



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO EN UNA PACIENTE CON EVENTO
VASCULAR CEREBRAL HEMORRÁGICO CON EL REFERENTE TEÓRICO DE
DOROTHEA OREM

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

JUDITH CRUZ ROMÁN

ASESORA:

ME. HORTENCIA GARDUÑO GARCÍA

COASESORA:

MC. RAFAELA HERRERA ANDRADE

REVISORA:

LE. TERESA ESPINOZA MOSQUEDA

Morelia, Michoacán; noviembre 2021.



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



DIRECTIVOS

MSP. Julio César González Cabrera

Director

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria académica

ME. Renato Hernández Campos

Secretario administrativo



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO EN UNA PACIENTE CON EVENTO
VASCULAR CEREBRAL HEMORRÁGICO CON EL REFERENTE TEÓRICO DE
DOROTHEA OREM

PROCESO DE ENFERMERÍA

Que para obtener el grado de:

Licenciada en Enfermería

Presenta

Judith Cruz Román

Asesora

ME. Hortencia Garduño García

Coasesora: MC. Rafaela Herrera Andrade

Revisora: LE. Teresa Espinoza Mosqueda

SINODALES:

ME. Hortencia Garduño García

Directora

Firma

MSP. Julio César González Cabrera

Vocal 1

Firma

ME. Renato Hernández Campos

Vocal 2

Firma

Morelia, Michoacán., octubre 2021.



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



AGRADECIMIENTOS

"**Gracias vida**" por el regalo de ser y la oportunidad de aprender para compartir con diferentes personas y ámbitos.

Agradezco infinitamente a **mis padres Yolanda y Salvador** porque gracias a ellos estoy cumpliendo mi sueño de ser una Licenciada en Enfermería, ya que día a día forjan en mí el valor de la superación, así como me enseñan a no rendirme ante los obstáculos.

Gracias a **mis hermanos Anahí, Vladimir, a mi tía Estela y a mi prima Itzel** por todo su apoyo y porque su sola presencia me hace sentir que somos una familia completa y feliz.

A **mi gran amor y compañero de vida Brian**, que de todas las formas posibles me apoyó incondicionalmente para concluir este gran reto.

Amigas Hilary y Araceli, valoro sinceramente su amistad, sus consejos y sus orientaciones, porque gracias a ustedes tuve una universidad llena de grandes momentos.



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



DEDICATORIA

A mis maestros, maestras, doctores y doctoras que me impulsaron con sus conocimientos para saber que tengo vocación para ser enfermera, y así hacer posible la realización de un ideal "Concluir la Licenciatura en Enfermería", ya que a través de las prácticas y el servicio social descubrí la pasión de servir, sobre todo a las personas más vulnerables, ejemplo que seguí de amables y destacados colegas con los cuales tuve el privilegio de compartir. Individualmente fueron un impulso para seguir aprendiendo y apoyar la loable profesión de enfermería.

Con admiración, y enfáticamente dedico este proyecto a mi asesora en el Proceso Enfermero para titularme; me refiero a la destacada, eficiente, asertiva y profesional Mtra. Hortencia Garduño García, cuyas características humanas filantrópicas sustantivas me inspiran para seguir su modelo.



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Resumen

El propósito de este trabajo es dar a conocer cómo el profesional de enfermería aplica el Proceso de Atención Enfermera en una paciente con Evento Vascular Cerebral Hemorrágico, exponiendo un marco teórico acerca de la patología de la usuaria, también expone el tipo de metodología que utiliza la práctica enfermera, mismo que se basa en el referente Teórico de Dorothea E. Orem, y que tiene un sustento metodológico y científico. Además, incluye un instrumento para realizar el Proceso Enfermero, mismo que se emplea para valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar las acciones realizadas a la paciente y deliberar si dichas acciones están resultado benéficas para la paciente o hay que cambiar.

Abstract

The purpose of this work is to show how the nursing professional applies the Nursing Care Process in a patient with a Hemorrhagic Cerebral Vascular Event, exposing a theoretical framework about the pathology of the user, also exposes the type of methodology used in nursing practice, which is based on the theoretical reference of Dorothea E. Orem, and has a methodological and scientific support. In addition, it includes an instrument to carry out the Nursing Process, which is used to assess, diagnose, plan, execute and evaluate the actions performed on the patient and to deliberate whether these actions are beneficial for the patient or whether they need to be changed.

Palabras claves: teoría, autocuidado, patología, intervenciones y enfermería.



Índice de contenido

| | |
|--|----|
| I. Introducción | 9 |
| II. Justificación | 10 |
| III. Objetivos..... | 12 |
| 3.1 General: | 12 |
| 3.2 Específicos:..... | 12 |
| IV. Marco teórico | 13 |
| 4.1 Proceso de atención de enfermería | 13 |
| 4.2 Teoría de Dorothea Elizabeth Orem | 18 |
| 4.3 Teoría del autocuidado | 19 |
| 4.4 Metaparadigma | 19 |
| 4.5 Aplicación de la teoría de Orem. | 20 |
| 4.6 <i>Cuadro 1</i> | 21 |
| 4.7 Teoría de los sistemas de enfermería..... | 22 |
| V. Enfermedad Vascul ar Cerebral..... | 23 |
| 5.1 Patología del caso clínico | 23 |
| 5.2 Epidemiología..... | 25 |
| 5.3 Epidemiología en México..... | 25 |
| 5.4 Factores de riesgo | 27 |
| 5.5 Clasificación | 29 |
| 5.6 <i>Cuadro 2</i> | 36 |
| 5.7 Definición del Diagnóstico de la NANDA-21-23 | 37 |
| 5.8 Diagnóstico médico del EVC | 38 |
| 5.9 Problemas en los pacientes con EVC. | 40 |
| 5.10 Prevención | 41 |
| 5.11 Intervenciones de enfermería..... | 42 |
| 5.13 <i>Cuadro 3</i> | 42 |
| VI. Caso clínico | 45 |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



| | |
|---|----|
| VII. Historia natural del evento vascular cerebral | 47 |
| VIII. Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem | 49 |
| Proceso enfermero cuadro 1 | 49 |
| Proceso enfermero cuadro 2 | 50 |
| Proceso enfermero cuadro 3 | 51 |
| Proceso enfermero cuadro 4 | 52 |
| Proceso enfermero cuadro 5 | 53 |
| Proceso enfermero cuadro 6 | 54 |
| Proceso enfermero cuadro 7 | 55 |
| Proceso enfermero cuadro 8 | 56 |
| Proceso enfermero cuadro 9 | 57 |
| Proceso enfermero cuadro 10 | 58 |
| Proceso enfermero cuadro 11 | 59 |
| Proceso enfermero cuadro 12 | 60 |
| Proceso enfermero cuadro 13 | 61 |
| Proceso enfermero cuadro 14 | 62 |
| Proceso enfermero cuadro 15 | 63 |
| IX. Conclusiones | 64 |
| X. Sugerencias | 65 |
| XI. Referencias | 66 |
| XII. Anexos | 68 |



I. Introducción

Se conoce como Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) a una alteración en las neuronas que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente.

El accidente cerebral hemorrágico es el tipo menos común, ocurre cuando un vaso sanguíneo se rompe y sangra dentro del cerebro; en cuestión de minutos las células del cerebro comienzan a morir.

El Proceso de Enfermería es el sustento metodológico de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño), ejecución de acciones, toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados.

El Proceso de Enfermería es el pensamiento crítico o “un método sistemático de la práctica de Enfermería” que sustenta su conocimiento científico, utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades, para diagnosticar y tratar la respuesta de la persona a los problemas reales o potenciales de la salud. El diagnóstico de enfermería se considera en relación a la taxonomía de los Diagnósticos Estandarizados de Enfermería (NANDA, 21-23), los resultados se basan en el NOC quinta edición y las intervenciones realizadas corresponden a las descritas en el NIC sexta edición que sustenta la práctica.

En el presente trabajo se desarrolla el Proceso de Enfermería basado en el caso clínico de una paciente del sexo femenino, con diagnóstico médico de Evento Vascul ar Cerebral Hemorrágico (EVC), con el propósito de brindar un cuidado basado en la respuesta humana de la persona, tomando en cuenta los objetivos: general y específicos, el desarrollo del marco teórico y conceptual de la patología, la valoración aplicando el referente Teórico de Dorothea Orem, el análisis de la valoración emitiendo un juicio clínico para que de esta forma se apliquen las intervenciones de enfermería y valorar si dichas intervenciones fueron efectivas para la paciente.



II. Justificación

Según la OMS (2019), el EVC constituye la segunda causa global de muerte, de las cuales 4.95 millones ocurren en países con ingresos medios y bajos. Su tasa de recurrencia a 2 años, va del 10% al 22%, pero puede reducirse hasta en 80% con la modificación de factores de riesgo.

Constituye un problema de salud mundial con tendencia creciente. Según datos de la OMS, la EVC es una importante causa de discapacidad y afectación de calidad de vida, su espectro de afectaciones es muy amplio.

Además de las limitaciones físicas, se asocia a problemas en la esfera emocional con alta frecuencia de depresión (> 50%); y o deterioro cognitivo de diverso grado (35%), siendo la segunda causa más frecuente de demencia.

Según la Secretaría de Salud (2019) Debido al envejecimiento de muchas poblaciones, especialmente aquellas con rápido crecimiento económico, las proyecciones para el año 2021 sugieren que la enfermedad vascular cerebral se mantendrá como segunda causa de muerte tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo; además, en términos de discapacidad estará entre las primeras cinco causas más importantes de carga por enfermedad.

Antonio Arauz, neurólogo del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, de la Ciudad de México, comentó que en el país hay muchas cifras y sub-registros, pero en términos generales el infarto cerebral está entre las primeras cinco causas de muerte con una tasa promedio de 28.8 por cada 100 mil habitantes. Sin embargo, en algunos estados de la República Mexicana encontramos valores extremos como Oaxaca, Veracruz, Ciudad de México, Yucatán, Michoacán y, en el caso de Puebla, es un estado que se encuentra por encima del promedio a comparación de los otros estados de la república que ya han sido mencionados.



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



En México, el EVC ocurre en 118 personas por cada 100,00 habitantes al año, destaca como la causa más común en adultos y es la quinta causa de muerte de acuerdo con el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, de la Secretaría de Salud.

En México, al igual que en otros países en vías de desarrollo, debido a las mejoras en la infraestructura y políticas de salud pública, así como por los avances de la medicina en general, la expectativa de vida al nacer ha mejorado, observando un incremento de la población anciana. Este panorama anticipa en un futuro inmediato un aumento en la frecuencia de la EVC en este grupo etario. Sin embargo, al momento es poco lo que conocemos de la EVC en pacientes mayores de 75 años en nuestro medio.

Por lo anteriormente referido es de gran importancia dar a conocer el incremento de este padecimiento en el estado de Michoacán, este ha sido de forma significativa debido al aumento de la esperanza de vida, en ese mismo sentido es importante conocer cómo se produce el EVC, así como los factores desencadenantes, su fisiopatología, tratamiento, y complicaciones para aplicarlos a la persona previniendo desenlaces fatales, proporcionando el cuidado y aplicar la rehabilitación Secretaría de Salud (2019).

Dadas las condiciones que anteceden a este padecimiento, se da a conocer en el presente trabajo la aplicación del Proceso de Enfermería, con el referente Teórico de Dorothea Orem a una paciente con Evento Vascular Cerebral – Hemorrágico (EVC).

La Teoría de Dorothea Orem que sustenta este trabajo está basada en el autocuidado, considerando en todo momento los sistemas de enfermería ya que en la evolución de la paciente requirió de proporcionar el sistema totalmente compensatorio.

El cuidado que requiere la persona con este padecimiento es arduo ya que la paciente requiere de gran apoyo emocional dentro de la bibliografía investigada Braga Miranda et al. (2012), menciona que el cuidado se tiene que proporcionar con calidad y calidez para una favorable evolución, así mismo los cuidados de enfermería tienen que ser específicos para una adecuada recuperación.



III. Objetivos

3.1 General:

- Aplicar el Proceso de Enfermería en la usuaria que presenta Evento Vascular Cerebral Hemorrágico.

3.2 Específicos:

- Realizar una valoración a la usuaria que presenta EVC – Hemorrágico con el referente teórico de Dorothea E. Orem.
- Establecer un diagnóstico enfermero basado en el padecimiento real de la paciente con EVC – Hemorrágico.
- Elaborar una planeación adecuada de las intervenciones que serán aplicadas a la usuaria con EVC – Hemorrágico.
- Ejecutar las acciones anteriormente planeadas en espera de una favorable evolución.
- Evaluar las reacciones de la usuaria en base a las intervenciones ya realizadas.



IV. Marco teórico

4.1 Proceso de atención de enfermería

El proceso de atención de enfermería (PAE) es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas, a través de una atención sistematizada, cuyo objetivo principal es construir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales (Secretaría de salud & Dirección médica, 2016). Está compuesto de cinco etapas:

✓ **Valoración.**

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Para su realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas). Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
2. Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.
3. Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
4. Analizar los datos obtenidos.



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento.
- Datos históricos-antecedentes: aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Según la Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica (2018), es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración de enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies”: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda de forma sistemática.
- Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”: se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.



- Criterios de valoración por “patrones funcionales de salud”: la recolección de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

✓ *Diagnóstico de enfermería.*

En la Novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuos, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería (Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2018).

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Identificar, priorizar y registrar los problemas dependientes y los diagnósticos enfermeros que se derivan del análisis de los datos de la valoración.
2. Revisar y actualizar los problemas interdependientes y los diagnósticos enfermeros en función de los cambios en el estado de salud del paciente, detectados a partir de la valoración continua y el análisis de los datos.
3. Los problemas interdependientes y los diagnósticos enfermeros se reformulan con base en la evolución del paciente. Esto puede ser efectuado según las normas de la institución hospitalaria, pero se sugiere que por lo menos sea realizado al finalizar el turno.



✓ ***Planeación.***

Contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

La planeación incluye las siguientes etapas:

1. Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.
2. Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema. Los resultados o metas, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles. Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales (Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2018).
3. Planeación de las intervenciones de enfermería. Están destinadas a ayudar al paciente a lograr las metas del cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería.



✓ ***Ejecución.***

Se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería.

Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

1. Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos (Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2018).
2. Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.
3. Continuar con la recolección de datos: ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención. La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico, requiere un razonamiento enfermero previo. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al mantenimiento/restablecimiento de la salud del paciente o a una muerte serena (Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2018).



✓ ***Evaluación.***

Evalúa regular sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, los objetivos y/o el plan de cuidados (Popper, 2011).

La evolución consta de tres partes:

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
2. Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.
3. La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados.

4.2 Teoría de Dorothea Elizabeth Orem

Su teoría aborda al individuo de manera integral, en función de ubicar sus cuidados básicos, como el centro de apoyo al ser humano (Popper, 2011).

- Describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit.
- Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de enfermería.



4.3 Teoría del autocuidado

El autocuidado es una actividad aprendida y orientada hacia un objetivo. Conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (Navarro Peña & Castro Salas, 2017).

4.4 Metaparadigma

Fernandes RJ et al, (2017), plantea que Dorothea Elizabeth Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

- ***Persona.***

El paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, con potencial para aprender, autoconcentrarse y desarrollarse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que proporcionen los cuidados.

- ***Entorno.***

Todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios que pueden influir e interactuar en la persona.



- ***Salud.***

Definida como: “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales.

Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones (Navarro Peña & Castro Salas, 2017).

- ***Enfermería.***

Como cuidados. El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

4.5 Aplicación de la teoría de Orem.

- Examina los factores, los problemas de salud y los déficits de autocuidado.
- Realiza la recopilación de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente.
- Analiza los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual deducirá la base para el proceso de intervención de enfermería.



4.6 Cuadro 1

Modelo de Dorothea Orem

| Modelo de Dorothea Orem | Proceso de Enfermería |
|--|---|
| <p>Teoría de autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Autocuidado➤ Requisitos de autocuidado | <p>Valoración:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Detectar los requisitos de autocuidado que comparten los integrantes de grupo comunitario.✓ Evaluar situación de cuidado de los integrantes del grupo comunitario. |
| <p>Teoría de déficit de autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Demanda terapéutica➤ Agencia de autocuidado➤ Déficit de autocuidado | <p>Continúa la valoración:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Evaluar la agencia de autocuidado de los integrantes del grupo.✓ Evaluar cuál es la demanda de autocuidado que tienen en común el grupo comunitario. <p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Evaluar la relación entre la demanda terapéutica y la agencia de autocuidado para evaluar la existencia de déficit de autocuidado.✓ Una vez detectado el déficit de autocuidado, se plantea el diagnóstico de enfermería. |
| <p>Teoría de sistemas:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Agencia de enfermería➤ Sistemas de enfermería | <p>Planificación – ejecución de las intervenciones – evaluaciones</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Planificar los cuidados de enfermería para abordar los déficits de cuidados detectados, plantar objetivos, según corresponda.✓ Ejecutar las intervenciones a través del sistema de enfermería que corresponda. |

Fuente: Navarro Peña & Castro Salas (2017).



4.7 Teoría de los sistemas de enfermería

Sistema totalmente compensatorio.

- La enfermera sufre al individuo.
- La enfermera cumple con el autocuidado terapéutico del paciente.
- La enfermera compensa las limitaciones del autocuidado.
- La enfermera da apoyo al paciente y lo protege.

Sistema parcialmente compensatorio.

- La enfermera desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente.
- La enfermera compensa las limitaciones del autocuidado.
- La enfermera ayuda al paciente.
- El paciente regula la actividad de autocuidado, acepta el cuidado y ayuda de la enfermera.

Sistema de apoyo educativo.

- La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. Navarro Peña & Castro Salas (2017).



V. Enfermedad Vascul ar Cerebral

5.1 Patología del caso clínico

Evento Vascul ar Cerebral

La Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC), es la consecuencia final de un gran grupo de procesos patológicos que afectan el proceso vascul ar del sistema nervioso, produciendo isquemia y alteración de áreas neuronales, y que tienen como presentación una amplia escala de síndromes, cada uno con sus tipologías particulares (Cruz Cruz et al. 2017).

Aproximadamente 795 000 personas en los Estados Unidos (EEUU) sufren de Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) cada año, de las cuales alrededor de 610 000 lo han padecido por primera vez, dando como resultado 6.8 millones de sobrevivientes mayores de 19 años de edad.

Cruz Cruz et al. (2017), refiere que el EVC se ubica como la tercera causa de muerte en (EEUU). A nivel mundial, durante las últimas 4 décadas, las tasas de incidencia de EVC han disminuido un 42% en países desarrollados y aumentado 100% en países en vía de desarrollo. La EVC es la principal causa de discapacidad funcional.

En el caso de pacientes ≥ 65 años se ha encontrado que 6 meses después de presentar el evento, el 26% son dependientes en actividades de la vida diaria y el 46% presentan déficits cognitivos. A pesar del advenimiento de las terapias de reperfusión para determinados pacientes con EVC, la prevención primaria permanece como el mejor método para reducir las tasas de EVC en un 76%.



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Afortunadamente hay grandes oportunidades para prevenir la EVC. Un estudio de casos y controles con 6 000 individuos encontró que 10 factores de riesgo potencialmente modificables explicaban el 90% del riesgo de padecer EVC (González & Landínez, 2016).

En México, el EVC ocurre en 118 personas por cada 100,00 habitantes al año, destaca como la causa más común en adultos y es la quinta causa de muerte de acuerdo con el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, de la Secretaría de Salud.

Antonio Arauz, neurólogo del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, de la Ciudad de México, comentó que en el país hay muchas cifras y sub-registros, pero en términos generales el infarto cerebral está entre las primeras cinco causas de muerte con una tasa promedio de 28.8 por cada 100 mil habitantes. Sin embargo, en algunos estados de la República Mexicana encontramos valores extremos como Oaxaca, Veracruz, Ciudad de México, Yucatán, Michoacán y, en el caso de Puebla, es un estado que se encuentra por encima del promedio a comparación de los otros estados de la república que ya han sido mencionados.

Según De la Garza et al., (2018) durante 2019, Michoacán registró 755 casos de enfermedad cerebro vascular, donde el grupo más afectado fue el sexo masculino de 65 años y más con 359 caso. Su incidencia se duplica cada 10 años después de los 35 años de edad. Tiene morbilidad y mortalidad elevadas; sólo 38% de los casos sobrevive y logra ser independiente al paso de los meses.



5.2 Epidemiología

Las tasas de mortalidad por EVC son elevadas en todas las regiones del mundo; en muchos casos sobrepasan la mortalidad derivada de enfermedades isquémicas del corazón. La situación es heterogénea entre países, regiones y poblaciones (Secretaría de Salud, 2018).

Los resultados de un estudio que utilizó datos de la OMS y del Banco Mundial, mostraron diferencias de más de 10 veces entre los países con tasas ajustadas por género y edad más altas, comparadas con las más bajas (rango de 25 a 250 por 100 000).

Las regiones con mayor mortalidad por EVC son Europa del Este, África Central y el Norte de Asia, mientras que las de menor mortalidad son Europa Occidental y Norteamérica. En situación intermedia se encuentran países de América Latina, Norte de África, Oriente Medio y Sureste Asiático (González & Landínez, 2016).

5.3 Epidemiología en México

Secretaría de salud, (2019)., es indispensable sensibilizar a la población para impactar en la disminución de la Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC), que en México ocasiona cerca de 170 mil infartos cerebrales al año, aseveró el doctor Adolfo Leyva Rendón, Director Médico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" (INNNMVS).



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



En el marco del Día Mundial de la Enfermedad Vasculare Cerebral, el Doctor Leyva Rendón indicó que la EVC agrupa a todas aquellas enfermedades que afectan a nivel de los vasos cerebrales y nueve de cada diez casos se debe a factores modificables como el tabaquismo (Secretaría de Salud 2018).

De ahí la importancia de sensibilizar a la población sobre la prevención de esta enfermedad, que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) representa la segunda causa de mortalidad en el mundo. Y uno de cada cinco casos fallece y tres de cada cinco queda con secuelas.

La presión alta, los problemas cardíacos, la diabetes, el colesterol alto y el tabaquismo son algunos factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad, mismos padecimientos que prevalecen en la población mexicana. De hecho, padecer diabetes mellitus aumenta de dos a cuatro veces el riesgo de presentar EVC, y fumar, tres veces el riesgo (Secretaría de salud, 2019).

Por su parte, el doctor Juan Manuel Calleja Castillo, Médico adscrito a la Subdirección de Neurología del INNNMVS, dijo que México cuenta con una red de hospitales públicos y privados para la atención de la EVC, por lo que a través del Seguro Popular se trabaja conjuntamente con las instancias especializadas para brindar a la población tratamiento agudo a quienes lo requieran.



5.4 Factores de riesgo

Existen dos tipos: controlables y no controlables.

- **Hipertensión Arterial:** es el factor de riesgo más frecuente; está presente en casi el 80% de los pacientes que sufren un ataque cerebral. El tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial reduce la morbimortalidad de causa vascular, y del (EVC) en particular. Se deben mantener las cifras de presión arterial en valores inferiores a 140/90 mm Hg. En pacientes con diabetes, los valores deben ser más bajos, inferiores a 140/80 mm Hg. A menudo se requiere la combinación de fármacos antihipertensivos (Velázquez, 2017).
- **Enfermedad cardíaca:** (Infarto, trombo mural, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca, enfermedad valvular reumática, válvulas protésicas.) La muerte de origen cardiovascular es la causa principal de deceso en los sobrevivientes de ECV, hecho que enfatiza la necesidad de una evaluación cardíaca sistemática en estos pacientes, tengan o no síntomas de cardiopatía (Velázquez, 2017).
- **Diabetes:** el control de la diabetes es esencial.
- **Alcoholismo:** el consumo excesivo de alcohol tiene una estrecha relación con el riesgo de sufrir hemorragias cerebrales.
- **Cigarrillo:** el riesgo de sufrir un ataque cerebral aumenta entre un 50% y un 70% en fumadores y el impacto es mayor en mujeres.
- **Colesterol elevado:** El colesterol aumenta el riesgo de que se tapen las arterias, incluidas las que van al cerebro.



Otros factores de riesgo que pueden ser controlados incluyen.

- **Sedentarismo.** La falta de actividad física puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- **Drogas ilícitas.** La cocaína y otras drogas se asocian a una mayor frecuencia de ataques cerebrales.
- **Obesidad.** La obesidad es un importante factor de riesgo y su presencia potencia a otros factores. Adicionalmente existen factores de riesgo no controlables. Es importante reconocerlos para poder identificar individuos con un mayor riesgo de sufrir un ataque cerebral (García et al., 2019).
- **Edad.** El riesgo de sufrir un ataque cerebral se duplica a partir de los 55 años de edad.
- **Género.** Los hombres tienen mayor riesgo con respecto a las mujeres.
- **Herencia.** Las personas con antecedentes familiares de enfermedad coronaria o cerebrovascular constituyen un grupo de mayor riesgo.
- **Antecedentes personales.** Quienes ya sufrieron un ataque cerebral tienen mayor riesgo de tener otro.
- **Raza:** hay mayor frecuencia de enfermedad oclusiva extracraneal en la raza blanca y la preferencia de lesiones ubicadas en la carótida supraclinoidea y en la arteria cerebral media es en la raza negra (García et al., 2019).



5.5 Clasificación

El término EVC abarca de manera general al grupo de trastornos circulatorios de naturaleza isquémica o hemorrágica, transitoria o permanente, que afectan un área del encéfalo, causados por un proceso patológico primario en al menos un vaso sanguíneo cerebral.

La EVC es una condición heterogénea que puede clasificarse bajo múltiples criterios. Por su naturaleza, se han identificado tres subtipos patológicos principales: infarto cerebral, hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea. El infarto cerebral es el subtipo más frecuente (80% a 85%) y el porcentaje restante le corresponde tanto a la hemorragia intracerebral como a la subaracnoidea (González & Landínez, 2016).

En los últimos años, gracias al creciente conocimiento acerca de la fisiopatología de la EVC y de sus técnicas diagnósticas, han ocurrido sustanciales modificaciones para la definición de la isquemia cerebral focal y en los correspondientes sistemas de clasificación (González & Landínez, 2016).

Isquemia Cerebral

Alteraciones del encéfalo secundarias a un trastorno del aporte circulatorio, cualitativo o cuantitativo. Puede ser focal o global, lo que depende de la afectación exclusiva de una zona del encéfalo o de la totalidad del encéfalo. Se reconocen dos tipos de isquemia cerebral focal: el ataque isquémico transitorio (AIT) y el infarto cerebral (IC) González & Landínez, (2016).



Ataque Isquémico Transitorio

Duración del déficit neurológico a menos de una hora y además se requiere de la ausencia de lesión isquémica en los estudios de imagen.

Por otro lado, la nueva definición propuesta incluyó el elemento biológico consistente en la ausencia de daño tisular, aunque aún necesita de un elemento temporal (duración de menos de una hora del déficit), sin considerar que el proceso biológico que diferencia a la isquemia transitoria del infarto cerebral es mucho más complejo que únicamente un asunto de tiempo, proceso donde intervienen la severidad de la isquemia, la circulación colateral cerebral y las demandas metabólicas tisulares, entre otros factores. Examinar las herramientas necesarias, para fortalecer el proceso de supervisión de los estudiantes de la licenciatura en Enfermería, contribuyendo al desarrollo en los saberes teóricos, prácticos heurísticos y axiológico (González & Landínez, 2016).

Al igual que en la definición clásica que usaba el límite de 24 horas, el límite de una hora probablemente no es adecuado para diferenciar la isquemia transitoria del infarto cerebral.

En 30% de los pacientes con síntomas transitorios de menos de una hora de duración, se demostró infarto cerebral en la imagen de resonancia magnética (IRM) con secuencias de difusión.

(Cruz Cruz et al., 2017), actualmente, el AIT se define como un episodio transitorio de disfunción neurológica causado por isquemia focal a nivel cerebral, en la medula espinal, sin infarto agudo. Esta definición ha merecido el respaldo por parte de la American Heart Association y de la American Stroke Association, que están a favor de su aplicación, no sin antes señalar que los criterios del AIT y los métodos diagnósticos requeridos para evidenciar la ausencia de infarto agudo, pueden evolucionar en el futuro.



Tradicionalmente se les ha clasificado con base en el territorio vascular afectado, en carotideo, vertebro-basilar o indeterminado, y según sus manifestaciones clínicas: en retiniano (ceguera monocular transitoria o amaurosis fugaz), hemisférico cortical, lacunar (subcortical) y atípico. Con la nueva definición propuesta, debería incluirse la afectación medular. Además, de acuerdo con la clasificación etiopatogénica común al infarto cerebral, los AIT pueden clasificarse en aterotrombóticos, cardioembólicos, lacunares, de causa rara y de causa indeterminada (Secretaría de Salud 2018).

Infarto cerebral

Con una duración mayor de 24 horas del déficit neurológico focal de origen vascular. Los parámetros de la nueva definición de AIT también son útiles para el concepto de IC. De tal manera que se puede definir como la presencia de una lesión isquémica en el cerebro o la retina, independientemente de la duración del déficit neurológico. Por sus manifestaciones clínicas, el IC puede ser sintomático o silente (González & Landínez, 2016).

El IC sintomático se manifiesta por signos clínicos focales o globales de disfunción cerebral, retiniana o medular.

El IC silente se define como el infarto del sistema nervioso central en pacientes asintomáticos o sin historia conocida de infarto, en los que se documentan lesiones isquémicas en la TC cerebral especialmente en la IRM cerebral. Los infartos cerebrales silentes suceden en 20% de la población mayor de 60 años de edad considerada sana, y duplican su frecuencia en poblaciones con factores



de riesgo vascular (González & Landínez, 2016). Por sus características anatomopatológicas y radiológicas, el IC puede dividirse en infarto pálido o blando, o bien infarto hemorrágico. El pálido se encuentra en la zona distal a una oclusión arterial permanente, lo que impide la reperfusión del tejido necrótico. Sin embargo, en las zonas con flujo sanguíneo, se observa presencia de leucocitos. Posteriormente, los macrófagos ocupan esta zona y los productos necróticos se eliminan progresivamente (González & Landínez, 2016).

Una vez que ha ocurrido la reperfusión del lecho infartado en el infarto hemorrágico, los glóbulos rojos se localizan entre el tejido necrótico, ya sea como escasas petequias diseminadas o como focos petequiales confluentes produciendo la apariencia de un hematoma en el interior del infarto (González & Landínez, 2016).

De acuerdo con el mecanismo de producción, el IC se clasifica en trombótico, embólico y hemodinámico. En el *trombótico* se desarrolla una oclusión arterial in situ, sea por arterosclerosis que es la causa más común de patología local a nivel de las grandes arterias extra o intracraneales, o por patología no aterosclerótica como la displasia fibromuscular, disección arterial o vasculitis.

En la arterosclerosis, un trombo puede crecer sobre una placa aterosclerótica y ocluir completamente la luz arterial. En el infarto *embólico*, la oclusión arterial se localiza distal a una zona con adecuado flujo colateral. El material embólico puede originarse a nivel arterial y se denomina émbolo arterio-arterial, también puede originarse desde una fuente cardíaca o puede proceder de la circulación venosa, que alcanza la circulación arterial a través de una comunicación derecha. Ésta se denomina como embolismo paradójico. Los émbolos pueden estar constituidos



por eritrocitos, fibrina, plaquetas, cristales de colesterol, calcio y más raramente por material séptico, aéreo o graso y tumoral (González & Landínez, 2016).

En el mecanismo *hemodinámico* hay una disminución crítica del flujo sanguíneo a nivel global antes que en una región específica del cerebro. Una severa disminución del vaso cardiaco y la hipovolemia se asocian con este tipo de infarto. Su presencia se favorece con casos de estenosis severa de las arterias que irrigan el encéfalo. Usualmente los infartos se localizan en el área limítrofe entre dos territorios arteriales principales o en el área entre ramas superficiales y profundas de la arteria cerebral media (González & Landínez, 2016).

En cuanto a la distribución topográfica el IC puede clasificarse en: infartos del territorio carotideo (anterior), vertebro-basilar (posterior) y finalmente infarto de territorio limítrofe; en este último caso, el infarto se debe a un mecanismo hemodinámico. En este criterio se asume que ciertas características clínicas podrían ser particulares de una determinada distribución topográfica, aunque existe una gran superposición de manifestaciones clínicas entre dos grandes territorios.

A su vez, en el sistema carotideo y en menor medida en el sistema vertebro-basilar, la siguiente subdivisión puede ser útil: infartos profundos o subcorticales, en territorios irrigados por pequeñas arterias perforantes, infartos corticales o superficiales, en aquellos irrigados por ramas de las arterias piales y finalmente, el infarto que abarca territorio superficial y profundo. Además, en el sistema carotideo y vertebro-basilar, los patrones topográficos del IC basados principalmente en las manifestaciones clínicas pueden sugerir la etiología subyacente (González & Landínez, 2016).



Enfermedad Vascular Cerebral Hemorrágica

Cruz Cruz et al. (2017), la define como hemorragia cerebral o ictus hemorrágico al sangrado dentro de la cavidad craneal, secundario a la rotura de un vaso sanguíneo, arterial o venoso. Representan aproximadamente el 15-20% de todos los ictus. Dependiendo de donde se produzca primariamente el sangrado se divide en:

Hemorragia Intracerebral

La HIC o hemorragia parenquimatosa es una colección hemática dentro del parénquima cerebral producida por la ruptura espontánea (no traumática) de un vaso con o sin comunicación con el sistema ventricular o con espacios subaracnoideos, y cuyo tamaño, localización y causas pueden ser muy variables (Cruz Cruz et al., 2017). Dependiendo de la topografía del sangrado la HIC se puede clasificar en:

Hemorragia Profunda

Es de localización subcortical fundamentalmente en los ganglios basales y tálamo. El 50% se abren al sistema ventricular y su principal factor de riesgo es la hipertensión arterial (HTA).

Hemorragia Lobar

Puede ser cortical o subcortical, y localizarse en cualquier parte de los hemisferios (Frontal, parietal, temporal, occipital). Su etiología es muy variada, siendo las causas más frecuentes las malformaciones vasculares, los tumores, las discrasias sanguíneas y el tratamiento antitrombótico.

La causa más frecuente en ancianos no hipertensos suele ser la angiopatía amiloide (Cruz Cruz et al., 2017).



Hemorragia Cerebelosa

El sangrado se localiza primariamente en el cerebelo y la etiología hipertensiva es la más común. Los datos clínicos y hallazgos exploratorios variaran según el volumen (si es superior a 3 cm se asocia a un curso rápidamente progresivo y fatal), localización y extensión (Cruz Cruz et al., 2017).

Hemorragia de tronco cerebral

La protuberancia es la localización más común de las hemorragias del tronco y el bulbo la topografía menos frecuente. Suelen ser graves salvo los casos de hemorragias puntiformes o de pequeño tamaño (Cruz Cruz et al., 2017).

Hemorragia Intraventricular

El sangrado se produce de manera inicial y exclusiva en el interior de los ventrículos cerebrales y su presentación clínica suele ser similar a la de la hemorragia subaracnoidea (HSA). Se denomina también hemorragia intraventricular primaria, en contraposición a la secundaria producida por extensión a los ventrículos de una hemorragia parenquimatosa (Cruz Cruz et al., 2017).

Hemorragia Subaracnoidea

La HSA espontanea o no traumática se debe al sangrado directamente en el espacio subaracnoideo, siendo la causa más frecuente la rotura de un aneurisma congénito. Un tipo especial de HSA es la de localización peri mesencefálica caracterizada por su excelente pronóstico (González & Landínez, 2016).



5.6 Cuadro 2

Clasificación de los signos y síntomas de los distintos tipos de Evento Vascular Cerebral

Con relación a la sintomatología que se presenta en los diferentes tipos de accidentes cerebrovasculares García et al., (2019) plantea la siguiente clasificación:

| Isquémico | Trombótico | Embólico | Hemorrágico |
|---------------------------------------|--|--|--|
| Hemiparesia | Dificultar para hablar, leer o escribir | Cefalea | Afección motora y sensitiva colateral al hemisferio dañado |
| Disartria | Pérdida de la fuerza en una parte del cuerpo | Pérdida de la visión en uno o ambos ojos | Disfasia o afasia |
| Incontinencia urinaria | Falta de visión en una o ambos ojos | Debilidad o parálisis de un brazo o pierna | Alteraciones visuales transitorias |
| Apatía | Visión doble | Mareos | Diplopía |
| Alteración en el estado de conciencia | Inestabilidad para caminar | Vértigo | Vértigo |
| Afasia | Falta de coordinación | Debilidad generalizada | Hemianopsia |
| Abulia | Mareos, vértigo o vómito | Dificultad para hablar | Cuadrantanopsia |
| Desviación forzada de la mirada | Dolor de cabeza súbito | Trastornos de consciencia | Pérdida súbita del estado de alerta |
| | Cambios del comportamiento | Falta de coordinación | |
| | | Incontinencia urinaria | |

Fuente: García et al., (2019).



5.7 Definición del Diagnóstico de la NANDA-21-23

Los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I son conceptos construidos mediante un sistema multiaxial. Un diagnóstico debe ser consistente con la definición actual de NANDA-I de diagnóstico de enfermería; es decir, su propuesta debe representar una respuesta humana para la cual la enfermera puede implementar intervenciones de enfermería independientes. La etiqueta y la definición deben basarse en una revisión de la literatura, que debe ser presentada y evaluada por el DDC. En esta etapa, la etiqueta y su definición se clasifican como "Recibido para el desarrollo", e identificado como tal en el sitio web de NANDA-I. Herdman et al., (2021).

Definición de Diagnóstico de Enfermería

Según Herdman et al., (2021). Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre una respuesta humana a las condiciones de salud / procesos de vida, o una susceptibilidad a esa respuesta, que se reconoce en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería para lograr resultados por los cuales la enfermera tiene responsabilidad (aprobado en la Novena Conferencia de NANDA; enmendado en 2009, 2013 y 2019).



5.8 Diagnóstico médico del EVC

La evaluación inicial del paciente con enfermedad vascular cerebral aguda y la decisión del tratamiento deben completarse en los primeros 60 minutos desde la llegada del paciente a un servicio de urgencias, mediante un protocolo organizado y con un equipo multidisciplinario que incluya médico, enfermera, radiólogo y personal de laboratorio (Cruz Cruz et al., 2017).

En los pacientes con sospecha de EVC, el examen físico inicial debe incluir:

- Observación de la respiración y de la función pulmonar.
- Signos tempranos de disfagia, de preferencia con un formato aprobado de valoración.
- Evaluación de alguna enfermedad cardíaca concomitante.
- Valoración de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca.
- Determinación de la saturación arterial de oxígeno empleando un oxímetro de pulso, si se dispone de éste.

Examen físico y neurológico

- Se interrogará al paciente o a un familiar sobre los síntomas y antecedentes médicos.
- **Realizará un examen físico.** Esto incluye tomar tu presión arterial y constatar síntomas de claridad mental; entumecimiento o debilidad; o problemas para hablar, ver o caminar.



- **Realizará un examen neurológico.** Este examen verifica cuán bien está funcionando el sistema nervioso para descubrir si el paciente ha sufrido un accidente cerebrovascular. En este examen, el médico realizará preguntas, pondrá a prueba los reflejos y pedirá que realice acciones simples. Cada parte del examen pone a prueba una parte diferente del cerebro. Este examen puede mostrar qué tan grave fue el accidente cerebrovascular y la parte del cerebro donde puede haber ocurrido (Velázquez, 2017).

Los síntomas del accidente cerebrovascular varían según el tipo y la parte del cerebro que afecte. Los síntomas generalmente se presentan repentinamente, en cuestión de segundos o minutos. Y se deberá utilizar la prueba cara-brazos-habla tiempo.

Si notas que alguien tiene debilidad facial, debilidad en el brazo o problemas en el habla, llama para pedir ayuda de emergencia de inmediato (Velázquez, 2017).

Estudios por imágenes

En el hospital, es probable que se realicen al menos un estudio por imágenes para que el médico pueda observar el cerebro, ver cuánto daño sufrió y en qué lugar ocurrió el accidente cerebrovascular. Algunos de los estudios por imágenes pueden incluir:

- ✓ **Tomografía computarizada (TAC).** Es un equipo especial que utiliza rayos X para ayudar a evaluar lesiones del cerebro. Una TC de la cabeza muestra la hemorragia en el cerebro o daños en las células del cerebro.



La TC también puede identificar otros problemas que pueden causar los síntomas del accidente cerebrovascular (García et al., 2019).

- ✓ **Resonancia magnética (IRM).** Utiliza un potente imán y ondas radioeléctricas (radiofrecuencias) para tomar imágenes del cerebro. La IRM puede mostrar los cambios
- ✓ en el cerebro producidos por un accidente cerebrovascular antes que la TC. La IRM también puede mostrar hemorragias o problemas de circulación sanguínea. Puede descartar otros problemas como tumores que podrían causar síntomas similares a los de un accidente cerebrovascular (García et al., 2019).
- ✓ **Angiografía por TC o RM.** La angiografía es un estudio por imágenes de los vasos sanguíneos y del flujo de la sangre a través de ellos. Se inyecta un medio de contraste en las venas para obtener una imagen detallada de los vasos sanguíneos después del accidente cerebrovascular. Una angiografía por TC se realiza con una TC y una angiografía por RM se realiza con una IRM.

5.9 Problemas en los pacientes con EVC.

Una evaluación completa debe ser capaz de identificar los problemas existentes y prever su futuro. También evaluar las incapacidades y deterioros individuales que puedan conducir las intervenciones específicas (como la fisioterapia para la hemiparesia); es importante no



ignorar síntomas menos específicos pero desagradables como el dolor de cabeza, vómitos, hipo, vértigo, estreñimiento, dolores y las complicaciones de la inmovilidad prolongada. Existen otros problemas importantes, pero más tardíos como el hombro doloroso y la depresión (Velázquez, 2017).

5.10 Prevención

Existen muchas estrategias de prevención de los Accidentes Cerebrovasculares al realizar cambios en el estilo de vida.

Entre ellos tenemos:

- **Dejar de fumar.** Esto puede reducir tu riesgo de accidente cerebrovascular sin importar tu edad o por cuánto tiempo hayas fumado.
- **No excederte de los límites recomendados de consumo de alcohol.** Al reducir la cantidad de alcohol que bebes puede disminuir tu presión sanguínea, que a su vez reduce tu riesgo de accidente cerebrovascular.
- **Mejorar tu dieta.** Reducir los niveles de colesterol y consumo de sal pueden disminuir tu riesgo de accidente cerebrovascular.
- **Aumentar el nivel de actividad que realizas.** La actividad regular (30 minutos al día, cinco días a la semana) puede ayudarte a reducir tu presión arterial y regular los niveles de grasa en tu cuerpo (Velázquez, 2017)
- **Control de Presión Arterial.** A través de dietas, ejercicio y medicamentos si es necesario.



5.11 Intervenciones de enfermería

Según García et al., (2019) las intervenciones de enfermería más frecuentes para este padecimiento son:

5.13 Cuadro 3

Intervenciones de enfermería consultadas en la bibliografía el padecimiento de EVC

| Etiqueta diagnóstica | Fundamentación teórica de la intervención de Enfermería |
|---|---|
| <p>➤ Evaluación de la disfagia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales. <p>Dominio: 2 Clase 1</p> | <p>La disfagia es la dificultad para comer mismo que trae como consecuencia una ingestión inadecuada de sólidos y líquidos y un aporte nutricional deficiente.</p> |
| <p>Ingesta de nutrientes insuficientes para cubrir las necesidades metabólicas.</p> | |
| <p>➤ Cambio de posición para evitar úlceras por presión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movilidad física deteriorada <p>Dominio: 4 Clase: 2</p> | <p>Las úlceras por presión (decúbito) siguen siendo problemáticas en todos los entornos de salud. La mayoría puede prevenirse y puede detenerse el deterioro hasta la fase 1.</p> |
| <p>Limitación en el movimiento independiente y decidido del cuerpo o de una o más extremidades.</p> | <p>El uso de pautas para la práctica clínica permite identificar de forma eficaz y definir la intervención temprana para prevenirlas.</p> |



- **Vendaje de miembros inferiores** La piel pálida o cianótica, la temperatura como medida preventiva de fría, el hormigueo y el entumecimiento **tromboembolia pulmonar** e pueden ser un claro indicador de una **insuficiencia venosa profunda** alteración en la circulación sanguínea. **secundaria a la inmovilidad.**

- Riesgo de trombosis

Dominio: 4 Clase: 4

Susceptible a la obstrucción de un vaso sanguíneo por un trombo que puede desprenderse y alojarse en otro vaso, lo que puede comprometer la salud.

- **Colocar al paciente en posición de Semi-Fowler.**

- Movilidad de la cama alterada

Dominio :4 Clase: 2

Limitación en el movimiento independiente de una posición de cama a otra.

- Posición semi – Fowler alta

Posición en la que se levanta la cabeza y el tronco entre 45 y 60° en relación con la cama, con las rodillas flexionadas o no.

- Posición semi – Fowler

La cabeza y el tronco se elevan entre 15 y 45°. Esta posición recibe a veces el nombre de posición semi – Fowler baja y generalmente implica una elevación de 30°.



- **Realizar ejercicios respiratorios y palmopercusión con el fin de evitar neumonías por estasis de secreciones.** El ejercicio adecuado del aparato respiratorio previene la acumulación de secreciones en bronquios y bronquiolos, disminuyendo el esfuerzo respiratorio y el riesgo de infección.
- Intercambio de gases deteriorad

Dominio: 3 Clase: 4

Exceso o déficit de oxigenación y /
eliminación de dióxido de carbono.

Fuente: Korier & Erb. (2013).



VI. Caso clínico

Paciente femenina de 86 años de edad, (A G C), con diagnóstico médico de Evento Vascular Cerebral Hemorrágico; con signos vitales de: T/A: 190/77, F.C: 79 latidos por minuto, F.R:16 respiraciones por minuto, TEMP: 37.1°C, SatO2: 95% con oxigenoterapia a través de mascarilla con reservorio. Su peso es de 70 kg, su estatura es de 165 cm. de altura, con perímetro abdominal es de 90 cm., con un IMC de 25.71 kg/m². Post operada de drenaje de hematoma subdural (5 días de posoperatorio), con herida quirúrgica con evolución adecuada, en posición semi – fowler, conectada a ventilación mecánica y asistencia ventilatoria por medio de traqueostomía, a la exploración física se observa falta de respuesta a estímulos verbales, auditivo, ocular y al dolorosos, (con valoración de GLASGOW DE 3 puntos), resequedad de mucosas orales y palidez de cavidad oral, se observa falta de piezas dentales, en cavidad ocular presenta miosis, resequedad de globo ocular, con ausencia de movilidad, presenta (anasarca) edema generalizado, resequedad de piel, con presencia de signo de lienzo húmedo, con distensión abdominal, con peristaltismo disminuido con sonda de gastrostomía para alimentación, en el sitio de inserción de la sonda de gastrostomía se observa salida de líquido espeso blanquecino no fétido; con sonda vesical a derivación y con oliguria (100 ml x 6 horas), orina concentrada y olor fétido, no ha evacuado por 3 días por lo que es necesario administrar laxantes y enema jabonoso obteniéndose evacuaciones de heces café y consistencia dura.



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Es de religión católica, casada y analfabeta. Reside en Michoacán en la comunidad Junta de Poturo, cuenta con casa propia construida con ladrillo, tiene agua potable, luz y drenaje.

El aspecto más relevante que recuerda respecto a su salud es que en la etapa adulta le detectaron hipertensión arterial con treinta y seis años de evolución.

Nunca recibió educación sexual, se considera de orientación heterosexual, ya no tiene una vida sexual activa; no utilizó ningún método de planificación familiar, tuvo seis hijos; a los cincuenta y cinco años inició su menopausia, no recuerda haberse hecho ningún Papanicolau. Los chequeos generales de salud se los realiza cada año, no acude a las campañas de salud para detectar oportunamente enfermedades, no hace rehabilitación.

Su estado de salud es delicado, se encuentra en el servicio de cirugía general, y está recibiendo atención especializada de todo el equipo multidisciplinario del Hospital Civil “Dr. Miguel Silva” en Morelia Michoacán. Por su condición no tiene la capacidad de tomar decisiones propias, por lo que dos familiares cercanos deciden por ella respecto a los procedimientos médicos que se le realizan.

En el momento de la entrevista es su hijo quien responde por ella.



VII. Historia natural del evento vascular cerebral

| PERIODO PREPATOGENICO | P E R I O D O P A T O G É N I C O | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| Definición | Desarrollo y multiplicación del agente | Cambios anatomofisiopatológicos | Signos y síntomas | Enfermedad | Complicaciones |
| <p>Es el resultado de una interrupción en el aporte de sangre que causa pérdida temporal o permanente de movimiento, pensamiento, lenguaje y memoria.</p> <p>Agente:</p> <p>Trombótico. Embólico. Hemorrágico Isquémico</p> <p>Huésped:</p> <p>Mayor incidencia en población afroamericana que anglosajones y en población masculina.</p> <p>AMBIENTE: 10 a 12% en países industrializados.</p> | <p>Los escasos depósitos de oxígeno y glucosa de las neuronas son consumidas rápidamente durante la isquemia, esto altera la respiración en las mitocondrias y las neuronas metabolizan la glucosa residual en ácido láctico en lugar de bióxido de carbono y agua.</p> | <p>Sobreviene una isquemia, esta produce hipoxia o anoxia e hipoglucemia. Estos procesos causan infarto a través de un fenómeno llamado diasquisis.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Hemiparesia - Paraplejia - Afasia - Convulsiones - Vómitos - Rigidez - Apraxia. - Parestesia - Trastorno de la percepción - Disfunción vesical - Alteraciones visuales - Cefalea - Pérdida del equilibrio. | <p>Enfermedad</p> <p>Se clasifican en:</p> <p>Isquémicos: resultado de la interrupción en el aporte de oxígeno.</p> <p>Hemorrágico: sangrado dentro del parénquima cerebral que provoca irritación y ejerce presión sobre los tejidos y los nervios.</p> <p>Embólico: los émbolos se alojan en la bifurcación de arterias de donde el flujo de sangre es turbulento.</p> <p>Trombótico: lugares donde ocurre infarto y necrosis en arterias de pequeño calibre.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hipertensión intracraneana ➤ Parálisis ➤ Hipoxia cerebral ➤ Muerte cerebral ➤ Coma <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Muerte</p> |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



| Prevención primaria | | Prevención Secundaria | | | Prevención terciaria |
|---|--|---|---|--|--|
| Promoción de la salud | Promoción de la salud | Diagnóstico precoz | Tratamiento oportuno | Limitación del daño | Rehabilitación |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar el tabaquismo ➤ Educación dietética baja en grasas ➤ Realizar ejercicio. | Control estricto de factores como: hipertensión arterial, diabetes y obesidad. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Biometría hemática completa. ➤ Angiografía cerebral. ➤ TAC. | <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo ventilatorio mecánico. - Instalación de SNG y vesical. - Cambios posturales. - Valoración neurológica con escala de Glasgow. - Anticoagulantes y anticonvulsivos. | <ul style="list-style-type: none"> - Intervención quirúrgica. - Endarterectomía carótida (extracción de una placa o trombo arterioesclerótica de la arteria carótida) - Angioplastia (introducción de una sonda en la arterial. | <ul style="list-style-type: none"> - Terapia física en las áreas afectadas. - Rehabilitación del lenguaje. |

Fuente: Ricarte, 2009.



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



VIII. Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem

Proceso enfermero cuadro 1

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|------------------------|--|--------------|--------------------------------|--|---|---------------|-----|--------|-------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Déficit de autocuidado | | Riesgo de síndrome de desuso relacionado con alteración en el nivel de conciencia | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DOMINIO | 5. Percepción/Cognición | | | CLASE | 4. Cognición | | | PÁGINA | 269 | | | | | | | |
| Requisito de Autocuidado Universal | Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. | | Sistema de enfermería | | | | | | | | | | | | | | | |
| Requisito de Desarrollo | Adulto mayor | | Intervención | Estimulación cognitiva | | | Sistema de enfermería | Totalmente compensatorio | | | | | | | | | | |
| Requisito de autocuidado en la desviación de la salud | Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico | | Fundamentación teórica | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agencia de enfermería | | | Los cuidados de enfermería en un paciente encamado están encaminados a prevenir la seguridad, fomentar la comodidad y a la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Terapéutico | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resultado esperado | Estado neurológico: conciencia | | Acción o método de ayuda (Intervención) | | | | | Conclusiones | | | | | | | | | | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas. • Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona. • Hablar con el paciente. • Presentar los cambios de manera gradual. • Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente. | | | | | Paciente estable, que mejora con ayuda de las acciones de enfermería. Se mantiene en vigilancia continua para seguir con el tratamiento. | | | | | | | | | | |
| Escala Diana | 1.Gravemente comprometido 4Levemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 5.No comprometido 3.Moderadamente comprometido | | | | | | | Escala Diana | 1.Gravemente comprometido 4Levemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 5.No comprometido 3.Moderadamente comprometido | | | | | | | | | |
| Código | Indicadores | 1 | | | | | | 2 | 3 | 4 | 5 | Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 091201 | Abre los ojos a estímulos externos | * | | | | | | | | | | 091201 | Abre los ojos a estímulos externos | | * | | | |
| 091202 | Orientación cognitiva | | | | | | | * | | | | 091202 | Orientación cognitiva | | | * | | |
| 091206 | Atiende a los estímulos ambientales | | | | | | | | * | | | 091206 | Atiende a los estímulos ambientales | | | | * | |
| Total: 6 puntos | | | | | | | Total: 9 puntos | | | | | | | | | | | |
| (+ Puntuación Diana PREVIA) | | | | | | | (+ Puntuación Diana POSTERIOR) | | | | | | | | | | | |
| Referências bibliográficas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2009-2011, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró: PLESS. JUDITH CRUZ ROMÁN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem

Proceso enfermero cuadro 2

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|------------------|--------------|--------------|--|-------------------------------------|--------------------------------|---|---|---|---|
| Déficit de autocuidado | | Riesgo de síndrome de desuso relacionado con alteración en el nivel de conciencia | | | | | | | | | | | |
| | | DOMINIO | 5. Percepción/Cognición | | CLASE | 4. Cognición | | PÁGINA | 269 | | | | |
| Requisito de Autocuidado Universal | Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. | | Sistema de enfermería | | | | | | | | | | |
| Requisito de Desarrollo | Adulto mayor | | Intervención | Manejo ambiental | | | Sistema de enfermería | Totalmente compensatorio | | | | | |
| Requisito de autocuidado en la desviación de la salud | Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico | | Fundamentación teórica | | | | | | | | | | |
| Agencia de enfermería | | | Los cuidados de enfermería en un paciente encamado están encaminados a prevenir la seguridad, fomentar la comodidad y a la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama. | | | | | | | | | | |
| Terapéutico | | | | | | | | | | | | | |
| Resultado esperado | Estado neurológico: conciencia | | Acción o método de ayuda (Intervención) | | | | Conclusiones | | | | | | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente seguro para el paciente. • Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognitiva y el historial de la conducta. • Eliminar los factores de peligro del ambiente. • Disminuir los estímulos ambientales. • Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos. | | | | Paciente estable, que mejora con ayuda de las acciones de enfermería. Se mantiene en vigilancia continua para seguir con el tratamiento. | | | | | | |
| Escala Diana | 1. Gravemente comprometido 4 Levemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 5. No comprometido 3. Moderadamente comprometido | | | | | | Escala Diana | | | | 1. Gravemente comprometido 4 Levemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 5. No comprometido 3. Moderadamente comprometido | | |
| Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 091201 | Abre los ojos a estímulos externos | * | | | | | 091201 | Abre los ojos a estímulos externos | | * | | | |
| 091202 | Orientación cognitiva | | * | | | | 091202 | Orientación cognitiva | | | * | | |
| 091206 | Atiende a los estímulos ambientales | | | * | | | 091206 | Atiende a los estímulos ambientales | | | | * | |
| | | Total: 6 puntos | | | | | | | Total: 9 puntos | | | | |
| | | (+ Puntuación Diana PREVIA) | | | | | | | (+ Puntuación Diana POSTERIOR) | | | | |
| Referências bibliográficas | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2009-2011, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró: PLESS. JUDITH CRUZ ROMÁN | | | | | | | | | | | | | |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem

Proceso enfermero cuadro 3

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|-------------------------|--------------|--|---|-------------------------------------|-----------------|---|---|---|---|
| Déficit de autocuidado | | Riesgo de síndrome de desuso relacionado con alteración en el nivel de conciencia | | | | | | | | | | | |
| | | DOMINIO | 5. Percepción/Cognición | | CLASE | 4. Cognición | PÁGINA | 269 | | | | | |
| Requisito de Autocuidado Universal | Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. | | Sistema de enfermería | | | | | | | | | | |
| Requisito de Desarrollo | Adulto mayor | | Intervención | Fomentar la resiliencia | | Sistema de enfermería | Totalmente compensatorio | | | | | | |
| Requisito de autocuidado en la desviación de la salud | Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico | | Fundamentación teórica | | | | | | | | | | |
| Agencia de enfermería | | | Los cuidados de enfermería en un paciente encamado están encaminados a prevenir la seguridad, fomentar la comodidad y a la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama. | | | | | | | | | | |
| Terapéutico | | | | | | | | | | | | | |
| Resultado esperado | Estado neurológico: conciencia | | Acción o método de ayuda (Intervención) | | | Conclusiones | | | | | | | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Fomentar el apoyo familiar Facilitar la comunicación familiar. Fomentar la implicación de la familia en las actividades relacionadas con su paciente. Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud. Facilitar la cohesión familiar. | | | Paciente estable, que mejora con ayuda de las acciones de enfermería. Se mantiene en vigilancia continua para seguir con el tratamiento. | | | | | | | |
| Escala Diana | 1.Gravemente comprometido 4Levemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 5.No comprometido 3.Moderadamente comprometido | | | | | Escala Diana | 1.Gravemente comprometido 4Levemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 5.No comprometido 3.Moderadamente comprometido | | | | | | |
| Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 091201 | Abre los ojos a estímulos externos | * | | | | | 091201 | Abre los ojos a estímulos externos | | * | | | |
| 091202 | Orientación cognitiva | | * | | | | 091202 | Orientación cognitiva | | | * | | |
| 091206 | Atiende a los estímulos ambientales | | | * | | | 091206 | Atiende a los estímulos ambientales | | | | * | |
| | | Total: | 6 puntos | | | | | Total: | 9 puntos | | | | |
| | | (+ Puntuación Diana PREVIA) | | | | | | (+ Puntuación Diana POSTERIOR) | | | | | |
| Referências bibliográficas | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2009-2011, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró: PLESS. JUDITH CRUZ ROMÁN | | | | | | | | | | | | | |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem

Proceso enfermero cuadro 4

| Déficit de autocuidado | | Riesgo de infección relacionado con procedimiento quirúrgico | | | | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------|---------------------------------------|------------------|--|--------------------------|---|----------|----------|
| | | DOMINIO | 11. Seguridad/Protección | CLASE | 2. Lesión física | PÁGINA | 401 | | | |
| Requisito de Autocuidado Universal | Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. | Sistema de enfermería | | | | | | | | |
| Requisito de Desarrollo | Adulto mayor | Intervención | Cuidados del sitio de incisión | | | Sistema de enfermería | Totalmente compensatorio | | | |
| Requisito de autocuidado en la desviación de la salud | Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico Post operada de drenaje de hematoma | Fundamentación teórica | | | | | | | | |
| Agencia de enfermería | | La epidermis, capa exterior de la piel, contiene a partir de la dermis (capas basilar con células prismáticas) cuerpo mucoso de Malpighi, granular o de Langerhans o de Oehl y córnea. En estas existen variedades celulares correspondientes a la evolución de las células prismáticas. El método mecánico de limpieza ofrece la remoción de partículas que causan infección en la herida. | | | | | | | | |
| Dependiente | | | | | | | | | | |
| Resultado esperado | Conocimiento: Control de la infección | Acción o método de ayuda (Intervención) | | | | Conclusiones | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. Observar las características de cualquier drenaje. Observar si hay signos y síntomas de infección. Limpiar con solución salina o un limpiador no tóxico. Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario. | | | | Paciente estable, que mejora con ayuda de las acciones de enfermería. Se mantiene en vigilancia continua para seguir con el tratamiento. | | | | |
| Escala Diana | 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso | | | | | Escala Diana | | 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso | | |
| Código | Indicadores | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 184211 | Signos y síntomas de infección | | | | | | * | | | |
| 180706 | Procedimiento de control de la infección | | | | | | | * | | |
| 184208 | Actividades para aumentar la resistencia a la infección | | | | | | * | | | |
| 180207 | Importancia de la higiene de manos | | | | | | * | | | |
| 184217 | Importancia de la adherencia al tratamiento | * | | | | | | | | |
| Total: 10 puntos | | | | Total: 15 puntos | | | | | | |
| <i>(+ Puntuación Diana PREVIA)</i> | | | | <i>(+ Puntuación Diana POSTERIOR)</i> | | | | | | |
| Referencias bibliográficas | | | | | | | | | | |
| Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2009-2011, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). | | | | | | | | | | |
| Elaboró: PLESS. JUDITH CRUZ ROMÁN | | | | | | | | | | |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem

Proceso enfermero cuadro 5

| Déficit de autocuidado | | Riesgo de infección relacionado con procedimiento quirúrgico | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|------------------|--|-------|--------------------------------|--|--|-----|---|--------|--|---|---|---|---|---|
| | | DOMINIO | 11. Seguridad/Protección | | | CLASE | 2. Lesión física | | PÁGINA | 401 | | | | | | | | |
| Requisito de Autocuidado Universal | Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. | | Sistema de enfermería | | | | | | | | | | | | | | | |
| Requisito de Desarrollo | Adulto mayor | | Intervención | Manejo del dolor | | | | Sistema de enfermería | Totalmente compensatorio | | | | | | | | | |
| Requisito de autocuidado en la desviación de la salud | Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico Post operada de drenaje de hematoma | | Fundamentación teórica | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agencia de enfermería | | | La epidermis, capa exterior de la piel, contiene a partir de la dermis (capa basilar con células prismáticas) cuerpo mucoso de Malpighi, granular o de Langerhans o de Oehl y córneo. En estas existen variedades celulares correspondientes a la evolución de las células prismáticas. El método mecánico de limpieza ofrece la remoción de partículas que causan infección en la herida. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dependiente | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resultado esperado | Conocimiento: Control de la infección | | Acción o método de ayuda (Intervención) | | | | | Conclusiones | | | | | | | | | | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Observar signos no verbales de molestias. Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Utilizar estrategias para comunicación terapéutica y conocer la experiencia del dolor. Explorar con el paciente los factores que alivian / empeoran el dolor. Disminuir o eliminar los factores que aumenten la experiencia de dolor. | | | | | Paciente estable, que mejora con ayuda de las acciones de enfermería. Se mantiene en vigilancia continua para seguir con el tratamiento. | | | | | | | | | | |
| Escala Diana | 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso | | | | | | | Escala Diana | 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso | | | | | | | | | |
| Código | Indicadores | 1 | | | | | | 2 | 3 | 4 | 5 | Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 184211 | Signos y síntomas de infección | | | | | | | * | | | | 184211 | Signos y síntomas de infección | | | * | | |
| 180706 | Procedimiento de control de la infección | | | | | | | | * | | | 180706 | Procedimiento de control de la infección | | | * | | |
| 184208 | Actividades para aumentar la resistencia a la infección | | * | | | | 184208 | Actividades para aumentar la resistencia a la infección | | | * | | | | | | | |
| 180207 | Importancia de la higiene de manos | | * | | | | 180207 | Importancia de la higiene de manos | | | | * | | | | | | |
| 184217 | Importancia de la adherencia al tratamiento | * | | | | | 184217 | Importancia de la adherencia al tratamiento | | * | | | | | | | | |
| Total: 10 puntos | | | | | | | Total: 15 puntos | | | | | | | | | | | |
| (+ Puntuación Diana PREVIA) | | | | | | | (+ Puntuación Diana POSTERIOR) | | | | | | | | | | | |
| Referencias bibliográficas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2009-2011, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró: PLESS. JUDITH CRUZ ROMÁN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem

Proceso enfermero cuadro 6

| Déficit de autocuidado | | Riesgo de infección relacionado con procedimiento quirúrgico | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-----------------------|--|-------|------------------------------|--|---|--------|-----|--------|--|---|---|---|---|------------------|--|--|
| | | DOMINIO | 11. Seguridad/Protección | | | CLASE | 2. Lesión física | | | PÁGINA | 401 | | | | | | | | | |
| Requisito de Autocuidado Universal | Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. | | Sistema de enfermería | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Requisito de Desarrollo | Adulto mayor | | Intervención | Vigilancia de la piel | | | Sistema de enfermería | Totalmente compensatorio | | | | | | | | | | | | |
| Requisito de autocuidado en la desviación de la salud | Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico Post operada de drenaje de hematoma | | Fundamentación teórica | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agencia de enfermería | | | La epidermis, capa exterior de la piel, contiene a partir de la dermis (capas basilar con células prismáticas) cuerpo mucoso de Malpighi, granular o de Langerhans o de Oehl y córnea. En estas existen variedades celulares correspondientes a la evolución de las células prismáticas. El método mecánico de limpieza ofrece la remoción de partículas que causan infección en la herida. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dependiente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resultado esperado | Conocimiento: Control de la infección | | Acción o método de ayuda (Intervención) | | | | | Conclusiones | | | | | | | | | | | | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y mucosas. Valorar el estado de la zona de incisión. Vigilar el color y la temperatura de la piel. Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. Instruir al familiar / cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel. | | | | | Paciente estable, que mejora con ayuda de las acciones de enfermería. Se mantiene en vigilancia continua para seguir con el tratamiento. | | | | | | | | | | | | |
| Escala Diana | 1. Ningún conocimiento 4. Conocimiento sustancial 2. Conocimiento escaso 5. Conocimiento extenso 3. Conocimiento moderado | | | | | | | Escala Diana | | | | | 1. Ningún conocimiento 4. Conocimiento sustancial 2. Conocimiento escaso 5. Conocimiento extenso 3. Conocimiento moderado | | | | | | | |
| Código | Indicadores | 1 | | | | | | 2 | 3 | 4 | 5 | Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 184211 | Signos y síntomas de infección | | | | | | | * | | | | 184211 | Signos y síntomas de infección | | | * | | | | |
| 180706 | Procedimiento de control de la infección | | | | | | | | * | | | 180706 | Procedimiento de control de la infección | | | * | | | | |
| 184208 | Actividades para aumentar la resistencia a la infección | | | | | | | * | | | | 184208 | Actividades para aumentar la resistencia a la infección | | | * | | | | |
| 180207 | Importancia de la higiene de manos | | | | | | | * | | | | 180207 | Importancia de la higiene de manos | | | | * | | | |
| 184217 | Importancia de la adherencia al tratamiento | * | | | | | | | | | | 184217 | Importancia de la adherencia al tratamiento | | * | | | | | |
| Total: | | 10 puntos | | | | | | Total: | | | | | | | | | | 15 puntos | | |
| | | (+ Puntuación Diana PREVIA) | | | | | | (+ Puntuación Diana POSTERIOR) | | | | | | | | | | | | |
| Referencias bibliográficas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2009-2011, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró: PLESS. JUDITH CRUZ ROMÁN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem

Proceso enfermero cuadro 7

| Déficit de autocuidado | | Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con humedad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--------------------------|--|--|-------|--|--------------------------|---|--------|-----|--------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------|---|--------------------------------|---|--|--|--|
| | | DOMINIO | 11. Seguridad/Protección | | | CLASE | 2. Lesión física | | | PÁGINA | 412 | | | | | | | | | | |
| Requisito de Autocuidado Universal | Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. | Sistema de enfermería | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Requisito de Desarrollo | Adulto mayor | Intervención | Cambio de posición | | | | Sistema de enfermería | Totalmente compensatorio | | | | | | | | | | | | | |
| Requisito de autocuidado en la desviación de la salud | Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico | Fundamentación teórica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agencia de enfermería | | El manejo correcto y secado de la piel permite evitar las fuentes de infección, además aplicar una crema o loción para mantener su hidratación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dependiente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resultado esperado | Integridad tisular: piel y membranas mucosas | Acción o método de ayuda (Intervención) | | | | | Conclusiones | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Colocar sobre un colchón/cama terapéutico. • Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda. • Inmovilizar o apoyar la parte corporal a afectada. • Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal). • Mantener la posición y la integridad de la tracción. | | | | | Paciente estable, que mejora con ayuda de las acciones de enfermería. Se mantiene en vigilancia continua para seguir con el tratamiento. | | | | | | | | | | | | | | |
| Escala Diana | 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado | | | | | | 4.Leve 5. Ninguno | | | | | | Escala Diana | 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado | 4. Leve 5. Ninguno | | | | | | |
| Código | Indicadores | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 110115 | Lesiones cutáneas | | | | | | | * | | | | 110115 | Lesiones cutáneas | | | * | | | | | |
| 110116 | Lesiones de la mucosa | | | | | | | | * | | | 110116 | Lesiones de la mucosa | | | * | | | | | |
| 110119 | Descamación cutánea | | | | | | | * | | | | 110119 | Descamación cutánea | | | * | | | | | |
| 110121 | Eritema | | | | | | | | * | | | 110121 | Eritema | | | | * | | | | |
| | | | | | | | Total: 10 puntos | | | | | | | | | | Total: 13 puntos | | | | |
| | | | | | | | (+ Puntuación Diana PREVIA) | | | | | | | | | | (+ Puntuación Diana POSTERIOR) | | | | |
| Referências bibliográficas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2009-2011, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró: PLESS. JUDITH CRUZ ROMÁN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem

Proceso enfermero cuadro 8

| Déficit de autocuidado | | Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con humedad | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------|--|-------|------------------|--|--------------------------|-----|---------------------------------------|-----------------------|--------|-----------------------|---|---|---|---|---|
| | | DOMINIO | 11. Seguridad/Protección | | CLASE | 2. Lesión física | | PÁGINA | 412 | | | | | | | | | |
| Requisito de Autocuidado Universal | Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. | Sistema de enfermería | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Requisito de Desarrollo | Adulto mayor | Intervención | Cuidados del paciente encamado | | | | Sistema de enfermería | Totalmente compensatorio | | | | | | | | | | |
| Requisito de autocuidado en la desviación de la salud | Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico | Fundamentación teórica | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agencia de enfermería | | El manejo correcto y secado de la piel permite evitar las fuentes de infección, además aplicar una crema o loción para mantener su hidratación. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dependiente | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resultado esperado | Integridad tisular: piel y membranas mucosas | Acción o método de ayuda (Intervención) | | | | | Conclusiones | | | | | | | | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Explicar las razones del reposo en cama. Colocar al paciente en posición alineada. Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente. Enseñar ejercicios de cama. Girar al paciente al menos cada dos horas. | | | | | Paciente estable, que mejora con ayuda de las acciones de enfermería. Se mantiene en vigilancia continua para seguir con el tratamiento. | | | | | | | | | | | |
| Escala Diana | 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado | | | | | | 4. Leve 5. Ninguno | Escala Diana | | 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado | 4. Leve 5. Ninguno | | | | | | | |
| Código | Indicadores | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 110115 | Lesiones cutáneas | | | | | | | * | | | | 110115 | Lesiones cutáneas | | | * | | |
| 110116 | Lesiones de la mucosa | | | | | | | | * | | | 110116 | Lesiones de la mucosa | | | * | | |
| 110119 | Descamación cutánea | | | | | | | * | | | | 110119 | Descamación cutánea | | | * | | |
| 110121 | Eritema | | | | | | | | * | | | 110121 | Eritema | | | | * | |
| Total: 10 puntos | | | | | | | Total: 13 puntos | | | | | | | | | | | |
| (+ Puntuación Diana PREVIA) | | | | | | | (+ Puntuación Diana POSTERIOR) | | | | | | | | | | | |
| Referencias bibliográficas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2009-2011, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró: PLESS. JUDITH CRUZ ROMÁN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem

Proceso enfermero cuadro 9

| Déficit de autocuidado | | Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con humedad | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|--|--|-------|--|--|---|--------|-----|---|---|
| | | DOMINIO | 11. Seguridad/Protección | | | CLASE | 2. Lesión física | | | PÁGINA | 412 | | |
| Requisito de Autocuidado Universal | Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. | Sistema de enfermería | | | | | | | | | | | |
| Requisito de Desarrollo | Adulto mayor | Intervención | Cuidados de las úlceras por presión | | | | Sistema de enfermería | Totalmente compensatorio | | | | | |
| Requisito de autocuidado en la desviación de la salud | Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico | Fundamentación teórica | | | | | | | | | | | |
| Agencia de enfermería | | El manejo correcto y secado de la piel permite evitar las fuentes de infección, además aplicar una crema o loción para mantener su hidratación. | | | | | | | | | | | |
| Dependiente | | | | | | | | | | | | | |
| Resultado esperado | Integridad tisular: piel y membranas mucosas | Acción o método de ayuda (Intervención) | | | | | Conclusiones | | | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Aplicar pomadas, según corresponda. Observar si hay signos y síntomas de infección en la úlcera. Aplicar vendajes, si está indicado. Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda. Limpiar alrededor de la úlcera con jabón suave y agua. | | | | | Paciente estable, que mejora con ayuda de las acciones de enfermería. Se mantiene en vigilancia continua para seguir con el tratamiento. | | | | | | |
| Escala Diana | 1.Grave 4.Leve 2.Sustancial 5. Ninguno 3.Moderado | | | | | | Escala Diana | 1.Grave 4. Leve 2.Sustancial 5. Ninguno 3.Moderado | | | | | |
| Código | Indicadores | | | | | | Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 110115 | Lesiones cutáneas | | | | | | 110115 | Lesiones cutáneas | | | * | | |
| 110116 | Lesiones de la mucosa | | | | | | 110116 | Lesiones de la mucosa | | | * | | |
| 110119 | Descamación cutánea | | | | | | 110119 | Descamación cutánea | | | * | | |
| 110121 | Eritema | | | | | | 110121 | Eritema | | | | * | |
| Total: 10 puntos | | | | | | | Total: 13 puntos | | | | | | |
| (+ Puntuación Diana PREVIA) | | | | | | | (+ Puntuación Diana POSTERIOR) | | | | | | |
| Referências bibliográficas | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2009-2011, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró: PLESS. JUDITH CRUZ ROMÁN | | | | | | | | | | | | | |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem

Proceso enfermero cuadro 10

| Déficit de autocuidado | | Desequilibrio nutricional relacionado con ingesta inferior a las necesidades manifestado por palidez de las mucosas | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------|--|-------|--|---|--------|-----|---|---|---|
| | | DOMINIO | 2. Nutrición | | CLASE | 1. Ingestión | | PÁGINA | 171 | | | |
| Requisito de Autocuidado Universal | Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos. | Sistema de enfermería | | | | | | | | | | |
| Requisito de Desarrollo | Adulto mayor | Intervención | Alimentación enteral por sonda | | | Sistema de enfermería | Totalmente compensatorio | | | | | |
| Requisito de autocuidado en la desviación de la salud | Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico | Fundamentación teórica | | | | | | | | | | |
| Agencia de enfermería | | Se determina si la alimentación por gastrostomía tiene la absorción adecuada y se verifica la colocación correcta de la sonda. Si se duda de la colocación de la sonda se debe repetir la radiografía. Para evitar contaminación no dejar la bolsa colgada por más de 4-8 horas. Vigilar la correcta bajada el alimento. | | | | | | | | | | |
| Dependiente | | | | | | | | | | | | |
| Resultado esperado | Estado nutricional: ingestión de nutrientes | Acción o método de ayuda (Intervención) | | | | Conclusiones | | | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Observar si hay presencia de sonidos intestinales. Vigilar el estado de líquidos y electrolitos. Irrigar la sonda cada 4 o 6 horas durante a alimentación continuada y después de cada alimentación. Explicar el procedimiento al paciente. Observar si hay sensación de plenitud, náuseas o vómito. | | | | Paciente estable, que mejora con ayuda de las acciones de enfermería. Se mantiene en vigilancia continua para seguir con el tratamiento. | | | | | | |
| Escala Diana | 1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado | | | | | Escala Diana | 1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado | | | | | |
| Código | Indicadores | | | | | Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1009001 | Ingestión calórica | | | | | 1009001 | Ingestión calórica | | | * | | |
| 1009002 | Ingesta proteica | | | | | 1009002 | Ingesta proteica | | | * | | |
| 1009003 | Ingestión de grasas | | | | | 1009003 | Ingestión de grasas | | | * | | |
| 1009005 | Ingestión de vitaminas | 1009005 | Ingestión de vitaminas | | | * | | | | | | |
| Total: 8 puntos | | Total: 12 puntos | | | | | | | | | | |
| (+ Puntuación Diana PREVIA) | | (+ Puntuación Diana POSTERIOR) | | | | | | | | | | |
| Referências bibliográficas | | | | | | | | | | | | |
| Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2009-2011, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró: PLESS. JUDITH CRUZ ROMÁN | | | | | | | | | | | | |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem

Proceso enfermero cuadro 11

| Déficit de autocuidado | | Desequilibrio nutricional relacionado con ingesta inferior a las necesidades manifestado por palidez de las mucosas | | | | | | | | | |
|--|---|---|------------------------|-------|--|---|--------------------------|---|---|---|---|
| | | DOMINIO | 2. Nutrición | CLASE | 2. Ingestión | PÁGINA | 171 | | | | |
| Requisito de Autocuidado Universal | Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos. | Sistema de enfermería | | | | | | | | | |
| Requisito de Desarrollo | Adulto mayor | Intervención | Terapia intravenosa | | | Sistema de enfermería | Totalmente compensatorio | | | | |
| Requisito de autocuidado en la desviación de la salud | Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico | Fundamentación teórica | | | | | | | | | |
| Agencia de enfermería | | Se determina si la alimentación por gastrostomía tiene la absorción adecuada y se verifica la colocación correcta de la sonda. Si se duda de la colocación de la sonda se debe repetir la radiografía. Para evitar contaminación no dejar la bolsa colgada por más de 4-8 horas. Vigilar la correcta bajada el alimento. | | | | | | | | | |
| Dependiente | | | | | | | | | | | |
| Resultado esperado | Estado nutricional: ingestión de nutrientes | Acción o método de ayuda (Intervención) | | | Conclusiones | | | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad y características de la solución. • Corroborar la correcta colocación de la sonda. • Administrar los líquidos a temperatura que les corresponda. • Observar si hay sobrecarga del líquido administrado. • Mantener las precauciones universales. | | | Paciente estable, que mejora con ayuda de las acciones de enfermería. Se mantiene en vigilancia continua para seguir con el tratamiento. | | | | | | |
| Escala Diana | 1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado | | | | Escala Diana | 1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado | | | | | |
| Código | Indicadores | | | | Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1009001 | Ingestión calórica | | | | 1009001 | Ingestión calórica | | | * | | |
| 1009002 | Ingesta proteica | | | | 1009002 | Ingesta proteica | | | * | | |
| 1009003 | Ingestión de grasas | | | | 1009003 | Ingestión de grasas | | | * | | |
| 1009005 | Ingestión de vitaminas | 1009005 | Ingestión de vitaminas | | | * | | | | | |
| Total: 8 puntos | | | | | Total: 12 puntos | | | | | | |
| (+ Puntuación Diana PREVIA) | | | | | (+ Puntuación Diana POSTERIOR) | | | | | | |
| Referências bibliográficas | | | | | | | | | | | |
| Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2009-2011, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). | | | | | | | | | | | |
| Elaboró: PLESS. JUDITH CRUZ ROMÁN | | | | | | | | | | | |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem

Proceso enfermero cuadro 12

| Déficit de autocuidado | | Desequilibrio nutricional relacionado con ingesta inferior a las necesidades manifestado por palidez de las mucosas | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|--|--|-------|--|--|---|--------|-----|---|---|
| | | DOMINIO | 2. Nutrición | | | CLASE | 3. Ingestión | | | PÁGINA | 171 | | |
| Requisito de Autocuidado Universal | Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos. | Sistema de enfermería | | | | | | | | | | | |
| Requisito de Desarrollo | Adulto mayor | Intervención | Vigilancia del equilibrio nutricional | | | | Sistema de enfermería | Totalmente compensatorio | | | | | |
| Requisito de autocuidado en la desviación de la salud | Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico | Fundamentación teórica | | | | | | | | | | | |
| Agencia de enfermería | | Se determina si la alimentación por gastrostomía tiene la absorción adecuada y se verifica la colocación correcta de la sonda. Si se duda de la colocación de la sonda se debe repetir la radiografía. Para evitar contaminación no dejar la bolsa colgada por más de 4-8 horas. Vigilar la correcta bajada el alimento. | | | | | | | | | | | |
| Dependiente | | | | | | | | | | | | | |
| Resultado esperado | Estado nutricional: ingestión de nutrientes | Acción o método de ayuda (Intervención) | | | | | Conclusiones | | | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Determinar los riesgos de salud del paciente. Preguntar al familiar el aprovechamiento de los alimentos. Monitorizar los signos vitales. Monitorizar el estado de la glicemia capilar. Observar si hay equilibrio nutricional. | | | | | Paciente estable, que mejora con ayuda de las acciones de enfermería. Se mantiene en vigilancia continua para seguir con el tratamiento. | | | | | | |
| Escala Diana | 1. Inadecuado 4. Sustancialmente adecuado 2. Ligeramente adecuado 5. Completamente adecuado 3. Moderadamente adecuado | | | | | | Escala Diana | 1. Inadecuado 4. Sustancialmente adecuado 2. Ligeramente adecuado 5. Completamente adecuado 3. Moderadamente adecuado | | | | | |
| Código | Indicadores | | | | | | Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1009001 | Ingestión calórica | | | | | | 1009001 | Ingestión calórica | | | * | | |
| 1009002 | Ingesta proteica | | | | | | 1009002 | Ingesta proteica | | | * | | |
| 1009003 | Ingestión de grasas | | | | | | 1009003 | Ingestión de grasas | | | * | | |
| 1009005 | Ingestión de vitaminas | 1009005 | Ingestión de vitaminas | | | * | | | | | | | |
| Total: 8 puntos | | | | | | | Total: 12 puntos | | | | | | |
| (+ Puntuación Diana PREVIA) | | | | | | | (+ Puntuación Diana POSTERIOR) | | | | | | |
| Referências bibliográficas | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2009-2011, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró: PLESS. JUDITH CRUZ ROMÁN | | | | | | | | | | | | | |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem

Proceso enfermero cuadro 13

| Déficit de autocuidado | | Estreñimiento relacionado con deterioro neurológico manifestado por disminución del volumen de las heces | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------------------|-------|-----------------|--------|--|--------------------------|---|---|-----|--------|---|---|---|---|---|---|
| | | DOMINIO | 3.Eliminación e intercambio | CLASE | 2.Estreñimiento | PÁGINA | | | | | 215 | | | | | | | |
| Requisito de Autocuidado Universal | Proceso de eliminación y excretas. | Sistema de enfermería | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Requisito de Desarrollo | Adulto mayor | Intervención | Control intestinal | | | | Sistema de enfermería | Totalmente compensatorio | | | | | | | | | | |
| Requisito de autocuidado en la desviación de la salud | - Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico | Fundamentación teórica | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agencia de enfermería | | Una adecuada postura a la hora de administrar las distintas prácticas terapéuticas ayuda a facilitar el flujo de lo aplicado a través de la gravedad hacia el colon sigmoide y descendente, que están de lado izquierdo. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dependiente | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resultado esperado | Eliminación intestinal | Acción o método de ayuda (Intervención) | | | | | Conclusiones | | | | | | | | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. • Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación. • Administrar supositorios, si es necesario • Anotar la fecha de la última defecación. • Enseñar al paciente los alimentos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado. | | | | | Paciente estable, que mejora con ayuda de las acciones de enfermería. Se mantiene en vigilancia continua para seguir con el tratamiento. | | | | | | | | | | | |
| Escala Diana | 1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido | | | | | | 4.Levemente comprometido 5.No comprometido | Escala Diana | | | | | 1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido | 4.Levemente comprometido 5.No comprometido | | | | |
| Código | Indicadores | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 050101 | Patrón de eliminación | | | | | | | * | | | | 050101 | Patrón de eliminación | | | * | | |
| 050104 | Cantidad de heces en relación con la dieta | | | | | | | * | | | | 050104 | Cantidad de heces en relación con la dieta | | | * | | |
| 050119 | Tono muscular para la evacuación fecal | | | | | | * | | | | | 050119 | Tono muscular para la evacuación fecal | * | | | | |
| Total: 5 puntos | | | | | | | Total: 7 puntos | | | | | | | | | | | |
| (+ Puntuación Diana PREVIA) | | | | | | | (+ Puntuación Diana POSTERIOR) | | | | | | | | | | | |
| Referências bibliográficas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2009-2011, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró: PLESS. JUDITH CRUZ ROMÁN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem

Proceso enfermero cuadro 14

| Déficit de autocuidado | | Estreñimiento relacionado con deterioro neurológico manifestado por disminución del volumen de las heces | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------------------|---------------|--|------------------------------|---|---|---|
| | | DOMINIO | 3.Eliminación e intercambio | CLASE | 2.Estreñimiento | PÁGINA | 215 | | |
| Requisito de Autocuidado Universal | Proceso de eliminación y excretas. | Sistema de enfermería | | | | | | | |
| Requisito de Desarrollo | Adulto mayor | Intervención | Manejo de líquidos | | | Sistema de enfermería | Totalmente compensatorio | | |
| Requisito de autocuidado en la desviación de la salud | - Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico | Fundamentación teórica | | | | | | | |
| Agencia de enfermería | | Una adecuada postura a la hora de administrar las distintas prácticas terapéuticas ayuda a facilitar el flujo de lo aplicado a través de la gravedad hacia el colon sigmoide y descendente, que están de lado izquierdo. | | | | | | | |
| Dependiente | | | | | | | | | |
| Resultado esperado | Eliminación intestinal | Acción o método de ayuda (Intervención) | | | Conclusiones | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos. Suministrar líquidos según indicación. Observar si se producen pérdidas o ganancias de líquidos. Instruir al familiar sobre modificaciones específicas. Colocar un monitor cardíaco. | | | Paciente estable, que mejora con ayuda de las acciones de enfermería. Se mantiene en vigilancia continua para seguir con el tratamiento. | | | | |
| Escala Diana | 1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido | | | | 4.Levemente comprometido 5.No comprometido | Escala Diana | 1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido | 4.Levemente comprometido 5.No comprometido | |
| Código | Indicadores | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 050101 | Patrón de eliminación | | | | | * | | | |
| 050104 | Cantidad de heces en relación con la dieta | | | | | * | | | |
| 050119 | Tono muscular para la evacuación fecal | * | | | | | | | |
| Total: | | 5 puntos | | Total: | | | 7 puntos | | |
| (+ Puntuación Diana PREVIA) | | (+ Puntuación Diana POSTERIOR) | | | | | | | |
| Referencias bibliográficas | | | | | | | | | |
| Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2009-2011, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). | | | | | | | | | |
| Elaboró: PLESS. JUDITH CRUZ ROMÁN | | | | | | | | | |



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Instrumento para la implementación del Proceso de Enfermería con el referente de Orem

Proceso enfermero cuadro 15

| Déficit de autocuidado | | Estreñimiento relacionado con deterioro neurológico manifestado por disminución del volumen de las heces | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--------------------------------|-------|--|--|--------------------------------|--|---|---|---|---|---|
| | | DOMINIO | 3.Eliminación e intercambio | CLASE | 2.Estreñimiento | PÁGINA | 215 | | | | | | |
| Requisito de Autocuidado Universal | Proceso de eliminación y excretas. | Sistema de enfermería | | | | | | | | | | | |
| Requisito de Desarrollo | Adulto mayor | Intervención | Administración de medicamentos | | | Sistema de enfermería | Totalmente compensatorio | | | | | | |
| Requisito de autocuidado en la desviación de la salud | - Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico | Fundamentación teórica | | | | | | | | | | | |
| Agencia de enfermería | | Una adecuada postura a la hora de administrar las distintas prácticas terapéuticas ayuda a facilitar el flujo de lo aplicado a través de la gravedad hacia el colon sigmoide y descendente, que están de lado izquierdo. | | | | | | | | | | | |
| Dependiente | | | | | | | | | | | | | |
| Resultado esperado | Eliminación intestinal | Acción o método de ayuda (Intervención) | | | Conclusiones | | | | | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Evitar interrupciones a la hora de preparar, verificar o administrar los medicamentos. Preguntar sobre posibles alergias. Notificar al paciente el tipo de medicación que se va a emplear. Ayudar al paciente a tomar la medicación. Administrar la medicación con la técnica y vía adecuada. | | | Paciente estable, que mejora con ayuda de las acciones de enfermería. Se mantiene en vigilancia continua para seguir con el tratamiento. | | | | | | | | |
| Escala Diana | 1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido | | | | Escala Diana | 1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido | | | | | | | |
| Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Código | Indicadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 050101 | Patrón de eliminación | | * | | | | 050101 | Patrón de eliminación | | | * | | |
| 050104 | Cantidad de heces en relación con la dieta | | * | | | | 050104 | Cantidad de heces en relación con la dieta | | | * | | |
| 050119 | Tono muscular para la evacuación fecal | * | | | | | 050119 | Tono muscular para la evacuación fecal | * | | | | |
| | | Total: 5 puntos | | | | | Total: 7 puntos | | | | | | |
| | | (+ Puntuación Diana PREVIA) | | | | | (+ Puntuación Diana POSTERIOR) | | | | | | |
| Referencias bibliográficas | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2009-2011, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró: PLESS. JUDITH CRUZ ROMÁN | | | | | | | | | | | | | |

IX. Conclusiones

Sin duda alguna los eventos vasculares cerebrales son de las patologías predecibles, que tienen factores de riesgo como la hipertensión o de antecedente genético, además se ve influenciado por las toxicomanías como pueden ser el tabaquismo y el alcoholismo, por otra parte, el estilo de vida o la rutina diaria bajo un nivel de estrés y tensión elevados pueden llevar a este suceso.

La aplicación del proceso de enfermería en la atención especializada e individualizada del equipo multidisciplinario en la paciente con evento vascular cerebral hemorrágico tomando en cuenta la respuesta de la paciente permitió su adecuada evolución en la recuperación de la función neurológica y motriz

Sin embargo, para su adecuada recuperación es imprescindible, que el profesional del área de la salud trabaje en equipo y proporcione cuidados apropiados y preventivos para evitar complicaciones en la paciente, así como educar a los familiares en las técnicas de manejo de la persona de los cuidados en el hogar. Tales como el cambio postural constante y la fisioterapia

Considero que como profesional del área de la salud es de suma importancia el manejo de las personas con este tipo de patologías para así evitar complicaciones, desde el nivel preventivo el orientar a las personas a evitar desarrollar este tipo de patologías.

tenemos como profesionales una gran labor y responsabilidad con todas las personas que tratamos en la vida diaria.

X. Sugerencias

- Evitar exponerse al humo del cigarro.
- Acudir constantemente a chequeos médicos para realizar exámenes diagnósticos.
- Realizar la toma de signos vitales constante, en especial la tensión arterial.
- Evitar el consumo elevado de grasas y azúcares.
- Hacer ejercicio continuamente.
- Tomar mucha agua.
- Reducir el estrés, realizando actividades de interés que le sean relajantes.
- Si se lleva una medicación prescrita por su médico, se debe seguir estrictamente.

XI. Referencias

- Braga, Micheline Miranda; Coimbra, Valèria Cristina Christello; Ribeiro, Juliane Portella; Piexak, Dièssica Roggia; Backes, Dirce Stein; Borges, Anelise Miritz. *Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados*. Evidentia. 2012 oct-dic; 9 (40). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>
- Bulechek, Gloria. M, Dochterman, Joanne. M., at al. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6ª ed. Barcelona: España
- Cecilia Popper. (2011). *Teoría del Autocuidado - Dorothea Orem*. Recuperado de <https://es.slideshare.net/ceciliasp/teora-del-autocuidado-dorothea-orem>
- Cruz Cruz C, Parra-Cabrera MS, Moreno-Macías H, Calleja-Castillo JM, Hernández GC. (2017). *Factores Pronósticos de la supervivencia, recurrencia y secuelas en pacientes con Enfermedad Vascul ar Cerebral del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México DF*. Tesis de Doctorado en Ciencias de la Salud en Epidemiología. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de: <https://catalogoinsp.mx/files/tes/055290.pdf>
- De la Garza-Longoria RS, Maldonado Mancillas JA, Mendoza-Múzquiz PL, Sánchez L. *Incidencia de enfermedad cerebrovascular en un servicio de Medicina Interna*. Med Int Méx. 2018 noviembre-diciembre;34(6):874-880. DOI: <https://doi.org/10.24245/mim.v34i6.2062>
- Enfermería CIENCIA Y ARTE (11 de enero 2009). *Historia natural evento vascular cerebral*. Recuperado de <http://eenfermeriauv.blogspot.com/2009/01/historia-natural-evento-vascular.html>
- Fernandes RJ, Menezes RM, Dantas DN, Araújo AK, Coura AS, Enderes BC. *Capacidad de autocuidado de pessoas com lesao medular para higiene*. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2017 [citado 04 de febrero 2019];33(4):[aprox. 8 p.] Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1174>
- García-Alfonso C, Martínez Reyes A, García V, Ricaurte-Fajardo A, Torres I, Coral J. *Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo*. Univ. Med. 2019;60(3). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-3.actu>

- González R. & Landínez D. (2016). *Epidemiología, etiología y clasificación de la enfermedad vascular cerebral*. Archivos de Medicina (Col), 16(2),495-507. ISSN: 1657-320X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273849945026>
- Herdman, T.H. (2021) (Ed.) *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Defunciones y clasificación*. 2021 - 2023. Nueva York
- Korier & Erb. (2013). *Fundamentos de Enfermería*. 9ª ed. Madrid: España
- Manual de citación (2017) *Normas APA*. Recuperado de <https://www.uexternado.edu.co/wp-content/uploads/2017/07/Manual-de-citacio%CC%81n-APA-v7.pdf>
- Moorhead, Sue, Johnson, Marion, et al. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 5ª ed. Barcelona: España
- Navarro Peña & Castro Salas. (2017). *Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería* [Imagen]. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
- Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. (2018). *Operacionalización del proceso de atención de enfermería*. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>
- Secretaría de Salud. *Comunicado de Prensa* (2018). Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/415-en-mexico-se-registran-alrededor-de-170-mil-infartos-cerebrales>
- Secretaría de Salud. Gobierno de Puebla. (2019). *Día Mundial de la Enfermedad Vascular Cerebral*. Recuperado de: <http://ss.puebla.gob.mx/prevencion/informate/item/860-dia-mundial-de-la-enfermedad-vascular-cerebral>
- Secretaría de Salud del Estado de Veracruz & Dirección de Atención Médica. Departamento Estatal de Enfermería. Grupo de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica en Enfermería. (s. f.). *El proceso de atención de enfermería*. Scribbr. Recuperado de (27 de mayo de 2021), de <https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.pdf>
- Velázquez, S. (2017). ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. http://www.afam.org.ar/textos/10_05_2017/las_enfermedades_cronicas_no_transmisibles.pdf

XII. Anexos



Guía de valoración con el referente teórico de la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem

I. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

a. Descripción de la Persona

Servicio: Cirugía general N° De cama: 2022 Fecha: 30 abril 2021.

Nombre del paciente: AGC. Sexo: femenino Edad: 86 años

Diagnóstico: Evento Cerebral Vascular – Hemorrágico Religión: católica Estado civil: casada

Escolaridad: nula

Lugar de residencia: Michoacán Domicilio actual (calle, número y colonia)

conocido s/n, comunidad : Junta de Poturo.

Características de la vivienda: Propia X Rentada ___ Prestada ___ Otras _____

Material de Construcción: Cartón ___ Adobe ___ Ladrillo X Otros _____

Servicios básicos de la vivienda: Agua potable X Luz eléctrica X Drenaje X

Pavimento ___

Condiciones ambientales de la comunidad: Alumbrado público X Recolección de basura ___

Drenaje y alcantarillado X

Rol que ocupa en la familia: Madre X Padre ___ Hija (o) ___ Hermana (o) ___ Abuela(o) ___

Integrantes de la familia con quien vive: dos

Relación familiar: Buena Regular Conflictiva Mala

Ocupación actual: ama de casa.

Trabajos realizados anteriormente: toda su vida se ha dedicado al hogar y al campo.

Ingreso económico familiar: Menos de 1 salario mínimo 1 a 2 salarios mínimos Más de 3 salarios mínimos

Usted depende económicamente a algún integrante de su familia: Padre Madre Esposa(o) Hija(o) Otro

b. Patrón de Vida

Actividades recreativas realizadas en su tiempo libre: Sociales Culturales Deportivas Religiosas

Actividades que realiza para cuidar su Salud: Camina todos los días, y más cuando tiene que ir a algún lugar como es la tienda, la carnicería, el mercado o a comprar insumos básicos para el hogar.

c. Estado de Sistema de Salud

¿Cómo percibe su estado de salud actual? Bueno Regular Deficiente Malo

Estado de salud: Grave Delicado Estable

Diagnóstico médico: Evento Vascular Cerebral - Hemorrágico

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente? IMSS ISSSTE Secretaría de Salud Particular Otro

d. Estado de Desarrollo

¿El paciente tiene la capacidad de tomar decisiones para su atención médica? Si ____ No X

¿Qué factores influyen en la toma de decisiones? Su estado de salud actual

¿Quién autoriza su tratamiento médico? El Paciente ____ Esposa(o) X Hermana(o) ____ Madre
o Padre ____ Hija(o) X Otro _____

II. REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: 16 rpm Saturación de Oxígeno: 95% Llenado capilar: 3"

Respiración: Normal X de Biot ____ de Küssmaul ____ Gasping o respiración agónica ____

Disnea ____ Bradipnea ____ Polipnea ____ Ortopnea ____ Apnea ____

Cianosis ____ Aleteo nasal ____ Tiros intercostales ____ Disociación toraco - Abdominal ____

Ruidos respiratorios: Ausentes X Estertores ____ Sibilancias ____ Roncus ____ Estridor ____

Quejido respiratorio ____

Nariz: Normal X Desviación del tabique ____ Pólipos ____ Secreciones X Dolor ____

Tórax: Normal X En tonel ____ En Quilla ____ En embudo ____ Cifoescoliótico ____ Pectus
excavatum ____ Pectus carinatum ____

Enfermedad pulmonar: Sí ____ No X Especifique : _____

Apoyo ventilatorio: Sí X No ____ Especifique : Ventilador mecánico

2. Mantenimiento de aporte suficiente de agua.

Frecuencia cardiaca 79 por minuto. Taquicardia Bradicardia Arritmia Soplo

Cardiaco Presión arterial 190/77 mmHg Normal Hipertensión X Hipotensión

Presión Venosa Central cmH₂O / mmHg Normal Hipovolemia

Hipervolemia Mucosa Oral: Hidratada Deshidratada X

Piel: Normal Seca X Escamosa En lienzo húmedo Edema Fóvea

Turgencia: Normal Escasa X Ojos: Lubricados con lágrimas X Secos sin lágrimas

Consumo de agua al día: 250 a 500ml X 500 a 1000ml 1500 a 2000ml Más de 2000ml

Procedencia del agua que consume: Llave de tubería Pila Filtro Garrafón X

Embotellada Otra

Utiliza métodos de purificación de agua: Sí No X Especifique: _____

Otras bebidas ingeridas:

Agua fresca X Cantidad al día: 150 ml

Refrescos Cantidad al día: _____ ml

Sueros hidratantes Cantidad al día: _____ ml

Café o té X Cantidad al día: 150 ml

Líquidos parenterales:

Ninguna Sol. Fisiológica X Sol. Hartmann Sol. Glucosada 5% Sol.

Glucosada 10% Sol. Mixta

Cantidad: 1000ml 500 ml 250 ml X 100ml

Duración: 24 hrs 12 hrs 8 hrs 6 hrs

3. Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

Peso 70 Kg Talla 165 cm Perímetro abdominal 90 cm

IMC 25.71 Kg/m² Menos de 20 Bajo 20 a 25 Normal 25 a 30 Sobrepeso

30 a 35 Obesidad leve 35 a 40 Obesidad moderada Más de 40 Obesidad mórbida

Variaciones de peso observadas: Se mantiene en su peso Pérdida de peso Ganancia de peso 1 a 3 Kg 4 a 6 Kg 7 a 9 Kg más de 10 Kg

Dentadura: Completa Incompleta Prótesis extraíble Prótesis fija Sin piezas y sin prótesis Mucosas: Sanas Lengua en tónica Estomatitis Xerostomía

Tumor oral Leucoplaquia Edema Lesión Drenaje purulento

Gingivorragia Ulceraciones Otros pálidas

Problemas de alimentación: Ninguno Sialorrea Eructos Acidez Náuseas

Vómito Hematemesis Disfagia Pirosis Regurgitación Reflujo Polidipsia

Polifagia Bulimia Anorexia Saciedad

¿Requiere ayuda para alimentarse? Sí No Especifique: a través de sonda de gastrostomía.

Tipo de dieta: Líquidos claros Blanda Normal Sin restricciones Baja en residuos

Para diabético Hipograsa Hiposódica Hipocalórica Hipercalórica

Hipoproteica Hiperproteica

Tipo de nutrición: Oral Sonda Nasogástrica Sonda Nasoyeyunal Gastrostomía

Nutrición Parenteral Total

Tipo de alimentación habitual a la semana:

Leche ___ Nunca ___ A diario ___ 1 vez a la semana X 1 vez al mes ___
 Derivados de leche ___ Nunca ___ A diario ___ 1 vez a la semana X 1 vez al mes ___
 Carnes ___ Nunca ___ A diario ___ 1 vez a la semana X 1 vez al mes ___
 Pescado ___ Nunca ___ A diario ___ 1 vez a la semana ___ 1 vez al mes X
 Huevos ___ Nunca ___ A diario ___ 1 vez a la semana X 1 vez al mes ___
 Cereales ___ Nunca X A diario ___ 1 vez a la semana ___ 1 vez al mes ___
 Pastas y harinas ___ Nunca ___ A diario ___ 1 vez a la semana X 1 vez al mes ___
 Verduras ___ Nunca X A diario ___ 1 vez a la Semana ___ 1 vez al mes ___
 Frutas ___ Nunca ___ A diario ___ 1 vez a la semana X 1 vez al mes ___
 ¿Con qué guisa los alimentos? Aceite X Mantequilla ___ Manteca X Fritos ___ Asados ___
 Al horno ___ Al vapor X

4. Proceso de eliminación y excretas.

Temperatura corporal 37.1 °C Temperatura ambiental ___ °F
 Sudoración: Disminuida ___ Ausente X Aumentada ___ Diaforesis ___
 Movimientos peristálticos: Normales ___
 Peristaltismo: Normal ___ Ausente ___ Disminuido X Aumentado ___ Borborigmos ___
 Distensión abdominal X
 Eliminación intestinal: Espontánea ___ Diarrea ___ Estreñimiento X
 Características de las heces fecales: Café X Acolia ___ Esteatorrea ___ Melena ___
 Consistencia de las heces fecales: Blandas ___ Pastosas ___ Semipastosas ___ Líquida ___
 Semilíquida ___ Duras X

Eliminación: Estoma intestinal ___ Colostomía ___ Ileostomía ___ Hemorroides ___ Pólipo
Rectal X Rectorragia ___

Apoyo para la eliminación intestinal: Sí X No ___ Movilización ___ Medicación X Higiene
___ Laxantes X

Eliminación vesical: Incontinencia X Retención ___ Tenesmo ___ Disuria ___ Poliuria ___
Oliguria ___ Hematuria ___

Otras características: _____

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Horas de sueño: Menos de 6 horas diarias ___ De 6 a 8 horas diarias X Más de 10 horas
diarias ___

¿Ha experimentado cambios en su patrón de sueño? Sí ___ No X Tiene dificultad para
conciliar el sueño: Sí ___ No X

Factores que interrumpen su descanso o sueño: Ninguno

Al levantarse después de dormir usted se siente: Descansado X Fatigado ___ Cansado ___
Estresado ___ Otro _____

Existe presencia de:

Bostezos ___ Insomnio ___ Hipersomnias ___ Pesadillas ___ Alucinaciones ___ Ojeras ___
Ronquidos X Enuresis ___ Sonambulismo ___ Terrores nocturnos ___

Siestas: Sí X No ___ Ayuda para conciliar el sueño: Medicamentos ___ Bebidas ___ Música
___ Otros: _____

Presencia en articulaciones de: Dolor Rigidez Inflamación Limitaciones
Contracturas Otros _____

¿Experimenta dolor al realizar alguna actividad física? Sí No Especifique: Dolor en rodillas

¿Realiza algún ejercicio? Sí No Especifique: _____

Frecuencia a la semana _____ Duración en minutos _____

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.

Agudeza auditiva: Normal Hiperacusia Hipoacusia Anacusia

Requiere apoyo para escuchar: Sí No Especifique: _____

Presencia de: Mareos Vértigo Acufenos Malformaciones Tumoraciones
 Lesiones

Agudeza visual: Normal Presbicia Miopía Astigmatismo Diplopía

Estrabismo Glaucoma Retinopatía Exoftalmos Pterigion Chalazión Ojo
seco Triquiasis Dacriocistitis Conjuntivitis

¿Utiliza lentes? Sí No De armazón De contacto Tiempo de uso _____

Convive diariamente con: Familiares Amigos Compañeros de trabajo Otros _____

Considera que sus relaciones con otras personas son: Buenas Regulares Malas

Distantes Indiferentes _____

¿A quién recurre para platicar de sus problemas? Familiares Amigos Compañeros

Nadie Otros _____

Problemas o razones que le impidan socializar: Lejanía ___ Enfermedad ___ Rechazo ___ Miedo ___ Otros _____

Observar: Seguridad X Timidez ___ Introversión ___ Apatía ___ Extroversión ___

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Antecedentes Heredo -Familiares Patológicos:

Diabetes mellitus X Hipertensión arterial sistémica X Cáncer ___ Artritis reumatoide ___
Infartos ___ Otros _____

Estado de conciencia: Consciente ___ Inconsciente X Sopor ___ Estupor ___ Confusión ___
Coma ___ Glasgow _____

Problemas de: Concentración ___ Razonamiento ___ Especifique: _____

Utiliza dispositivos para la deambulaci3n: Bast3n ___ Silla de Ruedas X Andador ___ Muletas ___ Otros _____

Toxicomanías: SÍ ___ No X Especifique: _____

¿Implementa Medidas de Seguridad en su persona y familia? SÍ ___ No X

Especifique: _____

8. Promoci3n del funcionamiento humano y desarrollo humano dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

¿Usted acepta su aspecto f3sico? SÍ X No ___ Especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad? Sí No Especifique: _____

¿Necesita ayuda para realizar las actividades que satisfacen sus necesidades básicas? Sí No

Especifique: sus familiares la apoyan para ir al baño, comer, bañarse, vestirse, subirse a la silla de ruedas, etc.

¿Considera que su vida ha sido productiva? Sí No Especifique: _____

Presencia de alteraciones emocionales: Depresión Ansiedad Vergüenza Temor

Desesperanza Negatividad Tristeza Negación Ira Inadaptación

Irritabilidad Culpa Agresión Cólera

III. REQUISITOS DE DESARROLLO DE AUTOCUIDADO:

1. Crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo.

¿Recuerda usted algún problema o aspecto relevante a su salud en alguna de las siguientes etapas de su vida?

| | | | |
|--------------|----|----|-------------|
| Niñez | Sí | No | Especifique |
| Estado | Sí | No | Especifique |
| Escolar | Sí | No | Especifique |
| Adolescencia | Sí | No | Especifique |
| Adulto joven | Sí | No | Especifique |

| | | | |
|-------------|----------------------------------|----|---|
| Edad fértil | Sí | No | Especifique |
| Adulto | <input checked="" type="radio"/> | No | Especifique <u>Detección de hipertensión arterial</u> |
| Mayor | Sí | No | Especifique |

¿Ha recibido educación sexual? Sí ___ No Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? Heterosexual Homosexual ___ Bisexual ___ Asexual ___

Vida sexual activa: Sí ___ No Edad de inicio de vida sexual activa: 16 años

¿Está satisfecha con su vida sexual? Sí No ___ ¿Por qué? _____

¿Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales? Sí ___ No Especifique:

¿Utiliza algún método de planificación familiar? Sí ___ No Especifique: _____

Número de hijos: 6 Infertilidad: Sí ___ No Especifique:

Causa / Tratamiento: _____

Padece alguna Enfermedad de Transmisión Sexual: Sí ___ No Especifique el tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor: Sí ___ No Especifique: _____

Hombre

Acude a examen de próstata/testicular: Sí ___ No ___ Especifique: _____

Tiene problemas de: Erección ___ Eyaculación precoz ___ Infertilidad ___ Otro _____

Mujer

Menarca 12 años Duración de días menstruando 4 Ciclo menstrual cada 28 días

Tipo, cantidad y características del flujo: dos toallas para flujo regular al día y flujo rojo brillante.

Problemas durante la menstruación: Ninguno

Número de:

Embarazos 6 Partos 6 Cesáreas ____ Abortos ____ Óbitos ____ Partos prematuros ____

Embarazos de alto riesgo ____

Periodo intergenésico 1año Método de planificación familiar ____ Fecha de última menstruación FUM _____ Menopausia 55 años Fecha de último papanicolau _____

Presencia de leucorrea ____ Hemorragia transvaginal ____

IV. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD:

¿Con qué frecuencia realiza usted chequeos generales de su salud?

4 a 6 meses ____ 6 a 12 meses X Más de 12 meses ____ No lo realiza ____ Especifique : _____

¿Sabe usted en qué consiste su enfermedad? Considero que sí.

¿Acude usted a las campañas de salud orientadas a detectar oportunamente enfermedades? Sí ____

No X

En caso de discapacidad física o cambios en su imagen corporal ¿Cuál es su sentir respecto a su situación? Que ya se va a morir

¿Realiza actividades de ejercicio físico o rehabilitación? Sí ____ No X Especifique: _____

¿Identifica algún obstáculo para llevar a cabo los cuidados para su Diagnóstico, Tratamiento y/o

Rehabilitación? Sí ____ No X Personales ____ Familiares ____ Ambientales ____ Especifique:

Observaciones: (TRATAMIENTO HOSPITALARIO)

Solución fisiológica de 500 ml para 24 horas en catéter venoso central de 3 lumen permeables, con apoyo ventilatorio con intubación por traqueostomía, monitorización continua de signos vitales, aspiración de secreciones gentilmente, toma de glicemia capilar por turno, sonda vesical a derivación con conteo estricto de uresis, alimentación por gastrostomía y medicamentos.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Habilidades del paciente para su autocuidado:

Ninguna. Paciente intubada inconsciente.

Conocimientos del paciente para su autocuidado:

Ninguno.

Compromiso del paciente para su autocuidado:

Ninguno.

RESPONSABLE DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Judith Cruz Román

NOMBRE

FIRMA

MORELIA, MICHOACÁN; 30 DE ABRIL DE 2021.



CONSENTIMIENTO INFORMADO



PARA PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM.

En mi calidad de hijo responsable otorgo mi consentimiento para que mi mamá A G C (que está en estado inconsciente), participe en la metodología de intervención de enfermería, ya que tiene el propósito de conocer las respuestas percibidas de un paciente real, fundamentadas en la teoría de Dorothea E. Orem, y así estructurar un trabajo académico con fines de titulación; en ese sentido la estudiante J C R concluirá su proyecto para obtener el grado de Licenciada en Enfermería, mediante el cual se otorgan cuidados integrales para beneficiar el estado de salud de todo paciente.

Manifiesto que he sido orientado claramente sobre los objetivos de los procesos de intervención, así como el enfoque que se le dará a nuestra participación, por lo tanto, no implica ningún riesgo para mi madre. Seguro estoy que los datos proporcionados serán absolutamente reservados, pero, además, ayudarán a posteriori para beneficio de otras personas que se encuentren con el mismo padecimiento; por consiguiente, me solidarizo con la pasante de Enfermería; así mismo fortalecemos esta profesión tan importante en el ámbito de la salud.

Finalmente, aclaro que el apoyo es de manera voluntaria y consciente sin recibir remuneración económica o trato especial para mi progenitora.

Enterado de que la responsable de dicho Proceso Enfermero es la PLE Judith Cruz Román. Doy mi consentimiento colaborando en el trabajo universitario solicitado.

Yo, hijo autorizo participar a nombre de A G C.

Judith Cruz Román

PLE

M.A.H. Consuelo Arreola Gómez

TESTIGO

