

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Cuidados de enfermería a paciente con accidente cerebro vascular hemorrágico del Servicio Neurovascular de un hospital de Lima, 2021

Trabajo académico presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad
Profesional de Enfermería: Neurología y Neurocirugía

Por:

Felicitas Martínez Ochoa

Asesor:

Mg. Delia Luz León Castro

Lima, noviembre 2021

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

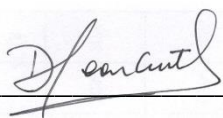
Yo, Mg. Delia Luz León Castro, adscrita a la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: "Cuidados de enfermería a paciente con accidente cerebro vascular hemorrágico del Servicio Neurovascular de un hospital de Lima, 2021" constituye la memoria que presenta la Licenciada FELICITAS MARTÍNEZ OCHOA, para aspirar al Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Neurología y Neurocirugía , ha sido realizado en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, y no compromete a la institución.

Estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, 26 de mayo de 2021

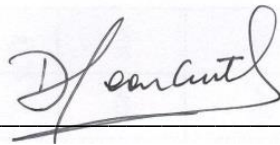


Mg. Delia Luz León Castro

**“Cuidados de enfermería a paciente con accidente cerebro vascular
hemorrágico del Servicio Neurovascular de un hospital de Lima,
2021”**

TRABAJO DE ACADÉMICO

Presentado para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional de Enfermería: Neurología y Neurocirugía



Mg. Delia Luz León Castro

Lima, 26 de mayo de 2021

Cuidados de enfermería a paciente con accidente cerebro vascular hemorrágico del Servicio Neurovascular de un hospital de Lima, 2021

Lic. Felicitas Martinez Ochoa^a Mg. Delia Luz León Castro^b

^a*Autor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú*

^b*Asesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú*

Resumen

El presente trabajo utiliza el proceso de atención de enfermería, para poder guiar el cuidado del paciente adulto con diagnóstico médico hipertensión, accidente cerebro vascular hemorrágico y neumonía. El objetivo es identificar los problemas de enfermería presentes y gestionar el cuidado integral del paciente como nivel de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Además, se utilizó para la recolección de datos, el marco de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, con lo cual se identificaron once diagnósticos de enfermería y se priorizan los siguientes diagnósticos: Limpieza ineficaz de las vías aérea relacionada con mucosidad excesiva, evidenciado roncales, regular cantidad de secreciones densas blanquecinas, FR: 27 x'. Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de los músculos de la respiración evidenciada, taquipnea, saturando 88%, utilización de los músculos accesorios, gases arteriales: PH: 7.51, PO₂: 120 mm Hg, PCO₂. 48 mm Hg. Capacidad adaptativa intracraneal disminuida asociada a lesión cerebral evidenciado por aumento desproporcionado de la presión intracraneal (PIC), confusa, escala Glasgow de 8 puntos, dificultad para comunicarse, pupilas isocóricas foto reactivas 2 mm (puntiforme). Se planteó un plan de cuidados de enfermería y se ejecutaron las intervenciones y actividades planificadas. Como resultado de las intervenciones administradas, se obtuvo una puntuación de cambio + 2, +2 y + 2. Se

concluye que de acuerdo a los problemas identificados en el paciente se gestionó el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas, lo que permitió brindar un cuidado de calidad y calidez al paciente adulto.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, Accidente cerebro vascular hemorrágico.

Abstract

The present work uses this tool to guide the care of the adult patient with a medical diagnosis of hypertension, hemorrhagic stroke and pneumonia. The objective is to identify the present nursing problems and manage the comprehensive care of the patient as a level of promotion, prevention and recovery and rehabilitation. Marjory Gordon's functional pattern assessment framework was used for data collection, thereby identified eleven nursing diagnoses and the following diagnoses are prioritized: Ineffective cleaning of the airways related to excessive mucus, evidenced. snoring, regular amount of dense whitish secretions, F.R.27 x', with tachypnea. Impairment of spontaneous ventilation related to fatigue of the breathing muscles. Evidenced. tachypnea, saturating 88% using accessory muscles, arterial gases PH.7.51, PO₂. 120mm.Hg, PCO₂. 48mm.Hg. Decreased intracranial adaptive capacity associated with brain injury. Evidenced. Due to a disproportionate increase in intracranial pressure. (PIC). confused, 8. point Glasgow scale. Difficulty communicating, 2 mm photo-reactive isochoric pupils (pinpoint). A nursing care plan was proposed and the planned interventions and activities are carried out. As a result of the administered interventions, a change score of + 2, +2 and + 2 was obtained. It is concluded that according to the problems identified in the patient, the nursing care process was managed in its five stages, which allowed provide quality care and warmth to the adult patient.

Keywords: Nursing care process, Hemorrhagic stroke.

Introducción:

Según Malaga et al. (2018) la enfermedad cerebro vascular, entre las enfermedades es la segunda causa de muerte y la tercera de discapacidad en el mundo; incluye anualmente a 15 millones de personas, de los cuales 5 millones mueren antes de tiempo, debido a la falta de oxígeno al cerebro otros tantos permanecen con secuelas, 15 millones de personas sufren esta enfermedad (ictus) al año. Neurológicamente, según la organización mundial de la salud (OMS) la incidencia del ACV se ha incrementado en 100% en países bajos, medianos ingresos económicos, Pero puede reducirse hasta un 80% con modificación factores de riesgo. Se calcula que en el año 2030 su incidencia se incrementará el 44% cifra de México. Alvarado, et al, (2015) en Perú reportan una prevalencia de 6,8 % en la zona urbana y 2,7% en la zona rural en mayores de 65 años, en donde representan el 28,6 y 13,7%, respectivamente, de las causas de muerte.

El proceso de atención de enfermería (PAE) es la herramienta para brindar el cuidado, de calidad a las necesidades del paciente que generan las intervenciones en el quehacer de enfermería. Aplicando el método científico a la práctica asistencial a sí mismo permitiendo al profesional brindar cuidado en forma racional y lógica. Esto se legitimó por la American Nurse asociación. NANDA (2018-2020) la organización mundial de la salud declara como un sistema de intervenciones.

Berenguer Guarnaluses y Pérez Ramos (2016) mencionan que el ACV embolia o trombosis, puede ser multicausal y ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado con un coágulo. Garcia et al. (2019) refieren, que el flujo sanguíneo cerebral está determinado por una resistencia vascular cerebral,

los cambios esperados del flujo sanguíneo se mantienen constante a pesar de variaciones en presión de perfusión. El flujo sanguíneo cerebral ocurre dentro del rango presión. Que mantiene la arterial media de 60 a 150 mm Hg.

Asimismo, el ACV Hemorrágico o derrame cerebral es un vaso sanguíneo, que se rompe y sangra dentro del cerebro dando lugar a una hemorragia Dependiendo de si esto sucede en el espesor del parénquima cerebral o en los espacios de fuera del mismo como resultado de la rotura de los grandes vasos de la base del cráneo, puede suceder una hemorragia intracerebral o subaracnoidea (Pérez Rodríguez, 2018).

Según Suarez Quesada et al. (2018) Los pacientes que sufren accidente cerebrovascular presentan disfagia. Son aquellos que tienen dificultad para consumir los alimentos y para pasar los líquidos y su saliva, resultado para la neumonía aspirativa. Además, el factor de riesgo que disminuye la inmunidad sistémica defensa del tracto respiratorio, e incluso, que suelen ligarse a los mecanismos defensivos del huésped. Y cursa alteraciones con una inflamación progresiva en las vías aéreas.

Pérez et al. (2016). El tratamiento del accidente cerebrovascular se basa en tres pilares fundamentales: Manejo presión intracraneal, control de presión arterial y revisión de coagulopatía. Tiene como finalidad reducir el daño cerebral secundario con hematomas grandes son candidatos la evacuación quirúrgica.

Según Pigretti, et al. (2019) el manejo en el caso de accidente cerebrovascular es una atención multidisciplinaria, ante una sospecha de un existencia se tendría en cuenta tomografía computarizada y resonancia magnética, para actuar en emergencia. Se inicia vía aérea y ventilación, respiración, monitoreo continuo y estricto saturación

de oxígeno(O₂) < 94 frecuencia cardiaca de. Medicamentos antihipertensivos uno de los fármacos labetalol de 10 a 20mg en bolo, Atorvastatina y líquidos endovenosos.

Según Díaz Ávila e Intriago Ruiz (2019) enfermera cumple un rol importante para la recuperación del paciente con accidente cerebro vascular Las personas que sufren un evento de cerebrovascular (EVC), los profesionales de enfermería son los que brindan cuidados específicos para el enfermo generalmente, quedan incapacitadas para realizar sus actividades básicas, según el modelo de Virginia Henderson. Conlleva una dependencia es importante el rol del profesional de enfermera durante las primeras 72 horas. hospitalizadas posteriormente para su alta. La enfermera como agente del cuidado Brinda educación sobre el cuidado de la enfermedad y salud, ictus isquémicos hemorrágico y accidente cerebrovascular (ACV). con el fin de minimizar al máximo las complicaciones y secuelas. dirigida a familiares y las complicaciones y secuelas. Con base y evidencia científica, criterio los diagnósticos NANDA, NOC, NIC. intervenciones del cuidado del paciente para mejorar la calidad de vida.

Metodología

Este enfoque es cualitativo, de tipo estudio de caso único y el método el proceso de atención de enfermería, (PAE). Este método es más utilizado a nivel internacional lo cual es la estructura de la práctica del cuidado humanizado y científico fundamentado en los procesos de resolución de problemas y toma de decisión según (Jara-Sanabria, 2016). El sujeto de estudio fue una paciente adulta mayor, la técnica la observación, el examen físico y la entrevista al paciente y familiares. La valoración se realizó a través del instrumento Guía de Valoración de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Los diagnósticos enfermeros se enunciaron en base con la taxonomía NANDA y la

planificación NOC-NIC. Se ejecutaron las actividades en la mayoría, se evaluó en base con los indicadores de NOC.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales.

Nombre: A.C.D.V.

Sexo : Femenino

Edad : 90 años.

Días de atención de enfermería: 6 turnos

Fecha de valoración: 10-03-2021.

Diagnóstico médico: ACV Hemorrágico

Valoración por patrones funcionales.

Patrón I: Percepción control de la salud.

Paciente adulta mayor de sexo femenino de 90 años de edad, estado de higiene regular. Con antecedentes de hipertensión Con tratamiento irregular desde hace 5 años con Neumonía extra hospitalaria, intervenciones quirúrgicas. Ninguna

Patrón II: Actividad Ejercicio.

Actividad respiratoria:

Paciente se encuentra en reposo absoluto (postrada), presenta F.R: 27 x" con taquipnea, saturando 88% utilizando los músculos accesorios y con TET con apoyo ventilatorio 02 con sistema Venturi 9 litros a 35% con regular cantidad de secreciones, densas blanquecinas y a la auscultación de ACP presenta roncales, tórax normal.

Gases arteriales: PH.7.51, PO2.120 mm Hg, PCO2.48 mm Hg.

Actividad circulatoria:

F.C.110 x", ritmo cardiaco irregular pulso fuerte, P.A 140/90 mm Hg. y tiene una vía central en la ingle derecha. Presenta edema en ambos brazos. Buen llenado capilar.

Actividad capacidad de autocuidado:

Se encuentra en reposo absoluto. Función motora, con hemiplejia derecha. Tono muscular normal.

Patrón III: Perceptivo Cognitivo

Paciente senil de sexo femenino de 90 años de edad, Se observa despierta, confusa, escala Glasgow de 8. puntos. Postrada presentando hemiplejia derecha, presenta dificultad para comunicarse, pupilas isocóricas foto reactivas 2 mm. EVA 6/10 se observa facies de dolor.

Patrón N° IV: Eliminación.

Eliminación vesical: Paciente: presenta micción espontánea. Al examen de orina se evidencia: leucocitos 40 – 44 x campo

Eliminación intestinal: con estreñimiento hace 3 días, dificultad para evacuar. No elimina flatos

Patrón N° V Nutricional metabólico.

Paciente Peso: 70 kg. Talla: 1.50 cm, IMC: 18.5 A la valoración, se observa una piel tibia con temperatura 37.2°C y deshidratado cabello quebradizo piel tibia y mucosa oral seca e integra presenta reflejos nauseosos, portador de SNG. para alimentación y administración de medicamentos, abdomen se encuentra globuloso/depresible con ruidos hidroaéreos disminuidos, presencia de úlcera de presión en zona sacra de II

grado. Al resultado del hemograma presenta: neutrofilia (80.40%), linfocitopenia (13.40 %).

Patrón N° VI: Autopercepción autoconcepto.

Paciente refiere me quiero ir, llévenme, inquieta.

Patrón N° VII: Descanso Sueño.

Paciente presenta problemas para conciliar sueño. Duerme aproximadamente 4 a 5 horas después se mantiene despierta en la noche.

Patrón N° VIII: Tolerancia a la situación y al estrés.

Paciente presenta ansiedad y expresa sentimiento de negación.

Patrón N° IX: Valores y creencias.

Familiar refiere que la paciente es católica.

Patrón N° X: Relaciones rol.

Paciente adulta mayor de 90 años: estado civil viuda vive con su nuera ya por su edad avanzada no se comunica mucho. No se relaciona con el entorno, solo con su nuera.

Patrón N° XI: Sexualidad reproducción.

No presenta ni secreciones ni laceraciones.

Diagnósticos de enfermería priorizados

Primer diagnóstico:

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de vías aéreas

Características definitorias: mucosidad excesiva roncantes, regular cantidad de secreciones densas blanquecinas, FR: 27 x' con taquipnea.

Factor relacionado: Mucosidad excesiva.

Enunciado diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con mucosidad excesiva, evidenciado por roncos, regular cantidad de secreciones densas blanquecinas.

F.R.27x", con taquipnea.

Segundo: diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la ventilación espontánea

Características definitorias: taquipnea, saturando 88%, utilizando los músculos accesorios, gases arteriales. PH.7.51, PO₂. 120 mm Hg, PCO₂. 48mm.Hg

Factor relacionado/ fatiga de los músculos de la respiración.

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con la fatiga de los músculos de la respiración, evidenciado por taquipnea, saturando 88%, utilizando los músculos accesorios, gases arteriales. PH.7.51, PO₂. 120mm.Hg, PCO₂. 48 mm Hg.

Tercer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Capacidad adaptativa intracraneal disminuida.

Características definitorias: aumento desproporcionado de la presión intracraneal. (PIC): confusa, escala Glasgow de 8 puntos. Dificultad para comunicarse, pupilas isocóricas foto reactivas 2 mm (puntiformes).

Condición asociada: con lesión cerebral.

Enunciado diagnóstico: Capacidad adaptativa intracraneal disminuida asociado a lesión cerebral, evidenciado por aumento desproporcionado de la presión intracraneal. (PIC). confusa, escala Glasgow de 8 puntos, dificultad para comunicarse, pupilas isocóricas foto reactivas 2 mm (puntiforme).

Planificación.

Primer diagnóstico.

(00031) Limpieza ineficaz de las vías aérea relacionada con mucosidad excesiva, evidenciado por roncales, regular cantidad de secreciones densas blanquecinas.

Resultados esperados.

NOC: (0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias

Indicadores:

41007 Ruidos respiratorio patológico

41012 Capacidad de eliminar secreciones

41019 Tos.

Intervención de enfermería.

NIC (3140) Manejo de la vía aérea.

Actividades:

31401 colocar al paciente en una posición para potencializar la ventilación: semifowler.

31402 Auscultar los sonidos respiratorios observando las áreas de disminución o ausencia de la ventilación.

31403 realizar la aspiración endotraqueal

31404 realizar la fisioterapia torácica si está indicado.

31405 realizar la aspiración según corresponde.

31406 eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión.

Segundo Diagnóstico.

(00033) Deterioro de la ventilación espontanea relacionado con la fatiga de los músculos de la respiración, evidenciado por taquipnea, saturando 88%, utilizando los músculos de accesorios, gases arteriales. PH.7.51, PO₂. 120mm.Hg, PCO₂. 48 mm Hg.

Resultados esperados.

NOC: (0415) Estado respiratorio.

Indicadores:

41501 frecuencia respiratoria

41502 ritmo respiratorio

41508 saturación de oxígeno

41510 uso de músculos accesorios.

Intervención de enfermería.

NIC: (3320) Oxigenoterapia.

Actividades:

33201 preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un dispositivo calefactado y humificado.

33202 administrar oxígeno suplementario a través de sistema venturi

NIC: (3350) Monitorización respiratoria.

Actividades:

33501 vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.

33502 monitorizar los niveles de saturación de oxígeno

33503 monitorizar los patrones de respiración bradipnea, taquipnea, hiperventilación.

33504 evaluar los movimientos torácicos. Observando la simetría utilizando los músculos accesorios.

Tercer diagnóstico

(00049) Capacidad adaptativa intracraneal disminuida asociado a lesión cerebral evidenciado por aumento desproporcionado de la presión intracraneal (PIC), confusa, escala Glasgow de 8 puntos, dificultad para comunicarse, pupilas isocóricas foto reactivas 2 mm (puntiforme).

NOC: (0909) Estado neurológico.

Indicadores:

90901 conciencia

90902 control motor central

90906 presión intracraneal

90908 tamaño pupilar

90924 capacidad cognitiva

Intervenciones de enfermería.

NIC:(2620) Mmonitorización neurológica.

Actividades:

26201 vigilar el nivel de conciencia.

26202 vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow

26203 vigilar el tamaño, forma, simetría y reactividad de las pupilas

26204 monitorizar los signos vitales.

26205 observar si el paciente refiere cefalea

Evaluación

Primer diagnóstico

Puntuación Basal: 2

Puntuación de Cambio: + 2

Segundo diagnóstico.

Puntuación basal: 2

Puntuación de Cambio: +2

Tercer diagnóstico.

Puntuación basal: 2

Puntuación de Cambio: +2

Resultados

En el presente estudio se identificaron 7 diagnósticos de enfermería. El resultado de las intervenciones administradas son tres diagnósticos priorizados, de las cuales se obtuvo una puntuación de cambio +2, +2, +2 lográndose alcanzar los objetivos propuestos.

Discusión

Limpieza ineficaz de las vías respiratorias

Según NANDA (2020) sustenta que la limpieza ineficaz de vías aéreas es definida como la incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

La dificultad para eliminar las secreciones puede deberse a su consistencia o la cantidad o en los casos de aquellos pacientes que tienen incapacidad para toser. El signo más común de retención de secreciones es la presencia de ruidos agregados en

los pulmones, del paciente especialmente roncantes en la región hiliar (Romero Rivas et al., 2017).

Los indicadores que presentan los pacientes con limpieza ineficaz de vías aéreas son: no poder toser y expectorar de forma eficaz por sí solo, así como también, presentar aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca e hipotensión arterial, la saturación de oxígeno disminuye el paciente está intranquilo, mostrando ansiedad y a la auscultación se capta la presencia de ruidos estertores y sibilancias respiratorias (Pomacosi Ramos, 2020).

Las características definitorias de la etiqueta diagnóstica fueron: roncantes, secreciones densas blanquecina FR 27 x', taquipnea. Que puede estar relacionado con una lesión a nivel cerebral que comprime los centros de la respiración. Además, según NANDA (2018-2020) el diagnóstico Limpieza Ineficaz de las vías Aéreas está relacionado con acúmulo de secreciones del árbol bronquial. Según. Fernández et al. (2018) esto ocasiona una ineficiencia, que produce disminución de la fuerza muscular, y alteraciones, como secreciones bronquiales y problemas respiratorios produciendo una atelectasia. Cortes et al. (2021) dice que la Mucosidad excesiva de las vías respiratorias contribuyen al deterioro del aclaramiento mucociliar, promueve la mucoestasis y, potencialmente, obstrucción de la vía aérea; esta acumulación continua de moco compromete el trabajo respiratorio

Para lograr que el paciente mejore la permeabilidad de las vías aéreas se consideró la intervención Manejo de la vía aérea y se ejecutaron las siguientes actividades.

Inicialmente, al paciente se coloca en posición elevando la cabecera a 30°, para potencializar la ventilación: Esta posición favorece el descenso del diafragma permitiendo la máxima inspiración, para lograr la mejoría de la ventilación (Urden et al., 2020). Seguidamente se auscultan, sonidos respiratorios observando las áreas de disminución o ausencia de la ventilación. se ausculta para detectar ruidos aéreos alterados, los mismos que pueden ser: roncus, estertores, sibilancias y poder actuar acertadamente (Urden et al., 2020).

Se realiza la aspiración endotraqueal evaluando la presencia de secreciones roncantes a la vez audible. La presencia de mucosidad, esputo, sangre o gorgoteo, indica retención de secreciones, desaturación, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento del trabajo respiratorio (Pomacosi Ramos, 2020).

Se ejecuta la fisioterapia respiratoria para ayudar a movilizar y eliminar las secreciones así mismo para mejorar la ventilación y la capacidad funcional pulmonar El objetivo es determinar la eficacia de las diferentes técnicas de fisioterapia respiratoria. (Ibarra et al, 2017)

Finalmente, se fomenta la tos en el paciente. La tos es un mecanismo protector de la vía aérea, cuya finalidad es limpiar el árbol traqueo-bronquial de las partículas extrañas, y facilitar la eliminación de las secreciones como consecuencia la expulsión. (Urden et al.,2020).

Deterioro de la ventilación espontanea

Según NANDA (2020) sustenta que las reservas de energía disminución provoca la incapacidad para mantener la respiración

Según Hein Seganfredo et al. (2017) el deterioro de la ventilación espontánea es inspiración y/o espiración que no proporciona buena oxigenación. Por otro lado, se da cuando las reservas de energía están disminuidas, resultando incapacidad para mantener la respiración independiente y adecuada para sustentación

También, Chaparro Preciado y Giraldo Giraldo (2011) refieren que se deben mantener la concentración de la gasometría arterial: oxígeno O₂ y dióxido de carbono CO₂ en unos rangos que garanticen el estado homeostático del cuerpo humano.

Gutiérrez, (2010) menciona que en la insuficiencia respiratoria es necesario medir los gases arteriales para documentar, especificar y cuantificar esta disfunción, ya que, en una gasometría arterial, la presión parcial de oxígeno (PaO₂) brinda información sobre la oxigenación arterial y tisular.

Según NANDA (2018-2020) las características definitorias para estos diagnósticos son: taquipnea, saturando 88%, utilización de los músculos de accesorios, gasometría arterial. PH.7.51, PO₂: :120 mm Hg, PCO₂:48 mm Hg. Los factores relacionados fueron: fatiga de los músculos de la respiración. Las manifestaciones de los musculos respiratorios según Rezende do Prado et al. (2019) es la disminución de fuerza de los músculos respiratorios accesorios y tiene dificultad vascular. En el sistema muscular, la disminución de la fuerza y de la flexibilidad muscular, resultado fatiga.

Para ayudar a la paciente a mejorar la ventilación perfusión se consideraron las intervenciones de oxigenoterapia y monitorización respiratoria y se ejecutaron las siguientes actividades:

Se Prepara el equipo de oxígeno a administrar a través de un dispositivo calefactado y humidificado se administra oxígeno suplementario a través de sistema Venturi. Se logra a través de humidificación y calentamiento de mezcla de oxígeno y aire. Son flujos elevados hasta (50/1/mim) que permite la buena tolerancia por parte del paciente. Que aporta un fio₂ que puede ir desde el 21% hasta el 100% según la necesidad y su mecanismo de acción a la vez en la que se requiere el soporte respiratorio. El oxígeno se distribuye a todo el organismo y equilibra la presión, utiliza los diafragmas para equilibrar las presiones de aire y O₂. es mayor, el diafragma se mueve hacia la presión de O₂ más baja (Pírez et al., (2020).

Es importante vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. El aumento en la frecuencia y profundidad respiratoria puede ocurrir como un mecanismo compensatorio del organismo, que intenta aumentar el flujo de aire en el sistema respiratorio para combatir los elevados niveles de dióxido de carbono y de iones hidrógenos en la sangre (Pascoal Maia et al., 2015).

Se monitoriza los niveles de saturación de oxígeno continuamente. Monitorización continua de la saturación percutánea de oxígeno (SatO₂), cuya utilidad radica en la detección precoz de hipoxemia (Donoso et al., 2016).

Monitorizar los patrones de respiración bradipnea, taquipnea, hiperventilación. Así mismo Donoso et al. (2016) sostiene que la monitorización respiratoria representa nivel dióxido de carbono (CO₂) un relevante rol en el cuidado del paciente con problema respiratoria aguda, por tanto, su apropiado uso y correcta interpretación (reconociendo qué señales y variables deben ser priorizadas) deberían ayudar a un

mejor entendimiento de la fisiopatología de la enfermedad y de los efectos de las intervenciones terapéuticas.

Evaluar los movimientos torácicos, Segafredo et al. (2017) menciona que el empleo de la musculatura accesoria para respirar, facilita el trabajo respiratorio ventilatorio trabajo que realiza llevando CO₂ o gases sanguíneos arteriales alterados y alteraciones en el volumen corriente.

Capacidad adaptativa intracraneal disminuida.

La hipertensión intracraneana es un incremento de la presión intracraneal que no atribuye a las masas cerebrales (Rodríguez Pupo et al., 2015).

NANDA internacional (2018-2020) menciona que es el comportamiento de los mecanismos dinámicos de líquido intracraneal que normalmente compensan el incremento del volumen intracraneal. Resultados en repetidos aumentos desproporcionados de la presión intracraneal (PIC) en respuesta a una variedad de estímulos nocivos o no.

La hipertensión intracraneal según Alvares Casaño et al. (2019) es una serie de signos y síntomas producidos por una manifestación, papiledema y afeción Visual. Asimismo, Acosta Egea et al. (2020) la presión intracraneana que ejerce dentro de la bóveda craneal los valores en adultos que oscilan entre 5-15 mm Hg.

En el caso clínico las características definitorias identificadas en la paciente fueron aumento desproporcionado de la presión intracraneal. (PIC). confusión, Escala Glasgow de 8. puntos, dificultad para comunicarse, pupilas isocóricas foto reactivas 2 mm (puntiforme). en cuanto al factor relacionado fue la lesión cerebral.

Se consideró el NIC monitorización neurológica y mejora de la perfusión cerebral, ejecutándose las siguientes actividades:

Inicialmente se vigila el nivel de conciencia, y de orientación a través de la Escala de Coma de Glasgow. Según Muñana y Ramírez (2014) menciona evaluar las alteraciones. Como estado de conciencia orientación coma, la evaluación clínica de las personas se basa en la observación y las inferencias sobre el estado subyacente, evaluada en las primeras 24 horas.

Vigilar el tamaño, forma, simetría y reactividad de las pupilas. Se La realiza una exploración observando el tamaño de la pupila depende de la inervación y la asimetría pupilar a la luz detectar cualquier signo de deterioro sobre el par craneal motor ocular común III que parte del tronco cerebral del estado neurológico y complicaciones. (Bueno Aranda & Fleta Gálvez, 2019).

Monitorizar los signos vitales. Para detectar la Triada de Cushing que está relacionado con la hipertensión arterial sistémica, bradicardia y depresión respiratoria permite detectar posibles complicaciones en el paciente neurológico (Rodríguez Pupo et al., 2015).

Se observa si el paciente refiere cefalea. Dolor de cabeza de inicio brusco. La cefalea viene a ser el escape de ciertas cantidades de exudado hemático desde el aneurisma hacia el espacio subaracnoideo, irritando de esta manera las meninges evidenciada por cefaleas (Urden et al., 2020).

Conclusiones

Se concluye que de acuerdo a los problemas identificados en el paciente se gestionó el proceso del cuidado de enfermería en sus cinco etapas, el objetivo es

brindar un cuidado de calidad del paciente adulto y adulto mayor logrando satisfacer las necesidades básicas con el cuidado integral.

Se brindó cuidados de las necesidades básica e integral al paciente adulto en todas las fases de atención de enfermería. Como cuidados individualizados, humanísticos, eficiente y tratando a la persona como un ser holístico que necesita atención de enfermería enfocándonos en un cuidado seguro y eficaz para alcanzar el bienestar y mejorar su estado físico y emocional a la valoración del paciente.

Bibliografía

- Acevedo Gamboa, F. E., Díaz Álvarez, J. C., & Ortiz Suarez, C. (2013). Propuesta de cuidado de enfermería al paciente Propuesta de cuidado de enfermería al paciente. *Propuesta de cuidado de enfermería al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica según la taxonomía nanda, nic, noc, 2*, 118. Recuperado el 15 de 08 de 2021
- Acosta Egea, s. A. (10 de 05 de 2020). Abordaje inicial de la hipertensión intracraneal en adultos. *Médica Sinergia*, 5(9). Recuperado el 26 de 08 de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms209g.pdf>
- alvares casaño, m. m. (13 de 02 de 2019). hipertension intracraneal idiopatica casuistica. *atencio primaria*, 15-20. Recuperado el 26 de 08 de 2021, de <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v21n81/1139-7632-pap-21-81-15.pdf>
- Arias Mendoza, H. B. (2020). Estudiantes programa de enfermería Universidad Cooperativa de Colombia campus Santa. *enrmería a pacientes con enfermedades respiratorias en una unidad de cuidados intensivos*. Recuperado el 30 de 06 de 2021, de 2020_cuidado_enfermeria_respiratorias.pdf
- Arjona Villanueva, D. D. (2010). Hipertensión intracraneal. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP*, 245-256. Recuperado el 26 de 08 de 2021, de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/33-htic.pdf>
- Armengol & Oramas, Y. A. (09 de 12 de 2018). Degeneración esferoidea. *Rev Méd Electrón*, 41(2), 543-553. Recuperado el 08 de 09 de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000200546

- Berenguer Guarnaluses, L. J., & Pérez Ramos, A. (mayo de 2016). Factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares durante un bienio. *Medisan*, 20(5), 621-629. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000500005#:~:text=Las%20condiciones%20predisponentes%20que%20predominaron,riesgo%20la%20vida%20del%20afectado.
- Cardona Duque , E. (2000). Manejo de líquidos en el paciente quirúrgico. *IATREIA*, 221-229.
- Castro Ambar, J. R., & Remigio, B. (2018). relacion del cuidado enfermero y la prevencion de complicaciones en pacientes con distres respiratorio agudo. *universidad peruana cayetano heredia*. Recuperado el 30 de 06 de 2021, de <https://hdl.handle.net/20.500.12866/6595>
- Catalina Pérez, G. P. (01 de diciembre de 2020). Oxigenoterapia. *archivos de pediatria en uruguay*, 91, 2. doi:<http://dx.doi.org/10.31134/ap.91.s1.1>
- Chaparro Preciado, J. A., & Giraldo Giraldo, B. (29 de 06 de 2011). Análisis y clasificación del patrón respiratorio. *Revista Ingeniería Biomédica*, 5(9), 44. Recuperado el 25 de 08 de 2021, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rinbi/v5n9/v5n9a07.pdf>
- Cortes Telles, a.-M. J.-F. (09 de 2019). Neumología y Cirugía de Tórax. *Estrategias actuales en el manejo de las*, 78(3), 314. Recuperado el 20 de 08 de 2021, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/nct/v78n3/0028-3746-nct-78-03-313.pdf>
- Cortes-Telles.Arturo., C.-M. L.-F. (10 de 09 de 2019). Estrategias actuales en el manejo de las. *Neumología y Cirugía de Tóra*, 78(3). Recuperado el 15 de 08 de 2021, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/nct/v78n3/0028-3746-nct-78-03-313.pdf>

- Del Blanco Muñiz, . Z. (30 de 10 de 2018). Cefalea tensional. *revisiones*, 41(3), 371-380. Recuperado el 07 de 10 de 2021, de <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v41n3/1137-6627-asisna-41-03-371.pdf>
- Díaz Ávila., I.-R. (10 de 22 de 2019). Guía para un Plan de egreso en personas con secuelas por Enfermedad Vascul ar Cerebral. *enfermera universitaria*, 16, 454. Recuperado el 30 de 06 de 2021, de 2395-8421-eu-16-04-452.pdf
- Donoso, A. A. (02 de 02 de 2016). Monitorización respiratoria del paciente pediátrico, en la Unidad de Cuidados Intensivos. *boletín médico del hospital infantil de México*, 73(3). Recuperado el 15 de 08 de 2021, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v73n3/1665-1146-bmim-73-03-00149.pdf>
- F JARA, A. L. (28 de 09 de 2016). APLICACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA POR ESTUDIANTES. *ENFERMERIA UNIVERSITARIA*, 13, 210. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-7063201600040020
- Fernández, A., Vizcaíno, A., Rodríguez, I., Carretero, P., Garrigosa, L., & Cruz, M. (2010). Hemorragia durante la cesárea: Factores de Riesgo. *Clínica e investigación en Ginecología y obstetricia*, 89-132. doi:10.1016/j.gine.2009.06.002
- Fernández-Carmona, A.-P.-O. P.-M. (02 de 2018). Tos ineficaz y técnicas mecánicas de aclaramiento mucociliar. *MEDICINA INTENSIVA*, 42(1), 50-59. doi:DOI: 10.1016/j.medin.2017.05.00
- francisco jara., a. l. (28 de 09 de 2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *enfermería*

universitaria, 210. Obtenido de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-

7063201600040020

García alfonzo, C. r. (25 de 2 de 2019). Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo. *universidad medica*, 3. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v60n3/0041-9095-unmed-60-03-00041.pdf>

García, C., Flores, M. d., Gómez, V., Gordillo, A., & García, C. (2014). Proceso de Enfermería en pacientes de postcesárea: Un reto para el sector salud Mexiquense. *Revista Horizonte*, 29-36.

German malaga, T. d. (21 de 2 de 2018). enfermedad cerebro vascular en el peru. *acta medica peruana*, 51,52,53,54,. Recuperado el 10 de 6 de 2021, de

<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v35n1/a08v35n1.pdf>

german malaga, t. d. (2018). la enfermedad cerebrovascular en el peru. *acta medica del peru*, 4, 52. Recuperado el 15 de 6 de 2021, de

<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v35n1/a08v35n1.pdf>

german malaga.tania de la cruz, p. b. (2018). la enfermedad cerebro vascular en el peru. *Acta medica peruana*, 4, 52. Recuperado el 15 de 6 de 2021, de

<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v35n1/a08v35n1.pdf>

German, t. (21 de 2 de 2018). la enfermedad cerebro vascular en el peru. *acta medica peruana*(4), 51,52,53,54. Recuperado el 6 de 6 de 2021, de

<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v35n1/a08v35n1.pdf>

Giraldo, C. P. (29 de 06 de 2011). Análisis y clasificación del patrón respiratorio.

Revista Ingeniería Biomédica, 5(9), 44. Recuperado el 25 de 08 de 2021, de

<http://www.scielo.org.co/pdf/rinbi/v5n9/v5n9a07.pdf>

González-Villavelázquez, G.-G. (06 de 2013). Traumatismo craneoencefálico.

ANESTESIOLOGÍA EN NEUROCIRUGÍA, 36(1), 186-193. Recuperado el 27 de

06 de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131as.pdf>

Gutiérrez Muñoz, F. R. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. 289. Recuperado el 25

de 08 de 2021, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>

Hein Seganfredo, D. B. (27 de 08 de 2017). Análisis del patrón respiratorio ineficaz y de

ventilación espontánea. *Latino-Am. Enfermagem*. doi:DOI: 10.1590/1518-

8345.1950.2954

Hein Seganfredo, D. B. (08 de 27 de 2017). latino americana de enfermagem. *Análisis*

del patrón respiratorio ineficaz y de ventilación espontánea, 3. doi:DOI:

10.1590/1518-8345.1950.2954

Hernández López.Guillermo David., Z. G.-R. (2015). Síndrome de insuficiencia

respiratoria aguda. *cuidados intensivos*, 82(1), 31_42. Recuperado el 26 de 08

de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2015/ju151f.pdf>

Hernández-González, & R. (19 de 12 de 2016). Monitorización de la perfusión tisular

en el paciente. *Médico especialista en Medicina Crítica. Centro Médico*, 42-47.

Recuperado el 7 de 10 de 2021, de

http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v19n2/v19n2_a08.pdf

- Ige Afuso, m. &. (10 de 2010). Manteniendo la permeabilidad de la vía aérea. *Acta Medica Peruana*, 27(04), 272. Recuperado el 30 de 06 de 2021, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a11v27n4.pdf>
- Ige Afuso, m., & Chumacero Ortiz, J. (27 de 04 de 2010). Manteniendo la permeabilidad de la vía aérea. *acta medica peruana*, 4, 270-280. Recuperado el 06 de 09 de 2021, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a11v27n4.pdf>
- Jara Sanabria, L. P. (28 de 09 de 2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería Universitaria*, 210.
- Jara-Sanabria, F. &. (28 de 09 de 2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *enfermería universitaria*, 13(04), 210. Recuperado el 30 de 06 de 2021, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n4/2395-8421-eu-13-04-00208.pdf>
- Jorge Rodríguez B, M. R. (2017). OXIGENOTERAPIA EN PEDIATRIA. *Revista Pediatría Electrónica*, 14(1). Recuperado el 18 de 09 de 2021, de <https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2017/vol14num1/pdf/OXIGENOTERAPIA.pdf>
- Jorge Rodríguez B, M. R. (2027). OXIGENOTERAPIA EN PEDIATRIA. *Revista Pediatría Electrónica*, 14(1). Recuperado el 14 de 09 de 2021, de <https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2017/vol14num1/pdf/OXIGENOTERAPIA.pdf>
- k, c. m. (2 de 10 de 2016). exploracion neurologica basica. *regreso por las sendas ya visitadas*, 59(5), 42-52. Recuperado el 2 de 10 de 2021

- K, C. M.-M. (2 de 10 de 2016). Exploración neurológica básica. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* , 59(5), 42-56. Recuperado el 8 de 10 de 2021, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v59n5/2448-4865-facmed-59-05-42.pdf>
- Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 159-167.
- Lema-Zuluaga, G. L.-L.-V.-T. (23 de 4 de 2018). Protocolo de succión endotraqueal según necesidad versus succión endotraqueal de rutina en. *colombia medica*, 49(2), 152. doi: DOI: 10.25100/cm.v49i2.2273
- Martín Alvarado, M. L. (04 de 03 de 2015). Pronóstico al año tras sufrir el debut de enfermedad cerebrovascular. *revista peruana de medicina experimental y salud publica*, 32. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n1/a15v32n1.pdf>
- Muñana-& Ramírez, ,. (s.f.). mexico. *Escala de coma de Glasgow*.
- Natalia Carvalho Borges 1. (s.f.).
- Osorio Bedoya&, A. p. (17 de 04 de 2018). Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada. *Cardiología*, 25(3), 210-221. Recuperado el 07 de 10 de 2021
- Ovalle Lázaro, Martha Patricia.; Herrera Gómez, Pedro José. (2018). Caracterización del dolor agudo postoperatorio en pacientes llevadas a cesárea más ligadura tubárica, cesárea o ligadura tubárica bajo anestesia regional.
- CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN PACIENTES*. Bogotá, Colombia. Obtenido de bdigital.unal.edu.co/62085/1/1091533505.2018.pdf
- P., S., Fernando., & Díaz P., O. (2012). Eficacia y seguridad de la fisioterapia respiratoria. *ACTUALIZACIONES*, 189-195.

Pascoal Maia, L., De Oliveira Lopes, M. V., Resende Chaves, D. B., Amorim Beltrão, B., Martins da Silva, V., & Magalhães Monteiro, F. P. (03 de 07 de 2015).

Deterioro del intercambio gaseoso: precisión de las características definitorias en niños con infección respiratoria. *Latino Americano de Enfermagen*. Recuperado el 15 de 08 de 2021, de

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/xFp6hb39cJXmsmg7gDz8B4b/?lang=es>

pereira Rodríguez.Javier Eliecer., W.-S. S.-G. (2020). fISIOTERAPIA Y SU RETO

FRENTE AL COVID-19. *Grupo de investigación Aletheia*, 6. Recuperado el 30 de 06 de 2021, de [file:///C:/Users/felic/Downloads/169%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/felic/Downloads/169%20(4).pdf)

Pérez Nogueira, f. L. (4 de 2016). Manejo quirúrgico de la hemorragia

intraparenquimatosa primaria supratentorial. *Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v20n2/rpr19216.pdf>

Pigretti G., S., Matías G., A., Mamani E., C., Alonzo, C., Aguilar, M., & Álvarez, H. J.

(2019). Consenso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo. *Servicio de neurología medicina (Buenos Aires)*, 79. Obtenido de

<http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/31116699.pdf>

Ramírez, M. &. (04 de 12 de 2014). Escala de coma de Glasgow. *enfermeria*

universitaria, 24_32. doi:www.elsevier.es/

Reye, H.-G. (9 de 12 de 2016). Monitorización de la perfusión tisular en el paciente.

revision, 42-46. doi:Rev Cient Cienc Med

Reze Rezende do Prado, p. ,. (29 de 01 de 2019). Factores predictores del diagnóstico

de enfermería padrón respiratorio. *latino americana enfermagen*, 6. doi:DOI:

10.1590/1518-8345.2902.3153

Rezende do Prado, p. C. (17 de 1 de 2019). Factores predictores del diagnóstico de enfermería padrón respiratorio. *latino americana de enfermagen*, 8. doi:DOI: 10.1590/1518-8345.2902.3153

Rezende do Prado, p. C. (17 de 2 de 2019). Factores predictores del diagnóstico de enfermería padrón respiratorio ineficaz en pacientes de una unidad de terapia intensiva*. *latino americana de enfermagen*. Recuperado el 26 de 08 de 2021, de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/qC6pNNVHhD7tdtS5sXVHvnk/?lang=es>

Rodríguez Pupo, J. M. (01 de 06 de 2015). Hipertensión intracraneal idiopática: principales aspectos. *correo científico medico*, 19(02). Recuperado el 26 de 08 de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000200010

Rodríguez-Boto, G.-G. G.-G.-R. (01 de 02 de 2015). onceptos básicos sobre la fisiopatología cerebral y la monitorización de la presión intracraneal. *ELSEVIR-neurologia*, 30(1), 16-22. doi:DOI: 10.1016

Rorarius, M. (1993). Diclofenac and ketoprofen for pain treatment after elective caesarean section. *British Journal of Anaesthesia*, 293-297.

Rosales Barrera, S. (2004). *Fundamento de Enfermería 3º Edición*. México, México : El Manual Moderno.

Sacre-Hazouri, J. A. (15 de 01 de 2019). Alergia mexico. *Tos crónica. Síndrome de hipersensibilidad del refl ojo*, 66(02). doi:DOI: 10.29262

Sacre-Hazouri, j. a. (15 de 01 de 2019). Alergica mexico. *Tos crónica. Síndrome de hipersensibilidad del refl ojo*, 66(2). doi:DOI: 10.29262

Salazar Borbón, J. D. (01 de 11 de 2019). Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo.

Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD, 01, 56-61. Recuperado el 30 de 06 de 2021

Salazar Cáceres, R. R. (2016). Hipertensión en el adulto mayor. *TEMA DE REVISIÓN /*

REVIEW. Recuperado el 30 de 06 de 2021, de

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>

Saldías P., F., & Díaz P., O. (09 de 2012). Eficacia y seguridad de la fisioterapia

respiratoria en pacientes adultos con neumonía. *revista chilena de*

enfermedades respiratorias, 28(3), 186-196. Recuperado el 06 de 09 de 2021,

de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482012000300004>

Silvera Alvez, M. S. (01 de 06 de 2015). CUIDADOS ENFERMEROS DEL PACIENTE

NEUROCRÍTICO CON MONITOREO. *Enfermería: Cuidados Humanizados*,,

04(01). Recuperado el 26 de 08 de 2021, de [file:///C:/Users/felic/Downloads/529-](file:///C:/Users/felic/Downloads/529-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2083-1-10-20151023.pdf)

[Texto%20del%20art%C3%ADculo-2083-1-10-20151023.pdf](file:///C:/Users/felic/Downloads/529-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2083-1-10-20151023.pdf)

Suarez Quesada, A., Alvares Aliaga, A., & Quesada Vasquez, A. (08 de 2018). Factor

de riesgo para la neumonia asociada al ictus isquemico agudo. *medisur*, 16(4).

Recuperado el 01 de 07 de 2021, de

<http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v16n4/ms09416.pdf>

VILLANUEVA BENITES, M. E.-R.-Á.-S.-E. (2019). Diagnósticos de enfermería en

paciente politraumatizado. *salud uninorte*, 35. Recuperado el 14 de 08 de 2021,

de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/817/81763959008/81763959008.pdf>

VILLANUEVA-BENITES, M. E.-R.-R.-Á. (21 de 07 de 2019). Diagnósticos de enfermería en pacientes. *Salud Uninorte*, 35(3). Obtenido de

<https://www.redalyc.org/journal/817/81763959008/81763959008.pdf>

Villegas González, J. A., & Villegas González ., V. (2 de 12 de 2012). Semiología de los signos vitales. *archivos de medicina*, 12(2), 223. Recuperado el 7 de 09 de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390009.pdf>.

<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v39n3/rme110317.pdf> fisioterapia respiratoria 2017

José Ibarra cornejo

Apéndice

A: Planes de cuidado

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCION			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionados con mucosidad excesiva evidenciado por roncales, secreciones densas y blanquecinas, FR: 27 x', taquipnea. NANDA (código: 00031)	Resultado: Estado respiratorio. Permeabilidad de las vías respiratorias (cod.0410)	2	Mantener en:	Intervención: manejo de la vía aérea (3140)				4	+2
			Aumentar a: 3	Actividades					
	Escala: gravemente comprometido (1) a no comprometido (5)			31401 colocar al paciente en una posición para potencializar la ventilación: semifowler.	→	→			
	Indicadores			31402 auscultar los sonidos respiratorios observando las áreas de disminución o ausencia de la ventilación.	→	→			
	41004 frecuencia respiratoria	2		31403 realizar la aspiración endotraqueal	→	→		4	
	41007 ruidos respiratorio patológico	2		31404 realizar la fisioterapia torácica si está indicado.	→	→		4	
	41012 capacidad de eliminar secreciones	2		31405 realizar la aspiración según corresponde.	→	→		3	
41019 tos	2		31406 eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión.	→	→		4		

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCION			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Deterioro de la ventilación espontanea R/C Fatiga de los músculos de la respiración evidenciado: Taquipnea, Saturacion 88%, uso creciente de los músculos accesorios, Gases arteriales pH: 7.51, Po2.120 mm Hg, PCO2: 48 mm Hg, NANDA. (código 00033)	Resultado: Estado respiratorio Cod. (0402)	2	Mantener en:	Intervención: NIC:(3320) oxigenoterapia				4	+2
			Aumentar a: 3	Actividades					
	Escala: gravemente comprometido (1) a no comprometido (5)			33201 preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un dispositivo calefactado y humidificado.	→	→			
	Indicadores			33202 administrar oxígeno suplementario a través de sistema Venturi	→	→		4	
	41501 frecuencia respiratorio.	2		NIC. (3350) Monitorización respiratoria				3	
	41502 ritmo respiratorio	2		Indicadores:				4	
	41508 saturación de oxígeno	2		33501 vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.	→	→		4	
	41510 uso de músculos accesorios.	2		33502 monitorizar los niveles de saturación de oxígeno	→	→		4	
				33503 monitorizar los patrones de respiración bradipnea, taquipnea, hiperventilación.	→	→			
			33504 evaluar los movimientos torácicos. Observando la simetría utilizando los músculos accesorios.	→	→				

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCION			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Capacidad adaptativa intracraneal disminuida asociado a lesión cerebral evidenciado por el aumento desproporcionado de la presión intracraneal (pic), confusa escala de coma Glasgow 8 puntos, dificultad para comunicarse, pupilas isocóricas foto reactivas 2mm (puntiforme) NANDA 371 (Código 00049)	Resultado: estado :(0909) Estado neurológico	2	Mantener en:	(2620) Monitorización neurológica				4	+2
			Aumentar a: 3	Actividades					
	Escala: gravemente comprometido (1) a no comprometido (5)			26201 vigilar el nivel de conciencia.	→	→			
	Indicadores			26202 vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow	→	→			
	90901 conciencia	2		26203 vigilar el tamaño, forma, simetría y reactividad de las pupilas	→	→			
	90902 control motor central	2		26204 monitorizar los signos vitales.	→	→		4	
	90906 presión intracraneal	2		26205 observar si el paciente refiere cefalea	→	→		3	
	90908 tamaño pupilar	2						4	
	90924 capacidad cognitiva	2						4	



Apéndice B: Guía de Valoración de enfermería UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

DATOS GENERALES

Nombre del usuario: agustina carhualla de Velasco ...F. de nacimiento: 20/8/1929 edad: 90 años...sexo: F (x) M () fecha de ingreso al servicio: 7/3/2029..... hora: 1pm... grado de dep. I II III IV H.CL.....0700577.....
Procedencia: () Emergencia (x) consultorio () otro: condición: particular () SIS (x) SOAT ()
Peso: 70 kg. Estatura: 1.60cm..... PA: 135/80mmhg... FC: 110xm... FR: 27xm T°: 37° PAM 98mmhg...Tel: 988096180
Grupo sanguíneo ...O+ .fuente de información: paciente () familiar (X) amigo () otros.....HIJA.....
Motivo de ingreso: CEFALEA, PRESION ARTERIAL NO CONTROLADA DX MEDICO:INFARTO CEREBRAL EVC, IRA, ATELECTASIA
Valoración subjetiva: ...AFASIA, HIPERTENSION, SOMNOLENCIA....

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

<p>I. PATRÓN PERCEPCIÓN CONTROL DE LA SALUD</p> <p>. Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas HTA (X) DM () gastritis () TBC () Asma () acv () Otros :</p> <p>Antecedentes familiares: Cáncer () HTA (X) DM () TBC () Asma ()</p> <p>Alergias y/o reacciones: Medicamentos () especifique / otros:</p> <p>Factores de riesgo: tabaco () alcohol () drogas () Automedicación () especifique.....</p> <p>. Factores de riesgos: tabaco () alcohol () drogas () Automedicación () especifique.....</p> <p>Estilos de vida: deporte () consume agua () frutas () verduras ()</p> <p>Estado de higiene corporal: buenas () regular (X) mala ()</p> <p>¿Conoce sobre su enfermedad? si () no ()</p> <p>II. PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO</p> <p>Aparato respiratorio:</p> <p>Frecuencia respiratoria: <u>27</u>xm .rpm Aparato respiratorio: normal () disnea () polipnea () oxígeno (X) TET (X) V. MECÁNICA () otros:</p> <p>Simetría torácica: simétrico () asimétrico (X) Murmullo vesicular: ACP (X) HTI () HTD () Ruidos agregados: ninguno () roncantes (X) crepitantes () () sibilantes () estridor ()</p> <p>Usos de músculos respiratorios: ninguna () intercostales () subcostales () Ritmo: regular () irregular (X) Profundidad: normal () superficial () profunda () Drenaje torácico: si () no () oscila si () no ()</p> <p>Actividad circulatoria:</p> <p>Frecuencia cardíaca <u>110</u>xm.Por minuto Ritmo cardíaco regular () irregular (X) Pulso: normal () fuerte (X) débil () Llenado capilar: <2" () >2" (X)</p> <p>AUTOCUIDADO: Situación funcional: reposo absoluto (X) reposo relativo () se moviliza solo ()</p> <p>Función motora: conservada () alterada (X) ausente () Deambulación: independiente () asistida () imposibilitado () Aparatos de ayuda: si () no (X)</p>	<p>IV. PATRÓN DE ELIMINACIÓN</p> <p>. INTESTINALES Nº de deposiciones/día:normal () Estreñimiento (X) días: ...4.....incontinencia () diarrea () Características de las deposiciones:</p> <p>. VESICAL: micción espontánea (X) CUP () poliuria () oliguria () disuria () anuria () características de la orina.....</p> <p>Sonda Foley si () no (X) Fecha de inicio :F.de termino..... Excesiva sudoración: si () no () problema con el olor : si () no ()</p> <p>V :PATRÓN NUTRICIONAL Y METABÓLICO</p> <p>Piel: normal () hidratada () deshidratada (X) pálida () cianótica () Ictérica () fría () caliente () rubicunda () des pigmentada () Cabello: normal () rojizo () amarillo () ralo () quebradizo (X) alopecia () Mucosas: húmedas () secas (X) Lesiones dérmicas: si () no () Localización y observaciones: <u>MMSS BRAZOS CON EDEMA...</u> Peso: <u>70</u>kg... kg talla: <u>1.60</u>cm IMC: ...<u>0.21</u>cm.....</p> <p>ALIMENTACION Apetito normal () disminuido () inapetente () nauseas () vómitos () pirosis () disfagia () presenta nauseas si () no () cantidad..... frecuencia.....</p> <p>características Tipo de dieta completa ():D blanda () D. líquida (X) tolerancia oral () Dentadura completa (X), incompleta () prótesis () Dificultad para masticar si () , no () deglutir si () no () beber si () no ()</p> <p>NUTRICIÓN ARTIFICIAL: SNG (X) nutrición parenteral FECHA DE INICIO/COLOCACIÓN: <u>SNG...15/3/2020...</u> Abdomen blando depresible (X) distendido () timpánico () doloroso () Ruidos hidroaéreos: normales () aumentados (X) disminuidos () ausentes ()</p>
---	---

Movilidad de miembros: contracturas (X) flacidez () parálisis ()

Comentarios: **hemiplejía derecha**

ESCALA DE RIESGO DE CAIDA

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993)		
Riesgo de caída > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Normal	0
Deambulación	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

Riesgos bajo 0 a 2 puntos Riesgo medio de 3 a 4 puntos

riesgo alto de 5 a 9 puntos

III . PATRÓN PERCEPTIVO Y COGNITIVO

NIVEL DE CONCIENCIA:

orientado () alerta (X) despierto ()

Somnoliento () confuso (X) **irritable** ()

Estupor () **comatoso** ()

Comentarios:

Escala de glasgow

Orientado en tiempo () espacio () persona ()

Total, de puntaje de glasgow.....8

4 Espontánea	5 Orientado	6 Obedece órdenes
3 Al hablarle	4 Oraciones	5 Dolor localizado
2 Al dolor	3 Palabras	4 Flexión/retirada del dolor
1 No responde	2 Sonidos	3 Flexión anormal al dolor
	1 No responde	2 Extensión por dolor
		1 No responde

puntos.....

Alteraciones

Paresia: MSD () MSI () MID () MII ()

VI PATRÓN AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO

Estado emocional: tranquilo () triste () preocupado () ansioso (X) apático () irritable () negativo () indiferente () temeroso ()

tranquilo () agresivo ()

Preocupaciones principales-comentario.....

VII. PATRÓN DESCANSO Y SUEÑO

Sueño: conservado () insomnio (X) Hora de sueño: descansa por intervalos 4 a 5 veces despierta.

Interrupción de sueño (Nª de veces).....

Usa medicamentos para dormir: si () no (X)

Especificar.....

VIII. PATRÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS:

Expresa sentimiento y/o se observa signos de preocupación por su situación si () no () Ansiedad (X) temor ()

expresa sentimientos de: negación (X) ira () depresión () aceptación ()

IX PATRÓN VALORES Y CREENCIAS

religión: **católica** (X) adventista () evangélico () testigo de Jehová () . Otros.....

sus ideas o creencias influye en su alimentación: si () no ()

X. PATRÓN RELACIONES DE ROL

Estado civil: soltero () (X) casado (o) conviviente () conviviente () divorciado () viuda (X)

Vive solo (X) familia () otros ()

Nª de miembros de la familia: vive sola/ a una cuadra de su saca su nuera.....

Ocupación /profesión...**ama de casa**.....

Se relaciona con el entorno: si () **no** (X)

Situación laboral: estudiante () trabaja () desempleado () jubilado () ama de casa (X) invalidez

Plegia. MSD (**X**) MSI () MID () MII () otros: **hemipl.D...**

Tono: normal () Hipotónico () hipertónico ()
espástico ()

Dificultad para comunicarse: si (**X**) no ()

Comunicación: normal () afásico (**X**) disartria ()
verborreico ()

Pupilas: OD 1mm () 2 mm () 3 mm () 4mm ()

Pupilas: ID 1 mm () 2 mm (**X**) 3 mm () 4 mm ()

Isocóricas si () no () reactivas **si (X)** no ()
arreactivas si () no ()

Miosis () midriasis () anisocorias ()

Anopsia: OD () OI () Hemianopsia: OD () OI ()

Amaurosis : OD () OI ()

Ptosis palpebral: OD () OI () Hipoacusia: OD () OI ()

Acusia: OD () OI ()

P.A. 140/90 mmHg normotenso ()

hipotenso () **hipertenso (X)**

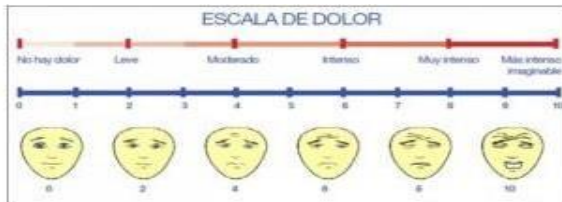
VIAS INVASIVAS CATETER PIC () **fecha inserción**

.....

VIA PERIFÉRICA () LOCALIZACIÓN:

FECHA DE INSERCIÓN: ...15/3/2020...:CVC () zona: INGUINAL

D.....



XI. PATRÓN SEXUALIDAD REPRODUCTIVA

Edad de la menarquia, (1era menstruación) .

Edad de la menopausia ...48 AÑOS

Nº de embarazos.....4.....

Nº de abortos.....NINGUNO.....

Métodos anticonceptivos:

No utiliza () utiliza (especificar):.....

Secreciones anormales en genitales: si () no (**X**)

Especifique: ...

Testículo no palpable: si () no () Fimosis si () no () .

Tratamiento médico ...INFARTO CEREBRAL,
HIPERTENSION ARTERIAL, NEUMONIA
EXTRAHOSPITALARIO

LIC.FELICITAS MARTINEZ OCHOA

Sello de la enfermera,

Apéndice C: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es "Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con: Infarto Cerebral Agudo de 1er evento, con Antecedentes de HTA, Neumonía Intrahospitalaria, del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el servicio de Neurovascular" El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales *A.C. de J.*

Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Felicitas Martínez Ochoa, bajo la asesoría de la Dra. María Teresa Cabanillas Chávez. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

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

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido:

Catalina Yanqui Jelaseo

DNI: *42325237* Fecha: *11/3/20*

Jelaseo

Firma

Apéndice D: Escalas de valoración

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993)		
Riesgo de caída > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

ESCALA DE GLASGOW DE NIVEL DE CONCIENCIA					
APERTURA OCULAR		RESPUESTA VERBAL		RESPUESTA MOTORA	
Espontánea	4	Orientado	5	Obedece órdenes	6
Orden verbal	3	Confuso	4	Localiza dolor	5
Estímulo doloroso	2	Palabras inapropiadas	3	Retirada al dolor	4
Ausente	1	Palabras incomprensibles	2	Flexión al dolor	3
		Ausente	1	Extensión al dolor	2
				Ausente	1
Puntuación máxima: 15			Puntuación mínima: 3		

Escala de dolor EVA

www.paraulcerasporpresion.com

