

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Cuidados de Enfermería en Paciente Adulto Mayor con Diagnóstico
de ACV isquémico del Servicio de Emergencias de un Hospital de
Lima, 2022**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el título de Segunda Especialidad Profesional de
Enfermería: Emergencias y Desastres

Por:

Rosa Martha Limaylla Carlos

Maria Isela Santa Cruz Lazo

Asesora:

Mg. Katherine Mescua Fasanando

Lima, 17 de mayo de 2024

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Katherine Mescua Fasanando, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIAGNÓSTICO DE ACV ISQUÉMICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL DE LIMA, 2022”** de las autoras Rosa Martha Limaylla Carlos y Maria Isela Santa Cruz Lazo tiene un índice de similitud de 20% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 17 días del mes de mayo del año 2024.



Mg. Katherine Mescua Fasanando

**Cuidados de Enfermería en Paciente Adulto Mayor con Diagnóstico
de ACV isquémico del Servicio de Emergencias de un Hospital de
Lima, 2022**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el título de Segunda Especialidad
Profesional de Enfermería: Emergencias y Desastres



Mg. Delia Luz Leon Castro
Dictaminador

Lima, 17 de mayo de 2024

Tabla de Contenido

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Metodología	5
Valoración	6
Planificación	9
Ejecución	11
Evaluación	13
Resultados	15
Discusión	16
Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas	16
Deterioro del Intercambio de los Gases	18
Riesgo de Perfusión Tisular Cerebral Ineficaz	21
Conclusiones	23
Referencias Bibliográficas	23
Apéndices	27

Cuidados de Enfermería en Paciente Adulto Mayor con Diagnóstico de ACV isquémico del Servicio de Emergencias de un Hospital de Lima, 2022

Rosa Martha Limaylla Carlos¹ y Maria Isela Santa Cruz Lazo² Mg. Delia Luz León Castro³

^{1 y 2}Autor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

³Asesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú

Resumen

El accidente cerebro vascular (ACV) es provocado por el taponamiento o la rotura de una arteria del cerebro. El objetivo fue gestionar el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas para brindar cuidados de calidad. El presente trabajo tiene un enfoque cualitativo, tipo de estudio caso clínico único, el método fue el proceso de atención de enfermería. El sujeto de estudio fue un adulto mayor con iniciales A.D.C.D. con diagnóstico médico accidente cerebrovascular. Para la valoración se utilizó como técnica la observación, examen físico y entrevista al familiar del paciente, como instrumento el marco de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, que fue revisado y adaptado por expertos en el área. En la etapa diagnóstica se realizó el análisis de los datos obtenidos y se enunciaron 5 diagnósticos de enfermería en base a la Taxonomía II de la NANDA I y se priorizaron tres: Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Deterioro del intercambio gaseoso y Riesgo de perfusión tisular cerebral, la planificación se elaboró en base a la Taxonomía NOC NIC, se ejecutaron todas las actividades y la evaluación se obtuvo a través de la diferencia de las puntuaciones finales de las basales. Resultados: Las puntuaciones de cambio fueron +2,+1 y 0. Conclusiones: Los cuidados de enfermería fueron relevantes para la mejoría.

Palabras claves: Accidente cerebrovascular, cuidados enfermeros, adulto mayor.

Abstract

A cerebrovascular accident (CVA) is caused by the blockage or rupture of an artery in the brain. The objective was to manage the nursing care process in its five stages to provide quality care. The present work has a qualitative approach, a single clinical case study type, the method was the nursing care process. The study subject was an older adult with initials A.D.C.D. with a medical diagnosis of cerebrovascular accident. For the assessment, observation and interview with the patient's family were used as a technique and the Marjory Gordon assessment framework by functional patterns was used as an instrument, which was reviewed and adapted by experts in the area. In the diagnostic stage, the analysis of the data obtained was carried out and 5 nursing diagnoses were stated based on the Taxonomy II of NANDA I, the planning was elaborated based on the NOC NIC Taxonomy, all the activities and the evaluation were carried out. it was obtained through the difference of the final scores from the baseline. Results: it is possible to manage the PAE in its five stages

Keywords: cerebrovascular accident, nursing care.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) las enfermedades cardiovasculares (ECV) principalmente la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular siguen siendo la causa principal de mortalidad, carga de enfermedad y discapacidad en la Región de las Américas. En el 2019, un total de dos millones de personas murieron a causa de las enfermedades cardiovasculares; las ECV causaron: 40.8 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), 36.4 millones de años de vida perdidos por muerte prematura (YLLs), (89% del total de AVAD por ECV), 4.5 millones de años vividos con discapacidad (AVD), El número de años de vida vividos con discapacidad prácticamente se duplica en las dos últimas décadas. Las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares estandarizadas por edad varían sustancialmente entre países, desde 428,7 muertes por 100.000 habitantes en Haití a 73,5 muertes por 100.000 habitantes en Perú.

En el Perú el Ministerio de Salud (MINSA, 2022) afirma que el ictus en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) representa la causa más frecuente de hospitalización ya que representa el 26.2% de los egresos hospitalarios, según el tipo de ictus tenemos que: Infarto cerebral representa el 15.5% Hemorragia subaranoide 5,6% Hemorragia cerebral 5.1% .

El Accidente cerebrovascular (ACV) corresponde a una patología súbita, que requiere de atención inmediata, donde se observa el compromiso de una región cerebral por obstrucción de un vaso sanguíneo, en la mayoría de los casos (Calderón et al., 2021). Las enfermedades cerebrovasculares son disfunciones que afectan temporal o permanentemente el flujo sanguíneo. Contribuyen a la mortalidad en el mundo, siendo el ACV, la segunda causa de muerte desde hace 16 años (Santana et al., 2019).

Respecto a los factores de riesgo, se afirma que el sexo masculino es considerado un factor de riesgo para todas las entidades nosológicas cerebrovasculares. El sedentarismo trae por lo general importantes factores de riesgo como, la obesidad que puede causar un aumento de la masa del ventrículo izquierdo, además del síndrome metabólico. La falta de ejercicio aumenta el riesgo de padecer enfermedades cerebrovasculares contribuyendo al aumento de colesterol (favoreciendo la formación de placas de ateromas), ganancia de peso, aumento de la tensión arterial, disminución de la tolerancia a la glucosa. Por otra parte, la hipertensión arterial, agrava la aterosclerosis del cayado de la aorta y de las arterias vertebrales; incide sobre las lesiones ateromatosas y la lipohialinosis de las arterias perforantes del cerebro y aumenta el riesgo de padecer cardiopatías (De Arco-Canales & Suarez-Calle, 2018).

En cuanto a la fisiopatología, el ACV inicia como una disminución importante del flujo sanguíneo debido a la obstrucción de un vaso que riega al cerebro y como consecuencia primaria se disminuye el aporte de oxígeno, glucosa y nutrientes necesarios para llevar a cabo y mantener el metabolismo neuronal. Se desencadena una secuencia de fenómenos moleculares y celulares a corto y largo plazo que inician con el fallo energético, debido a la afectación de los procesos de fosforilación oxidativa y el déficit en la producción de trifosfato de adenosina (ATP). Las despolarizaciones hacen que la neurona sufra un cúmulo de neurotransmisores, que pueden llevar al incremento tóxico de calcio, agua, hidrogeniones, radicales libres, entre otros, generando una respuesta inflamatoria, desregulación de múltiples vías de señalización y por último el daño y muerte celular (Lizano et al., 2020).

Las manifestaciones del ACV isquémico son pérdida de fuerza en la mitad de la cara, cuerpo, por lo general de un solo lado, presentación de ceguera, dificultad para articular o entender palabras, dolor intenso de la cabeza, pérdida de equilibrio al caminar (Olivo, 2020a).

El proceso de atención de enfermería (PAE) es una herramienta metodológica que se utiliza en la práctica para brindar cuidados, pero las etapas en su implementación se fracturan por cuestiones de exceso de trabajo. El PAE es el método científico de cuidado que permite evaluar el hacer profesional y los valores humanísticos. Fortalecer la enfermería basada en evidencia, es un desafío para las futuras generaciones que deben remontar las investigaciones realizadas sobre el PAE con el objetivo de brindar cuidados de calidad (Ponti et al., 2017).

El profesional de enfermería debe estar en capacidad de brindar cuidados a todas las personas, independientemente de su condición; esta atención debe garantizar el bienestar y la seguridad de las personas, preservando su salud. Para lograr su objetivo debe estar en permanente desarrollo, fortalecimiento de actitudes y valores que permitan la humanización en su quehacer cotidiano, siendo reflexivo, crítico, comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable para atender al individuo, en un sistema de salud que busca satisfacer las necesidades de la población a cuidar. La enfermería se ha identificado como una profesión humanista, centrada en el cuidado individual, colectivo y de entornos, a partir del desarrollo de sus acciones (De Arco-Canales & Suarez-Calle, 2018)

Metodología

El presente trabajo tiene un enfoque cualitativo, tipo de estudio caso clínico único, el método fue el proceso de atención de enfermería; el proceso de atención de enfermería (PAE) es el sistema que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera (Piña, 2020). El sujeto de estudio fue un adulto mayor con iniciales A.D.C.D. con diagnóstico médico accidente cerebrovascular. Para la valoración se utilizó como técnica la

exploración física, la observación y entrevista con el familiar de la paciente y como instrumento el marco de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, que fue revisado y adaptado por expertos en el área. En la etapa diagnóstica se realizó el análisis de los datos obtenidos y se enunciaron 5 diagnósticos de enfermería en base a la Taxonomía II de la NANDA I, en el cual se priorizaron 3 de ellos mediante el riesgo de vida, la planificación se elaboró en base a la Taxonomía NOC NIC, se ejecutaron todas las actividades y la evaluación se obtuvo a través de la diferencia de las puntuaciones finales de las basales.

Proceso de atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales.

Nombres y apellidos: A.D.C.D.

Sexo: Femenino

Edad: 76 años

Días de atención: 03 días

Fecha de valoración: 08/05/22

Diagnóstico médico: Ataque cerebrovascular Insuficiencia respiratoria crónica

Hipertensión Diabetes mellitus II Sepsis urinaria.

Motivo de ingreso: Paciente mujer de 76 años ingresa en silla de ruedas al área de emergencia con familiares, por presentar crisis epiléptica, Glasgow: 6 + TQT, piel pálida, soporosa, sin apoyo de oxígeno.

Valoración por Patrones Funcionales.

Patrón II: Nutricional Metabólico. Paciente adulto mayor, se observa la piel pálida y seca, T°: 38 °C, estado de higiene bucal regular, mucosa oral intacta, familiar refiere que durante

las últimas dos semanas bajó de peso por poco apetito, abdomen distendido, ruidos hidroaéreos aumentados. Peso: 69 kg, Talla: 1.62 cm, IMC: 26,3. Los resultados de laboratorio: Leucocitos 13 670; Abastionados 4%; Linfocitos 11%; Plaquetas 364 000; Hb 15.1 g/dl; Creatinina 0.7; Urea 38; Glucosa 191 mg/dl, HCO₃: 24.9 mmol/L. Electrolitos: Sodio 145 mEq/l Potasio: 4.1 mEq/l Cloro: 103 mEq/l.

Durante su Internamiento está con nutrición parenteral.

Patrón III: Eliminación.

Eliminación Intestinal. Actualmente con pañal, realiza 02 deposición por día, color amarillento, semilíquida.

Eliminación Vesical. Micción por sonda vesical, con coloración amarilla ámbar.

Patrón IV: Actividad-Ejercicio.

Actividad Respiratoria. Con TQT, frecuencia respiratoria: 30 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 88%, respiración rápida, superficial, disnea al reposo, a la auscultación presenta crepitantes difusos en ambos campos pulmonares. Se observa secreción densa, blanquecina en TQT. Al examen de laboratorio: FiO₂ 90%, pH: 7.4, PO₂: 50.2 mm Hg, PCO₂: 42 mm Hg.

Actividad Circulatoria. La paciente presenta P.A: 142/63 mm Hg, Pulso: 116 latidos por minuto, catéter periférico en M.S.I sin evidencias de flebitis. CVC en vena subclavia derecha.

Actividad Capacidad de Autocuidado. No se moviliza en cama, necesita apoyo absoluto.

Patrón V: Cognitivo Perceptivo. Se observa soporoso, Apertura ocular: 3 puntos, respuesta verbal (TQT) y Motriz: 4 (Glasgow: 7 puntos + TQT). Pupilas Reactivas a la Luz.

Diagnósticos de Enfermería Priorizados.

Primer Diagnóstico.

Etiqueta. Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Características Definitorias. frecuencia respiratoria: 30 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 88%, respiración rápida, superficial, disnea al reposo, a la auscultación presenta crepitantes difusos en ambos campos pulmonares. Se observa secreción en TQT.

Factor Relacionado. Mucosidad excesiva.

Enunciado Diagnóstico. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva, manifestado por frecuencia respiratoria: 30 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 88%, respiración rápida, superficial, disnea al reposo, a la auscultación presenta crepitantes difusos en ambos campos pulmonares. Se observan secreciones en TQT.

Segundo Diagnóstico.

Etiqueta. Deterioro el intercambio de gases.

Características Definitorias. Frecuencia respiratoria: 30 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 88%, respiración rápida, superficial, disnea al reposo, pH: 7.4, PO₂: 50.2 mm Hg, PCO₂: 42 mm Hg.

Factor Relacionado. Patrón respiratorio ineficaz.

Enunciado Diagnóstico. Deterioro el intercambio de gases relacionado con patrón respiratorio ineficaz manifestado por frecuencia respiratoria de 30 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 88%, respiración rápida, superficial, disnea al reposo, pH: 7.4, PO₂: 50.2 mm Hg, PCO₂: 42 mm Hg.

Tercer Diagnóstico.

Etiqueta. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.

Condición Asociada. Lesión cerebral.

Enunciado Diagnóstico. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz según lo evidenciado por lesión cerebral.

Planificación

Primer Diagnóstico. Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Resultados de Enfermería. NOC [0410] Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas.

Indicadores.

- ✓ Frecuencia respiratoria
- ✓ Ritmo respiratorio
- ✓ Disnea en reposo
- ✓ Ruidos respiratorios patológicos
- ✓ Acumulación de esputos.

Intervenciones. NIC [3140] Manejo de la vía aérea.

Actividades.

- ✓ Colocar al paciente en posición con cabecera elevada a 30°.
- ✓ Realizar fisioterapia torácica.
- ✓ Auscultar los sonidos respiratorios observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.
- ✓ Realizar la aspiración de tubo de traqueotomía.
- ✓ Administrar tratamiento con aerosol: Bromuro de Ipatropio 20 UG 3 puff cada 12 horas.

Segundo Diagnóstico. Deterioro del intercambio de gases.

Resultados de Enfermería. NOC [0402] Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.

Indicadores.

- ✓ Saturación de oxígeno.
- ✓ Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO₂).
- ✓ Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO₂).
- ✓ pH arterial.
- ✓ Disnea en reposo.

Intervenciones.***NIC [1160] Monitorización Respiratoria.******Actividades.***

- ✓ Colocar al paciente en posición semifowler.
- ✓ Administrar oxígeno suplementario.
- ✓ Comprobar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsoxímetro, gasometría arterial).

NIC [1913] Manejo del Equilibrio Ácido-Base: Acidosis Respiratoria.***Actividades.***

- ✓ Obtener muestras para el análisis de laboratorio del equilibrio ácido-básico (gasometría arterial).
- ✓ Monitorizar los niveles de gasometría arterial.
- ✓ Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria.

Tercer Diagnóstico. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.

Resultados de Enfermería. NOC [0406] Perfusión tisular cerebral.

Indicadores.

- ✓ Presión parcial sistólica
- ✓ Presión parcial diastólica

- ✓ Nivel de conciencia disminuido
- ✓ Reflejos neurológicos alterados.

Intervenciones.

NIC [2550] Mejora de la Perfusión Tisular.

Actividades.

- ✓ Elevar la cabecera a 30°.
- ✓ Evitar la flexión del cuello y la flexión extrema de la cadera/rodilla.
- ✓ Administrar anticonvulsivantes: fenitoína 100 mg C/12 horas.

NIC [2620] Monitorización Neurológica.

Actividades.

- ✓ Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.
- ✓ Vigilar el nivel de conciencia.
- ✓ Vigilar las tendencias de la Escala de coma de Glasgow.
- ✓ Monitorizar la presión intracraneal (PIC) y la presión de perfusión tisular cerebral (PPC).

Ejecución

Tabla 1

Ejecución de la intervención manejo de la vía aérea para el diagnóstico Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Intervención: Manejo de la vía aérea		
Fecha	Hora	Actividades
08/05/22	8:00	Se colocó al paciente en posición con cabecera elevada a 30°.
	10:00	Se realizó fisioterapia torácica.
	10:00	

11:00	Se auscultaron los sonidos respiratorios observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.
12:00	Se realizó la aspiración de secreciones por tubo de traqueotomía. Se administró tratamiento con aerosol: Bromuro de Ipatropio 20 UG 3 puff cada 12 horas

Tabla 2

Ejecución de la intervención monitorización respiratoria/manejo del equilibrio ácido básico: acidosis respiratoria para el diagnóstico Deterioro del intercambio de gases

Intervención: Monitorización respiratoria/ Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis respiratoria		
Fecha	Hora	Actividades
08/05/22	8:00	Se colocó al paciente en posición semifowler.
	10:00	Se administró oxígeno suplementario 4 litros por minuto.
	10:00	Se comprueba la eficacia de la oxigenoterapia (pulsoxímetro, gasometría arterial)
	11:00	Se obtiene muestras para el análisis de laboratorio del equilibrio ácido-básico (gasometría arterial).
	12:00	Se monitoriza los niveles de gasometría arterial.
	13:00	Se observa si hay síntomas de insuficiencia respiratoria.

Tabla 3

Ejecución de la intervención Mejora de la perfusión tisular/Monitorización neurológica para el diagnóstico riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz

Intervención: Manejo de la perfusión/Monitorización neurológica		
Fecha	Hora	Actividades
08/05/22	8:00	Se elevó la cabecera del paciente a 30°
	10:00	Ese evitó la flexión del cuello y la flexión extrema de la cadera/rodilla.
	10:00	
	11:00	Se administró fenitoína 100 mg C/12 horas por SNG.
	12:00	Se comprueba el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.

13:00	Se vigila el nivel de conciencia, a través de la Escala de coma de Glasgow. Se monitorizó la presión intracraneal (PIC) y la presión de perfusión tisular cerebral (PPC).
-------	--

Evaluación

Resultado: Estado Respiratorio: Permeabilidad de las Vías Aéreas.

Tabla 4

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Frecuencia respiratoria	2	4
Ritmo respiratorio	2	4
Disnea en reposo	2	3
Ruidos respiratorios patológicos	2	3
Acumulación de esputos	2	4

La tabla 4 muestra que la moda de los indicadores del resultado Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas seleccionados para el diagnóstico limpieza ineficaz de las vías aéreas antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (desviación sustancial del rango normal), después de las mismas, la moda fue de 4 (desviación leve del rango normal), corroborado por la mejora de los valores de la frecuencia y ritmo respiratorio, disnea, ruidos respiratorios y acumulación de oxígeno. La puntuación de cambio fue de +2.

Resultado: Estado Respiratorio: Intercambio Gaseoso.

Tabla 5

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Estado respiratorio: Intercambio gaseoso

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Saturación de oxígeno	2	3
Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO ₂)	2	3
Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO ₂)	2	3
pH arterial	2	3
Disnea en reposo	3	4

La tabla 5 muestra que la moda de los indicadores del resultado Estado respiratorio: Intercambio gaseoso seleccionados para el diagnóstico Deterioro del intercambio de los gases, antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (desviación sustancial del rango normal), después de las mismas, la moda fue de 3 (desviación moderada del rango normal), corroborado por la mejora de los valores de la saturación de oxígeno, valores de pH, PCO₂, PO₂. La puntuación de cambio fue de +1.

Resultado: Perfusión Tisular Cerebral.

Tabla 6

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Perfusión tisular cerebral

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Presión parcial sistólica	3	3
Presión parcial diastólica	3	3
Nivel de conciencia disminuido	3	3
Reflejos neurológicos alterados	3	3

La tabla 6 muestra que la moda de los indicadores del resultado Perfusión tisular cerebral seleccionados para el diagnóstico Deterioro del intercambio de los gases, antes de las intervenciones de enfermería fue de 3 (desviación moderada del rango normal), después de las mismas, la moda fue de 3 (desviación moderada del rango normal), no hubo cambios favorables ni desfavorables. La puntuación de cambio fue de 0.

Resultados

En cuanto a la evaluación de la etapa de valoración, se recolectaron los datos, los mismos que se obtuvieron de la historia clínica y la familia. Asimismo, se utilizó el examen físico. Se organizaron los datos en el Marco de Valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. La limitación se debió a que el paciente no podía hablar debido a que tenía cánula de traqueostomía.

En la etapa diagnóstica se realizó el análisis de los datos significativos en base a la Taxonomía II de la NANDAI, identificándose 5 diagnósticos enfermeros de los cuales se priorizaron tres: Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Deterioro del intercambio de gases, y Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.

La etapa de planificación se realizó en base a las Taxonomías NOC y NIC. Se determinaron los resultados de enfermería NOC, se eligieron los indicadores que más se relacionen con las características definitorias de los diagnósticos enfermeros y las intervenciones en base a solucionar los problemas identificados. Se tuvo la dificultad en determinar la puntuación de los indicadores de resultados tanto en la línea basal como en la evaluación final, por la situación de salud del paciente.

En la etapa de ejecución se llevaron a cabo las actividades planificadas, habiendo dificultades debido a la experiencia en la ejecución de las actividades de cada intervención.

Por último, la fase de la evaluación se realizó con la diferencia de las puntuaciones finales de las basales obteniéndose una puntuación de cambio de +2, +1, 0.

Discusión

Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas

Según Herdman et al. (2021a) es la incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener permeables las vías aéreas.

Romero et al. (2017) refiere que el acúmulo de secreciones aumenta el trabajo respiratorio y la resistencia de la vía aérea, pudiendo resultar en hipoxemia, hipercapnia, atelectasia e infección. La dificultad para eliminar las secreciones se puede deber a su consistencia o a la cantidad o en los casos de aquellos pacientes que tienen incapacidad para toser. La retención de secreciones indica la necesidad de realizar la aspiración.

En el caso del paciente en estudio presentó las características definitorias: frecuencia respiratoria: 30 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 88%, respiración rápida, superficial, disnea al reposo, a la auscultación evidencia crepitantes difusos en ambos campos pulmonares, se observa secreciones densas, blanquesinas en TQT. Y como factor relacionado

mucosidad excesiva. Al respecto, Romero et al. (2017) sostienen que el signo más usual de retención de secreciones es la presencia de ruidos agregados en los pulmones del paciente primordialmente roncales en la región hiliar. Si estos ruidos no desaparecen luego del acto de toser, el paciente tiene dificultad para eliminar secreciones. Por ello, el factor relacionado mucosidad excesiva.

Se consideró la intervención NIC [3140] Manejo de la vía aérea y se ejecutaron las actividades siguientes:

Se colocó al paciente en posición elevando la cabecera a 30°. Martí-Hereu y Arreciado (2017) mencionan que esta posición es para prevenir la aspiración de contenido gástrico y/o orofaríngeo y consecuentemente la NAV. Incluso la Joint Commission, reconoce esta medida como una de las prácticas centrales para la mejora del cuidado de los pacientes críticos.

Se realizó fisioterapia torácica. Alhambra (2018) afirma que esta técnica favorece el transporte de secreciones desde zonas distales y medias hasta zonas más proximales en el pulmón infralateral. Tiene como objetivo el movimiento de secreciones distales y medias hacia zonas más proximales y su expectoración. Está indicado en el paciente adulto con patología aguda o crónica que implique broncorrea y dificultad para expectorar, se puede realizar de forma asistida en pacientes menos colaboradores, aspecto a tener en cuenta ya que el paciente con ACV puede presentar dificultades a la hora de colaborar.

Auscultar los sonidos respiratorios observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. Sarkar Madabhavi (2015) asegura que la auscultación pulmonar permite evaluar los ruidos generados en la vía aérea a través del flujo del aire, que se manifiestan con una frecuencia y amplitud determinada que se integra con otros

elementos clínicos del examen físico. Su utilidad radica en que es una técnica fácil de aplicar, que entrega información inmediata y dinámica.

Realizar la aspiración de tubo de traqueostomía. Según Leiva y Sabogal (2018) este procedimiento está indicado en pacientes con abundantes secreciones orales y/o traqueobronquiales, cuando el paciente con compromiso neurológico no puede toser ni expectorar las secreciones, como es en el caso de trastornos neuromusculares, pacientes con traqueostomía, los objetivos son: mantener la permeabilidad de las vías aéreas del paciente, lograr la eliminación de las secreciones que obstruyen la vía aérea para facilitar la ventilación respiratoria, prevenir infecciones respiratorias como consecuencia de la acumulación de secreciones, y también permite la toma de muestras.

Administrar tratamiento con aerosol: Bromuro de Ipatropio 20 UG 3 puff cada 12 horas. Según Cortes-Telles et al. (2019) la aerosolterapia es un modo de tratamiento, basada en la administración de sustancias en forma de aerosol por vía inhalatoria. La ventaja principal de la aerosolterapia es que el aerosol se deposita directamente en el tracto respiratorio, con lo que pueden alcanzarse concentraciones mayores de la sustancia aerosolizada en el árbol bronquial y lecho pulmonar con menores efectos secundarios que la vía sistémica.

Deterioro del Intercambio de los Gases

Según Herdman et al. (2021b) el deterioro del intercambio de gases, se definiría como exceso o déficit en la oxigenación y / o la eliminación del dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar.

El fracaso del intercambio gaseoso, sucede cuando los pulmones no son capaces de realizar la difusión de los gases arteriales (captar el oxígeno y eliminar el dióxido de carbono) gases sumamente necesarios para satisfacer las necesidades metabólicas; que se debe al fallo

agudo de una o más de las fases de la respiración (ventilación, difusión y perfusión) (Pastor et al., 2017a).

La Hipoxemia se define como disminución de la PaO₂, que sucede ante anomalías en el intercambio gaseoso, esto ocurre ante eventos donde se produce ocupación, pérdida o destrucción de la membrana alveolo capilar llevando a la hipoxemia. La difusión es inversamente proporcional al espesor de la membrana. A pesar de que su conformación incluye el epitelio alveolar con la fase surfactante, el espacio intersticial y el endotelio capilar, ésta es tan delgada (0,3 micras) que en condiciones normales su espesor permite el intercambio gaseoso. Sin embargo, en condiciones patológicas que causan engrosamiento de ésta, se producirá hipoxemia (Ruiz, 2018).

Las insuficiencias respiratorias tras un accidente cerebrovascular resultan es una complicación común, sucediendo en un 44% de los usuarios en los casos más complicados. Ante esta situación, el personal sanitario constituye un pilar fundamental para el manejo del paciente (Olivo, 2020b).

Dentro de las características definitorias que presentó la paciente en estudio se encuentra: frecuencia respiratoria: 30 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 88%, respiración rápida, superficial, disnea al reposo, pH: 7.4, PO₂: 50.2 mm Hg, PCO₂: 42 mm Hg. El accidente cerebrovascular es una lesión que ocurre a causa de la detención del flujo de sangre en una parte del cerebro, y como consecuencia aumenta la mortalidad en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica caracterizada por la disminución de presión arterial de oxígeno con o sin disminución de la presión arterial del dióxido de carbono (Olivo, 2020c).

Se consideró el factor relacionado patrón respiratorio ineficaz que sucede cuando el mecanismo de inspiración y espiración no proporciona una ventilación adecuada (Herdman et al., 2021c)

Para ayudar al paciente a mejorar el intercambio de los gases arteriales se consideraron las intervenciones: Intervenciones: NIC [1160] Monitorización respiratoria. NIC [1913] Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis respiratoria. Se realizaron las siguientes actividades:

Se colocó al paciente en posición semifowler. para potencializar la ventilación: Esta posición favorece el descenso del diafragma permitiendo la máxima inspiración, para lograr la mejoría de la ventilación (Martínez, 2021).

Se administró oxígeno suplementario 4 litros por minuto y se comprueba la eficacia de la oxigenoterapia (pulsoxímetro, gasometría arterial). Pastor et al. (2017b) la oxigenoterapia es el tratamiento fundamental de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) hipoxémica. El objetivo es que la PaO₂ sea superior a 60 mm Hg y la SatO₂ superior al 90-92%. La eficacia de la oxigenoterapia se valora clínicamente, evaluando la mejoría de los síntomas del paciente, gasométricamente, y por supuesto con el control continuo de la SatO₂.

Obtener muestras para el análisis de laboratorio del equilibrio ácido-básico (gasometría arterial) y se monitorizó los niveles de gasometría arterial. Pastor et al. (2017b) sostiene que la gasometría arterial es el gold standard para la valoración del intercambio gaseoso y del equilibrio ácido base, ya que refiere estar al tanto de forma directa el pH, la pCO₂, pO₂, el bicarbonato, el exceso de bases, y la mayoría de los analizadores miden la concentración de hemoglobina total, la SatO₂, la carboxihemoglobina y la metahemoglobina.

Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria. Olivo (2020d). Una de las complicaciones tras un ACV es la insuficiencia respiratoria, con manifestaciones como: disnea,

que es la falta de aire puede ser de esfuerzo o reposo, tos y cefalea (en caso de presentarse hipercapnia). La disnea es una experiencia sensorial compleja, multidimensional y muy personal. La tos suele ser uno de los primeros síntomas, y por lo general son más intensos, pueden ser reflejos voluntarios e involuntarios se caracterizan como seca no productiva o productiva con expectoración de sangre o flema y dolor torácico. La fiebre que es el aumento excesivo de la temperatura corporal del paciente.

Riesgo de Perfusión Tisular Cerebral Ineficaz

Al respecto, Herdman et al. (2021e) definen al riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz como susceptible a una disminución de la circulación tisular cerebral que podría comprometer la salud.

En relación a la perfusión tisular cerebral Ortiz et al. (2018) refiere que el cerebro, tiene un patrón único de circulación sanguínea que está abastecido directamente por sangre de la aorta, formando un intrincado sistema de arterias (Polígono de Willis) que irriga todo el tejido cerebral, llevando cerca del 15% del total de la fracción de eyección cardíaca hacia el cerebro. El tejido cerebral representa menos del 2% del total del peso corporal (1.3 – 1.5 kg), sin embargo, consume cerca del 20% del oxígeno disponible en el cuerpo. El cerebro, órgano que controla todas las funciones corporales, tiene un sistema de regulación muy riguroso, abasteciéndose de oxígeno continuamente en respuesta a la demanda local inducida por la actividad metabólica, previniendo de esta forma la hipoxia neuronal hasta en situaciones de hipovolemia.

En cuanto a la condición asociada, se consideró la lesión cerebral debido a la isquemia cerebral que sufrió el paciente. Fernandez (2020) hace referencia que se sabe que el accidente cerebrovascular sucede cuando se reduce el abastecimiento de fluidos sanguíneos a un fragmento

del cerebro, lo que es un impedimento para que el tejido cerebral se oxigene y se alimente. En cuestión de minutos, las neuronas cerebrales comienzan a morir.

Para ayudar al paciente a disminuir el riesgo de presentar perfusión tisular cerebral ineficaz se consideró la intervención NIC [2550] Mejora de la perfusión tisular y NIC [2620] Monitorización neurológica. Se ejecutaron las siguientes actividades:

Elevar la cabecera a 30° para facilitar el retorno venoso y evitar la flexión del cuello y la flexión extrema de la cadera/rodilla, para intensificar el retorno venoso desde la cabeza.

Pedernera et al. (2017) sostiene que una correcta alineación corporal y permanecer siempre con la cabeza en posición neutral, es para evitar la rotación de esta y prevenir el aumento de la presión intracraneal (PIC). Para ello es aconsejable la utilización de rulos de toalla colocados en ambos lados de la cabeza. La cabecera de la cama es conveniente que este de 20 a 30° siempre y cuando no haya lesiones en la columna vertebral.

Administrar anticonvulsivantes: fenitoína 100 mg C/12 horas por SNG. PLM (2018) indica que la fenitoína es una hidantoína que se utiliza por vía oral y parenteral como anticonvulsivo, que se prescribe en el tratamiento profiláctico de las convulsiones tónico-clónicas (gran mal) y crisis parciales con sintomatología compleja (crisis psicomotoras).

Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. Fernandez (2020). Un tumor o un edema cerebral pueden alterar el tamaño de las pupilas, incluso de manera desigual en cada una. Esto sucede, por ejemplo, en casos de accidente cerebrovascular o hemorragia.

Vigilar el nivel de conciencia, vigilando las tendencias de la Escala de coma de Glasgow. Fernandez, (2020) proporciona el conocimiento justo para evaluar el estado de conciencia del paciente. La escala de coma de Glasgow es una evaluación del nivel de conciencia.

Conclusiones

Se gestionó el Proceso de Atención de Enfermería en sus cinco etapas lo que permitió brindar un cuidado humanizado, individual y de calidad al paciente.

Se reconoce la importancia del manejo de las taxonomías NANDA NOC-NIC, a fin de manejar un mismo lenguaje basado en conocimiento y contribuir a estudios en el campo de enfermería.

Los cuidados brindados por enfermería, favoreció en la recuperación del paciente lo que permitió brindar un cuidado integral y de calidad.

Referencias Bibliográficas

- Alhambra Olalla, B. (2018). *Fisioterapia en la neumonía tras accidente cerebrovascular* [Trabajo de fin de grado, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional. <https://docta.ucm.es/entities/publication/a53d32f6-e890-4681-89a4-6551de1f41be>
- Calderón Canales, F., Martínez, J. M., & Valentina Sepúlveda, M. V. (2021). Nivel de conocimientos sobre accidentes cerebro-vasculares en hombres de 25 a 55 años del Condominio las Palmas de Maipú, Chile, en el año 2020. *Horizonte de Enfermería*, 32(1), 55–63. http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.32.1.55-63
- Cortes-Telles, A., Luis Che-Morales, J., & Lizbeth Ortiz-Farías, D. (2019). Estrategias actuales en el manejo de las secreciones traqueobronquiales Current strategies in the management of airway secretions Revisión Neumología y Cirugía de Tórax. *Neumología Cirugía Torax*, 78(3), 313–323. www.medigraphic.com/neumología[https://www.scielo.org.mx/pdf/nct/v78n3/0028-3746-nct-78-03-313.pdf](http://www.medigraphic.org.mx%0Ahttps://www.scielo.org.mx/pdf/nct/v78n3/0028-3746-nct-78-03-313.pdf)
- De Arco-Canales, O. del C., & Suarez-Calle, Z. K. (2018). Rol de los profesionales de enfermería

en el sistema de salud colombiano. *Universidad y Salud*1, 20(2), 171–182.
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>

Fernandez Coronado, R. M. (2020). *Proceso de atención de enfermería aplicado a áciente adulta mayor con ACV, de un hospital público de Chiclayo - 2019* [Tesis de bachillerato, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio institucional.
<https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6636>

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Takao Lopes, C. (2023). *Diagnósticos enfermeros Definiciones y clasificación* (12da ed.). Elsevier.

Leiva Aznarán, K. N., & Sabogal Ríos, I. D. P. (2018). *Conocimiento y práctica de ka enfermera sobre aspiración de secreciones en pacientes con traqueostomía. Hospital Regional Docente de Trujillo - 2017* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego].
<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/4164>

Lizano Salas, M., Mc Donald Molina, C., & Tully Sancho, S. (2020). Fisiopatología de la cascada isquémica y su influencia en la isquemia cerebral. *Revista Medica Sinergia*, 5(8), e555.
<https://doi.org/10.31434/rms.v5i8.555>

Martí-Hereu, L., & Arreciado Marañón, A. (2017). Tiempo de elevación del cabezal de la cama del paciente con ventilación mecánica y factores relacionados. *Enfermería Intensiva*, 28(4), 169–177. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2017.02.004>

Martínez Ochoa, F. (2021). *Cuidados de enfermería a paciente con accidente cerebro vascular hemorrágico del Servicio Neurovascular de un hospital de Lima, 2021* [Trabajo de investigación de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio instityucional.
<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5144?show=full>

MINSA. (2022). Boletín epidemiológico. *Centro Nacional de Epidemiología , Prevención y*

Control de Enfermedades SE 7.

https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/boletin/boletin_20227_10_212757.pdf

Olivo Muñoz, M. M. (2020). *Insuficiencia respiratoria crónica en paciente con accidente cerebrovascular masculino de 55 años* [Examen complejo de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo]. Repositorio institucional.

<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8763>

OMS (2021). *La Carga de Enfermedades Cardiovasculares*

<https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-cardiovasculares>

Ortiz-Prado, E., Banderas-León, A., Unigarro, L., & Santillan, P. (2018). Oxigenación y Flujo Sanguíneo Cerebral, Revisión Comprensiva de la Literatura. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 27(1), 80–89.

Pastor Vivero, D. M., Pérez Tarazona, S., & Rodríguez Cimadevilla, J. L. (2017). *Dispositivos de oxígeno. I*, 369–400.

[http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812018000100080)

[25812018000100080](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812018000100080)

Pedernera, A., Cometto, C., & Gómez, P. (2017). *Protocolo de cuidados enfermeros a pacientes neurocríticos*. <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/pedernera-angela.pdf>

Piña Orozco, A. V. (2020). Proceso de atención de enfermería en gestante obesa con covid 19.

PLM. (2018). Diccionario de Especialidades Farmacéuticas PLM 2018 - Cerlalc. *Ediciones PLM*.

<https://cerlalc.org/rilvi/diccionario-de-especialidades-farmaceuticas-plm-2018-1721/>

Ponti, E. L., Castillo Benites, R. T., Vignatti, R. A., Monaco, M. E., & Evangelina Nuñez, J. (2017). Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. *Educación Médica Superior*, 32(4), 22–24. <http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu>

- Romero Rivas, E. V., Tapia Calcina, E. M., & Vicente Chávez, M. G. (2017). *Conocimientos y prácticas de las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes adultos intubados en la UCI de un hospital nacional de Lina junio 2017* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/1488>
- Ruiz González, M. (2018). *Proceso Cuidado Enfermero en pacientes críticos con diagnóstico "deterioro del intercambio de gases"* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma San Luis de Potosí]. Repositorio institucional. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/4603>
- Santana Fialho Sim-Sim, M. M., Abrantes, M. J., Mendonça dos Reis, M. G., Garção Pires, E. M., Matos Fernandes, M. A., & Ferreira Barros, M. da L. (2019). Conocimiento de adultos jóvenes sobre el accidente cerebrovascular en una ciudad del sur de Portugal. *Enfermería Global*, 56, 423–433. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.356061>

Apéndices

Apéndice A: planes de cuidado

Diagnóstico o enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1- 5)	Puntuación diana	Intervenciones /Actividades	M	T	N	Puntuación final	Puntuación de cambio
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva, manifestado por frecuencia respiratoria : 30 RPM, sat de O2: 88%, respiración rápida, superficial, disnea al reposo, a la auscultación crepitantes difusos en ambos campos pulmonares	Resultado: NOC [0410] Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas.	2	Mantener en: Aumentar a: 4	Intervención NIC: [3140] Manejo de la vía aérea.				4	+2
	Escala:			Actividades					
	Desviación grave del rango normal a sin desviación del rango normal			Colocar al paciente en posición con cabecera elevada a 30°	→				
	Indicadores :			Realizar fisioterapia torácica	→				
	Frecuencia respiratoria	2		Auscultar los sonidos respiratorios observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia	→			4	

s. secreciones en TQT				de sonidos adventicios.					
	Ritmo respiratorio	2		Realizar la aspiración por tubo de traqueostomía	→			4	
	Disnea en reposo	2		Administrar tratamiento con aerosol: Bromuro de Ipatropio 20 UG 3 puff cada 12 horas	→			3	
	Ruidos respiratorios patológicos	2						3	
	Acumulación de esputos	2						4	

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones /Actividades	M	T	N	Puntuación final	Puntuación de cambio
Deterioro el intercambio de gases relacionado con Patrón respiratorio o ineficaz manifestado por frecuencia respiratoria: 30 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 88%, respiración rápida, superficial, disnea al	Resultado : NOC [0402] Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.	1	Mantener en: Aumentar a: 4	Intervención : NIC [1160] Monitorización respiratoria.				3	+1
	Escala :			Actividades :					
	Desviación grave del rango normal a sin desviación del rango normal			Colocar al paciente en posición semifowler	→				
	Indicadores :			Administrar oxígeno suplementario	→				
	Saturación de oxígeno	2		Comprobar la eficacia de la	→			3	

reposo, pH: 7.4, PO2: 50.2 mm Hg, PCO2: 42 mm Hg				oxigenoterapia (pulsoxiómetro, gasometría arterial)					
	Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO2)	2		Intervención: NIC [1913] Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis respiratoria.				3	
	Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO2)	2		Actividades :				3	
	pH arterial	2		Obtener muestras para el análisis de laboratorio del equilibrio acidobásico (gasometría arterial)	→			3	
	Disnea en reposo	3		Monitorizar los niveles de gasometría arterial	→			4	
				Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria	→			3	

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultado se	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones /Actividades	M	T	N	Puntuación final	Puntuación de cambio

	indicadores								
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz según lo evidenciado por lesión cerebral.	Resultado : NOC [0406] Perfusión tisular cerebral.	3	Mantener en:	Intervención: NIC [2550] Mejora de la perfusión tisular.				3	0
	Escala:			Actividades:					
	Desviación grave del rango normal a sin desviación del rango normal			Elevar la cabecera a 30°	→				
	Indicadores:			Evitar la flexión del cuello y la flexión extrema de la cadera/rodilla	→			3	
	Presión parcial sistólica	3		Administrar anticolvulsivantes: fenitoina 100 mg C/12 horas por SNG	8:00			3	
	Presión parcial diastólica	3		Intervención: NIC [2620] Monitorización neurológica.				3	
	Nivel de conciencia disminuido	3		Actividades:				3	
	Reflejos neurológicos alterados	3		Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas	→			3	
				Vigilar el nivel de conciencia	→				
				Vigilar las tendencias de la Escala de	→				

				coma de Glasgow					
--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--

Apéndice B: Marco de valoración

DATOS GENERALES			
Nombre del Paciente: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
Historia Clínica: _____		Edad: _____	
Nº Cama: _____		Sexo: F () M ()	
DNI N° _____		Teléfono: _____	
Procedencia: Admisión ()		Emergencia ()	
Consultorios Externos ()		Otros: _____	
Peso: _____		Talla: _____	
PA: _____		FC: _____	
FR: _____		T°: _____	
Fuente de Información: Madre: _____		Padre: _____	
Familiares: _____		Otros: _____	
Motivo de Ingreso: _____		Diagnóstico Médico: _____	
Fecha de Ingreso: _____		Fecha de Valoración: _____	
Grado de Dependencia: I () II () III () IV ()		Persona Responsable: _____	

<div style="text-align: center; border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD</div> <p>Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas: HTA () DM () Gastritis/Ulcera () TBC () Asma () Otros: _____</p> <p>Alergias y Otras Reacciones: Polvo () Medicamentos () Alimentos () Otros: _____</p> <p>Estilos de Vida/Hábitos: Hace Deporte () Consumos de Agua Pura () Comida Chatarra ()</p> <p>Factores de Riesgo: Bajo Peso: Si () No () Vacunas Completas: Si () No () Hospitalizaciones Previas: Si () No () Descripción: _____ Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No () Especifique: _____ Ha recibido la vacuna del Covid 19: Si () No () Se Moviliza solo : Si () No ()</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">PATRON RELACIONES-ROL</div> <p>Se relaciona con el entorno: Si () No () Compañía de los padres: Si () No () Recibe Visitas: Si () No () Comentarios: _____</p> <p>Relaciones Familiares: Buena () Mala () Conflictos () Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si () No () Familia Nuclear: Si () No () Familia Ampliada Si () No () Padres Separados: Si () No () Problema de Alcoholismo: Si () No () Problemas de Drogadicción: Si () No () Pandillaje: Si () No () Otros: _____ Especifique: _____ Comentarios: _____</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO</div> <p>Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto ()</p>	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">PATRON VALORES-CREENCIAS</div> <p>Religión: _____ Bautizado en su Religión: Si () No () Restricción Religiosa: _____ Religión de los Padres: Católico () Evangélico () Adventista () Otros: _____ Observaciones: _____</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS</div> <p>Reactividad: Activo () Hipo activo () Hiperactivo () Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable () Negativo () Indiferente () Temeroso () Intranquilo () Agresivo () Llanto Persistente: Si () No () Comentarios: _____</p> <p>Participación Paciente/Familia en las Actividades Diarias y/o Procedimientos: Si () No () Reacción frente a la Enfermedad Paciente y familia: Ansiedad () Indiferencia () Rechazo () Comentarios: _____</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">PATRON DESCANSO-SUEÑO</div> <p>Sueño: N° de horas de Sueño: _____ Alteraciones en el Sueño: Si () No () Toma algún medicamento para dormir: Si () No () Especifique: _____ Motivo: _____</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO</div> <p>Actividad Respiratoria: Respiración: FR: _____ Amplitud: Superficial () Profunda () Disnea () Tiraje () Aleteo nasal () Apnea ()</p>
--	---

Somnoliento () Confuso () Irritable ()
 Estupor () Coma ()
 Comentarios: _____

Escala de coma de Glasgow					
Apertura de ojos		Respuesta motora		Respuesta verbal	
4	espontáneamente	6	Cumple órdenes	5	Orientado
3	A la voz	5	Localiza el dolor	4	Confuso
2	Al dolor	4	Solo retira	3	Palabras inapropiadas
1	No responde	3	Flexión anormal	2	Sonidos incomprensibles
		2	Extensión anormal	1	No responde
		1	No responde		

@tecmicotestid

Puntuación máxima: 15 puntos.
 Puntuación mínima: 3 puntos.

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY	
Ansioso, agitado o intranquilo	1
Cooperador, orientado y tranquilo	2
Respuesta solo a órdenes verbales	3
Dormido. Pero con respuesta e estímulo auditivo leve	4
Dormido. Solo hay respuesta a estímulo intenso táctil	5
No hay respuesta	6

Ramsay M, Savege T, Simpson BR, Goodwin R: Controlled sedation with alphaxolone-alphadolone. BMJ 1974;2 (920):656-659.

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas ()
 No Reactivas () Fotoreactivas () Mióticas () Midriáticas ()
 Tamaño: 3-4.5 mm () < 3 mm () > 4.5 mm ()
 Foto Reactivas: Si () No ()
 Comentarios: _____

Alteración Sensorial: Visuales () Auditivas () Lenguaje ()
 Otros: _____ Especifique: _____
 Comentarios: _____

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Piel: Normal () Pálida () Cianótica () Ictérica ()
 Fría () Tibia () Caliente ()
 Presenta Escaras: Si () No ()
 Observaciones: _____

Termorregulación: Temperatura: _____
 Hipertermia () Normotermia () Hipotermia ()

Coloración: Normal () Cianótica () Ictérica () Fría ()
 Rosada () Pálida () Tibia () Caliente ()
 Observación: _____

Hidratación: Hidratado () Deshidratado ()
 Observación: _____

Edema: Si () No () () + () ++ () +++ ()
 Especificar Zona: _____
 Comentarios: _____

Fontanelas: Normotensa () Abombada () Deprimida ()
Cabello: Normal () Rojizo () Amarillo ()
 Ralo () Quebradizo ()

Tos Ineficaz: Si () No ()
Secreciones: Si () No () Características: _____
Ruidos Respiratorios: CPD () CPI () ACP ()
 Claros () Roncantes () Sibilantes () Crepitantes ()
 Otros: _____

Oxigenoterapia:
 Si () No () Modo: _____ Saturación de O₂: _____
 Enuresis. Si () No ()
 Comentarios: _____

Ayuda Respiratoria: TET () Traqueostomía () V. Mecánica ()
 Parámetros Ventilatorios: _____

Drenaje Torácico: Si () No () Oscila Si () No ()
 Comentarios: _____

Actividad Circulatoria:
Pulso: Regular () Irregular ()
FC / Pulso Periférico: _____ PA: _____

Llenado Capilar: < 2" () > 2" ()
Perfusión Tisular Renal:

Hematuria () Oliguria () Anuria ()
Perfusión Tisular Cerebral:

Parálisis () Anomalías del Habla () Dificultad en la Deglución ()
 Comentarios: _____

Presencia de Líneas Invasivas:
 Catéter Periférico () Catéter Central () Catéter Percutáneo ()
 Otros: _____

Localización: _____ Fecha: _____

Riesgo Periférico: Si () No ()
 Cianosis Distal () Frialdad Distal ()

Capacidad de autocuidado:
0 = Independiente () **1 = Ayuda de otros** ()
2 = Ayuda del personal () **3 = Dependiente** ()

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Movilización en cama				
Deambular				
Ir al baño / bañarse				
Tomar alimentos				
Vestirse				

Aparatos de Ayuda: _____
 Conservada () Disminuida ()

Fuerza Muscular: _____
Movilidad de Miembros:
 Contracturas () Flacidez () Parálisis ()
 Comentarios: _____

PATRÓN ELIMINACIÓN

Intestinal:
 Nº Deposiciones/Día _____

Características: _____
 Color: _____ Consistencia: _____

Colostomía () Ileostomía ()
 Comentarios: _____

Vesical:
 Micción Espontánea: Si () No ()
 Características: _____

Sonda Vesical () Colector Urinario () Pañal ()
 Fecha de Colocación: _____

Suda ud bastante: Si () No ()

<p>Mucosas Orales: Intacta () Lesiones () Observaciones: _____ Malformación Oral: Si () No () Especificar: _____ Peso: Pérdida de Peso desde el Ingreso: Si () No () Cuanto Perdió: _____ Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia () Disminuido () Náusea () Vómitos () Cantidad: _____ Características: _____ Dificultad para Deglutir: Si () No () Especificar: _____ Alimentación: NPO () LME () LM () AC () Dieta () Fórmula () Tipo de Fórmula/Dieta: _____ Modo de Alimentación: LMD () Gotero () Bb () SNG () SOG () SGT () SY () Gastroclisis () Otros: _____ Abdomen: B/D () Distendido () Timpánico () Doloroso () Comentarios Adicionales: _____ Herida Operatoria: Si () No () Ubicación: _____ Características: _____ Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos () Serosos () Hemáticos () Serohemáticos () Observaciones: _____ Drenaje: Si () No () Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____ Tiene horarios para comer: Si () No ()</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</td> </tr> </table> <p>Secreciones Anormales en Genitales: Si () No () Especifique: _____ Otras Molestias: _____ Observaciones: _____ Problemas de Identidad: _____ Cambios Físicos: _____ FUR: ----- Fecha de la Menarquia: _____ Gestante : Si () No () Testículos No Palpables: Si () No () Fimosis Si () No () Testículos Descendidos: Si () No () Masas Escrotales Si () No () Tratamiento Médico Actual: _____ _____ _____ _____ Observaciones: _____ _____ _____ _____ NOMBRE DE LA ENFERMERA: Lic. Marina Toro y Lic. Gladys Mayhua Firma: _____ CEP: _____ Fecha: _____</p>	PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN
PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN		

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 académico es “Cuidados enfermero a paciente adulto mayor con diagnóstico de accidente cerebrovascular del Servicio de Emergencias y Desastres de un hospital de Lima, 2022”. El objetivo fue gestionar el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas para brindar cuidados de calidad, a paciente de iniciales A.D.C.D. Este trabajo académico está siendo realizado por las Licenciadas Rosa Limaylla Carlos y Maria Isela Santa Cruz Lazo, bajo la asesoría de la Mg. Katherine Mescua Fasanando. La información otorgada a través de la guía de valoración 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, esta 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 finalizando, 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: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Apêndice D: Escalas de avaliação

Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW					
Abertura Ocular		Resposta Verbal		Resposta Motora	
Espontânea	4	Orientado	5	Obedece	6
Ao chamado	3	Confuso	4	Localiza	5
À dor	2	Palavras	3	Flete	4
Ausente	1	Sons	2	Flexão Anormal	3
		Ausente	1	Extensão	2
				Ausente	1
Soma dos critérios avalia o nível consciência = 3 a 15					