ¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos?
- ¿Pertenece a algún grupo social?
- ¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?
- ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

PATRON 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCION

Problemas de identidad sexual No () Si ().....
Problemas en actividad sexual con su pareja: No () Si ()
Especifique.....
Motivo de disfunción sexual: Enfermedad Biológica ().....
Edad () Enfermedad psicológica () Otro ()
Comentarios Adicionales.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿A qué edad apareció la menarquía o la menopausia (según corresponda)?
- ¿Cómo es el periodo menstrual?
- ¿Ha habido embarazos? ¿Ha habido abortos?
- ¿Algún problema relacionado con la reproducción?
- ¿Utiliza métodos anticonceptivos?
- ¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?

DOMINIO 10: ADAPTACION - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Cambio de vivienda familiar en los últimos años No (✓) Si ()
Especifique motivo.....
VIOLENCIA SEXUAL No (✓) si () Fecha.....
Conducta psicológica frente al hecho.....
Comentarios Adicionales.....
Reacción frente a enfermedades y muerte:
Preocupación (✓) Ansiedad (✓) Indiferencia () Temor ()
Desesperanza () Tristeza () Negación () Otro ()
Comentarios Adicionales.....
SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO: Normal (✓) Problemas ()
Signos palidez () bradicardia o taquicardia ()
Hipertensión paroxística () Diaforesis () Manchas ()
Otros.....
Lesiones medulares No (✓) Si ().....
Conducta del lactante: Normal () Inadecuada ()
Signos: Irritabilidad () Nervioso () Inquieto ()
Flacidez () Movimientos descoordinados () Otros.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?
- ¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?

- ¿Tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza? ¿Lo hace cuando es necesario?
- ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?

PATRON 11: VALORES - CREENCIAS




Religión: Católica Restricciones religiosas.....
Solicita visita de capellán.....
Comentarios Adicionales.....
Dificultad para tomar decisiones en.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿La religión es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?
- ¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar?
- ¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?
- ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?

ESCALA DE GLASGOW

OCULAR

4	3	2	1
			
Espontanea	Orden verbal	Dolor	No responde

VERBAL

@grapemedic

5	4	3	2	1
				
Orientado	Confuso	Lenguaje inapropiado	Lenguaje incomprensible	No responde

MOTORA

6	5	4	3	2	1
					
Obedece una orden	Localiza el dolor	Retirada del dolor	Flexión anormal	Extensión anormal	No responde



Anexo C. consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito y procedimientos

se me ha informado sobre el trabajo académico "Proceso del cuidado enfermero", cuyo objetivo es aplicar el procedo de atención de enfermería

Este caso clínico esta siendo ejecutado por la estudiante Vargas Aladrax, Raelly
Bajo la consultoría del Mg. Jose Merlin, Quillo Ticona los datos obtenidos por medio de la guía de valoración, entrevista y examen físico serán de carácter confidencial y se usaran solo para fine de estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha comunicado que no hay ningún peligro físico, químico, biológico y psicológico; agregado con este trabajo académico. Pero como se conseguirá algunos datos personales, esta la probabilidad de que mi identidad pueda ser reconocida por la información brindada, sin embargo, se tendrá prudencia, como la identificación por números para disminuir dicha posibilidad

Beneficios de estudio

No hay pago alguno por la participación en este estudio

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi colaboración en el estudio es totalmente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté terminado, sin ningún otro tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este trabajo.



Firma

Anexo D. evidencia de campo



