



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO
PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO A
PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS
ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO – AREQUIPA 2021

PRESENTADO POR:

ELIZABETH DAZA GONZALES DE ALEGRIA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES

JULIACA – PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

TRABAJO ACADÉMICO

**PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO
A PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS
ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO – AREQUIPA 2021**

PRESENTADO POR:

ELIZABETH DAZA GONZALES DE ALEGRIA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

APROBADA POR:

PRESIDENTE

: 
Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Mtro. CARLOS ARMANDO HUAMAN CARREON

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG09



TESIS UANCV

UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 116 - 2025-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 08 de julio del 2025

VISTO:

El Expediente N° 2025-004844, presentado por el (la) Egresado (a), **DAZA GONZALES DE ALEGRIA ELIZABETH**, con DNI N° 29281723, con matrícula N° 221T01038 de la **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, de la Filial Arequipa, de la **Escuela de Posgrado** de la **Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"** de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el egresado (a) **DAZA GONZALES DE ALEGRIA ELIZABETH**, del Programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** de la de la Filial Arequipa, de la **Escuela de Posgrado** de la **Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"** de Juliaca; Solicita sorteo de **Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico**, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y **Sustentación de Trabajo Académico; y**

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los **MIEMBROS DE JURADOS** que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico del egresado (a): **DAZA GONZALES DE ALEGRIA ELIZABETH**, con DNI N° 29281723, con matrícula N° 221T01038, del Programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** de la Filial Arequipa, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

Presidente	:	Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Primer Miembro	:	Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
Segundo Miembro	:	Mtro. CARLOS ARMANDO HUAMAN CARREON

SEGUNDO. - DETERMINAR que **LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO** se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

Fecha	:	Viernes 18 de julio del 2025
Hora	:	09:00 a.m.
Lugar	:	Aula N° 206 – EPG – UANCV - JULIACA

TERCERO. - AUTORIZAR la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.


UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
DIRECCIÓN
Dr. Javier Romulo Quispe Zapana
DIRECTOR (e)

Cc./Archv.EPG (01)
Interesado (01)
Cargo (01)



PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO EN UN PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO – AREQUIPA 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

21 %

INDICE DE SIMILITUD

21 %

FUENTES DE INTERNET

9 %

PUBLICACIONES

13 %

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	4 %
2	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	2 %
3	es.slideshare.net Fuente de Internet	1 %
4	Submitted to Unviersidad de Granada Trabajo del estudiante	1 %
5	1library.co Fuente de Internet	1 %
6	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
7	idoc.pub Fuente de Internet	<1 %



Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO - AREQUIPA 2021	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	ELIZABETH DAZA GONZALES DE ALEGRIA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29281723
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0004-4420-3966
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	NO APLICA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	NO APLICA
URL de ORCID	NO APLICA
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02360070
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5861-0392
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	INGRID LIZ QUISPE TICONA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02449475
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7619-9592



Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	CARLOS ARMANDO HUAMAN CARREON
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29552618
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-8992-8080
Datos de investigación	
Línea de investigación	CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO País: PERÚ Departamento: AREQUIPA Provincia: AREQUIPA Distrito: AREQUIPA -16.39476, -71.52932 https://maps.app.goo.gl/mqEXt7oaR3rKsMxa7</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2021 - 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Ciencias del cuidado de la salud y servicios (administración de hospitales, financiamiento) https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CERÓN CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Jesús Mamani Mamani
DIRECTOR
DE INVESTIGACIÓN - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo ELIZABETH DAZA GONZALES DE ALEGRIA, identificado con DNI Nro. 29281723 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
Programa de Segunda Especialidad
Programa de Maestría o Doctorado

ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada: PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO - AREQUIPA 2021

Asesorado por:

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 07 de Octubre del 2025

Handwritten signature of Elizabeth Daza Gonzales de Alegria over a line, with the word FIRMA (obligatoria) printed below.



Huella



DEDICATORIA

Al Equipo de atención de enfermería en emergencias del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo. - EsSALUD - Arequipa por su abnegada labor en sus Intervenciones y Procedimientos de enfermería en el cuidado del paciente en situación de urgencia / emergencia.

Al personal docente De la especialización avanzada en enfermería de la EPG de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez por sus orientaciones profesionales en la Especialidad.



AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a Dios, a mi esposo, a mis hijos y a mi padre que hicieron posible que hoy me encuentre ejerciendo la labor que siempre soñé realizar. Muchas gracias.



ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
OBJETIVOS	x

CAPITULO I

VALORACION

1.1 DATOS DE FILIACIÓN:.....	11
1.2 MOTIVO DE CONSULTA.....	12
1.3 ANTECEDENTES	12
1.4 EXPLORACIÓN FÍSICA.....	13
1.5 RESULTADO DE EXÁMENES AUXILIARES	15
1.6 TRATAMIENTO MÉDICO	19
1.7 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	21
1.8 VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS Y CLASES	23
1.9. ESQUEMA DE VALORACIÓN	34

CAPITULO II

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS	43
2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN ANÁLISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS	44
2.3 ESQUEMA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	50



CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN

3.1 ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES 60

3.2 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS 62

3.3 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN 68

CAPÍTULO IV

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1 REGISTRO DE ENFERMERÍA (SOAPIE) 119

CAPÍTULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1 Definición 156

5.2 Etiopatogenia 156

5.3 Fisiopatología 157

5.4 Clasificación 158

5.5 Factores de riesgo 158

5.6 Cuadro Clínico 158

ABREVIATURAS 167

CONCLUSIONES 169

RECOMENDACIONES 170

BIBLIOGRAFÍA 171

ANEXOS 173

ANEXO 1: EXÁMENES LABORATORIALES 174

ANEXO 2 TARJETA FARMACOLÓGICA 184

ANEXO 3 ESCALAS 191



RESUMEN

EL siguiente trabajo académico denominado: PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO – AREQUIPA 2021. Objetivo: Establecer los Cuidados de Enfermería en un paciente hospitalizado por un cuadro de Accidente Cerebro Vascular Isquémico aplicando La atención de enfermería según el sistema de taxonomías NANDA-NOC-NIC. Conclusiones: El accidente cerebrovascular (ACV) isquémico es una de las principales causas de muerte y discapacidad en adultos. Los avances científicos, tecnológicos y la capacitación del personal de salud han reducido su mortalidad, especialmente en países desarrollados. La educación sobre la prevención y detección temprana es clave para disminuir su incidencia, y el rol de enfermería es esencial tanto en el cuidado del paciente como en la promoción y prevención de la salud.

Palabras Claves: cerebrovascular, accidente cerebro vascular, estrategias científicas.



ABSTRACT

The following academic work entitled: NURSING CARE PROCESS APPLIED TO PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE AT THE CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO NATIONAL HOSPITAL – AREQUIPA 2021. Objective: To establish nursing care for a patient hospitalized for ischemic stroke by applying nursing care according to the NANDA-NOC-NIC taxonomy system. Conclusions: Ischemic stroke is one of the leading causes of death and disability in adults. Scientific and technological advances and the training of healthcare personnel have reduced its mortality, especially in developed countries. Education on prevention and early detection is key to reducing its incidence, and the role of nursing is essential both in patient care and in health promotion and prevention.

Keywords: cerebrovascular, stroke, scientific strategies.



INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un método ordenado y sistemático que constituye una herramienta eficaz para organizar el trabajo de enfermería en los cuidados que brinda al paciente en forma científica y humanística.

Consiste en varias fases relacionadas que están conectadas en la práctica, aunque se estudian y analizan por separado. comprende cinco etapas: El proceso incluye diagnóstico, evaluación, planificación, ejecución y evaluación.

El PAE es por La implementación de estrategias científicas para resolver los problemas de salud de los pacientes, en lo que respecta a los cuidados de enfermería, es un proceso en constante evolución que permite reevaluar y modificar las intervenciones para lograr los resultados deseados

El PAE se realizó En un adulto de 66 años que permanece hospitalizado en el departamento de urgencias del hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo por presentar un cuadro diagnosticado como Accidente Cerebro Vascular Isquémico con alteración en varios sistemas de su organismo. Se realizó la valoración del paciente, identificando los cambios en su estado de salud según los dominios de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, y se elaboró un plan de cuidados adecuado jerarquizado según la prioridad de intervención para proporcionar los cuidados oportunos al paciente.



OBJETIVOS

Objetivo General:

Establecer los Cuidados de Enfermería en un paciente hospitalizado por un cuadro de Accidente Cerebro Vascular Isquémico aplicando La atención de enfermería según el sistema de taxonomías NANDA-NOC-NIC. Objetivos Específicos:

- Hacer una apreciación del estado de salud en el paciente con ACV isquémico, evaluando los problemas de salud actuales y potenciales, identificando las causas de los problemas actuales y los factores de riesgo de los problemas permisibles, para
- Definir estrategias que aborden las necesidades de salud detectadas, y
- Determinar las Intervenciones de Enfermería que solucionen dichos problemas de salud.



CAPITULO I

VALORACION

1.1 DATOS DE FILIACIÓN:

- a) **Nombres y Apellidos:** Ricardo Baca Condori
- b) **Edad:** 66 años
- c) **Etapas de vida:** adulto mayor
- d) **Sexo:** masculino
- e) **Fecha de nacimiento:** 10 de Enero de 1955
- f) **Grado de instrucción:** superior
- g) **Ocupación:** contador jubilado
- h) **Domicilio:** Urb. Los Naranjos Mz B, Lt 9 - Cercado
- i) **Procedencia:** Arequipa
- j) **Estado civil:** casado
- k) **Número de hijos:** 04
- l) **Número de cama:** 5 (Observación Medicina)
- m) **Idioma:** castellano
- n) **Religión:** católica
- o) **Fecha de ingreso:** 11-05-2021
- p) **Hora de ingreso:** 22:30 h
- q) **Informante:** esposa



r) **Admisión:** Emergencia

1.2 MOTIVO DE CONSULTA

Paciente Desarrollar planes que satisfagan las necesidades. de equilibrio y dificultad para hablar, dificultad para deambular, aproximadamente de 1 hora 30 min de evolución. Ingresa en camilla. Traído en ambulancia de Alerta Médica.

1.3 ANTECEDENTES

a) Antecedentes Personales

Antecedentes Fisiológicos

- Nacido de parto normal en hospital
- Lactancia materna (no precisa tiempo)
- Vacunas (no precisa cuáles)

Antecedentes Patológicos

- Enfermedades en infancia: parotiditis y varicela
- Enfermedades crónicas: HTA en tratamiento regular, dislipidemia
- Intervenciones quirúrgicas: colecistectomía y apendicectomía
- Traumatismos: no refiere

Creencias culturales

- Religión: católica

Hábitos Nocivos

- Sedentarismo
- Alcohol (ocasional). Café (++) , tabaco (++)
- Alimentación a predominio de carbohidratos y grasas

Reacción a medicamentos: niega

Transfusiones sanguíneas: niega



b) Antecedentes Familiares

- Padres fallecidos (esposa desconoce las causas)
- Hermanos: 3 mujeres y 1 varón todos vivos y sanos
- Esposa: HTA, Dislipidemia
- Hijos: 4 vivos y sanos

c) Antecedentes Socioeconómicos

- **Carga familiar:** esposa y un hijo soltero
- **Posición en la familia:** jefe de hogar
- **Vivienda:** de material noble con sala, hall, cocina, comedor, 3dormitorios, 2 baños, garaje, patio y jardín interior.
- **Servicios básicos:** luz, agua, desagüe, teléfono, TV por cable, internet.
- Crianza de animales: niega

1.4 EXPLORACIÓN FÍSICA

ASPECTO GENERAL

- Posición: Paciente en posición de decúbito dorsal.
- Estado de conciencia: Paciente despierto, ansioso, disártrico.
- Orientación: Parcialmente orientado. Examen dificultado por problemas para la expresión oral.
- Estado nutricional: Obesidad.
- Pulso: Presenta pulso periférico de amplitud normal, arrítmico. 103 pulsaciones por min.
- Marcha: no evaluable
- Estado de higiene: bueno



EXAMEN FÍSICO REGIONAL:

Cabeza: Normal

- **Cara:** Asimetría facial
- **Cejas y pestañas:** Bien implantadas..
- **Ojos:** Párpados y globos oculares sin particularidades. Movimientos oculares y palpebrales conservados.
- **Pupilas:** Isocóricas. OI: 3 mm, OD: 3 mm. Respuesta lenta a la luz.
- **Nariz:** Fosas nasales permeables.
- **Orejas:** Pabellones auriculares sin particularidades. Conductos auditivos externos normales.
- **Boca:** Asimétrica de la comisura labial derecha, mucosa oral rosada y húmeda. Arcada dental y movilidad de la lengua conservadas.
- **Cuello:** Normal
- **Tórax:** Simétrico. Ruidos cardiacos arrítmicos
- **Abdomen:** Simétrico, blando, depresible. No doloroso. Presencia de cicatrices operatorias antiguas. RHA (+) de buena intensidad; frecuencia y timbre normales.
- **Columna vertebral:** Examen diferido.
- **Genitales:** De acuerdo a edad y sexo.
- **Extremidades:** Fuerza disminuida en MSD y MID

FUNCIONES VITALES

- PA: 130/80 mmHg
- PAM: 96.6 mmHg
- FC: 103 /min
- FR: 24 /min
- Temperatura: 37.3 °C



- SpO₂: 92 % (pulsioximetría)

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

- Peso a la evaluación: Referencia 87 Kg
- Talla a la evaluación: Referencia 1.70 m
- IMC: 30.1 (obesidad)

1.5 RESULTADO DE EXÁMENES AUXILIARES

LABORATORIO

- **Hematológicos:** (Hemograma)

EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACIÓN
Hb	14 g /100 cc	14 – 18 /100 cc	Normal
Hto	45 %	45 – 50%	Normal
Leucocitos	12,000 /mm ³	5,000–10,000/m m ³	Leucocitosis
• Neutrófilos	75 %	55 – 70 %	Neutrofilia
• Abastondados	7 %	0 – 5 %	Desviación izquierda
• Segmentados	68 %	55 – 65 %	Normal
• Eosinófilos	1%	0 – 5 %	Normal
• Basófilos	2%	0 – 2 %	Normal
• Monocitos	4 %	0 – 4 %	Normal
• Linfocitos	18 %	20 – 40 %	Linfopenia



- **Grupo sanguíneo y Factor Rh: O +**
- **Bioquímica**

EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACIÓN
	O		
Glucosa	120 mg/100 cc	80 – 100 mg/100 cc	Hiperglicemia
Úrea	42 mg/100 cc	20 – 40 mg/100 cc	Normal
Creatinina	1.2 mg/100 cc	0.8 – 1.2 mg/100 cc	Normal

- **Perfil hepático**

EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACIÓN
	O		
TGO	38 U/l	Hasta 40 U/l	Normal
TGP	40 U/l	Hasta 40 U/l	Normal
Proteínas Totales y Fraccionadas	<ul style="list-style-type: none"> • Albúmina: 3.5 g/dl • Globulina: 2.5 g/dl 	<ul style="list-style-type: none"> • Albúmina: 4 g/dl • Globulina: 3 g/dl 	Normal
Bilirrubinas totales y fraccionadas	<ul style="list-style-type: none"> • B. totales: 1 mg /dl • B. directa: 0.30 mg/dl • B. indirecta: 0.70 mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> • B. totales: hasta 1 mg/dl • B. directa: 20-40% de BT • B. indirecta: 60-80% de BT 	Normal
Fosfatasa alcalina	90 U/l	Hasta 120 U/l	
GGT	37 U/l	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta 40 U/l (varones) • Hasta 28 U/l (mujeres) 	Normal



- Electrolitos**

EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACIÓN
Na ⁺	132 meq/l	135 – 145 meq/l	Normal
K ⁺	2.7 meq/l	3.5 – 5 meq/l	Hipokalemia
Cl ⁻	95 meq/l	95 – 105 meq/l	Normal
HCO ₃ ⁻	23 meq/l	22 – 26 meq/l	Normal

- Perfil lipídico**

EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACIÓN
Colesterol total	250 mg/100 cc	< 200 mg/100	Hipercolesterolemia
HDL - colesterol	36 mg/100 cc	> 30 mg/100	Normal
LDL - colesterol	184 mg/100 cc	< 150 mg/100	Elevado
triglicéridos	180 mg/100 cc	< 100 mg/100	Hipertrigliceridemia
Ácido úrico	7 mg/100 cc	≤ 7 mg/100	Normal



• **AGA**

EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACIÓN
pH	7.39	7.35 – 7.45	Normal
PaO ₂	75 mmHg	<ul style="list-style-type: none"> • 80 – 100 mmHg • 75 – 85 mm Hg (en ancianos) 	Hipoxemia
PaCO ₂	37 mmHg	35 – 45 mmHg	Normal .
SaO ₂	92%	> 95 %	Hipoxemia
HCO ₃ ⁻	23 meq/l	22 – 26 meq/l	Normal

• **Perfil de coagulación**

EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACIÓN
Recuento de plaquetas	300,000 /mm ³	200,000-400,000/ mm ³	Normal
Tiempo de coagulación	7 min	5 – 11 min	Normal
TPT	30 seg	23 – 43 seg	Normal
Tiempo de protrombina	12 seg	12 – 14 seg	Normal
INR	1.0	1 - 1.2	Normal

EKG: fibrilación auricular de respuesta ventricular controlada



IMAGENOLOGÍA:

- **Rx de pulmones:** refuerzo de la trama bronquial con infiltrados en base derecha
- **Rx de cráneo:** Sin lesiones óseas
- **TAC cerebral:** Edema cerebral en región parietal izquierda
- **Resonancia magnética:** Hipodensidad en región parietal izquierda

1.6 TRATAMIENTO MÉDICO

- NPO
- Posición semifowler (a 35°- 40°)
- SNG
- Mantenimiento hidroelectrolítico
- Con NaCl 9‰ x 1000 cc + KCl 20% x 10 cc c/ 12 h
- Losartán x 50 mg 01 tab. c/24 h
- Captopril x 25 mg 01 tab SL c/ PA ≥160/100 mmHg
- Ceftriaxona x 2 g EV c/24 h
- Clindamicina x 600 mg EV c/8 h
- Trombolisis

Con rt-PA (Alteplase) 8 mg EV en bolo durante 1 min, luego 70 mg en infusión continua durante 1 h

EDICAMENTO	VÍA	DOSIS	FRECUENCIA	MECANISMO DE ACCIÓN
Losartán x 50 mg	SNG	1 tab	c/24 h	Antihipertensivo bloquea receptor AT1
Captopril x 25 mg	SL	1 tab	Cond.	Antihipertensivo IECA
Ceftriaxona x 1 g	EV	2	c/24 h	Antibiótico bactericida



		amp		
Clindamicina x 600 mg	EV	1 amp	c/8 h	Antibiótico bacteriostático
rt-PA (Alteplasa)	EV	8 mg	Bolo x 1 min	Trombolítico
rt-PA (Alteplasa)	EV	70 mg	Infusión continua x 1 h	Trombolítico
NaCl 9‰ x 1000 cc + KCl 20% x 10 cc	EV	1 fco.	c/12 h	Fluidoterapia de mantenimiento
Reto de potasio	EV	1 amp en 100 cc SS	Pasar en 02 horas	Revertir hipokalemia

1.7 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad es de inicio brusco y de curso progresivo por lo que se debe someter precozmente a la trombolisis para disolver el coágulo de la arteria cerebral para reestablecer la circulación arterial de la zona cerebral afectada, siempre y cuando el paciente reúna las condiciones para ser sometido a este procedimiento.

Paciente en AREG, parcialmente orientado, hemodinámicamente estable. Fue sometido a trombolisis a los 90 min de su ingreso, tolerando el procedimiento. La evolución fue favorable, cediendo la disartria y leve mejoría de la fuerza muscular en hemisferio derecho.

MONITOREO NEUROLÓGICO Y DE FUNCIONES VITALES

	HORA	PA (PAM)	FC	FR	SpO2	ESCALA	
						GLASGOW	NIHSS
Al ingreso	22:30 h	130/80 (86.6)	103	24	92	14	11
1° hora Durante la trombolisis 00:00 h	A los 15 min	135/90 (105)	100	24	92	14	11
	A los 30 min	130/95 (107)	110	26	92	14	11
	A los 45 min	140/100 (113)	115	23	92	14	11
	A los 60 min	140/100 (113)	110	24	92	14	11
2° hora 01:00 h	A los 15 min	130/90 (103)	100	24	92	14	11
	A los 30 min	150/100 (117)	105	24	92	14	11
	A los 45 min	150/95 (113)	105	23	92	14	11
	A los 60 min	150/100 (117)	115	23	92	14	11



3° hora 02:00 h	A los30 min	140/100 (113)	118	22	92	15	8
	A los60 min	150/95 (113)	110	22	92	15	8
4° hora 03:00 h	A los30 min	160/100 (120)	110	22	92	15	8
	A los60 min	150/100 (117)	100	20	92	15	8
5° hora 04:00 h	A los30 min	150/100 (117)	100	20	92	15	8
	A los60 min	155/100 (118)	102	20	92	15	8
6° hora 05:00 h	A los30 min	150/100 (117)	104	20	94	15	8
	A los60 min	150/100 (117)	100	20	94	15	8
7° hora 06:00 h	A los30 min	140/95 (110)	102	20	94	15	8
	A los60 min	150/100 (117)	98	20	94	15	8
8° hora 07:00 h	A los30 min	150/100 (117)	104	20	94	15	8
	A los60 min	150/95 (113)	104	20	94	15	8



1.8 VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS Y CLASES

DOMINIOS	CLASES	DATOS DEL PACIENTE
<p>1. Promoción de la salud Reconocimiento del equilibrio o la normalidad de las funciones, junto con las tácticas utilizadas para preservar el control y fortalecer el bienestar o la normalidad de las funciones</p>	<p>1. Toma de conciencia de la salud Identificación del bienestar y la normalidad en el funcionamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades que padece: HTA, Dislipidemia • Sedentarismo • Ausencia de actividades recreativas
	<p>2. Gestión de la salud Detección, supervisión, implementación y coordinación de actividades para conservar la salud y el bienestar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos nocivos: alcohol (ocasional), tabaco (++) , café (++) • Conoce de la medicación que sigue • Cumple con sus citas médicas • Fecha de su último control médico: hace un mes
<p>2. Nutrición Procesos de consumo, absorción y conversión de los nutrientes con el fin de mantener los tejidos, repararlos y producir energía</p>	<p>1. Ingestión Entregar alimentos o nutrientes al cuerpo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BEN • Dentición incompleta, con presenciade caries • Incapacidad para ingerir alimentos • Náuseas y vómitos • Paciente en NPO, con SNG a gravedad



	<p>2. Digestión Acciones físicas y químicas que modifican los alimentos para hacerlos aptos para su absorción y asimilación.</p>	---
	<p>3. Absorción Proceso de absorber los nutrientes a través de los tejidos del cuerpo</p>	---
	<p>4. Metabolismo Reacciones físicas y químicas que se llevan a cabo en organismos y células vivas para generar protoplasma, producir desechos y energía, y liberar energía necesaria para las funciones vitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad
	<p>5. Hidratación Incorporación y asimilación de líquidos y electrolitos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BEH • Hipokalemia (K⁺: 2.7 meq/l)
<p>3. Eliminación e Intercambio Eliminación y excreción de los productos residuales corporales.</p>	<p>1. Función urinaria Ciclo de secreción, absorción y eliminación de orina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para miccionar • Colocación de sonda vesical



	<p>2. Función gastrointestinal</p> <p>Mecanismo de absorción y excreción de los productos resultantes de la digestión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deposiciones normales • Inmovilización física sobre la cama
	<p>3. Función tegumentaria</p> <p>Mecanismo de excreción y secreción dérmica</p>	
	<p>4. Función respiratoria</p> <p>Proceso de intercambio de oxígeno y dióxido de carbono, y eliminación de los productos finales del metabolismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad respiratoria • Disnea • Hipoxemia • SaO₂ : 92 % • PaO₂ : 70 mmHg (hipoxemia) • Incapacidad para eliminar secreciones de las vías aéreas • Estertores y crépitos en la auscultación pulmonar
<p>4. Actividad / Reposo</p> <p>Generación, ahorro, consumo o estabilidad de los recursos energéticos</p>	<p>1. Sueño/reposo</p> <p>Reposo, calma, tranquilidad, relajación o inactividad corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sueño alterado • intranquilo



	<p>2. Actividad/ejercicio Desplazamiento de las partes del cuerpo (movilidad), realizar tareas o ejecutar actividades, generalmente (aunque no siempre) bajo resistencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad en MSD y MID (hemiparesia derecha) • Dificultad para caminar
	<p>3. Equilibrio de la energía Condición de equilibrio dinámico entre la aportación y el consumo de recursos</p>	<p style="text-align: center;">---</p>
	<p>4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Mareos • Debilidad en MSD y MID (hemiparesia derecha) • Dificultad para caminar • Dificultad para hablar • Alteración en la deglución • Edema cerebral en TAC y RM • Dificultad respiratoria (disnea) • Sat O₂: 92%
	<p>5. Autocuidado Capacidad para llevar a cabo las actividades de autocuidado y mantenimiento de las funciones corporales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para ingerir alimentos • Incapacidad para realizarse el aseo e higiene personal • Incapacidad para hacer uso del orinal/inodoro • Incapacidad para vestirse



<p>5. Percepción / Cognición Mecanismo de procesamiento de información humana que comprende atención, percepción, cognición, sensación y comunicación.</p>	<p>1. Atención Atención mental para notar o observar algo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consciente
	<p>2. Orientación Conciencia del entorno temporal, espacial y social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Parcialmente orientado en tiempo, espacio, persona y situación
	<p>3. Sensación / percepción Captación de información mediante los sentidos (tacto, gusto, olfato, vista, audición y cenestesia), seguida de la interpretación de estos datos para identificar, asociar y reconocer patrones</p>	<p>---</p>



	<p>4. Cognición Aplicación de la memoria, el aprendizaje, el razonamiento, la resolución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y la comunicación.</p>	---
	<p>5. Comunicación Comunicar y percibir mensajes verbales y no verbales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para hablar (disartria)
<p>6. Autopercepción Percepción de uno mismo</p>	<p>1. Autoconcepto Visión global del propio ser o autopercepción total</p>	---
	<p>2. Autoestima Evaluación de la autoimportancia, capacidad, relevancia y éxito personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para afrontar la situación actual de salud • Expresiones de desesperación y poca confianza en su recuperación
	<p>3. Imagen corporal Representación mental del cuerpo propio.</p>	---



7. Rol / Relaciones Interacciones positivas y negativas entre personas o grupos y los medios utilizados para expresar estas asociaciones	1. Roles de cuidador Expectativas de comportamiento para los cuidadores informales que no son profesionales de la salud.	---
	2. Relaciones familiares Conexiones entre personas, ya sea por parentesco biológico o por elección.	<ul style="list-style-type: none"> • Vive con familiares • La fuente de apoyo es su familia • Adecuada relación afectiva con la familia • Adecuada relación afectiva con el personal
	3. Desempeño del rol Calidad de funcionamiento de acuerdo con los patrones socialmente esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Familiares niegan problemas de adaptación a la familia • Niegan antecedentes de alcoholismo y drogas • Comportamiento adecuado a los patrones socialmente aceptados
8. Sexualidad Orientación sexual, función reproductiva y sexualidad	1. Identidad sexual Condición de una persona en relación con su sexualidad y género	<ul style="list-style-type: none"> • Casado • Relación conyugal adecuada • Felicidad conyugal



	<p>2. Función sexual Capacidad física o emocional para participar en actos sexuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad sexual adecuada
	<p>3. Reproducción Proceso a través del cual se crea la vida humana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 04 hijos
<p>9. Afrontamiento / Tolerancia al estrés Manera de enfrentar los sucesos y cambios en la vida</p>	<p>1. Respuestas postraumáticas Respuestas frente a un evento traumático físico o emocional</p>	---
	<p>2. Respuestas de afrontamiento La gestión del estrés ambiental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nerviosismo • Inquietud • Preocupación • Trastornos del sueño • Temor • Se adapta al medio hospitalario • Familiares comprometidos
	<p>3. Estrés neurocomportamental Comportamientos que evidencian la función del cerebro y el sistema nervioso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se adapta al medio hospitalario



10. Principios vitales Fundamentos que respaldan el comportamiento, el pensamiento y las actitudes sobre actos, costumbres o instituciones consideradas auténticas o de valor inherente.	1. Valores Identificación y organización de los patrones de conducta deseados o estados finales	---
	2. Creencias Creeencias, juicios o valoraciones sobre prácticas, costumbres o instituciones percibidas como auténticas o de valor inherente.	<ul style="list-style-type: none"> Religión católica
	3. Congruencia entre valores/creencias/acciones El equilibrio logrado entre los principios, creencias y las acciones realizadas.	---
11. Seguridad / Protección Ausencia de peligro, lesión física Alteración del sistema inmune; prevención de las pérdidas y preservación de laprotección y seguridad	1. Infección Reacción del sistema del huésped a una invasión por gérmenes patógenos	<ul style="list-style-type: none"> Uso de sonda vesical Incapacidad para eliminar secreciones bronquiales
	2. Lesión física Lesión o daño corporal	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la fuerza física Deterioro de la movilidad física Incapacidad para deglutir Inmovilización física sobre la cama Tos



		<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para eliminar secreciones de las vías aéreas • Presencia de estertores en HTD • Empleo de fibrinolítico (rt-PA)
3. Violencia	Uso excesivo de fuerza o poder que cause daño o abuso	---
4. Peligros del entorno	Riesgos presentes en el entorno ambiental	---
5. Procesos defensivos	Métodos mediante los cuales la persona se resguarda de influencias externas	<ul style="list-style-type: none"> • Niega alergias medicamentosas
6. Termorregulación	Regulación fisiológica de la temperatura y energía en el cuerpo para salvaguardar el organismo.	---



12. Confort Estado de tranquilidad y comodidad y/o la falta de dolor	1. Confort físico Percepción de comodidad y bienestar sin dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Náuseas y vómitos
	2. Confort del entorno Percepción de confort o bienestar en el entorno propio	<ul style="list-style-type: none"> • Se adapta al medio hospitalario
	3. Confort social Sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Se adapta al medio hospitalario
13. Crecimiento / Desarrollo Crecimiento físico, maduración de los órganos y sistemas, y/o avance en las etapas de desarrollo conforme a la edad	1. Crecimiento Aumento en el tamaño físico o evolución de los sistemas corporales	NO APLICABLE
	2. Desarrollo Desarrollo o retroceso mediante una sucesión de momentos clave en la vida	



1.9. ESQUEMA DE VALORACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: Ricardo Baca Condori **EDAD:** 66 años

SERVICIO: Emergencia (Observación Medicina)

DIAGNÓSTICO: ACV isquémico

DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<ul style="list-style-type: none"> Hemiparesia derecha Dificultad para caminar Edema cerebral en la TAC y RM 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 4:</u> Actividad/Reposo <u>Clase 4:</u> Respuestas cardiovasculares/pulmonares 	<ul style="list-style-type: none"> La isquemia produce lesión de las áreas encefálicas, a nivel del homúnculo de Penfield, que inervan las extremidades derechas ocasionando la hemiparesia derecha y la dificultad para caminar La isquemia cerebral produce lesión y edema cerebral por la hipoxia 	Perfusión tisular inefectiva: cerebral (00024)	Interrupción del flujo arterial cerebral
DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<ul style="list-style-type: none"> Hipoxemia (PaO₂: 70 mmHg – Sat O₂:92%) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 3:</u> Eliminación e intercambio <u>Clase 4:</u> Función respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> El tejido circundante al área necrótica (zona de penumbra isquémica) se encuentra en hipoxia lo que ocasiona la acidosis metabólica por producción de ácido láctico 	Deterioro del intercambio gaseoso(00030)	<ul style="list-style-type: none"> Acúmulo de secreciones en los alveolos pulmonares Alteración en la relación Ventilación/perfusión



		<ul style="list-style-type: none"> El proceso bronconeumónico altera la hematosis y condicionala hipoxemia 		
DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<ul style="list-style-type: none"> Tos Incapacidad para eliminar secreciones de las vías aéreas Presencia de estertores en HTD 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 11:</u> Seguridad / Protección <u>Clase 2:</u> Lesión Física 	Los cilios de los bronquios, que son las que movilizan las secreciones hacia el exterior, no actúan en la inmovilización física sobre la cama	Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)	<ul style="list-style-type: none"> Infección respiratoria Retención de las secreciones Inmovilización física sobre la cama
DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> Dificultad respiratoria (disnea) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 4:</u> Actividad/Reposo <u>Clase 4:</u> Respuestas cardiovasculares / pulmonares 	La infección respiratoria y las secreciones retenidas dificultan el pasaje del aire por las vías aéreas y alteran la frecuencia respiratoria, ocasionando la dificultad respiratoria y modificando el patrón respiratorio	Patrón respiratorio ineficaz (00032)	<ul style="list-style-type: none"> Infección respiratoria Retención de las secreciones



DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<ul style="list-style-type: none"> Hipokalemia (K⁺: 2.7 meq/l) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 2:</u> Nutrición <u>Clase 5:</u> Hidratación 	<ul style="list-style-type: none"> El contenido gástrico contiene un promedio de 10 meq K⁺/l, lo que condiciona la hipokalemia en los casos de vómitos persistentes Los ancianos suelen ser hipokalémicos por el bajo aporte de potasio en la dieta, por lo que ante cualquier episodio de vómitos, esta hipokalemia se acentúa 	Desequilibrio electrolítico	<ul style="list-style-type: none"> Vómitos Bajo aporte de K⁺ en la dieta
DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para ingerir alimentos (disfagia) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 2:</u> Nutrición <u>Clase 1:</u> Ingestión 	<ul style="list-style-type: none"> La lesión de las áreas encefálicas que inervan los músculos de la deglución produce la disfagia, por lo cual presentan incapacidad para ingerir alimentos 	Deterioro de la deglución (00103)	Incoordinación de músculos faríngeos, secundario a daño cerebral



DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad paradeglutir 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 11:</u> seguridad / Protección <u>Clase 2:</u> lesión física 	<ul style="list-style-type: none"> La lesión de las áreas encefálicas que inervan los músculos de la deglución producen alteración del acto de deglutir, por lo que al ingerir líquidos o alimentos, se corre el riesgo de que éstos pasen a las vías aéreas 	Riesgo de aspiración (00039)	<ul style="list-style-type: none"> Alteración de la deglución
DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<ul style="list-style-type: none"> Cefalea Inquietud 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 12:</u> Confort <u>Clase 1:</u> Confort físico 	<ul style="list-style-type: none"> La interrupción del flujo arterial cerebral ocasiona edema cerebral por la hipoxia, causando hipertensión intracraneal, lo que condiciona la cefalea 	Dolor agudo (00132)	<ul style="list-style-type: none"> Daño de estructuras neuronales Edema cerebral Hipertensión intracraneal
DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> Empleo del fibrinolítico Alteplasa (rt-PA) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 11:</u> seguridad / Protección <u>Clase 2:</u> lesión física 	<ul style="list-style-type: none"> Como efecto secundario, el medicamento puede producir hemorragia cerebral y en otros órganos 	Riesgo de sangrado (00206)	<ul style="list-style-type: none"> Efectos secundarios relacionados con el uso del fibrinolítico (rt-PA)



DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad en MSD y MID (hemiparesia derecha) • Dificultad paracaminar 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dominio 4:</u> Actividad/reposo • <u>Clase 2:</u> Actividad/ejercicio 	La lesión en hemisferio cerebral izquierdo, a nivel de homúnculo de Penfield, determina la afección del hemicuerpo derecho	Deterioro de la movilidad física(00085)	Disminución de la fuerza muscular en extremidades derechas, secundaria a lesión cerebral
DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad paramiccionar 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dominio 3:</u> Eliminación e intercambio • <u>Clase 1:</u> Función urinaria 	La hipertrofia de la próstata causa obstrucción en la uretra proximal impidiendo el vaciamiento completo de la vejiga, llegando a obstruir totalmente la uretra, produciendo anuria	Retención urinaria(00023)	<ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción anatómica(Hipertrofia prostática)
DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> • Colocación desonda vesical 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dominio 11:</u> Seguridad / protección • <u>Clase 1:</u> Infección 	Los procedimientos invasivos (cateterismo, sondas, etc.) sobretodo en un ambiente hospitalario predisponen a las	Riesgo de infección(00004)	<ul style="list-style-type: none"> • Colocación de sondavesical



		infecciones		
DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para hablar (disartria) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 5:</u> Percepción / cognición <u>Clase 5:</u> Comunicación 	La lesión de las áreas encefálicas que inervan los músculos de la fonación produce la disartria	Deterioro de la comunicación verbal (00051)	<ul style="list-style-type: none"> Interrupción del flujo arterial cerebral
DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para ingerir alimentos (disfagia) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 4:</u> Actividad/reposo <u>Clase 5:</u> Autocuidado 	La incoordinación de los músculos de la deglución, ocasionada por la lesión cerebral, incapacita al paciente para poder deglutir los alimentos	Déficit de autocuidado en la alimentación (00102)	Alteración de la deglución
DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para realizarse el aseo e higiene personal 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 4:</u> Actividad/reposo <u>Clase 5:</u> Autocuidado 	La limitación física, ocasionada por la lesión cerebral, inhabilita al paciente para realizar las actividades de aseo y cuidado de su propio cuerpo	Déficit de autocuidado en el baño/higiene (00108)	Limitación física por lesión cerebral



DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad paravestirse y arreglarse 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 4:</u> Actividad/reposo <u>Clase 5:</u> Autocuidado 	La limitación física, ocasionada por la lesión cerebral, inhabilita al paciente para poder vestirse por sí mismo	Déficit de autocuidado en el vestido/acicalamiento (00109)	Limitación física por lesión cerebral
DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad parahacer uso del orinal/inodoro 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 4:</u> Actividad/reposo <u>Clase 5:</u> Autocuidado 	La limitación física, ocasionada por la lesión cerebral, inhabilita al paciente para desplazarse a los servicios higiénicos y hacer uso del inodoro por sí mismo	Déficit de autocuidado en el uso del orinal/inodoro (00110)	Limitación física por lesión cerebral
DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<ul style="list-style-type: none"> Expresiones de desesperación y poca confianza en su recuperación 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 6:</u> Auto percepción <u>Clase 2:</u> Autoestima 	La valoración de su propia valía disminuye cuando percibe que sus capacidades físicas han disminuido	Baja autoestima situacional (00120)	Limitación física por lesión cerebral



DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> Inmovilización física sobre lacama 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 3:</u> Eliminación e intercambio <u>Clase 2:</u> Función gastrointestinal 	Las ondas II, que son las que determinan el peristaltismo del intestino, no actúan en la Inmovilización física prolongada sobre la cama	Riesgo de estreñimiento (00015)	Inmovilización físicasobre la cama
DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTORES DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> Inmovilización física sobre lacama 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 11:</u> Seguridad / protección <u>Clase 2:</u> Lesiónfísica 	La isquemia producida por la presión prolongada de las prominencias óseas sobre la superficie de la cama condiciona la formación de las úlceras por presión	Riesgo de lesión por presión en el adulto (00304)	<ul style="list-style-type: none"> Inmovilización física sobre la cama por tiempo prolongado Factores mecánicos (presión y cizallamiento) Alteraciones en la sensibilidad
DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la fuerza 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 11:</u> Seguridad / protección <u>Clase 2:</u> Lesiónfísica 	La poca estabilidad al moverse en la cama, condicionada por la disminución de la fuerza, predisponen al riesgo de sufrir caídas	Riesgo de caídas en el adulto (00303)	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la movilidadfísica Disminución de la fuerza



DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<ul style="list-style-type: none"> Inquietud Nerviosismo Preocupación Trastornos del sueño 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 9:</u> Afrontamiento / tolerancia al stress <u>Clase 2:</u> Respuestas de afrontamiento 	Ante la percepción de que su vida futura va a cambiar por la lesión que padece, presenta reacciones de angustia y aflicción	Ansiedad (00146)	<ul style="list-style-type: none"> Situación de salud actual Estrés



CAPITULO II

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Cefalea
- Mareos
- Debilidad en MSD y MID (hemiparesia derecha)
- Dificultad para caminar
- Dificultad para hablar (disartria)
- Alteración de la deglución (disfagia)
- Edema cerebral en TAC y RM
- Tos
- Incapacidad para eliminar secreciones de las vías aéreas
- Presencia de estertores y crépitos en ACP
- Disnea
- Hipoxemia (PaO₂: 70 mm Hg – Sat O₂: 92%)
- Hipokalemia
- Incapacidad para ingerir alimentos
- Incapacidad para realizarse el aseo e higiene personal
- Incapacidad para vestirse y arreglarse
- Incapacidad para hacer uso del orinal/inodoro



- Incapacidad para afrontar la situación actual de salud
- Poca confianza en su recuperación
- Paciente se muestra preocupado, temeroso y con nerviosismo
- Preocupación por su situación de salud
- Trastornos del sueño
- Colocación de sonda vesical
- Inmovilización física sobre la cama
- Actividad física limitada
- Obesidad

2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN ANÁLISIS DE DATOS

SIGNIFICATIVOS

- **Perfusión tisular ineficaz: cerebral**
 - a. Dominio 4: Actividad/reposo
 - b. Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares
 - c. Código: 00024
 - d. Factor relacionado: Interrupción del flujo arterial cerebral
- **Deterioro del intercambio gaseoso**
 - a. Dominio 3: Eliminación e intercambio
 - b. Clase 4: Función respiratoria
 - c. Código: 00030
 - d. Factores relacionados:
 - Acúmulo de secreciones en los alveolos pulmonares
 - Alteración en la relación Ventilación/Perfusión
- **Limpieza ineficaz de las vías aéreas**
 - a. Dominio 11: Seguridad/Protección



- b. Clase 2: Lesión física
- c. Código: 00031
- d. Factores relacionados:
 - Infección respiratoria
 - Retención de secreciones
 - Inmovilización física sobre la cama
- **Patrón respiratorio ineficaz**
 - a. Dominio 4: Actividad/Reposo
 - b. Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares
 - c. Código: 00032
 - d. Factores relacionados:
 - Infección respiratoria
 - Retención de secreciones
- **Desequilibrio electrolítico**
 - a. Dominio 2: Nutrición
 - b. Clase 5: Hidratación
 - c. Código: s/c
 - d. Factores relacionados:
 - Vómitos
 - Bajo aporte de K^+ en la dieta
- **Deterioro de la deglución**
 - a. Dominio 2: Nutrición
 - b. Clase 1: Ingestión
 - c. Código: 00103
 - d. Factor relacionado: Incoordinación de músculos faríngeos,



secundario a daño cerebral

- **Riesgo de aspiración**

- a. Dominio 11: Seguridad/Protección
- b. Clase 2: Lesión física
- c. Código: 00039
- d. Factor de riesgo: Alteración de la deglución

- **Dolor agudo: cefalea**

- a. Dominio 12: Confort
- b. Clase 1: Confort físico
- c. Código: 00132
- d. Factores relacionados:
 - Daño de estructuras neuronales
 - Hipertensión intracraneal
 - Edema cerebral

- **Riesgo de sangrado**

- a. Dominio 11: Seguridad/Protección
- b. Clase 2: Lesión física
- c. Código: 00206
- d. Factor de riesgo: Efectos secundarios relacionados con el uso del fibrinolítico (rt-PA)

- **Deterioro de movilidad física**

- a. Dominio 4: Actividad/reposo
- b. Clase 2: Actividad/ejercicio
- c. Código: 00085
- d. Factores relacionados: Disminución de la fuerza muscular en extremidades



derechas secundaria a lesión cerebral

- **Retención urinaria**

- a. Dominio 3: Eliminación e intercambio
- b. Clase 1: Función urinaria
- c. Código: 00023
- d. Factor relacionado: Obstrucción anatómica (Hiperplasia benigna de próstata)

- **Riesgo de infección**

- a. Dominio 11: Seguridad/protección
- b. Clase 1: Infección
- c. Código: 00004
- d. Factor relacionado: Colocación de sonda vesical

- **Deterioro de la comunicación verbal**

- a. Dominio 5: Percepción/cognición
- b. Clase 5: Comunicación
- c. Código: 00051
- d. Factor relacionado: Interrupción del flujo arterial cerebral

- **Déficit de autocuidado en la alimentación**

- a. Dominio 4: Actividad/reposo
- b. Clase 5: Autocuidado
- c. Código: 00102
- d. Factor relacionado: Alteración de la deglución

- **Déficit de autocuidado en el baño/higiene**

- a. Dominio 4: Actividad/reposo
- b. Clase 5: Autocuidado
- c. Código: 00108



- d. Factor relacionado: Limitación física por lesión cerebral
 - **Déficit de autocuidado en el vestido/acicalamiento**
 - a. Dominio 4: Actividad/reposo
 - b. Clase 5: Autocuidado
 - c. Código:00109
 - d. Factor relacionado: Limitación física por lesión cerebral
 - **Déficit de autocuidado en el uso del orinal/inodoro**
 - a. Dominio 4: Actividad/reposo
 - b. Clase 5: Autocuidado
 - c. Código: 00110
 - d. Factor relacionado: Limitación física por lesión cerebral
 - **Baja autoestima situacional**
 - a. Dominio 6: Autopercepción
 - b. Clase 2: Autoestima
 - c. Código: 00120
 - d. Factor relacionado: Limitación física por lesión cerebral
 - **Riesgo de estreñimiento**
 - a. Dominio 3: Eliminación e intercambio
 - b. Clase 2: Función gastrointestinal
 - c. Código: 00015
 - d. Factor de riesgo: Inmovilización física sobre la cama
 - **Riesgo de lesión por presión en el adulto**
 - a. Dominio 11: Seguridad/protección
 - b. Clase 2: Lesión física
 - c. Código: 00304



- d. Factores de riesgo:
 - Inmovilización física sobre la cama por tiempo prolongado
 - Factores mecánicos (presión y cizallamiento)
 - Alteraciones en la sensibilidad
- **Riesgo de caídas en el adulto**
- a. Dominio 11: Seguridad/protección
- b. Clase 2: Lesión física
- c. Código: 00303
- d. Factores de riesgo:
 - Deterioro de la movilidad física
 - Disminución de la fuerza
- **Ansiedad**
- a. Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al stress
- b. Clase 2: Respuesta de afrontamiento
- c. Código: 00146
- d. Factores relacionados:
 - Situación de salud actual
 - Estrés



2.3 ESQUEMA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL PACIENTE: Ricardo Baca Condori **EDAD:** 66 años

SERVICIO: Emergencia (Observación Medicina)

DIAGNÓSTICO MÉDICO: ACV isquémico

RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> Cefalea Debilidad en MSD yMID Dificultad para caminar Dificultad para hablar Dificultad para deglutir 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 4:</u> Actividad/Reposo <u>Clase 4:</u> Respuestas cardiovasculares/pulmonares 	X		X		<ul style="list-style-type: none"> Cefalea Mareos Debilidad en MSD yMID (hemiparesia derecha) Dificultad para caminar Dificultad para hablar Alteración en la deglución Edema cerebral enTAC y RM 	Perfusión tisular inefectiva: cerebral (00024)



RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad respiratoria (Disnea) • Hipoxemia 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dominio 3</u>: Eliminación e intercambio • <u>Clase 4</u>: Función respiratoria 	X		X		<ul style="list-style-type: none"> • Estertores y crépitosen la auscultación pulmonar • Disnea • SaO2 : 92 % • PaO2 : 70 mm Hg(hipoxemia) 	Deterioro del intercambio gaseoso (00030)
RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> • Tos • Incapacidad para eliminar secreciones 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dominio 11</u>:seguridad / Protección • <u>Clase 2</u>: lesión física 	X		X		<ul style="list-style-type: none"> • Tos • Incapacidad para eliminar secrecionesDe los conductos de aire • Presencia de estertores en HTD 	Limpieza ineficaz de lasvías aéreas (00031)
RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		



			REAL	POTENCIAL	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> Dificultad respiratoria (disnea) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 4:</u> Actividad/Reposo <u>Clase 4:</u> 	X		X		<ul style="list-style-type: none"> Dísnea Sat O₂: 92% 	Patrón respiratorio ineficaz (00032)
	Respuestas cardiovasculares/pulmonares						
RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	CONDICIONANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> K⁺ : 2.7 meq/l 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 2:</u> Nutrición <u>Clase 5:</u> Hidratación 	X		X		<ul style="list-style-type: none"> K⁺ : 2.7 meq/l (hipokalemia) 	Desequilibrio electrolítico
RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	CONDICIONANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para ingerir alimentos (disfagia) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 2:</u> Nutrición <u>Clase 1:</u> Ingestión 	X		X		<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para ingerir alimentos (disfagia) 	Deterioro de la deglución (00103)



RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad paradeglutir 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 11</u>:seguridad / Protección <u>Clase 2</u>: lesión física 		X		X		Riesgo de aspiración(00039)
RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> Cefalea Inquietud 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 12</u>: Confort <u>Clase 1</u>: Confort físico 	X		X		<ul style="list-style-type: none"> Inquietud Expresiones facialesde dolor malestar 	Dolor agudo - Cefalea (00132)
RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> Empleo del fibrinolítico (rt-PA) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 11</u>:seguridad / Protección <u>Clase 2</u>: lesión física 		X		X	---	Riesgo de sangrado(00206)



RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad en MSD yMID (hemiparesia derecha) • Dificultad para caminar 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dominio 4</u>: Actividad/reposo • <u>Clase 2</u>: Actividad/ejercicio 	X		X		<ul style="list-style-type: none"> • Hemiparesia derecha • Alteración de la marcha 	Deterioro de la movilidad física (00085)
RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA REAL	POTENCIAL	FACTOR RELACIONADO DETERMINANTE	CONDICIONANTE	EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para miccionar 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dominio 3</u>: Eliminación e intercambio • <u>Clase 1</u>: Funciónurinaria 	X		X		<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para miccionar 	Retención urinaria(00023)
RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA REAL	POTENCIAL	FACTOR RELACIONADO DETERMINANTE	CONDICIONANTE	EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<ul style="list-style-type: none"> • Colocación de sonda vesical 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dominio 11</u>: Seguridad / protección 		X		X	---	Riesgo de infección(00004)



	Clase 1: Infección						
RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para hablar (disartria) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 5</u>: Percepción / cognición <u>Clase 5</u>: Comunicación 	X		X		<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para hablar (disartria) 	Deterioro de la comunicación verbal(00051)
RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para ingerir alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 4</u>: Actividad / reposo <u>Clase 5</u>: Autocuidado 	X		X		<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para ingerir alimentos 	Déficit de autocuidado en la alimentación (00102)
RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		



<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para realizarse el aseo e higiene personal 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 4</u>: Actividad / reposo <u>Clase 5</u>: Autocuidado 	X		X		<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para realizarse el aseo e higiene personal 	Déficit de autocuidado en el baño/higiene (00108)
RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para vestirse y arreglarse 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 4</u>: Actividad / reposo <u>Clase 5</u>: Autocuidado 	X		X		<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para vestirse y arreglarse 	Déficit de autocuidado en el vestido/acicalamiento (00109)
RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para hacer uso del orinal/inodoro 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 4</u>: Actividad / reposo <u>Clase 5</u>: Autocuidado 	X		X		<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para hacer uso del orinal/inodoro 	Déficit de autocuidado en el uso del orinal/inodoro (00110)



RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> Expresiones de desesperación y poca confianza ensu recuperación 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 6</u>: Autopercepción <u>Clase 2</u>: Autoestima 	X			X	<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para afrontar la situación actual de salud Expresiones de desesperación y poca confianza ensu recuperación 	Baja autoestima situacional (00120)
RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> Inmovilización física sobre lacama 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 3</u>: Eliminación e intercambio <u>Clase 2</u>: Función gastrointestinal 		X		X	---	Riesgo de estreñimiento (00015)



RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la fuerza 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio</u> 11: Seguridad / protección <u>Clase</u> 2: Lesión física 		X		X		Riesgo de caídas en el adulto (00303)
RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> Inmovilización física sobre la cama 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio</u> 11: Seguridad / protección <u>Clase</u> 2: Lesión física 		X		X	---	Riesgo de lesión por presión en el adulto (00304)



RACIMO O DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<ul style="list-style-type: none"> Nerviosismo Preocupación 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dominio 9:</u> Afrontamiento / tolerancia al stress <u>Clase 2:</u> Respuestas de afrontamiento 	X			X	<ul style="list-style-type: none"> Inquietud Nerviosismo Preocupación Trastornos del sueño 	Ansiedad (00146)

CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN

3.1 ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

PROBLEMAS	DATOS
1. Perfusión tisular cerebral inefectiva (00024)	<ul style="list-style-type: none">• Cefalea• Mareos• Debilidad en MSD y MID (hemiparesiaderecha)• Dificultad para caminar• Dificultad para hablar• Alteración en la deglución• Edema cerebral en TAC y RM
2. Deterioro del intercambio gaseoso (00030)	<ul style="list-style-type: none">• Estertores y crépitos en la auscultación pulmonar• Disnea• SaO₂ : 92 %• PaO₂ : 70 mm Hg (hipoxemia)
3. Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)	<ul style="list-style-type: none">• Tos• Incapacidad para eliminar secreciones de las vías aéreas• Presencia de estertores en HTD
4. Patrón respiratorio ineficaz (00032)	<ul style="list-style-type: none">• Dificultad respiratoria (disnea)• Sat O₂: 92%
5. Desequilibrio electrolítico	<ul style="list-style-type: none">• K⁺ : 2.7 meq/l (hipokalemia)



6. Deterioro de la deglución (00103)	<ul style="list-style-type: none">• Incapacidad para ingerir alimentos (disfagia)
7. Riesgo de aspiración (00039)	<ul style="list-style-type: none">• Incapacidad para deglutir
8. Dolor agudo (cefalea) (00132)	<ul style="list-style-type: none">• Inquietud• Expresiones faciales de dolor• Malestar
9. Riesgo de sangrado (00206)	<ul style="list-style-type: none">• Empleo del fibrinolítico (rt-PA)
10. Deterioro de la movilidad física (00085)	<ul style="list-style-type: none">• Debilidad en MSD y MID (hemiparesiaderecha)• Dificultad para caminar
11. Retención urinaria (00023)	<ul style="list-style-type: none">• Dificultad para miccionar• Anuria
12. Riesgo de infección (00004)	<ul style="list-style-type: none">• Colocación de sonda vesical
13. Deterioro de la comunicación verbal(00051)	<ul style="list-style-type: none">• Dificultad para hablar
14. Déficit de autocuidado en la alimentación (00102)	<ul style="list-style-type: none">• Incapacidad para ingerir alimentos
15. Déficit de autocuidado en el baño/higiene personal (00108)	<ul style="list-style-type: none">• Incapacidad para realizarse el aseo e higiene personal
16. Déficit de autocuidado en el vestido /acicalamiento (00109)	<ul style="list-style-type: none">• Incapacidad para vestirse y arreglarse
17. Déficit de autocuidado en el uso del orinal/inodoro (00110)	<ul style="list-style-type: none">• Incapacidad para hacer uso del orinal/inodoro
18. Baja autoestima situacional (00120)	<ul style="list-style-type: none">• Incapacidad para afrontar la situación actual de salud• Expresiones de desesperación y poca confianza en su recuperación
19. Riesgo de estreñimiento (00015)	<ul style="list-style-type: none">• Inmovilización física sobre la cama



20. Riesgo de caídas en el adulto (00303)	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la movilidad física • Disminución de la fuerza • Períodos de agitación
21. Riesgo de lesión por presión en el adulto (00304)	<ul style="list-style-type: none"> • Inmovilización física sobre la cama
22. Ansiedad (00146)	<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud • Nerviosismo • Preocupación • Trastornos del sueño

3.2 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS
<p>1. Perfusión tisular cerebral inefectiva(00024)</p> <p>R/C Interrupción del flujo arterial cerebral</p> <p>E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Mareos • Debilidad en MSD y MID (hemiparesia derecha) 	<p>1. Mejorar la perfusión tisular cerebral (0406)</p> <p>2. Mejorar el estado circulatorio (0401)</p> <p>3. Reperfundir el área dañada mediante trombolisis (2301)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para caminar • Dificultad para hablar • Alteración en la deglución (disfagia) • Edema cerebral en TAC y RM 	



<p>2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas(00031)</p> <p style="text-align: center;">R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección respiratoria • Retención de las secreciones • Inmovilización física sobre la cama <p style="text-align: center;">E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos • Incapacidad para eliminar secreciones de las vías aéreas • Presencia de estertores en ACP 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias (0410) 2. Controlar la severidad de la infección (0706)
<p>3. Patrón respiratorio ineficaz (00032)</p> <p style="text-align: center;">R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección respiratoria • Retención de las secreciones <p style="text-align: center;">E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad respiratoria (disnea) • Sat O2: 92% 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias (0410) 2. Mejorar la ventilación (0403) 3. Mejorar el intercambio gaseoso (0402)
<p>4. Deterioro del intercambio gaseoso (00030)</p> <p style="text-align: center;">R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acúmulo de secreciones en los alveolospulmonares • Alteración en la relación Ventilación/Perfusión <p style="text-align: center;">E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estertores y crépitos en la auscultación pulmonar • Dísnea • SaO2 : 92 % • PaO2 : 70 mmHg (hipoxemia) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener el intercambio gaseoso adecuado (0402)



<p>5. Desequilibrio electrolítico</p> <p style="text-align: center;">R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vómitos • Bajo aporte de K^+ en la dieta 	<p>1. Restituir y mantener el equilibrio electrolítico y ácido-base (0600)</p> <p>2. Determinar la severidad de las náuseas y vómitos (2107)</p>
<p style="text-align: center;">E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • K^+ : 2.7 meq/l (hipokalemia) 	<p>3. Controlar las náuseas y vómitos (1618)</p>
<p>6. Deterioro de la deglución (00103)</p> <p style="text-align: center;">R/C</p> <p>Incoordinación de músculos faríngeos, secundario a daño cerebral</p> <p style="text-align: center;">E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para ingerir alimentos (disfagia) 	<p>1. Control de la aspiración (1918)</p> <p>2. Obtener respuesta adecuada a la medicación fibrinolítica: recuperación paulatina de la deglución (2301)</p> <p>3. Mejorar el estado de deglución (1010)</p>
<p>7. Riesgo de aspiración (00039)</p> <p style="text-align: center;">F/R</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la deglución 	<p>1. Control del riesgo (1902)</p> <p>2. Control de la aspiración (1918)</p> <p>3. Mejorar el estado de la deglución (1010)</p> <p>4. Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias (0410)</p>
<p>8. Dolor agudo – Cefalea (00132)</p> <p style="text-align: center;">R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daño de estructuras neuronales • Edema cerebral • Hipertensión intracraneal <p style="text-align: center;">E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud • Expresiones faciales de dolor • Malestar 	<p>1. Control del dolor (1605)</p> <p>2. Disminuir el nivel del dolor (2102)</p>
<p>9. Riesgo de sangrado (00206)</p> <p style="text-align: center;">F/R</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios relacionados con el uso del fibrinolítico (rt-PA) 	<p>1. Control del riesgo de sangrado (1902)</p> <p>2. Mantener la funciones vitales (0802)</p>



<p>10. Deterioro de la movilidad física (00085)</p> <p style="text-align: center;">R/C</p> <p>Disminución de la fuerza muscular en extremidades derechas, secundario a lesión cerebral</p> <p style="text-align: center;">E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemiparesia derecha • Dificultad para caminar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar el nivel de movilidad (0208) 2. Obtener respuesta adecuada a la medicación fibrinolítica: recuperación paulatina del movimiento muscular (2301)
<p>11. Retención urinaria (00023)</p> <p style="text-align: center;">R/C</p> <p>Obstrucción anatómica (Hipertrofia benigna de próstata)E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para miccionar • Distensión vesical • Anuria 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lograr la eliminación urinaria (0503)
<p>12. Riesgo de infección (00004)</p> <p style="text-align: center;">F/R</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocación de sonda vesical 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control del riesgo de infección (1924) 2. Evitar severidad de infecciones (0703)
<p>13. Deterioro de la comunicación verbal (00051)</p> <p style="text-align: center;">R/C</p> <p>Disminución de la circulación cerebral</p> <p style="text-align: center;">E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para hablar (disartria) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la comunicación expresiva (0903) 2. Mejorar la comunicación receptiva (0904)
<p>14. Déficit de autocuidado en la alimentación (00102)</p> <p style="text-align: center;">R/C</p> <p>Alteración de la deglución</p> <p style="text-align: center;">E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para ingerir alimentos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar los autocuidados en la alimentación (0303) 2. Mantener un adecuado estado nutricional(1004)



<p>15. Déficit de autocuidado en el baño/higiene (00108) R/C Limitación física por lesión cerebral E/P</p> <ul style="list-style-type: none">• Incapacidad para realizarse el aseo e higiene personal	<ol style="list-style-type: none">1. Mejorar los autocuidados en el baño (0301)2. Mejorar los autocuidados en la higiene (0305)
<p>16. Déficit de autocuidado en el vestido/acicalamiento (00109) R/C Limitación física por lesión cerebral E/P</p> <ul style="list-style-type: none">• Incapacidad para vestirse y arreglarse	<ol style="list-style-type: none">1. Mejorar los autocuidados en el vestir (0302)
<p>17. Déficit de autocuidado en el uso del orinal/inodoro (00110) R/C Limitación física por lesión cerebral E/P</p> <ul style="list-style-type: none">• Incapacidad para hacer uso del orinal/inodoro	<ol style="list-style-type: none">2. Mejorar los autocuidados en uso del orinal/inodoro (0310)
<p>18. Baja autoestima situacional (00120) R/C Limitación física por lesión cerebral E/P</p> <ul style="list-style-type: none">• Incapacidad para afrontar la situación actual de salud• Expresiones de desesperación y poca confianza en su recuperación	<ol style="list-style-type: none">1. Mejorar la autoestima (1205)2. Mejorar la imagen corporal (1200)3. Lograr la aceptación de su estado actual (1300)4. Lograr la adaptación a la discapacidad física (1308)
<p>19. Riesgo de estreñimiento(00015) F/R</p> <ul style="list-style-type: none">• Inmovilización física sobre la cama	<ol style="list-style-type: none">1. Lograr una adecuada eliminación intestinal (0501)



<p>20. Riesgo de caídas en el adulto (00303)</p> <p style="text-align: center;">F/R</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la movilidad física • Disminución de la fuerza 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control del riesgo (1902) 2. Prevenir las caídas (1909) 3. Evaluar posibilidad de caídas (1912)
<p>21. Riesgo de lesión por presión en el adulto (00304)</p> <p style="text-align: center;">F/R</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmovilización física sobre la cama • Factores mecánicos (presión y cizallamiento) • Alteraciones en la sensibilidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control del riesgo (1902) 2. Mantener la integridad tisular de la piel y membranas mucosas (1101)
<p>22. Ansiedad(000146)</p> <p style="text-align: center;">R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación de salud actual • Estrés <p style="text-align: center;">E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud • Nerviosismo • Preocupación • Trastornos del sueño 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir el nivel de ansiedad (1211) 2. Lograr el afrontamiento del problema (1302) 3. Lograr la aceptación de su estado de salud (1300) 4. Lograr el autocontrol de la ansiedad (1402) 5. Mejorar el sueño (0004)



3.3 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: Ricardo Baca Condori

EDAD: 66 años

SERVICIO: Emergencia (Observación Medicina)

DIAGNÓSTICO MÉDICO: ACV isquémico

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																		
<p>1. Perfusión tisular inefectiva: cerebral (00024)</p> <p>R/C Interrupción del flujo arterial cerebral</p> <p>E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefalea Mareos Debilidad en MSDy MID (hemiparesia derecha) Dificultad para caminar Dificultad para hablar Alteración en la deglución 	<p>1. Mejorar la perfusión tisular cerebral (0406)</p> <p>Indicadores:</p> <p>1.1 Cefalea 1.2 Inquietud 1.3 Vómito 1.4 PAS 1.5 PAD 1.6 PAM</p> <p>2. Mejorar el estado circulatorio (0401)</p> <p>Indicadores:</p> <p>2.1 PAS 2.2 PAD 2.3 PAM</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados de Enfermería antes, durante y después de la trombolisis <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Posición semifowler (30-45°) Registro permanente del CFV (PA, PAM, FC, FR, T° y SpO2) Valoración de la circulación periférica: calor y Aspecto del lecho ungueal y flujo capilar) Balance hídrico estricto Informar al paciente y a su familia sobre el procedimiento Brindar apoyo emocional <ul style="list-style-type: none"> Manejo de la terapia trombolítica (4270) 	<ul style="list-style-type: none"> Los cuidados de Enfermería antes, durante y después de la trombolisis, permiten realizar el procedimiento en forma segura para el paciente y detectar oportunamente cualquier complicación que pudiera presentarse. En el manejo de la terapia trombolítica, el principio activo del trombolítico utilizado en el paciente es la alteplasa (t-PA), una 	<ul style="list-style-type: none"> Se asignará una puntuación a cada indicador según la valoración inicial, utilizando una escala de medición que permita evaluar el resultado esperado <p>5. Escala de valoración:</p> <ol style="list-style-type: none"> Compromiso grave Compromiso sustancial Compromiso moderado Compromiso leve No comprometido <p>1. Perfusión tisular cerebral</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1.3</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.4</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.5</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Punt.	Inicio	Final	1.1	2	4	1.2	2	4	1.3	2	5	1.4	2	5	1.5	2	5
Punt.	Inicio	Final																				
1.1	2	4																				
1.2	2	4																				
1.3	2	5																				
1.4	2	5																				
1.5	2	5																				



<ul style="list-style-type: none"> Edema cerebral en TAC y RM 	<p>2.4 PaO₂ 2.5 PaCO₂ 2.6 SaO₂ 2.7 Relleno capilar</p> <p>3. Respuesta a la medicación fibrinolítica (2301) Indicadores: 3.1 Efectos terapéuticos esperados presentes 3.2 Cambio esperado en los síntomas 3.3 Reacción alérgica 3.4 Efectos adversos</p>	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Verificar la identidad del paciente Recopilar información sobre la enfermedad actual y los antecedentes patológicos Confirmar con el médico la dosis del fibrinolítico Instalar dos vías intravenosas periféricas, una para la administración del fibrinolítico y otra para el manejo de posibles complicaciones Verificar perfil de coagulación Evitar las muestras arteriales para prevenir complicaciones hemorrágicas Administrar la medicación prescrita Valorar signos de complicaciones: sangrado cutáneo, gingival, intracraneal (cefalea, alteración de conciencia), hipotensión, etc. Evaluar respuesta del paciente al concluir el tratamiento fibrinolítico 	<p>Glucoproteína que al conjugarse la fibrina, se estimula y convierte el plasminógeno en plasmina, resultando en la disolución del coágulo de fibrina.</p> <p>El objetivo de la administración del fibrinolítico es restablecer la perfusión cerebral mediante la disolución del coágulo de fibrina</p>	<table border="1"> <tr> <td>1.6</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2. Estado circulatorio Punt.</td> <td>Inicio</td> <td>Final</td> </tr> <tr> <td>2.1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.3</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.4</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.5</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.6</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.7</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3. Respuesta a trombolisis</td> <td>Punt.</td> <td>Inicio</td> <td>Final</td> </tr> <tr> <td>3.1</td> <td>2</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.2</td> <td>2</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.3</td> <td>5</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.4</td> <td>5</td> <td>5</td> <td></td> </tr> </table> <p>Se mejoró la perfusión tisular cerebral</p>	1.6	2	5	2. Estado circulatorio Punt.	Inicio	Final	2.1	2	5	2.2	2	5	2.3	2	5	2.4	3	5	2.5	3	5	2.6	3	5	2.7	4	5	3. Respuesta a trombolisis	Punt.	Inicio	Final	3.1	2	4		3.2	2	4		3.3	5	5		3.4	5	5	
1.6	2	5																																																	
2. Estado circulatorio Punt.	Inicio	Final																																																	
2.1	2	5																																																	
2.2	2	5																																																	
2.3	2	5																																																	
2.4	3	5																																																	
2.5	3	5																																																	
2.6	3	5																																																	
2.7	4	5																																																	
3. Respuesta a trombolisis	Punt.	Inicio	Final																																																
3.1	2	4																																																	
3.2	2	4																																																	
3.3	5	5																																																	
3.4	5	5																																																	



		<p>o Preparar para iniciar medidas de soporte vital básico y avanzado si está indicado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la perfusión cerebral (2550) <ul style="list-style-type: none"> ○ Solicitar la opinión del médico para establecer los parámetros hemodinámicos y garantizar su mantenimiento dentro de los valores adecuados ○ Administrar fluidos para expandir la volemia, o administrar agentes inotrópicos y/o vasoconstrictores según prescripción médica, a fin de inducir la hipertensión para mantener los parámetros hemodinámicos que aseguren una adecuada presión de perfusión cerebral. ○ Obtener muestras para Hb y Hto a fin de Monitorear los aspectos clave que regulan el aporte de oxígeno a los tejidos junto con SpO2 	<ul style="list-style-type: none"> • En la mejora de la perfusión cerebral, para mantener una adecuada presión de perfusión cerebral es necesaria la utilización de fluidos para expandir la volemia, manteniendo una PAS entre 180-210 mm Hg, una PAD entre 110-120 mm Hg y una PAM entre 90-150 mm Hg, según indicación médica. <p>El CFV, el balance hídrico y el monitoreo hemodinámico permiten corregir oportunamente cualquier déficit en el aporte de líquidos y</p>	<p>Se mejoró el estado circulatorio</p> <p>Se logró una trombolisis exitosa</p> <p>El paciente evolucionó favorablemente desde el punto de vista neurológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El paciente verbaliza con mayor fluidez algunas palabras ○ Mejoró la capacidad de deglución ○ Se evidencia discreta movilidad de las extremidades derechas
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



		<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización neurológica antes, durante y después de la trombolisis (2620) Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluar nivel de conciencia con la Escala de Glasgow ○ Evaluar con la Escala NIHSS ○ Vigilar las características del habla: fluidez, afasia, disartria ○ Explorar tono muscular, simetría facial ○ Determinar si hay parestesias ○ Comprobar respuestas a estímulos: verbal, táctil, dolor • Manejo del edema cerebral (2540): Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Control hemodinámico, ○ Control de pH, PaO2 y PaCO2 • Monitorización del Equilibrio ácido-base (1920) 	<p>asegurar un estado circulatorio óptimo</p> <ul style="list-style-type: none"> • El monitoreo neurológico permite detectar oportunamente un cuadro nuevo de ACV isquémico o su conversión a hemorrágico o el sangrado intracerebral, como complicación de la trombolisis • El manejo del edema cerebral permite disminuir la presión intracraneana y revertir el daño en la zona de la penumbra isquémica • La monitorización del Equilibrio ácido-base permite mantener el pH en el rango normal lo que disminuye el edema cerebral 	
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																														
<p>2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)</p> <p style="text-align: center;">R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección respiratoria • Acumulación de secreciones • Inmovilización física sobre la cama <p style="text-align: center;">E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos • Para evacuar secreciones de las vías aéreas • Presencia de estertores en ACP 	<p>1. Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratoria (0410)</p> <p>Indicadores:</p> <p>1.1 Ausencias de fiebre</p> <p>1.2 Ausencia de ansiedad</p> <p>1.3 Ausencia de asfixia</p> <p>1.4 Frecuencia respiratoria ERE</p> <p>1.5 Ritmo respiratorio ERE</p> <p>1.6 Acumulación de secreciones</p> <p>1.7 Movilidad de las</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la vía aérea (3180) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente ○ Fomentar la tos para remover las secreciones ○ Promover una respiración controlada y profunda <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la tos (3250) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Posición semifowler (30-45°) ○ Enseñar a toser de manera efectiva <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia respiratoria (3230) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nebulización según indicación médica ○ Drenaje postural y palmoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • En el manejo de la vía aérea, la tos es el mecanismo principal mediante el cual se eliminan las secreciones, por lo que es necesario realizar respiración profunda y pausada antes de la tos sea eficaz. • Para mejorar la tos La posición semi Fowler optimiza la expansión ventilación pulmonar. El toser en forma efectiva permite la adecuada eliminación de las secreciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso grave 2. Compromiso sustancial 3. Compromiso moderado 4. Compromiso leve 5. No comprometido <p>ERE: En el rango esperado DLN: Dentro de límites normales</p> <p>1. Permeabilidad de vías respiratorias</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.1</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1.3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.4</td><td>2</td><td>4</td></tr> <tr><td>1.5</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.6</td><td>2</td><td>4</td></tr> <tr><td>1.7</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.8</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.9</td><td>2</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	Punt.	Inicio	Final	1.1	5	5	1.2	3	4	1.3	5	5	1.4	2	4	1.5	4	5	1.6	2	4	1.7	3	5	1.8	3	5	1.9	2	4
Punt.	Inicio	Final																																
1.1	5	5																																
1.2	3	4																																
1.3	5	5																																
1.4	2	4																																
1.5	4	5																																
1.6	2	4																																
1.7	3	5																																
1.8	3	5																																
1.9	2	4																																



	<p>secreciones hacia afuera de las vías respiratorias</p> <p>1.8 Habilidad para expulsar secreciones</p> <p>1.9 Ausencia de ruidos respiratorios patológicos (sibilancias y estertores)</p> <p>2. Severidad de la infección respiratoria (0706)</p> <p>Indicadores:</p> <p>2.1 Espudo purulento</p> <p>2.2 Fiebre</p> <p>2.3 Malestar general</p> <p>2.4 Infiltrados en la Rx de tórax</p> <p>2.5 Aumento de leucocitos</p> <p>2.6 Pérdida de apetito</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incrementar la administración de líquidos, según indicaciones ○ Vigilar las secreciones respiratorias del paciente <ul style="list-style-type: none"> ● Si fuese necesario, aspiración de secreciones de las vías aéreas (3160) ● Brindar comodidad y confort (5482) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fomentar un entorno relajado y de apoyo ○ Garantizar un ambiente higiénico y protegido ○ Evitar interrupciones innecesarias para permitir períodos de reposo ○ Identificar las fuentes de incomodidad: factores ambientales (luz, ruidos), dolor, ansiedad, posiciones incómodas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En la fisioterapia respiratoria, la nebulización con suero fisiológico permite fluidificar las secreciones y la adición de broncodilatadores permite relajar las paredes bronquiales lo que facilita la eliminación de las secreciones al desprenderlas de las paredes bronquiales. <p>El drenaje postural y la palmoterapia facilitan también la eliminación de secreciones al desprenderlas de las paredes bronquiales</p> <p>Los líquidos fluidifican las secreciones, favoreciendo su eliminación</p>	<p>2. Severidad de infección respiratoria</p> <table border="1" data-bbox="1742 311 2116 622"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.4</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.5</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.6</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se logró eliminar las secreciones</p> <p>Se mantiene las vías aéreas permeables y despejadas</p>	Punt.	Inicio	Final	2.1	5	5	2.2	4	5	2.3	4	5	2.4	3	3	2.5	4	4	2.6	4	4
Punt.	Inicio	Final																							
2.1	5	5																							
2.2	4	5																							
2.3	4	5																							
2.4	3	3																							
2.5	4	4																							
2.6	4	4																							



	<p>1.4 Frecuencia respiratoriaERE</p> <p>1.5 Ritmo respiratorioERE</p> <p>1.6 Movilidad de las secreciones hacia afuera de las vías respiratorias</p> <p>1.7 Ausencia de ruidos respiratorios patológicos</p> <p>2. Estado respiratorio: ventilación (0403)</p> <p>Indicadores:</p> <p>2.1 Frecuencia respiratoriaERE</p> <p>2.2 Ritmo respiratorioERE</p> <p>2.3 Profundidad de la respiración</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estimular una respiración profunda y pausada ○ Auscultar pulmones para Localizar regiones con disminución o carencia de ventilación y sonidos anormales ○ Controlar periódicamente la oxigenación: Sat O2 ○ Administrar broncodilatadores para mejorar la ventilación, según indicación médica <ul style="list-style-type: none"> ● Oxigenoterapia (3320), según Sat O2 <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Posición semifowler (30-45°) ○ Preservar la apertura de las vías respiratorias ○ Disponer el equipo de oxígeno y administrarlo a través de un sistema con humedad ○ suministrar oxígeno suplementario conforme a indicación médica ○ Vigilar el flujo de oxígeno 		<table border="0"> <tr><td>1.1</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1.3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.4</td><td>2</td><td>4</td></tr> <tr><td>1.5</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.6</td><td>2</td><td>4</td></tr> <tr><td>1.7</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.8</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.9</td><td>2</td><td>4</td></tr> <tr><td colspan="3">2. Ventilación</td></tr> <tr><td>Punt.</td><td>Inicio</td><td>Final</td></tr> <tr><td>2.1</td><td>2</td><td>4</td></tr> <tr><td>2.2</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>2.3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>2.4</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>2.5</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>2.6</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>2.7</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>2.8</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>2.9</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>2.10</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>2.11</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>2.12</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>2.13</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td colspan="3">3. Intercambio gaseoso</td></tr> </table>	1.1	5	5	1.2	3	4	1.3	5	5	1.4	2	4	1.5	4	5	1.6	2	4	1.7	3	5	1.8	3	5	1.9	2	4	2. Ventilación			Punt.	Inicio	Final	2.1	2	4	2.2	4	5	2.3	4	5	2.4	4	5	2.5	4	5	2.6	5	5	2.7	5	5	2.8	5	5	2.9	5	5	2.10	4	4	2.11	5	5	2.12	3	4	2.13	4	4	3. Intercambio gaseoso		
1.1	5	5																																																																													
1.2	3	4																																																																													
1.3	5	5																																																																													
1.4	2	4																																																																													
1.5	4	5																																																																													
1.6	2	4																																																																													
1.7	3	5																																																																													
1.8	3	5																																																																													
1.9	2	4																																																																													
2. Ventilación																																																																															
Punt.	Inicio	Final																																																																													
2.1	2	4																																																																													
2.2	4	5																																																																													
2.3	4	5																																																																													
2.4	4	5																																																																													
2.5	4	5																																																																													
2.6	5	5																																																																													
2.7	5	5																																																																													
2.8	5	5																																																																													
2.9	5	5																																																																													
2.10	4	4																																																																													
2.11	5	5																																																																													
2.12	3	4																																																																													
2.13	4	4																																																																													
3. Intercambio gaseoso																																																																															



	<p>2.4 Expansión torácica simétrica</p> <p>2.5 Ausencia de utilización de músculos accesorios</p> <p>2.6 Ausencia de retracción torácica</p> <p>2.7 Ausencia de espiración forzada</p> <p>2.8 Ausencia de disnea de esfuerzo</p> <p>2.9 Ausencia de ortopnea</p> <p>2.10 Ausencia de dificultad respiratoria</p> <p>2.11 Ausencia de frémito palpable</p> <p>2.12 Ruidos respiratorios a la auscultación</p> <p>2.13 Hallazgos en la radiografía de tórax ERE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ "Revisar la colocación del dispositivo de oxígeno ○ Verificar la efectividad de la oxigenoterapia (pulsioxímetro) <p>• Monitorización respiratoria(3350)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Control de FR, FC y Sat O2 ○ Evaluar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo en la respiración ○ Anotar el Evaluación del movimiento torácico, considerando la asimetría, la utilización de músculos accesorios y las retracciones musculares intercostales y supraclaviculares ○ Evaluar si hay respiración ruidosa ○ Valorar el patrón respiratorio ○ Auscultar sonidos respiratorios, detectando áreas con ausencia de respiración o ruidos anormales 		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>3.1</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>3.2</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>3.3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>3.4</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>3.5</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr><td>3.6</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>3.7</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>3.8</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr><td>3.9</td><td>4</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> <p>Se logra eliminar las secreciones</p> <p>Se mantiene patrón respiratorio adecuado y eficaz</p>	Punt.	Inicio	Final	3.1	5	5	3.2	4	5	3.3	5	5	3.4	5	5	3.5	3	5	3.6	5	5	3.7	5	5	3.8	3	5	3.9	4	4
Punt.	Inicio	Final																																
3.1	5	5																																
3.2	4	5																																
3.3	5	5																																
3.4	5	5																																
3.5	3	5																																
3.6	5	5																																
3.7	5	5																																
3.8	3	5																																
3.9	4	4																																



	<p>3. Estado respiratorio: Intercambio Gaseoso (0402) Indicadores: 3.1 Estado mental ERE 3.2 Facilidad de la respiración 3.3 Ausencia de disnea en reposo 3.4 Ausencia de disnea de esfuerzo 3.5 Ausencia de inquietud 3.6 Ausencia de cianosis 3.7 Ausencia de somnolencia 3.8 SaO2 DLN 3.9 Hallazgos en la Rx de tóraxERE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorear el patrón respiratorio: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, Biot y patrones atáxicos. ○ Controlar el patrón respiratorio: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, Biot y respiraciones atáxicas. 		
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																																	
<p>4. Deterioro del intercambio gaseoso (00030)</p> <p>R/C Alteración en la relación ventilación/Perfusión</p> <p>E/P 4. Estertores y crépitos en la auscultación pulmonar 5. Disnea 6. SaO₂ : 92 % 7. PaO₂ : 70 mmHg (hipoxemia)</p>	<p>1. Estado respiratorio: Intercambio Gaseoso (0402)</p> <p>Indicadores:</p> <p>1.1 Estado mental ERE 1.2 Facilidad de la respiración 1.3 Ausencia de disnea en reposo 1.4 Ausencia de disnea de esfuerzo 1.5 Ausencia de inquietud 1.6 Ausencia de cianosis 1.7 Ausencia de somnolencia 1.8 SaO₂ DLN 1.9 PaO₂ y PaCO₂DLN 1.10 Hallazgos en la Rx de tóraxERE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia respiratoria (3230) Actividades: (Actividades ya descritas) • Aspiración de las secreciones bronquiales (3160), según necesidad Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Valorar si es necesaria esta intervención ○ Auscultar al paciente antes y después de las aspiraciones ○ Valorar sedación si fuese necesario ○ Para cada aspiración se usará material estéril desechable • Oxigenoterapia (3320) Actividades: (Actividades ya descritas) • Monitorización respiratoria (3350) Actividades: (Actividades ya descritas) 	<ul style="list-style-type: none"> • La Fisioterapia respiratoria comprende: <ul style="list-style-type: none"> ○ Drenaje postural ○ Percusión y vibración ○ Educación de latos <p>La fisioterapia respiratoria tiene como objetivo mantener permeables las vías aéreas.</p> <p>Los ejercicios respiratorios tienen como objetivo mejorar la función de los músculos respiratorios y lograr una mayor expansión pulmonar</p> <p>Las vías aéreas permeables y la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso grave 2. Compromiso sustancial 3. Compromiso moderado 4. Compromiso leve 5. No comprometido <p>ERE: En el rango esperado DLN: Dentro de límites normales</p> <p>1. Intercambio gaseoso</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.5</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.6</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.7</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.8</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.9</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.10</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se eliminan las secreciones bronquiales</p>	Punt.	Inicio	Final	1.1	5	5	1.2	4	5	1.3	5	5	1.4	5	5	1.5	3	5	1.6	5	5	1.7	5	5	1.8	3	5	1.9	3	5	1.10	4	4
Punt.	Inicio	Final																																			
1.1	5	5																																			
1.2	4	5																																			
1.3	5	5																																			
1.4	5	5																																			
1.5	3	5																																			
1.6	5	5																																			
1.7	5	5																																			
1.8	3	5																																			
1.9	3	5																																			
1.10	4	4																																			



			<p>expansión pulmonar permiten una buena ventilación</p> <p>Una buena ventilación permite Un buen intercambio gaseoso a nivel alveolar</p> <ul style="list-style-type: none"> • La oxigenoterapia mejora el intercambio gaseoso en el alveolo cuando existen patologías respiratorias que alteran el intercambio gaseoso, aportando una FiO2 adecuada en el alveolo, lo que eleva la PaO2, lo que a su vez incrementa la Sat O2 • La monitorización respiratoria permite observar la respuesta a la intervención(favorable, 	<p>Se mantiene intercambio gaseoso adecuado</p> <p>Se mejora la Sat O2 y la PaO2</p>
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------



			estacionaria o desfavorable) y así modificar esta intervención según necesidad										
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)									
<p>5. Desequilibrio electrolítico R/C</p> <p>2. Vómitos</p> <p>3. Bajo aporte de K⁺ en la dieta</p> <p>E/P</p> <p>4. K⁺ : 2.7 meq/l (hipokalemia)</p>	<p>1. Equilibrio electrolítico y ácido-base (0600)</p> <p>Indicadores:</p> <p>1.1 Potasio sérico</p> <p>2. Severidad de las náuseas y vómitos (2107)</p> <p>Indicadores:</p> <p>2.1 Frecuencia de las náuseas</p> <p>2.2 Frecuencia de los vómitos</p> <p>2.3 Intensidad de los vómitos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Manejo de electrolitos (2000) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Controlar las evidencias de alteraciones en los electrolitos Aplicar electrolitos suplementarios de acuerdo con la prescripción Recolectar muestras para análisis de laboratorio de los niveles de electrolitos, conforme a lo indicado Supervisar la reacción del paciente a la administración de electrolitos prescrita Controlar los niveles plasmáticos de potasio <ul style="list-style-type: none"> Manejo del vómito (1570) 	<ul style="list-style-type: none"> En el Manejo del vómito, el reposo gástrico temporal controla las náuseas y vómitos. <p>La SNG a gravedad está indicada en casos de vómitos persistentes. En el paciente la SNG está indicada, además, para administración medicamentosa, debido a la incapacidad para deglutir</p> <p>Los antieméticos de acción central</p>	<ul style="list-style-type: none"> Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> Compromiso grave Compromiso sustancial Compromiso moderado Compromiso leve No comprometido <p>1. Equilibrio electrolítico y ácido-base</p> <table border="1"> <tr> <td>Punt.</td> <td>Inicio</td> <td>Final</td> </tr> <tr> <td>1.1</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>2. Severidad de náuseas y vómitos</p> <table border="1"> <tr> <td>Punt.</td> <td>Inicio</td> <td>Final</td> </tr> </table>	Punt.	Inicio	Final	1.1	3	5	Punt.	Inicio	Final
Punt.	Inicio	Final											
1.1	3	5											
Punt.	Inicio	Final											



	<p>3. Controlar las náuseas y vómitos (1618)</p> <p>Indicadores:</p> <p>3.1 Reconoce el inicio de náusea</p> <p>3.2 Reconoce estímulos precipitantes</p> <p>3.3 Informa de náuseas, esfuerzos paravomitarse</p>	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Valorar las características del vómito, así como la frecuencia ○ Mantener en reposo gástrico ○ Administración de antieméticos, según indicación médica ○ SNG a gravedad según indicación médica para control de los vómitos si fueran persistentes <ul style="list-style-type: none"> ● Colocación de SNG (1080) <ul style="list-style-type: none"> ○ Actividades ya descritas) ● Manejo de líquidos/electrolitos (2080) <p>Actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Administración de líquidos y electrolitos, según indicación médica ● Manejo de electrolitos: hipocalcemia (2007) <p>Actividades:</p>	<p>(Dimenhidrinato) inhiben el centro gatillo del vómito en el piso del cuarto ventrículo (bulbo raquídeo)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En el manejo de líquidos/electrolito se administran los requerimientos diarios basales para mantener la homeostasis debido a que el paciente se encuentra en reposo gástrico. ● En el Manejo de la hipocalcemia, el reto de potasio incrementa, en forma rápida, los valores séricos de K⁺ <p>La hipocalcemia produce alteraciones en el EKG y puede ocasionar paro cardíaco.</p>	<table border="1"> <tr> <td>2.1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>3. Controlar náuseas y vómitos</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3.1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se mantiene el control de náuseas y vómitos</p> <p>Se restablece y se mantiene el K⁺ dentro de valores normales</p> <p>Se mantiene el equilibrio electrolítico y ácido-base</p>	2.1	3	4	2.2	3	4	2.3	4	4	Punt.	Inicio	Final	3.1	5	5	3.2	5	5	3.3	4	4
2.1	3	4																							
2.2	3	4																							
2.3	4	4																							
Punt.	Inicio	Final																							
3.1	5	5																							
3.2	5	5																							
3.3	4	4																							



		<ul style="list-style-type: none"> ○ Administración de reto de potasio según indicación médica ○ Controlar las funciones renales, el EKG y la concentración de potasio en suero mientras se realiza la reposición ○ Monitorización cardíaca (Desaparición de la onda T, inversión de la onda T y aparición de la onda U) continua si la sustitución del potasio es rápida ○ El sistema gastrointestinal debe ser monitoreado en busca de síntomas de hipocalcemia, como anorexia, náuseas, vómitos, emesis, edema y parestesia. ○ Monitorear los resultados de laboratorio relacionados con la hipocalcemia (hiperglicemia, alcalosis metabólica) ○ Observar si hay efecto rebote de hipercalcemia <ul style="list-style-type: none"> ● Análisis de resultados de laboratorio (7690) <p>Actividades:</p>	<p>Es necesario realizar controles continuos de K⁺, así como monitoreos cardíaco para evitar la hipercalcemia por efecto de rebote.</p>	
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



		<ul style="list-style-type: none">○ Emplear los valores de referencia del laboratorio encargado de los análisis.○ Contrastar los resultados con otros exámenes de laboratorio y/o pruebas diagnósticas pertinentes.○ Notificar de inmediato cualquier cambio abrupto en los valores de laboratorio al médico.		
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																		
<p>6. Deterioro de la deglución (00103) R/C Incoordinación de músculos faríngeos, secundario a daño cerebral E/P <ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para ingerir (disfagia) </p>	<p>1. Control de la aspiración (1918) Indicadores: 1.1 Identifica factores de riesgo 1.2 Se incorpora para comer o beber</p> <p>2. Estado de la deglución (1010) Indicadores: 2.1 Controla las secreciones orales 2.2 Ausencia de atragantamientos, tos o náuseas</p> <p>3. Respuesta a la medicación fibrinolítica (2301) Indicadores:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Colocación de SNG (1080) Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Elegir tipo y tamaño de SNG Explicar el procedimiento al paciente y familia Insertar la SNG de acuerdo al protocolo Comprobar la correcta colocación de la SNG, inspeccionando la cavidad oral Cuidado de la SNG (1874) Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Observar la correcta colocación de la SNG Fijar la SNG favoreciendo la comodidad del paciente y cuidando la integridad cutánea Limpieza y vigilancia de la zona de inserción de la SNG Manejo de la terapia trombolítica (4270) <ul style="list-style-type: none"> (Actividades ya descritas) 	<ul style="list-style-type: none"> La colocación de SNG Es un proceso que implica insertar una sonda desde la nariz hasta el estómago con la finalidad de administrar medicación enteral en vista que el paciente tiene incapacidad para deglutir (disfagia) La incoordinación de los músculos de la deglución, ocasionado por daño neurológico produce la disfagia La instalación de SNG permite la administración de medicamentos y la alimentación hasta 	<ul style="list-style-type: none"> Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> Compromiso grave Compromiso sustancial Compromiso moderado Compromiso leve No comprometido Control de la aspiración Punt. <table border="1"> <tr> <td>Inicio</td> <td>Final</td> </tr> <tr> <td>1.1</td> <td>5 5</td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td>5 5</td> </tr> </table> Estado de la deglución Punt. <table border="1"> <tr> <td>Inicio</td> <td>Final</td> </tr> <tr> <td>2.1</td> <td>3 4</td> </tr> <tr> <td>2.2</td> <td>3 4</td> </tr> </table> Mejoría con la fibrinólisis <table border="1"> <tr> <td>Punt.</td> <td>Inicio</td> <td>Final</td> </tr> <tr> <td>3.1</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </table> 	Inicio	Final	1.1	5 5	1.2	5 5	Inicio	Final	2.1	3 4	2.2	3 4	Punt.	Inicio	Final	3.1	2	2
Inicio	Final																					
1.1	5 5																					
1.2	5 5																					
Inicio	Final																					
2.1	3 4																					
2.2	3 4																					
Punt.	Inicio	Final																				
3.1	2	2																				



	<p>3.1 Efectos terapéuticos esperados presentes: deglute la saliva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicación enteral (2301) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Posición semifowler ○ Cumplir con los cinco principios de la administración de medicación ○ Determinar cualquier contraindicación para administrar medicación a través de la SNG ○ Comprobar la adecuada instalación de la SNG, a través de la extracción del contenido por aspiración gástrico, antes de la administración de la medicación ○ Verificar la fecha de caducidad del fármaco ○ Verificar la concentración y dosificación del fármaco ○ Preparar la medicación para administrarla triturada mezclada con líquidos ○ Administrar medicación a través de la SNG Dejando que el contenido se desplace libremente desde el émbolo de la jeringa, 	<p>recuperar la capacidad paradeglutir</p> <p>La dieta balanceada provee de los requerimientos de líquidos, nutrientes, vitaminas y minerales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los cuidados de la SNG permiten mantener su adecuado funcionamiento y evitar complicaciones como el retiro accidental, enrollamiento de la sonda, acodamiento, mala ubicación de la sonda, etc. • La Administración de medicación enteral debe sujetarse a los protocolos de Administración de 	<p>Se mejoró la deglución</p> <p>Se mantiene un aporte nutricional y de líquidos adecuados</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------



		<p>Usar el émbolo únicamente cuando sea necesario para ayudar a que el fluido circule.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ O bien, enjuagar el trayecto de la SNG con 20-30 cc de agua tibia después de administrar la medicación. ○ Observa posibles efectos secundarios ○ Documentar la administración de medicación <ul style="list-style-type: none"> • Programar fisioterapia para Unidad de Hospitalización 	<p>medicamentos en general.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La programación de la fisioterapia debe ser realizada lo más pronto posible en la UHH. <p>El objetivo del tratamiento fisioterapéutico en la disfagia es lograr una alimentación correcta y segura, procurando, en la mayor medida posible, proteger las vías respiratorias.</p>	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO DE LA INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)
<p>7. Riesgo de aspiración(00039) F/R</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la deglución 	<p>1. Control del riesgo (1902) Indicadores: 1.1 Reconoce el riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas preventivas para evitar la aspiración (3200). <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Posición semifowler ○ Vigilar el nivel de consciencia y reflejo de tos 	<ul style="list-style-type: none"> • En las Precauciones para evitar la aspiración se busca evitar el paso de alimentos a la vía aérea debido a 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de valoración: 1. Nunca 2. Raramente 3 .A veces 4. Frecuentemente 5.Siempre



	<p>1.2 Utiliza medidas preventivas</p> <p>2. Control de la aspiración (1918)</p> <p>Indicadores:</p> <p>2.1 Se incorpora para recibir la dieta</p> <p>2.2 Identifica factores de riesgo</p> <p>2.3 Evita factores de riesgo</p> <p>2.4 Se queda en posición erguida durante 30-60min luego de la dieta</p> <p>3. Estado de la deglución (1010)</p> <p>3.1 Controla las secreciones orales</p> <p>3.2 Ausencia de atragantamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluar si se presenta dificultad respiratoria ○ Auscultar sonidos respiratorios, detectando áreas con ausencia de respiración o ruidos anormales ○ Tener el equipo de aspiración listo y accesible. • Colocación de SNG (1080) <ul style="list-style-type: none"> ○ (Actividades ya descritas) • Cuidado de la SNG (1874) <ul style="list-style-type: none"> ○ (Actividades ya descritas) 	<p>la incoordinación de los músculos de la deglución.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La instalación de SNG evita el riesgo de la aspiración bronquial al permitir la ingestión directa de los alimentos y medicamentos al estómago. <p>Cuando se recibe la dieta por SNG se debe mantener en posición de semifowler por lo menos hasta una hora después, para prevenir el peligro de aspiración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Colocación y Cuidados de la SNG son intervenciones ya fundamentadas anteriormente y son necesarias para permitir el uso de la 	<p>1. Control del riesgo Punt.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. Control de la aspiración Punt.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso grave 2. Compromiso sustancial 3. Compromiso moderado 4. Compromiso leve 5. No comprometido <p>3. Estado de la deglución Punt.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3.1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		Inicio	Final	1.1	5	5	1.2	5	5		Inicio	Final	2.1	5	5	2.2	5	5	2.3	5	5	2.4	5	5		Inicio	Final	3.1	3	4
	Inicio	Final																																
1.1	5	5																																
1.2	5	5																																
	Inicio	Final																																
2.1	5	5																																
2.2	5	5																																
2.3	5	5																																
2.4	5	5																																
	Inicio	Final																																
3.1	3	4																																



	<p>tos, tos onáuseas</p> <p>4. Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410)</p> <p>Indicadores:</p> <p>4.1 Movilización del esputo hacia afuera de las vías respiratorias</p> <p>4.2 Ausencia de aspiración</p>		sonda en forma eficaz	<p>3.2 3 4</p> <p>4. Permeabilidad de las vías aéreas</p> <p>Punt. Inicio Final</p> <p>4.1 2 4</p> <p>4.2 5 5</p> <p>Se controló el riesgo de aspiración</p> <p>Se evitó la aspiración bronquial</p>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)
<p>8. Dolor agudo (cefalea) (00132) R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daño de estructuras neuronales • Edema cerebral 	<p>1. Control del dolor (1605)</p> <p>Indicadores:</p> <p>1.1 Refiere dolor controlado</p> <p>2. Nivel del dolor (2102)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de analgésicos (2210) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verificar El nombre del fármaco, la cantidad a administrar y la periodicidad de su aplicación ○ Comprobar antecedente de alergias medicamentosas 	<ul style="list-style-type: none"> • La Administración de analgésicos debe sujetarse a los protocolos de Administración de medicamentos en general. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre <p>1. Control del dolor</p>



<ul style="list-style-type: none"> Hipertensión intracraneal E/P Observación de evidencias de dolor Inquietud Expresiones faciales de dolor Malestar Informe verbal de dolor 	<p>Indicadores:</p> <p>2.1 Duración de los episodios de dolor</p> <p>2.2 Expresiones faciales de dolor</p> <p>2.3 Inquietud</p>	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la eficacia del analgésico Verificar la fecha de caducidad del fármaco Verificar la concentración y dosificación del fármaco Comprobar posibles incompatibilidades entre fármacos administrados Observar posibles efectos secundarios Documentar la administración de medicación 	<p>La interrupción del flujo arterial cerebral ocasiona edema cerebral por la hipoxia; el edema cerebral produce hipertensión intracraneal que origina la cefalea</p> <p>El analgésico permite controlar la cefalea</p> <p>El CFV permite evaluar objetivamente la evolución del dolor al ceder la taquicardia</p> <p>La comodidad del paciente va a favorecer la tolerancia al dolor</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.1</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> Compromiso grave Compromiso sustancial Compromiso moderado Compromiso leve No comprometido <p>2. Nivel del dolor</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se logró mejorar el nivel del dolor</p>	Punt.	Inicio	Final	1.1	2	2	Punt.	Inicio	Final	2.1	3	4	2.2	3	4	2.3	3	4
Punt.	Inicio	Final																				
1.1	2	2																				
Punt.	Inicio	Final																				
2.1	3	4																				
2.2	3	4																				
2.3	3	4																				



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																		
<p>9. Riesgo desangrado (00206)</p> <p style="text-align: center;">F/R</p> <ul style="list-style-type: none"> Efectos secundarios relacionados con el uso del fibrinolítico (rt-PA) 	<p>1. Control del riesgo (1902) Indicadores:</p> <p>1.1 Se identifican los factores de riesgo</p> <p>1.2 Se evitan situaciones que incrementen el riesgo</p> <p>2. Funciones vitales (0802)</p> <p>Indicadores:</p> <p>2.1 Frecuencia del pulso radial</p> <p>2.2 FR</p> <p>2.3 PAS</p> <p>2.4 PAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> Prevención de hemorragia (4010) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anotar Hb y Hto antes y después del procedimiento Mantener en reposo absoluto en cama durante el procedimiento Valorar signos de sangrado cutáneo, gingival, intracraneal (cefalea, alteración de conciencia), hipotensión. Vigilar lugares de venopunción Evitar inyecciones IV o IM, si procede, después de iniciado el tratamiento trombolítico. Evitar realizar Procedimientos invasivos, y en caso de ser necesario, monitorear cuidadosamente por la posibilidad de sangrado. Proteger al paciente de lesiones que puedan provocar sangrados. 	<ul style="list-style-type: none"> La Prevención de hemorragia se aplica en el paciente considerando que el medicamento fibrinolítico puede producir hemorragia cerebral y en otros órganos como efecto secundario El monitoreo hemodinámico y de CFV permiten detectar oportunamente los signos de hemorragia y su repercusión hemodinámica El monitoreo neurológico permite detectar cualquier variación en el nivel de conciencia y el 	<ul style="list-style-type: none"> Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> Nunca Raramente A veces Frecuentemente Siempre Control del riesgo Punt. <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> Compromiso grave Compromiso sustancial Compromiso moderado Compromiso leve No comprometido Funciones vitales Punt. <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.1</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> 		Inicio	Final	1.1	5	5	1.2	5	5		Inicio	Final	2.1	3	5	2.2	3	4
	Inicio	Final																				
1.1	5	5																				
1.2	5	5																				
	Inicio	Final																				
2.1	3	5																				
2.2	3	4																				



		<ul style="list-style-type: none"> ○ Evitar uso de hojas de afeitar para el rasurado ○ Evitar el uso de cepillos dentales con cerdas traumáticas ○ Evitar estreñimiento <ul style="list-style-type: none"> ● Monitorización hemodinámica (4210) Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos y mantenerlos dentro de los rangos debidos ● Monitorización de los signos vitales (6680) Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vigilar la presión arterial, el pulso, la temperatura y la función respiratoria, según sea necesario. ○ Observar el ritmo y la frecuencia del pulso cardíaco. ○ Observar la frecuencia y el ritmo de la respiración. ○ Supervisar la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría 	<p>daño encefálico producida por una eventual hemorragia</p>	<p>2.3 4 5</p> <p>2.4 4 5</p> <p>Se controló el riesgo desangrado</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------



		<ul style="list-style-type: none"> ○ Detectar posibles causas de las variaciones en los signos vitales. ○ Evaluar con regularidad el color, la temperatura y la humedad de la piel. ○ Controlar periódicamente PA,FC y ritmo del pulso según protocolo de trombolisis. <ul style="list-style-type: none"> ● Monitorización neurológica (2620) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicar Escala de Glasgow ○ Aplicar Escala de NIHSS ○ Evaluar tipo de respiración ○ Evaluar fotorreactividad pupilar ○ Vigilar signos de focalización 		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)
<p>10. Deterioro de la movilidad física (00085) R/C Disminución de la fuerza muscular en</p>	<p>1. Nivel de movilidad (0208) Indicadores: 1.1 Mantenimiento del equilibrio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Programar Medicina Física y Rehabilitación para la Unidadde Hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> ● La Medicina Física permite recuperar la función de los músculos que corresponden a la zona de la penumbra 	<ul style="list-style-type: none"> ● Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso grave 2. Compromiso sustancial 3. Compromiso moderado 4. Compromiso leve 5. No comprometido



<p>extremidades derechas, secundariaa lesión cerebral</p> <p>E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemiparesia derecha • Dificultad para caminar 	<p>1.2 Movimiento muscular</p> <p>1.3 Camina</p> <p>1.4 Mantenimiento de la posición corporal</p> <p>2. Respuesta a la medicación fibrinolítica (2301)</p> <p>Indicadores:</p> <p>2.1 Efectos terapéuticos esperados presentes: movimiento muscular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la terapia trombolítica(4270) <ul style="list-style-type: none"> ○ (Actividades ya descritas) • Brindar comodidad y confort(5482) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Establecer un entorno relajado y favorable. ○ Identificar las fuentes de malestar. ○ Posicionar al paciente de manera que se favorezca su confort (aplicando principios de alineación corporal y utilizando almohadas para apoyo) ○ Evitar las posiciones viciosasde los miembros afectados mediante la alineación corporal y uso de almohadas 	<p>isquémica que rodea la zona necrótica y debe ser realizada lo más pronto posible.</p> <p>El uso posterior de férulas evitará las deformidades ocasionadas por contracturas musculares y las posturas viciosas</p> <ul style="list-style-type: none"> • La terapia trombolítica , intervención ya fundamentada anteriormente, es necesaria para permitir la recuperación de las neuronas de la zona de la penumbra isquémica • El brindar comodidad y confort permite al paciente hacer más 	<p>1. Nivel de movilidad Punt. Inicio Final</p> <p>1.1 2 3</p> <p>1.2 2 3</p> <p>1.3 2 3</p> <p>1.4 5 5</p> <p>2. Mejoría de la movilidad Punt. Inicio Final</p> <p>2.1 2 3</p> <p>La recuperación progresiva de la movilidad está en curso y se espera que sea en un porcentaje óptimo</p> <p>Se logra controlar el riesgo de posiciones viciosas</p>
			<p>llevadera su enfermedad</p>	



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)									
<p>11. Retención urinaria (00023) R/C Obstrucción anatómica (Hipertrofia benigna de próstata) E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para miccionar • Distensión vesical • Anuria 	<p>1. Eliminación urinaria (0503) Indicadores: 1.1 Vaciar vejiga en forma completa 1.2 Cantidad de orina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sondaje vesical (0580) Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Describir el procedimiento y su justificación. ○ Preparar el equipo necesario. ○ Elegir la sonda de menor calibre adecuado. ○ Asegurar la privacidad y protección del paciente con toallas o paños, exponiendo únicamente los genitales. ○ Asegurar una higiene adecuada de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación. ○ Posicionar al paciente de manera apropiada. ○ Colocarse los guantes correspondientes. ○ Limpiar el área alrededor del meato uretral utilizando una solución antibacteriana, suero salino estéril o agua estéril, según el protocolo del centro. 	<ul style="list-style-type: none"> • El sondaje vesical permite la evacuación completa de la retención urinaria para aliviar la presión en la vejiga. • Los cuidados del catéter urinario permiten aislar al sistema de evacuación, evitando su contaminación y una eventual infección de las vías urinarias • En el manejo de la eliminación, la identificación oportuna de obstrucción del sistema de drenaje, permite actuar prontamente para permeabilizar la sonda 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso grave 2. Compromiso sustancial 3. Compromiso moderado 4. Compromiso leve 5. No comprometido 1. Eliminación urinaria Punt. <table border="1" data-bbox="1713 702 2072 813"> <thead> <tr> <th></th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.1</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se logró evacuar la vejiga</p> <p>Se mantiene normal el volumen de la diuresis</p>		Inicio	Final	1.1	1	5	1.2	1	5
	Inicio	Final											
1.1	1	5											
1.2	1	5											



		<ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener un procedimiento estéril riguroso ○ Pre inflar el balón de la sonda para verificar su capacidad y flujo ○ Asegurar que la sonda se inserte adecuadamente en la vejiga para prevenir daño a los tejidos uretrales al inflar el balón ○ Vincular el catéter urinario a la bolsa de drenaje ubicada en el pie de la cama ○ Extraiga la sonda suavemente hasta que se detenga y conéctela al sistema de drenaje ○ Higienizar la zona genital y eliminar cualquier residuo ○ Sujetar el catéter a la piel de acuerdo con lo necesario ○ Ubicar la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga ○ Mantener un sistema de drenaje cerrado y no obstruido → Preservar un sistema de drenaje sellado y sin obstrucciones. <ul style="list-style-type: none"> ● Atención y mantenimiento del catéter urinario(1876) 	<ul style="list-style-type: none"> ● El brindar comodidad y confort, permite al paciente tolerar mejor la presencia dela sonda 	
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



		<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Revise las propiedades del líquido expulsado ○ Ubique al paciente y el sistema de catéter urinario correctamente para facilitar la inserción del catéter (asegúrese de que el catéter esté colocado por debajo de la cintura del paciente). ○ Garantice la obstrucción del sistema de catéter ○ Asegurar que el sistema de drenaje urinario se mantenga cerrado, libre de contaminaciones y sin bloqueos ○ Eliminar el contenido del dispositivo de drenaje urinario periódicamente, según los intervalos establecidos ○ Practicar una correcta higiene de manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter. ○ Llevar a cabo la limpieza regular del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario (girar ligeramente y cambiar el punto de sujeción para prevenir úlceras por presión) 		
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--



		<ul style="list-style-type: none"> ○ Emplear un mecanismo de sujeción para el catéter ○ Vaciado de la bolsa de drenaje previo a cualquier traslado del paciente (no es necesario en intervalos establecidos, se recomienda hacerlo cuando la bolsa esté llena en un 2/3 de su capacidad) ○ Evitar ubicar la bolsa de drenaje entre las piernas del paciente al moverlo. <ul style="list-style-type: none"> ● Manejo de la eliminación (0590) Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria (por obstrucción de la sonda) ● Brindar comodidad y confort (5482) Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar las causas de malestar: ubicación de la sonda ○ Establecer un entorno sereno y de respaldo. 		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																					
<p>12. Riesgo de infección (00004) F/R</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocación desonda vesical 	<p>1. Control del riesgo: Proceso infeccioso (1924) Indicadores:</p> <p>1.1 Reconoce el riesgo personal de infección</p> <p>1.2 Supervisa los factores de riesgo medioambientales</p> <p>1.3 Supervisa el ambiente para prevenir los factores vinculados al riesgo de infección</p> <p>1.4 Utiliza medidas preventivas</p> <p>2. Severidad de la infección (0703)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados de la sonda de Foley (1876) Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado yaséptico Mantener la sonda de Foley permeable a fin de evitar la retención urinaria o globo vesical Higienizar la zona genital cerca del meato a intervalos establecidos. Sustituir el catéter urinario de forma periódica. Reemplazar el sistema de drenaje urinario a intervalos determinados. Sustituir el sistema de drenaje urinario a intervalos establecidos Higienizar externamente el catéter urinario en la zona del meato Registrar las propiedades del líquido drenado Posicionar al paciente y el sistema de drenaje urinario de manera adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> Los Cuidados de la sonda de Foley, son importantes, porque los procedimientos invasivos (cateterismos, sondas, etc.), sobre todo en un ambiente hospitalario, predisponen a las infecciones. <p>La higiene perineal evita la colonización de gérmenes en la sonda vesical a niveldel meato urinario.</p> <ul style="list-style-type: none"> La Identificación oportuna de resultados de laboratorio que hagan sospechar lapresencia de infección (hemograma, 	<ul style="list-style-type: none"> Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> Nunca Raramente A veces Frecuentemente Siempre Control del riesgo deinfección <table border="1" data-bbox="1709 703 2072 930"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> Compromiso grave Compromiso sustancial Compromiso moderado Compromiso leve No comprometido Severidad de la infecciónPunt. <table border="1" data-bbox="1709 1246 2072 1318"> <thead> <tr> <th></th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 	Punt.	Inicio	Final	1.1	5	5	1.2	5	5	1.3	5	5	1.4	5	5		Inicio	Final			
Punt.	Inicio	Final																							
1.1	5	5																							
1.2	5	5																							
1.3	5	5																							
1.4	5	5																							
	Inicio	Final																							



	<p>Indicadores:</p> <p>2.1 Fiebre</p> <p>2.2 Infección del tracto urinario (sedimento urinario patológico)</p>	<p>en la posición debida para favorecer el drenaje urinario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar comodidad y confort (5482) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Crear un ambiente tranquilo y de apoyo ○ Determinar las fuentes de incomodidad: posición de la sonda 	<p>sedimento urinario, etc.), permite actuar prontamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El brindar comodidad y confort, permite al paciente tolerar mejor la presencia de la sonda 	<table border="0"> <tr> <td>2.1</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Se logra prevenir la infección</p> <p>Se previene la contaminación de la sonda vesical</p>	2.1	4	5	2.2	5	5
2.1	4	5								
2.2	5	5								
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)						
<p>13. Deterioro de la comunicación verbal (00051)</p> <p>R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la Flujo sanguíneo cerebral • Alteración del Sistema Nervioso 	<p>1. Comunicación: expresiva(0903)</p> <p>Indicadores:</p> <p>1.1 Utiliza la conversación con claridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la terapia trombolítica(4270) <ul style="list-style-type: none"> ○ (Actividades ya descritas) • Favorecer la expresión verbal: Deficiencia en el habla (4976) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Instruir al paciente para que hable despacio 	<ul style="list-style-type: none"> • La terapia trombolítica, intervención ya fundamentada anteriormente, permite recuperar el área cerebral que inerva los músculos 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso grave 2. Compromiso sustancial 3. Compromiso moderado 4. Compromiso leve 5. No comprometido <p>1. Comunicación expresiva Punt. Inicio Final</p>						



<p>E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> Dificultad para hablar (disartria) 	<p>1.2 Utiliza lenguaje no verbal</p> <p>2. Comunicación: receptiva (0904)</p> <p>Indicadores:</p> <p>2.1 Interpretación del lenguaje hablado</p> <p>2.2 Reconocimiento de mensajes recibidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Motivar al paciente a que repita las palabras Instruir sobre formas alternativas de comunicarse <ul style="list-style-type: none"> Programar terapia del lenguaje para Unidad de Hospitalización 	<p>de la fonación por los mecanismos ya explicados</p> <p>El daño cerebral produce la incoordinación de los músculos de la fonación, lo que ocasiona la disartria</p> <p>La disartria produce hablar lento y poco entendible y puede ocasionar que los pacientes afectados pierdan la confianza en sí mismos para conversar y se aislen socialmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Al mejorar la comunicación permite al paciente afrontar mejor esta discapacidad temporal y/o definitiva y acondicionarse para lograr comunicarse. 	<table border="1"> <tr> <td>1.1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>2. Comunicación receptiva Punt.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>La recuperación progresiva de la capacidad de hablar y hacerse entender está en curso y se espera que sea en un porcentaje óptimo</p> <p>Se mejoró la capacidad de comunicación</p> <p>Se brindó comodidad y confort</p>	1.1	2	3	1.2	5	5		Inicio	Final	2.1	5	5	2.2	5	5
1.1	2	3																	
1.2	5	5																	
	Inicio	Final																	
2.1	5	5																	
2.2	5	5																	



			<ul style="list-style-type: none"> • La terapia del lenguaje, permite al foniatra brindar asesoramiento, educación, estrategias y ejercicios para favorecer la claridad en el hablar y mantener la interacción social, del paciente 							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)						
<p>14. Déficit de autocuidado en la alimentación(00102)</p> <p>R/C Alteración de la deglución</p> <p>E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para ingerir alimentos 	<p>1. Autocuidados en alimentación (0303) Indicadores:</p> <p>1.1 Maneja utensilios</p> <p>1.2 Utiliza los utensilios para tomar la comida</p> <p>1.3 Se lleva comida a la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda con los autocuidados de alimentación (1803) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar la dieta prescrita ○ Colocar la mesa y el recipiente de alimentación entera de forma atractiva ○ Fomentar un ambiente agradable durante la hora de la comida, retirando la chata, orinal, equipo de aspiración, etc. fuera de la vista 	<ul style="list-style-type: none"> • La ayuda con los autocuidados de alimentación permite que el paciente reciba una dieta balanceada que provee de los requerimientos basales de líquidos, nutrientes, vitaminas y minerales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso grave 2. Compromiso sustancial 3. Compromiso moderado 4. Compromiso leve 5. No comprometido <p>1. Autocuidados de alimentación</p> <table border="1"> <tr> <td>Punt.</td> <td>Inicio</td> <td>Final</td> </tr> <tr> <td>1.1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table>	Punt.	Inicio	Final	1.1	5	5
Punt.	Inicio	Final								
1.1	5	5								



	<p>boca con losutensilios</p> <p>1.4 Deglute lacomida</p> <p>2. Mantener un adecuado estado nutricional (1004)</p> <p>Indicadores:</p> <p>2.1 Ingestión de nutrientes a través de SNG</p> <p>2.2 Ingestión de líquidos a través de SNG</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ubicar al paciente en una postura cómoda y apropiada (en semifowler) ○ Administrar la dieta a través de la SNG ○ Anotar la ingesta ● Colocación de SNG para alimentación (1080) <ul style="list-style-type: none"> ○ (Actividades ya descritas) ● Alimentación enteral por sonda (1056) <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizar una técnica higiénica en la administración de estetipo de alimentación. ○ La administración de la dietapuede ser en bolos (370 cc en15 min), a gravedad (450cc en 30 min) o en infusión continua (volumen, según requerimientos, en 24 h) ○ Verificar la tasa de goteo por gravedad o la velocidad de infusión de goteo por bomba, si fuere el caso ○ Antes de cada administraciónde la dieta, verificar la existencia de residuos. Si el 	<p>La incoordinación delos músculos de la deglución produce ladisfagia, por lo cual no puede ingerir los alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La colocación de SNG para alimentación permite la administración de la dieta hasta recuperarla capacidad para deglutir ● Los cuidados de la SNG (intervención ya fundamentada) 	<table border="0"> <tr> <td>1.2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.4</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>2. Adecuado estado nutricional</p> <table border="0"> <tr> <td>Punt.</td> <td>Inicio</td> <td>Final</td> </tr> <tr> <td>2.1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Se mantiene el estado nutricional adecuado</p> <p>Se mantiene un aporte nutricional y de líquido adecuados</p>	1.2	5	5	1.3	5	5	1.4	2	2	Punt.	Inicio	Final	2.1	5	5	2.2	5	5
1.2	5	5																				
1.3	5	5																				
1.4	2	2																				
Punt.	Inicio	Final																				
2.1	5	5																				
2.2	5	5																				



		<p>volumen es mayor de 150 cc, se debe suspender la toma</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorear si el paciente experimenta sensación de plenitud, náuseas o diarrea. ○ Verificar la presencia de residuos de forma regular 4-6 h ○ Cambiar el frasco de alimentación si la administración es continuada ○ Eliminar los recipientes plásticos de alimentación enteral y los dispositivos de administración cada 24 horas. <ul style="list-style-type: none"> ● Cuidado de la SNG (1874) o (Actividades ya descritas) 		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)
<p>15. Déficit de autocuidado en el baño/higiene(00108) R/C Limitación física por lesión cerebral E/P</p>	<p>1. Autocuidados:baño (0301) Indicadores: 1.1 Se lava en el lavabo 1.2 Se baña en la ducha 1.3 Se lava la cara</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ayuda con los autocuidados de baño/higiene (1801) <p>Actividades: o Realizar el aseo corporal al paciente manteniendo la actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● La ayuda con los autocuidados de baño/higiene es necesaria para que el paciente se mantenga en adecuadas condiciones de 	<ul style="list-style-type: none"> ● Escala de valoración: 1. Compromiso grave 2. Compromiso sustancial 3. Compromiso moderado 4. Compromiso leve 5. No comprometido <p>1. Autocuidados de baño</p>



<p>o Incapacidad para realizarse el aseo e higiene personal</p>	<p>1.4 Se lava la zona perineal 1.5 Se seca el cuerpo</p> <p>2. Autocuidados: higiene (0305) Indicadores: 2.1 Se lava las manos 2.2 Se peina 2.3 Se afeita 2.4 Usa el espejo 2.5 Mantiene una apariencia pulcra 2.6 Mantiene la higiene corporal</p>	<p>o Ejecutar las técnicas y procedimientos adecuados para el aseo</p> <p>o Motivar al paciente a participar en el proceso del autocuidado en el baño/higiene con el lado sano</p> <p>• Brindar comodidad y confort al paciente (6482)</p> <p>Actividades:</p> <p>o Proporcionar un ambiente limpio y seguro</p> <p>o Proporcionar medidas de higiene para asegurar la comodidad del paciente, como limpieza corporal, capilar y de la cavidad bucal</p>	<p>higiene y aseopersonal.</p> <p>Es necesario proporcionar las técnicas adecuadas de higiene al paciente para que participe activamente en el autocuidado en el baño/higiene con el lado móvil</p> <p>El deterioro neuromuscular inhabilita al paciente para realizar las actividades de autocuidado en el baño/higiene</p> <p>• El mantener al paciente en buenas condiciones de higiene corporal le proporciona comodidad y confort</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.1</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>1.2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>1.3</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>1.4</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>1.5</td><td>2</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p>2. Autocuidados de higiene</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2.1</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>2.2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>2.3</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>2.4</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>2.5</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>2.6</td><td>2</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p>Se mantiene al paciente en adecuadas condiciones de higiene y aseo personal</p> <p>Se fomenta el autocuidado</p> <p>Se brindar comodidad y confort al paciente</p>	Punt.	Inicio	Final	1.1	2	2	1.2	2	2	1.3	2	2	1.4	2	2	1.5	2	2	Punt.	Inicio	Final	2.1	2	2	2.2	2	2	2.3	2	2	2.4	2	2	2.5	2	2	2.6	2	2
Punt.	Inicio	Final																																									
1.1	2	2																																									
1.2	2	2																																									
1.3	2	2																																									
1.4	2	2																																									
1.5	2	2																																									
Punt.	Inicio	Final																																									
2.1	2	2																																									
2.2	2	2																																									
2.3	2	2																																									
2.4	2	2																																									
2.5	2	2																																									
2.6	2	2																																									



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																					
<p>16. Déficit de autocuidado en el vestido / acicalamiento (00109)</p> <p>R/C Limitación física por lesión cerebral</p> <p>E/P Incapacidad para vestirse y arreglarse</p>	<p>1. Autocuidados: vestir (0302)</p> <p>Indicadores:</p> <p>1.1 Se coloca la prenda en la zona superior del cuerpo.</p> <p>1.2 1.2 Se coloca la prenda en la zona inferior del cuerpo.</p> <p>1.3 1.3 Se abrocha la prenda.</p> <p>1.4 1.4 Se coloca los calcetines.</p> <p>1.5 1.5 Se retira la prenda de la zona superior del cuerpo.</p> <p>1.6 1.6 Se retira la prenda de la zona inferior del cuerpo.</p>	<p>• Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal (1802)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener la intimidad mientras se viste al paciente ○ Facilitar el peinado del cabello ○ Ejecutar las técnicas y procedimientos adecuados para la vestimenta ○ Incentivar al paciente a involucrarse en el proceso de autocuidado en el vestido/arreglo personal con el lado sano 	<p>• La ayuda con los autocuidados de vestir/arreglo personal es necesaria para que el paciente se mantenga en adecuadas condiciones de vestido y arreglo personal.</p> <p>Es necesario proporcionar las técnicas adecuadas de vestido y arreglo personal al paciente para que participe activamente en el proporcionar apoyo para abotonarse, abrocharse y colocarse los calcetines con el lado móvil</p> <p>El deterioro neuromuscular inhabilita al paciente</p>	<p>• Escala de valoración:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso grave 2. Compromiso sustancial 3. Compromiso moderado 4. Compromiso leve 5. No comprometido <p>1. Autocuidados en el vestido</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1.3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1.4</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1.5</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1.6</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se mantiene al paciente en adecuadas condiciones de vestido y arreglo personal</p> <p>Se fomenta el autocuidado</p>	Punt.	Inicio	Final	1.1	4	4	1.2	4	4	1.3	4	4	1.4	3	3	1.5	4	4	1.6	4	4
Punt.	Inicio	Final																							
1.1	4	4																							
1.2	4	4																							
1.3	4	4																							
1.4	3	3																							
1.5	4	4																							
1.6	4	4																							



			para realizar las actividades de autocuidado en el vestido/arreglo personal																												
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																											
<p>17. Déficit de autocuidado en el uso del orinal/inodoro (00110)</p> <p>R/C Limitación física por lesión cerebral</p> <p>E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para hacer uso del orinal/inodoro Dificultad para llevar a cabo la higiene después de la evacuación 	<p>1. Autocuidados: uso del orinal/inodoro (0310)</p> <p>Indicadores:</p> <p>1.1 Responde a la urgencia para defecar oportunamente</p> <p>1.2 Se quita la ropa</p> <p>1.3 Se ubica en el orinal.</p> <p>1.4 1.4 Realiza la micción.</p> <p>1.5 1.5 Realiza la evacuación intestinal.</p> <p>1.6 1.6 Se limpia después de orinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> Asiste en las actividades de autocuidado de aseo (1804) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proporcionar ayuda en el uso del orinal/chata y motivar al paciente consciente a participar en el proceso del autocuidado con el lado móvil Disponer intimidad durante la eliminación. Quitar la ropa esencial para la eliminación Tener en cuenta la reacción del paciente ante la falta de privacidad. Proporcionar apoyo para la higiene y limpieza personal después de la eliminación 	<ul style="list-style-type: none"> La ayuda con los autocuidados en el uso del orinal/inodoro es necesaria para que el paciente se mantenga en adecuadas condiciones de aseo e higiene luego de las eliminaciones biológicas. <p>Es necesario proporcionar las técnicas adecuadas de higiene al paciente para que participe activamente en el autocuidado en el uso del</p>	<ul style="list-style-type: none"> Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> Compromiso grave Compromiso sustancial Compromiso moderado Compromiso leve No comprometido <p>1. Autocuidados en el uso del orinal/chata</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.1</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.4</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>1.5</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.6</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.7</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>1.8</td><td>4</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	Punt.	Inicio	Final	1.1	5	5	1.2	5	5	1.3	5	5	1.4	3	3	1.5	5	5	1.6	5	5	1.7	5	5	1.8	4	4
Punt.	Inicio	Final																													
1.1	5	5																													
1.2	5	5																													
1.3	5	5																													
1.4	3	3																													
1.5	5	5																													
1.6	5	5																													
1.7	5	5																													
1.8	4	4																													



	<p>1.7 Se higieniza después de defecar.</p> <p>1.8 1.8 Se coloca la ropa nuevamente después de usarla la chata</p>		<p>orinal/inodoro con ellado móvil</p> <p>El deterioro neuromuscular inhabilita al paciente para realizar las actividades de aseo</p>	<p>Se facilita al paciente las eliminaciones biológicas</p> <p>Se mantiene al paciente en adecuadas condiciones de higiene luego de las eliminaciones biológicas</p> <p>Se fomenta el autocuidado</p> <p>Se brindar comodidad y confort al paciente</p>									
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)									
<p>18. Baja autoestima situacional (00120) R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitación física por lesión cerebral Disartria <p>E/P</p> <ul style="list-style-type: none"> Dificultad para manejar la situación actual de salud Expresiones de desesperación y 	<p>1. Autoestima (1205) Indicadores:</p> <p>1.1 Expresiones de autoaceptación</p> <p>1.2 Reconocimiento de las propias limitaciones</p> <p>2. Imagen corporal (1200) Indicadores:</p> <p>2.1 Adaptación a cambios en la</p>	<ul style="list-style-type: none"> Potenciación de la autoestima (5400) Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Observar las expresiones del paciente acerca de su autoestima. Motivar al paciente a reconocer sus propias cualidades. Reafirmar las cualidades personales que el paciente identifique. Evitar emitir críticas negativas y quejarse. 	<ul style="list-style-type: none"> La potenciación de la autoestima es necesaria para incrementar la valoración de su propia valía, ya que ésta disminuye cuando percibe que sus capacidades físicas han venido a menos El brindar apoyo emocional ayuda a que el paciente logre 	<ul style="list-style-type: none"> Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> Nunca Raramente A veces Frecuentemente Siempre 1. Autoestima <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.1</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Punt.	Inicio	Final	1.1	3	3	1.2	3	3
Punt.	Inicio	Final											
1.1	3	3											
1.2	3	3											



<p>poca confianza ensu recuperación</p>	<p>función corporal</p> <p>2.2 Ayudar al paciente a reconocer y aceptar los cambios en su estado de salud</p> <p>3. Lograr la aceptación de su estado actual (1300)</p> <p>Indicadores:</p> <p>3.1 Que reconozca y acepte Reconocimiento de la realidad de su situación de salud</p> <p>3.2 Expresión de sentimientos acerca de su estado de salud</p> <p>3.3 Adaptación al cambio en su estado de salud</p> <p>3.4 Muestra resistencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fomentar la confianza en la habilidad del paciente para manejar la situación ○ Apoyar al paciente en la aceptación de la dependencia de otras personas, si es necesario ● Brindar apoyo emocional (5270) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estar presente con el paciente y ofrecerle sensaciones de seguridad en momentos de gran ansiedad ○ •Brindar apoyo en el proceso de toma de decisiones ● Evaluación y manejo por Psicología en Unidad de Hospitalización 	<p>aceptar y superar esta situación transitoria y/o definitiva, según el caso.</p>	<p>2. Imagen corporal</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.1</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.2</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. Aceptación de su estado actual</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3.1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3.3</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3.4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.5</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>4. Adaptación a la discapacidad física</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4.1</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4.2</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4.3</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4.4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4.5</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Punt.	Inicio	Final	2.1	3	3	2.2	3	3	Punt.	Inicio	Final	3.1	5	5	3.2	4	4	3.3	3	3	3.4	5	5	3.5	2	2	Punt.	Inicio	Final	4.1	2	2	4.2	3	3	4.3	3	3	4.4	4	4	4.5	1	1
Punt.	Inicio	Final																																															
2.1	3	3																																															
2.2	3	3																																															
Punt.	Inicio	Final																																															
3.1	5	5																																															
3.2	4	4																																															
3.3	3	3																																															
3.4	5	5																																															
3.5	2	2																																															
Punt.	Inicio	Final																																															
4.1	2	2																																															
4.2	3	3																																															
4.3	3	3																																															
4.4	4	4																																															
4.5	1	1																																															



	<p>3.5 Superación de la situación desalud</p> <p>4. Alcanzar la adaptación a las limitaciones físicas (1308)</p> <p>Indicadores:</p> <p>4.1 Manifiesta verbalmente la capacidad para ajustarse a la discapacidad</p> <p>4.2 4.2 Se ajusta a las limitaciones funcionales</p> <p>4.3 4.3 Acepta la necesidad de apoyo físico</p> <p>4.4 Obtiene información sobre la discapacidad</p>			<p>El paciente acepta laterapia de apoyo de Psicología</p> <p>El paciente puede lograr recuperar paulatinamente su autoestima personal</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	4.5 Informa de la disminución de los sentimientos negativos												
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)									
19. Riesgo de estreñimiento(00015) F/R <ul style="list-style-type: none"> Inmovilización física sobre la cama 	1. Lograr una adecuada eliminación intestinal (0501) Indicadores: 1.1 Patrón de eliminación 1.2 Control de movimiento intestinal 1.3 Facilidad de eliminación de las heces	<ul style="list-style-type: none"> Manejo del estreñimiento (0450) <ul style="list-style-type: none"> Observar la aparición de señales y síntomas relacionados con el estreñimiento Monitorear la presencia de sonidos intestinales Administración de enema glicerinado de retención cada 03 días o condicional, según indicación médica Educación y entrenamiento intestinal 	<ul style="list-style-type: none"> El manejo del estreñimiento es necesario para evitar su presentación que es muy frecuente junto con otras alteraciones en el paciente con inmovilización física en cama. <p>Las ondas II, que son las que determinan el</p>	<ul style="list-style-type: none"> Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> Compromiso grave Compromiso sustancial Compromiso moderado Compromiso leve No comprometido Eliminación intestinal adecuada <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Punt.	Inicio	Final	1.1	5	5	1.2	5	5
Punt.	Inicio	Final											
1.1	5	5											
1.2	5	5											



	<p>1.4 Eliminación fecal sin ayuda</p> <p>1.5 Control de la eliminación de heces</p> <p>1.6 Dolor al evacuar las heces</p> <p>1.7 Volumen de heces en relación con la alimentación</p>		<p>peristaltismo del intestino, no actúan en la posición de decúbito dorsal prolongado, por lo que se predispone al estreñimiento</p> <p>El enema estimula la ampolla rectal y despierta los movimientos peristáltico</p>	<table border="0"> <tr> <td>1.3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.6</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.7</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Se controla el riesgo de estreñimiento</p> <p>Se logra la eliminación normal de heces</p>	1.3	5	5	1.4	5	5	1.5	5	5	1.6	5	5	1.7	5	5
1.3	5	5																	
1.4	5	5																	
1.5	5	5																	
1.6	5	5																	
1.7	5	5																	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)															
<p>20. Riesgo de caídas en el adulto (00303) F/R</p> <p>3. Disminución de la capacidad de movimiento físico</p> <p>4. Disminución de la fuerza</p>	<p>1. Control del riesgo (1902)</p> <p>Indicadores:</p> <p>1.1 Se identifican los factores de riesgo</p> <p>1.2 Se adoptan medidas preventivas</p> <p>2. Conducta de seguridad:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Prevencción de caídas (6490) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ubicar los utensilios y objetos cerca del paciente para que los coja sin hacer esfuerzo Instruir al paciente para que solicite ayuda al querer moverse Colocar los barandales de la cama Utilizar medios de sujeción (sólo si es imprescindible su uso) en el mínimo de 	<ul style="list-style-type: none"> La prevención de caídas es imperante, porque la poca estabilidad del paciente al movilizarse en la cama, condicionada por la disminución de la fuerza, predispone al riesgo de sufrir caídas <p>Si no se cuenta con ayuda de familiares,</p>	<ul style="list-style-type: none"> Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> Nunca Raramente A veces Frecuentemente Siempre <p>1. Control del riesgo Punt.</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Inicio</td> <td>Final</td> </tr> <tr> <td>1.1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table>		Inicio	Final	1.1	5	5	1.2	5	5						
	Inicio	Final																	
1.1	5	5																	
1.2	5	5																	



	<p>Prevención de caídas (1909) Indicadores: 2.1 Compensación de las limitaciones físicas 2.2 Reconoce el riesgo 2.3 Supervisa los factores de riesgo medioambientales</p> <p>3. Estado de seguridad: caídas (1912) Indicadores: 3.1 Número veces que sufren caídas de la cama</p>	<p>ocasiones y durante las noches (6580)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la presencia de los familiares (7170) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ver a la familia como núcleo de atención, para que el paciente reciba un respaldo continuo, individualizado y adecuado, evitando que se sientan desatendidos. ○ Ver a la familia como un recurso para la atención y el cuidado. 	<p>es mejor hacer uso de barandales y medios de sujeción durante las noches</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la presencia de los familiares ayuda notablemente en la atención y el cuidado del paciente 	<p>2. Conducta de prevención de caídas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. Estado de seguridad de caídas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3.1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se controla el riesgo de caídas</p>	Punt.	Inicio	Final	2.1	4	4	2.2	4	4	2.3	4	4	Punt.	Inicio	Final	3.1	1	1
Punt.	Inicio	Final																				
2.1	4	4																				
2.2	4	4																				
2.3	4	4																				
Punt.	Inicio	Final																				
3.1	1	1																				
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</p>	<p>OBJETIVO (NOC)</p>	<p>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)</p>	<p>FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES</p>	<p>EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)</p>																		
<p>21. Riesgo de lesión por</p>	<p>1. Control del riesgo (1902) Indicadores:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de las úlceras por presión (3540) 	<ul style="list-style-type: none"> • La prevención de las úlceras por presión es necesaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de valoración: 1. Nunca 2. Raramente 																		



<p>presión en el adulto (00304)</p> <p>F/R</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmovilización física sobre la cama por tiempo prolongado • Factores mecánicos (presión y cizallamiento) • Alteraciones en la sensibilidad 	<p>1.1 Reconoce el riesgo</p> <p>1.2 Se aplican medidas de seguridad</p> <p>2. Mantener la integridad tisular, piel y membranas mucosas (1101)</p> <p>Indicadores:</p> <p>2.1 Piel intacta</p> <p>2.2 Lesiones cutáneas</p> <p>2.3 Eritema</p> <p>2.4 Palidez</p>	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluar el estado de la piel al momento de la admisión y durante el aseo diario, prestando especial atención a las prominencias óseas ○ Valorar el riesgo con la Escalas de Norton y Braden ○ Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración ○ Aplicar barreras de protección para eliminar el exceso de humedad, si procede ○ Cambiar de posición al paciente cada 2 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche. ○ Registrar el programa de cambios posturales en la historia clínica. ○ Evitar aplicar masajes en los puntos de presión enrojecidos. ○ Monitorear las fuentes de presión y fricción ○ Mantener la cabeza en posición neutra. 	<p>para evitar su presentación que es muy frecuente junto con otras alteraciones en el paciente con inmovilización física en cama.</p> <p>El cambio de posición cada 02 horas impide la isquemia en la zona de las prominencias óseas, evitando así la progresión de las lesiones cutáneas</p> <ul style="list-style-type: none"> • La vigilancia de la piel nos permite detectar oportunamente la aparición de las lesiones cutáneas y poder tratarlas eficazmente. 	<p>3. A veces</p> <p>4. Frecuentemente</p> <p>5. Siempre</p> <p>1. Control del riesgo Punt.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. Integridad de la piel Punt.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.2</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2.3</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2.4</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se controla el riesgo de lesión por presión</p> <p>Se previene la aparición de UPP</p>		Inicio	Final	1.1	5	5	1.2	5	5		Inicio	Final	2.1	5	5	2.2	1	1	2.3	1	1	2.4	1	1
	Inicio	Final																										
1.1	5	5																										
1.2	5	5																										
	Inicio	Final																										
2.1	5	5																										
2.2	1	1																										
2.3	1	1																										
2.4	1	1																										



		<ul style="list-style-type: none"> o Sostener las extremidades en posición funcional • Vigilancia de la piel (3590) Actividades: <ul style="list-style-type: none"> o Observar regularmente la piel, especialmente, sobre las prominencias óseas. o Observar la piel para detectar alteraciones de la circulación (coloración enrojecida, edemas, solución de continuidad en la piel, etc.) o Registrar el estado de la piel al momento del ingreso y luego de forma diaria. o Monitorear cuidadosamente cualquier área enrojecida. 		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)
<p>22. Ansiedad(000146) R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación de salud actual • Estrés E/P 	<p>1. Nivel de ansiedad (1211) Indicadores: 1.1 Manos húmedas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar activamente(4920) Actividades: o Mostrar calma, escuchar los miedos del paciente y permanecer con él fomentando su seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • El escuchar activamente nos permite acercarnos y ganar la confianza del paciente para poder realizar otras intervenciones en este problema 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de valoración: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre 1. Nivel de ansiedad



<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud • Nerviosismo • Preocupación • Trastornos del sueño 	<p>1.2 Inquietud</p> <p>1.3 Ansiedad verbalizada</p> <p>1.4 Aprehensión verbalizada</p> <p>1.5 Trastornos de los patrones de sueño</p> <p>2. Afrontamiento del problema (1302)</p> <p>Indicadores:</p> <p>2.1 Verbaliza sensación de control</p> <p>2.2 Verbaliza aceptación de la situación</p> <p>2.3 Refiere disminución de los sentimientos negativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Informar al paciente y a la familia sobre las pruebas y procedimientos. ○ Responder de manera honesta a las preguntas sobre su salud. ○ Evitar situaciones emocionalmente cargadas. <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el afrontamiento (5230) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Comentar la experiencia emocional con el paciente ○ Realizar afirmaciones de apoyo al paciente ○ Alentar una actitud de esperanza realista <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de relajación (5880) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener contacto ocular. ○ Sentarse y dialogar con el paciente. ○ Fomentar una respiración profunda y pausada ○ Permanecer con el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • El aumentar el afrontamiento permite lograr que el paciente recupere el auto concepto de su valía y pueda manejar los síntomas de este problema generado por la discapacidad física actual. • La falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación genera el estado ansioso • Las técnicas de relajación y la terapia de relajación simple favorecen e inducen la relajación del paciente con el propósito de disminuir los síntomas de la 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.1</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>1.2</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>1.3</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>1.4</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>1.5</td><td>4</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> <p>2. Afrontamiento del problema</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2.1</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>2.2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>2.3</td><td>3</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> <p>3. Aceptación de su estado de salud</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>3.1</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>3.2</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>3.3</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>3.4</td><td>4</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> <p>4. Autocontrol de la ansiedad</p>	Punt.	Inicio	Final	1.1	4	4	1.2	4	3	1.3	4	4	1.4	4	4	1.5	4	4	Punt.	Inicio	Final	2.1	3	3	2.2	3	4	2.3	3	3	Punt.	Inicio	Final	3.1	4	4	3.2	3	3	3.3	3	3	3.4	4	4
Punt.	Inicio	Final																																															
1.1	4	4																																															
1.2	4	3																																															
1.3	4	4																																															
1.4	4	4																																															
1.5	4	4																																															
Punt.	Inicio	Final																																															
2.1	3	3																																															
2.2	3	4																																															
2.3	3	3																																															
Punt.	Inicio	Final																																															
3.1	4	4																																															
3.2	3	3																																															
3.3	3	3																																															
3.4	4	4																																															



	<p>3. Aceptación de su estado de salud (1300) Indicadores: 3.1 Reconoce la situación actual de salud. 3.2 3.2 Se ajusta al cambio en su estado de salud. 3.3 3.3 Enfrenta la situación de salud de manera efectiva 3.4 Realiza las tareas de autocuidado</p> <p>4. Autocontrol de la ansiedad (1402) Indicadores: 4.1 Emplea métodos de relajación para disminuir la ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reafirmar al paciente en su confianza y bienestar. ○ Emplear técnicas de distracción cuando sea adecuado y posible. ○ Minimizar o eliminar los factores que generen miedo o ansiedad. ○ Enseñar métodos para reducir la ansiedad. <ul style="list-style-type: none"> ● Terapia de relajación simple (6040) Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mostrar y practicar las técnicas de relajación ○ Crear un ambiente tranquilo ○ Explicar cuáles son los fundamentos de la relajación ○ Fomentar la práctica repetida de los ejercicios ● Apoyo emocional (5270) Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Estar con el paciente y brindarle sensaciones de seguridad en los momentos de angustia. 	<p>ansiedad y lograr una actitud calmada</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El apoyo emocional permite al personal de salud acercarse al paciente con actitud empática y proporcionarle aliento y escucha activa para lograr que el paciente se adapte mejor a su situación actual de salud y pueda disminuir su ansiedad. ● Mejorar el sueño, facilitar las visitas y la distracción contribuyen a mejorar el estado emocional del paciente. 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4.1</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4.2</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>4.3</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>4.4</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4.5</td><td>3</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> <p>● Escala de valoración: 1. Compromiso grave 2. Compromiso sustancial 3. Compromiso moderado 4. Compromiso leve 5. No comprometido</p> <p>5. Sueño</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punt.</th> <th>Inicio</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>5.1</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>5.2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>5.3</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>5.4</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>5.5</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>5.6</td><td>4</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>El paciente supera gradualmente su estado ansioso</p>	Punt.	Inicio	Final	4.1	3	3	4.2	4	4	4.3	2	2	4.4	3	3	4.5	3	3	Punt.	Inicio	Final	5.1	3	3	5.2	3	4	5.3	3	4	5.4	5	5	5.5	4	4	5.6	4	5
Punt.	Inicio	Final																																									
4.1	3	3																																									
4.2	4	4																																									
4.3	2	2																																									
4.4	3	3																																									
4.5	3	3																																									
Punt.	Inicio	Final																																									
5.1	3	3																																									
5.2	3	4																																									
5.3	3	4																																									
5.4	5	5																																									
5.5	4	4																																									
5.6	4	5																																									



	<p>4.2 Mantiene la concentración</p> <p>4.3 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad</p> <p>4.4 Refiere dormir de forma adecuada</p> <p>4.5 Controla la respuesta de ansiedad</p> <p>5. Sueño (0004)</p> <p>Indicadores:</p> <p>5.1 Horas de descanso alcanzadas</p> <p>5.2 Ciclo de sueño</p> <p>5.3 Calidad del descanso</p> <p>5.4 Interrupciones en el sueño</p> <p>5.5 Despertar a horas específicas apropiadas</p>	<p>momentos de mayor ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Escuchar las expresiones de sus sentimientos y preocupaciones ○ Proporcionar ayuda en sus decisiones <p>• Disminuir la ansiedad (5820)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ofrecer detalles sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico para darle seguridad, en coordinación con el médico ○ Proporcionar objetos que proyecten seguridad ○ Crear un ambiente que le inspire confianza ○ Escuchar con atención ○ Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación (respiración, etc.) ○ Administrar medicación ansiolítica según indicación médica <p>• Mejorar el sueño (1850)</p>		<p>El paciente logra obtener una actitud más calmada frente a su enfermedad</p> <p>Logra controlar su ansiedad en forma gradual</p> <p>Mejora su estado de ánimo y del sueño</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p>5.6 Duerme toda la noche</p>	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ajustar el ambiente (luz, ruido, etc.) ○ Ayudar a eliminar las situaciones de estrés adicionales <p>• Facilitar visitas (7560)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aclarar las normas de las visitas <p>• Distracción (5900)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Motivar al paciente a seleccionar la técnica de distracción que prefiera, como escuchar música, por ejemplo. ○ o Involucrar al paciente en una conversación o en la narración detallada de un acontecimiento. 		
--	----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--



CAPÍTULO IV

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1 REGISTRO DE ENFERMERÍA (SOAPIE)

(11/05/2021 turno Noche)

S: 22:30 h

Paciente masculino de 66 años con antecedentes de hipertensión, que ingresa al Servicio de Emergencia por presentar en forma súbita cefalea, mareos, pérdida de equilibrio, Problema para hablar y debilidad en el lado derecho del cuerpo. También menciona tos con expectoración blanquecina. No puede miccionar (Informante la esposa)

O:

Paciente obeso, despierto, parcialmente orientado en espacio y persona, ansioso, disártrico, con disfagia, disneico con tos y expectoración mucosa. En posición de decúbito dorsal. Asimetría facial. Hemiparesia derecha. Moviliza secreciones bronquiales. Al examen se auscultan estertores.



Se palpa globo vesical. Signos vitales

- PA: 150/95 mmHg
- PAM: 113 mmHg
- FC: 105 /min (arrítmico)
- FR: 23 /min
- Temperatura: 37.3 °C
- SpO₂: 92 % (pulsioximetría)

Antropometría (con peso y talla referenciales)

- IMC: 30.1

Se toma EKG, análisis de laboratorio, Rx de tórax, TAC y RM cerebral

Diagnóstico médico: ACV isquémico-HTA-Bronconeumonía-Dislipidemia-
Obesidad-Prostatismo-Hipokalemia

Paciente con indicación médica de preparación para fibrinólisis

A:

Paciente presenta los problemas siguientes

- Perfusión cerebral inadecuada (00024) debido a la interrupción del flujo sanguíneo cerebral y E/P TAC y RM cerebral.
- Dolor agudo - cefalea (**00132**) R/C Hipertensión intracraneal y edema cerebral y E/P expresiones faciales de dolor.
- Posibilidad de hemorragia (00206) debido a efectos secundarios. relacionados con el uso del fibrinolítico (rt-PA)
- Limpieza insuficiente de las vías respiratorias (00031) relacionada con infección respiratoria y acumulación de secreciones y E/P tos con movilización de



secreciones.

- Patrón respiratorio ineficaz **(00032)** R/C Infección pulmonar y acumulación de mucosidad. y E/P disnea y Sat O₂: 92%.
- Alteración en el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono. **(00030)** R/C Alteración en la relación V/P y E/P hipoxemia, Pa O₂ 70 mmHg, Sat O₂ 92%
- Desequilibrio electrolítico R/C vómitos y E/P hipokalemia
- Retención urinaria **(00023)** R/C Obstrucción anatómica y E/P dificultad para miccionar-anuria
- Deterioro de la deglución **(00103)** R/C Incoordinación demúsculos faríngeos, secundario a daño cerebral y E/P incapacidad para ingerir alimentos
- Riesgo de aspiración **(00039)** F/R Alteración de la deglución.
- Deterioro de la movilidad física **(00085)** R/C disminución de la fuerza y E/P hemiparesia derecha

P: Objetivos:

- Mejorar la perfusión tisular cerebral mediante la trombolisis **(0406)**
- Controlar el edema cerebral.
- Control de la cefalea **(1605)**
- Disminuir el nivel de la cefalea **(2102)**
- Control del riesgo de sangrado **(1902)**
- Asegurar la desobstrucción de las vías respiratorias **(0410)**
- Mejorar la ventilación **(0403)**
- Mantener un adecuado intercambio gaseoso **(0402)**



- Eliminar las secreciones
- Evitar la disnea y mejorar la Sat O₂
- Controlar las náuseas y vómitos **(1618)**
- Restituir el equilibrio electrolítico **(0600)**
- Lograr una buena eliminación de orina **(0503)**
- Mejorar el estado de deglución **(1010)**
- Control del riesgo de aspiración **(1918)**
- Mejorar el nivel de movilidad **(0208)**

I:

Paciente inicia trombolisis a las 00:00 horas, previa canalización de dos vía periférica con venocath N° 18. Se inicia infusión del alteplasa según protocolo. Monitoreo de FV, monitoreo neurológico y evaluación con Escalade NIHSS según protocolo y en hoja aparte.

El proceso de trombolisis se realiza según protocolo del Servicio

- Posición semi Fowler (45°)
- Mejora de la perfusión cerebral **(2550)**:
 - Hidratación del paciente,
 - Oxigenación y
 - Balance hídrico estricto
- Manejo del edema cerebral **(2540)**:
 - Control del estado hemodinámico,
 - Control de pH, PaO₂ y PaCO₂
- Oxigenoterapia **(3320)**



- Monitorización del Equilibrio ácido-base **(1920)**
- Manejo de la terapia trombolítica **(4270)**
- Monitorización neurológica **(2620)**
- Monitorización de Líquidos **(4130)** en hoja aparte
 - Control de PA,
 - Frecuencia cardíaca,
 - Control de llenado capilar,
 - Amplitud del pulso y
 - Diuresis horaria
 - Frecuencia respiratoria y Sat O₂
- Manejo de la vía aérea **(3180)**
- Fisioterapia respiratoria **(3230)**:
 - Nebulización,
 - Palmoterapia y
 - Drenaje postural.
- Administración de medicación intravenosa **(2314)**
- Manejo del vómito **(1570)**
- Manejo de electrolitos **(2000)**
- Colocación de SNG **(1080)**
- Colocación de sonda vesical **(0580)**.
- Cuidados para evitar la aspiración **(3200)**
- Brindar comodidad y confort **(6482)**



E:

- La trombolisis fue exitosa. Paciente toleró bien el procedimiento
- Paciente bien hidratado con parámetros dentro de límites normales:
 - PA : 130/80 mmHg,
 - FC : 82/min, rítmico
 - Amplitud de pulso normal,
 - Llenado capilar : < 2 seg y
 - Diuresis horaria: 60 cc.
- Se logró el control del riesgo de sangrado
- Buena oxigenación (SaO₂ 95%)
- Se mantuvo el pH, PaO₂ y PaCO₂ dentro del rango normal
- Eliminó secreciones bronquiales, respira mejor
- Se mantiene el control de náuseas y vómitos
- Se corrigió la hipokalemia
- Se logró la eliminación de orina
- Se realizó cambios de posición
- Se mejoró el estado de la deglución
- Se controló el riesgo de aspiración
- Se administró la medicación intravenosa
- Se brindó comodidad y confort



Monitoreo neurológico y de Funciones vitales

Criterio de valoración	HORA	PA (PAM)	FC	FR	SpO2	ESCALA	
						GLASGOW	NIHSS
Al ingreso	22:30 h	130/80 (86.6)	103	24	92	14	11
1° hora Durante la trombolisis 01:00 h 00:00 h	A los 15 min	135/90 (105)	100	24	92	14	11
	A los 30 min	130/95 (107)	110	26	92	14	11
	A los 45 min	140/100 (113)	115	23	92	14	11
	A los 60 min	140/100 (113)	110	24	92	14	11
2° hora 01:00 h 00:00 h	A los 15 min	130/90 (103)	100	24	92	14	11
	A los 30 min	150/100 (117)	105	24	92	14	11
	A los 45 min	150/95 (113)	105	23	92	14	11
	A los 60 min	150/100 (117)	115	23	92	14	11
3° hora 02:00 h	A los 30 min	140/100 (113)	118	22	92	15	8
	A los 60 min	150/95 (113)	110	22	92	15	8
4° hora 03:00 h	A los 30 min	160/100 (120)	110	22	92	15	8
	A los 60 min	150/100 (117)	100	20	92	15	8
5° hora 04:00 h	A los 30 min	150/100 (117)	100	20	92	15	8
	A los 60 min	155/100 (118)	102	20	92	15	8
6° hora 05:00 h	A los 30 min	150/100 (117)	104	20	94	15	8
	A los 60 min	150/100 (117)	100	20	94	15	8
7° hora 06:00 h	A los 30 min	140/95 (110)	102	20	94	15	8
	A los 60 min	150/100 (117)	98	20	94	15	8
8° hora 07:00 h	A los 30 min	150/100 (117)	104	20	94	15	8
	A los 60 min	150/95 (113)	104	20	94	15	8



(12/05/2021 turno Mañana)

S: 07:00 h

Paciente refiere mejoría, se expresa mejor, persiste con incapacidad para deglutir la saliva. Refiere no haber podido dormir

O:

Paciente consciente, con orientación parcial en cuanto a espacio y persona, ansioso, disártrico, con disfagia, disnea de menor intensidad con tos más productiva. En posición de decúbito dorsal. Asimetría facial. Hemiparesia derecha con leve mejoría en el nivel de movilidad de las extremidades afectadas. Con discreta mejoría en el nivel de comunicación expresiva. Moviliza secreciones bronquiales. Al examen se auscultan estertores.

SNG y Sonda vesical permeables. Signos vitales

- PA: 130/80 mmHg
- PAM: 72 mmHg
- FC: 98 /min (arrítmico)
- FR: 20 /min
- Temperatura: 37.3 °C
- SpO₂: 94 % (pulsioximetría)

Antropometría (con peso y talla referenciales)

- IMC: 30.1

A:

Paciente presenta los problemas siguientes

- Perfusión cerebral inadecuada (00024) debido a la interrupción del flujo sanguíneo cerebral y E/P TAC y RM cerebral.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031) R/C Infección respiratoria y



retención de las secreciones y E/P tos con movilización de secreciones.

- Patrón respiratorio ineficaz **(00032)** R/C Infección respiratoria y Acumulación de las secreciones y E/P disnea y Sat O₂: 94%.
- Alteración en la oxigenación y eliminación de dióxido de carbono **(00030)** R/C Alteración en la relación V/P y E/P hipoxemia. Sat O₂ 94%
- Deterioro de la deglución **(00103)** R/C incoordinación de músculos faríngeos, secundario a daño cerebral y E/P incapacidad para ingerir alimentos
- Riesgo de aspiración **(00039)** F/R Alteración de la deglución.
- Riesgo de infección urinaria **(0004)** F/R colocación de sonda vesical
- Deterioro de la movilidad física **(00085)** R/C disminución de la fuerza y E/P hemiparesia derecha
- Deterioro de la comunicación verbal **(00051)** R/C lesión del SNCy E/P disartria
- Déficit de autocuidado en la alimentación **(00102)** R/C alteración de la deglución y E/P incapacidad para ingerir alimentos
- Déficit de autocuidado en el baño/higiene **(00108)** R/C limitación física por lesión cerebral y E/P incapacidad para realizarse el aseo higiene personal
- Déficit de autocuidado en el vestido/acicalamiento **(00109)** R/C limitación física por lesión cerebral y E/P incapacidad para vestirse y arreglarse
- Déficit de autocuidado en el uso del orinal/inodoro **(00110)** R/C limitación física por lesión cerebral y E/P incapacidad para realizarla higiene luego de la eliminación intestinal

P: Objetivos:

- Mejorar la perfusión tisular cerebral **(0406)**
- Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias **(0410)**
- Mejorar la ventilación **(0403)**
- Mantener un adecuado intercambio gaseoso **(0402)**
- Mejorar el estado de deglución **(1010)**
- Control del riesgo de aspiración **(1918)**
- Control del riesgo de infección urinaria **(1924)**



- Mejorar el nivel de movilidad **(0208)**
- Mejorar la comunicación expresiva **(0903)**
- Mejorar autocuidados en la alimentación **(00102)**
- Mantener un adecuado estado nutricional **(1004)**
- Mejorar autocuidados en el baño **(0301)**
- Mejorar autocuidados en la higiene **(0305)**
- Mejorar autocuidados en el vestir **(0302)**
- Mejorar autocuidados en el uso de orinal/inodoro **(0310)**

I:

- Posición semi Fowler (45°)
- Mejora de la perfusión cerebral **(2550)**:
 - Hidratación del paciente,
 - Oxigenación y
 - Balance hídrico estricto
- Manejo del edema cerebral **(2540)**:
 - Control del estado hemodinámico,
 - Control de pH, PaO₂ y PaCO₂
- Oxigenoterapia **(3320)**
- Monitorización del Equilibrio ácido-base **(1920)**
- Monitorización neurológica **(2620)**
- Monitorización de Funciones vitales **(6680)**
 - Control de PA,
 - Frecuencia cardíaca,
 - Control de llenado capilar,
 - Amplitud del pulso y
 - Diuresis horaria
 - Frecuencia respiratoria y Sat O₂
- Manejo de la vía aérea **(3180)**
- Fisioterapia respiratoria **(3230)**:
 - Nebulización,
 - Palmoterapia y



- Drenaje postural.
- Cuidados de SNG **(1874)**
- Administración de medicación **(2300)**
- Administración de medicación intravenosa **(2314)**
- Administración de medicación enteral **(2301)**
- Cuidados de sonda vesical **(1876)**
- Precauciones para evitar la aspiración **(3200)**
- Programar Medicina Física y Rehabilitación para la Unidad de Hospitalización
- Programar evaluación y manejo por Psicología para la Unidad de Hospitalización
- Mejorar la comunicación: déficit del habla **(4976)**
- Proporcionar ayuda con los autocuidados de alimentación **(1803)**
- Alimentación enteral por SNG **(1056)**
- Proporcionar ayuda con los autocuidados de baño/higiene **(1801)**
- Proporcionar ayuda con los autocuidados en el vestir/arreglo personal **(1802)**
- Proporcionar ayuda con los autocuidados de aseo **(1804)**
- Brindar comodidad y confort **(6482)**

E:

Paciente bien hidratado con parámetros dentro de límites normales:

- PA : 130/80 mmHg,
- FC : 82/min, rítmico
- Amplitud de pulso normal,
- Llenado capilar : < 2 seg y
- Diuresis horaria: 60 cc.
- Buena oxigenación (SaO₂ 94%)
- Se mantuvo el pH, PaO₂ y PaCO₂ dentro del rango normal
- Eliminó secreciones bronquiales, ventila mejor
- Mantiene buen patrón respiratorio



- Se administró la medicación prescrita
- Se mantiene el control de náuseas y vómitos
- Se controló el riesgo de aspiración
- Recibió alimentación por SNG.
- Se proporcionó ayuda con los autocuidados
- Se realizó cambios de posición
- Se brindó comodidad y confort



Monitoreo neurológico y de Funciones vitales

Criterio de valoración	PA (PAM)	FC	FR	SpO ₂	ESCALA	
					GLASGOW	NIHSS
08:00 h	130/80(97)	98	20	94	15	8
09:00 h	130/80(97)	98	20	94	15	8
10:00 h	130/80(97)	98	20	94	15	8
11:00 h	130/80(97)	98	20	94	15	8
12:00 h	130/80(97)	98	20	94	15	8
13:00 h	130/80(97)	98	20	95	15	8



(12/05/2021 turno Tarde)

S:

13:00 h

Paciente refiere mejoría, se expresa mejor, persiste con incapacidad para deglutir la saliva.

O:

Paciente Despierto y completamente orientado tanto en el espacio como en la persona, ansioso, disártrico, con disfagia, disnea de menor intensidad con tos más productiva, mantiene buen patrón respiratorio. En posición de decúbito dorsal. Asimetría facial. Hemiparesia derecha con leve mejoría en el nivel de movilidad de las extremidades afectadas. Condiscreta mejoría en el nivel de comunicación expresiva

Moviliza secreciones bronquiales. Al examen se auscultan estertores.

SNG y Sonda vesical permeables. Signos vitales

- PA: 130/80 mmHg
- PAM: 97 mmHg
- FC: 98 /min (arrítmico)
- FR: 20 /min
- Temperatura: 37.3 °C
- SpO₂: 95 % (pulsioximetría)

Antropometría (con peso y talla referenciales)

- IMC: 30.1



A:

Paciente presenta los problemas siguientes

- Perfusión cerebral inadecuada (00024) relacionada con la obstrucción del flujo sanguíneo cerebral. y E/P TAC y RM cerebral.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas **(00031)** R/C Infección respiratoria y retención de las secreciones y E/P tos con movilización de secreciones.
- Patrón respiratorio ineficaz **(00032)** R/C Infección respiratoria y retención de las secreciones y E/P disnea y Sat O₂: 94%.
- Deterioro del intercambio gaseoso **(00030)** R/C Alteración en la relación V/P y E/P hipoxemia. Sat O₂ 94%
- Deterioro de la deglución **(00103)** R/C incoordinación de músculos faríngeos, secundario a daño cerebral y E/P incapacidad para ingerir alimentos
- Riesgo de aspiración (00039) relacionado con difícil
- Riesgo de infección urinaria **(0004)** F/R colocación de sondavesical
- Riesgo de estreñimiento **(00015)**
- Riesgo de lesión por presión en el adulto **(00304)**
- Deterioro en la capacidad de movimiento físico. **(00085)** R/C Reducción de la fuerza. y E/P hemiparesia derecha
- Deterioro de la comunicación verbal **(00051)** R/C lesión del SNCy E/P disartria
- Déficit de autocuidado en la alimentación **(00102)** R/C alteración de la deglución y E/P incapacidad para ingerir alimentos
- Déficit de autocuidado en el baño/higiene **(00108)** R/C limitación física por lesión cerebral y E/P incapacidad para realizarse el aseo higiene personal



- Déficit de autocuidado en el vestido/acicalamiento **(00109)** R/C limitación física por lesión cerebral y E/P incapacidad para vestirse y arreglarse
- Falta de capacidad para realizar el autocuidado en el uso del orinal/inodoro. **(00110)** R/C limitación física por lesión cerebral y E/P incapacidad para realizarla higiene luego de la eliminación intestinal
- Riesgo de caídas en el adulto **(00303)**
- Baja autoestima situacional **(00120)**
- Ansiedad **(00146)**

P: Objetivos:

- Mejorar la perfusión tisular cerebral **(0406)**
- Garantizar la apertura de las vías respiratorias. **(0410)**
- Mejorar la ventilación **(0403)**
- Mantener un adecuado intercambio gaseoso **(0402)**
- Mejorar el estado de deglución **(1010)**
- Manejo del riesgo de aspiración **(1918)**
- Manejo del riesgo de infección urinaria **(1924)**
- Lograr una adecuada eliminación intestinal **(0501)**
- Mantener la Conservación de la piel **(1101)**
- Mejorar el nivel de movilidad **(0208)**
- Mejorar la comunicación expresiva **(0903)**
- Mejorar autocuidados en la alimentación **(00102)**
- Mantener un adecuado estado nutricional **(1004)**
- Mejorar autocuidados en el baño **(0301)**



- Mejorar autocuidados en la higiene **(0305)**
- Mejorar autocuidados en el vestir **(0302)**
- Mejorar autocuidados en el uso de orinal/inodoro **(0310)**
- Prevención de caídas **(1909)**
- Elevar la autoestima **(1205)**
- Mejorar la imagen corporal **(1200)**
- Lograr la aceptación de su estado actual **(1300)**
- Mejorar el nivel de ansiedad **(1211)**
- Lograr el autocontrol de la ansiedad **(1402)**

I:

- Posición semi Fowler (45°)
- Mejora de la perfusión cerebral **(2550)**:
 - Hidratación del paciente,
 - Oxigenación y
 - Balance hídrico estricto
- Manejo del edema cerebral **(2540)**:
 - Control del estado hemodinámico,
 - Control de pH, PaO₂ y PaCO₂
- Oxigenoterapia **(3320)**
- Monitorización del Equilibrio ácido-base **(1920)**
- Monitorización neurológica **(2620)**
- Monitorización de Funciones vitales **(6680)**
 - Control de PA,



- Frecuencia cardíaca,
- Control de llenado capilar,
- Amplitud del pulso y
- Diuresis horaria
- Frecuencia respiratoria y Sat O₂
- Manejo de la vía aérea **(3180)**
- Fisioterapia respiratoria **(3230)**:
 - Nebulización,
 - Palmoterapia y
 - Drenaje postural.
- Cuidados de SNG **(1874)**
- Administración de medicación **(2300)**
- Administración de medicación intravenosa **(2314)**
- Administración de medicación enteral **(2301)**
- Cuidados de sonda vesical **(1876)**
- Precauciones para evitar la aspiración **(3200)**
- Manejo del estreñimiento (0450)
- Prevención de las úlceras por presión (3540)
- Vigilancia de la piel (3590)
- Mejorar la comunicación: déficit del habla **(4976)**
- Proporcionar ayuda con los autocuidados de alimentación **(1803)**
- Alimentación enteral por SNG **(1056)**
- Proporcionar ayuda con los autocuidados de baño/higiene **(1801)**
- Proporcionar ayuda con los autocuidados en el vestir/arreglo personal **(1802)**



- Proporcionar ayuda con los autocuidados de aseo **(1804)**
- Prevención de caídas **(6490)**
- Facilitar la presencia de los familiares **(7170)**
- Potenciar la autoestima **(5400)**
- Brindar apoyo emocional **(5270)**
- Escuchar activamente **(4920)**
- Aumentar el afrontamiento **(5230)**
- Aplicar técnicas de relajación **(5880)**
- Terapia de relajación simple **(6040)**
- Disminuir la ansiedad **(5820)**
- Facilitar visitas **(7560)**
- Brindar comodidad y confort **(6482)**

E:

- Paciente bien hidratado con parámetros dentro de límites normales:
 - PA : 130/80 mmHg,
 - FC : 94/min, rítmico
 - Amplitud de pulso normal,
 - Llenado capilar : < 2 seg y
 - Diuresis horaria: 60 cc.
- Buena oxigenación (SaO₂ 94%)
- Se mantuvo el pH, PaO₂ y PaCO₂ dentro del rango normal
- Eliminó secreciones bronquiales, ventila mejor
- Mantiene buen patrón respiratorio



- Se administró la medicación prescrita
- Se mantiene el control de náuseas y vómitos
- Se controló el riesgo de aspiración
- Se logró la eliminación intestinal
- Se realizó prevención y vigilancia de la piel
- Se realizó cambios de posición
- Recibió alimentación por SNG.
- Se proporcionó ayuda con los autocuidados
- Se controla el riesgo de caídas
- El paciente logra obtener una actitud más calmada frente a su enfermedad
- Mejora su estado de ánimo
- Se brindó comodidad y confort



Monitoreo neurológico y de Funciones vitales

Criterio de valoración	PA (PAM)	FC	FR	SpO ₂	ESCALA	
					GLASGOW	NIHSS
14:00 h	130/80(97)	98	20	95	15	8
15:00 h	130/80(97)	95	20	95	15	8
16:00 h	130/80(97)	95	20	95	15	8
17:00 h	130/80(97)	95	20	95	15	8
18:00 h	130/80(97)	94	20	95	15	8
19:00 h	130/80(97)	94	20	95	15	8



(12/05/2021 turno Noche)

S:

19:00 h

Paciente se siente mejor, se expresa mejor, persiste con incapacidad para deglutir la saliva.

O:

Paciente Despierto y plenamente orientado en cuanto a espacio y persona., ansioso, disártrico, con disfagia, disnea de menor intensidad con tos más productiva, mantiene buen patrón respiratorio. En posición de decúbito dorsal. Asimetría facial. Hemiparesia derecha con leve mejoría en el nivel de movilidad de las extremidades afectadas. Con discreta mejoría en el nivel de comunicación expresiva

Moviliza secreciones bronquiales. Al examen se auscultan estertores.

SNG y Sonda vesical permeables. Signos vitales

- PA: 130/80 mmHg
- PAM: 97 mmHg
- FC: 94 /min (arrítmico)
- FR: 20 /min
- Temperatura: 37.3 °C
- SpO₂: 95 % (pulsooximetría)

Antropometría (con peso y talla referenciales)

- IMC: 30.1



A:

Paciente presenta los problemas siguientes

- Perfusión cerebral inadecuada (00024) relacionada con la interrupción del flujo sanguíneo cerebral y E/P TAC y RM cerebral.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas (**00031**) R/C Infección respiratoria y retención de las secreciones y E/P tos con movilización de secreciones.
- Patrón respiratorio ineficaz (**00032**) R/C Infección respiratoria y retención de las secreciones y E/P disnea y Sat O₂: 94%.
- Deterioro del intercambio gaseoso (**00030**) R/C Alteración en la relación V/P y E/P hipoxemia. Sat O₂ 94%
- Deterioro de la deglución (**00103**) R/C incoordinación de músculos faríngeos, secundario a daño cerebral y E/P incapacidad para ingerir alimentos
- Riesgo de aspiración (**00039**) F/R Alteración de la deglución.
- Riesgo de infección urinaria (**0004**) F/R colocación de sondavesical
- Riesgo de estreñimiento (**00015**)
- Riesgo de lesión por presión en el adulto (**00304**)
- Alteración de la movilidad física (00085) relacionada con la reducción de la fuerza y E/P hemiparesia derecha
- Deterioro de la comunicación verbal (**00051**) R/C lesión del SNCy E/P disartria
- Insuficiencia en el cuidado alimentario (**00102**) R/C alteración de la deglución y E/P incapacidad para ingerir alimentos
- Déficit de autocuidado en el área del baño/higiénica (00108) Limitaciones físicas debido a lesiones cerebrales y E/P incapacidad para realizar la higiene personal y el aseo • Falta de autocuidado en la vestimenta y las actividades (**00109**)



R/C limitación física por lesión cerebral y E/P incapacidad para vestirse y arreglarse

- Insuficiencia en el autocuidado higiénico **(00110)** R/C limitación física por lesión cerebral y E/P incapacidad para realizarla higiene luego de la eliminación intestinal
- Riesgo de caídas en el adulto **(00303)**
- Baja autoestima situacional **(00120)**
- Ansiedad **(00146)**

P: **Objetivos:**

- Mejorar la perfusión tisular cerebral **(0406)**
- Conservar la claridad de las vías respiratorias. **(0410)**
- Mejorar la ventilación **(0403)**
- Mantener un adecuado intercambio gaseoso **(0402)**
- Mejorar el estado de deglución **(1010)**
- Control del riesgo de aspiración **(1918)**
- Control del riesgo de infección urinaria **(1924)**
- Lograr una adecuada eliminación intestinal **(0501)**
- Mantener la integridad de la piel **(1101)**
- Mejorar el nivel de movilidad **(0208)**
- Mejorar la comunicación expresiva **(0903)**
- Mejorar autocuidados en la alimentación **(00102)**
- Mantener un adecuado estado nutricional **(1004)**
- Mejorar autocuidados en el baño **(0301)**
- Mejorar autocuidados en la higiene **(0305)**
- Mejorar autocuidados en el vestir **(0302)**



- Mejorar autocuidados en el uso de orinal/inodoro **(0310)**
- Prevención de caídas **(1909)**
- Elevar la autoestima **(1205)**
- Mejorar la imagen corporal **(1200)**
- Lograr la aceptación de su estado actual **(1300)**
- Mejorar el nivel de ansiedad **(1211)**
- Evaluar el sueño **(0004)**
- Lograr el autocontrol de la ansiedad **(1402)**

I:

- Posición semi Fowler (45°)
- Mejora de la perfusión cerebral **(2550)**:
 - Hidratación del paciente,
 - Oxigenación y
 - Balance hídrico estricto
- Manejo del edema cerebral **(2540)**:
 - Control del estado hemodinámico,
 - Control de pH, PaO₂ y PaCO₂
- Oxigenoterapia **(3320)**
- Monitorización del Equilibrio ácido-base **(1920)**
- Monitorización neurológica **(2620)**
- Monitorización de Funciones vitales **(6680)**
 - Control de PA,
 - Frecuencia cardiaca,



- Control de llenado capilar,
- Amplitud del pulso y
- Diuresis horaria
- Frecuencia respiratoria y Sat O₂
- Manejo de la vía aérea **(3180)**
- Fisioterapia respiratoria **(3230)**:
 - Nebulización,
 - Palmoterapia y
 - Drenaje postural.
- Cuidados de SNG **(1874)**
- Administración de medicación **(2300)**
 - Administración de medicación intravenosa **(2314)**
 - Administración de medicación enteral **(2301)**
 - Cuidados de sonda vesical **(1876)**
 - Precauciones para evitar la aspiración **(3200)**
 - Manejo del estreñimiento (0450)
 - Prevención de las úlceras por presión (3540)
 - Vigilancia de la piel (3590)
 - Mejorar la comunicación: déficit del habla **(4976)**
 - Proporcionar ayuda con los autocuidados de alimentación **(1803)**
 - Alimentación enteral por SNG **(1056)**
 - Proporcionar ayuda con los autocuidados de baño/higiene **(1801)**
 - Proporcionar ayuda con los autocuidados en el vestir/arreglo personal **(1802)**
- Proporcionar ayuda con los autocuidados de aseo **(1804)**



- Prevención de caídas **(6490)**
- Facilitar la presencia de los familiares **(7170)**
- Potenciar la autoestima **(5400)**
- Brindar apoyo emocional **(5270)**
- Escuchar activamente **(4920)**
- Aumentar el afrontamiento **(5230)**
- Aplicar técnicas de relajación **(5880)**
- Terapia de relajación simple **(6040)**
- Disminuir la ansiedad **(5820)**
- Mejorar el sueño **(1850)**
- Facilitar visitas **(7560)**
- Brindar comodidad y confort **(6482)**

E:

Paciente bien hidratado con parámetros dentro de límites normales:

- PA : 110/85 mmHg,
- FC : 84/min, arrítmico
- Amplitud de pulso normal,
- Llenado capilar : < 2 seg
- Diuresis horaria: 60 cc.
- Buena oxigenación (SaO₂ 94%)
- Se mantuvo el pH, PaO₂ y PaCO₂ dentro del rango normal
- Eliminó secreciones bronquiales, ventila mejor
- Mantiene buen patrón respiratorio



- Se administró la medicación prescrita
- Se mantiene el control de náuseas y vómitos
- Se controló el riesgo de aspiración
- Se logró la eliminación intestinal
- Se realizó prevención y vigilancia de la piel
- Se realizó cambios de posición
- Recibió alimentación por SNG.
- Se proporcionó ayuda con los autocuidados
- Se controla el riesgo de caídas
- El paciente logra obtener una actitud más calmada frente a su enfermedad
- Mejora su estado de ánimo y del sueño
- El paciente acepta recibir terapia de apoyo de Psicología
- Se brindó comodidad y confort



Monitoreo neurológico y de Funciones vitales

Criterio de valoración	PA (PAM)	FC	FR	SpO ₂	ESCALA	
					GLASGOW	NIHSS
20:00 h	120/90 (100)	90	20	95	15	8
21:00 h	120/90 (100)	90	20	95	15	8
22:00 h	120/90 (100)	90	20	95	15	8
23:00 h	120/90 (100)	90	20	95	15	8
00:00 h	120/90 (100)	90	20	95	15	8
01:00 h	120/90 (100)	90	20	95	15	8
02:00 h	120/90 (100)	90	20	95	15	8
03:00 h	120/90 (100)	87	20	95	15	8
04:00 h	110/85 (93)	84	20	95	15	8
05:00 h	110/85 (93)	84	20	95	15	8
06:00 h	110/85 (93)	84	20	95	15	8
07:00 h	110/85 (93)	84	20	95	15	8



(13/05/2021 turno Mañana)

S:

07:00 h

Paciente se siente mejor, se comunica mejor, persiste con incapacidad para deglutir la saliva. Refiere haber dormido toda la noche.

O:

Paciente Alerta, consciente de sí mismo y del entorno, ansioso, disártrico, con disfagia, disnea de menor intensidad con tos más productiva, mantiene buen patrón respiratorio. En posición de decúbito dorsal. Asimetría facial. Hemiparesia derecha con leve mejoría en el nivel de movilidad de las extremidades afectadas. Condiscreta mejoría en el nivel de comunicación expresiva. Muestra mejor ánimo y mejor disposición al tratamiento prescrito.

Moviliza secreciones bronquiales. Al examen se auscultan estertores.

SNG y Sonda vesical permeables. Signos vitales

- PA: 110/85 mmHg
- PAM: 93 mmHg
- FC: 84 /min (arrítmico)
- FR: 20 /min
- Temperatura: 37.3 °C
- SpO₂: 95 % (pulsooximetría)

Antropometría (con peso y talla referenciales)

- IMC: 30.1



A:

Paciente presenta los problemas siguientes

- Alteración en la perfusión cerebral (00024) por interrupción del suministro sanguíneo y E/P TAC y RM cerebral.
- Dificultad en la limpieza de las vías aéreas (00031) por infección respiratoria y retención de moco y E/P tos con movilización de secreciones.
- Patrón respiratorio ineficaz (**00032**) R/C Infección respiratoria y retención de las secreciones y E/P disnea y Sat O₂: 94%.
- Deterioro del intercambio gaseoso (**00030**) R/C Alteración en la relación V/P y E/P hipoxemia. Sat O₂ 94%
- Deterioro de la deglución (**00103**) R/C incoordinación de músculos faríngeos, secundario a daño cerebral y E/P incapacidad para ingerir alimentos
- Riesgo de aspiración (**00039**) F/R Alteración de la deglución.
- Riesgo de infección urinaria (**0004**) F/R colocación de sondavesical
- Riesgo de estreñimiento (**00015**)
- Riesgo de lesión por presión en el adulto (**00304**)
- Reducción de la movilidad física (00085) por debilidad muscular y E/P hemiparesia derecha
- Deterioro de la comunicación verbal (**00051**) R/C lesión del SNCy E/P disartria
- Déficit de autocuidado en la alimentación (**00102**) R/C alteración de la deglución y E/P incapacidad para ingerir alimentos
- Déficit de autocuidado en el baño/higiene (**00108**) R/C limitación física por lesión cerebral y E/P incapacidad para realizarse el aseo e higiene personal



- Déficit de autocuidado en el vestido/acicalamiento **(00109)** R/C limitación física por lesión cerebral y E/P incapacidad para vestirse y arreglarse
- Falta de independencia en el uso del orinal/inodoro **(00110)** R/C limitación física por lesión cerebral y E/P incapacidad para realizarla higiene luego de la eliminación intestinal
- Riesgo de caídas en el adulto **(00303)**
- Baja autoestima situacional **(00120)**
- Ansiedad **(00146)**

P: **Objetivos:**

- Mejorar la perfusión tisular cerebral **(0406)**
- Garantizar la desobstrucción de las vías respiratorias. **(0410)**
- Mejorar la ventilación **(0403)**
- Mantener un adecuado intercambio gaseoso **(0402)**
- Mejorar el estado de deglución **(1010)**
- Control del riesgo de aspiración **(1918)**
- Control del riesgo de infección urinaria **(1924)**
- Lograr una adecuada eliminación intestinal **(0501)**
- Mantener la integridad de la piel **(1101)**
- Mejorar el nivel de movilidad **(0208)**
- Mejorar la comunicación expresiva **(0903)**
- Mejorar autocuidados en la alimentación **(00102)**
- Mantener un adecuado estado nutricional **(1004)**
- Mejorar autocuidados en el baño **(0301)**



- Mejorar autocuidados en la higiene **(0305)**
- Mejorar autocuidados en el vestir **(0302)**
- Mejorar autocuidados en el uso de orinal/inodoro **(0310)**
- Prevención de caídas **(1909)**
- Elevar la autoestima **(1205)**
- Mejorar la imagen corporal **(1200)**
- Lograr la aceptación de su estado actual **(1300)**
- Mejorar el nivel de ansiedad **(1211)**
- Evaluar el sueño **(0004)**
- Lograr el autocontrol de la ansiedad **(1402)**

I:

- Posición semi Fowler (45°)
- Mejora de la perfusión cerebral **(2550)**:
 - Hidratación del paciente,
 - Oxigenación y
 - Balance hídrico estricto
- Manejo del edema cerebral **(2540)**:
 - Control del estado hemodinámico,
 - Control de pH, PaO₂ y PaCO₂
- Oxigenoterapia **(3320)**
- Monitorización del Equilibrio ácido-base **(1920)**
- Monitorización neurológica **(2620)**
- Monitorización de Funciones vitales **(6680)**



- Control de PA,
- Frecuencia cardíaca,
- Control de llenado capilar,
- Amplitud del pulso y
- Diuresis horaria
- Frecuencia respiratoria y Sat O₂
- Manejo de la vía aérea **(3180)**
- Fisioterapia respiratoria **(3230)**:
 - Nebulización,
 - Palmoterapia y
 - Drenaje postural.
- Cuidados de SNG **(1874)**
- Administración de medicación **(2300)**
 - Administración de medicación intravenosa **(2314)**
 - Administración de medicación enteral **(2301)**
 - Cuidados de sonda vesical **(1876)**
 - Precauciones para evitar la aspiración **(3200)**
 - Manejo del estreñimiento (0450)
 - Prevención de las úlceras por presión (3540)
 - Vigilancia de la piel (3590)
- Mejorar la comunicación: déficit del habla **(4976)**
- Proporcionar ayuda con los autocuidados de alimentación **(1803)**
- Alimentación enteral por SNG **(1056)**
- Proporcionar ayuda con los autocuidados de baño/higiene **(1801)**
- Proporcionar ayuda con los autocuidados en el vestir/arreglo personal



(1802)

- Proporcionar ayuda con los autocuidados de aseo **(1804)**
- Prevención de caídas **(6490)**
- Facilitar la presencia de los familiares **(7170)**
- Potenciar la autoestima **(5400)**
- Brindar apoyo emocional **(5270)**
- Escuchar activamente **(4920)**
- Aumentar el afrontamiento **(5230)**
- Aplicar técnicas de relajación **(5880)**
- Terapia de relajación simple **(6040)**
- Disminuir la ansiedad **(5820)**
- Mejorar el sueño **(1850)**
- Facilitar visitas **(7560)**
- Brindar comodidad y confort **(6482)**

A las 08:00 h durante la visita médica se decide su alta del Servicio de Emergencia. Se coordina con la Unidad de Hospitalización del Servicio de Neurología para su traslado respectivo.

A las 10:00 h paciente es trasladado al Servicio de Neurología. ALTA DE EMERGENCIA



E:

Paciente bien hidratado con parámetros dentro de límites normales:

- PA : 110/85 mmHg,
- FC : 84/min, arrítmico
- Amplitud de pulso normal,
- Llenado capilar : < 2 seg
- Diuresis horaria: 60 cc.
- Buena oxigenación (SaO₂ 95%)
- Se mantuvo el pH, PaO₂ y PaCO₂ dentro del rango normal
- Eliminó secreciones bronquiales, ventila mejor
- Mantiene buen patrón respiratorio
- Se administró la medicación prescrita
- Se mantiene el control de náuseas y vómitos
- Se controló el riesgo de aspiración
- Se realizó prevención y vigilancia de la piel
- Se realizó cambios de posición
- Recibió alimentación por SNG.
- Se proporcionó ayuda con los autocuidados
- Se controla el riesgo de caídas
- El paciente logra obtener una actitud más calmada frente a su enfermedad
- Mejora su estado de ánimo y del sueño
- El paciente acepta recibir terapia de apoyo de Psicología
- Se brindó comodidad y confort
- 10:00 horas. Paciente estable, clínicamente mejor se transfiere a la Unidad de Hospitalización del Servicio de Neurología para continuar tratamiento.



Monitoreo neurológico y de Funciones vitales

Criterio de valoración	PA (PAM)	FC	FR	SpO ₂	ESCALA	
					GLASGOW	NIHSS
08:00 h	110/85(93)	84	20	95	15	8
09:00 h	110/85(93)	84	20	95	15	8
10:00 h	110/85(93)	84	20	95	15	8
10:00 h	ALTA DE EMERGENCIA					



CAPÍTULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO

5.1 Definición

La circulación arterial del cerebro queda alterada como consecuencia de una obstrucción parcial o completa de una arteria. Una pérdida temporal o permanente de movimiento, pensamiento, memoria, lenguaje o sensación es el resultado de una interrupción en el flujo sanguíneo hacia el cerebro.

La anemia y la hipoxia cerebral son ambas consecuencia de un flujo sanguíneo localizado o difuso hacia el cerebro, lo que conduce a la glucólisis anaeróbica y la hipoxia cerebral. Las membranas de los neurotransmisores se dañan por la isquemia, lo que perjudica la transmisión sináptica debido a la falta de ATP. Esta tragedia tiene el potencial de resolverse por sí misma.

5.2 Etiopatogenia

- **Trombosis**
 - Es la causa más frecuente del ACV isquémico
 - En las profundidades de la base del cerebro, hay pequeñas áreas irregulares conocidas como "accidente vascular laminar" donde ocurren infartos, necrosis y el bloqueo de arterias de pequeño tamaño.
 - El deterioro progresivo de las grandes arterias cerebrales resulta en una

deficiencia paulatina, mientras que las placas pueden causar émbolos en los pequeños vasos.



- **Embolia**

- Grasa, aire, fragmentos de tumores, vegetación de válvulas cardíacas rotas o depósitos de calcio de capilares extracraneales podrían ser la causa. Estos son cálculos renales extracraneales que se ven con frecuencia, incluidos aquellos que resultan de problemas cardíacos.

- Los émbolos se localizan en las bifurcaciones arteriales, zonas donde el flujo de sangre es más turbulento.



5.3 Fisiopatología

Una disminución local o generalizada del flujo sanguíneo al cerebro causa hipoxia y glucólisis anaeróbica. Esto, a su vez, causa hipoxia e isquemia, lo que daña el tejido cerebral. Debido a que el ATP en la membrana de los neurotransmisores se



agota en la isquemia, la transmisión sináptica se ve impedida. Este tipo de enfermedad puede reaparecer. Luego, los cambios estructurales en la membrana neuronal conducen a la alteración del equilibrio iónico intracelular y la liberación de iones de alta energía. El aumento en el volumen celular y la muerte neuronal resultan en la generación de cambios metabólicos complicados..

5.4 Clasificación

El ACV isquémico es ocasionado por un **trombo** (coágulo que sale de una placa ateromatosa que se rompe y obstruye la luz de la arteria) o por un **émbolo** (fragmento de coágulo que se desprende de un trombo distante y viaja por la sangre hasta quedar atascado en una arteria de menor calibre obstruyendo su luz)

5.5 Factores de riesgo

- Hipertensión arterial
- Aterosclerosis
- Diabetes mellitus
- Fibrilación auricular
- Dislipidemia
- Malos hábitos (tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo).

5.6 Cuadro Clínico

El cuadro clínico es variado y depende del área encefálica afectada. Los síntomas y signos más orientadores son:

- Hemiparesia/hemiplejia (debilidad o parálisis *repentina* de cara, MS, MI de un lado del cuerpo). Monoparesia/monoplejia.
- Confusión *repentina* para hablar o responder
- Problemas *repentinos* para deambular, mareos, incoordinación o desequilibrio.

- Cefalea intensa *repentina*.
- Mano torpe

Signos y Síntomas de ACV



Izquierda: normal. Derecha: paciente con asimetría facial por ataque cerebral (lado derecho de la cara).



Debilidad motora unilateral (brazo derecho).

La historia clínica de neurología incluye detalles sobre las manifestaciones clínicas de las enfermedades relacionadas. Es necesario hablar con la familia del paciente lo antes posible para obtener más información.

Durante la exploración física se valoran el estado de conciencia, los ojos y pupilas, el patrón respiratorio, la función motora y los signos vitales.



a. El nivel de conciencia

Se obtiene con la La escala de Glasgow mide tres aspectos: apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora.

Puntuación

- **Apertura ocular**
 - Espontánea 4
 - Al estímulo de la voz 3
 - Al estímulo doloroso 2
 - No hay respuesta 1
- **Respuesta verbal**
 - Orientado en TEP 5
 - Desorientado 4
 - Respuesta inapropiada 3
 - Sonidos incomprensibles 2
 - No hay respuesta 1
- **Respuesta motora**
 - Obedece órdenes 6
 - Localiza el estímulo doloroso 5
 - No localiza el estímulo doloroso 4
 - Flexión anormal (rigidez de decorticación) 3
 - Extensión (rigidez de descerebración) 2
 - No hay respuesta 1

ESTÍMULOS DOLOROSOS PARA LA RESPUESTA MOTORA:

- Presión del músculo trapecio entre el pulgar y los demás dedos de la mano.
- Presión sobre el esternón con los nudillos de la mano.



- Pellizco de cara interna del brazo o pierna.

b. Ojos y pupila

A través de la inervación del nervio oculomotor (III par craneal), el tronco cerebral, ubicado en los ganglios mesenquimatosos, se encarga del control parasimpático de la respuesta pupilar.

Al evaluar las pupilas, el tamaño, la forma irregular u ovalada y la sensibilidad a la luz son consideraciones importantes.

El diámetro pupilar normal es de 2 – 4 mm.

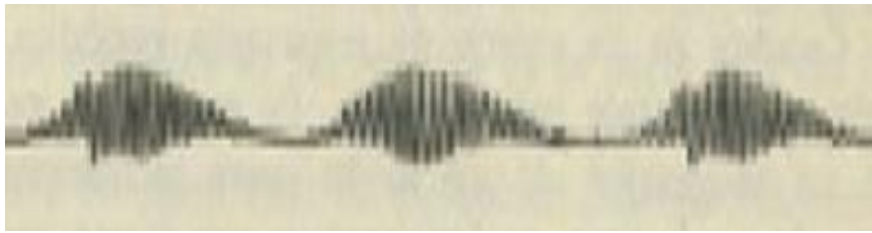
EVALUACIÓN PUPILAR	
Según el tamaño	<ul style="list-style-type: none"> • Miosis si diámetro < 2 mm • Midriasis si diámetro > 4 mm
Según relación entre ellas	<ul style="list-style-type: none"> • Isocóricas si los diámetros son iguales • Anisocóricas si los diámetros son diferentes
Según reacción a la luz	<ul style="list-style-type: none"> • Reactivas si se contraen con la luz • Arreactivas si no se contraen con la luz

c. Patrón respiratorio

Para mantener niveles adecuados de dióxido de carbono y oxígeno, la medición del intercambio de gases es parte de la evaluación del patrón respiratorio.

La tráquea del ectoparásito controla la respiración. Los patrones respiratorios podrían utilizarse para ayudar a identificar el sitio de la lesión. Son:

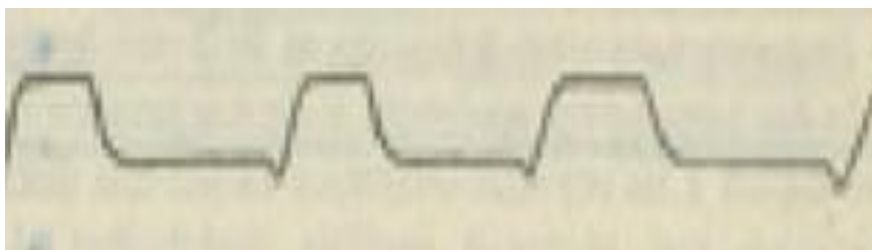
- Respiración de Cheyne-Stoke (lesión en corteza cerebral bilateral)



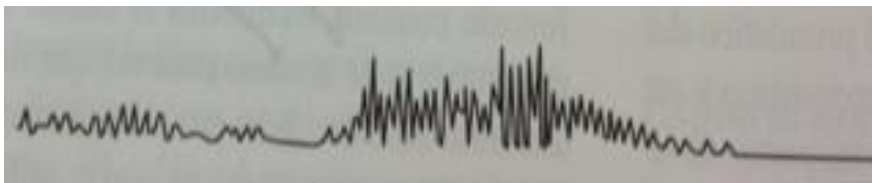
- Respiración neurógena central (lesión en mesencéfalo)



- Respiración apnéustica (lesión en protuberancia anular)



- Respiración atáxica de Biot (lesión en bulbo raquídeo)



d. Función motora

La evaluación de la función motora se enfoca en tres aspectos clave:

- Evaluación de la fuerza muscular: signos de focalización (hemiplejía/hemiparesia, paraplejía/paraparesia, monoplejía/monoparesia).
- Evaluación del tono muscular (hipotonía, flaccidez, hipertonia, espasticidad, rigidez)



- Observación de los movimientos involuntarios.

5.7 Diagnóstico

El diagnóstico se hace por el cuadro clínico y los estudios de Imagenología (TAC cerebral y RM del cerebro)

5.8 Complicaciones

- En el curso de la evolución el ACV isquémico puede hacer conversión a ACV hemorrágico
- Durante el tratamiento con trombolisis puede haber sangrado no sólo en el cerebro, sino también en los demás órganos
- Neumonía
- Trombosis venosa profunda
- Estreñimiento
- Retención urinaria

5.9 Estudios de laboratorio e Imagenología

La TAC y la Resonancia Magnética juegan un papel importante para hacer el diagnóstico precoz de ACV isquémico y descartar un ACV hemorrágico para someter al paciente a trombolisis antes de las tres horas y recuperar la funcionalidad del tejido cerebral injuriado que rodea al área ya necrosada.

Igualmente estos exámenes de imágenes sirven para descartar una hemorragia cerebral en el curso de la trombolisis.

5.10 Tratamiento

Cuando una hemorragia intracraneal ha sido evacuada, se evidencian síntomas tempranos de hipoglucemia y el período desde el inicio del deterioro neurológico es menor de 4.5 horas, hay candidatos para rtPA intravenoso para

trombólisis. Se utilizará heparina de bajo peso molecular y se controlará el TPT. Llevar un buen control de líquidos.

Se tratará precozmente toda complicación que se presente.



Objetivos del tratamiento

- Reducir al mínimo el área cerebral dañada y por ende reducir al mínimo la discapacidad del paciente.
- Prevenir complicaciones y
- Prevenir recurrencias del cuadro.

5.11 Cuidados de Enfermería:

- **Atención en Emergencia**
- **Valoración de la función respiratoria**
 - Vía aérea permeable (cánula de Mayo, aspirar secreciones)
 - CFV
 - Sat O₂, administrar O₂
- **Valoración del estado hemodinámico**
 - PA, FC, amplitud y ritmo del pulso, RP
 - Asegurar una vía de perfusión en miembro superior no parético.



- EKG
- **Administración de NaCl 9‰, toma de muestra sanguínea para análisis laboratorial.**
- **Valoración de la función neurológica**
 - Nivel de conciencia (escala de Glasgow)
 - Actividad pupilar
 - Alteración en la emisión y comprensión del lenguaje
 - Función motora (movilidad/disminución de fuerza en extremidades)
- **SNG, Sonda vesical**
- **Atención en la Unidad de Hospitalización**
- **Cuidado de la función respiratoria**
 - Vía aérea permeable (cánula de Mayo, aspiración de secreciones y fisioterapia).
- CFV
- Sat O₂ ≥ 95 % , administrar O₂
- **Evaluación de la función cardiovascular**
 - PA, FC, amplitud y ritmo del pulso, RP
 - EKG si se detecta pulso arritmico
- **Evaluación neurológica**
 - Nivel de conciencia
 - Actividad pupilar
 - Tipo de respiración
 - Movilidad/disminución de fuerza en extremidades
- **Administrar la terapéutica médica indicada**
- **Comunicar *oportunamente* al médico de servicio sobre resultados de**



análisis laboratorial, AGA, imagenología e interconsultas.

- **Comunicar *oportunamente* al médico de servicio sobre signos de alarma**
 - Cefalea intensa
 - *HTA aguda*
 - Náuseas/vómitos
 - Disminución del nivel de conciencia
 - Arritmia cardíaca, taquicardia, bradicardia
 - Dificultad respiratoria
 - Convulsiones.
- **Medidas Generales**
 - **Posición semifowler**
 - **Si hay déficit de la movilidad física**
 - Colocar el timbre y artículos personales al alcance del paciente
 - Mantener el alineamiento anatómico
 - El miembro parético debe estar extendido
 - Cambio de posición cada dos horas
 - **Adoptar las medidas de prevención de caídas**
 - Mantener barandales arriba
 - Aplicar medios de sujeción, etc.
 - **Si hay déficit de autocuidado**
 - Colocar el timbre y artículos personales al alcance del paciente
 - Asistirlo en el baño.
 - Asistirlo en el baño y peinado.



ABREVIATURAS

- PAE** Proceso de Atención de Enfermería
- PLACE** Plan de Cuidados de Enfermería
- NANDA** North American Nursing Diagnosis Association
- NOC** Nursing Outcomes Classification **NIC** Nursing Interventions Classification
- OMS** Organización Mundial de la Salud **SNC** Sistema nervioso central
- ACV** Accidente cerebrovascular
- ECV** Enfermedad Cerebrovascular
- STROKE** Ataque cerebral
- ICTUS** Ataque carebral
- NIHSS** National Institute of Health Stroke Scale
- HTA** Hipertensión arterial
- PIC** Presión intracraneana
- FA** Fibrilación auricular
- TAC** Tomografía Axial Computarizada
- RM** Resonancia Magnética
- rt-PA** Alteplasa (Activador tisular del plasminógeno 60 mg humanorecombinante)
- SNG** Sonda Nasogástrica
- PA** Presión arterial
- FC** Frecuencia cardiaca
- FR** Frecuencia respiratoria
- T°** Temperatura
- SaO2** Saturación de oxígeno
- SpO2** Pulsioximetría
- PaO2** Presión de oxígeno en sangre arterial



PaCO₂ Presión de dióxido de carbono en sangre arterial

NaHCO₃ Bicarbonato de sodio

pH Escala de grado de acidez de la sangre

TGP Transaminasa glutámico pirúvica **TGO** Transaminasa glutámico oxalacético

GGTP Gama glutamil transpeptidasa

HDL Lipoproteína de alta densidad

LDL Lipoproteína de baja densidad



CONCLUSIONES

El ACV isquémico es una patología frecuente que presenta Gran proporción de muertes, con gran discapacidad y dependencia en los sobrevivientes.

Según la Organización Mundial de la Salud, 15 millones de personas se ven afectadas por enfermedades cerebrovasculares (ECV) cada año, y una cuarta parte de ellas sucumbe a la enfermedad. Después de los infartos de miocardio, las enfermedades cerebrovasculares (ECV) siguen siendo la segunda causa principal de muerte. También son la principal causa de dependencia e incapacidad en el paciente adulto. Gracias al desarrollo tecnológico, a los avances de la ciencia, La formación de profesionales de la salud es la razón de la disminución significativa en las tasas de mortalidad y discapacidad debido al accidente cerebrovascular isquémico en los países desarrollados y el establecimiento de unidades de accidente cerebrovascular isquémico en los hospitales..

La educación de la población en cuanto a la disminución o eliminación De los factores de riesgo que se pueden modificar, así como a la identificación de los signos y síntomas de una persona con ictus por parte de personal no sanitario, permite disminuir la incidencia de presentar la enfermedad y las complicaciones al concurrir oportunamente al hospital.

El rol de La enfermera personal, como miembro del Equipo Multidisciplinario de Salud, es esencial para el cuidado del paciente durante la fase aguda de la miocardiopatía isquémica. El personal realiza una evaluación integral, objetiva y personalizada del paciente con el fin de planificar el tratamiento que se proporciona con el objetivo de preservar sus vidas, reducir complicaciones y mejorar su calidad de vida.

Así mismo el rol de enfermería, no sólo abarca la parte asistencial, sino que interviene activamente en La promoción de la salud, y la prevención primaria y secundaria de la enfermedad.



RECOMENDACIONES

La atención de las necesidades del paciente con ictus isquémico durante la fase aguda es esencial para mejorar su calidad de vida, y la enfermera, a través del proceso de atención de enfermería es la piedra angular para prodigar estos cuidados y transmitirlos a los familiares en forma clara y sistematizada.

Por ello se debe capacitar a la enfermera para que adquiera, desarrolle y perfeccione las competencias en la identificación de las necesidades afectadas según los Dominios y Clases de Marjory Gordon Aquí te dejo un ejemplo de cómo podrías elaborar un Plan de Cuidados de Enfermería dirigido a pacientes con ictus isquémico, considerando tanto al paciente como a la familia a partir de esas necesidades detectadas y determinar los objetivos a lograr (NOC) y con ellos diseñar las intervenciones necesarias (NIC).

De esta manera, en la medida que la enfermera haga uso de este enfoque metodológico de la Taxonomía NANDA-NOC y NIC en la elaboración del Plan sistematizado de Cuidados de Enfermería en su respectivo establecimiento e bienestar, la asistencia de Enfermería va a ser más integral y holística en el tratamiento oportuno así como también se reducirá al mínimo las complicaciones y secuelas y por ende, se reducirá también la estancia hospitalaria.



BIBLIOGRAFÍA

1. Carlos Valdespina Aguilar.- Clasificaciones NANDA, NOC, NIC 2018-2020. Ed. Elsevier.- Disponible en Internet. <https://www.salusplay.com>
2. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2018-2020 Ed. Elsevier
3. Dirección de Enfermería. Unidad de Docencia, Calidad e Investigación.- Relación de Etiquetas Diagnósticas NANDA, NOC (Indicadores).- Hospital Universitario Reyna Sofía. España. 2018
4. Dirección de Enfermería. Unidad de Docencia, Calidad e Investigación.- Intervenciones dirigidas a Etiquetas Diagnósticas NIC (Actividades).- Hospital Universitario Reyna Sofía. España. 2018
5. María García Dorta.- Cuidados de Enfermería: Ictus isquémico y fibrinólisis.- Tesis de Grado de la Universidad de la Laguna. España. 2018
6. Jesús Arturo Benel Cienfuegos.- Evaluación y Conocimiento de Escala de NIHSS en Médicos Residentes. Tesis de Segunda Especialidad en Neurología de la Universidad San Martín de Porres. Lima. 2018
7. Garavelli, Florencia.- Score NIHSS: Predictor de complicaciones intrahospitalarias en ACV isquémico. Servicio de clínica Médica. Hospital Escuela Eva Perón. Argentina. 2017
8. Mercedes Arribas Serrano.- Exploración neurológica por Enfermería: Valoración del nivel de conciencia y pupilas. Hospital Universitario Vall d'Hebron. España. 2014
9. María del Pilar Palazuelos Porta.- Actualización de Farmacología para Enfermeras. Difusión Avances de Enfermería. Disponible en Internet. <https://www.freelibros.me/>
10. Enfermería Evidente.- Guía de compatibilidad de fármacos de administración



- parenteral. Disponible en Internet. <https://www.enfermeriaevidente.com>
11. Sue Moorhead y col.-Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).-Ed. Elsevier. España. 2018. Disponible en Internet. <https://www.medilibros.com>
 12. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la etapa aguda del ataque cerebrovascular isquémico.- GPC N° 19 Dic. 2018.-IETSI- ESSALUD. Disponible en Internet. <https://www.essalud.gob.pe>ietsi>pdfs>guias>
 13. Organización Mundial de la Salud.- Estrategia paso a paso de la OMS para la Vigilancia de accidentes cerebrovasculares. Switzer Pand.2005.disponible en Internet. <https://www.1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualespdf>
 14. Balcells.-La Clínica y el Laboratorio.- Ed. Elsevier. España. 2019



ANEXOS



ANEXO 1: EXÁMENES LABORATORIALES

1. HEMATOLÓGICOS: (Hemograma o Biometría Hemática)

Serie Roja

a. Recuento de hematíes

Definición:

Es el recuento de hematíes circulantes por mm^3 de sangre

Valores Normales:

Adultos

Varones: 5'000,000 hematíes / mm^3 Mujeres: 4'500,000 hematíes / mm^3

Interpretación:

Aumentado: Policitemia Disminuido: Anemia

b. Hemoglobina

Definición:

Es la concentración de hemoglobina por dl de sangre.

Valores Normales:

Adultos

Varones: 16 ± 2 g/dl

Mujeres: 14 ± 2 g/dl

Interpretación:

- Policitemia: incremento en la concentración de la hemoglobina
- Anemia: disminución en la concentración de la hemoglobina

c. Hematocrito

Definición:

Es la proporción porcentual de glóbulos rojos en el plasma



Valores Normales:

Adultos

Varones: 47%

Mujeres: 42% Interpretación:

Aumentado en: Policitemia, Hemoconcentración (deshidratación, etc.)Disminuido en:

Anemia, Hemodilución

Serie Blanca

d. Recuento de Leucocitos

Definición:

Cantidad de leucocitos circulantes por mm^3 de sangre

Valores Normales:

5,000 – 10,000 leucocitos / mm^3 de sangre

Interpretación:

Aumentado: Leucocitosis. Usualmente se observa en infeccionesDisminuido:

Leucopenia. Se observa en infecciones

e. Fórmula Leucocitaria

Definición:

Es el porcentaje de distribución de cada tipo de leucocito

Valores Normales:

- Neutrófilos 60 – 70%
- Segmentados 55 – 65%
- Abastionados 0 - 5%
- Eosinófilos 1 - 4%
- Basófilos < 1%
- Linfocitos 20 – 40%



- Monocitos 2 - 8%

Interpretación:

Neutrófilos

- Aumentados: Neutrofilia. Se observa en infecciones
- Disminuidos: Neutropenia, se observa en infecciones Neutrófilos abastados
- Aumentados: Desviación izquierda, se observa en infecciones Eosinófilos
- Aumentados: Eosinofilia. Se observa en parasitosis y en reacciones alérgicas
- Disminuidos: Eosinopenia (*NO TIENE RELEVANCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA*)

Basófilos

Basófilos

- Aumentados: Basofilia. Se observa en Hipotiroidismo, Hiperlipemia y

Síndrome Nefrótico

- Disminuidos: Basopenia (*NO TIENE RELEVANCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA*)

Linfocitos

- Aumentados: Linfocitosis. Se observa en infecciones virales Existe un linfocitosis "fisiológica" en recién nacidos y niños
- Disminuidos: Linfopenia. Se observa en desnutrición ($< 1,500$ linfocitos/mm³ de sangre)

Existe una linfopenia relativa cuando existe una neutrofilia por infecciones

Monocitos

- Aumentados: Monocitosis. Se observa en infecciones subagudas y crónicas
- Disminuidos: Monocitopenia (*NO TIENE RELEVANCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA*)



La neutrofilia es la que condiciona la leucocitosis. La neutropenia es la que condiciona la leucopenia.

La desviación izquierda se presenta con leucocitosis o leucopenia. Se observa en infecciones

La leucocitosis. Usualmente, se observa en infecciones, pero

- Existe una leucocitosis "fisiológica" al final del embarazo y en el recién nacido (asociado a linfocitosis)
- Existe leucocitosis no infecciosas: Situaciones de stress, dolor agudo, esfuerzos intensos, hipertermia no infecciosa, quemaduras extensas, tratamiento con corticoides
- Existe una leucocitosis reactiva en casos de hemorragia aguda

Serie Plaquetaria

f. Recuento de Plaquetas

Definición:

Cantidad de plaquetas circulantes por mm^3 de sangre

Valores Normales:

200,000 – 400,000 plaquetas / mm^3

Interpretación:

Aumentado: Trombocitosis
Disminuido: Plaquetopenia



2. BIOQUÍMICA

a. GLUCOSA

Definición:

Es la determinación de la concentración de glucosa por dl de sangre, enayunas

Valores Normales:

70 - 110 mg de glucosa / dl de sangre

Interpretación:

Aumentado: Hiperglucemia. Se observa en Diabetes mellitus

Disminuido:
Hipoglucemia

b. ÚREA

Definición:

Es la determinación de la concentración de úrea por dl de sangre. Es el catabolito final de las proteínas

Valores Normales:

12 – 40 mg de úrea / dl de sangre

Interpretación:

Aumentado: Hiperazoemia. Se observa en hemorragia digestiva alta y en

Insuficiencia renal

Disminuido: Hipoazoemia. Se observa en Insuficiencia hepática grave

c. CREATININA

Definición:

Es la determinación de la concentración de creatinina por dl de sangre. Es el producto final del metabolismo muscular

Valores Normales:

0.8 – 1.2 mg de creatinina / dl de sangre



Interpretación:

Aumentado: Se observa en catabolismo muscular incrementado (Hipermetabolismo) y en Insuficiencia renal

Disminuido: Se observa en disminución de la masa muscular (desnutrición crónica, senilidad)

3. ELECTROLITOS

a. SODIO (Na⁺)

Definición:

Valores Normales:

135 – 145 meq/l de sangre

Interpretación:

Aumentado: Hipernatremia. Se observa en

- Pérdida de agua: Deshidratación hipertónica por diarrea profusa, poliuria o sudoración excesiva
- Sobrecarga de sodio: Ingesta de agua de mar o iatrogenia

Disminuido: Hiponatremia

b. POTASIO (K⁺)

Definición:

Valores Normales:

3.5 – 5 meq/l de sangre

Interpretación:

Aumentado: Hiperkalemia

Disminuido: Hipokalemia

c. CLORO (Cl⁻)

Definición:



Valores Normales:

95 – 105 meq/l de sangre

Interpretación:

Aumentado: Hipercloremia

Disminuido: Hipocloremia

d. **BICARBONATO (HCO_3^-)**

Definición:

Valores Normales:

22 – 26 meq/l de sangre

Interpretación:

Aumentado: Alcalosis metabólica

Disminuido: Acidosis metabólica

4. **ANÁLISIS DE GASES ARTERIALES**

Mide:

- La Función respiratoria: PaO_2 y PaCO_2 en la sangre
- El Equilibrio ácido base (grado de acidez y alcalinidad de la sangre)Para evaluar la Función Respiratoria

a. **Presión de oxígeno arterial (PaO_2)**

Definición:

Es la presión que ejerce el oxígeno (O_2) que se encuentra *disuelto* en la sangre arterial

Valores Normales:

80 – 100 mm Hg

Interpretación:

- Si $\text{PaO}_2 < 80$ mm Hg, el paciente se encuentra en *hipoxemia*



– Si $PaO_2 < 60$ mm Hg, el paciente se encuentra con *Insuficiencia respiratoria*

b. Saturación de oxígeno (SaO₂)

Definición:

Mide el porcentaje de la hemoglobina que transporta al oxígeno

Valores Normales:

95 – 100% de hemoglobina (Hb)

Interpretación:

Si la SaO₂ es $< 95\%$ de Hb, hay hiposaturación

c. Presión de dióxido de carbono arterial (PaCO₂)

Definición:

Es la presión que ejerce el CO₂ que se encuentra *disuelto* en la sangre arterial

Valores Normales:

35 – 45 mm Hg

Interpretación:

Si la PaCO₂ es < 35 mm Hg, el paciente se encuentra en *hipocapnia*. Es ocasionada por *hiperventilación*

Si la PaO₂ es > 45 mm Hg, el paciente se encuentra en *hipercapnia*. Es ocasionada por *hipoventilación*

Insuficiencia respiratoria. Clasificación gasométrica:

Insuficiencia respiratoria hipoxémica

– Con hipoxemia aislada. $PaO_2 < 60$ mm Hg o $SaO_2 < 90\%$

Insuficiencia respiratoria hipercápnic o global

– $PaO_2 < 60$ mm Hg o $SaO_2 < 90\%$ asociada a $PaCO_2 > 50$ mm Hg. Es ocasionada por *hipoventilación*



Para evaluar el Equilibrio ácido-base

d. pH

Definición:

Mide el grado de acidez o alcalinidad de la sangre.

El rango del pH es de 0 a 14. El 7 es un valor neutro. < de 7 es ácida y >de 7 es básica o alcalina

Valores Normales:

El rango del pH normal de la sangre oscila entre 7.35 a 7.45. La sangre levemente alcalina

Interpretación:

- Si el pH es < 7.35, se dice que la sangre está en acidemia
- Si el pH es > 7.45, se dice que la sangre está en alcalemia

e. Bicarbonato (HCO_3^-)

Definición:

Es la concentración del ion Bicarbonato (HCO_3^-) en sangre

Valores Normales:

22 – 25 meq de HCO_3^- /l de sangre

Interpretación:

- Si el HCO_3^- es < 22 meq/l con pH < 7.35, se dice que el paciente se encuentra en acidosis metabólica
- Si el HCO_3^- es > 26 meq/l con pH > 7.45, se dice que el paciente se encuentra en alcalosis metabólica

f. Presión de dióxido de carbono arterial (PaCO_2)

Definición:



Es la presión que ejerce el CO₂ *disuelto* en la sangre arterial

Valores Normales:

35 – 45 mm Hg

Interpretación:

- Si la PaCO₂ es < 35 mm Hg con pH > 7.45, se dice que el paciente se encuentra en alcalosis respiratoria
- Si la PaCO₂ es > 45 mm Hg con pH < 7.35, se dice que el paciente se encuentra en acidosis respiratoria

g. Déficit / Exceso de bases

Definición:

Es la cantidad de bases que falta o excede para que la sangre recupere el pH normal

Valores Normales:

Los niveles normales de la base oscilan entre -2 y + 2 meq/l de sangre

Interpretación:

- Si el déficit de bases es < -2 meq/l, se está en acidosis metabólica
- Si el exceso de bases es > 2 meq/l, se está en alcalosis metabólica



ANEXO 2 TARJETA FARMACOLÓGICA

1. ALTEPLASA

Composición:

Contenido de cada vial:

- Alteplasa 10 mg (5.800.000 UI)
- Añlteplasa 20 mg (11.600.000 UI)
- Alteplasa 50 mg (29.000.000 UI)

Acción terapéutica:

Glucoproteína con acción trombolítica

Mecanismo de acción

Activa el plasminógeno a plasmina la cual disuelve el coágulo de fibrina.

Farmacocinética:

Se metaboliza en el hígado con una vida media corta (aproximadamente 40 min)

Indicaciones:

Trombolisis en el ictus isquémico agudo

Contraindicaciones:

- Antecedente hemorrágico en los últimos 6 meses
- Uso de anticoagulantes o INR > 1.3
- Lesiones del sistema nervioso central: neoplasia, aneurisma
- Insuficiencia hepática, cirrosis, hipertensión portal (varices esofágicas) y hepatitis activa
- cirugía mayor en los últimos 3 meses
- convulsiones al inicio del ictus
- Hemorragia intracraneal en la TAC
- recuento de plaquetas < 100.000/mm³



- presión sanguínea sistólica > 185 mm Hg o presión sanguínea diastólica > 110 mm Hg, o controles agresivos (farmacoterapia intravenosa) necesarios para reducir la presión sanguínea a estos límites
- Glicemia < 50 mg/dl ó > 400 mg/dl

Efectos secundarios y Reacciones Adversas:

- hemorragia intracerebral o cualquier otro foco de sangrado
- equimosis
- hemorragia en el lugar de inyectable o de inserción del catéter
- La trombolisis puede generar un nuevo acontecimiento tromboembólico en aquéllos que presentan trombos en la aurícula izquierda (estenosis mitral o fibrilación auricular).


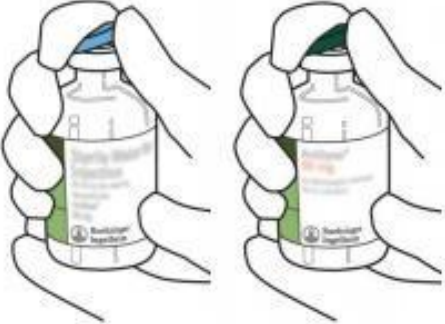
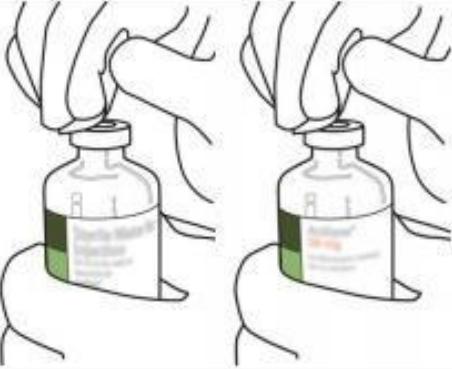
Posología

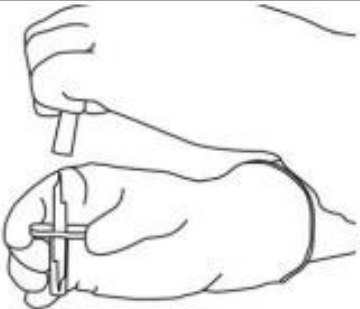


La dosis recomendada total es de 0,9 mg de alteplasa/kg de peso corporal (hasta un máximo de 90 mg) empezando con un 10% de la dosis total en forma de bolo intravenoso inicial, inmediatamente seguido del resto de la dosis total perfundida por vía intravenosa durante 60 minutos.


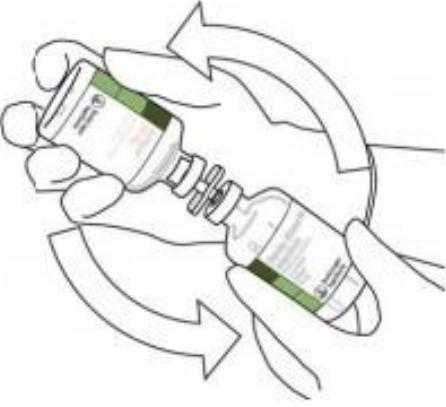
Vía de administración:


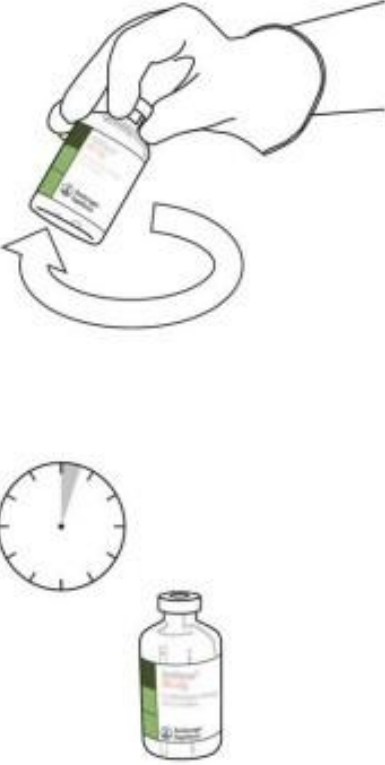
Vía intravenosa, para aplicación inmediata

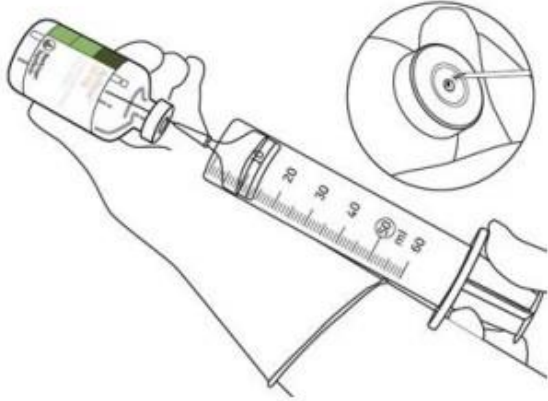
Instrucciones para reconstituir Actilyse

1	Reconstituir inmediatamente antes de su administración.	
2	Retirar las tapas protectoras de los dos viales que contienen agua estéril y Actilyse sustancia seca, respectivamente, tirándolas hacia arriba con un dedo.	
3	Limpiar el tapón de goma de cada uno de los viales con una toallita con alcohol.	

4	<p>Sacar la cánula de transferencia* de su envoltorio. No desinfectar ni esterilizar la cánula de transferencia; es estéril. Quitar la tapa.</p>	
5	<p>Mantener el vial de agua estéril vertical sobre una superficie estable. Directamente desde arriba, perforar el tapón de goma verticalmente en el centro del tapón con la cánula de transferencia, presionando con cuidado pero firmemente, sin girar.</p>	 <p>Agua estéril para preparaciones inyectables</p>
6	<p>Sujetar el vial de agua estéril y la cánula de transferencia firmemente con una mano utilizando las dos solapas laterales.</p> <p>Retirar la tapa restante de la parte superior de la cánula de transferencia.</p>	
7	<p>Sujetar el vial de agua estéril y la cánula de transferencia firmemente con una mano utilizando las dos solapas laterales.</p> <p>Sujetar el vial con Actilyse sustancia seca encima de la cánula de transferencia y posicionar la punta de la cánula de transferencia justo en el centro del tapón.</p>	

	<p>Presionar el vial con la sustancia seca hacia abajo con la cánula de transferencia directamente desde arriba, perforando el tapón de goma verticalmente y con cuidado pero firmemente, sin girar.</p>	 <p>Actilyse® (sustancia seca)</p> <p>↓</p> <p>Agua estéril para preparaciones inyectables</p>
8	<p>Invertir los dos viales y permitir que el agua drene completamente en la sustancia seca.</p>	 <p>Agua estéril para preparaciones inyectables</p> <p>↓</p> <p>Actilyse® (sustancia seca)</p>

9	<p>Retirar el vial de agua vacío junto con la cánula de transferencia. Se pueden desechar.</p>	
10	<p>Coger el vial con Actilyse reconstituido y girarlo con cuidado para disolver cualquier polvo restante pero no agitar, puesto que esto producirá espuma.</p> <p>Si hay burbujas, mantener la solución inmóvil durante unos minutos para permitir que desaparezcan.</p>	
11	<p>La solución contiene 1 mg/ml de Actilyse. Debe ser límpida y de incolora a amarilla clara y no debe contener ninguna partícula.</p>	

12	<p>Extraer la cantidad requerida utilizando una aguja y una jeringa. No utilizar la zona de punción de la cánula de transferencia para evitar pérdidas.</p>	
13	<p>Utilizar inmediatamente. Desechar la solución no utilizada.</p>	

* Si se incluye en el kit una cánula de transferencia. La reconstitución también se puede realizar con una jeringa y una aguja.



ANEXO 3 ESCALAS

ESCALA DE GLASGOW

	<u>Puntuación</u>
• Apertura ocular	
○ Espontánea	4
○ Al estímulo de la voz	3
○ Al estímulo doloroso	2
○ No hay respuesta	1
• Respuesta verbal	
○ Orientado en TEP	5
○ Desorientado	4
○ Respuesta inapropiada	3
○ Sonidos incomprensibles	2
○ No hay respuesta	1
• Respuesta motora	
○ Obedece órdenes	6
○ Localiza el estímulo doloroso	5
○ No localiza el estímulo doloroso	4
○ Flexión anormal (rigidez de decorticación)	3
○ Extensión (rigidez de descerebración)	2
○ No hay respuesta	1



ESCALA DE NIHSS

Escala NIHSS: National Institute of Health Stroke Scale. Fecha/hora:

1a. Nivel de conciencia	Alerta	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Somnolencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Obrubilidad	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Coma	3	3	3	3	3	3	3	3	3
1b. Nivel de conciencia. Preguntas verbales ¿En qué mes vivimos? ¿Qué edad tiene?	Ambas respuestas son correctas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Una respuesta correcta	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ninguna respuesta correcta	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1c. Nivel de conciencia. Órdenes motoras 1. Cierra los ojos, después ábralos. 2. Cierra la mano, después ábrala.	Ambas respuestas son correctas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Una respuesta correcta	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ninguna respuesta correcta	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2. Mirada conjugada (voluntariamente o reflejos óculocefálicos, no permitidos óculo-vestibulares) Si lesión de un nervio periférico: 1 punto.	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Parésia parcial de la mirada	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Parésia total o desviación forzada	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Campos visuales (confrontación) Si ceguera bilateral de cualquier causa: 3 puntos. Si extinción visual: 1 punto.	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hemianopsia parcial	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Hemianopsia completa	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Ceguera bilateral	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Parésia facial	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Parésia leve (asimetría al sonreír.)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Parálisis total de músc. facial inferior	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Parálisis total de músc. facial superior e inferior.	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5. Parésia de extremidades superiores (ES) Se explora 1° la ES no parética Debe levantar el brazo extendido a 45° (decúbito) ó a 90° (sentado). No se evalúa la fuerza distal Se puntúa cada lado por separado. El 5 no se contabiliza en el cómputo global.	Mantiene la posición 10°.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Claudica en menos de 10° sin llegar a tocar la cama.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Claudica y toca la cama en menos de 10°.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Hay movimiento pero no vence gravedad.	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Parálisis completa.	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Extremidad amputada o inmovilizada	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6. Parésia de extremidades inferiores (EI) Se explora 1° la EI no parética. Debe levantar la pierna extendida y mantener a 30°. Se puntúa cada lado por separado. El 6 no se contabiliza en el cómputo global.	Mantiene la posición 5°.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Claudica en menos de 5° sin llegar a tocar la cama.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Claudica y toca la cama en menos de 5°.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Hay movimiento pero no vence gravedad.	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Parálisis completa.	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Extremidad amputada o inmovilizada.	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7. Ataxia de las extremidades. Dedo-nariz y talón-rodilla. Si déficit motor que impida medir diámetro: 0 pt.	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ataxia en una extremidad.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ataxia en dos extremidades.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
8. Sensibilidad. Si obrubilidad evaluar la retina al estímulo doloroso. Si déficit bilateral o coma: 2 puntos.	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Leve o moderada hipoestesia.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Anestesia.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. Lenguaje. Si coma: 3 puntos. Si intubación o anartria: explorar por escritura.	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Asia leve o moderada.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Asia grave, no posible entenderse. Asia global o en coma	2	2	2	2	2	2	2	2	2
10. Disartria. Si afasia: 3 puntos	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Leve, se le puede entender.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Grave, ininteligible o anartria. Intubado. No puntúa.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11. Extinción-Negligencia-Inatención. Si coma: 2 puntos.	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Inatención/extinción en una modalidad Inatención/extinción en más de una modalidad.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL										



PUNTUACION	GRAVEDAD
0	Sin déficit
1	Déficit mínimo
2-5	Déficit leve
6-15	Déficit moderado
Mayor a 15	15-20: Déficit importante. Mayor a 20: déficit grave.



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 07/10/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: ELIZABETH DAZA GONZALES DE ALEGRIA

Dirección: URB. PUERTA VERDE MZ. H LT. 10

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 29281723

Teléfono: 920609499 email: elidaz12@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Escuela Profesional o Mención: ENFERMERIA EN CUIDADO DEL ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Título o Grado Académico a optar: SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Asesor: _____

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO - AREQUIPA 2021

Palabras claves, (3 a 5 términos): ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO, PROCESO DE ENFERMERÍA, CUIDADO DE ENFERMERÍA.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

1,2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
 Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
 No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

Sí autorizo
 No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG09


Firma de Autor



huella digital

07 de Octubre del 2025
Fecha