



— Universidad —
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

**FACULTAD DE ENFERMERIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**TRABAJO ACADÉMICO:
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN ACCIDENTE CEREBRO
VASCULAR HEMORRAGICO SECUELAR**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN
EL CUIDADOS DEL PACIENTE CRITICO ADULTO**

**AUTOR: LIC. ENF. EDUARDO ANGEL DE DIOS OROSCO
ZALDIVAR**

LIMA – PERÚ

2017

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios pues fue mi principal guía y estímulo espiritual, a mi madre quien me brindó su apoyo incondicional en todo el trayecto de mi carrera profesional en enfermería y a mi asesora quien me encamino en la resolución adecuada y completa de este caso clínico.

E.A.D.O.Z

INDICE

	Pág.
• Dedicatoria	02
• Índice	03
• Resumen y palabras claves	05
• Abstract and key words	06
• Introducción	07
• CAPITULO I: Marco Teórico	
1 Accidente Cerebro Vascular	
Definición y Causas	09
Síntomas	10
Pruebas y exámenes	12
Tratamiento	13
Expectativas (pronóstico)	13
2. Sistema Nervioso y Cuidados de Enfermería	
Definición	15
Estudios Neurológicos	16
Atención de enfermería del paciente sometido a cirugía	17
Atención post operatoria	20
3. Protocolo de Atención de enfermería con ACV	
Definición y síntomas	19
Clasificación	20
Tumor intracraneal	21
Síntomas	21
4. Teoría de enfermería: Virginia Henderson	22
• CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PAE- EBE	
1 Fase de valoración	
Datos de filiación	25
Antecedentes	25

Motivo de Ingreso	26
Diagnóstico Médico Actual	26
Situación Problema	27
Control de Funciones Vitales	28
Examen Físico	28
Datos relevantes de medición	30
Tratamiento Médico Actual	32
2 Valoración por Dominios	32-42
3 Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería	42-43
4. Priorización de diagnósticos	43
5. Plan de Cuidados de Enfermería	45-61
• CAPITULO III:	
Conclusiones	62-63
Recomendaciones	64-65
• Referencias bibliográficas	66-67
• ANEXOS:	
○ Fotografías, imágenes, tablas, cuadros, etc.	68

RESUMEN

El presente trabajo académico; describe paciente varón post operado de craneotomía descompresiva por accidente cerebro vascular hemorrágico y proceso neurológico, se evaluó en el servicio de uci-adulto del Hospital María Auxiliadora, en donde se observa que el personal de enfermería, brinda cuidados continuos, realiza el monitoreo cardiopulmonar del paciente; registra y prioriza los cuidados para el mantenimiento del metabolismo orgánico así como el estímulo cardiovascular; también cabe mencionar el apoyo emocional a los familiares, puesto que viendo un integrante en mal estado da cabida a traumas psico-emocionales que retrasará toma de decisiones en algún procedimiento u obtención de datos relevantes.

Además el área de cuidados críticos adulto, la enfermera intensivista deberá tener un nivel de preparación óptimo para el manejo del enfermo, sustento científico, identificando fallas multi-orgánicas que presentan el paciente, mantener una capacitación constante para utilizar equipos de vanguardia como monitores cardiovasculares, ventiladores mecánicos, equipos de infusión milimétrica, y hacer búsqueda de bibliografía diagnóstica, protocolos terapéuticos actualizados por patologías para aplicar destreza terapéutica autocrítica de soporte vital al paciente hospitalizado.

PALABRAS CLAVES

Enfermería intensivista – Metabolismo - Monitoreo

ABSTRACT

The present academic work; Describes a post-operative male patient with decompensated craniotomy due to hemorrhagic stroke and pneumological process, was evaluated in the uci-adult service of the Hospital María Auxiliadora, where it is observed that the nursing staff provides continuous care, performs cardiorespiratory monitoring patient; Registers and prioritizes care for the maintenance of organic metabolism as well as cardiovascular stimulation; It is also worth mentioning the emotional support to the relatives, since seeing a member in poor condition gives room for psycho-emotional traumas that will delay decision-making in some procedure or obtaining relevant data.

In addition to the adult critical care area, the intensive care nurse must have an optimal level of preparation for patient management, scientific support, identification of multi-organ failures presented by the patient, constant training to use state-of-the-art equipment such as cardiovascular monitors, Mechanical ventilators, millimetric infusion equipment, and search for diagnostic bibliography, updated therapeutic protocols for pathologies to apply therapeutic self-critical therapeutic skills to the hospitalized patient.

KEYWORDS

Intensive Nursing - Metabolism - Monitoring

INTRODUCCIÓN

La atención al paciente críticamente enfermo ha sido una de las áreas de la medicina que ha tenido un desarrollo más acelerado en las últimas décadas. Afortunadamente, el crecimiento se ha realizado de una manera armónica, manteniendo el equilibrio entre los avances tecnológicos y la profundización en los aspectos fisiopatológicos y patogénicos; es así que los cuidados intensivos, que surgieron para dar una respuesta asistencial eficiente a las urgencias, se han ido transformando en un área especializada dentro de la medicina y tienen un cuerpo teórico bien definido y normas para sus prácticas aceptadas.

En estos servicios el personal de enfermería juega un papel muy importante, en el caso de Perú el desempeño ha sido realizado, desde sus inicios, por personal técnico, técnico especializado (Post-básico) y según se fue desarrollando la profesión, también por licenciados. Sin embargo en la actualidad este tipo de cuidado constituye no sólo un reto de esta especialidad, sino que exige también mayor responsabilidad en el campo de la toma de decisiones clínicas, La no-delimitación de las funciones repercute también dentro del equipo multi-profesional, pues hoy el enfermero universitario intensivista en estos servicios realiza funciones interdependiente con el médico, que no están escritas en las resoluciones y documentos de gestión.

En las actuales circunstancias dentro de la prestación de los servicios de salud, el área de uci adulto es una de las áreas más crítica en manejo, el área más criticada y en la cual requiere cuidados especializados para la atención de enfermedades cerebro-vasculares. Nuestra función como enfermeros y estudiantes de la segunda especialidad es brindar cuidados priorizados según estándares de calidad, así como también ir identificando las necesidades progresivas que el paciente hospitalizado en el servicio favoreciendo el confort del paciente, monitoreo cardiovascular a través de monitores de 5 derivaciones, ventiladores mecánicos de 10 programaciones de control respiratorio, bombas de infusión endovenosa y alimentación enteral; así se enfoca minimizando las complicaciones durante el proceso de recuperación para derivar a otras áreas de cuidado general. Es

frecuente, que muchos investigadores manejen ciertos términos y criterios acerca de las enfermedades cerebro vasculares, la cual constituye una gran carga social, sanitaria y económica, pues genera una importante demanda de cuidados integrales que exige la de la familia con las instituciones de salud; igualmente repercute sobre la calidad de vida del paciente y sus cuidadores particulares ya que posterior al tiempo de hospitalización serán estos los que podrán fin a su rehabilitación óptima de la función de perfusión cardiovascular, tal y como ocurre con los otros tipos de enfermedades crónicas y terapéuticas especializadas. Ante esta situación nosotros, personal de enfermería a fin de fundamentar un plan de cuidados especializado, auxiliado por medios rústicos que facilitan el proceso de recuperación y rehabilitación dando priorización de intervención los patrones funcionales que el cuerpo humano posee y las alteraciones anatómicas y funcionales que estas pueden presentar durante todo el historial de vida

El presente caso es la aplicación del proceso de atención de enfermería – EBE donde se utilizó la taxonomía Nanda para el establecimiento de los diagnósticos enfermeros basados en la valoración previa de los patrones reales, potenciales y bienestar afectadas de acuerdo al modelo de Maryori Gordon y sus patrones de evaluación del individuo enfermo; así brindar una atención de calidad del paciente y las interrelaciones NIC-NOC para establecer los resultados esperados de las intervenciones sugeridas para la atención del paciente.

En el capítulo I; se trata los aspectos teóricos científicos tanto de la enfermedad actual del paciente que tiene ACV hemorrágico, así como los cuidados de enfermería especializados relacionados, la teoría de enfermería que avala cada actividad y artículos científicos relacionados al tema mencionado. En el capítulo II; comprende el proceso completo de enfermería, desde la valoración, ejecución y evaluación de cada actividad. En el capítulo III ya concluyendo solo se mencionará las conclusiones y recomendaciones respectivamente obtenidas de aplicar el proceso de atención de enfermería aplicado

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR⁽²⁾

Un accidente cerebrovascular sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Algunas veces, se denomina "ataque cerebral".

Si el flujo sanguíneo se detiene por más de pocos segundos, el cerebro no puede recibir nutrientes y oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, lo que causa daño permanente.

Causas

Hay dos tipos principales de accidente cerebrovascular:

- Accidente cerebrovascular isquémico
- Accidente cerebrovascular hemorrágico

El accidente cerebrovascular isquémico ocurre cuando un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro resulta bloqueado por un coágulo de sangre. Esto puede suceder de dos maneras:

- Se puede formar un coágulo en una arteria que ya está muy estrecha. Esto se denomina **accidente cerebrovascular trombótico**.
- Un coágulo se puede desprender de otro lugar de los vasos sanguíneos del cerebro, o de alguna parte en el cuerpo, y trasladarse hasta el cerebro. Esto se denomina embolia cerebral o accidente cerebrovascular embólico.

Los accidentes cerebrovasculares isquémicos también pueden ser causados por una sustancia pegajosa llamada placa que puede taponar las arterias.

Un accidente cerebrovascular hemorrágico ocurre cuando un vaso sanguíneo de una parte del cerebro se debilita y se rompe. Esto provoca que la sangre se escape hacia el cerebro. Algunas personas tienen defectos en los vasos sanguíneos del cerebro que hacen que esto sea más probable. Estos defectos pueden incluir:

- Aneurisma
- Malformación arteriovenosa (MAV)

Los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos también pueden ocurrir cuando alguien está tomando anticoagulantes, como warfarina (Coumadin). La presión arterial muy alta puede hacer que los vasos sanguíneos se revienten, ocasionando un accidente cerebrovascular hemorrágico.

Un accidente cerebrovascular isquémico puede presentar sangrado y convertirse en un accidente cerebrovascular hemorrágico.

La presión arterial alta es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares. Otros factores de riesgo importantes son:

- Frecuencia cardíaca irregular, llamada fibrilación auricular
- Diabetes
- Antecedentes familiares de la enfermedad
- Colesterol alto
- Aumento de la edad, especialmente después de los 55 años
- Origen étnico (las personas de raza negra son más propensas a morir de un accidente cerebrovascular)

El riesgo de accidente cerebrovascular es también mayor en:

- Personas que tienen cardiopatía o mala circulación en las piernas causada por estrechamiento de las arterias
- Personas que tienen hábitos de un estilo de vida malsano tales como el tabaquismo, una dieta rica en grasa y falta de ejercicio
- Mujeres que toman píldoras anticonceptivas (especialmente las que fuman y son mayores de 35 años)
- Las mujeres embarazadas tienen un mayor riesgo durante el embarazo
- Mujeres que toman terapia de reemplazo hormonal

Síntomas: ⁽⁸⁾

Los síntomas de un accidente cerebrovascular dependen de qué parte del cerebro esté dañada. En algunos casos, es posible que una persona no se dé cuenta de que ha tenido un accidente cerebrovascular.

La mayoría de las veces los síntomas se presentan de manera súbita y sin aviso. Pero, los síntomas pueden ocurrir intermitentemente durante el primero o segundo día. Los síntomas por lo general son más graves cuando el accidente cerebrovascular acaba de suceder, pero pueden empeorar lentamente.

Si el accidente cerebrovascular es causado por sangrado en el cerebro, se puede presentar un dolor de cabeza. El dolor de cabeza:

- Comienza repentinamente y puede ser intenso
- Puede empeorar al acostarse bocarriba
- Lo despierta si está dormido
- Empeora cuando se cambia de posición o cuando se agacha, hace esfuerzo o tose

Otros síntomas dependen de la gravedad del accidente cerebrovascular y de la parte del cerebro afectada. Los síntomas pueden incluir:

- Cambio en la lucidez mental (incluso, somnolencia, pérdida del conocimiento y coma)
- Cambios en la audición o en el sentido del gusto
- Cambios que afectan el tacto y la capacidad de sentir dolor, presión o temperaturas diferentes
- Confusión o pérdida de memoria
- Dificultad para deglutir
- Dificultad para leer o escribir
- Mareos o sensación anormal de movimiento (vértigo)
- Problemas con la vista, como disminución de la visión, visión doble o ceguera total
- Falta de control de esfínteres
- Pérdida del equilibrio o coordinación, o problemas para caminar

- Debilidad muscular en la cara, el brazo o la pierna (por lo regular solo en un lado)
- Entumecimiento u hormigueo en un lado del cuerpo
- Cambios emocionales, de personalidad o de estado de ánimo
- Problemas para hablar o entender a otros que estén hablando

Pruebas y exámenes

- Verificar si hay problemas con la visión, el movimiento, la sensibilidad, los reflejos, la comprensión y el habla. El médico y el personal de enfermería repetirán este examen a lo largo de un período de tiempo para ver si el accidente cerebrovascular está empeorando o mejorando.
- Auscultar las arterias carótidas en el cuello con un estetoscopio para ver si hay un ruido anormal, llamado soplo, que es causado por flujo sanguíneo anormal.
- Revisar si hay presión arterial alta.

Le pueden hacer los siguientes exámenes para ayudar a encontrar el tipo, la localización y la causa del accidente cerebrovascular y descartar otros problemas:

- Una angiografía de la cabeza para buscar un vaso sanguíneo que está bloqueado o sangrando.
- Un dúplex carotídeo (ecografía) para ver si se han estrechado las arterias carótidas del cuello.
- Una ecocardiografía para ver si el accidente cerebrovascular pudo haber sido causado por un coágulo sanguíneo proveniente del corazón.
- Una angiografía por resonancia magnética (ARM) o angiografía por tomografía computarizada para ver si hay vasos sanguíneos anormales en el cerebro.

Otros exámenes incluyen:

- Exámenes de sangre
- Un electrocardiograma (ECG) y un monitoreo del ritmo cardíaco

Tratamiento ⁽¹⁷⁾

- Un accidente cerebrovascular es una emergencia. Se necesita tratamiento inmediato o busque atención médica de emergencia ante los primeros signos de accidente cerebrovascular.
- Las personas que están experimentando síntomas de un accidente cerebrovascular deben llegar al hospital lo más rápido posible.
- Si el accidente cerebrovascular fue causado por un coágulo sanguíneo, se puede administrar un fármaco trombolítico para disolverlo.
- Para que sea efectivo, este tratamiento debe iniciarse dentro de las 3 a 4 1/2 horas posteriores al inicio de los síntomas. Cuanto más rápidamente se inicie este tratamiento, mejores serán las probabilidades de un buen desenlace clínico.

Otros tratamientos administrados en el hospital dependen de la causa del accidente cerebrovascular. Estos pueden incluir:

- Anticoagulantes, como heparina o warfarina (Coumadin), ácido acetilsalicílico (aspirin) o clopidogrel (Plavix).
- Medicamentos para controlar los factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes y el colesterol alto.
- Procedimientos especiales o cirugía para aliviar los síntomas o prevenir más accidentes cerebrovasculares.
- Nutrientes y líquidos.
- La fisioterapia, la terapia ocupacional, la logopedia y la terapia de deglución se iniciarán en el hospital. Si la persona presenta problemas graves de deglución, probablemente será necesaria una sonda de alimentación en el estómago (sonda de gastrostomía).

El objetivo del tratamiento después de un accidente cerebrovascular es ayudarlo a recuperar la mayor funcionalidad posible y prevenir accidentes cerebrovasculares futuros.

La recuperación de su accidente cerebrovascular comenzará mientras usted esté todavía en el hospital o en un centro de rehabilitación. Y continuará cuando deje el hospital o el centro de rehabilitación para irse a casa. Asegúrese de asistir a las citas de control con su proveedor de atención médica después de ir a casa.

Grupos de apoyo⁽¹²⁾ ⁽⁹⁾

Hay apoyo y recursos disponibles en la Asociación Americana del Ataque Cerebral (American Stroke Association) en la página -- www.strokeassociation.org.

Expectativas (pronóstico)

El pronóstico de una persona después de un accidente cerebro vascular depende de:

- El tipo de accidente cerebrovascular
- La cantidad de tejido cerebral dañado
- Qué funciones corporales han resultado afectadas
- Qué tan rápido se administró el tratamiento

Los problemas para moverse, pensar y hablar con frecuencia mejoran en las semanas o meses siguientes a un accidente cerebrovascular.

Muchas personas que han sufrido un accidente cerebrovascular seguirán mejorando en los meses o años siguientes a este.

Más de la mitad de las personas que tienen un accidente cerebrovascular son capaces de desenvolverse y vivir en el hogar. Otras personas no son capaces de cuidarse sin ayuda.⁽¹²⁾

Si el tratamiento con trombolíticos tiene éxito, los síntomas de un accidente cerebrovascular pueden desaparecer. Sin embargo, las personas con frecuencia no llegan al hospital a tiempo para recibir estos fármacos o no pueden tomarlos debido a una afección.

Las personas que tienen un accidente cerebrovascular por un coágulo de sangre (accidente cerebrovascular isquémico) tienen una mejor probabilidad de sobrevivir

que aquellas que tienen un accidente cerebrovascular por sangrado en el cerebro (accidente cerebrovascular hemorrágico).

El riesgo de un segundo accidente cerebrovascular es mayor durante las semanas o meses después del primero. El riesgo empieza a disminuir después de este lapso.

Cuándo contactar a un profesional médico: ⁽⁵⁾

El accidente cerebrovascular es una emergencia que debe tratarse de inmediato. Existe una sigla en inglés (F.A.S.T.) que facilita recordar las señales de un accidente cerebrovascular y lo que debe hacer si cree que ha ocurrido un accidente cerebrovascular. La acción más importante a tomar es llamar al número local de emergencias si alguien tiene síntomas de este problema.

F.A.S.T. son las siglas en inglés de:

- FACE (cara). Pídale a la persona que sonría. Revise para ver si uno de los lados de la cara se cuelga.
- ARMS (brazos). Pídale a la persona que levante ambos brazos. A ver si un brazo se desplaza hacia abajo.
- SPEECH (habla). Pídale a la persona que repita una oración simple. Revise para ver si arrastra las palabras y si la frase se repite correctamente.
- TIME (tiempo). Si una persona presenta alguno de estos síntomas, el tiempo es esencial. Es importante llegar al hospital lo antes posible. Llame al número local de emergencias de inmediato para asistencia de emergencia.

2. SISTEMA NERVIOSO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Macroscópicamente el sistema nervioso se divide en 02 partes fundamentales:

1. Sistema nervioso central (S.N.C.)
2. Sistema nervioso periférico (S.N.P.)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL⁽³⁾

Está constituido por colecciones neuronales que se interconectan en el cerebro y en la médula espinal.

CRANEO: El cerebro se localiza dentro del cráneo y se divide en 02 partes primordiales: el cráneo en sí mismo y los huesos de la cara.

ENCÉFALO: Pesa aproximadamente 1 kg. y medio, y se divide en 3 partes principales:

1. Cerebro
2. Tronco cerebral
3. Cerebelo

VALORACIÓN NEUROLÓGICA: Resultante de la alteración de las estructuras. V.N. completa suele realizarse por etapas, dependiendo del estado del paciente y de la urgencia que requiera la recogida de datos, constará de: ⁽¹⁶⁾

- 01 historia; y
- 01 exploración neurológica

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA: De Adulto: Exploración Física:

1. Estado Mental:
 - a. Nivel de conciencia
 - b. Orientación
 - c. Estado de ánimo y conducta
 - d. Capacidad cognoscitiva
 - e. Vocabulario
 - f. Memoria
2. Función de los nervios craneales.

3. Lenguaje y Habla

4. Signos meningeos

5. Estado sensorial: Tacto, temperatura - Dolor, propiocepción.

6. Situación motriz: marcha y postura, tono muscular, vigor muscular, coordinación, movimientos involuntario, reflejo de estiramiento muscular

ESCALA DE COMA DE GLASLOW: Consiste en la valoración de 3 áreas de valoración neurológica.

1. Apertura de los ojos.

2. Calidad de la respuesta motriz

3. Calidad de la respuesta verbal.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA: ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁷⁾

La cirugía intracraneal suele aplicarse a todo proceso patológico de cerebro, incluido el tratamiento de la hipertensión intracraneal y la resección de tumores.

CRANEOTOMIA: Abordaje quirúrgico

CRANECTOMIA: La no reposición de hueso extirpado.

CRANEOPLASTIA: Consiste en la reparación de un defecto craneal mediante el sustituto óseo o de material plástico.

ATENCION DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA INTRACRANEAL: ⁽¹⁰⁾ ⁽⁴⁾

1. Registro de datos basales neurológicos y fisiológicos.

2. Animar al paciente y familia a verbalizar sus temores.

3. Deben explicarse claramente la técnica y los objetivos de tratamiento aun cuando no se esté seguro de que el paciente lo comprenda.

4. Si se rasura la cabeza, suele hacerse en el quirófano.
5. Debe aplicarse 01 champú antiséptico, la noche antes de la intervención quirúrgica y repetir por la mañana.
6. Hay que preparar a la familia sobre el aspecto de la intervención quirúrgica:
 - A. Cabeza vendada.
 - B. Edema y equimosis faciales
 - C. Alteración pasajera de estado mental (posible).

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POST-OPERADO NEUROQUIRÚRGICOS: ⁽³⁾ ⁽⁶⁾

Monitorización:

- Valorar cada frecuencia, el estado neurológico para detectar cualquier reducción de la capacidad mental.
- Vigilar la posible aparición de síntomas de hematoma subdural, uno de los posibles efectos secundarios de la cirugía.
- Vigilar la posible aparición de síntomas de exceso de drenaje, tales con cefalea, especialmente cuando el paciente está sentado o permanece de pie.
- Valorar el grado y características del drenaje:
- La cantidad de drenaje y hemorragia deben ser menores.
- Reforzar el vendaje si es necesario.
- A menudo las zonas de incisión se dejan sin apósitos después de varios días.

Mantener el Estado Gastrointestinal:

- Buscar con frecuencia signos de ileo parálítico, situación a la que el paciente está predispuesto debido a la manipulación de intestino que tiene lugar al colocar la porción peritoneal del (SHUNNT - cortocircuito)
- Suele tenerse al paciente a dieta absoluta el primer día, líquidos ligeros.

Mantener una situación cómoda:

- El paciente puede necesitar medicación anti dolorosa con mayor frecuencia, debido a la implicación de la zona abdominal.
- Evitar presiones sobre los puntos de incisión

Promover la movilización

- Se permite al paciente moverse hacia los lados.
- Levantar poco a poco la cabecera de la cama cuando se vaya a mover al paciente.
- Animar al paciente a deambular tanto como sea posible para favorecer la adaptación a la presión intracraneal

Resultados esperados: ⁽⁸⁾

1. Reducción de la ansiedad, expresión verbal de sus temores y preocupaciones acerca de la cirugía.

2. Adquisición de conocimientos, respecto al curso post-operatorio demostrada al finalizar el procedimiento quirúrgico y el curso post-operatorio.

- Consecución de peso corporal razonable
- Ausencia de diarrea excesiva
- Tolerancia de sus pequeñas comidas al día
- Ausencia de disfagia, retención gástrica, síndrome de vaciamiento rápido, reflujo biliar o deficiencia de vitaminas y minerales.

3. Consecuencia de una nutrición óptima.

4. Ausencia de hemorragia.

5. Consecución de un nivel óptimo de comodidad⁽¹⁶⁾

3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO – VASCULAR

Es la enfermedad en la cual las arterias o venas del cerebro dejan de llevar la cantidad apropiada de sangre o flujo sanguíneo a determinadas áreas del cerebro. Se sitúan según la anatomía de los territorios vasculares en arteria cerebral anterior, arteria cerebral media y arteria cerebral posterior. En cuanto a las venas por afluentes a los senos venosos en ellos mismos, puede presentarse como isquemia o infarto y puede también obedecer a hemorragia o sangrado.

Síntomas y Signos: ⁽²⁾

Son cuadros de aparición brusca con falla de fuerza de un hemicuerpo o de una extremidad, puede caracterizarse por defectos del campo visual, defectos en la expresión o comprensión del lenguaje denominados afasias, incluso pueden ser cuadros de pérdida brusca del estado de conciencia y crisis convulsivas esto último más frecuente en hemorragias.

Clasificación: ⁽¹⁴⁾

Los infartos pueden dividirse en los de causa embólica (coagulo enviado del corazón o de una arteria del cuello) o los aterotrombóticos (son secundarios a la aterosclerosis y se desprende una placa de una arteria para ir a bloquear la circulación en un punto próximo a dicha placa). Pueden también existir infartos con transformación hemorrágica, estos primeramente fueron isquémicos y al restablecerse espontáneamente la circulación la zona infartada se inunda parcialmente de sangre.

Con respecto a la hemorragia cerebral es un cuadro muy grave en jóvenes puede ser secundario a aneurismas (dilataciones anormales de las arterias) o malformaciones arteriovenosas y en personas por arriba de los 50 años por frecuencia son secundarias a hipertensión arterial mal tratada o mal controlada.

A.- Paraclínicos: Son estudios obligados la tomografía axial computada (en las primeras horas puede no ser visible) y la resonancia magnética, en general el neurólogo esta obligado a buscar la causa del evento vascular mediante panangiografía carotídea para observar el árbol vascular cerebral, doppler transcraneal que mide el flujo sanguíneo cerebral, estudios de sangre en busca de estados alterados de coagulación que favorecen la trombosis y la evaluación a profundidad del área cardíaca en busca de causas embolígenas.

B.- tumores intracraneales: El tumor intracraneal se define habitualmente como todo aquel proceso expansivo neofornativo que tiene origen en alguna de las estructuras que contiene la cavidad craneal como el parénquima encefálico, meninges, vasos sanguíneos, nervios craneales, glándulas, huesos y restos embrionarios. Dicho de otro modo, se trata de una masa anormal de nueva aparición que crece y que tiene origen en las estructuras citadas. ⁽¹¹⁾

Síntomas:

Los síntomas de los tumores intracraneales aparecen cuando el tejido cerebral ha sido destruido o cuando aumenta la presión en el cerebro. Ya veremos que esto puede suceder tanto en tumores malignos como en benignos. Los síntomas generales empiezan por la alteración de algunas funciones mentales, sobre todo enlentecimiento y apatía, cefalea, vómitos, náuseas, inestabilidad, crisis epilépticas generalizadas y edema de papila (hinchazón del nervio ocular a causa de la presión en el cerebro); la mayoría de estos síntomas están causados por la presencia de hipertensión intracraneal.

Existen síntomas más graves que produce el propio crecimiento del tumor y dependen de la localización topográfica de la lesión. **Los más comunes son:**

- Paresias (parálisis transitorias o incompletas)
- Crisis motoras parciales
- Afasias (problemas para utilizar el lenguaje)

- Apraxias (problemas para realizar ciertas secuencias de movimientos)
- Agnosias (la persona puede percibir los objetos pero no asociarlos con el papel que habitualmente desempeñan)
- Alteraciones campimetrías (de la visión)

Existen otros síntomas localizados en zonas alejadas del cerebro: se llaman síntomas de falsa localización y se deben a la misma hipertensión intracraneal o al desarrollo de un síndrome de herniamento cerebral (un desplazamiento del tronco encefálico a causa de la presión).

4. TEORIA DE ENFERMERÍA

VIRGINIA HENDERSON Y LAS 14 NECESIDADES ⁽¹³⁾ (3)

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City y muere en marzo de 1996. En el año 1922 inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte.

El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, ya que en pacientes con accidente cerebro vascular hemorrágico no podrán realizar los autocuidados correspondientes; causando independencia total y el soporte vital básico dependiendo del grado de complejidad patológica.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística dirigida a la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales para un adecuado cuidado integral de la salud:

1º.- Respirar con normalidad.

2º.- Comer y beber adecuadamente.

3º.- Eliminar los desechos del organismo.

- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.
- 9º.- Evitar los peligros del entorno.
- 10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Todos estos cuidados acorde a las necesidades permitirán suplir el déficit de vital del sujeto hospitalizado en área crítica y permitirle poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales durante la estadía hospitalaria y posteriormente en su hogar.

Los factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona en estos casos se observa el estímulo continuado y la participación tanto del equipo multidisciplinario como de la familia en pleno. ⁽⁷⁾

Por último cabe resaltar que Virginia Henderson planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad. Virginia

establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.

2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.

3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PAE- EBE

1. FASE DE VALORACIÓN:

Datos de filiación:

- Nombre del paciente : C.B.V
- Sexo : Masculino
- Etapa de vida : Adulto Mayor
- Edad Cronológica : 68 años
- Lugar de nacimiento : San Juan de Miraflores - Lima
- Fecha de nacimiento : 22 de Octubre de 1948
- Grado de Instrucción : Secundaria Completa
- Ocupación : Jalador de carro.
- Estado Civil : Casado
- Religión : Católico
- Número de Asegurado : 391026
- Cama : "C"
- Fecha de Ingreso a UCI : 25 de marzo del 2017
- Fecha de Valoración : 30 de marzo del 2017
- Domicilio : Miguel Iglesias 678 – San Juan de Miraflores.
- Responsable : Teresa Velásquez Díaz (esposa)

Antecedentes Patológicos Personales:

- Tuberculosis Pleural – hace 5 años.
- Apendicitis – hace 40 años (operado)
- Poliartralgia – con tratamiento indicado particular.
- Hipertensión Arterial – controlada.
- Prostata – PO hace 10 años
- Transfusiones de sangre – hace 5 años Rh (+) "O"

Antecedentes Patológicos Familiares:

- Hermana – Muerte por Cirrosis Hepática.
- Hijo mayor – accidente automovilístico.
- Padre – muerte cirrosis hepática
- Madre – Muerte por Diabetes Mellitus no controlada

Motivo y relato de Ingreso:

Paciente varón de 68 años ingresó acompañado con familiar (esposa) la cual refirió que paciente presentó malestar hace 10 días atrás; forma de inicio insidioso, progresivo, caracterizado por cefalea de tipo opresiva en zona occipital irradiada al parietal izquierdo de intensidad 6/10pts, se hacía más intenso a pesar de analgésicos que tomó, un día antes del ingreso presenta astenia, inestabilidad para la marcha, disartria y habla incomprensible; motivo por el cual acude a emergencia del hospital el 22 de marzo del 2017. Sus controles vitales al momento fueron F.C 108x', F.R 12x' P.A 140/80mmHg, evidenciaba disminución de fuerza muscular, asimetría facial predominancia izquierda, Glasgow 12/15 puntos; se le saco TEM cerebral; evidenciando HSD fronto parietal izquierda, desviación de línea media y colapso parcial de ventrículo. Evolución desfavorable, cayendo Glasgow 8/15 puntos, pasa a trauma shock en mal estado general, cianosis evidente distal, saturación 73%; patrón respiratorio disminuido menos de 09x'; es entubado por presentar paro cardio-respiratorio, le realizaron RCP durante 3 minutos, requirió soporte vasopresor electrolítico y se programa para Sala de operación: craneotomía + evacuación de hematoma sub-dural 300cc + colocación TQT; pase a UCI para monitoreo y cuidados neurológicos

Diagnósticos Médicos Actuales:

- Accidente Cerebro Vascular Hemorrágico (Secuelar)
- Neumonía Intra-hospitalaria vs Comunitaria.
- Anemia megaloblástica en remisión.

Situación Problemática:

Paciente de sexo masculino con Diagnóstico médico de Accidente Cerebro Vascular Hemorrágico (Secuelar), Neumonía Intrahospitalaria vs Comunitaria y Anemia Megaloblástica.

Datos subjetivos no evaluable al entrevistar al paciente, con tendencia al sueño al momento del examen, familiar cercano (esposa) refiere a la entrevista:

“Cuando vinimos no tenía fuerza, parecía trapo, le hablaba y ni me escuchaba quería dormir nomas, es de tomar con el vecino, inclusive ya se atendió antes por problemas con la cerveza y de corazón”. “Los médicos explican pero entiendo poco, solo sé que tuvo sangrado dentro del cerebro, quisiera saber cuándo sale, vino casi caminando y ahora lo veo en cama hablando cosas que no entiendo”.

“Ha bajado de peso durante estos 4 meses, él era el único que trabajaba, yo lavo ropa a veces en casa, somos de pocos recursos, la familia no ayuda, mi esposo se atiende por su cuenta por ahí, no se mucho de eso”.

“Las enfermeras lo atienden mas o menos porque le ha salido una heridita en los talones, está todo rojo; antes no tenía eso”.

A la observación en aparente regular estado general, regular estado nutricional y regular estado de hidratación, en su 5to día de post operatorio de craneotomía descompresiva; se ubica en la unidad postrado, en posición semi-fowler, grado dependencia IV, piel con leve palidez, poco turgente, semi-hidratada, hipo activo, con tendencia al sueño Glasgow 10/15 pts RM: 4 RV:3 RO:3; pupilas isocóricas 3mm fotoreactivas, cabeza con herida operatoria expuesta en proceso de cicatrización en región parietal izquierda, buena implantación capilar, presencia de catarata en ojo izquierdo, parálisis facial de hemicara izquierda con poca sensibilidad al dolor moderado, reflejos de succión y deglución disminuidos, portador de sonda nasogástrica N°16 siliconada en fosa nasal izquierda para dieta, laceraciones cicatrizadas detrás de ambos pabellones auditivos, boca simétrica, menciona palabras por momentos incomprensibles al estímulo, evidencia lengua saburral con caries leve en premolares 3 y 4 de ambos maxilares. Cuello cilíndrico de motricidad conservada, presencia de tubo de traqueostomía conectado a dispositivo de Venturi bajo flujo a 0.32%, se visualiza poca secreción blanquecina no densa, tórax de expansión simétrica disminuida, espiración prolongada, uso de músculos intercostales, a la auscultación presencia de estertores en pulmón

izquierdo y crepito en lóbulo superior y central derecha, a la palpación tono timpánico, portador de catéter venoso central de 3 lúmenes en sub clavia derecha cubierta con tegaderm, conexión de hidratación CNa 0.9% 1000cc a 15 gts/min.

A nivel digestivo, abdomen de piel poco turgente, seca al tacto, no globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, tono timpánico, poco depresible. En miembros superiores disminución de fuerza motora a estímulo doloroso, llenado capilar <2seg, uñas largas, manchas equimóticas en brazo izquierdo por punciones de laboratorio, portador de línea periférica arterial en muñeca izquierda; miembros inferiores con poca vellosidad, enrojecimiento en ambos talones por cizallamiento, signos de fovea predominante en pierna derecha, a la inspección región escapular derecha enrojecida caliente al tacto, pliegues varios en zona de la cintura, al evaluar genitourinario, con regular limpieza, paciente presenta Sonda Foley N°16 con bolsa colectora, orina en poca cantidad – 20cc/hr, úlcera por presión en nalga derecha, 3x4cm, no deposición hace 3 días.

Control de Funciones Vitales en la Valoración:

Presión Arterial	130 / 72 mmHg
Presión Arterial Media	91.3 mmHg
Frecuencia Cardíaca	78 por minuto
Frecuencia Respiratoria	13-15 por minuto (oscilante)
Temperatura (axilar)	36.6° C
Saturación de Oxígeno	93%

Examen Físico:

CABEZA: normo cefálico con buena implantación capilar, no edemas, presencia de canosidad en 60% de todo el capilar con herida operatoria expuesta en proceso de cicatrización parietal izquierdo.

CARA: asimetría, evidencia parálisis facial de hemicara izquierda, debilidad en reflejos de succión y deglución; paciente con disartria al hablar. Mucosas secas, poco turgentes.

OJOS: simétricos, con presencia de catarata en ojo derecho, agudeza mínima de visión bilateral. Presencia escasa de pestañas y cejas.

NARIZ: bien implantada, presencia de secreción mucosa blanquecina poco fluida, pelos nasales presentes. No laceraciones aparentes, presencia de sonda nasogástrica siliconada N 16; aleteo nasal leve.

OÍDOS: presencia de poco cerumen, laceraciones en proceso de cicatrización atrás de ambos pabellones auriculares, piel seca con arrugas. Pérdida completa de la audición en oreja izquierda por HCL.

BOCA: Simétrica, no presencia de laceraciones; detección de disartria al habla, sialorrea regular con movilización de secreciones por reflejo tusígeno, lengua saburral, caries leve en premolares 3 y 4 de ambos maxilares.

CUELLO: Cilíndrico, corto, movilidad conservada, no adenomegalias, portador de tubo de traqueotomía con conexión en T para venturi bajo flujo, moviliza poca secreción.

TORAX: simétrico con expansión pulmonar disminuida, poca presencia de vellosidades, manchas cutáneas acorde a edad, tetillas hundidas, presencia de catéter venoso central en región sub-clavia derecha.

PULMONAR:

- **Inspección:** expansión pulmonar disminuida, piel seca, palidez leve, utilización de músculos respiratorios y estertores.
- **Auscultación:** ventilación ruda en ambos campos pulmonares, pulmón derecho con ruidos crepitantes en lóbulo superior y medio.
- **Percusión:** sonido de timpánico, no reacción a dolor.
- **Palpación:** piel seca poco turgente, con zonas de enrojecimiento en laterales por fricción continua en cama.

CARDIVASCULAR:

- **Inspección:** regular expansión cardíaca observable en imágenes de TAC; palidez de piel leve.
- **Auscultación:** sonidos cardíacos normales, no presencia de soplos. Frecuencia cardíaca rítmica.
- **Palpación:** no reacción al dolor por presión, piel tibia, pálida, seca al tacto.

ABDOMEN:

- **Inspección:** Piel pálida leve, no crecimiento anormal de órganos, se aspira residuo gástrico 20 cc de contenido bilioso y jugo gástrico.

- **Auscultación:** ruidos hidroaéreos presentes 4xmin, presencia de retención de flatos.
- **Percusión:** tonos timpánico; no anomalías detectadas.
- **Palpación:** no dolor a presión, piel seca, poco turgente.

EXTREMIDADES:

- **Superiores:** simétricos, movibles con fuerza muscular disminuida, presencia de callosidades en dedos de la mano, corte cicatrizado en brazo derecho, tatuaje de 3x4cm en mismo brazo. Marcas equimóticas múltiples en brazo izquierdo por múltiples tomas de laboratorio; línea periférica arterial en muñeca izquierda, uñas largas; llenado capilar <2seg.
- **Inferiores:** simétricos, movibles, con fuerza muscular disminuida, tono muscular disminuido, poco turgente, signos leve de fóvea focalizado en miembro inferior derecho, mancha de presión enrojecida en ambos talones, uñas largas; llenado capilar <2seg..

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO: Fuerza muscular disminuida; reacción a estímulo doloroso lento, paciente en reposo absoluto, posición semi-fowler.

ESPALDA:

- **Inspección:** zona enrojecida caliente al tacto en escapular derecha, piel seca, poco turgente, pliegues acorde a edad, corte de 6 cm cicatrizada.
 - **Auscultación:** presencia de crepitos en pulmón derecho lóbulo superior y central.
 - **Percusión:** no anomalías detectadas.
 - **Palpación:** no dolor a presión o piñizco, piel seca, poco turgente.

GENITALES: piel oscura, poco turgente, no presencia de globo vesical, eliminación urinaria por sonda Foley conectada a bolsa colectora para control; meato urinario intacto.

RECTO: limpieza regular, presencia de arrugas acentuadas en región anal; presencia de UPP grado I en nalga derecha caliente al tacto.

DATOS DE MEDICIÓN:

Medios Invasivos Presentes:

- Catéter Venoso Central de 3 lúmenes – sub-clavia derecha.
- Sonda Foley N° 16 con bolsa colectora.
- Sonda Nasogástrica N°16 siliconada clampada. – fosa izquierda
- Electrodo de 5 derivaciones – tórax.
- Línea periférica arterial – muñeca izquierda
- Tubo de traqueostomía conectado a Venturi 0.32% - cuello

Control y registro de glicemia y presión venosa central:

HGT	6a.m (124 mg/dL)	12p.m (156 mg/dL)	6p.m (134 mg/dL)	12a.m (162 mg/dL)
PVC	14 CC.	12 CC.	12 CC.	12 CC.

Evaluación del Estado de Conciencia y Reacción Pupilar:

Respuesta Motora	4	Total de puntaje 10 / 15 puntos
Respuesta Verbal	3	
Respuesta Ocular	3	
Tamaño pupilar	3 mm.	Fotoreactivo

Medición Antropométrica:

- Peso : 42 Kg.
- Talla : 1.64 cm.

Índice De Masa Corporal:

$$\frac{\text{Peso}}{\text{Talla}^2} = \frac{42}{1.64^2} = \frac{42}{2.689} = 15.6$$

Rs: Delgadez Severa Grado 1

Tratamiento Médico:

- Dieta licuada hiposódica x SNG VT 1000cc.
- CINA 0.9% 1000cc S/A XV gts.
- Piperaciclina 1 amp. Ev c/ 8hrs.
- Ácido fólico 0.5mg 2 tb x SNG c/ 8 hrs.
- Ácido Acetilsalisílico 100mg 1 tb. x SNG c/24 hrs.
- Cianocobalamina 1 amp. Ev c/ semana (lunes).
- Propanolol 40mg 1 tb x SNG c/ 24 hrs.
- Metamizol 1 gr. Ev condicional T° 38.3°C
- Nebulización con 5 cc/SF c/ 12hrs.
- Aspiración de Secreciones a demanda.
- Cambio postural cada hora.
- Control de funciones vitales
- Control de glicemia c/ 6 hrs.
- Medición de la PVC c/ 6 hrs.
- Diuresis de 24 hrs.

2. VALORACIÓN POR DOMINIOS:

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

A la observación, familiar en la entrevista refiere que paciente consume alcohol de modo regular, se controla su salud pero no sabe dónde, paciente con antecedentes de presión arterial alta controlada, tbc pleural hace 5 años, familiares directos no apoyan en el cuidado, recursos económicos limitados por parte del cónyuge. Poco conocimiento acerca de la enfermedad.

Datos Relevantes	Clase	Diagnóstico de Enfermería
• Familiar refiere: "Los médicos explican pero entiendo poco, quisiera saber cuándo sale, vino casi caminando y ahora lo veo en cama hablando cosas que no entiendo".	Clase 2: gestión de la salud Código: 00080	Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar r/c complejidad del régimen terapéutico e/p falta de apoyo familiar.

<ul style="list-style-type: none"> • “Es de tomar seguido con el vecino, inclusive ya se atendió antes por problemas con la cerveza y de corazón”. • “Somos de pocos recursos, la familia no ayuda, mi esposo se atiende por su cuenta por ahí, no se mucho de eso”. • Paciente postrado con tendencia al sueño Glasgow 10/15 pts. RM:4 RV:3 RO:3. • Fuerza muscular disminuida. • Post operado 5to día de craneotomía descompresiva. • Anemia megalobástica HB. 10.1 Hto 32% plaquetas 58 10³/ul • Leucocitos 3.3 10³/ul 	<p>Clase 2: gestión de la salud</p> <p>Código: 00080</p>	<p>Protección ineficaz r/c efectos secundario del tratamiento e/p falta de apoyo familiar, dificultad con el régimen prescrito.</p>
--	--	---

DOMINIO 2: NUTRICION

A la observación, disminución en el reflejo de succión y deglución, paciente con baja de peso dentro de 4 meses previos al ingreso, portador de sonda nasogástrica para administración de dieta licuada hiposódica vt 1500, dentadura completa con caries premolar y lengua saburral, piel y mucosas secas, palidez leve marcada, poco turgente, signos de pliegue. Paciente en posición semi-fowler, inmovilización prolongada.

Datos Relevantes	Clase	Diagnóstico de Enfermería
<ul style="list-style-type: none"> • Reposo prolongado en cama. • Debilidad para masticar y deglutir. • Bajo tono muscular. • Cambio de dieta. • Proceso post - quirúrgico a nivel cerebral. • Anemia megaloblástica en proceso: Linfocitos 891/mm³ 	<p>Clase 1: ingestión</p> <p>Código 00002</p>	<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factores biológicos e/p paciente hipoactivo, presenta sonda nasogástrica para dieta.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Glicemia 70 md/dL. • Peso: 42Kg, Talla 1.64cm • Proteínas totales 6.7 g/dL Hb: 10.1 Hto 32% plaquetas 58 10³/ul • Presencia de virus epsten barr perfil hepático. • Familiar refiere: “Es de tomar seguido con el vecino, inclusive ya se atendió antes por problemas con la cerveza y de corazón”. • Peso 42 Kg talla 1.64 cm IMC 15.3 • Albumina + en orina • Hematíes 8-10 x campo. • Linfocitos 891/mm³. • Glicemia 70 md/dL. • Proteínas totales 6.7 g/dL • TGO 173 TGP 78 • Potasio 3.1 HCO₃ 17,6 • Citomegalovirus igg >80 x campo 	<p>Clase 4: metabolismo Código: 00178</p>	<p>Riesgo de deterioro de la función hepática r/c abusivo de sustancias alcohólicas y deterioro neuromuscular.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Signos de pliegue. • Piel y mucosas seca, poco turgente. • Fóvea en miembros inferiores. • PVC: 12 – 14 cc oscilante. • INR 1.6 TPP: 18.5 seg. • TPT: 53.20% ca.serico: 1.26 • Cloro serico: 106.3 • Potasio serico: 4.41 • Sodio serico: 141.5 	<p>Clase 5: hidratación Código: 00195</p>	<p>Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c efectos secundarios del tratamiento (00195)</p>

DOMINIO 3: ELIMINACION

A la observación paciente adulto mayor con apoyo de oxigenoterapia dispositivo de venturi bajo flujo a 0.32%, por tubo de traqueostomía, frecuencia respiratoria 13-15 por minuto, a la auscultación presencia de secreciones estertores en pulmón izquierdo y crepitos en lóbulo superior y central del pulmón derecho, micción a través de sonda Foley a bolsa colectora, orina poco colúrica, cuadro de estreñimiento de 3 días, ruidos hidroaéreos presentes, flatos en poca cantidad, inmovilización prolongada en cama, demanda en el intercambio de gases arteriales, ventilando por tubo de traqueostomía + dispositivo de venturi bajo flujo 0.32%. A la aspiración de secreciones poca cantidad de características blanquecinas no densas. A la auscultación estertores en campo pulmonar izquierdo y crepitos en pulmón derecho lóbulos superior y central.

Datos Relevantes	Clase	Diagnóstico de Enfermería
<ul style="list-style-type: none">• Disminución del aporte calórico requerido.• Alimentación por sonda nasogástrica.• Hipoactividad prolongada.• Poca ingesta de líquidos.• Piel seca poco turgente.• Alteración metabólica a nivel central: acv hemorrágico Secular• Flatos disminuidos.	Clase 2: función gastrointestinal Código: 00011	Estreñimiento r/c disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal e/p sensibilidad abdominal sin resistencia palpable, no deposición de 3 días.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

A la observación paciente adulto mayor de grado de dependencia IV, signos vitales al control, tendencia al sueño, no logra verbalizar palabras con claridad, dificultad para realizar auto-cuidado, movilización en física limitada por fuerza motriz disminuida, tono muscular disminuido, signos de fóvea en miembros inferiores, medición de PVC cada 6 horas, control de glicemia sin escala móvil, piel pálida, poco turgente, utilización de músculos intercostales para respirar; presencia de

secreciones a la auscultación: estertores en pulmón izquierdo y crepitos en lóbulos superior y central del pulmón derecho; reflejo tusígeno conservado reactivo a estímulo externo moderado, apoyo de oxigenoterapia Venturi bajo flujo 0.32% conectado a traqueostomía, portador de vía periférica arterial muñeca izquierda, sonda Foley con bolsa colectora, sonda nasogástrica clampada y CVC 3 lúmenes en sub clavia derecha. Familiares a la observación poco colaboradores en terapéutica física.

Datos Relevantes	Clase	Diagnóstico de Enfermería
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente neuroquirúrgico con reposo prolongado. • Post operado 5to día. • Alteración a nivel central: acv hemorrágico Secuelar. • Anemia megaloblástica Hb: 10.1 Hto 32% plaquetas 58 10³/ul • Familiar se observa poco durante las visitas de turno. • Grado de dependencia IV. • Portador de medios invasivos CVC 3 lúmenes, vía periférica arterial, sonda nasogástrica y sonda Foley. • Disminución de la fuerza motora. • Cambio postural cada hora por terceros. 	<p>Clase 2: Actividad/ejercicio Código: 00085</p> <p>Clase 2: Actividad/ejercicio Código: 00090</p> <p>Clase 2: Actividad/ejercicio Código: 00091</p>	<p>Deterioro de la movilidad física r/c alteración neuromuscular e/p Glasgow 10/15 pts, paciente postrado, fuerza motora disminuida acv hemorrágico secuelar.</p> <p>Deterioro de la habilidad para la traslación r/c alteración neuromuscular e/p Glasgow 10/15 pts, paciente postrado, fuerza motora disminuida.</p> <p>Deterioro de la movilidad en cama r/c alteración neuromuscular e/p Glasgow 10/15 pts, paciente postrado, fuerza motora disminuida.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia al sueño gw: 10/15 pts, RM 4 – RV 3 RO 3 • Inmovilización prolongada. • Pupilas isocóricas, fotoreactivas. • Tendencia al sueño 	<p>Clase 4: respuesta cardiovascular / pulmonares Código: 00201</p>	<p>Perfusión tisular inefectiva: cerebral r/c disminución del aporte sanguíneo a nivel central e/p hipoactividad, Glasgow 10/15pts.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Oxigenación por traqueostomía con venturi bajo flujo 0.32% • Aumento en demanda de oxígeno. • Utilización de músculos intercostales. • Se auscultan estertores en pulmón izquierdo • presencia de crepitos en lóbulo superior y central del pulmón derecho. 	<p>Clase 4: respuesta cardiovascular / pulmonares Código: 00032</p>	<p>Patrón respiratorio ineficaz r/c lesión neurológica e/p acv hemorrágico secuelar, astenia muscular.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hipo actividad evidente. • Disminución del tono muscular. • Debilidad de los musculos para masticar y deglutir. • Reposo prolongado en cama. • Debilidad muscular. 	<p>Clase 5: autocuidado Código: 00102</p>	<p>Déficit de Autocuidado: alimentación r/c deterioro cognoscitivo e/p secuela de acv hemorrágico, Glasgow 10/15pts.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Glasgow 10/15 pts RV:3 RO:3 RM 4. • Presencia de úlceras por presión en ambos talones. • Zona enrojecida en región escapular derecha. 	<p>Clase 5: autocuidado Código: 00108</p>	<p>Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro cognoscitivo - sensorial e/p postrado prolongado, secuela de acv hemorrágico.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Poca colaboración del familiar. • Evidencia lengua saburral. Caries dental 3 y 4 pre-molar. • Uñas largas en las manos. • Alimentación por vía enteral (SNG) • Eliminación urinaria por sonda Foley +bolsa colectora. • Terapéutica endovenosa. 	<p>Clase 5: autocuidado Código: 00109</p>	<p>Déficit de autocuidado: vestido r/c deterioro cognoscitivo e/p grado de dependencia IV, fuerza muscular disminuida. (00109)</p>

DOMINIO 5: Percepción y Cognición

A la observación Poca colaboración de familiares externos, asistencia diaria al nosocomio del cónyuge; en la entrevista se observa interés por estado de salud del paciente y colabora con valoración relevante del estado de salud; a la observación paciente con verbaliza palabras incomprensibles; Glasgow 10/15 pts.

Datos Relevantes	Clase	Diagnóstico de Enfermería
<ul style="list-style-type: none">Familiar refiere “Los médicos explican pero entiendo poco”, quisiera saber cuándo sale, vino casi caminando y ahora lo veo en cama hablando cosas que no entiendo”.“Somos de pocos recursos, la familia no ayuda, mi esposo se atiende por su cuenta por ahí, no se mucho de eso”.“Las enfermeras lo atienden maso menos porque le ha salido una heridita en los talones, está todo rojo; antes no tenía eso”.Paciente en estado evolutivo estacionario, poca colaboración del familiar.	Clase 4: cognición Código: 00161	Disposición para mejorar los conocimientos

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

- No se aprecia datos relevantes

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

Se comunica constantemente al familiar responsable del paciente el estado general del mismo, se obtienen datos diarios del cónyuge la cual también es adulta mayor quien es única en el seguimiento del proceso recuperativo del paciente. Recursos limitados acorde a historia clínica. Ambos inscritos en el seguro integral de salud.

A la observación paciente antes del ingreso controlaba su salud de modo particular. Hipertensión arterial controlada y tuberculosis pleural hace 5 años como antecedente.

Datos Relevantes	Clase	Diagnóstico de Enfermería
<ul style="list-style-type: none"> Familiar refiere: “Cuando vinimos no tenía fuerza, parecía trapo, le hablaba y ni me escuchaba quería dormir nomas”. “Él era el único que trabajaba, yo lavo ropa a veces en casa”. “Ha bajado de peso durante estos 4 meses”. “Somos de pocos recursos, la familia no ayuda, mi esposo se atiende por su cuenta por ahí, no se mucho de eso”. “Las enfermeras lo atienden maso menos porque le ha salido una heridita en los talones, está todo rojo; antes no tenía eso”. 	Clase 1: roles del cuidador. Código: 00061	Cansancio del rol de cuidador r/c conflicto familiar e/p poco apoyo familiar externo, paciente de bajo recursos.

DOMINIO 8: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

- No se aprecia datos relevantes

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

- No se aprecia datos relevantes

DOMINO 10: PRINCIPIOS VITALES

- No se aprecia datos relevantes

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION

A la observación paciente adulto postrado, con, con úlceras por presión en ambos talones del pie, piel enrojecida caliente al tacto en escapular derecha; lesiones

cicatrizadas por detrás del pabellón auricular. Portador de catéter venoso central de 3 lúmenes, vía periférica arterial, sonda nasogástrica y sonda Foley. Barandas colocadas en cama para seguridad, grado de dependencia IV, Glasgow 10/15 pts, inicial RM 4 RV 3 RO 3.

Datos Relevantes	Clase	Diagnóstico de Enfermería
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de virus Ebster barr en laboratorio. • Citomegalovirus igg >80 x campo. • Leucocitos 3.3 /mm³ • Plaquetas 56 10/3ui • Glicemia 70 mg/dL. • Proteínas totales 6.7 g/dL • Globulinas 4.5 g/dL • TGO 173 TGP 78 urea 63 • Linfocitos 8-10 x campo • Presencia de zona enrojecida en ambos talones • Portador de Cateter venoso central, Sonda Nasogástrica, Sonda Foley. • Portador de línea arterial periférica. • Portador de traqueostomia para permeabilidad de vías aéreas. 	<p>Clase 1: infección Código: 00004</p>	<p>Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reposo prolongado en cama. • Secreciones de sonido estertor en pulmón izquierdo. • Secreciones de sonido crepito en lóbulo superior y medio del pulmón derecho. • Paciente con Glasgow 10/15 pts. • Movilización con apoyo de personal. Grado dependencia IV 	<p>Clase 2: lesión física Código: 00039</p>	<p>Riesgo de aspiración r/c traqueostomia.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • No reflejo tusígeno. • Post operado de craneotomía descompresiva. • INR 1.6 Hb: 10.1 • Hto 32%. Plaquetas 58 • Leucocitos 3.30 urea 63 • Movilización con apoyo de personal de salud. 	<p>Clase 2: lesión física Código: 00206</p>	<p>Riesgo de sangrado r/c coagulopatía intravascular a nivel cerebral.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Secreciones de sonido estertor en pulmón izquierdo. • Secreciones de sonido crepito en lóbulo superior y medio del pulmón derecho. • Respiración por traqueostomía. • PaO₂/FiO₂ de 347 PVC 14 cm • pCO₂: 26.3 pO₂ 72.8 • Sat 94,6% pH: 7.439 • Expectoración forzada. 	<p>Clase 2: lesión física Código: 00031</p>	<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c presencia de secreciones e/p secreciones a nivel bronquial, inmovilización prolongada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Zonas enrojecida caliente al tacto en región escapular. • Úlcera por presión grado I en ambos talones. • INR 1.6 Hb: 10.1 • Hto 32%. Plaquetas 58 • Leucocitos 3.30 • Piel seca, poco turgente. • Estreñimiento de hace 3 días. • Reposo prolongado en cama. 	<p>Clase 2: lesión física Código: 00046</p>	<p>Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física e/p postración prolongada, upp grado 1 en ambos talones, anemia megaloblástica.</p>

DOMINIO 12: CONFORT

- No se aprecia datos relevantes

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

- No se aprecia datos relevantes

3. CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS SEGÚN NANDA

- Perfusión tisular inefectiva: cerebral r/c disminución del aporte sanguíneo a nivel central e/p estado post neuroquirurgico, hipoactividad. (00201)
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c presencia de secreciones e/p secreciones a nivel bronquial, inmovilización prolongada. (00031)
- Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio en la ventilación-perfusión e/p fatiga por esfuerzo palidez marcada, anemia megaloblástica, SaO2 93% con venturi a 0.35 (00030)
- Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física e/p postración prolongada, upp grado 1 en ambos talones, anemia megaloblástica. (00046)
- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factores biológicos e/p paciente hipoactivo, presencia de sonda nasogástrica. (00002).
- Estreñimiento r/c disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal e/p sensibilidad abdominal sin resistencia palpable, no deposición de 3 días. (00011)
- Deterioro de la movilidad física r/c alteración neuromuscular e/p Glasgow 10/15 pts, paciente postrado, fuerza motora disminuida acv hemorrágico secuelar. (00085)
- Deterioro de la habilidad para la traslación r/c alteración neuromuscular e/p Glasgow 10/15 pts, paciente postrado, fuerza motora disminuida. (00090)
- Deterioro de la movilidad en cama r/c alteración neuromuscular e/p Glasgow 10/15 pts, paciente postrado, fuerza motora disminuida. (00091)
- Déficit de Autocuidado: alimentación r/c deterioro cognoscitivo e/p secuela de acv hemorrágico, Glasgow 10/15pts. (00102)
- Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro cognoscitivo- sensorial e/p postrado prolongado, secuela de acv hemorrágico. (00108)

- Déficit de autocuidado: vestido r/c deterioro cognoscitivo e/p grado de dependencia IV, fuerza muscular disminuida. (00109)
- Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar r/c complejidad del régimen terapéutico e/p falta de apoyo familiar, dificultad con el régimen prescrito. (00080)
- Protección ineficaz r/c efectos secundario del tratamiento e/p falta de apoyo familiar, dificultad con el régimen prescrito. (00080)
- Cansancio del rol de cuidador r/c conflicto familiar e/p poco apoyo familiar externo, paciente de bajo recursos. (00061)
- Conflicto de decisiones r/c déficit del sistema de apoyo e/p poca información de la patología, bajos recursos económicos y educativos. (00083)
- Riesgo de aspiración e/c traqueostomía. (00039)
- Riesgo de sangrado r/c coagulopatía intravascular a nivel cerebral. (00206)
- Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c efectos secundarios del tratamiento (00195)
- Riesgo de deterioro de la función hepática r/c abusivo de sustancias alcohólicas y deterioro neuromuscular. (00178)
- Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos. (00004)
- Riesgo de Patrón respiratorio ineficaz r/c lesión neurológica e/p acv hemorrágico secuelar, astenia muscular. (00032)
- Disposición para mejorar los conocimientos (00161)

PRIORIZACION DE DIAGNOSTICOS

- Perfusión tisular inefectiva: cerebral r/c disminución del aporte sanguíneo a nivel central e/p hipoactividad, estado post neuroquirúrgico, síndrome noso sinusal.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c presencia de secreciones e/p secreciones a nivel bronquial, inmovilización prolongada.
- Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física e/p postración prolongada, upp grado 1 en ambos talones, anemia megaloblástica.
- Desequilibrio Nutricional: ingesta menor a las necesidades r/c factores biológicos e/p paciente hipoactivo, presencia de sonda nasogástrica.

- Estreñimiento r/c disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal e/p sensibilidad abdominal sin resistencia palpable, no deposición de 3 días.
- Deterioro de la movilidad física r/c alteración neuromuscular e/p Glasgow 10/15 pst, postración prolongado, acv hemorrágico Secuelar.
- Riesgo de aspiración r/c traqueostomía.
- Riesgo de sangrado r/c coagulopatías intravasculares a nivel cerebral.
- Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.
- Disposición para mejorar los conocimientos.

4. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Valoración	Diagnósticos	Planificación	Intervención de Enfermería	Resultados Esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia al sueño gw: 10/15 pts, RM 4 – RV 3 RO 3 • Inmovilización prolongada. • Tendencia al sueño • Glasgow 10/15 pts RV:3 RO:3 RM 4. Pupilas isocóricas fotoreactivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Perfusión tisular inefectiva: cerebral r/c disminución del aporte sanguíneo a nivel central e/p hipoactividad, estado post neuroquirúrgico. Glasgow 10/15 pts RV:3 RO:3 RM 4. Pupilas isocóricas fotoreactivas <p>Dominio 4: Actividad/Reposo</p>	<p>Objetivo Principal: Mejorar la perfusión tisular del a nivel cerebral del paciente paulatinamente</p> <p>Objetivo específico: Paciente restablece la escala de Glasgow a 12 /15 paulatinamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se controla y monitorea de funciones vitales. • Se valora el estado de conciencia Glasgow y reacción pupilar. AO=3 RV=3 RM=4 TOTAL=10 pts. Pupilas 3mm. • Se administra Ácido acetilsalicílico 100mg vo Propranolol 1 tb vo. • Se mantiene catéter venoso central y línea periférica permeables. • Se administra de oxígeno acorde a necesidad: x Mascarilla de Venturi 0.32% • Se mantiene al usuario en posición semifowler (cabecera 30°) y en reposo estricto. 	<p>Paciente se mantiene en Glasgow 10/15, Pupilas isocóricas fotoreactivas Paciente estacionario</p>

	Clase 4: respuesta cardiovascular / pulmonares Código: 00201		<ul style="list-style-type: none"> • Movilización del paciente en posición semi-fowler y trendelenburg. • Preparación de la usuaria para el transporte de la toma de TAC programada. 	
--	--	--	--	--

Autor	Año	Base / Fuentes de Datos	Título
Lic. Enf. Camilo Duque Ortiz	2010	Monografía para optar el título de especialidad en el cuidado del adulto en estado crítico de salud	Monitoreo hemodinámico en el cuidado de enfermería de los pacientes en estado crítico con perfusión tisular inefectiva

Valoración	Diagnósticos	Planificación	Intervención de Enfermería	Resultados Esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia al sueño. • Secreciones de sonido estertor en pulmón izquierdo. • Secreciones de sonido crepito en lóbulo 	Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c presencia de secreciones e/p secreciones a nivel bronquial,	Objetivo Principal: Mantener una adecuada permeabilidad de las vías aéreas:	<ul style="list-style-type: none"> • Control de funciones vitales. FC 68 PA 120/70 FR 14 T° 36.4°C • Monitorización de la oximetría de pulso. SatO2: 90% 	Paciente logra eliminación secreciones de nivel bronquial a través de cambio postural y aspiración a demanda.

<p>superior y medio del pulmón derecho.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiración por traqueostomía. • PaO₂/FiO₂ de 347 • pCO₂: 26.3 pO₂ 72.8 • Sat 93% pH: 7.439 • Movilización con apoyo de personal. Grado dependencia IV. 	<p>inmovilización prolongada.</p> <p>Dominio 11: Seguridad / Protección</p> <p>Clase 2: lesión física</p> <p>Código: 00031</p>	<p>Objetivo específico:</p> <p>Incentivar la movilización y expectoración de secreciones.</p> <p>Valorar características de las secreciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar permeabilidad de las vías aéreas: traqueostomía y boca. • Aspirar secreciones a demanda por traqueostomía y boca. • Valorar y registrar características de las secreciones. • Realizar Nebulización: 5cc SF c/ 6 horas. • Auscultar ACP, en busca de ruidos agregados (roncus, estertores, sibilantes). • Realizar fisioterapia respiratoria: percusión y vibración. • Realizar cambios posturales a cada hora. • Mantener posición anatómica favorable: semi – fowler con cabeza hiperextendida. • Administración de *Cloruro de Sódio 9% XV gts` • Preparación para transporte y toma de Radiografía de Tórax control. 	<p>Se observa secreciones blanquecina en poca cantidad.</p> <p>Durante turno control de funciones estable.</p> <p>FC 78 PA 130/70 FR 14 SatO₂: 95%</p>
---	--	--	---	---

Autor	Año	Base / Fuentes de Datos	Título
Lic. Enf. Fernando Gutierrez Muñoz	2011	Acta médica peruana versión on line ISSN1728-5917, revisión V28nL	Ventilación Mecánica; manejo de enfermería en unidades críticas.

Valoración	Diagnósticos	Planificación	Intervención de Enfermería	Resultados Esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Zonas enrojecida caliente al tacto en región escapular. • Úlcera por presión grado I en ambos talones. • INR 1.6 Hb: 10.1 • Hto 32%. Plaquetas 58 • Leucocitos 3.30 • Piel seca, poco turgente. • Reposo prolongado en cama. 	<p>Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física e/p postración prolongada, upp grado 1 en ambos talones, anemia megaloblástica.</p> <p>Dominio 11: Seguridad / Protección</p>	<p>Objetivo General: Recuperar la integridad cutánea mediante los cuidados paulatinamente</p> <p>Objetivos específicos: Proporcionar instrumentos de movilidad en cama al paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado dérmico del paciente: piel seca, poco turgente. • Valorar limitación motriz y fuerza muscular. (disminuido) • Valorar zonas de cizallamiento del cuerpo del paciente con la cama. • Realizar baño de esponja en la cama. • Realizar curación con isodine espuma y solución salina a úlceras evidentes: ambos talones del pie. • Realizar masajes suave y realizarse alrededor de las zonas de 	<p>Paciente presenta úlceras por presión en proceso de remisión.</p>

<p>Glasgow 10/15 pts RV:3 RO: 3 RM: 4</p>	<p>Clase 2: lesión física Código: 00046</p>	<p>Reducir los motivos de riesgo de incremento de formación para úlceras en otras zonas del cuerpo</p>	<p>apoyo, evitando las prominencias óseas.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Cubrir zonas de úlceras por presión con gasa. •Mantener piel del paciente hidratado mediante cremas corporales. •Coordinar con la familia para masajes corporales en extremidades y región del torax. •Administrar dieta prescrita por SNG: dieta licuada hiposódica VT 1500 en 3 tomas. • Administrar Piperaciclina amp ev c/8 hrs. •Proporcionar almohadillas en zonas de presión contra la cama. •Realizar cambios posturales cada hora, registrando horario y postura. •Coordinar con familiar para la compra de insumos personales de higiene, cremas rehidratantes y ropa de vestir. 	
---	---	--	---	--

			•Colocación de colchón neumático.	
--	--	--	-----------------------------------	--

Autor	Año	Base / Fuentes de Datos	Título
Etchenique, S.F	2014	Revista informativa del VII congreso iberolatinoamericano de herida por presión y herida crónica	Rol de la enfermera diplomada en cicatrización de herida como integradora de cuidados de un paciente con úlcera por presión de difícil resolución

Valoración	Diagnósticos	Planificación	Intervención de Enfermería	Resultados Esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Reposo prolongado en cama. • Ruidos hidro-aéreos presentes. • Debilidad de los músculos requeridos para masticar. 	<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factores biológicos e/p paciente hipoactivo, presencia de</p>	<p>Objetivo Principal: Mejorar el grado nutricional del paciente durante su estancia hospitalaria</p> <p>Objetivo específico: El paciente incrementara de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se Mantiene medidas de bioseguridad en la atención del paciente • Realizar control de peso diario: 46Kg. • Valorar dispositivos de alimentación del paciente: sonda nasogástrica siliconada. 	<p>Paciente mantiene buena tolerancia de la dieta administrada.</p> <p>No evidencia cambios en el peso corporal: 46 Kg.</p> <p>Pliegues cutáneos en remisión.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad de los músculos requeridos para deglutir. • Bajo tono muscular. • Cambio de dieta. • Proceso post - quirúrgico a nivel cerebral. • Anemia megaloblástica en proceso: Linfocitos 891/mm³ • Glicemia 70 mg/dL. • Proteínas totales 6.7 g/dL Hb: 10.1 Hto 32% plaquetas 58 10³/ul 	<p>sonda nasogástrica.</p> <p>Dominio 2: Nutrición</p> <p>Clase 1: Ingestión Código: 00002.</p>	<p>peso paulatinamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener permeable sonda para alimentación; cambio a fecha. • Estimular motilidad de músculos masticadores y de succión mediante masajes. • Valorar estado pulmonar del paciente: ventilando por traqueostomía + dispositivo venturi 0.32%. • Valorar cantidad de electrolitos presentes en AGA: Potasio: 3.1 Sodio: 139 Calcio: 1.0 cloro: 117 • Eliminar secreciones mediante reflejo tusígeno. • Aspirar secreciones a demanda. • Administrar dieta prescrita: Dieta licuada hiposódica VT 1500 en 3 tomas. • Evaluar residuo gástrico: Cantidad y consistencia. • Evaluar estado metabólico de O₂ y CO₂ así como funcionales vitales 	
---	---	----------------------------	--	--

			<p>antes, durante y después de la dieta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con área de nutrición para dosis a hora exacta de dieta y suplemento hídrico. 	
--	--	--	--	--

Autor	Año	Base / Fuentes de Datos	Título
Lic. Enf. Carlos Zuñiga Galvez	2014	Manual de atención hospitalaria en el Centro de atención clínico del Hospital de Imacita	Manejo de nutrición enteral en pacientes post operados de hemorragia cerebral por accidente de tránsito.

Valoración	Diagnósticos	Planificación	Intervención de Enfermería	Resultados Esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del aporte calórico requerido. • Alimentación por sonda nasogástrica. • Disminución de la movilidad y deambulación. 	<p>Estreñimiento r/c disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal e/p sensibilidad abdominal sin resistencia</p>	<p>Objetivo Principal: Mejorar la evacuación de heces del paciente.</p> <p>Objetivo Específico:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar estado evacuatorio intestinal. • Evaluar el perfil de medicación para determinar efectos secundarios. • Auscultar ruidos hidroaéreos: 3 ruidos por minuto. 	<p>Paciente logró evacuar sin esfuerzo heces compactas. 200 cc aproximado al finalizar cuidado.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Hipoactividad. • Poca ingesta de líquidos acorde a necesidad. • Piel seca poco turgente. • Alteración metabólica a nivel central: acv hemorrágico Secuelar • Flatos disminuidos. • Albumina + en orina • Hematíes 8-10 x campo. Linfocitos 891/mm³ 	<p>palpable, no deposición de 3 días.</p> <p>Dominio 3: Eliminación.</p> <p>Clase 2: Función Gastrointestinal</p> <p>Código: 00011.</p>	<p>Mantener una permeabilidad intestinal en el paciente y evacuación de excretas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar dieta prescrita licuada hiposódica VT 1500. • Valorar tolerancia de dieta, contabilizar el residuo gástrico. • Administrar líquidos calientes después de las comidas. • Administrar enema evacuante o laxante. • Comprobar movimiento intestinal, incluyendo frecuencia, consistencia y forma. • Informar al médico de turno estado actual del paciente. • Movilizar al paciente en su cama cada hora. • Coordinar con nutrición la obtención de dieta y agua suplementaria. • Valorar cantidad de excretas y características de la misma. 	
--	---	---	--	--

Autor	Año	Base / Fuentes de Datos	Título
Lic. Enf. Agustin Leon Salazar	2012	Revista española - Madrid	Seguridad del paciente en áreas críticas; un tema a debatir.

Valoración	Diagnósticos	Planificación	Intervención de Enfermería	Resultados Esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con reposo prolongado. • Post operado 5to día. • Alteración a nivel central: acv hemorrágico Secuelar. • Anemia megaloblástica Hb: 10.1 Hto 32% plaquetas 58 10³/ul • Familiar se observa poco durante las visitas de turno. • Grado de dependencia IV. 	<p>Deterioro de la movilidad física r/c alteración neuromuscular e/p Glasgow 10/15 pts, paciente postrado, fuerza motora disminuida acv hemorrágico secuelar.</p> <p>Dominio 4: Actividad / Reposo</p>	<p>Objetivo Principal: Mejorar la movilidad física del paciente mediante fisioterapia de rehabilitación.</p> <p>Objetivo Específico: Hacer replica de cuidado de fisioterapia a familia visitante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar grado de motilidad muscular del paciente. • Realizar masajes dérmicos suaves en cada movilización. • Mantener posturas fisiológicas: posición semi-fowler y fowler. • Utilizar colchones neumáticos, cojines de silicona u otras superficies especiales para favorecer circulación. • Efectivizar interconsulta con medicina física y rehabilitación. • Valorar estado de conciencia del paciente: GW 10/15 pts. RM 4 RV 3 RO3 	<p>Paciente reacciona a estímulo externos suaves.</p> <p>Gw 12/15 pts. RV 4 RO 3 RM 5</p> <p>Se coordina con familiar responsable para que en cada visita realice ejercicios pasivos en unidad.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Portador de medios invasivos CVC 3 lúmenes, vía periférica arterial, sonda nasogástrica y sonda Foley. • Disminución de la fuerza motora. • Cambio postural cada hora por terceros. 	<p>Clase 2: Actividad / Ejercicio Código: 00085</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar medios invasivos al cuerpo del paciente. • Educar a familiares y visitantes para terapias continuas en cama: ejercicios pasivos de abducción y aducción. Flexión y extensión. • Verificar dispositivos de confort y movilización en cama. 	
---	---	--	--	--

Autor	Año	Base / Fuentes de Datos	Título
Lic. Enf y Microbiología, F. Buisan, J.C Delgado	2013	Análisis del sistema sanitario de Navarra	El cuidado del paciente terminal

Valoración	Diagnósticos	Planificación	Intervención de Enfermería	Resultados Esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Reposo prolongado en cama. 	<p>Riesgo de aspiración r/c traqueostomía.</p>	<p>Objetivo Principal: Reducir el grado de riesgo de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la función respiratoria FR 14xmin. • Auscultación de los campos pulmonares en busca de ruidos 	<p>Paciente evidencia permeabilidad de vías aéreas, no se</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Secreciones de sonido estertor en pulmón izquierdo. • Secreciones de sonido crepito en lóbulo superior y medio del pulmón derecho. • Paciente con Glasgow 10/15 pts. • Movilización con apoyo de personal. Grado dependencia IV 	<p>Dominio 11: Seguridad / Protección</p> <p>Clase 2: lesión física</p> <p>Código: 00039</p>	<p>aspiración del paciente.</p> <p>Objetivo Específico:</p> <p>Mantener una adecuada permeabilidad de las vías aéreas y digestivas del paciente.</p> <p>Monitorizar terapéutica administrada.</p>	<p>sobre agregados crepitos y estertores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspiración de secreciones a demanda por traqueostomía y boca. • Valorar permeabilidad Traqueostomía y movimiento ventilatorio. • Valorar estado de la sonda nasogástrica y cambiar si fuera necesario. • Estimular al paciente reflejo vagal y tusígeno. • Mantener al paciente en posición semifowler (cabecera 30°). • Nebulización con suero fisiológico. 	<p>auscultan estertores en pulmón izquierdo.</p> <p>Crepitos paulatinamente disminuidos en pulmón derecho.</p>
--	--	---	---	--

Autor	Año	Base / Fuentes de Datos	Título
Lic. Enf. Jennifer Navas Torres y Lic. Enf. Pala Alvarado Muriel	2014	Revista cubana de enfermería	Eventos adversos relacionados en el cuidado de enfermería: ventilación.

Valoración	Diagnósticos	Planificación	Intervención de Enfermería	Resultados Esperados
<ul style="list-style-type: none"> •Tendencia al sueño. •Gw: 10/15 pts. •Post operado de craneotomía descompresiva. •INR 1.6 Hb: 10.1 •Hto 32%. Plaquetas 58 •Leucocitos 3.30 urea 63 •Movilización con apoyo de personal. Grado dependencia IV 	<p>Riesgo de sangrado r/c coagulopatía intravascular a nivel cerebral.</p> <p>Dominio 11: Seguridad / Protección Clase 2: lesión física Código: 00206</p>	<p>Objetivo Principal: Monitorizar estado hemodinámico del paciente durante turno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Valorar resultados de laboratorio previos: hemograma completo, perfil de coagulación. •Valorar herida operatoria del paciente: sangrado, secreción. •Control de funciones vitales: FC 68 PA 120/70 FR 14 T° 36.4°C •Valorar estado neurológico. Glasgow: RM 4 RV 3 RO 3. •Proporcionar dispositivos para el mantenimiento del calor corporal. •Coordinar con área de laboratorio para control de hemograma diario. •Movilización en bloque con personal técnico de turno. •Cambio postural a semi-fowler con cabecera a 30°. •Administración de Ácido Acetilsalicílico 100mg C/ 24hrs. 	<p>Paciente mantiene riesgo mínimo de sangrado.</p> <p>Evaluación médica constante. Se cursa nueva orden de tomografía cerebral.</p> <p>Mejora en la escala de Glasgow evaluada. RM 5 RV 4 RO 3.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> •Preparar traslado de paciente para toma de tomografía sin contraste. •Efectivizar interconsultas con área de neurocirugía y traumatología. •Registrar en nota de enfermería. 	
--	--	--	---	--

Autor	Año	Base / Fuentes de Datos	Título
Carrión Lague Laura	2014	Trabajo fin de grado UVA	Cuidado del paciente tras craneotomía descompresiva por infarto en arteria cerebral media

Valoración	Diagnósticos	Planificación	Intervención de Enfermería	Resultados Esperados
<ul style="list-style-type: none"> •Presencia de virus Ebster barr en laboratorio. •Citomegalovirus igg >80 x campo. •Leucocitos 3.3 /mm3 •Plaquetas 56 10/3ui 	<p>Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.</p> <p>Dominio 11:</p>	<p>Objetivo Principal:</p> <p>Reducir el porcentaje de infección a contraer durante el turno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Realizar lavado de manos clínico continuo. •Verificar métodos de barrera existentes: mandilón, guantes, gorra, botas, uniforme. 	<p>Paciente continúa en regular estado general.</p> <p>Se coordina con personal de limpieza para higiene de área.</p>

<ul style="list-style-type: none"> •Portador de CVC, SNG, SF •Portador de línea arterial periférica. •Portador de traqueostomia. 	<p>Seguridad / Protección</p> <p>Clase 2: lesión física</p> <p>Código: 00004</p>	<p>Objetivo</p> <p>Específico: Evaluar factores predisponentes a infección.</p> <p>Valorar funciones vitales continuamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Determinar factores predisponentes a infección: ropa sucia, secreción no evacuada. •Administración de medicamentos prescritos: Piperaciclina 1 amp c/8 hrs. •Realizar baño de esponja en cama. •Cambiar esparadrapos de los medios invasivos. •Verificar fecha de caducidad y permeabilidad de los medios invasivos: CVC, SNG, SF, LPA. •Controlar funciones vitales cada hora. •Educar a la familia sobre el lavado de manos antes y después de su visita. •Coordinar con personal técnico para movilización horaria del paciente y •Evitar zonas de presión en su unidad. 	<p>No manifestaciones clínicas de infección.</p> <p>Funciones vitales: FC 68 PA 120/70 FR 14 T° 36.4°C</p>
---	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Realizar limpieza concurrente de cama ocupada. • 	
--	--	--	---	--

Autor	Año	Base / Fuentes de Datos	Título
Bach. Enf. Jessica Miranda Pacheco	2010	Monografía para optar el título de especialista en centro quirúrgico del adulto	Reducción de los factores de riesgo de infección en paciente post operados de plitraumatismo.

Valoración	Diagnósticos	Planificación	Intervención de Enfermería	Resultados Esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Familiar refiere "Los médicos explican pero entiendo poco". "Solo sé que tuvo sangrado dentro del cerebro". "Quisiera saber cuándo sale, vino casi caminando y ahora lo veo en cama hablando 	<p>Disposición para mejorar los conocimientos</p> <p>Dominio 5: Percepción y Cognición</p> <p>Clase 4: cognición</p> <p>Código: 00161</p>	<p>Objetivo Principal: Ampliar los conocimientos del familiar acerca de la patología del paciente.</p> <p>Objetivos Específicos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el grado de instrucción del familiar responsable (cónyuge) • Valorar el grado de conocimiento acerca del ACV. • Explicar el proceso salud enfermedad del acv hemorrágico. • Coordinar con servicio social para evaluar situación económica. • Coordinar con servicio social para ubicar a otros familiares. 	<p>Familiar responsable conoce más acerca del accidente cerebro vascular y sus secuelas.</p> <p>Se coordina con servicio social para continuar con apoyo en medicamentos y</p>

<p>cosas que no entiendo”.</p> <p>“Somos de pocos recursos, la familia no ayuda, mi esposo se atiende por su cuenta por ahí, no se mucho de eso”.</p> <p>“Las enfermeras lo atienden maso menos porque le ha salido una heridita en los talones, está todo rojo; antes no tenía eso”.</p> <p>Paciente en reposo prolongado.</p>		<p>Incentivar el apoyo continuo de la familia en el cuidado del enfermo.</p> <p>Concientizar a los demás miembros de la familia a colaborar en los requerimientos hospitalarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar importancia de la participación del cuidado a los familiares con-sanguíneos. • Registrar frecuencia de visita de familiares. • Proporcionar bibliografía para lectura: cuidados en paciente neuro-quirurgico. • Evaluar participación de cada familiar durante la visita: • Cambio de ropa de vestir. • Medicamentos no asegurados. • Exámenes de laboratorio. 	<p>activación de seguro total.</p>
---	--	--	---	------------------------------------

Autor	Año	Base / Fuentes de Datos	Título
Mg. Enf. Carmona Sinarro J.V	2015	Enfermería global ISSN 1695-6141/ N°6	Paciente neurocrítico: Actuación integral de enfermería.

CAPITULO III

CONCLUSIONES

Posterior a todas las intervenciones aplicadas al paciente durante el proceso de cuidado de enfermería se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Se concluye que el paciente con accidente cerebro vascular hemorrágico secuelar su recuperación neuronal es de modo paulatino, ya que al existir alteración en el hemisferio izquierdo del cerebro, el cuerpo humano se encontrará afectado en movimiento y coordinación.
- Los cuidados de enfermería en caso de accidente cerebro vascular se enfocan en la adecuada valoración neurológica donde se incluye la escala de Glasgow y reacción/tamaño pupilar, además de las coordinaciones con el médico tratante para los cambios en las indicaciones.
- El patrón respiratorio del paciente con accidente cerebro vascular, es uno de los factores mayores en complicaciones, ya que dependiendo de las alteraciones a nivel nervioso central se verá limitado la regulación de oxígeno, y es ahí donde el personal de enfermería debe mantener la permeabilidad de las vías respiratorias a través de los cuidados y/o acciones de higiene como aspiración de secreciones.
- La nutrición observada en el paciente con accidente cerebro vascular relacionado a un bajo peso del mismo, implica hacer controles periódicos de los electrolitos y proteínas en el cuerpo del paciente e ir recomendando al médico de turno la modificación de dieta; de licuada a nutrición enteral para facilitar el restablecimiento metabólico y regeneración celular.
- Relacionado a la teoría de enfermería se considera que tanto como Virginia Henderson entre otros modelos de atención de enfermería en pacientes hospitalizados en área crítica, son pacientes que poseen grado de dependencia IV, se debe profundizar el cuidado con fundamento teórico y científico.
- Se concluye que en pacientes neuroquirúrgicos, las mayores complicaciones son el riesgo de sangrado interno y la obstrucción por coagulopatías; es por

ello que el personal de enfermería tiene la obligación de mantenerse actualizada en la vanguardia protocolar de atención.

- Se debe mantener en el área de cuidados intensivos un manejo profesional de las herramientas proporcionadas al personal de salud, tanto como métodos de bioseguridad, como equipos de monitoreo cardiovascular, equipos de infusión milimétrica y normas de cuidado actualizadas acorde a la patología expuesta por el paciente y establecido por criterio unánime entre servicios.
- Se debe establecer que dentro de los cuidados multi-disciplinarios en el área de cuidados intensivos del hospital María Auxiliadora, el apoyo familiar es imprescindible porque ayuda al restablecimiento de la salud del paciente y amplía el cuidado integral y humanizado.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la jefatura de enfermería del área de cuidados intensivos del Hospital María Auxiliadora, mantenga una actualización mensual constante de los protocolos de atención en paciente con accidente cerebro vascular, así de las distintas manifestaciones clínicas mediatas o inmediatas que éstas podrían presentar.
- Se recomienda que desde la Jefatura de enfermería se establezcan cursos de capacitación con invitados externos profesionales para la realización de cursos y talleres prácticos del manejo del paciente crítico adulto, siendo el principal tema a tratar, la atención de enfermería y paradigmas empleados durante los cuidados de la salud del paciente hospitalizado, así como del paciente en alta.
- Se recomienda que todo personal de enfermería debe contar a la mano al momento del turno con los guías actualizadas de valoración clínica del paciente, tanto patrón respiratorio como las demás funciones biológicas de importancia: cardiológicos, neuronal, escala de escaras, sedoanalgesia entre otros.
- Se recomienda la creación de un comité de nutrición de enfermería en el servicio de uci adulto, colocar un organigrama en todo file de Kardex de enfermería para considerar la interconsulta con el área de nutrición y el cumplimiento o supervisión de la dieta indicada.
- Se recomienda al departamento de enfermería del Hospital en mención, que por cada servicio que cuenta el hospital se establezca como mínimo 3 teorías de enfermería en las cuales estén también reflejadas en los manuales de procedimientos del personal de enfermería y estos mismos corregirse de manera trimestral para una ampliación en el cuidado especializado.
- Se recomienda al departamento de enfermería del hospital María Auxiliadora que tanto la infraestructura como los equipos de atención al paciente se deben de tener un registro de historial, manual de mantenimiento y lista de responsables para el uso de los mismos. Así en caso de emergencia o

austeridad por parte de los mismos tener una programación back up y reducir el riesgo de complicaciones de salud del paciente.

- Se recomienda que el paciente en el área de cuidados intensivos tenga una terapia ocupacional y familiar diaria, en coordinación entre la jefatura de enfermería del servicio de cuidados intensivos con el área de servicio social y/o área de psicología, pues se ha comprobado que la relación paciente – familia, ayuda al restablecimiento más eficiente de la salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Bulechek, G.M, Butcher, H, Dochterman, J., & Wagner, C (2014), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), Madrid – España: Sexta edición editorial Elsevier.
2. Biller J, Ruland S, Schneck MJ. Ischemic (2016) cerebrovascular disease. In Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, eds. Bradley's Neurology in Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; capítulo. 65.

3. Carroll-Johnson RM: Classification of nursing diagnoses: proceeding of the Ninth Annual Conference, Philadelphia, 1991, JB Lippincott.
4. Castells Molina, S., & Hernandez Perez, M (2012). Farmacologías en enfermería. Barcelona España: Tercera edición, Editorial Elsevier.
5. Coello, P.A, Ezquerro Rodríguez, O., & et al. (2014). Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados, Material didáctico de apoyo para profesionales de Enfermería. Madrid – España: Primera Edición DAE Grupo paradigma Pág 76-79.
6. Cloninger, C.R., (2012) - un método sistemático para la descripción clínica y clasificación de las variantes de la personalidad. una propuesta. Archivos de psiquiatría general, 44 (6), pag. 572-588.
7. Deitch, E.A., & Dayal, S.D., (2016) manejo de la unidad de cuidados intensivos del paciente traumatizado. Medicina de cuidado crítico. 34 (9), pág. 2394 - 2311, 2319.
8. Gee, A., Jones, J.s., & Brown, M.D. (2008). Self-neglect in the elderly: emergency department assessment and crisis intervencion. 30 suppl. Part 2: pagina 42.
9. Gerrard, C.E. (2008). La salud ocupacional de los agricultores: causa de preocupación, causa de acción. Diario de avances en la ciencia de enfermería.
10. Giles K.A., Hamdam, A.D., Wyers. M.C., & Schermerhorn, M.L., (2010) índice de masa corporal: Infecciones del sitio quirúrgico y mortalidad después del bypass de las extremidades inferiores del programa nacional de mejoramiento de la calidad quirúrgica 2005-2007. Anales de cirugía vascular, cap 24, pag, 48-56.
11. Kérouaac, S.P. (2010). El pensamiento enfermero. Barcelona España: Editorial Masson.
12. Lansberg MG, O'Donnell MJ, Khatri P, y col. (2012) Terapia antitrombótica y trombolítica para el accidente cerebrovascular isquémico: terapia antitrombótica y prevención de la trombosis, 9ª edición: American College of Chest Physicians Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia. Pecho: 141 (2 Suppl).

13. Nightingale, F. (2012). Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es? Barcelona España: Primera Edición 1990. Reimpresión 2012, Editorial Masson – Salvat Enfermería.
14. O'donnell, J.M., & Nácul, F (2011), medicina en cuidados de cirugía intensiva, editorial Boston, académica Kluwer.
15. Rodriguez Carranza, (2014), VAM: Vademecúm Académico de Medicamentos Mexico, Séptima Edición, Editorial Interamericana S.A de C.V Mc. Graw-Hill.
16. Schilling, S., Doellman, D., Hutchinson, N., y Jacobs, B. (2006). El impacto del dispositivo conector sin aguja en la oclusión del catéter venoso central en niños: un ensayo prospectivo y controlado. Diario de nutrición parenteral y enteral, 30 (2), pag 85-90.
17. Universidad de Illinois en Chicago (2010). Lección 1. Introducción a epidemiología. Pagina web:
<http://www.uic.edu/uic/search.shtml?cx=009511351313755808885%3Adkx-7mlm6ni&of=FORID%3A11&ie=UTF-8&q=epidemeologic+triad&sa=#1257>.

ANEXOS

Resultados de Laboratorio:

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

LABORATORIO

Av. Miguel Iglesias 968 - San Juan de Miraflores - Lima - Peru Mail: laboratorihama@hotmail.com Tif.:5193030

N° Orden: 3280553 N° Historia: 0492898
 Paciente: FERNANDEZ HUAMAN, RAUL Edad: 58 Sexo: Hombre
 Atención: EMERGENCIA Cama: MED INTERM Ingreso: 28/03/2017 09:42:31
 Servicio: AISLADOS C Impresión: 28/03/2017 10:25:31

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
BIOQUIMICA			
SODIO SERICO	141.60	meq/L	[135.00 - 145.00]
POTASIO SERICO	4.41	meq/L	[3.50 - 5.50]
CLORO SERICO	108.30	meq/L	[96.00 - 110.00]
CALCIO IONICO	1.26	mmol/L	[1.13 - 1.32]

Validado por: LIC. T.M JORGE TOMASTO

Paciente: FERNANDEZ HUAMAN, RAUL Edad: 58 Sexo: Hombre
 Atención: HOSPITALIZACION Cama: C Ingreso: 28/03/2017
 Servicio: INTERMEDIOS MEDICINA Impresión: 28/03/2017

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE RE
URIANALISIS			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	LIGER. TURB		
DENSIDAD	1025.00		
PH	ACIDO		
EXAMEN BIOQUIMICO	:		
GLUCOSA EN ORINA	NEGATIVO		
PROTEINAS EN ORINA	NEGATIVO		
BILIRRUBINAS EN ORINA	NEGATIVO		
UROBILINOGENO EN ORINA	NEGATIVO		
CETONAS EN ORINA	NEGATIVO		
ACIDO ASCORBICO	NEGATIVO		
SANGRE (Hemoglobina)	NEGATIVO		
ESTERASA	NEGATIVO		
NITRITOS	NEGATIVO		
ESTUDIO SEDIMENTO	:		
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS	x campo	
LEUCOCITOS	2-3	x campo	
LEUCOCITOS AGLUTINADOS	NO SE OBSER	x campo	
HEMATIES O	8-10	x campo	
CILINDROS	NO SE OBSER		
CRISTALES	NO SE OBSER		
GERMENES	+		
LEVADURAS	NO SE OBSER		
TRICHOMONA VAGINALIS	NO SE OBSER		
FILAMENTOS MUCOIDES	NO SE OBSER		
OTROS - EX. ORINA	---		

Validado por: JULIA HUAUYA

Nº Orden: 3280401

Nº Historia: 0492898

Paciente: FERNANDEZ HUAMAN, RAUL

Edad: 58

Sexo: Hombre

Atención: HOSPITALIZACION

Cama: C

Ingreso: 28/03/2017 06:25

Servicio: INTERMEDIOS MEDICINA

Impresión: 28/03/2017 15:35

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
BIOQUIMICA			
BILIRRUBINA TOTAL	1.07	mg / dl	[<= 1.00]
BILIRRUBINA DIRECTA	0.60	mg / dl	[<= 0.20]
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.47	mg / dl	[0.20 - 1.00]
COLESTEROL TOTAL	70	mg / dl	[<= 200]
<i>Sin Riesgo < 200mg/dl</i>			
<i>Riesgo Moderado 200-239mg/dl</i>			
<i>Riesgo Alto >240mg/dl</i>			
TRIGLICERIDOS	80	mg / dl	[<= 200]
COLESTEROL HDL	15	mg / dl	[<= 55]
CREATININA	0.84	mg / dl	[0.70 - 1.20]
GLUCOSA	70	mg / dl	[75 - 106]
PROTEINAS TOTALES	6.7	g / dl	[6.4 - 8.3]
ALBUMINA	2.2	g / dl	[3.5 - 5.2]
GLOBULINAS	4.5	g / dl	[2.0 - 3.5]
TRANSAMINASA G.OXALACETICA	173	U / l	[<= 40]
TRANSAMINASA G.PIRUVICA	78	U / l	[<= 41]
UREA	63	mg / dl	[<= 50]
Validado por: LIC. T.M.AUGUSTO RODOLF DE LA CRUZ			
HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	3.30	10 ³ /ul	[4.40 - 11.30]
HEMATIES	3.68	10 ⁶ /ul	[3.50 - 5.00]
HEMOGLOBINA	10.1	g / dl	[11.0 - 16.0]
HEMATOCRITO	32	%	[33 - 48]
Anisocitosis 1+, Hipocromia 1+			
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	85.6	fL	[80.0 - 95.0]
HB CORPUSCULAR MEDIA	27.4	pg	[28.0 - 36.0]
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.1	g / dl	[30.0 - 36.0]
DISTRIBUCION ERITROCITARIA SD	80.3	fL	[15.0 - 45.0]
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	26.8	%	[11.0 - 15.0]
PLAQUETAS	58	10 ³ /ul	[150 - 450]
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	---	fL	[8 - 12]
NRBC %	0.00	%	[0.0 - 4.0]
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	[40.0 - 75.0]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	62.0	%	[15.0 - 45.0]
LINFOCITOS%	27.0	%	[15.0 - 45.0]

N° Orden:	3280401	N° Historia:	0492898	Edad:	58	Sexo:	Hombre
Paciente:	FERNANDEZ HUAMAN, RAUL	Cama:	C	Ingreso:	28/03/2017	06:2	
Atención:	HOSPITALIZACION			Impresión:	28/03/2017	15:3	
Servicio:	INTERMEDIOS MEDICINA						

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MONOCITOS %	9.0	%	[2.0 - 10.0]
EOSINOFILOS %	2.0	%	[0.0 - 5.0]
BASOFILOS %	0.0	%	[0.0 - 1.0]
GRANULOCITOS INMADUROS%	0.0	%	[<= 1.0]
NEUTROFILO ABASTONADOS	0.00	/mm3	[0.00 - 400.00]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	2046	/mm3	[1600 - 7500]
LINFOCITOS	891	/mm3	[1500 - 4500]
MONOCITOS	297	/mm3	[200 - 1000]
EOSINOFILOS	66	/mm3	[0 - 500]
BASOFILOS	0	/mm3	[0 - 100]
GRANULOCITOS INMADUROS	0.01	%	[<= 1.00]
TIEMPO DE PROTOMBINA (segundos)	18.20	seg	[11.50 - 14.50]
TIEMPO DE PROTROMBINA %	55.00	%	[70.00 - 100.00]
INR	1.51		[0.50 - 1.15]
CONTROL	12.20	seg	
FIBRINOGENO	336	mg / dl	[200 - 400]
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	44.40	seg	[25.00 - 45.00]

Validado por: LIC. T.M HUBERT YATACO

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
 Miguel Iglesias 968 - San Juan de Miraflores - Lima Perú Mail: LaboratorioHAMA@hotmail.com Tlf. 217-1818

LABORATORIO - MICROBIOLOGIA

Número de identificación = 0492898 Sexo = m
 Nombre = RAUL Número de la muestra = sec-998
 Apellido = FERNANDEZ HUAMAN Fecha de la muestra = 15-mar-2017
 Edad = 58 Tipo de muestra = Bronquial
 Localización = MEDICINA GENERAL C = C

Microorganismo = Pseudomonas aeruginosa

- Amicacina	S	Aztreonam	R
Cefepima	R	Cefotaxima	R
Cefoxitina	R	Ceftazidima	R
Ceftriaxona	R	- Colistin	S
Gentamicina	R	Imipenem	R
Levofloxacina	R	Meropenem	R
Norfloxacina	R	- Piperacilina/Tazobactam	S
Trimetoprima/Sulfametoxazol	R		

Comentario: SEC BRONQUIAL
 Tipo de Examen: CULTIVO
 Gram: BGN
 Leucocitos: 30-40XC
 Observación: INFINITY3150531 HOSP INTERM MEDIC
 Turno: M
 Método: KB

15-mar-2017 12:04 R = Resistente I = Intermedio S = Sensible NS = No-Sensible

Nombre = RAUL	Número de la muestra = hemo-1254
Apellido = FERNANDEZ HUAMAN	Fecha de la muestra = 15-mar-2017
Edad = 58	Tipo de muestra = Sangre
Localización = MEDICINA GENERAL	

Microorganismo = Staphylococcus, coagulasa negativa

Amicacina	R	Cefepima	R
Cefoperazona/Sulbactam	R	Clindamicina	R
Cloramfenicol	S	Eritromicina	R
Norfloxacin	R	Novobiocina	S
Oxacilina	R	Penicilina G	R
Rifampicina	S	Tetraciclina	S
Vancomicina	S	Linezolid	S

Comentario	HEMOCULTIVO
Gram	CGP
Observación	INFINITY3150377 HOSP INTERM MEDI CAMA-C
Turno	M
Método	KB

Número de identificación = 0492898	Sexo = m
Nombre = RAUL	Número de la muestra = uro.3280
Apellido = FERNANDEZ HUAMAN	Fecha de la muestra = 14-mar-2017
Edad = 58	Tipo de muestra = Orina, chorro medio
Localización = MEDICINA INTERNA	

Microorganismo = Escherichia coli

Ácido nalidixico	R	Amicacina	S
Ampicilina	R	Aztreonam	S
Cefepima	S	Cefoperazona/Sulbactam	S
Cefotaxima	S	Cefoxitina	S
Ceftazidima	S	Ceftriaxona	S
Levofloxacin	R	Meropenem	S
Nitrofurantoina	S	Norfloxacin	R
Piperacilina/Tazobactam	S	Trimetoprima/Sulfametoxazol	R

Comentario	RCTO > DE 100,000 UFC/ML.
Tipo de Exámen	UROCULTIVO
Gram	BGN.
Leucocitos	60-80 XC.
Hemáties	8-10 XC.
Detección de Antibiótico	NO
Observación	INFYNITI 3140506 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA C
Turno	M
Método	K.B.

S = Sensible NS = No-Sensible

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
URIANALISIS			
COLOUR	AMARILLO		
ASPECTO	LIGER. TURB		
DENSIDAD	1030.00		
PH	ACIDO		
EXAMEN BIOQUIMICO	:		
GLUCOSA EN ORINA	NEGATIVO		
PROTEINAS EN ORINA	+		
BILIRRUBINAS EN ORINA	NEGATIVO		
UROBILINOGENO EN ORINA	NEGATIVO		
CETONAS EN ORINA	NEGATIVO		
ACIDO ASCORBICO	NEGATIVO		
SANGRE (Hemoglobina)	NEGATIVO		
ESTERASA	NEGATIVO		
NITRITOS	NEGATIVO		
ESTUDIO SEDIMENTO	:		
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS	x campo	
LEUCOCITOS	0-1	x campo	
LEUCOCITOS AGLUTINADOS	NO SE OBSER	x campo	
HEMATIES O	8-10	x campo	
CILINDROS	NO SE OBSER		
CRISTALES	NO SE OBSER		
GERMENES	++		
LEVADURAS	NO SE OBSER		
TRICHOMONA VAGINALIS	NO SE OBSER		
FILAMENTOS MUCCOIDES	NO SE OBSER		
OTROS - EX. ORINA	---		
Validado por: JULIA HUAUYA			

Servicio: AISLADOS

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
TIEMPO DE PROTOMBINA (segundos)	18.50	seg	[11.50 - 13.50]
TIEMPO DE PROTROMBINA %	53.20	%	[70.00 - 100.00]
INR	1.60		[1.00 - 1.40]
CONTROL	12.20	seg	
FIBRINOGENO	358	mg / dl	[200 - 400]
TIEMPO DE TROMBINA	20.40	seg	[10.00 - 21.00]
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	40.20	seg	[25.00 - 45.00]
Validado por: LIC. T.M FRANK RUIZ			

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA **LABORATORIO**
 Av. Miguel Iglesias 968 - San Juan de Miraflores - Lima - Peru Mail: laboratorlohama@hotmail.com Tif.:5193030

N° Orden: 3020548 N° Historia: 0492898
 Paciente: **FERNANDEZ HUAMAN, RAUL** Edad: 58 Sexo: Hombre
 Atención: HOSPITALIZACION Cama: TOP Ingreso: 02/03/2017 10:06:42
 Servicio: EMERGENCIA CIRUGIA Impresión: 07/03/2017 11:07:46

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
MIELOGRAMA	(I)		
	MUESTRA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA, CON CELULARIDAD ADECUADA PARA LA EDAD, RELACION MIELO/ERITROIDE DE 4/2.		
	SERIE ERITROIDE: INCREMENTADA, CON PAUCISIDAD EN LA MADURACION A PREDOMINIO DE ERITROCITOS POLICROMATOFILICO, CON CARIOREXIS, DISERITROPOYESIS LEVE.		
	SERIE MIELOIDE: PRESENTE, EN DIFERENTES ESTADIOS DE MADURACION, ALGUNOS BASTONES GRANDES, DISGRANULOPYESIS LEVE.		
	SERIE MEGACARIOCITICA: INCREMENTADOS PRODUCTORES, ALGUNOS MONONUCLEADOS. CELULAS PLASMATICAS < 3% BLASTOS < 2%		
	CONCLUSION: MEDULA OSEA REACTIVA CON CAMBIOS MEGALOBLASTICOS		
	SUGERENCIAS: SOLICITAR DOSAJE DE VITAMINA B12 Y ACIDO FOLICO		
Validado por:	DR OLIMPIO AHONZO HUANCA		

Paciente: **FERNANDEZ HUAMAN, RAUL** DNI: 47117636 Historia: 3284499
 Sexo: **Masculino** Edad: **58 Años** Prioridad: Urgencias
 Médico: Cliente: CLINICA SAN PABLO SAS
 Dirección: Plan: SALUD SAN PABLO
 Localidad: CLINICA SANTA MARIA DEL SUR Número Guia: 0008469
 Servicio: **AMBULATORIO** Fecha Toma de Muestra: 02/03/2017 11:42:00

Exámenes Realizados	Resultado Actual	Valor Referencial	Unidad
EPSTEIN BARR (VCA) IGM	9.54 ✓	NEGATIVO : < 9 INDETERMINADO : 9-11 POSITIVO : > 11	DU
Método: ELISA			
EPSTEIN BARR (VCA) IGG	29.2 ✓	NEGATIVO : < 9 INDETER : 9 - 11 POSITIVO : > 11	DU
Método: ELISA			
Comentario: Marcador serológico de memoria inmunológica.			
CITOMEGALOVIRUS IGG	> 80 ←	NEGATIVO : < 9 INDETER : 9 - 11 POSITIVO : >11	DU
Método: ELISA			
Comentario: Marcador serológico de memoria inmunológica.			
CITOMEGALOVIRUS IGM	38.2	NEGATIVO : < 45 INDETER : 45 - 55 POSITIVO : >55	DU/mL
Método: ELISA			

Dr. ALEJANDRO COLONCA
 DIRECTOR MEDICO
 C.M.P. 3634 RNE 1247

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
BIOQUIMICA			
SODIO SERICO	141.60	meq/L	[135.00 - 145.00]
POTASIO SERICO	4.41	meq/L	[3.50 - 5.50]
CLORO SERICO	108.30	meq/L	[96.00 - 110.00]
CALCIO IONICO	1.26	mmol/L	[1.13 - 1.32]
Validado por: LIC. T.M JORGE TOMASTO			

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES
URIANALISIS			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	LIGER. TURB		
DENSIDAD	1025.00		
PH	ACIDO		
EXAMEN BIOQUIMICO	:		
GLUCOSA EN ORINA	NEGATIVO		
PROTEINAS EN ORINA	NEGATIVO		
BILIRRUBINAS EN ORINA	NEGATIVO		
UROBILINOGENO EN ORINA	NEGATIVO		
CETONAS EN ORINA	NEGATIVO		
ACIDO ASCORBICO	NEGATIVO		
SANGRE (Hemoglobina)	NEGATIVO		
ESTERASA	NEGATIVO		
NITRITOS	NEGATIVO		
ESTUDIO SEDIMENTO	:		
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS	x campo	
LEUCOCITOS	2-3	x campo	
LEUCOCITOS AGLUTINADOS	NO SE OBSER	x campo	
HEMATIES O	8-10	x campo	
CILINDROS	NO SE OBSER		
CRISTALES	NO SE OBSER		
GERMENES	+		
LEVADURAS	NO SE OBSER		
TRICHOMONA VAGINALIS	NO SE OBSER		
FILAMENTOS MUCOIDES	NO SE OBSER		
OTROS - EX. ORINA	---		
Validado por: JULIA HUAUYA			

Número de identificación = 0492898
 Nombre = RAUL
 Apellido = FERNANDEZ HUAMAN
 Edad = 58
 Localización = MEDICINA GENERAL

Sexo = m
 Número de la muestra = hemo-1254
 Fecha de la muestra = 15-mar-2017
 Tipo de muestra = Sangre

Microorganismo = Staphylococcus, coagulasa negativa

Amicacina	R	Cefepima	R
Cefoperazona/Sulbactam	R	Clindamicina	R
Cloramfenicol	S	Eritromicina	R
Norfloxacin	R	Novobiocina	S
Oxacilina	R	Penicilina G	R
Rifampicina	S	Tetraciclina	S
Vancomicina	S	Linezolid	S

Comentario
 Gram
 Observación
 Turno
 Método

HEMOCULTIVO
 CGP
 INFINITY3150377 HOSP INTERM MEDI CAMA-C
 M
 KB

R = Resistente I = Intermedio S = Sensible NS = No-Sensible

Número de identificación = 0492898
 Nombre = RAUL
 Apellido = FERNANDEZ HUAMAN
 Edad = 58
 Localización = MEDICINA INTERNA

Sexo = m
 Número de la muestra = úro.3280
 Fecha de la muestra = 14-mar-2017
 Tipo de muestra = Orina, chorro medio

Microorganismo = Escherichia coli

Ácido nalidixico	R	Amicacina	S
Ampicilina	R	Aztreonam	S
Cefepima	S	Cefoperazona/Sulbactam	S
Cefotaxima	S	Cefoxitina	S
Ceftazidima	S	Ceftriaxona	S
Levofloxacin	R	Meropenem	S
Nitrofurantoína	S	Norfloxacin	R
Piperacilina/Tazobactam	S	Timetoprima/Sulfametoxazol	R

Comentario
 Tipo de Exámen
 Gram
 Leucocitos
 Hematíes
 Detección de Antibiótico
 Observación
 Turno
 Método

RCTO > DE 100,000 UFC/ML.
UROCULTIVO
 BGN.
 60-80 XC.
 8-10 XC.
 NO
 INFYNITI 3140506 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA C
 M
 K.B.

18-mar-2017 11:43 R = Resistente I = Intermedio S = Sensible NS = No-Sensible

RADIOMETER ABL800 BASIC			
ABL800 BASIC 9 INFORME PACIENTE	AGA COMPLETO - J 195 uL	11:26 AM Muestra #	4/3/2017 344
Identificaciones			
ID paciente	403071	FERNANDEZ HUAMAN RAUL	
Apellido	FERNANDEZ	RAUL	
Nombre	RAUL		
Dpto. (Fac.)			
Tipo muestra	Arterial		
T	37.0 °C		
FO ₂ (I)	21.0 %		
Nota			
Valores de Gases en Sangre			
pH	7.439		[7.350 - 7.450]
↓ pCO ₂	26.3	mmHg	[35.0 - 48.0]
↓ pO ₂	72.8	mmHg	[83.0 - 108]
sO ₂	94.6	%	
Valores de Electrolitos			
↓ cK ⁺	3.1	mmol/L	[3.5 - 5.0]
cNa ⁺	139	mmol/L	[136 - 146]
↓ cCa ²⁺	1.00	mmol/L	[1.15 - 1.29]
↑ cCl ⁻	117	mmol/L	[98 - 106]
Valores de Metabolitos			
↑ cGlu	124	mg/dL	[70 - 110]
↑ cLac	2.1	mmol/L	[0.5 - 1.6]
Valores de Oximetría			
↓ ctHb	11.2	g/dL	[12.0 - 18.0]
Hct _c	34.4	%	
FO ₂ Hb	92.5	%	
↑ FCOHb	1.6	%	[0.0 - 0.8]
FMetHb	0.6	%	
FHHb	5.3	%	
ctBil	0.8	mg/dL	
Valores Corregidos por Temperatura			
pH(T)	7.439		
pCO ₂ (T)	26.3	mmHg	
pO ₂ (T)	72.8	mmHg	
FShunt(T) _e	12.2	%	
Valores Calculados			
cBase(B) _c	-5.1	mmol/L	
cBase(Ecf) _c	-5.9	mmol/L	
cHCO ₃ ⁻ (P) _c	17.5	mmol/L	
ctO _{2c}	14.6	Vol%	
pO ₂ (A-a) _e	44.6	mmHg	
pO ₂ (a/A) _e	62.0	%	
pO ₂ (a)/FO ₂ (I) _c	347	mmHg	
Anion Gap _c	3.7	mmol/L	
mOsm _c	284.0	mmol/kg	
Notas			
↑	Valor(es) por encima de rango de referencia		
↓	Valor(es) por debajo de rango de referencia		
c	Valor(es) calculados		
e	Valor(es) estimados		

