

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON ACV ISQUÉMICO
ENFOCADO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Martínez Ruiz, Tania Aracelly

Tutora: Lcda. Mg. Venegas Mera, Beatriz

Ambato – Ecuador

Abril 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora de Análisis de Caso Clínico sobre el tema:

“ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON ACV ISQUÉMICO ENFOCADO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA” de Tania Aracelly Martínez Ruiz, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Febrero de 2016

LA TUTORA

.....
Lcda. Mg. Venegas Mera, Beatriz

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del Caso Clínico sobre: **“ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON ACV ISQUÉMICO ENFOCADO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero de 2016

LA AUTORA

.....
Martínez Ruiz, Tania Aracelly

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de caso o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación. Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este análisis de caso, dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando los derechos de autora.

Ambato, Febrero del 2016.

LA AUTORA

.....

Martínez Ruiz, Tania Aracelly

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueben el Análisis de Caso Clínico sobre el tema **“ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON ACV ISQUÉMICO ENFOCADO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”** de Tania Aracelly Martínez Ruiz, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Abril del 2016.

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2da VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado principalmente a mis padres Juan y Susana los cuales me brindaron apoyo incondicional en mis estudios logros y desventuras a lo largo de mi vida ya que gracias a ellos he podido culminar con éxito mi Carrera.

A mis hermanos Diego y Kevin que con sus palabras de alientos y apoyo siempre sacaron una sonrisa en los momentos difíciles.

Sin olvidar a mi tía como mi madre la que siempre me brindo una mano y voz de aliento cuando más lo necesitaba sin dejarme vencer por nada siendo mi inspiración al ver su vocación por la enfermería.

A mis amigas, con quienes he compartido los momentos más felices y tristes de la carrera, la universidad nos hizo compañeros pero el pasar de los días nos convirtió en amigas.

Tania Martínez R.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento en primer lugar a Dios por darme la vida y la vocación de servicio hacia los demás.

A mis padres y hermanos por su constante amor, cariño, ejemplo, por cada uno de sus sacrificios, porque con ello me enseñaron que todo sacrificio tiene su recompensa, gracias sin ustedes nada de esto hubiese sido posible.

A mi pequeña sobrina quien como ángel me roba una sonrisa en los momentos más difíciles.

A mis docentes quienes fueron la piedra angular en mi formación, porque no solo transportaron sus conocimientos si no sus experiencias vividas y más que docentes formaron parte de mi diario vivir en la carrera Lcda. Miriam Fernández, Lcda. Gloria Calero Dra. Carmita Martínez Lcdo. José Luis Herrera Lcda. Beatriz Venegas que con su paciencia y ayuda hicieron posible la culminación de este trabajo.

A mis amigos con quienes he compartido momentos inolvidables.

A la Universidad Técnica de Ambato, quien me abrió las puertas para adquirir mis conocimientos en mi vida profesional.

Al Hospital Regional Docente Ambato y a todo su personal, donde realice mi internado rotativo, de allí me llevo los más gratos recuerdos.

Tania Martínez R.

ÍNDICE

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
2.1. OBJETIVO GENERAL	3
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE Y NO DISPONIBLE	4
3.1. INFORMACIÓN DISPONIBLE.....	4
3.2. INFORMACIÓN NO DISPONIBLE	12
IV. DESARROLLO	17
4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO	17
4.2. DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO.....	18
4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	20
4.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	21
4.5. CARACTERIZACIÓN DE PRIORIDADES.....	23
4.6. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO	26
V. CONCLUSIONES	43
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
VII. ANEXOS	52
ANEXO 1	52
ANEXO 2	52
ANEXO 3	53
ANEXO 4	53
ANEXO 5	54
ANEXO 6	55
ANEXO 7	56

ANEXO 7.1	57
ANEXO 8	58
ANEXO 8.1	59
ANEXO 8.2	60
ANEXO 9	62
ANEXO 10	63
ANEXO 10.1	64
ANEXO 11	62
ANEXO 11.1	63
ANEXO 12	67
ANEXO 12.1	68
ANEXO 13	69
ANEXO 13.1	70
ANEXO 14	70
ANEXO 14.1	71
ANEXO 15	72
ANEXO 15.1	73
ANEXO 15.2	74
ANEXO 16	75
ANEXO 16.1	76
ANEXO 17	77
ANEXO 18	78
ANEXO 18.1	79
ANEXO 19	80
ANEXO 20	81
ANEXO 21	82
Anexo 22.....	83
ANEXO 23	84

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

“ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO DE PACIENTE ACV ISQUÉMICO ENFOCADO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.”

Autora: Martínez Ruiz Tania Aracelly

Tutora: Lcda. Mg. Venegas Mera Beatriz

Fecha: Febrero 2016

RESUMEN

Hace más de 2,400 años Hipócrates, reconoció y describió el accidente cerebrovascular (ACV) como el "inicio repentino de parálisis".

En tiempos antiguos el accidente cerebrovascular se conocía como “apoplejía”. Dicho término no indicaba el diagnóstico o la causa específica. Los médicos sabían muy poco acerca de la causa del accidente cerebrovascular y la única terapia establecida era alimentar y cuidar al paciente hasta que el mismo siguiera su curso.

La primera persona en investigar los signos patológicos de la apoplejía fue Johann Jacob Wepfer (1620), fue el primero en identificar los signos "posmortem" de la hemorragia en el cerebro de los pacientes fallecidos de apoplejía. Wepfer fue también la primera persona en indicar que la apoplejía podría también ser causada por un bloqueo de una de las arterias principales que suministran sangre al cerebro. Así pues, vino a conocerse como enfermedad cerebrovascular ya que un accidente cerebrovascular sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene.

Pero quizás el acontecimiento nuevo más interesante en el campo de la investigación del accidente cerebrovascular es la aprobación reciente de un tratamiento a base de medicamentos que puede invertir el curso del accidente cerebrovascular, si se administra en las primeras horas después de aparecer los síntomas.

En este trabajo se presenta el caso de un paciente adulto mayor, femenino, el mismo que como antecedente sufre una Crisis hipertensiva dejando como secuela una hemiplejia izquierda.

Considerando a la enfermería una de las profesiones de salud donde su principio radica en cuidar la salud de la comunidad en general, se detallan en este análisis de caso los cuidados de enfermería a aplicarse en el caso de ACV se analizan los factores de riesgo del paciente y se considera si estos podrían modificarse de alguna manera para mejorar la calidad de vida de nuestra paciente.

PALABRAS CLAVE:

**ACCIDENTE_CEREBROVASCULAR, HIPERTENSIÓN_ARTERIAL,
HEMIPLEJIA, PARALISIS_CORPORAL, CUIDADOS_ENFERMERIA**

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSERY CAREER
"ANALYSIS OF CASE ON FOCUSED ON PATIENT ISCHEMIC STROKE
NURSING CARE."

Autora: Tania Ruiz Martínez Aracelly

Tutora: Lcda. Mg. Venegas Mera Beatriz

Date: February 2016

SUMMARY

More than 2.400 years ago Hippocrates, recognized and described stroke (CVA) as the "sudden onset of paralysis."

In ancient times the stroke became known as "stroke". This term did not indicate the specific diagnosis or cause. Doctors knew very little about the cause of the stroke and the only established therapy was to feed and care for the patient until it run its course.

The first person to investigate the pathological signs of apoplexy was Johann Jacob Wepfer (1620) was the first to identify the signs "postmortem" of bleeding in the brain of patients who died of stroke. Wepfer was also the first person to suggest that apoplexy might also be caused by a blockage of one of the main arteries that supply blood to the brain. Thus, he became known as cerebrovascular disease as stroke occurs when blood flow to part of the brain stops.

But perhaps the most interesting in the field of stroke research new development is the recent approval of a treatment with drugs that can reverse the course of stroke if given within the first hours after symptoms appear.

In this paper the case of a larger, adult female patient presents, the same as history suffers a hypertensive crisis leaving in its wake a left hemiplegia.

Considering that nursing a profession of health, and its principle is to protect the health of the community at large, are detailed in this case study nursing care to be applied in the case of stroke are analyzed patient risk factors and consider whether these could be modified in some way to improve the quality of life of our patients.

KEYWORDS:

STROKE, ARTERIAL_HYPERTENSION, HEMIPLEGIA,
BODY_PARALYSISNURSING_CARE

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la primera causa de muerte en todos los países del mundo industrializado, y el análisis epidemiológico de este fenómeno ha permitido reconocer la existencia de unas variables biológicas denominadas factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, capaces de influenciar la probabilidad del padecimiento de accidentes cerebro vasculares, las cuales pueden llevar a casos médicos de hemiplejia y parálisis corporal lo que genera un gran gasto social y económico, además la hipertensión arterial se considera hoy en día uno de los mayores problemas de Salud Pública.

Corresponde del 10 a 12% de la mortalidad en países industrializados. Es la tercera causa de muerte y la primera causa de invalidez. El 88% de los casos ocurren en personas mayores de 65 años. Hay una mayor incidencia en población masculina (1.1 a 2.2%) y en la población afro-americana que en anglosajones.

El 87% de los casos de ictus son de origen isquémico y de estos el 80 % tiene una naturaleza aterosclerótica, que el 15 % son cardiogénicos y el 5 % debido a otras causas. (Vachha, 2015)

En Ecuador entre los años 1974 –1990 la enfermedad cerebrovascular constituyó la primera causa de muerte correspondiendo al 25.6 x 100000 habitantes.

Actualmente las enfermedades cardiovasculares, representan una de las principales causas de muerte.

Según estadísticas del INEC 2010 se presentan las siguientes patologías con sus respectivos porcentajes: hipertensión arterial (7%), Diabetes (6.5%), enfermedad cerebrovascular (ECV) (5.3%), enfermedad isquémica (3.2%), insuficiencia cardíaca (3.0%).

Paciente femenina de 80 años de edad, nacida y residente en Ambato, instrucción ninguna ocupación, comerciante, religión católico, estado civil: viuda con:con antecedentes patológicos personales ACV isquémico hace 1 mes hospitalizada en esta

casa de salud, antecedentes patológicos familiares: madre fallece con Cáncer Gástrico no refiere alergias entre los hábitos alimenticios tenemos alimentación 3 veces al día, no fuma, no consume bebidas alcohólicas expuesta al humo de leña hace más de 10 años duerme 8 horas diarias.

Antecedentes socioeconómicos: vive en casa de su hija que cuenta con los servicios básicos, familiares del paciente refieren que hace aproximadamente 4 días como fecha aparente paciente presenta disminución del nivel de consciencia acompañado de hiperoxia y pérdida de la fuerza muscular de extremidades razón por la cual acude a esta casa de salud.

Paciente somnolienta, movilidad espontánea, lenguaje incomprensible, hemiplejia izquierda.

Infarto de tálamo capsular derecho más bóveda piramidal de hemicuerpo derecho más demencia.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la evolución del paciente con datos disponibles y no disponibles mediante una recolección sistemática.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgo por la cual la paciente presento esta enfermedad.
- Describir los puntos críticos, en relación a la evolución de la enfermedad y determinantes de salud.
- Proponer una alternativa de solución al problema.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE Y NO DISPONIBLE

3.1. INFORMACIÓN DISPONIBLE.

La información utilizada en el presente análisis de caso ha sido obtenida en parte de la historia clínica que proviene del Hospital Provincial Docente Ambato.

EMERGENCIA

Paciente de 80 años de edad es llevada por su hija por presentar cefalea intensa se recibe la tomografía en la que se evidencia imagen hiperdensa en lado izquierdo, por lo que deciden el ingreso a medicina interna mantener en NPO por 24 horas cabecera a 30°, oxígenos si la saturación es menor a 90%, solución salina al 0.9%, ácido ascórbico, furosemida 20mg, las cuales son administradas según hoja de administración de medicamentos.

NOTA DE INGRESO

7/03/2015

Paciente de 80 años viuda, nacida y residente en Ambato instrucción ninguna ocupación quehaceres domésticos, católica, grupo sanguíneo desconoce. Antecedentes personales hace diez años hospitalizada por fractura de fémur no refiere alergias, antecedentes quirúrgicos ni antecedentes patológicos familiares de importancia, vive con su hija en casa propia y cuenta con todos los servicios básicos, antecedentes ginecológicos menarquia a los 13 años menopausia 45 años gestas: 8 abortos:0 partos:8 cesáreas: 0 varones 5 mujeres 3 entre los hábitos tenemos alimentación 3 veces al día, miccional 3 veces al día, Defecatorio tres veces al día, alcohol no consume, tabaco no consume drogas no consume y se expone al humo de la leña hace 10 años no refiere trastornos sueño 8 horas. Su motivo de consulta es una cefalea; familiar refiere que hace aproximadamente 2 semanas como fecha real y sin causa paciente presenta cefalea frontal tipo pulsátil con irradiación a región ocular, se acompaña de disartria más

disminución de la fuerza y dificultad para la deambulaci3n por lo que es llevado a esta casa de salud al examen f3sico se encuentra paciente despierto, afebril, consiente, orientado en tiempo espacio y persona cabeza normocefalica, los ojos con una opacidad corneal y conjuntivas rosadas fosas nasales permeables, mucosas orales h3medas no se evidencia ingurgitaci3n yugular t3rax con expansibilidad conservada abdomen suave depreciable no doloroso a la palpaci3n extremidades sim3tricas. IDg: ACV (Accidente cerebro vascular) hemorr3gico de acuerdo a indicaciones m3dicas se administra omeprazol 40mg, furosemida 20mg registrados en la hoja de administraci3n de medicamentos se env3a muestras de laboratorio para ex3menes de sangre los cuales no evidencian alteraciones en los an3lisis, se mantiene a la paciente en NPO (Nada por v3a oral) y cabecera de 30° en la noche no refiere molestias permanece tranquila y hemodinamicamente estable. T/A 130/80 FC 76x' FR 20x' T° 35.8°C a la 1:40 de la mañana paciente refiere dolor en moderada intensidad en los miembros superiores por lo que es evaluada por el m3dico y recetada paracetamol 1gr el mismo que se le administra STAT (inmediatamente) y la paciente descansa tranquila.

08/03/2015

Al momento paciente no refiere molestia alguna afebril hidratada Glasgow 13/15 afectado en la parte verbal con un lenguaje incomprensible conjuntivas rosada, opacidad corneal, mucosa orales h3medas campos pulmonares normales, abdomen suave depresible no distendido, no edema en extremidades por lo que el m3dico indica ya dieta l3quida amplia y ex3menes de electrolitos, entre los cuidados de enfermer3a tenemos: reposo, cambio de posiciones, control venoclisis, en la visita m3dica nocturna paciente presenta dificultad para apertura del ojo izquierdo, y recibe los ex3menes de laboratorio encontrando triglic3ridos 173,4 mg/dL, elevados HDL 48mg/dL, colesterol 271mg/dL, LDL 201mg/dL, Na 147mmol/L elevado, K 3.34mmol/L disminuido, Cl: 111.2mmol/L elevado dando como resultado un desequilibrio electrol3tico (Anexo 1) En el reporte de enfermer3a en la noche paciente refiere dolor de miembros superiores e inferiores de leve intensidad, pero descansa tranquila signos vitales, T/A(Tensi3n Arterial): 110/70 FC (Frecuencia Cardiaca): 70x' FR (Frecuencia Respiratoria): 20x' T° (Temperatura): 36.2°C.

09/03/2015

Descansa tranquila no refiere molestias, consiente, orientado, afebril campos pulmonares normales, abdomen suave no distendido, no presenta edema en extremidades en exámenes de laboratorio se encuentra un valor del potasio 3.24 mmol/L disminuido dando como resultado una hipopotasemia, manifestado en una debilidad muscular dolor y calambres musculares.(Anexo 2) Entre los cuidados de enfermería recibidos la vigilancia en la dieta, cabecera 30°, hidratación de la piel, soporte emocional, ayuda en necesidades básicas, en la noche presenta expectoración blanquecina en poca cantidad paciente poco colaboradora.

10/03/2015

Estable, inquieta, poco colaboradora, orientada, diuresis espontanea no refiere molestias vía periférica permeable se administran los medicamentos prescritos por el médico y se brindan cuidados de enfermería.

12/03/2015

Descansa tranquila, no refiere molestias, estable se envía al domicilio paracetamol 500mg diario por 15 días y cita previa para la consulta externa con el neurólogo y fisioterapia, alta, indicaciones y educación al familiar para cuidar a la paciente.

EPICRISIS

Evoluciona favorablemente con mejora sintomática y no presenta complicaciones, en los hallazgos relevantes en exámenes tenemos BH: leucocitos 73UO, plaquetas 215,000, Hto 41,8 Hb 14,4 TP 9, TTP 32 QUÍMICA SANGUÍNEA: glucosa 98,6, Urea 18,9 Creatinina 0,60 BUM 9 como tratamiento e le aplico solución salina al 9% omeprazol 40mg IV QD (Cada día) Furosemida 1amp si T/A es igual o mayor a 180/110 paracetamol 500mg c/8h por 5 días como diagnóstico de egreso tenemos un ACV hemorrágico la condición de egreso es una buena condición y con buen pronóstico Médico Tratante de Neurología.

EMERGENCIA 14/04/2016

Paciente de 80 años de edad IDg (Impresión Diagnostica) neumonía ACV Isquémico

Familiar refiere que paciente se presenta en mal estado general, con tos en moderada cantidad y frecuencia, al examen físico se encuentra desorientada, afebril hidratada, mucosa orales húmedas, ruidos cardiacos arrítmicos, murmullo vesicular disminuido, se auscultan crepitantes en ambos campos pulmonares, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación parecía broquiocrural izquierda se reciben resultados de exámenes en los cuales lo más relevante es leucocitos 9870 neutrófilos 76.6% resultando una neutrofilia sin leucocitosis causada por una afectación en las vías respiratorias (Anexo 3) se decide el ingreso a medicina interna oxígeno por mascarilla para saturar 90% gasometría STAT y la administración de ampicilina más sulbactam 1.5 gr c/8h.

NOTA DE INGRESO MEDICINA INTERNA

14/04/2015

Ingresar con dg medico ACV + EPOC en regular estado general, con cianosis periférica, somnolienta por lo que se da soporte de oxígeno a 3 litros por minuto, responde a estímulos dolorosos, permanece con sonda vesical con diuresis colúrica (+) vía periférica permeable S.V: TA: 140/80 FC: 82x' R: 22x' T°: 36.1°C

Paciente femenino de 80 años de edad nacida y residente en Ambato instrucción: ninguna ocupación comerciante religión católica estado civil viuda grupo sanguíneo desconoce antecedentes patológico personales: ACV isquémico hace un mes hospitalizada en esta casa de salud; antecedentes quirúrgicos personales fractura de cadera derecha con colocación de material de osteosíntesis hace 10 años aproximadamente; antecedentes patológicos familiares madre con Ca(Cáncer) gástrico no refiere alergias entre los hábitos tenemos alimentación 3 veces al día, miccional 3 veces al día, Defecatorio tres veces al día, alcohol no consume tabaco no consume drogas no consume y se expone al humo de la leña hace 10 años no refiere trastornos, sueño 8 horas.

Motivo de consulta disminución del nivel de conciencia familiares del paciente refieren que hace aproximadamente 4 días como fecha aparente paciente presenta disminución del nivel de conciencia acompañado de hiperexia y pérdida de la fuerza muscular de extremidades por lo que acude a esta casa de salud. Al examen físico encontramos a la paciente somnolienta desorientada en tiempo espacio y persona no responde a estímulos verbales escala de Glasgow 12/15 ocular 4 motora 6 y verbal 2 cabeza normocefalica pupilar normorreactivas a la luz mucosa orales secas movimientos del cuello conservados, expansibilidad torácica disminuida, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, murmullo vesicular disminuido. abdomen suave depresible no doloroso a la palpación ruidos hidroaereos presentes, sonda vesical permeable hemiplejia broquiocrural izquierda se indica NPO control de signos vitales O2 por cánula nasal control de I/E con un balance hídrico positivo la cual se evidencia en el (Anexo 6) solución salina al 0.9%, omeprazol 40mg, metoclopramida 20mg, furosemida 20mg, enoxaparina las cuales son administrada según reporte de enfermería en la noche familiar de paciente refiere que presenta cefalea holocraneana de moderada intensidad, frecuencia y según reporte de enfermería paciente descansa tranquila y no refiere molestias.

15/4/2015

Paciente estuporosa, con disminución del nivel de consciencia, desorientada, afebril hidratada, mucosas orales húmedas con hemiplejia de lado izquierdo ruidos cardiacos rítmicos, murmullo vesicular disminuido, presencia de crepitantes, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación ruidos hidroaereos presentes se inicia ampicilina más sulbactam 1.5gr cada 6 horas para combatir la neumonía adquirida y se envía pedido de EKG (Electrocardiograma). En la noche paciente no responde a estímulos verbales pero si a estímulos dolorosos balbucea palabras en resultado de EKG supra desnivel ST. En el reporte de enfermería paciente somnolienta con cianosis periférica, con soporte de oxígeno a tres litros, caquética, responde a estímulos dolorosos vía permeable.

16/04/2015

No responde al interrogatorio verbal, pero si al dolor, familiar refiere que presenta tos de moderada intensidad, hemiplejia izquierda, murmullo vesicular disminuido en campos pulmonares estertores leves ruidos cardiacos rítmicos.

NEUROLOGÍA

Paciente con deterioro del nivel de consciencia, más focalidad izquierda motora aguda somnolienta, movilidad espontanea, lenguaje incomprensible, espasticidad hemicuerpo derecho, lesión piramidal más hemiplejia izquierda, signos amnésicos (+) infarto tálamo capsular derecho más secuela piramidal del hemicuerpo derecho más demencia multiinfarto por lo que se decide seguir con protocolo de ACV se envía muestras para un perfil lipídico más química sanguínea de control su balance hídrico es positivo signos vitales T/A 130/80 FC: 80x´ FR: 22x´ T° 37.2°C en la noche descansa tranquila se administra la medicación prescrita según hoja de administración de medicamentos familiares refieren que presenta sed en moderada cantidad.

17/04/2015

Paciente con deterioro del nivel de consciencia más focalidad izquierda motora aguda somnolienta movilidad espontanea lenguaje incomprensible espasticidad hemicuerpo derecho, lesión piramidal más hemiplejia izquierda, signos amnésicos (+) infarto tálamo capsular derecho más secuela piramidal del hemicuerpo derecho como indicaciones tenemos una interconsulta a medicina interna es atendida por el Médico Internista el cual indica Bromuro de Ipratropio 2 Inhalaciones cada 8 horas para la neumonía un eco tiroideo el cual en el resumen radiológico manifiesta bocio multi nodular que se detalla en el (Anexo 4) e la noche paciente inquieta no colabora descansa a intervalos.

18/04/2015

Asintomática refiere sed no responde a interrogatorio verbal solo estímulos dolorosos hemiplejia izquierda tórax expansible estertores en bases pulmonares con soporte de oxigeno se brindan cuidados de enfermería control de signos vitales T/A 150/80 FC: 70

FR: 22 T°: 36°C cabecera 30° control de ingesta y excreta en 24 horas con un balance hídrico positivo en la noche paciente ya responde a estímulos verbales y dolorosos refiere tener abundante sed, permanece vigil, orientada en tiempo y espacio poco colaboradora descansa a intervalos.

19/04/2015

Responde a estímulos verbales no refiere molestias somnolienta, con hemiplejia izquierda, ruidos cardiacos rítmicos, estertores en bases pulmonares, extremidades sin edema se sigue con tratamiento prescrito en la noche familiares refieren que no presenta molestias encontrándola asintomática en reporte de enfermería refiere que paciente descansa a intervalos se queja y se mantiene con oxígeno vía permeable.

20/04/2015

Paciente con deterioro del nivel de consciencia que responde a estímulos verbales con lenguaje incomprensible somnolienta con hemiplejia izquierda, signos amnésicos (+) ruidos cardiacos rítmicos murmullo vesicular disminuido estertores en bases pulmonares paciente mejorando en resultados en examen de laboratorio: colesterol 203.7, HDL 32.7, LDL 164.1, Ácido úrico 7,7 debido a una uricemia debido a una eliminación deficiente de los riñones más una hipercolesterolemia leve producida por la mala alimentación y el sedentarismo debido a su condición (Anexo 5), en indicaciones ya se recomienda dieta líquida fraccionada y asistida control de ingesta y excreta en la que se obtiene un balance hídrico positivo en visita nocturna familiares refieren que paciente refiere dolor del cuerpo y malestar general en reporte de enfermería manifiesta paciente en regular estado general presenta cianosis periférica y decaimiento con soporte de oxígeno tos esporádica vía permeable.

21/04/2015

Paciente con deterioro del nivel de consciencia que responde a estímulos verbales con lenguaje incomprensible somnolienta con hemiplejia izquierda, signos amnésicos (+) soplo eyectivo II – III/IV, murmullo vesicular disminuido sin edema en miembros

superiores e inferiores. En la noche descansa tranquila no refiere molestias ni complicaciones.

22/04/2015

Paciente con deterioro del nivel de consciencia que responde a estímulos verbales con lenguaje incomprensible somnolienta con hemiplejia izquierda, signos amnésicos (+) soplo eyectivo II – III/IV, murmullo vesicular disminuido sin edema en miembros superiores e inferiores paciente con aparente mejoría.

23/04/2015

Paciente con deterioro del nivel de consciencia que responde a estímulos verbales con lenguaje incomprensible somnolienta con hemiplejia izquierda, signos amnésicos (+) soplo eyectivo II – III/IV, murmullo vesicular disminuido sin edema en miembros superiores e inferiores paciente con aparente mejoría en la noche familiar refiere que paciente se queja de dolor abdominal.

24/04/2015

Paciente con deterioro del nivel de consciencia que responde a estímulos verbales con lenguaje incomprensible somnolienta con hemiplejia izquierda, signos amnésicos (+) soplo eyectivo II – III/IV, murmullo vesicular disminuido sin edema en miembros superiores e inferiores paciente con aparente mejoría se indica Losartan para bajar presión arterial la misma que se nota alterada según las tomas diarias registradas en la hoja de signos vitales.

25/04/2015

Paciente con deterioro del nivel de consciencia que responde a estímulos verbales con lenguaje incomprensible somnolienta con hemiplejia izquierda, soplo eyectivo II – III/IV, murmullo vesicular disminuido sin edema en miembros superiores e inferiores paciente en condiciones estables.

26/04/2015

Paciente con deterioro del nivel de consciencia que responde a estímulos verbales con lenguaje incomprensible somnolienta con hemiplejia izquierda, soplo eyectivo II – III/IV, murmullo vesicular disminuido sin edema en miembros superiores e inferiores paciente con aparente mejoría se indica reeducación vesical para valoración de alta según reporte de enfermería se sigue indicaciones médicas se realiza ejercicios respiratorios control de ingesta y excreta cambios de posición e hidratación de la piel en la noche descansa tranquila sin molestias vía permeable.

27/04/2015

Paciente permanece tranquila orientada con hemiplejia izquierda, soplo eyectivo II – III/IV, murmullo vesicular disminuido sin edema en miembros superiores e inferiores se da indicaciones para el domicilio Losartan 50mg y ASA 100mg se educa al familiar sobre los hábitos alimentación la fisioterapia que debe seguir la paciente para una mejoría en su salud los controles con el médico tratante de Neurología y el control en el centro de salud más cercano.

3.2. INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

Toda la información que no se pudo obtener en las historias clínicas, se la obtuvo a través de una entrevista al mismo paciente con el fin de recabar toda la información que se encuentre al alcance, especificando cada detalle acontecido con la trascendencia de su enfermedad, dicha entrevista se la elaboro mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson, para posteriormente realizar la priorización de los problemas en base a la pirámide de Maslow y poder enfocar los cuidados de enfermería correspondientes.

VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Paciente refiere que al moverse no presenta agitación ni falta de aire nunca antes a fumado en ocasiones al acostarse siente una ligera agitación que al acomodarse bien en la cama esta desaparece.

Conforme a la puntuación establecida se evidencia una disnea muy muy leve que apenas se nota acorde a la escala gráfica, a mayor índice o puntuación se evidencia menor

tolerancia a la disnea. (Anexo 7.1)

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

Paciente refiere que para alimentarse necesita de una persona ya que su condición física no le permite ser independiente no utiliza dentadura postiza, deglute los alimentos con facilidad, tiene alimentos disponibles cuando ella los solicita se alimenta 5 veces al día, sus horarios no están establecidos pero trata de comer a las horas adecuadas bebe abundante agua, no presenta nauseas o vómito, mira la televisión mientras come.

Paciente presenta un riesgo nutricional de acuerdo al cuestionario de salud nutricional (Anexo 8.1)

Paciente alcanza una puntuación de 25 aplicando índice de Barthel. Dependencia severa (ANEXO 8.2)

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

Familiar de la paciente refiere que depende de Su hija (cuidador) para el cambio del pañal cuando realiza sus necesidades fisiológicas, además expresa que realiza la deposición tres veces en la mañana y dos en la noche sus heces son de características normales consistentes utiliza pañal el mismo que es cambiado inmediatamente para evitar laceraciones en la piel.

Paciente alcanza una puntuación de 25 aplicando índice de Barthel. Dependencia severa (ANEXO 8.2)

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA

Paciente refiere que antes del ACV realizaba actividad física diariamente de dos horas aproximadamente aunque hace un año se le dificultaba ponerse de pie se le hormigueaban los pies cuando permanecía de pie por mucho tiempo, en ocasiones se mareaba y le dificultaba agacharse para coger las cosas actualmente se moviliza en silla de ruedas con la ayuda de su hija y nieto puede movilizar el brazo y la pierna derecha se le realiza cambios de posición regularmente no presenta escaras por decúbito.

PUNTUACIÓN TOTAL DEL EQUILIBRIO (3/16 puntos).

Según la escala tiene un alto riesgo de caída mientras mayor es la puntuación menor es el riesgo. (Anexo 10.1)

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Paciente refiere que no tiene insomnio que duerme aproximadamente 12 horas y en el día duerme de 10 a 20 minutos cada 4 horas no requiere de medicamentos para conciliar el sueño se levanta cansada aun después de descansar toda la noche hija refiere q no escucha ronquidos.

Bajo la puntuación adquirida de 33 puntos se encuentra en la sub escala de insomnio, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.(Anexo 11.1)

6. NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DE VESTIRSE

Paciente refiere se cambia de ropa todos los días en especial la ropa interior depende de otra persona para cambiarse ya que su condición no se lo permite le ayuda a cambiarse su hija que es quien la cuida no puede abotonarse la ropa porque le duele las manos pero si escoge la ropa que va a utilizar.

La paciente tiene grado de dependencia moderada según la puntuación de la escala de Barthel a mayor puntuación mejor independencia (ANEXO 8.2)

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE

Paciente refiere hace aproximadamente 6 meses presentaba fiebre y escalofríos los cuales controlaba con pañitos húmedos no se auto medicaba ni tomaba ningún tipo de medicamento no sabe utilizar el termómetro por lo que no acudía al médico. La temperatura de la paciente entre la mañana y la noche va entre 36.5 y 37°C (Anexo 13.1)

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

A pesar de que la higiene es primordial, se baña dos veces a la semana pero le realizan aseo diario y le aplican crema hidratante todos los días para evitar laceraciones y resequedad en la piel requiere de ayuda para poder bañarse, se cepilla los dientes 3 veces

al día, sus pies no se lastiman y se corta con mucha frecuencia las uñas.

Según la escala de Braden tiene una puntuación de 15 puntos lo que significa que tiene un riesgo moderado de presentar úlceras por presión.(anexo 14.1)

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS

Paciente refiere sentirse tranquila no sabe cuál es su estado de salud actualmente sigue estrictamente todo el tratamiento médico, evita preocupaciones para no alterar su presión arterial, tiene el apoyo de su familia, tiene alergia al maní sufre de dolores de cabeza siempre pero estos son de intensidad leve hija refiere que en ocasiones se olvida de las cosas ha estado hospitalizada anteriormente por ACV hemorrágico y lamentablemente no se recuperó totalmente teniendo seguidamente una recaída e ingresada nuevamente al hospital con un ACV isquémico

Según escala analógica del dolor tenemos una puntuación de 3-4 es decir un dolor soportable leve. (Anexo 15.1) y según escala de riesgo de caída tiene un total de 3 dando como > 2 un alto riesgo de caída.(Anexo 15.2)

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES

Paciente refiere que cuando dialoga se le entiende con facilidad, ya que tiene buena comunicación con la familia caso contrario trata de utilizar mímica para ser entendida, siente que le rindan los cuidados adecuados y suficientes para su condición tiene una buena relación con su hija quien la cuida se siente a gusto en el lugar donde vive pero a veces se siente sola a pesar de encontrarse rodeada de familiares.

Según escala de APGAR familiar tenemos una puntuación de 8 la cual indica que la familia es altamente funcional. (Anexo16.1)

11. NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

Paciente es católica, por su condición no asiste a la iglesia pero el párroco la visita una vez a la semana, no le teme a la muerte porque manifiesta que Dios está en su corazón lo que dice la biblia y predica su religión en parte si influye en su vida cotidiana busca

ayuda cuando la necesita expresa sus sentimientos con sus amigos y familiares más allegados.

12. NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL

Se siente muy útil en su casa, realiza actividades pequeñas la familia no le impide que realice esas tareas , por el momento no aporta económicamente en la casa debido a su condición, realiza actividades que le gustan y su pasatiempo, no toma decisiones relacionadas a su salud y se siente muy dependiente de su familia.

Según cuestionario de DUKE – UNC tiene un total de 32 puntos que equivalen a un apoyo normal. (Anexo 18.1)

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Hija de paciente refiere que le saca todos los fines de semana al parque en compañía con su hijo, entre semana la mantienen entretenida con cosas que le gusta hacer ya que se estresa con facilidad pero no ingiere ningún medicamento.

14. NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

Paciente refiere no haber asistido a la escuela por lo tanto es analfabeta, sobre su enfermedad las decisiones las toma con su familia, nunca sola realiza su tratamiento adecuadamente gracias a la ayuda de su hija quien la cuida.

IV. DESARROLLO

4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

Paciente femenino de 80 años de edad nacida y residente en Ambato instrucción: ninguna ocupación comerciante religión católica estado civil viuda antecedentes patológico personales: ACV hemorrágico hace más o menos 8 meses y ACV isquémico hace más o menos 6 meses; antecedentes quirúrgicos personales fractura de cadera derecha con colocación de material de osteosíntesis hace 10 años aproximadamente; antecedentes patológicos familiares madre con Ca gástrico no refiere alergias e, alcohol no consume tabaco no consume drogas no consume y se expone al humo de la leña hace 10 años no refiere trastornos, sueño 8 horas. La enfermedad empieza a raíz de la muerte del hijo el cual sufre un accidente y fallece le dan la noticia y la impresión es tan grande que la presión arterial se elevan dejándola inconsciente esta no es controlada a tiempo que la paciente permanece inconsciente por un lapso de 20 minutos después de esto despierta con un fuerte dolor de cabeza es llevada al centro de Salud más cercano donde le dicen que necesita reposo y le administran un analgésico los días pasan y sigue con un fuerte dolor de cabeza y en el traslado del hijo nuevamente sufre un desmayo del cual se despierta pero no puede hablar ni mover el brazo izquierdo le trasladan al Hospital Regional Ambato en el cual es atendido en el área de emergencia y valorada por un médico internista el cual decide internarle y mediante pruebas diagnósticas y exámenes complementarios se llega a la conclusión de que es un ACV hemorrágico se da tratamiento cuidados de enfermería y a la semana es dada de alta en mejores condiciones y con tratamiento ambulatorio.

Después de un mes nuevamente sufre una recaída al enterarse que su hermana falleció presenta nuevamente dolor de cabeza acompañado de disminución del nivel de conciencia, hiperexia, sialorrea y pérdida de la fuerza muscular de las extremidades motivo por el cual es llevada nuevamente al hospital Al examen físico encuentran a la paciente somnolienta desorientada en tiempo espacio y persona no responde a estímulos verbales escala de Glasgow 12/15 ocular 4 motora 6 y verbal 2 cabeza normocefalica pupilar normorreactivas a la luz mucosa orales secas movimientos del cuello conservados expansibilidad torácica disminuida ruidos cardiacos rítmicos no soplos murmullo vesicular disminuido abdomen suave depresible no doloroso a la palpación

ruidos hidroaereos presentes sonda vesical permeable hemiplejia broquiocrural izquierda se indica NPO control de signos vitales O2 por cánula nasal control de I/E con un balance hídrico positivo la cual se evidencia en el anexo 4 solución salina al 0.9%, omeprazol, metoclopramida, furosemida, enoxaparina las cuales son administrada Es tratada por médico tratante de Neurología el mismo que detalla Paciente evoluciona favorablemente con mejora sintomática y no presenta complicaciones, en los hallazgos relevantes en exámenes tenemos BH: leucos 73UO, plaquetas 215,000, Hto 41,8 Hb 14,4 TP 9, TTP 32 QUÍMICA SANGUÍNEA: glucosa 98,6, Urea 18,9 Creatinina 0,60 BUM 9 como tratamiento e le aplico solución salina al 9% omeprazol 40mg IV QD Furosemida 1amp si T/A es igual o mayor a 180/110 paracetamol 500mg c/8h por 5 días como diagnóstico de egreso tenemos un ACV hemorrágico la condición de egreso es una buena condición y con buen pronóstico.

4.2. DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Dentro de los principales factores de riesgo que desencadenaron el accidente cerebro vascular de la paciente podemos encontrar:

La edad, se observa un aumento progresivo de hipertensión en relación a la edad, llegando hasta el 70% entre los individuos con más de 70 años, siendo que el promedio estudiado fue de 25,3% con edad entre 18 y 93 años. (Cipullo et al 2010) y (Costa et al 2009). Bajo este antecedente podemos decir la hipertensión arterial es más frecuente mientras la edad es más avanzada.

Sedentarismo, la actividad física reduce la incidencia de la hipertensión arterial, además ayuda a reducir el peligro de sufrir padecimientos cardiovasculares (Avila et al, 2010), la paciente refiere no haber tenido una rutina de ejercicios diario, por sus bajos recursos económicos la mayor parte del tiempo lo dedico a su trabajo y al cuidado del hogar, dándole poco tiempo para practicar algún tipo de actividad física poniéndole un enfoque en el último año que perdió la fuerza muscular.

Los hábitos alimentarios, influyen directamente en la morbimortalidad cardiovascular, según estudios realizado por Costa et al en el 2009, señala que una dieta rica en hortalizas, frutas y productos de baja grasa disminuyen el riesgo cardiovascular contribuyendo a la reducción del peso y reducción de la presión arterial; los hábitos

alimenticios son un factor de riesgo muy peligroso pero a la vez muy modificable es por eso que surge la necesidad constante de medidas de salud pública que promuevan educación y prevención primaria, intensificándose esas medidas en individuos ancianos y con sobrepeso, en este caso en particular hemos podido constatar que la paciente no se alimenta adecuadamente, no tiene una dieta rica en fibras ni hortalizas, la paciente por su estilo de vida y poca estabilidad económica se alimenta casi todos los días de fideos, pan y aguas aromáticas, esposo de paciente refiere que el al no tener una estabilidad laboral no puede abastecer su despensa con alimentos que requieren para mejorar su calidad de vida en cuento al riesgo cardiovascular persistente.

Al realizar las visitas domiciliarias se pudo observar su estilo de vida y es por eso que para mayor juicio de cómo influye estos factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad de este paciente, se ha utilizado una teorizante de enfermería que nos ayudará a representar la situación de la paciente.

TEORIZANTE DE ENFERMERÍA SEGÚN FLORENCE NIGHTINGALE

“TEORÍA DEL ENTORNO”

Persona.

Un paciente afectado con hemiplejia, independientemente de su sexo, raza, edad; es un ser que necesita de la asistencia para alcanzar mejor calidad de vida e independencia, ya que su organismo se ve seriamente afectado por una compleja enfermedad, que ciertamente no es contagiosa pero si degenerativa; lo que hace que sea un ser sensible y delicado, la cual necesita de mucha paciencia, cuidado y apoyo para asimilar el progreso de su enfermedad y cumplir con el régimen terapéutico necesario para que su estilo de vida mejore.

Entorno.

Al mencionar el entorno físico de la paciente podemos decir que es favorable para mejorar su estilo de vida, paciente reside en una vivienda humilde de una sola planta 3 habitaciones con luz natural y eléctrica necesaria, cuentan con refrigeradora para mantener sus alimentos, agua potable y alcantarillado que permiten un mejor entorno, estabilidad económica media los cuales les permite adquirir lo necesario para la alimentación diaria, la habitación en la que viven cuenta con la adecuada ventilación para su salud; el piso es de cemento y la habitación donde descansa no la comparte.

En cuanto al entorno personal la relación con su hija y comunidad es difícil ya que al no moverse fuera de su habitación no puede comunicarse con sus vecinos.

Salud

La paciente al ser dependiente total por su discapacidad física, hace que todas sus necesidades fisiológicas, de seguridad autorrealización, afecto y auto pertenencia se vean afectadas y comprometidas; a pesar de las dificultades que presenta la paciente siempre es optimista positiva en cuanto a su recuperación.

Enfermería.

Una de las necesidades más importantes que tiene el paciente, es estar en completa vigilancia por parte del equipo de enfermería ya que su enfermedad necesita el cumplimiento total y estricto en cuanto a la toma de su medicación para evitar efectos y problemas futuros.

4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

La paciente de 80 años de edad tiene una conexión y un interés muy fuerte para mejorar su calidad de vida y su salud, paciente refiere que antes se consideraba una persona fuerte sana y por esta razón no acudía al médico, fue cuando su estado de salud empeoró que fue llevada por su hija a la sala de emergencias del Hospital Regional Ambato; en donde se le brindó la atención necesaria requiriendo su internación para ser diagnosticada con ACV isquémico.

Es de suma importancia recalcar en este punto el apego que la paciente tiene con la Religión ya refiere que le parece de suma importancia entregar su salud a manos de Dios y que él sea quien decida sobre su estado de salud, por otro lado siente conflicto con la educación, y el trabajo puesto que por su estado de salud no puede salir a trabajar y ayudar a su hija con la manutención del hogar, en cuanto a las actividades recreativas la paciente refiere sentirse útil al poder realizar actividades con sus manos no al 100% pero en lo que puede ser independiente en su autocuidado y cuidado del hogar.

A pesar de todos los problemas que la paciente enfrenta en cuanto a su estado de salud física, emocional y social ella se siente agradecida con todas las personas que le han apoyado en su enfermedad.

**4.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS PRIORIZACIÓN DE LAS
NECESIDADES SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW
NECESIDADES FISIOLÓGICAS**

Respiración

- Fatiga de músculos accesorios
- Ritmo Irregular
- Profundidad Normal
- Agitación
- Presencia de Secreciones en fosas nasales

Alimentación

- Riesgo nutricional alto. (Anexo 8.1)
- Peso bajo 40 kg.
- Nauseas
- Sed

Eliminación

- Uso de pañal
- Nicturia
- Dependencia grave. (Anexo 8.2).

Descanso

- Cansancio
- Ojeras

Higiene

- Halitosis
- Falta de higiene de cavidades
- Falta de piezas dentarias

NECESIDADES DE SEGURIDAD

Seguridad de Salud

- Dolor moderado (Anexo 15.11)
- Leve deterioro Cognitivo

Seguridad física

- Dependencia grave (Anexo 8.2)
- Paciente Encamado
- Alto riesgo de caída (Anexo 10.1)

Seguridad de Empleo

- Bajos recursos económicos
- Paciente no trabaja

NECESIDAD DE AFILIACIÓN O SOCIALES

Amistad y Afecto

- Baja Autoestima
- Tristeza
- Poco Comunicativa

Intimidad Sexual

- Por dependencia total paciente no mantiene relaciones sexuales.

NECESIDAD DE RECONOCIMIENTO

Auto reconocimiento

- Acercamiento a Dios

NECESIDAD DE AUTORREALIZACIÓN

Aceptación de los Hechos Resolución de Problemas

- Falta de conocimiento sobre su enfermedad

4.5. CARACTERIZACIÓN DE PRIORIDADES

SIGNOS Y SÍNTOMAS	ARTICULO CIENTÍFICO
<p>Respiración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fatiga de músculos accesorios • Ritmo Irregular • Profundidad Normal • Agitación • Presencia de Secreciones en fosas nasales 	<p>Los pacientes más propensos a retener las secreciones respiratorias son aquellos que presentan algún tipo de enfermedad bronquial y un ICTUS, ya que estas a veces forman algunos tapones de moco en sus bronquios, esto hace causar una insuficiencia respiratoria o neumonía, con el objetivo de evitar la retención de secreciones respiratorias, se han de mantener al enfermo semisentado, a su lado se le puede poner un humidificador o bien disponer de aerosoles de suero salino (Jorge Restrepo; M.D 2012)</p>
<p>Alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo nutricional alto. (Anexo 8.1) • Peso bajo 40 kg. • Nauseas • Sed 	<p>Las complicaciones intestinales en los pacientes con infarto cerebral son como consecuencia del propio ictus, así la disfagia aparece por alteración focal cerebral, con la consecuente apraxia o por la afectación de pares bajos, y otras veces la causa de estas alteraciones es por el encamamiento progresivo como ocurre en el estreñimiento. (Heidi et al; 2006).</p>
<p>Eliminación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de pañal • Nicturia • Dependencia grave. (Anexo 8.2). 	<p>La incontinencia de orina es común en los primeros días y fuente de angustia importante para el paciente y sus cuidadores. Comúnmente se pueden atribuir varios factores como la inmovilidad, los problemas de comunicación, estreñimiento, falta de</p>

	control del esfínter, problemas ginecológicos o prostáticos preexistentes.(Cabrera Solé R., Peñalver Pardines C. 2005)
<p>Descanso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio • Ojeras 	<p>La pérdida de fuerza (debilidad) y pérdida del movimiento (parálisis), generalmente en un lado del cuerpo, son comunes después de un accidente cerebrovascular. Posiblemente se escuche los términos médicos hemiparesia (para debilidad) o hemiplejía (para parálisis) para describir estos efectos unilaterales. A veces pueden producir el “abandono” de un solo lado, que es cuando se ignora o se olvida uno de los lados de su cuerpo.</p> <p>Después de un ACV, los pacientes pueden sentirse cansados por un tiempo. La fatiga puede ser un efecto de su ACV (2006 - 2013 Intermountain Healthcare. All rights reserved)</p>
<p>Higiene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Halitosis • Falta de higiene de cavidades • Falta de piezas dentarias 	<p>En base a un estudio con un número pequeño de participantes que sobrevivieron a un accidente cerebrovascular, la provisión de entrenamiento en cuidado bucal a los cuidadores de residencias de ancianos mejora su conocimiento y actitudes hacia la provisión de cuidado bucal. A su vez, las prótesis dentales de los residentes estaban más limpias, aunque otras medidas de higiene bucal no se modificaron. No hay pruebas adicionales relacionadas con las intervenciones de cuidado bucal, en particular, con relación a la atención en hospitales para los pacientes después</p>

	de un accidente cerebrovascular. (Brady M, Furlanetto D, Hunter RV, Lewis S, Milne V <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> <i>The Cochrane Library</i> 2008)
<p>NECESIDADES DE SEGURIDAD</p> <p>Seguridad de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor moderado (Anexo 15.11) • Leve deterioro Cognitivo 	<p>Los pacientes con ictus son más propensos a desarrollar una forma de dolor central superficial, quemante o lacerante que empeora al tacto, con el agua o los movimientos. En la mayoría de los casos se asocia con disestesias y ocurre aproximadamente en un 2-8% de los pacientes. Frecuentemente los síntomas se manifiestan a partir del primer mes tras el ictus. (Linn SL, Granat MH, Lees KR. <i>Prevention of shoulder subluxation after stroke with electrical stimulation. Stroke.</i> 2010)</p>
<p>Seguridad física</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia grave (Anexo 8.2) • Paciente Encamado • Alto riesgo de caída (Anexo 10.1) 	<p>Las caídas, tanto en el hospital como en la comunidad, son habituales en pacientes que han sufrido un ictus. (Yates JS, Lai SM, Duncan PW, Studenski S. <i>Falls in community-dwelling stroke survivors</i> 2005) Se estima que hasta el 73% sufre al menos una caída durante los seis primeros meses tras el alta. No hay que olvidar que alguno de estos pacientes puede estar recibiendo terapia antitrombótica y las caídas son uno de los factores de riesgo de sangrado.</p>

<p>Seguridad de Empleo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajos recursos económicos • Paciente no trabaja 	<p>En aquellos pacientes que han sufrido un ictus y presentan dificultades en el desempeño de las AVD (Actividades de la vida diaria) , la terapia ocupacional reduce el riesgo de mortalidad y deterioro e incrementa la independencia en las AVD, sobre todo cuando se utilizan intervenciones específicamente dirigidas. (National Stroke Foundation. Clinical Guideline for Stroke Rehabilitation and Recovery 2010)</p>
<p>NECESIDAD DE AFILIACIÓN O SOCIALES</p> <p>Amistad y Afecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja Autoestima • Tristeza • Poco Comunicativa 	<p>Los pacientes que han sufrido un ictus deberían considerarse como población de alto riesgo a padecer depresión. Es una secuela bastante común que puede llegar a afectar hasta a un 33% (IC95%: 29% a 36%) de los pacientes. La gravedad del ictus, la discapacidad física y el deterioro cognitivo son algunos de los factores de riesgo asociados a la depresión post-ictus. Es más frecuente en mujeres, en aquellos que ya han presentado depresión u otro trastorno psiquiátrico y en personas con aislamiento social. Los primeros meses tras la vuelta a casa son los más críticos y en la mayoría de los casos se trata de depresiones leves. Aun así, la depresión puede influir en las actividades sociales y ser nefasta para la recuperación y rehabilitación del paciente. (Salter K, Bhogal S, Teasell R, Foley N, Speechley M. Post Stroke Depression 2008.)</p>

Intimidación Sexual <ul style="list-style-type: none">• Por dependencia total paciente no mantiene relaciones sexuales.	Algunos pacientes han expresado miedo a que el sexo pueda desencadenar otro ictus, aunque los estudios han demostrado que esto no parece ser cierto (Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke 2007)
--	--

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

**4.6. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO
 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (NANDA, NIC, NOC)**

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 4 Respuestas Cardio pulmonares / Vasculares CÓDIGO DE DX: 00032 Patrón respiratorio Ineficaz	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR	
La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con uso de músculos accesorios para respirar manifestado por agitación.	Dominio: II Salud Fisiológica	Facilidad Respiratoria	1: Gravemente comprometido	3	4
	Clase: E Cardio Pulmonar	Frecuencia Respiratoria	2: Sustancialmente comprometido	4	4
	0402 Estado Respiratorio:	Ritmo Respiratorio	3: Moderadamente Comprometido	4	4
	Permeabilidad de las Vías Respiratorias	Movilización del Espujo hacia afuera de las vías respiratorias	4: Levemente Comprometido	3	4
		Elimina obstáculos de las Vías Aéreas	5: No Comprometido	3	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CLASE:	K Control Respiratorio	CAMPO:	2 Fisiológico Complejo	CLASE:	K Control Respiratorio	CAMPO:	2 Fisiológico Complejo
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO	ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>3390 Ayuda a la Ventilación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar la frecuencia respiratoria, profundidad y la facilidad para respirar en cada visita domiciliaria • Ayudar en los frecuentes cambios de posición • Elevar espaldas de la cama • Controlar saturación de oxígeno en cada visita domiciliaria • Fomentar una respiración lenta y profunda. 			<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la frecuencia respiratoria supera las 24 respiraciones por minuto, es evidente una enfermedad cardiovascular o respiratoria importante. • Un estudio cualitativo demostró que las enfermeras experimentadas que 	<p>3230 Fisioterapia Respiratoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percusión con drenaje postural. • Vibración Torácica • Respiraciones profundas • Control de tipo y cantidad de expectoración de esputo. • Estimulación de Tos durante y después del drenaje postural • Animar a la paciente para que se sienta lo más erecta posible. 			<ul style="list-style-type: none"> • Haciendo que el usuario sea consciente de las respiraciones y dándole apoyo, el usuario puede aumentar el control de la frecuencia respiratoria. • El envejecimiento torácico provoca una disminución de

<ul style="list-style-type: none"> • Respiración de Labios Fruncidos 	<p>trabajan con usuarios de enfermedad obstructiva crónica con frecuencia utilizaron el grado de ansiedad como un indicador de una exacerbación aguda de EPOC</p> <p>(Bailey, Colella y Mossey, 2004).</p>		<p>la expansión pulmonar, una posición erecta favorece la expansión pulmonar máximo (Fletcher, 2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La inmovilidad es perjudicial para los ancianos porque disminuye la ventilación y aumenta la estasis de las secreciones (Fletcher, 2005).
---	---	--	--

Autor: Tania Martínez
Fuente: Instrumento estructurado

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 ingestión CÓDIGO DE DX: 00103 Deterioro de la Deglución	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR	
<p>Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura oral, faríngea o esofágica</p> <p>Deterioro de la Deglución relacionada con falta de piezas dentarias manifestado por falta de masticación, náuseas y regurgitación</p>	<p>Dominio: 2 Salud Fisiológica</p> <p>Clase: K Nutrición</p> <p>1012 Estado de Deglución: Fase Oral</p>	<p>Mantiene la comida en la boca</p> <p>Controla las secreciones orales</p> <p>Formación del bolo alimentario</p> <p>Capacidad de Masticación</p> <p>Capacidad para</p>	<p>1: Gravemente comprometido</p> <p>2: Sustancialmente comprometido</p> <p>3: Moderadamente Comprometido</p> <p>4: Levemente Comprometido</p> <p>5: No</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>

		limpiar la cavidad oral	Comprometido		
		Cierre de los labios		3	4
		Numero de degluciones apropiadas para el tamaño/textura del bolo		3	4
		Eficacia de la mordedura		2	4
		Reflejo nauseoso		3	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CLASE:	D Apoyo Nutricional	CAMPO:	1 Fisiológico Básico	CLASE:	D Apoyo Nutricional	CAMPO:	1 Fisiológico Básico
---------------	----------------------------	---------------	-----------------------------	---------------	----------------------------	---------------	-----------------------------

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES		INTERVENCIONES INDEPENDIENTES	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>1050 Alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de alimentos adecuadas • Disponer de bandeja de comida de forma atractiva • Creación de ambiente placentero durante la comida • Higiene bucal después de cada comida • Identificación de reflejo de deglución. • Valorar capacidad de deglución • Sentarse junto al paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • El deterioro de la deglución puede tener múltiples causas una de ellas es que los alimentos no sean los más agradables para el usuario (Smith y Connolly, 2003) • Los pacientes que han sufrido ACV y tienen tiempo prolongado de 	<p>5246 Asesoramiento Nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en el respeto y la confianza. • Determinar los hábitos alimenticios del paciente. • Colocamos material informativo atractivo sobre los cuatro grupos de alimentos en el domicilio del paciente. • Proporcionar información acerca de la importancia de la nutrición optima de la paciente. • Informar que es necesario 	<ul style="list-style-type: none"> • Un ambiente ruidoso puede constituir un estímulo adverso y reducir la eficacia de la masticación y deglución, hablar reír al comer aumenta el riesgo de aspiración (Galvan, 2001) • La mal nutrición es común entre los pacientes

<p>cuando come para fomentar relajación y seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompañar las comidas con agua • Preguntar al paciente cuando haya terminado para otro bocado • Proteger con barbero • Evitar distraer al paciente mientras deglute • Alimentación lenta • Posponer alimentación si paciente esta agitado. 	<p>deglución corren un riesgo mayor a padecer neumonía por aspiración. (Marik y Jedlicka, 2002)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el usuario se vuelve menos alerta incrementa el peligro de atragantamiento • La postura erguida después de las comidas han disminuido la neumonía por aspiración en pacientes ancianos (Coleman, 2004) 	<p>la modificación de la dieta por razón de su salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discutir el significado de la comida para el paciente. • Brindar un lazo de respeto y confianza para que así el paciente nos exprese sentimientos e inquietudes acerca de su alimentación. 	<p>difásicos. (Galvan, 2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios con disfagia corren con gran riesgo de mal nutrición y deshidratación lo cual los puede llevar a una neumonía por aspiración he ahí la importancia de hablar sobre nutrición al paciente y sus cuidadores. (Laqngorme, 2009)
--	--	---	--

Autor: Tania Martínez
Fuente: Instrumento estructurado

				Hidratación	del rango normal 5: sin desviación del rango normal	3	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE:	D Apoyo Nutricional	CAMPO:	1 Fisiológico Básico	CLASE:	D Apoyo Nutricional	CAMPO:	1 Fisiológico Básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
1240 Ayuda para ganar peso: <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el aumento de ingesta de calorías. • Enseñar a aumentar la ingesta de calorías. • Proporcionar la ingesta de alimentos nutritivos de alto contenido calórico • Proporcionar ayuda al comer. 		<ul style="list-style-type: none"> • El rechazo a comer puede ser indicador de depresión. (Amella, 2005) • La malnutrición en ancianos suele acompañarse de depresión. 		1160 Monitorización Nutricional: <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso. • Analizar la respuesta emocional del paciente en actividades que impliquen comer. • Observar la piel del paciente • Aplicar cremas hidratantes para la piel del paciente. 		<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser difícil distinguir si el problema es físico o psíquico. El rechazo a comer puede ser solo forma del usuario para expresar algún control, y 	

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la familia él porque es necesario que suba de peso. • Recompensar al paciente e incentivarlo si ha ganado peso • Registrar en una hoja la ganancia de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Las emociones afectan a la ingesta de comida. (Paquet, 2003) • En el mundo desarrollado, la malnutrición de calorías y proteínas acompaña con frecuencia a un proceso de enfermedad. (Dimaria 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar turgencia de piel. • Observar si produce nauseas o vomito cuando empieza a comer. • Enseñar técnicas de respiración profunda en caso de haber nauseas al comer. • Controlar ingesta calórica • Proporcionar líquidos nutricionales como aguas aromáticas y jugos naturales. 	<p>también puede ser un síntoma de depresión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recobrar el apetito es importante](Blanton, 2009) • Los adultos mayores refirieron que sus deseos de comer influirían en su apetito y en este influían factores como humor, estado saludable y compañía al comer. (Wikby y Fagerskiold, 2004)
--	--	---	---

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

DOMINIO: 11 Seguridad / Protección						PUNTUACIÓN DIANA	
CLASE: 2 Lesión Física						MANTENER	
CÓDIGO DE DX: 00155 Riesgo de Caídas						AUMENTAR	
Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.		Dominio: I	Movimiento muscular	1: Gravemente comprometido	2	3	
Funcional		Clase: C	Mantenimiento de la posición corporal	2: Sustancialmente comprometido	1	3	
Riesgo de caída relacionada con deterioro físico y deterioro cognitivo leve.		0208		3: Moderadamente Comprometido			
		Movilidad		4: Levemente Comprometido			
				5: No Comprometido			
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE:	F Facilitador del autocuidado	CAMPO:	1 Fisiológico Básico	CLASE:	V Control de riesgos	CAMPO:	4 Seguridad
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>1804: Ayuda con los autocuidados</p> <p>Aseo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente en el aseo • Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad. • Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación. • Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación. • Enseñar al paciente/ otras personas significativas la rutina del aseo. • Proteger al paciente de corrientes de frío durante el baño o eliminación. • Bañar al paciente geriátrico 	<ul style="list-style-type: none"> • El baño individualizado produce una experiencia positiva y preserva la dignidad del usuario la limpieza con toallas húmedas ayuda a mantener una mejor intimidad del paciente. <ul style="list-style-type: none"> ○ (Camberg, 2004) • El usuario percibe menos intimidad si 	<p>3230 Fisioterapia Respiratoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser cuidadoso al levantar al paciente. • Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar la posibilidad de caídas (suelo resbaladizo y a desnivel, escaleras sin barandilla) • Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse. • Disponer de colchones de cama con bordes firmes para un traslado mas sencillo. 	<ul style="list-style-type: none"> • La medida preventiva más importante para reducir el riesgo de caídas perjudiciales para pacientes no ambulatorios abarca el aumento de las medidas de seguridad durante la transferencia, incluyendo asegurar con cuidado equipos tales como silla de ruedas y camas

<p>antes de dormir.</p>	<p>participa más de un cuidador durante el baño (Calking, 2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El bañar a un paciente geriátrico antes de dormir ayuda a fomentar un mejor descanso. (Kanda, 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama- • Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y prolongados. • Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. • Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos. 	<p>antes del movimiento.(Thapa,2006)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios que presentan deterioro de la movilidad alteraciones visuales y atracciones neurológicas incluyendo demencia y otro déficit funcionales cognitivos, están en riesgo de presentar lesiones por peligros comunes. (Tinnetti 2003)
-------------------------	---	---	---

Autor: Tania Martínez
Fuente: Instrumento estructurado

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CLASE:	V Control de riesgos	CAMPO:	4 seguridad	CLASE:	V Control de riesgos	CAMPO:	4 Seguridad
---------------	-----------------------------	---------------	--------------------	---------------	-----------------------------	---------------	--------------------

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES	INTERVENCIONES INDEPENDIENTES
--------------------------------------	--------------------------------------

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
--------------------	------------------------------	--------------------	------------------------------

<p>3040: Prevención de úlceras por presión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los riesgos del individuo (Escala de Branden) • Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo por úlceras por presión. • Registrar el estado de la piel. • Vigilar estrechamente 	<ul style="list-style-type: none"> • La causa de la herida debe ser determinada antes de implementar las intervenciones apropiadas. • La humedad contribuye a la aparición de úlceras por presión debido a la maceración de la 		
---	--	--	--

<p>cualquier zona enrojecida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para el exceso de la humedad, • Darle la vuelta con cuidado para evitar lesiones en una piel frágil. • Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día. • Colocar al paciente en posición ayudándole con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón. 	<p>piel (WONC, 2003)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elegir los apósitos para proporcionar un entorno húmedo mantener la piel que rodea la herida limpia y seca (Ayello, 2008) • Evitar los masajes en puntos de presión y prominencias óseas ya que el masaje puede conducir al traumatismo histico profundo. (Clinical Practice Guidelines, 2005) 		
---	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas. • Humedecer la piel seca intacta. • Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño. • Aplicar protectores para los codos y talones si procede. • Enseñar a los miembros de la familia y cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel o enrojecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • La piel seca está causada por la pérdida de líquidos, el aumento de su ingesta hidrata la piel (Sibbad 2001) • Evitar los productos de cuidado cutáneo que contengan alérgenos lanolina, látex y tintes (Sibbald y Cameros, 2007) • La valoración temprana e intervención ayudan a prevenir la aparición de 		
--	---	--	--

	<p>problemas graves.</p> <ul style="list-style-type: none">• Los elementos básicos de la valoración cutánea son la valoración de la temperatura, color, humedad, turgencia e integridad. <p>(Baranoski y Ayello, 2008)</p>		
--	---	--	--

Autor: Tania Martínez
Fuente: Instrumento estructurado



PACIENTE:
DIAGNOSTICO:

EDAD: # CAMA:
ENFERMERA RESPONSABLE:
TURNO: AM – PM – NOCHE

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS DE PACIENTE CON ACV ISQUEMICO		
DOMINIO: 4	Actividad / Reposo	
CLASE: 4	Respuestas cardiopulmonares/ vasculares	
DIAGNOSTICO	RESULTADO(S) (NOC)	ACTIVIDADES (NIC)
Patrón respiratorio ineficaz r/c uso de músculos accesorios para respirar, m/p agitación	Salud Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la frecuencia respiratoria, profundidad la facilidad para respirar. • Ayudar en los frecuentes cambios de posición. • Percusión con drenaje postural. • Vibración Torácica • Respiraciones profundas • Control de tipo y cantidad de expectoración de esputo. • Estimulación de Tos durante y después del drenaje postural
DOMINIO: 2	Nutrición	
CLASE: 1	Ingestión	
DIAGNOSTICO	RESULTADO(S) (NOC)	ACTIVIDADES (NIC)
Deterioro de la deglución r/c falta de piezas dentarias m/p falta de masticación náuseas y regurgitación.	Salud Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de alimentos adecuadas • Disponer de bandeja de comida de forma atractiva • Higiene bucal después de cada comida • Identificación de reflejo de deglución. • Acompañar las comidas con agua • Proteger con barbero • Evitar distraer al paciente mientras deglute • Alimentación lenta • Posponer alimentación si paciente esta agitado.

DOMINIO: 2	Nutrición	
CLASE: 1	Ingestión	
DIAGNOSTICO	RESULTADO(S) (NOC)	ACTIVIDADES (NIC)
Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades r/c factores bilógicos m/p Bajo tono muscular pérdida de peso.	Salud Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el aumento de ingesta de calorías en cada comida del día. • Enseñar a aumentar la ingesta de calorías. • Proporcionar la ingesta de alimentos nutritivos de alto contenido calórico como verduras legumbres. • Proporcionar ayuda al comer. • Enseñar a la familia él porque es necesario que suba de peso. • Recompensar al paciente e incentivarlo si ha ganado peso • Registrar en una hoja la ganancia de peso • Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso. • Analizar la respuesta emocional del paciente en actividades que impliquen comer. • Observar la piel del paciente • Aplicar cremas hidratantes para la piel del paciente. • Controlar turgencia de piel. • Observar si produce nauseas o vomito cuando empieza a comer. • Enseñar técnicas de respiración profunda en caso de haber nauseas al comer. • Controlar ingesta calórica • Proporcionar líquidos nutricionales como aguas aromáticas y jugos naturales.

DOMINIO: 11	Seguridad / Protección	
CLASE: 2	Lesión física	
DIAGNOSTICO	RESULTADO(S) (NOC)	ACTIVIDADES (NIC)
Riesgo de caída r/c deterioro físico y deterioro cognitivo leve	Salud Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse. • Disponer de colchones de cama con bordes firmes para un traslado más sencillo. • Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y prolongados. • Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. • Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos. • Registrar el estado de la piel. • Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. • Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para el exceso de la humedad, • Darle la vuelta con cuidado para evitar lesiones en una piel frágil. • Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día. • Colocar al paciente en posición ayudándole con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.

V. CONCLUSIONES

- ✓ Como resultado del análisis de caso he encontrado que al aplicar los cuidados de enfermería basados en las necesidades de la paciente he mejorado su estilo de vida, he ahí que radica la importancia de nuestra carrera al educar, enseñar y fomentar la prevención de las enfermedades para así evitar daños y efectos a futuro.
- ✓ Los cuidados de enfermería enfocados a la educación ayudan a mejorar la calidad de vida de la paciente ya que se puede decir que ya se puede valerse sola en muchas de sus necesidades asiste continuamente al centro de salud para evitar complicaciones sobre su salud.
- ✓ Se agregó propuestas para recreaciones de acuerdo a su condición física e incluyendo a sus familiares y personas cercanas para de esta manera evitar la depresión

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ávila, Adriana, et al. Revista Brasileira de Hipertensão, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-10, 2010.
- Cipullo, José Paulo, et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. vol.94. no4, São Paulo, abr.2010.
- Costa, Maria F. F. de L, et al. Comportamento em saúde entre idosos hipertensos. Revista de Saúde Pública vol.43 supl.2 São Paulo, no 2009
- Eduardo, A. (14 de abril de 2013). En Ecuador, de cada 100000 personas, 1373 tiene problemas de hipertensión. Los andes, pág. 45.
- Esquivel, V. Jiménez, M. (2010). Aspectos nutricionales en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Costa Rica Salud Pública
- Figueroa, C. (2006). Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. Programa psicología de la Salud de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.Vol. 22, Nro.2 169-174.
- Gonzales, R, Alcalá, J. (2010) Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM. Vol. 53, N.o 5. Septiembre-Octubre. 2010, Vol. 19, N.
- Hypertension, E. S.-E. (2013). arterial hypertension. European Society of Cardiology.
- OMS. (2013). Prevalencia global de la Obesidad. organización mundial de la Salud, 38 - 39.
- Zanchetti, A. (2001). Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. Vol. 6, No. 2.
- Terry, C & Weaver, A (2012) Enfermería de cuidados intensivos. México

LINKOGRAFÍA

- Alejandra Hurtado. (2012). Hemiplejia. Mayo 13 2015, de Buenas Tareas Sitio web: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Hemiplejia/3305511.html>
- American Heart Association. (2011). la Presion Arterial y su Salud. Mayo 13 2015, de American Society of Hypertension Sitio web: <http://www.ashus.org/documents/bloodpressurehealthspanish.pdf>
- Bescós, E., Crespo, A... (2009). Hipertension Arterial. 12 mayo 2015, de Meynet Sitio web: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>
- Características de la Hipertensión. Bibliografía de botanical on-line. <http://www.botanical-online.com/medicinalshipertension.htm>
- Florimon, F. (2005). Hipertensión Arterial. <http://www.misalud.com/articulo1.html>
<http://psicologiagranollers.blogspot.com/2012/03/piramide-de-maslow-o-jerarquia-de-las.html>
- Maratma Miguel. (2005). Enfermedades del Sistema Cardiovascular. Hipertensión Arterial. Capitulo10. <http://files.sld.cu/hta/files/2010/02/capitulo-10-hipertension-arterial-pags-90-a-109-autor-dr-miguel-matarama-penate.pdf>.
- Matilde Alvarado, Madeleine Wallace, Fulwood R. (2008) Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre. Enfermedades cardiovasculares a diversos grupos. http://www.nhlbi.nih.gov/health/dcisp/Diseases/hbp/hbp_risk.html
- Office Woman Health. (2010). Presión Arterial Alta. 12 mayo 2015, de FDA Sitio web: 57 <http://www.fda.gov/downloads/ForConsumers/ByAudience/ForWomen/ucm121904.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevalencia global de obesidad, Epidemiológica. Disponible: <Http://www.tecnociencia.es/especiales/obesidad/5.htm>.
- Patrick Wagner-Grau. (2010). Fisiopatología de la hipertensión arterial. mayo 13 2015, de Scielo Sitio web: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a03v71n4.pdf>

- Silva Pedro. (2010). Guías Diagnósticas de Medicina Física y Rehabilitación. Mayo 13 2015, de Hgm Mexico Sitio web:
http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/rehabili/hemiplejia.pdf
- **SCIELO:** Weschenfelder Magrini, D.; Gue Martini, J..(2012). Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. 20 de Julio de 2015, de Scielo Sitio web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412012000200022&script=sci_arttex 58
- **SCIELO:** Cleotilde García Reza; Patricia Belén Mondragón Sánchez; Matiana Morales del Pilar; Maria Elizabeth Medina Castro. (2011). Ejercicio físico con ritmo: intervención de enfermería para el control de la hipertensión arterial . 22 DE JULIO 2015, de SCIELO Sitio web:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400009
- **SCIELO:** Rey Arturo Salcedo-Álvarez, Blanca Consuelo González-Caamaño, Araceli Jiménez Mendoza, Vanessa Nava Ríos, Dheeni Azyade Cortés Olgún, Martha Belem Eugenio Retana. (2012). Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. 15 DE MAYO 2015, de SCIELO Sitio web:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S166570632012000300004&script=sci_arttext

CITAS BIBLIOGRAFICASBASE DE DATOS UTA

- **SPRINGER:** Norman K. Hollemberg (2008) Atlas of Hypertension Recuperado el 13 de mayo de 2015 de: http://download-v2.springer.com/static/pdf/817/bfm%253A978-1-4615-64935%252F1.pdf?token2=exp=1431647533~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F817%2Fbfm%25253A978-1-4615-64935%25252F1.pdf*~hmac=5b1ac0a6fe7ab2df7c4f1b14cf944eaa1d53eb5b1bb02b9852f2366a00fb211f
- **SPRINGER:** William White (2014) Clinical Hypertension and Vascular Diseases Recuperado el 13 de mayo de 2015 de: <http://download-v2.springer.com/static/pdf/738/bfm%253A978-1-4939-1982%252F1.pdf?token2=exp=1431648010~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F738%2Fbfm%25253A978-1-4939-1982->

6%25252F1.pdf*~hmac=f106d57bd9416cc1f7fa40dd997696a46168c81aa2eb63a8e3b4ca24395aed43

- **EBSCOHOST:** Silva Brito, Silmery; Valeria Nøbrega, Renata; Ribeiro dos Santos, Srgio; Porto Bezerra, Eva; de Freitas Macedo Costa, Ktia Nyla; Lopes Costa, Marta Miriam. (2013). SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA AOS HIPERTENSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA. 13 DE AGOSTO 2015, de EBSCOHOST Sitio web: <http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=19818963&AN=90496144&h=9AfPUAZ2GUzZkdVkXa4BtcutVJunsqg%2bPZ2PzEIJNqRj9Z6hfS7bTD9E7cxXnRPCGxVG%2blcOiXTv5bB8>

VII. ANEXOS

ANEXO 1

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO				
LABORATORIO CLÍNICO				
QUÍMICA SANGUÍNEA				
ID	14			FECHA 8/03/15 08:36:01
NO. M	E000022 00006-3			ID OPERADOR bmserv Comment-001 CHICAIZA MARÍA
TEST	RESULTADOS	UNID	VALOR REF.	
TRIGLISERIDOS	172.9 H	mg/dL	(107 - 143)	
HDL - COLEST	48.0	mg/dL	(35 - 55)	
SODIO (Na)	147 H	mmol/L	(136 - 145)	
POTASIO (K)	3.39 L	mmol/L	(3.5 - 5.1)	
CLORO (Cl)	111.2 H	mmol/L	(98 - 107)	

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 2

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO				
LABORATORIO CLÍNICO				
QUÍMICA SANGUÍNEA				
ID	104			FECHA 9/03/15 08:36:01
NO. M	E000032 00007-2			ID OPERADOR bmserv Comment-001 CHICAIZA MARÍA
TEST	RESULTADOS	UNID	VALOR REF.	
CALCIO	8.03	mg/dL	(8.0 - 10.0)	
SODIO (Na)		145 mmol/L	(136 - 145)	
POTASIO (K)	3.24 L	mmol/L	(3.5 - 5.1)	
CLORO (Cl)	108.9 H	mmol/L	(98 - 107)	

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 3

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO					
LABORATORIO CLINICO					
BIOMETRIA HEMATICA					
ID	44		FECHA	9/03/15	08:36:01
NO. M	E000032 00007-2		ID OPERADOR	bmserv	
			Comment-001	CHICAIZA MARIA	
PARAMETROS	RESULTADOS	UNID	PARAMETROS	RESULTADOS	UNID
WBC	9.87x10³/uL		RBG	5.42x10⁶/uL	
Neu%	76.7%		HGB	15.5 g/dL	
Lym%	18.1%		HCT	47.8%	
Mon%	3.6%		MCV	88.1 fL	
Eos%	1.5%		MCH	28.6pg	
Bas%	0.1%		MCHC	32.5 g/dL	
Neu#	7.57x10 ³ /uL		RDW-CV	13.8 %	
Lym#	1.79x10 ³ /uL		RDW-SD	51.5 fL	
Mon#	0.35x10 ³ /uL		PLT	206x10³/uL	
Eos#	0.15x10 ³ /uL		MPV	9.0 fL	
Bas#	0.01x10 ³ /uL		PDW	16.2	
			PCT	0.185%	

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 4

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "AMBATO"
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
SERVICIO DE RADIOLOGÍA

Nombre CHICAIZA MARIA.
Edad 80 años
Servicio C. Externa
Fecha 22 DE ABRIL 2015

ECO TIROIDES

LOBULO DERECHO: Mide long 4.0 cm x 2.2cm x 2.4cm con varios nódulos sólidos definido ecogénicos el mayor de 1,8 con vascularización periférica.
LOBULO IZQUIERDO : mide long 4.3 cm x 2,4cmx 3,2 cm con tres nódulos uno mixto y otros calcificados el mayor de 1,8cm.
ISTMO de 3mm
Regiones cervicales sin ganglios

CONCLUSIONES:
BOCIO MULTI NODULAR


DRA. ADA LOPEZ
MEDICO RADIOLOGO

ANEXO 6

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO											
CLÍNICA MUJERES											
BALANCE HÍDRICO											
BALANCE HÍDRICO		14/04/2015	15/04/2015	16/04/2015	17/04/2015	18/04/2015	19/04/2015	20/04/2015	21/04/2015	22/04/2015	23/04/2015
INGRESOS CC	PARENTERAL	1400	100	2050	1950	2000	2000	2000	2000	2000	2000
	VÍA ORAL	NPO	NPO	NPO	NPO	NPO	NPO	850	850	850	1000
	TOTAL	1400	100	2050	1950	2000	2000	2850	2850	2850	3000
ELIMINACIO NES CC	ORINA	900	1500	1700	800	1900	1800	2100	2700	900	2600
	DRENAJE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	OTROS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	900	1500	1700	800	1900	1800	2100	2700	900	2600

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 7

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Presenta dificultad para respirar?	SI () NO(x)
¿Cuál es la causa para esta dificultad?	
¿Le falta el aire al hacer algún tipo de actividad?	SI (x) NO()
¿Ha empeorado la dificultad respiratoria recientemente?	SI () NO(x)
¿Al levantarse siente que le falta el aire?	SI () NO(x)
¿La dificultad respiratoria ocurre cuando está en reposo?	SI () NO(x)
¿Sufre de ahogos durante las noches?	SI () NO(x)
¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?	SI () NO(x)
¿A qué edad?	
¿Ha notado si alguna vez sus labios se tornan morados?	SI () NO(x)

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 7.1

ESCALA DE DISNEA BORG

	0	Sin disnea
	0,5	Muy, muy leve. Apenas se nota
	1	Muy leve
	2	Leve
	3	Moderada
	4	Algo severa
	5	Severa
	6	
	7	Muy severa
	8	
	9	
	10	Muy, muy severa (casi máximo)
	•	Máxima

Fuente: W. Psychological factors influencing perceived exertion (Los factores psicológicos que influyen en la percepción del esfuerzo).

ANEXO 8

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces al día se alimenta?	5 veces al día
¿Tiene algún horario específico de comidas?	SI () NO(x)
¿Tiene algún tipo de dieta?	SI () NO(x)
¿Ha perdido el apetito?	SI () NO(x)
¿Es la disminución del apetito importante o leve?	
¿Ha bajado de peso durante los últimos meses?	SI (x) NO()
¿Tolera todas las comidas?	SI (x) NO()
¿Le es fácil masticar los alimentos?	SI (x) NO()
¿Utiliza dentadura postiza?	SI () NO(x)
¿Le es fácil deglutir los alimentos?	SI (x) NO()
¿Tiene náusea o vomito durante las comidas?	SI () NO(x)
¿Las náuseas le impiden comer?	SI () NO(x)
¿Necesita de ayuda para alimentarse?	SI () NO(x)
¿Durante las comidas realiza otra actividad como ver televisión o conversar?	SI (x) NO()

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 8.1

CUESTIONARIO DE RIESGO NUTRICIONAL “CONOSCA SU SALUD NUTRICIONAL”

PUNTUACIÓN SEGÚN RESPUESTA	SÍ	NO
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como	2	0
Tomo menos de dos comidas al día	3	0
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	2	0
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	2	0
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	2	0
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4	0
Como sólo la mayoría de las veces	1	0
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	1	0
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos seis meses	2	0
No siempre puede comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos	2	0
PUNTUACIÓN TOTAL	8 Puntos	

Su interpretación se hace de acuerdo a los puntos de corte

- 0 a 2 Bueno. Reevaluar la puntuación nutricional en seis meses.
- 3 a 5 Riesgo nutricional moderado. Tomar medidas para mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida. Reevaluar en tres meses.
- 6 o más Riesgo nutricional alto. Lleve el cuestionario a su médico, especialista en dietética u otros profesionales de salud cualificados y pida ayuda para mejorar su estado nutricional.

ANEXO 8.2

ESCALA DE BARTHEL

COMER

0 = Incapaz

5 = Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = Independiente (la comida está al alcance de la mano)

TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA

0 = Incapaz, no se mantiene sentado

5 = Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = Independiente

ASEO PERSONAL

0 = Necesita ayuda con el aseo personal

5 = Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse

USO DEL RETRETE

0 = Dependiente

5 = Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo

10 = Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

BAÑARSE/DUCHARSE

0 = Dependiente

5 = Independiente para bañarse o ducharse

DESPLAZARSE

0 = Inmóvil

5 = Independiente en silla de ruedas en 50 m

10 = Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)

15 = Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

0 = Incapaz

5 = Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta

10 = Independiente para subir y bajar

VESTIRSE Y DESVESTIRSE

0 = Dependiente

5 = Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda

10 = Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.

CONTROL DE HECES

0 = Incontinente (o necesita que le suministren enema)

5 = Accidente excepcional (uno/semana)

10 = Continente

CONTROL DE ORINA

0 = Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa

5 = Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)

10 = Continente, durante al menos 7 días

Grado de dependencia según puntuación de la escala

- Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).

✓ Dependiente leve: 91-99

✓ Dependiente moderado: 61-90

✓ Dependiente grave: 21-60

✓ Dependiente total : 0-20

La paciente tiene grado de dependencia moderada según la puntuación de la escala de Barthel a mayor puntuación mejor independencia

ANEXO 9

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces al día orina?	Tres veces al día
¿Cuántas veces por la noche va al baño?	Dos veces
¿Tiene alguna molestia al orinar?	SI () NO (x)
¿Cuántas deposiciones realiza en el día?	Tres
¿Qué características tiene sus heces?	Normal
¿Las heces son blandas consistentes?	Consistentes
¿Utiliza pañal?	SI (x) NO ()
¿Necesita ayuda para el cambio de pañal?	SI (x) NO ()

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 10

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Realizaba algún tipo de actividad o ejercicio?	SI (x) NO ()
¿Por cuánto tiempo realizaba la actividad?	3horas
¿Necesita de ayuda para desplazarse de un lugar a otro?	SI (x) NO ()
¿Qué equipo o dispositivo utiliza para desplazarse?	Silla de ruedas
¿Permanece sentado todo el día?	SI () NO (x)
¿Tenía dificultad para mantenerse de pie?	SI (x) NO ()
¿En ocasiones se dificultaba coger las cosas?	SI (x) NO ()
¿Se le dificulta agacharse para coger algún objeto?	SI () NO (x)
¿Cuando realizaba algún tipo de ejercicio físico se fatigaba con facilidad?	SI () NO (x)
¿Al momento de caminar tenía una sensación de hormigueo en los pies?	SI (x) NO ()
¿Se mareaba con facilidad al realizar ejercicios físicos?	SI (x) NO ()

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 10.1

ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO:

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	0
	Estable y seguro	1
Se levanta	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero usa los brazos	1
	Capaz sin usar los brazos	2
Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero requiere más de un intento	1
	Capaz de un solo intento	2
Equilibrio inmediato de pie (15 seg)	Inestable (vacila, se balancea)	0
	Estable con bastón o se agarra	1
	Estable sin apoyo	2
Equilibrio de pie	Inestable	0
	Estable con bastón o abre los pies	1
	Estable sin apoyo y talones cerrados	2
Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	0
	Vacila se agarra	1
	Estable	2
Ojos cerrados (de pie)	Inestable	0
	Estable	1
Giro de 360 °	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1
	Inestable	0

	Estable	1
Sentándose		
	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0
	Usa las manos	1
	Seguro	2

PUNTUACIÓN TOTAL DEL EQUILIBRIO (3/16 puntos).

Según la escala tiene un alto riesgo de caída mientras mayor es la puntuación menor es el riesgo.

ANEXO 11

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Sufre de insomnio?	SI (X) NO()
¿Cuántas horas duerme durante la noche?	12 horas
¿Duerme durante el día?	SI (x) NO()
¿En el día se siente cansado?	SI (x) NO()
¿Toma medicamentos para dormir?	SI () NO(x)
¿Se levanta cansado a pesar de dormir bien?	SI (x) NO()
¿Sabe usted si ronca por las noches?	SI () NO(x)

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 11.1

Cuestionario de Oviedo del sueño durante el último mes

1.- ¿Cómo de satisfecho a estado con su sueño?

1	Muy satisfecho
2	Bastante satisfecho
3	Insatisfecho
4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2.- ¿Cuántos días a la semana a tenido dificultades para...?

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s	
2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3.- ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0 -15 minutos
2	16 -30 minutos
3	31 – 45 minutos
4	46 -60 minutos
5	Más de 60 minutos

4.- ¿Cuántas veces se ha despertado por las noches?

1	Ninguna vez
2	Una vez
3	Dos veces
4	Tres veces
5	Más de 3 veces

¿Normalmente se despertó usted, piensa que se debe a ?

- a. Dolor
- b. Necesidad de orinar
- c. Ruido
- d. Otros (especificar)

5.- ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 y 2 horas
5	Más de 2 horas antes

6.- Eficiencia del sueño (Horas dormidas/horas en cama) por término medio, ¿Cuántas horas a dormido cada noche? ----- ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama?

1	91 – 100%
2	81 – 90%
3	71 – 80%
4	61 -70 %
5	60% o menos

7.- ¿Cuántos días a la semana a estado preocupado/a ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento socio laboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1-2 días / semana
3	3 días/semana
4	4 -5 días/ semana
5	6-7 días /semana

8.- ¿Cuántos días a la semana se ha sentido somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1-2 días / semana
3	3 días/semana
4	4 -5 días/ semana
5	6-7 días /semana

9.- Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día, o a tenido periodos de sueño diurno ¿Cuantos días a la semana a estado preocupado o a notado en su funcionamiento socio laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1-2 días / semana
3	3 días/semana
4	4 -5 días/ semana
5	6-7 días /semana

10.- ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido) ...? (información clínica)

Ninguno			1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
a	Ronquidos	1	2	3	4	5
b	Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
c	Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
d	Pesadillas	1	2	3	4	5
e	Otros	1	2	3	4	5

11.- ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.) prescrito o no, para ayudarse a dormir? (Información clínica).

a	Ningún día
b	1-2 días / semana
C	3 días/semana
D	4 -5 días/ semana
e	6-7 días /semana

CATEGORÍAS	ÍTEMS	PUNTOS
Satisfacción subjetiva del sueño	Ítem 1	4
Insomnio	Ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3,4,5,6,7	24
Hiperinsomnio	Ítems 2-5,8,9	5
Puntuación Total		33

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario OVIEDO DEL SUEÑO

Se trata de un cuestionario hetero – administrado con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1 ,2-2, 2-3,2-4,3,4,5,6,7) e Hiperinsomnio (ítems 2-5,8,9) .

Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómeno adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5 excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7.

La sub escala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Interpretación:

Bajo la puntuación adquirida de 33 puntos se encuentra en la sub escala de insomnio, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

ANEXO 12

6. NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Se cambia de ropa interior todos los días?	SI (x) NO ()
¿Depende de otra persona para cambiarse de ropa?	SI (x) NO ()
¿Quién le ayuda a vestirse?	Mi hija porque es ella quien me cuida
¿Puede abotonarse solo la ropa?	SI () NO (x)

¿Le duele las manos al tratar de abotonarse la ropa?	SI (x)	NO ()
¿Escoge la ropa para vestirse diariamente?	SI (x)	NO ()

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 12.1

ÍNDICE DE KATZ

1. Baño	Independiente: Se baña solo o precisa ayuda para lavar alguna zona, como la espalda, o una extremidad con minusvalía	<input type="radio"/>
	Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo	<input checked="" type="radio"/>
2. Vestido	Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y abrocha. Se excluye el acto de atarse los zapatos	<input type="radio"/>
	Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido	<input checked="" type="radio"/>
3. Uso del baño	Independiente: Va al baño solo, se arregla la ropa y se limpia	<input type="radio"/>
	Dependiente: Precisa ayuda para ir al baño	<input checked="" type="radio"/>
4. Movilidad	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede levantarse de una silla por sí mismo	<input type="radio"/>
	Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos	<input checked="" type="radio"/>
5. Continencia	Independiente: Control completo de micción y defecación	<input type="radio"/>
	Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación	<input checked="" type="radio"/>
6. Alimentación	Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne)	<input checked="" type="radio"/>
	Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral	<input type="radio"/>

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

Paciente tiene un índice de katz de 5 lo cual indica una incapacidad severa

ANEXO 13

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Habitualmente se encuentra expuesto a temperaturas elevadas?	SI () NO (x)
¿A tenido episodios de fiebre o escalofríos?	SI () NO (x)
¿Cuándo tiene fiebre que hace para controlarla?	Pañitos de agua tibia
¿Sabe cómo utilizar un termómetro?	SI () NO (x)

Autor: Tania Martínez
Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 13.1

TABLA DE LA TEMPERATURA

CATEGORÍA	VALOR
Hiperexia o hipertermia	41 °C
Febril tiene fiebre	38 °C
Afebril no tiene fiebre	37 °c
Hipotermia	35.5 °C
Febrícula	37.5

Fuente: E.U.D (Daphne fuentes castillo)

ANEXO 14

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces se baña a la semana?	2 veces
¿Necesita ayuda para bañarse?	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)
¿Cuántas veces en el día se lava los dientes?	3 veces al día
¿Utiliza cremas hidratantes para la piel?	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)
¿Con que frecuencia las utiliza?	Todos los días
¿Cree que es importante mantener las uñas cortas?	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)

¿En las noches siente una sudoración excesiva?	SI ()	NO (x)
--	--------	----------

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 14.1

Escala de Braden Bergstrom						
	Percepción Sensorial	Exposición a la Humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de Lesiones Cutáneas
1	Completamente Limitada	Constantemente Húmeda	En Cama	Completamente Inmóvil	Muy Pobre	Problemas
2	Muy Limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy Limitada	Probablemente Inadecuada	Problema Potencial
3	Ligeramente Limitada	Ocasionalmente Húmeda	Deambula Ocasionalmente	Ligeramente Limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin Limitaciones	Raramente Adecuada	Deambula Frecuentemente	Sin Limitaciones	Excelente	

TOTAL 15 PUNTOS Riesgo de lesión moderada

ANEXO 15

9. Evitar los peligros del entorno

PREGUNTAS	RESPUESTA
¿Cómo se siente en su estado de ánimo?	Tranquila
¿Sabe cuál es su estado de salud actualmente?	SI () NO (x)
¿Ha sido estricto en las recomendaciones del médico para mantenerse saludable?	SI (x) NO ()
¿Toma precauciones para no alterar su presión arterial para evitar preocupaciones?	SI () NO (x)
¿Siente el apoyo de su familia en todo momento?	SI (x) NO ()
¿Tiene alergia a algún medicamento o alguna otra cosa?	SI (X) NO ()
¿Sufre de dolores de cabeza o algún tipo de dolor?	SI (X) NO ()
¿Con que frecuencia tiene dolor de cabeza?	siempre
¿El dolor es leve moderado o severo?	leve

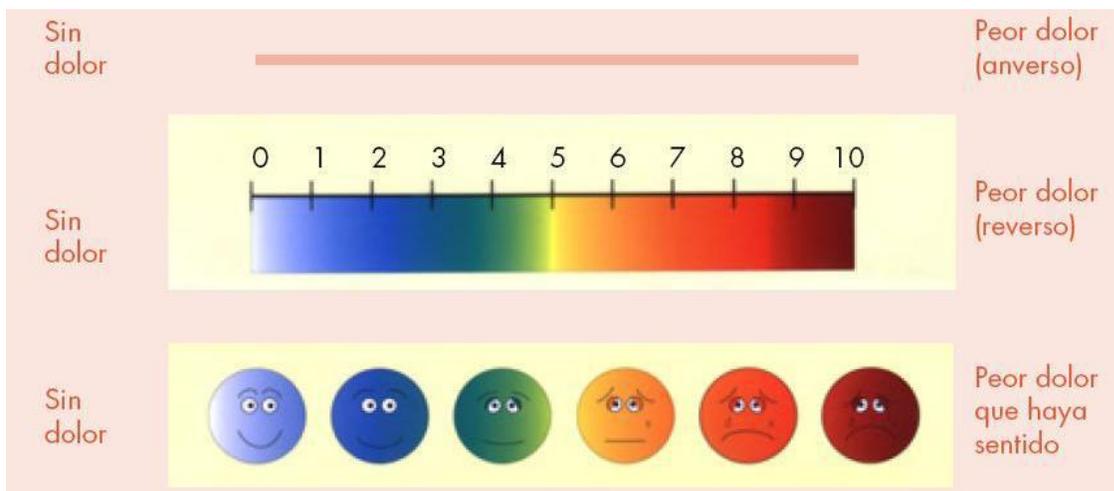
¿Ha sufrido de violencia en alguna ocasión?	SI ()	NO (x)
¿Ha tenido episodios en los que ha perdido la memoria?	SI (x)	NO ()
¿Anteriormente ha estado ingresada en el hospital?	SI (x)	NO ()
¿Cuál fue la causa?	ACV hemorrágico	
¿Se recuperó totalmente?	SI ()	NO (x)

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 15.1

Escala analógica del dolor



Resultado obtenido 3-4

ANEXO 15.2

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H DOWNTON)		
CAÍDAS PREVIAS	SI	0
	NO	1
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES / SEDANTES	1
	DIURÉTICOS	1
	HIPOTENSORES NO DIURÉTICOS	1
	ANTIPARKIMSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
DÉFICIT SENSORIALES	NINGUNO	0
	VISUALES	1
	AUDITIVOS	1
	EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACIÓN	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
➤ > 2 ALTO RIESGO DE CAITA		TOTAL=3

ANEXO 16

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES NECESIDADES TEMORES U OPINIONES

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Puede comunicarse perfectamente con los demás?	SI (x) NO ()
¿Cuándo usted habla le entiende con facilidad?	SI (x) NO ()
¿Utiliza mímicas para expresarse?	SI () NO (X)
¿Tiene buena comunicación con su familia?	SI (x) NO ()
¿Cree usted que necesita que le brinden más cuidados?	SI () NO (x)
¿Cómo es la relación que lleva con su hija?	Buena
¿A veces siente soledad a pesar de estar acompañado?	SI (x) NO ()
¿Se siente a gusto en el lugar donde usted vive?	SI (x) NO ()

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 16.1**APGAR FAMILIAR**

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia la quiere?	0	1	2
TOTAL	8		

8 PUNTOS FAMILIA ALTAMENTE FUNCIONAL

ANEXO 17

11. NECESIDAD DE VIVIR DEACUERDO CON SUS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cómo se siente usted con su salud?	Estable
¿Qué planes tiene para el futuro?	Recuperarse
¿A qué religión pertenece?	Cristiana
¿Tiene miedo a la muerte?	No
¿Asiste a la iglesia?	SI () NO (x)
La religión a la que pertenece influye en su vida cotidiana?	SI (x) NO ()
¿Busca ayuda cuando la necesita?	SI (x) NO ()
¿Expresa sus sentimientos?	SI (x) NO ()

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 18**12. NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL**

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Se siente útil?	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)
¿Su familia le impide realizar algunas actividades?	SI (<input type="checkbox"/>) NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
¿Su enfermedad le permite realizar todas las actividades?	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)
¿Qué labores realiza en su casa?	QQDD a lo que puede
¿Aporta económicamente al hogar?	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)
¿Realiza actividades que le gusten?	SI (<input type="checkbox"/>) NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
¿Se sentía dependiente de su familia?	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 18.1

CUESTIONARIO DUKE – UNC.					
	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1. Recibo visitas de mis amigos y familia					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5. Recibo amor y afecto					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas familiares y personales					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
TOTAL	32 PUNTOS				

Según cuestionario de DUKE – UNC tiene un total de 32 puntos que equivalen a un apoyo normal.

ANEXO 19

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Qué hace los fines de semana?	Sale con su familia
¿Sale al parque?	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)
¿Con que frecuencia sale al parque?	Una vez por semana
¿Los fines de semana pasa solo o en compañía de sus familiares?	Familiares
¿Se siente aburrida en su casa?	SI (<input type="checkbox"/>) NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
¿Se estresa con facilidad?	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)
¿Al estresarse toma algún medicamento?	SI (<input type="checkbox"/>) NO (<input checked="" type="checkbox"/>)

Autor: Tania Martínez

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 20**14. NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES**

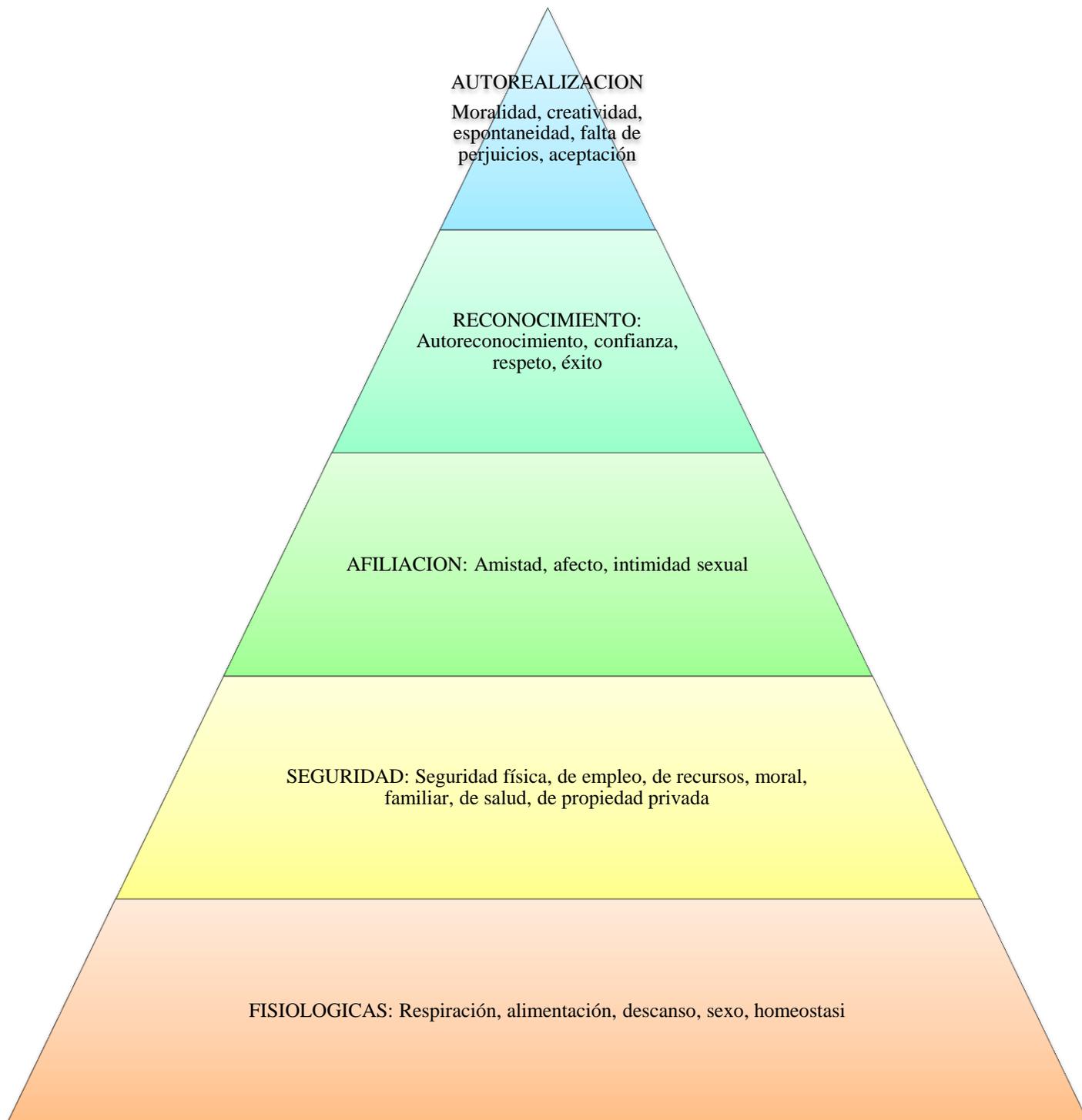
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Estudios realizados?	Ninguno
¿Sabe leer y escribir?	SI () NO (x)
¿Conoce acerca de su enfermedad?	SI () NO (x)
¿Toma sus propias decisiones acerca de su enfermedad?	SI () NO (x)
¿Realiza su tratamiento adecuadamente?	SI (x) NO ()

Autor: Tania Martínez

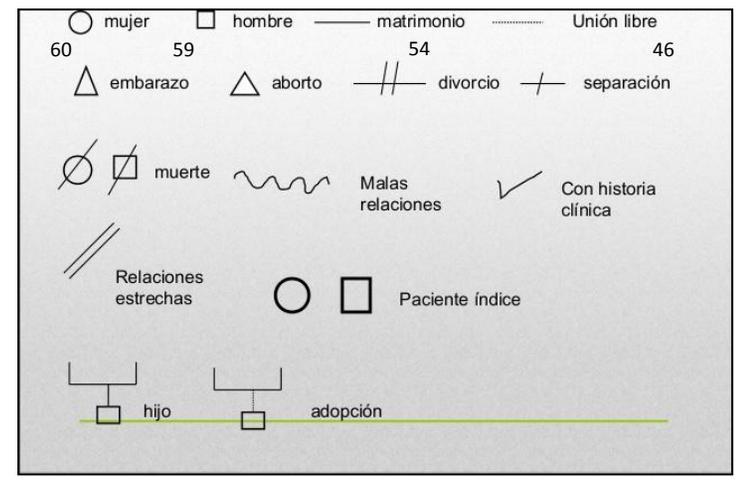
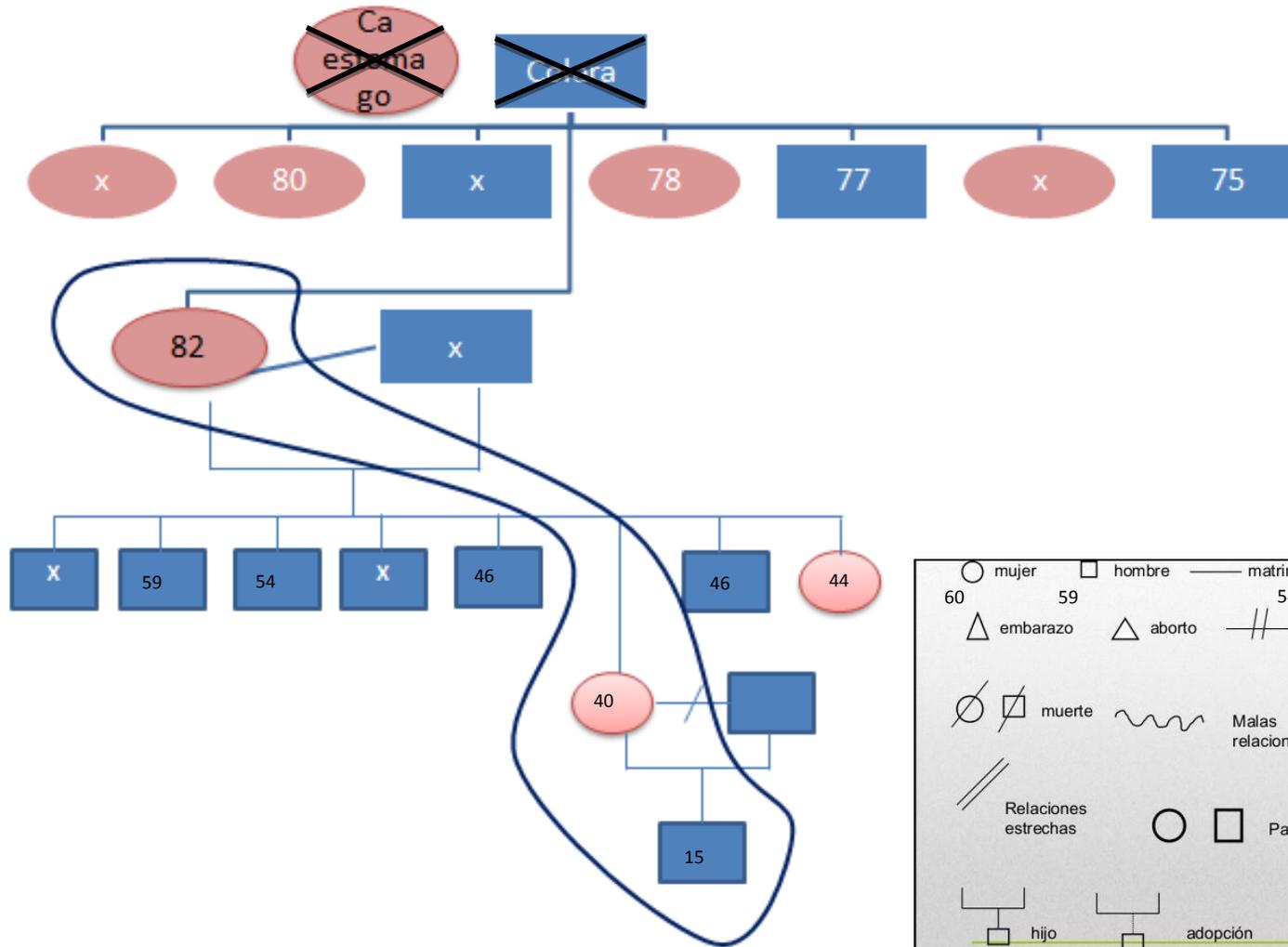
Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 21

PIRÁMIDE DE MASLOW JERARQUÍA DE NECESIDADES



Anexo 22



ANEXO 23

