



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**Cuidado a la persona con polineuropatía
desmielinizante inflamatoria crónica en un hospital
público de Chiclayo - 2024**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER
EN ENFERMERÍA**

AUTORA(O)

Acosta Santamaria Karen Jhoana

<https://orcid.org/0000-0001-9313-2026>

Ramos Eneque Angel Francisco

<https://orcid.org/0000-0001-8277-4074>

ASESORA

Mg. Yosi Muriel Gil Mendoza

<https://orcid.org/0000-0003-1124-3158>

Línea de Investigación

**Calidad de vida, promoción de la salud del individuo y la
comunidad para el desarrollo de la sociedad**

Sublínea de investigación

Acceso y cobertura de los sistemas de atención sanitaria

PIMENTEL – PERÚ

2024



DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quienes suscribimos la **DECLARACIÓN JURADA**, somos Egresada(o) del Programa de Estudios de la escuela profesional de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaramos bajo juramento que somos autores del trabajo titulado:

Cuidado a la persona con polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica en un hospital público de Chiclayo – 2024

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán (CIEI USS) conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación a las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y auténtico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

Acosta Santamaria Karen Jhoana	DNI: 74748245	
Ramos Eneque Angel Francisco	DNI: 72305808	

Pimentel, 07 de Diciembre del 2024

REPORTE DE TURNITIN






15% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 12%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Dedicatoria

A mi familia, con todo mi amor y gratitud.

Por ser el pilar fundamental en mi vida, por cada gesto de apoyo incondicional y cada palabra de aliento que han sido mi fuerza en este camino. A ustedes, que han compartido mis alegrías y han estado presentes en los momentos difíciles, quienes han creído en mí y me han impulsado a alcanzar mis metas.

Acosta Santamaria Karen Jhoana

A mi querida familia, que ha sido el pilar fundamental a lo largo de este camino académico. A mis padres, por su amor incondicional y su apoyo inquebrantable, por enseñarme con su ejemplo el valor de la dedicación y la empatía. A mis hermanos, por ser mi inspiración diaria y por acompañarme en cada paso, celebrando mis logros y alimentándome en los momentos difíciles.

Ramos Eneque Angel Francisco

Agradecimiento

Estamos muy agradecidos con la Universidad Señor de Sipán, que ha sido nuestra segunda casa durante cinco años y nos ha brindado las herramientas y conocimientos para tener éxito como enfermeros. Cada experiencia, cada clase y cada pasantía han sido fundamentales en nuestro crecimiento académico y personal, permitiéndonos descubrir la importancia de cuidar la salud y el bienestar de los demás.

Finalmente, dedicamos este logro a nuestras familias, cuyo amor, paciencia y fe me permitieron superar todos los obstáculos. Este PE es también un homenaje a vuestro apoyo incondicional que me mantiene aquí.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1 Realidad Problemática	10
1.2 Formulación del problema.....	14
1.3 Objetivos	14
1.4 Teorías Relacionadas al tema	14
II. METODO DE INVESTIGACION	16
III. RESULTADOS.....	17
IV. DISCUSIÓN	30
V. CONCLUSIONES	32
REFERENCIAS.....	33
ANEXOS	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00030) Deterioro del intercambio de gases	22
Tabla 2. Plan de cuidados Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00085) Deterioro de la movilidad física	24
Tabla 3. Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00132) Dolor agudo...	25
Tabla 4. Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00233) Sobrepeso	27

RESUMEN

Introducción: La polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (PDIC) es una afección neurológica de origen desconocido que, por lo general, impacta el sistema inmunológico y puede aparecer en personas de cualquier edad o género. Sin embargo, en adultos mayores, los cuidados deben ser integrales y prioritarios debido a las limitaciones físicas asociadas con la edad. A nivel mundial, la incidencia oscila entre 0,5 y 3,3 casos por cada 100.000 personas, que aumenta con la edad y es más común en hombres. Así mismo, la tasa bruta de prevalencia en todo el mundo es de 2,81 por 100.000 personas en adultos mayores. **Objetivo:** Realizar un plan de cuidado de enfermería con el propósito de mejorar la calidad de atención en los pacientes con Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica. **Discusiones:** Los diagnósticos propuestos son esenciales para el plan de cuidados elaborado para cada uno de los diagnósticos de manera adecuada con la necesidad del paciente teniendo puntuaciones finales alcanzadas que deben generar cuidados esenciales para su recuperación y bienestar del paciente. **Conclusiones:** La priorización de los diagnósticos se realizó mediante el modelo AREA, lo que permitió un razonamiento clínico adecuado y acorde a las necesidades del paciente adulto mayor.

Palabras clave: Polineuropatía, Adultos mayores, Plan de cuidado, Calidad de atención.

ABSTRACT

Introduction: Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP) is a neurological condition of unknown origin that generally impacts the immune system and can appear in people of any age or gender. However, in older adults, care must be comprehensive and a priority due to the physical limitations associated with age. Worldwide, the incidence ranges between 0.5 and 3.3 cases per 100,000 people, which increases with age and is more common in men. Likewise, the crude prevalence rate worldwide is 2.81 per 100,000 people in older adults. **Objective:** Create a nursing care plan with the purpose of improving the quality of care in patients with chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. **Discussions:** The proposed diagnoses are essential for the care plan prepared for each of the diagnoses in an appropriate manner with the patient's needs, having final scores achieved that must generate essential care for the patient's recovery and well-being. **Conclusions:** The prioritization of diagnoses was carried out using the AREA model, which allowed adequate clinical reasoning in accordance with the needs of the elderly patient.

Keywords: Polyneuropathy, Older adults, Care plan, Quality of care.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática

La polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (PDIC), es cuando se presenta deficiencia a nivel neurológica rara del sistema nervioso periférico que afecta a una amplia gama de la población, no hay edad o género distribución específica de esta enfermedad¹. Esta es ocasionada por una alteración al sistema inmunológico que se manifiesta por medio de las raíces nerviosas y la inflamación del nervio periférico².

Los factores que desencadenan estas respuestas inmunitarias aberrantes siguen siendo desconocidos. Se manifiesta a través de la debilidad muscular, pérdida de reflejos y dificultades para movilizarse^{3,4}. En las personas que tienen estas dificultades si no son atendidas pueden padecer un sin número de consecuencias, sobre todo en adultos mayores. Las manifestaciones clínicas en este tipo de pacientes son debilidad muscular y dolor neuropático crónico⁵.

La PDIC es una enfermedad rara y tratable ocasionada por la inflamación a través de los nervios periféricos. Si no se trata, puede provocar una pérdida gradual de fuerza y sensación en piernas y brazos. Aunque la PDIC es más común en personas de 50 a 60 años, esta suele ocurrir tanto en infantes como en adultos mayores. Algunos estudios muestran que la PDIC afecta al doble de hombres que de mujeres⁶.

El incremento de casos de PDIC en Estados Unidos y en todo el mundo es pequeño. Sólo entre una y media y tres y media personas por millón padecen PDIC cada año. El daño permanente a los nervios periféricos causado por la PDIC puede durar años o incluso décadas. En un momento dado, la enfermedad afecta a entre 5.000 y 10.000 personas en los Estados Unidos⁶.

Se desconoce el origen exacto, pero se cree que es causado por una disfunción inmune de la mielina, la presencia de células inflamatorias y anticuerpos que pueden causar

destrucción y daño axonal⁷, y factores genéticos asociados con un mayor riesgo, incluidos HLA-DRB1, PTPN22 y CTLA. - 4⁸. Los factores de riesgo incluyen enfermedades autoinmunes, VIH, hepatitis C, enfermedad de Lyme, exposición a metales pesados⁹ como la diabetes, que debilita el sistema inmunológico y, en menor medida, gammapatía monoclonal de significado incierto¹⁰. Se caracteriza por una variación en la intensidad y duración de sus síntomas. Los pacientes afectados experimentan predominantemente disminución muscular y sensibilidad en ambos miembros. Además de las deficiencias motoras y sensoriales, la PDIC puede afectar el equilibrio, lo que puede provocar caídas frecuentes¹¹.

Otros síntomas comunes incluyen fatiga constante, calambres musculares y dificultad para realizar tareas finas. Esta variación en la presentación clínica hace que la PDIC sea una enfermedad heterogénea en la que la diversidad de síntomas afecta en la vida de los pacientes y afecta su movilidad y actividades diarias. El reconocimiento temprano de estos signos y síntomas es esencial para un pronóstico preciso y un tratamiento eficaz¹².

Pueden presentarse varias variantes comunes: neuropatía desmielinizante simétrica o adquirida o distal, "neuropatía desmielinizante multifocal" o "síndrome de Lewis-Sommer"¹³ menos comunes: localizada, que involucra el hombro o el plexo lumbosacro¹⁴, con debilidad motora simétrica proximal y distal y ataxia sensorial de la marcha¹⁵. Está además suele afectar al sistema nervioso autónomo y provocar diversos cambios en la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la función intestinal y vesical. Puede estar asociado con enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico, entre otras¹⁶.

El diagnóstico suele ser un proceso largo porque es similar a otras afecciones y no existen pruebas claras. Durante la evaluación clínica, busque signos de debilidad muscular, hiporreflexia y parestesia, mientras pregunta sobre antecedentes médicos, infecciones recientes, vacunas y posible exposición a toxinas¹⁷. Las pruebas de diagnóstico incluyen estudios de conducción nerviosa, electromiografía y pruebas de anticuerpos y marcadores

inflamatorios. En algunos casos se puede realizar una biopsia exploratoria, siendo fundamental el seguimiento por parte de un especialista en enfermedades autoinmunes del sistema nervioso. Aunque la complejidad y variabilidad de la PDIC enfatizan la importancia de un enfoque multidisciplinario en el proceso de diagnóstico, una combinación de estos métodos puede ayudar a establecer un diagnóstico más preciso^{18, 19}.

En los antecedentes a nivel internacional: Según Jung S, et al, se realizó un estudio poblacional en Corea del Sur (2023) para determinar la prevalencia y la incidencia de la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (PDIC). Se realizó utilizando datos registrados entre enero de 2016 y diciembre de 2020 en el repositorio HIRA donde 953 pacientes participaron en el estudio. La edad media al diagnóstico fue de 58,36 años, con una proporción hombre/mujer de 1,74. Las tasas de incidencia ajustadas por edad son: 0,22, 0,21, 0,23, 0,30 y 0,25 por persona en 2016 hasta el 2020, respectivamente 100.000 años. En 2020, la prevalencia específica por edad se estimó en 1,16 casos por 100.000 personas. La edad y el índice de comorbilidad de Elixhauser se asocian con la mortalidad hospitalaria en pacientes con PDIC. Las infecciones y las enfermedades cardiovasculares (ECV) también se asocian significativamente con la mortalidad hospitalaria en estos pacientes. Se estima que 101 de 953 pacientes con PDIC que son diagnosticados inicialmente con PDIC aguda²⁰.

Asimismo, Park S, et al. (2022). Se llevó a cabo un estudio de la prevalencia de la polineuropatía desmielinizante en Australia, donde se basó en la distribución de la PDIC en el norte de Queensland y Tasmania, que se realizó al mismo tiempo que el censo. En este estudio, la prevalencia general de PDIC fue de 5,00 por 100.000 personas (intervalo de confianza del 95%: 3,79-6,62). La prevalencia de los casos tratados con inmunoglobulinas también se examinó utilizando datos del Servicio Nacional de Sangre y mostró una prevalencia de PDIC de 5,72 por 100.000 personas (IC del 95%: 4,41-7,43). No hubo diferencias significativas entre estas cifras y las calculadas a partir de los registros de

pacientes locales, ni diferencias significativas en la prevalencia de ninguna categoría entre Tasmania y el norte de Queensland²¹.

También López J, et al. (2021). En México se estudiaron los efectos de la prednisona. Donde se eligió a personas con el pronóstico de PDIC, en los resultados se evidencio que en las 47 personas la gran mayoría eran hombres. El tiempo de los principales síntomas y del pronóstico es de 6 meses. Donde los síntomas más comunes con el 57,4% presentan sensibilidad motora, el 21,3% son personas con PDIC aguda y el 21,2% con distinción atípica. Para concluir, las personas que presentan PDIC y son tratados con prednisona el tratamiento es efectivo a una larga duración²².

A nivel nacional, Según Segura D, et al. (2023). En el Perú se evidencio el incidente de un adulto de 38 años de edad con 8 meses de proceso, presentaba fragilidad en los miembros y disestesia. La persona se evidencio despierto con pérdida de los reflejos corporales, con estremecimiento en la postura y extremidades superiores, etc. Al tratamiento principalmente en los primeros 5 días fue metilprednisolona 1 g por día, luego posteriormente prednisona 1 g por kilogramos por 3 meses para la mejora de la disfagia y displasia, también de inicio con rituximab 2g para mejorar la fuerza de sus músculos, el tembleque y otras funciones²³.

A nivel local, no se encontró antecedentes.

En esta investigación se justificó que en la actualidad a nivel mundial, la incidencia oscila entre 0,5 y 3,3 incidentes por cada 100.000 habitantes, que aumenta con la edad y suele ser mayormente en hombres²⁰. Por lo tanto, la tasa bruta de prevalencia en todo el mundo es de 2,81 por 100.000 personas en adultos mayores. Por ello, en este tipo de personas es fundamental brindar el cuidado adecuado, especialmente con el autocuidado garantizando así su calidad de vida a pesar de las dificultades que puedan enfrentar en un futuro.

1.2 Formulación del problema

¿Qué planes de cuidado de enfermería se deben de establecer en una persona con Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica en un Hospital Público?

1.3 Objetivos

Objetivo General

Realizar un plan de cuidado de enfermería con el propósito de mejorar la calidad de atención en los pacientes con Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.

Objetivos Específicos

- Identificar las causas en un paciente con Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica desde la perspectiva del cuidado de enfermería.
- Establecer un plan de cuidados de enfermería para responder a las necesidades alteradas en una persona con Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.
- Evaluar las intervenciones aplicadas en el proceso de atención de enfermería de una persona con Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.

1.4 Teorías Relacionadas al tema

El proceso enfermero (PE), consiste de 5 pasos y es un ejemplar para el cuidado hacia al paciente. Además puede progresar con la evaluación y la enseñanza en personas delicadas de salud y sobre todo contar con el apoyo de la familia. Incluso es un procedimiento que no solo involucra la situación en la que se encuentra el paciente sino que también debe contar con el apoyo emocional y la educación para que estén al tanto lo que

pasa y tomen una decisión asertiva y con bastante responsabilidad. Los parentescos y sobre todo los estimados juegan un papel fundamental a lo largo del procedimiento, ya sea que su apoyo afectivo y la involucración hacia la participación influye mucho para su tratamiento y mejoría²⁴.

Para Virginia Henderson, la enfermera cumple un papel muy importante que es cuidar y velar por la vida de las personas que están con buena salud o delicados. Su principal objetivo es apoyar en poder lograr su bienestar y promover su pronta recuperación hacia su salud o en caso contrario permitir que tenga una muerte digna. Además debemos ser una fuente de apoyo y de guía para los pacientes ayudándolos a estar en sus zapatos y seguir con el tratamiento para poder fomentar su pronta recuperación²⁵.

La polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (PDIC), como saben es un padecimiento neuromuscular que realiza anticuerpos contra varios elementos de las raíces nerviosas o los nervios periféricos. En la actualidad la neuropatía crónica es tratable y se estima que cada 100.000 habitantes se ven involucrados²⁶. Entre los síntomas está: La pérdida constante de fuerza y sensibilidad tanto en brazos como en piernas, la mayoría de los pacientes informan dificultades para subir escaleras y levantar los brazos, cargar la bolsa de la compra, afeitarse o secarse el pelo. Estos síntomas indican debilidad muscular y los signos de afectación de los nervios sensoriales incluyen: entumecimiento, hormigueo, inestabilidad o falta de equilibrio, temblores en las manos o dolor al alcanzar objetos⁶.

Además, se realiza una combinación del historial médico del paciente, un examen neurológico y pruebas de diagnóstico confirmatorias, como pruebas de velocidad de conducción nerviosa y estudios del líquido cefalorraquídeo. También se analizan muestras de sangre de los pacientes para descartar otras afecciones como diabetes, infecciones, exposición a toxinas y enfermedades inflamatorias de los vasos sanguíneos. Rara vez se realizan biopsias de nervios para confirmar el diagnóstico de polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica o para descartar otras afecciones⁶.

Además de la anamnesis y el examen físico, una de las pruebas más importantes que pueden ayudar a diagnosticar la PDIC son los estudios que miden la capacidad del nervio para transmitir señales eléctricas, que es denominada prueba de velocidad de conducción nerviosa y la realiza un médico o un técnico capacitado bajo la supervisión de un médico, incluso se estimulan directamente tres nervios diferentes en los brazos y las piernas con impulsos eléctricos cortos en dos o más lugares a lo largo del recorrido de cada nervio, donde la estimulación de un nervio está determinada por la contracción de los músculos que están controlados o inervados por ese nervio, donde las contracciones musculares se miden utilizando electrodos planos colocados en la superficie del músculo, se dice que si hay una pérdida significativa de mielina, significa que los nervios periféricos están desmielinizados y su capacidad para conducir impulsos eléctricos se verá afectada o bloqueada. Para medir el daño a los nervios, además de evaluar la velocidad de conducción nerviosa, un médico o técnico inserta una aguja delgada (similar a la aguja utilizada en acupuntura) en músculos débiles o que funcionan mal para detectar signos de fibras musculares que ya no están inervadas⁶.

II. METODO DE INVESTIGACION

El estudio fue una investigación cualitativa, básica con diseño observacional, prospectivo, longitudinal, descriptivo. Este estudio abarcó las cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, constituyéndose como una herramienta esencial para el razonamiento científico en enfermería, permitiendo brindar cuidados acordes a las necesidades específicas del paciente²⁶.

Se aplicó la metodología del PE, la valoración inicial se basó en los once patrones funcionales de Maryory Gordon. Para identificar los diagnósticos de enfermería acorde a las necesidades de cuidado del paciente, se utilizó el manual NANDA 2021-2024, asegurando un enfoque preciso y adecuado en la identificación de problemas y prioridades de atención

(27,28)

Asimismo, se desarrollaron planes de cuidado personalizados, alineados con los diagnósticos de enfermería e incorporando los indicadores NOC (séptima edición) y las intervenciones NIC (octava edición). Finalmente, se evaluaron las intervenciones mediante puntuaciones iniciales y finales basadas en los indicadores NOC, para determinar si estas fueron las más adecuadas para el paciente ^(29,30).

III. RESULTADOS

Caso clínico:

Fase de valoración

Adulto mayor de 74 años de edad con iniciales V.S.V de sexo masculino procedente de Batangrande, hospitalizado en el servicio de Medicina Varones del hospital de Ferreñafe, en su quinto día de hospitalización, acompañado de su esposa. Se encuentra despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, reposando en posición decúbito semifowler, con Diagnóstico médico actual: Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.

Al examen físico: se le observa piel pálida, de contextura gruesa, con facie pálido, disneico, pupilas isocóricas, con dentadura incompleta, con abdomen blando depresible, se evidencia debilidad muscular, cabello y uñas sucias. Presenta aleteo nasal, a la auscultación se evidencia secreciones traqueo bronquial, ruidos sibilantes, indica dolor en miembros superiores e inferiores con escala de EVA de 8/10 y con presencia de catéter venoso periférico en MSD permeable y uso de sonda Foley con bolsa colectora.

Al control de funciones vitales: T° 37°C FR: 22X´ FC: 100 X´ P.A: 130/70mmHg
SO2: 93 %

Medidas Antropométricas: Peso: 70Kg Talla: 1.56cm IMC: 28.8 kg/m2

A la entrevista paciente refiere: “Mi alimentación no es buena porque como lo que hay nada más y por lo general es frituras además no me tomo la glucosa constantemente, me olvido

por mi trabajo, me dedico más a trabajar que ha ver de mí, no puedo movilizarme mucho, y cuando lo hago es con la silla de ruedas, también siento un hormigueo y dolor en las piernas. Me siento muy preocupado por mi salud, ya no sé qué voy a hacer, tengo una familia que depende de mí”.

A la entrevista familiar refiere: “No puede dormir mi esposo, se suele despertar constantemente porque le duele, además le tienen que ayudar para que se pueda vestir porque siente dolores en las piernas y brazos.

En la etapa de valoración tomando como base los 11 patrones de Marjory Gordon, se identificó 7 patrones disfuncionales:

Patrón I: Percepción- manejo de la Salud: Adulto varón de 74 años, con una mal estado de higiene, no realiza ejercicio ni se auto médica.

Patrón II: Nutricional metabólico: Paciente con contextura gruesa IMC: 28.8, con facie pálido, disneico, con dentadura incompleta, con abdomen blando depresible y con una escala de Norton 12 grado: riesgo alto.

Patrón III: Eliminación: Presenta sonda Foley con bolsa colectora, con aleteo nasal, a la auscultación se evidencia secreciones traqueo bronquial y ruidos sibilantes.

Patrón IV: Actividad/ ejercicio: Paciente presenta hipertensión, dificultad para respirar, saturación de 93%, con una escala de Downton puntaje 2 y con un dependencia de grado II.

Patrón V: Sueño – Descanso: Paciente presenta problema para conciliar el sueño (insomnio).

Patrón VI: Cognitivo perceptivo: Paciente en LOTEPE, presentando una escala de Glasgow de 14 que es leve y con presencia de dolor en ambos miembros tanto superiores como inferiores Eva de 8/10.

Patrón VII: Autopercepción- Autoconcepto: Paciente presenta una autoestima elevada.

Patrón VIII: Rol- Relaciones: Es un campesino, que ya lleva años conviviendo, cuenta con el apoyo de esposa y sus hijos, quienes lo cuidan.

Patrón IX. Adaptación y tolerancia al estrés: Adulto mayor expresa sentimiento de ansiedad.

Patrón X: Sexualidad – Reproducción: Es conviviente

Patrón XI: Valores- Creencias: católico

Fase diagnóstica

Se establecieron trece diagnósticos de enfermería, de los cuales para su priorización se utilizó el modelo de AREA de Pesut y Herman, que permitirá la red de razonamiento clínico y poder responder a las necesidades del paciente (Anexo 2).

1. (00030) Deterioro del intercambio de gases r/c limpieza ineficaz de las vías aéreas e/p secreciones traqueo, sibilancias, bronquiales, saturación de oxígeno: 93%
2. (00085) Deterioro de la movilidad física r/c enfermedades neuromusculares e/p la debilidad muscular, grado de dependencia: III, Paciente refiere: “no puedo movilizarme mucho, y cuando lo hago es con la silla de ruedas”.
3. (00132) Dolor agudo r/c Agentes lesivos m/p Paciente refiere: “Siento un hormigueo y dolor en las piernas” EVA: 8/10
4. (00233) Sobrepeso r/c patrones anormales de percepción alimentaria e/p Peso: 70 kg, Talla: 1.56 cm, IMC: 28.8%, Paciente refiere “Mi alimentación no es buena porque como lo que hay nada más y por lo general es frituras”.

5. (00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c monitorización personal inadecuada de la glucosa
6. (00095) Insomnio r/c enfermedad crónica m/p Familiar refiere: “No puede dormir mi esposo, se suele despertar constantemente porque le duele”
7. (00109) Déficit de autocuidado en el vestido r/c Enfermedades neuromusculares m/p Esposa refiere: “Le tienen que ayudar para que se pueda vestir porque siente dolores en las piernas y brazos”
8. (00193) Descuido personal r/c elección de estilo de vida m/p cabello y uñas sucias, Halitosis, Paciente refiere” me dedico más a trabajar que ha ver de mi”
9. (00303) Riesgo de caídas del adulto r/c Valoración por medio de una escala de caídas: Escala Downton: 2
10. (00304) Riesgo de lesión por presión en el adulto r/p Uso de escala de valoración para el riesgo de lesión por presión: Escala de Norton: 12
11. (00250) Riesgo de lesión del tracto urinario r/c uso de catéter urinario durante tiempo prolongado
12. (00146) Ansiedad r/c Personas que experimentan crisis situacionales m/p Paciente refiere “Me siento muy preocupado por mi salud, ya no sé qué voy hacer, tengo una familia que depende de mí”
13. (00004) Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo por perfundir por medio de catéter venoso

Fase de Planificación

La planificación permitió realizar cuatro planes de cuidados utilizando el NOC y NIC que permitirá determinar las intervenciones adecuadas al diagnóstico realizado (Tabla 1 hasta la tabla 4).

Tabla 1. Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00030) Deterioro del intercambio de gases

Diagnóstico de enfermería	Objetivo/Criterios de resultado (NOC)	Intervenciones/Actividades	Evaluación NOC/Indicadores
<p>(00030) Deterioro del intercambio de gases relacionado limpieza ineficaz de las vías aéreas manifestado por secreciones traqueo, sibilancias, bronquiales, saturación de oxígeno: 93%</p>	<p>(0402) Función respiratoria: intercambio gaseoso Indicadores: 040211 Saturación de oxígeno Puntuación inicial 1(DGN) Puntuación diana: aumentar 5 040214 Equilibrio entre perfusión y ventilación Puntuación inicial 1(DGN) Puntuación diana: aumentar 5</p>	<p>(3390) Ayuda a la ventilación Actividades: -Apoyar en los cambios continuos de posturas. -Incentivar que el paciente respire lentamente y hondo. -Auscultar los ruidos respiratorios. (2230) Fisioterapia torácica Actividades: -Decidir y tener en cuenta las contraindicaciones para el uso de</p>	<p>040211 Saturación de oxígeno Puntuación final: 4(DLN) Puntuación de cambio: +3 040214 Equilibrio entre perfusión y ventilación Puntuación final: 4(DLN) Puntuación de cambio: +3</p>

		<p>fisioterapia torácica.</p> <p>-Aclarar a la persona el propósito de los métodos usados durante la fisioterapia.</p> <p>-Realizar fisioterapia torácica dos horas después de la comida.</p> <p>-Vigilar su estado respiratorio.</p>	
--	--	---	--

Tabla 2. Plan de cuidados Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00085) Deterioro de la movilidad física

Diagnóstico de enfermería	Objetivo/Criterios de resultado (NOC)	Intervenciones/Actividades	Evaluación NOC/Indicadores
<p>(00085) Deterioro de la movilidad física relacionado con enfermedades neuromusculares manifestado por, se evidencia debilidad muscular, grado de dependencia: III, Paciente refiere: “no puedo movilizarme mucho, y cuando lo hago es con la silla de ruedas”.</p>	<p>(0208) Movilidad</p> <p>Indicadores:</p> <p>020801 Mantenimiento del equilibrio</p> <p>Puntuación inicial 1(G)</p> <p>Puntuación diana: aumentar 5</p> <p>020 803 Movimiento muscular</p> <p>Puntuación inicial 1(G)</p> <p>Puntuación diana: aumentar 5</p> <p>020802 Mantenimiento de la posición corporal</p> <p>Puntuación inicial 1(G)</p> <p>Puntuación diana: aumentar 5</p>	<p>(0840) Cambio de posición</p> <p>Actividades:</p> <p>-Facilitar una cama en buen estado y tener en cuenta la oxigenación.</p> <p>-Ubicar y tener en cuenta la posición para facilitar la concordancia de la ventilación/perfusión.</p> <p>-Disminuir la fricción y la fuerza de corte al cambiar de posición.</p> <p>-Registrar la hora y el procedimiento de los cambios de posición pasivo.</p>	<p>020801 Mantenimiento del equilibrio</p> <p>Puntuación final: 4(L)</p> <p>Puntuación de cambio: +3</p> <p>020 803 Movimiento muscular</p> <p>Puntuación final: 4(L)</p> <p>Puntuación de cambio: +3</p> <p>020802 Mantenimiento de la posición corporal</p> <p>Puntuación final: 4(L)</p> <p>Puntuación de cambio: +3</p>

Tabla 3. Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00132) Dolor agudo

Diagnóstico de enfermería	Objetivo/Criterios de resultado (NOC)	Intervenciones/Actividades	Evaluación NOC/Indicadores
<p>(00132) Dolor agudo relacionado con Agentes lesivos manifestado por Paciente refiere: "Siento un hormigueo y dolor en las piernas" EVA: 8/10</p>	<p>(2102) Nivel del dolor Indicadores: 210201 Intensidad del dolor referido Puntuación inicial 1(G) Puntuación diana: aumentar 5 210206 Expresiones faciales de dolor Puntuación inicial 1(G) Puntuación diana: aumentar 5</p>	<p>(1410) Manejo del dolor: agudo Actividades: -Efectuar una valoración de la frecuencia e intensidad de dolor que presente. -Administrar Metamizol 1 g + tramadol 100 mg + ClNa 100 cc vía endovenosa c/ 12 hrs. -Informe a su médico si las medidas para aliviar el dolor no son efectivas. -Proporcionar a las familias información precisa sobre el dolor</p>	<p>210201 Intensidad del dolor referido Puntuación final: 4(L) Puntuación de cambio: +3 210206 Expresiones faciales de dolor Puntuación final: 4(L) Puntuación de cambio: +3</p>

		<p>del paciente.</p> <p>-Preguntar al paciente sobre su nivel de dolor le ayudará a calmarse y prescribir el tratamiento adecuado.</p>	
--	--	--	--

Tabla 4. Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00233) Sobrepeso

Diagnóstico de enfermería	Objetivo/Criterios de resultado (NOC)	Intervenciones/Actividades	Evaluación NOC/Indicadores
<p>(00233) Sobrepeso relacionado con patrones anormales de percepción alimentaria manifestado por Peso: 70 kg, Talla: 1.56 cm, IMC: 28.8%, Paciente refiere “Mi alimentación no es buena porque como lo que hay nada más y por lo general es frituras”.</p>	<p>(1004) - 499 Estado nutricional</p> <p>Indicadores:</p> <p>100401 Ingesta nutricional</p> <p>Puntuación inicial 1(DGN)</p> <p>Puntuación diana: aumentar 5</p> <p>10040402 Ingesta de alimentos</p> <p>Puntuación inicial 1(DGN)</p> <p>Puntuación diana: aumentar 5</p> <p>10040405 Relación peso y talla</p> <p>Puntuación inicial 1(DGN)</p> <p>Puntuación diana: aumentar 5</p>	<p>(1280)-113 Ayuda para perder peso</p> <p>Actividades:</p> <p>-Determinar los deseos y motivaciones del paciente.</p> <p>-Pesar al paciente semanalmente.</p> <p>-Desarrollar un plan de nutrición diario que incluya una dieta equilibrada, hipocalórica y baja en grasas.</p> <p>(5246)-100 Asesoramiento nutricional</p> <p>Actividades:</p> <p>-Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p>	<p>100401 Ingesta nutricional</p> <p>Puntuación final: 4(DLN)</p> <p>Puntuación de cambio: +3</p> <p>10040402 Ingesta de alimentos</p> <p>Puntuación final: 4(DLN)</p> <p>Puntuación de cambio: +3</p> <p>10040405 Relación peso y talla</p> <p>Puntuación final: 4(DLN)</p> <p>Puntuación de cambio: +3</p>

		<ul style="list-style-type: none">-Establezca objetivos realistas a corto y larga duración para cambiar su dieta.-Proporcionar información sobre la necesidad de ajustes dietéticos debido a condiciones de salud.	
--	--	---	--

Fase de ejecución

Se ejecutaron las acciones de enfermería, independiente como interdependientes del paciente a lo largo de su estancia en el hospital. Uno de los aspectos que dificulta la recuperación del paciente fue que a pesar de los cuidados que se le brindó, no siempre se va a conseguir que este se recupere completamente, ya que su recuperación va ser progresiva, además pueden quedar secuelas, o alguna discapacidad secundaria que va afectar al movimiento, el control o la coordinación.

Fase de evaluación

En las respuestas que se obtuvieron en el paciente con polineuropatía inflamatoria fueron oportunos. En la disimilitud tanto con la puntuación principal y la obtenida tras las intervenciones que se empleó para calcular la puntuación de cambio, la cual refleja el objetivo logrado tras la implementación de las intervenciones de enfermería.

En el primer diagnóstico que se prioriza es el deterioro del intercambio de gases que se logró mantener la saturación de oxígeno dentro de un valor adecuado al igual que el equilibrio entre perfusión y ventilación en el paciente evidenciándose una puntuación de cambio fue de +3 (Tabla 1).

En el segundo diagnóstico priorizado deterioro de la movilidad física se logró que el paciente recuperé progresivamente el mantenimiento del equilibrio, movimiento muscular y empiece a mantener la posición corporal, la puntuación de cambio fue de +3 (Tabla 2).

Siguiendo con el diagnóstico de dolor agudo, se controló y el alivio del nivel de dolor, lo cual la puntuación de cambio fue de +3 (Tabla 3).

Para el último diagnóstico que se priorizó Sobrepeso, se logró que el paciente ingiriera alimentos nutritivos, la puntuación de cambio fue de +3 (Tabla 4).

IV. DISCUSIÓN

El plan de cuidados elaborado se realizó en una persona de sexo masculino de 74 años diagnosticado con polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica. Por lo cual, este plan pudo realizarse a través de la metodología del proceso enfermero (PE), en compañía de los libros NANDA, NOC y NIC, ejecutada por profesionales de enfermería que deben generar cuidados esenciales para su recuperación y bienestar del paciente al priorizar, lograr instituir objetivo de atención que puedan ser realizables y considerar decisiones en los cuidados que generen ^(27, 30,31).

La valoración realizada se ejecutó con la teoría de Virginia Henderson, así mismo, se priorizaron los diagnósticos según AREA para poder brindar cuidados según el razonamiento clínico en paciente adulto mayor. Por lo que, se ejecutaron diagnósticos conforme con la taxonomía NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC ^(32,33).

Los pacientes con esta patología deben tener un cuidado minucioso por lo cual en enfermería se debe realizar una valoración exhaustiva, especialmente con una evaluación neurológica detallada que incluya fuerza muscular, sensibilidad, reflejos y capacidad de movimiento. Es fundamental documentar estos hallazgos con precisión, ya que servirán como referencia para supervisar el avance de la patología y evaluar la efectividad del tratamiento ^(22,34).

Por medio del proceso de enfermería, se podrán identificar las necesidades del paciente no solo a nivel neurológico, sino también en otros sistemas, como el respiratorio, garantizando un abordaje integral y adaptado a sus condiciones específicas ⁽³²⁾.

Empezamos con el primer diagnóstico con el deterioro del intercambio de gases, que se señala un desequilibrio en la oxigenación o en la eliminación de dióxido de carbono a nivel de la membrana alvéolo-capilar. En pacientes con polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, especialmente en adultos mayores, este problema puede presentarse

como consecuencia de la debilidad en los músculos respiratorios, lo que compromete una ventilación efectiva ^(27,32, 35).

El diagnóstico de deterioro de la movilidad física se describe como la restricción en la capacidad de realizar movimientos corporales independientes y voluntarios, ya sea del cuerpo en su totalidad o de una o varias extremidades. Esta condición se asocia con la patología debido a que la desmielinización de los nervios periféricos provoca debilidad muscular y alteraciones sensoriales, impactando de manera significativa la manera de desenvolverse el paciente para desplazarse y ejecutar ejercicio físico ^(27,35).

Así mismo, estas dificultades de movilidad no solo afectan a problemas respiratorios, sino también generan dolor agudo. Este diagnóstico se refiere a las experiencias sensoriales y emocionales desagradables causadas por daño tisular real o potencial, de inicio repentino o retardado, de cualquier intensidad, desde leve a grave, con un final esperado o posible predecible. En pacientes con esta patología el dolor neuropático es común y puede exacerbar con el movimiento o la inmovilidad prolongada ^(27,36).

Además, la combinación de movilidad reducida y posible inactividad puede llevar al sobrepeso, definido como un dilema que implica la acumulación de cantidades anormales o excesivas de tejido adiposo en relación al sexo y a la edad. Este exceso de peso, a su vez, puede agravar los problemas de movilidad y respiración. Por último, todos estos factores contribuyen al riesgo de caídas en personas de mayor edad. Esto se concreta con la vulnerabilidad de caídas que pueden causar lesiones físicas y poner en peligro la salud. La debilidad muscular, los problemas de equilibrio, el dolor y el sobrepeso aumentan significativamente el riesgo de caídas en este paciente ^(27,37).

La evaluación de los diagnósticos determinó resultados a través del NOC, de los cuales el diagnóstico 1 fue el deterioro del intercambio de gases (00132) con indicadores saturación de oxígeno y equilibrio entre perfusión y ventilación.

En el segundo fue deterioro de la movilidad física (00085) con indicadores de mantenimiento del equilibrio, movimiento muscular y mantenimiento de la posición corporal³⁸.

El tercero fue dolor agudo (00132) con indicadores de intensidad del dolor referido y expresiones faciales de dolor.

En el cuarto diagnóstico sobrepeso (00233) con indicadores ingesta nutricional, ingesta de alimentos y relación peso y talla. En el quinto riesgo de caídas del adulto (00303) con indicadores proporciona ayuda, proporciona ayuda con la movilidad y valora el nivel de movilidad³⁸.

V. CONCLUSIONES

En resumen, el proceso de enfermería dirigido a adulto mayor que se estructuró utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC, complementado con la valoración a través de los once patrones funcionales de Maryory Gordon. La priorización de los diagnósticos se llevó a cabo mediante la aplicación del modelo AREA, lo que permitió un razonamiento clínico riguroso y alineado con las necesidades individuales del paciente. Este enfoque propició la formulación de diagnósticos fundamentados en un análisis científico, así como la definición de resultados esperados e intervenciones específicas desde la perspectiva de la práctica enfermera.

REFERENCIAS

1. Christie O, Mirchia K, Mangla R, Hussain A, Hussien AR. Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy: A unique case of chronic disease with atypical features. *Radiol Case Rep.* 2022;17(7):2441–7.
2. Gogia B, Cabrero F, Suheb M, Lui F, Rai P. Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy. *StatPearls [Internet].* 2024 [citado el 31 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563249/>
3. Hughes R, MedSci F, Bensa S, Willison H, Van P, Comi G, et al. Randomized controlled trial of intravenous immunoglobulin versus oral prednisolone in chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy. *Ann Neurol.* 2021;50(2):195–201.
4. Rajabally Y. Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy: Current Therapeutic Approaches and Future Outlooks. *Immunotargets Ther [Internet].* 2024 [citado el 31 de octubre de 2024];13:99–110. Disponible en: <https://www.dovepress.com/chronic-inflammatory-demyelinating-polyradiculoneuropathy-current-ther-peer-reviewed-fulltext-article-ITT>
5. Almunashri F, Binyaseen K, Alkhotani A. Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy in Patients With Crohn’s Disease on Infliximab Therapy. *Cureus [Internet].* 2021 [citado el 31 de octubre de 2024];13(10):e19041. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8612716/>
6. Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica. [Internet]. [Citado el 12 de diciembre del 2024]. Disponible en: https://www.gbs-cidp.org/wp-content/uploads/2022/12/GBSCIDP-CIDP-Education-Booklet_Spanish_2022.pdf
7. Stino A, Naddaf E, Dyck P, et al. Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica: errores de diagnóstico y enfoque de tratamiento: Nervio muscular. [Internet]. 2021 [Citado el 12 de diciembre del 2024]. 63 (2):157–69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32914902/>

8. Lehmann H, Burke D, Kuwabara S. Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica: actualización sobre diagnóstico, inmunopatogénesis y tratamiento. *J Neurol Neurocirugía Psiquiatría* [Internet] 2019 [Citado el 12 de diciembre del 2024]. 90 (9):981–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30992333/>
9. Doneddu PE, Bianchi E, Cocito D, et al. Factores de riesgo de polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica: antecedentes, estilo de vida y hábitos dietéticos. [Internet]. 2020 [Citado el 12 de diciembre del 2024]; 27(1):136–43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31325350/>
10. Doneddu P, Cocito D, Manganelli F, et al. Frecuencia de diabetes y otras comorbilidades en la polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica y su impacto en la presentación clínica y la respuesta al tratamiento. [Internet]. 2020 [Citado el 12 de diciembre del 2024]; 91(10):1092–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32868387/>
11. Rodríguez Y, Vatti N, Ramírez C. Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica como enfermedad autoinmune. [Internet]. 2019 [Citado el 12 de diciembre del 2024]; 102:8–37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31072742/>
12. Franques J. [Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica: diagnóstico y actualización terapéutica]. [Internet]. 2019 [Citado el 12 de diciembre del 2024]; 40(12):808–15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31677862/>
13. Van den Bergh P, van Doorn P, Hadden R, et al. Directrices de la Academia Europea de Neurología/Sociedad de Nervios Periféricos sobre el diagnóstico y tratamiento de la polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica: Informe de un grupo de trabajo conjunto: [Internet]. 2021 [Citado el 12 de diciembre del 2024]; 26(3):242– 68. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jns.12455>
14. Benoit C, Svahn J, Debs R, et al. Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica focal: inicio, curso y características distintivas. *Sistema nervioso periférico*.

- [Internet]. 2021 [Citado el 12 de diciembre del 2024]; 26(2):193– 201. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33660880/>
15. Ikeda S, Koike H, Nishi R, et al. Características clínico-patológicas de los subtipos de polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica. [Internet]. 2019 [Citado el 12 de diciembre del 2024]; 90(9):988–96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31227562/>
 16. Querol L, Crabtree M, Herepath M, et al. Revisión sistemática de la literatura sobre la carga de enfermedad en la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica. [Internet]. 2021 [Citado el 12 de diciembre del 2024]; 268(10):3706– 16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32583051/>
 17. Bunschoten C, Jacobs B, Van den Bergh P, et al. Avances en el diagnóstico y tratamiento de la polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica. [Internet]. 2019 [Citado el 12 de diciembre del 2024]; 18(8):784–94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31076244/>
 18. Doneddu P, Cocito D, Manganelli F, et al. Atípico: criterios diagnósticos, progresión y respuesta al tratamiento. Datos de la base de datos italiana. [Internet]. 2019 [Citado el 12 de diciembre del 2024]; 90(2):125–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30297520/>
 19. Kuwabara S, Misawa S, Mori M. Polineuropatías desmielinizantes inflamatorias crónicas atípicas. [Internet]. 2019 [Citado el 12 de diciembre del 2024]; 90(2):121. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30297522/>
 20. Jung S, Jung G, Kim D, Oh J, Choi K. Epidemiología de la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica en Corea del Sur: un estudio de base poblacional. [Internet]. 2023 [Citado el 12 de diciembre del 2024]. Nov; 19 (6):558-564. Disponible en: <https://www.thejcn.com/DOIx.php?id=10.3988/jcn.2023.0007>

21. Park SB, Li T, Kiernan MC, et al. Prevalencia de polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica. [Internet]. 2022 [Citado el 12 de diciembre del 2024]. 66 (5):576-582. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9805140/>
22. López JC, Mercado A, Pérez T, Galnares JA, Vargas ES. Eficacia del uso de prednisona como terapia a largo plazo en pacientes con polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (PDIC): una cohorte retrospectiva. [Internet]. Rev Neurol 2021 [Citado el 12 de diciembre del 2024]. 73(8), 275–281. Disponible en: <https://www.neurologia.com/73/8/10.33588/rn.7308.2021261>
23. Segura D, Sanchez A, Alvarez K, Caciano J, Tagle I, Aquino F, Sifuentes J. Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica con anticuerpos antineurofascina -155: primer reporte de caso en Perú. [Internet]. 2023. [Citado el 12 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/investigacion/casos/2634.html>
24. Elsevier. Proceso de Enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración. [Internet]. 2019. [Citado el 12 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/proceso-de-enfermeria-en-cinco-pasos-pensamiento-critico-y-valoracion2>
25. Las 14 necesidades de Virginia Henderson. [Internet]. 2021. [Citado el 12 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://www.servisalud.com.do/post/las-14-necesidades-de-virginia-henderson>
26. Toribia Y, Cabello P. El Proceso de Enfermería: Horizonte Vocacional para el Cuidado. Revista Scientific [Internet]. 2021 [Citado el 12 de diciembre del 2024], 6 (21):376–95. Disponible en: http://indteca.com/ojs/index.php/Revista_Scientific/article/view/608
27. Hearther T, Kamitsuru S, Takao C. Diagnosicos enfermeros definiciones y clasificación 2021-2023. 12a ed. España: El Sevier; 2022. 5–612 p.
28. Ramos C, Sicha J, Huamán D, Mariñas D, Chavez P. Valoración por 14 necesidades y cuidado enfermero en adulto con tuberculosis pulmonar, en Lima, Perú. Investigación e

- Innovación: Revista Científica de Enfermería [Internet]. el 23 de agosto de 2022 [citado el 3 de noviembre de 2024];2(2):97–110. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/1499>
29. Moohead S, Swanson E, Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Medición de resultado de salud. 7a ed. España: El Sevier; 2024. 2–855 p.
30. Wagner C, Butcher H, Clarke M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 8a ed. España: El Sevier; 2024. 2–583 p.
31. Ramos Q, Estefany L, Torres M, De María F, De A, Originales I. La enseñanza-aprendizaje del proceso de atención de enfermería en estudiantes del noveno ciclo: una experiencia enriquecedora. ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería [Internet]. 2020 [citado el 3 de noviembre de 2024];7(1):16–30. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/352>
32. Reyes Ev. Fundamentos de enfermería [Internet]. Manual Moderno. Vol. 3. 2023 [citado el 3 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Fundamentos_de_enfermer%C3%ADa/tai7EAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=proceso+de+atencion+de+enfermeria+articulos&printsec=frontcover
33. Sotomayor S. Significado del proceso de atención de enfermería desde la enseñanza cotidiana de los profesores. Revista de Enfermería Neurológica. 2023;21(2).
34. Alonso C, Gobbi C, Quaglia MI, Tissera Y, Savio V, Albiero A, et al. Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica como forma de presentación de lupus eritematoso sistémico. Rev Argent Reumatol [Internet]. 2020 [citado el 3 de noviembre de 2024];31(1):22–4. Disponible en: <https://ojs.reumatologia.org.ar/index.php/revistaSAR/article/view/424/386>
35. Ferri F.Consultor clínico. Diagnóstico y tratamiento [Internet]. Elsevier. Vol. 2. 2023 [citado el 3 de noviembre de 2024]. 1–1628 p. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Ferri_Consultor_cl%C3%ADnico_Diagn%C3%B3stico_y/OBSwEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=0

36. File T. Enfermedad infecciosa neumocócica [Internet]. 2a ed. Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. Elsevier España; 2021 [citado el 3 de noviembre de 2024]. 1869–1871 p. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.ez.unisabana.edu.co/#!/content/book/3-s2.0-B9788491137658002733>
37. Cifu DX. Esclerosis Múltiple. In: Braddom. Medicina física y rehabilitación [Internet]. 1a ed. Elsevier HealthSciences; 2022 [citado el 3 de noviembre de 2024]. 983–1184 p. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=3U9XEAAAQBAJ>
38. Moohead S, Swanson E, Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Medición de resultado de salud. 7a ed. España: El Sevier; 2024. 2–855 p.

ANEXOS

Anexo 1: Guía de valoración de enfermería a la persona adulta según los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DATOS GENERALES					
Nombre del paciente: Valentino Sánchez Vega.					
Fecha de nacimiento: 10 /04/1950		Edad: 74		Sexo: Masculino	
Dirección: Batangrande					
Servicio: Medicina Varones		Fecha de ingreso: 01/12/24		Hora: 10:00 am	
Procedencia: Admisión() Emergencia(X) Otro hospital() Otro()					
Forma de llegada: Ambulatorio () Silla de ruedas (X) Camilla () Otros ()					
Peso: 70Kg	Estatura: 1.56 cm	PA: 130/70	FC: 100x'	FR: 22x'	T°: 37°C Sapo2: 93%
Fuente de información: Paciente (x) Familiar () Otros ()					
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y/O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS					
HTA () DBM () GASTRITIS () ÚLCERAS () ASMA () TBC ()					
Otros (especifique):					
CIRUGÍA: SI () NO (X)		ESPECIFIQUE:		FECHA:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO (MOTIVO DE INGRESO): Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.					

VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN PATRONES

PATRON I: PERCEPCION- MANEJO DE LA SALUD	M	T	N																
<p>Alergias y otras reacciones:</p> <p>Fármacos () especifique: _____</p> <p>Alimentos () especifique: _____</p> <p>Signos y síntomas: rash () rinitis () lagrimeo() urticaria() edema glotis()</p>																			
<p>Estilos de vida/hábitos:</p> <p>Uso de tabaco: si () no(x)</p> <p>Cantidad /frecuencia: _____</p> <p>Uso de alcohol: si() no(x)</p> <p>Cantidad /frecuencia: _____</p> <p>Realiza ejercicio: si() no(x)</p> <p>Se auto medica : si() no(x)</p>																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="193 1480 437 1585">Estado de higiene</th> <th data-bbox="437 1480 552 1585">BUENO</th> <th data-bbox="552 1480 700 1585">REGULAR</th> <th data-bbox="700 1480 796 1585">MALO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="193 1585 437 1691">Corporal</td> <td data-bbox="437 1585 552 1691"></td> <td data-bbox="552 1585 700 1691"></td> <td data-bbox="700 1585 796 1691">x</td> </tr> <tr> <td data-bbox="193 1691 437 1796">Higiene oral</td> <td data-bbox="437 1691 552 1796"></td> <td data-bbox="552 1691 700 1796"></td> <td data-bbox="700 1691 796 1796">x</td> </tr> <tr> <td data-bbox="193 1796 437 1948">Estilo de alimentación</td> <td data-bbox="437 1796 552 1948"></td> <td data-bbox="552 1796 700 1948"></td> <td data-bbox="700 1796 796 1948">x</td> </tr> </tbody> </table>	Estado de higiene	BUENO	REGULAR	MALO	Corporal			x	Higiene oral			x	Estilo de alimentación			x			
Estado de higiene	BUENO	REGULAR	MALO																
Corporal			x																
Higiene oral			x																
Estilo de alimentación			x																

PATRÓN II: NUTRICIONAL METABÓLICO	M	T	N
PESO= 70 kg TALLA= 1.56 IMC=28.8			
GLUCOSA=			
PESO: Delgadez (IMC <18.5) () Normal (IMC >18.5<25)() Sobrepeso (IMC 25 < 30) (X) Obesidad (IMC >30) ()			
Dentición completa: si () no (X)			
NPO ()			
NPT () NE () N.MIXTA ()			
Tolerancia oral			
Dieta : D. Líquida amplia () D. Blanda severa () D. Completa ()			
Apetito : Normal () Dificultad para deglutir ()			
Náuseas () Pirosis () Vómitos () Cantidad/Características_____			
SNG/ SOG /SNY/Gastrostomía/Yeyunostomía			
Sonda a gravedad: si () no (X)			

Características				
ABDOMEN	Blando / depresible (X)			
	Globuloso			
	Distendido / timpánico			
	Doloroso			
	PIA			
	Drenes			
	Presencia de herida operatoria			
RHA	Aumentados			
	Disminuidos			
RESIDUO GÁSTRICO	SI (características) -----			
	NO			
PIEL / MUCOSAS	Húmedas			
	Secas			

	Palidez (X)			
	Ictérica			
	Cianosis: Distal () Peribucal () General ()			
INTEGRIDAD DE LA PIEL	Intacta			
	Dispositivos invasivos: si () no () Ubicación:_____			
	Ictericia			
	Sudoración ()			
	Lesión por venopunción			
	Equimosis			
	Hematomas			
	Flogosis			
	Incisión Qx			

	LPP: ESCALA DE NORTON (12) Grado: RIESGO ALTO			
	Localización:			
EDEMAS	SI .../++++			
	NO (X)			
	Donde:			
TERMOREGULACIÓN	Nomotermia (X)			
	Hipotermia			
	Hipertermia			
PATRÓN III: ELIMINACIÓN		M	T	N
SISTEMA URINARIO	Espontánea			
	Sonda Foley (X)			
	Anuria			
	Talla vesical			
	Oliguria			
	Poliuria			

	Características			
SISTEMA GASTRO INTESTINAL	Deposición:			
	Estreñimiento ()			
	Formada (X)			
	Blanda () Dura () Líquida () Frecuencia: _____			
	Melena			
ostomía			
SISTEMA RESPIRATORIO	Patrón respiratorio			
	Ruidos respiratorios: Murmullo vesicular () Sibilantes (X) Estertores () Roncos ()			
	Tos efectiva: si () no (x)			
	Secreción Bronquial (x)			

	Cantidad: Regular			
	Características:_____			
	Drenaje: si () no(X) tipo:.....			
	D°() I° ()			
CUTÁNEA	Diaforesis ()			
	Exudado ()			
	Trasudado ()			
PATRÓN IV: ACTIVIDAD/EJERCICIO		M	T	N
ACTIVIDAD/ MOTORA	Sin déficit motor ()			
	Paresia: MSD () MSI () MID() MII ()			
	Plejía: MSD () MSI () MID() MII ()			
	Contracturas : Si () No (X)			
	Flacidez: Si () No (X)			

	Fatiga : Si () No ()			
	Escala de Downton: Puntaje: 2			
ACTIVIDAD CARDIOVASC.	Ritmo cardiaco : RS () TS () BAV() CVP () Arritm. ()_____			
	Marcapaso: si () no ()			
	Llenado capilar			
	Frialdad distal: SI () NO()			
	Pulso radial: D () I()			
	Pulso poplíteo: D () I()			
	Pulso pedio: D () I()			
	Pulso femoral: D () I()			
	Normotensión			

	Hipertensión (X)			
	Hipotensión			
	Flujo urinario, aprox.(ml/kg/h)			
	Inotrópicos			
	Vasodilatadores			
	Diuréticos			
ACTIVIDAD RESPIRATORIA	Respiración : Regular (X) Irregular () SO ₂ = 93%			
	Disnea () Polipnea ()			
	Tos: SI () NO (X)			
	Respiración : Espontánea Si () No (X)			
	Oxígeno suplementario: Si (X) No ()			

	Ventilación Mecánica: Si () No ()			
	TET ()			
	TRQ ()			
GRADO DE DEPENDENCIA				
I () II (X) III () IV () V ()				
PATRÓN V: SUEÑO-DESCANSO		M	T	N
SUEÑO/ DESCANSO	Horas de sueño: 4 horas			
	Problemas para dormir SI() NO(X)			
	Toma algo para dormir SI() NO(X)			
	Sueño Conservado			
	Insomnio (X)			
	Inversión Día/Noche SI () NO (X)			

	Sedoanalgesia: Escala de RASS ()			
PATRÓN VI: COGNITIVO PERCEPTIVO		M	T	N
ESTADO DE CONCIENCIA	Orientado : T (X) E(X) P(X)			
	Confuso / agitado			
	Obnubilado			
	Soporoso			
	Comatoso			
	Sedado (RASS)			
ESCALA DE GLASGOW Puntaje (14) Leve	Respuesta ocular: 4 3 2 1			
	Respuesta Verbal: 5 4 3 2 1			
	Respuesta Motora: 6 5 4 3 2 1			
P U P I	Isocóricas (X)			
	Anisocóricas:			
	Discóricas			

L A S	Midriáticas			
	Mióticas			
	RFM: si () no ()			
	Reflejo corneal			
EVALUACIÓN CORNEAL	Edema periorbital			
	Parpadeo (+) (-)			
	Apertura ocular: Completa () Incompleta ()			
SIGNOS MENÍNGEOS	Ausentes ()			
	Rigidez de nuca			
	Babinski (+) (-)			
	Convulsión			
Lagunas mentales: Frecuentes () Espaciadas()				
Alteración en el proceso del pensamiento: SI () NO(X)				

<p>Alteraciones sensoriales:</p> <p>Visuales () Olfatorias () Auditivas () Táctil ()</p> <p>Cenestésicas () Gustativas ()</p> <p>Otros:</p>				
COMUNICACIÓN	<p>Alteración del habla:</p> <p>SI () NO (X)</p> <p>Disartria () Afasia ()</p>			
	<p>Barreras :</p> <p>Nivel de conciencia ()</p> <p>Edad (X)</p> <p>Barreras físicas ()</p> <p>Diferencia Cultural ()</p> <p>Barrera Psicológica ()</p> <p>Medicamentos ()</p>			
DOLOR	<p>Agudo ()</p> <p>Localización: _____</p>			
	<p>Crónico(X)</p> <p>Localización: Miembros superiores e inferiores</p>			
	<p>EVA: 8/10</p>			
PATRÓN VII: AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO		M	T	N
Autoestima elevada (X)				

Autoestima media ()			
Autoestima baja ()			
Escala de Rosenberg /Puntaje ()			
PATRÓN VIII: ROL/RELACIONES	M	T	N
Estado Civil: Conviviente Profesión: Campesino			
Con quién vive? Solo () Familia (X) Otros ()			
Fuentes de apoyo: Familia (X) Amigos () Otros()			
Cuidado personal y familiar Desinterés () Negligencia () Desconocimiento () Cansancio () Otros_____			
Conflictos familiares : SI () NO (X)			
PATRÓN IX: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	M	T	N
Estado civil: Casado (a) () Soltero (a) () Divorciado(a) () Viudo(a) () Conviviente (X)			
PATRÓN X: ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS	M	T	N
Cambio de vida familiar en los últimos años: SI () NO(X) Especifique motivo: _____			

Reacción frente a enfermedades y muerte: Preocupación () Ansiedad (X) Temor () Indiferencia () Desesperanza () Tristeza () Negación () Otros: _____			
PATRÓN XI: VALORES Y CREENCIAS	M	T	N
Religión: Católico (X) Ateo () Otros () Especifique: _____			
Restricciones religiosas: SI () NO(X) Especifique: _____			
Solicita visita de su asesor espiritual: SI () NO(X)			

ANEXOS

ESCALA DE NORTON

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMIONA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROS O COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACION DEL RIESGO:

5 a 9 = RIESGO MUY ALTO

10 a 12 = RIESGO ALTO

13 a 14 = RIESGO MEDI

>14 = RIESGO MINIMO/ NO RIESGO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ECG)

PARAMETRO	DESCRIPCION	VALOR
APERTURA OCULAR	ESPONTANEA	4
	ORDEN VERBAL	3
	DOLOR	2
	NO RESPONDE	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADO Y CONVERSANDO	5
	DESORIENTADO Y HABLANDO	4
	PALABRAS INAPROPIADAS	3
	SONIDOS INCOMPRESIBLES	2
	NINGUNA RESPUESTA	1

RESPUESTA MOTORA	OBEDCE A ORDEN VERBAL	6
	LOCALIZA EL DOLOR	5
	RETIRADA Y FLEXIÓN	4
	FLEXIÓN ANORMAL	3
	EXTENSION	2
	NINGUNA RESPUESTA	1
<p>TEC LEVE : 13 - 15</p> <p>TEC MODERADO : 9 - 12</p> <p>TEC GRAVE : 3 - 8</p>		

GRADO DE DEPENDENCIA

DEPENDENCIA I O ASITENCIA MINIMA	PUEDA VALERSE POR SI MISMA, DEAMBULA, ASISTENCIA DE ENFERMERIA ORIENTADA A LA EDUCACION EN SALUD, ESTABILIDAD EMOCIONAL
DEPENDENCIA II O ASISTENCIA PARCIAL	PUEDA VALERSE POR SI MISMA, REQUIERE AYUDA PARCIAL, ENFERMEDAD CRONICA COMPENSADA. ALTERACION PARCIAL DE FUNCIONES VITALES, PRE Y POS OPERATORIO INMEDIATO EN CIRUGIA DE BAJA COMPLEJIDAD, MEDICACION ORAL Y/O ÑPARENTERAL CADA 6 hrs, USO DE EQUIPOS DE REHABILITACION Y CONFORT.
DEPENDENCIA III O ASITENCIA INTERMEDIA	PRIORIDAD MEDIANA, NO PARTICIPA EN SU CUIDADO, CRONICO INESTABLE, REQUIERE DE VALORACION CONTINUA Y MONITOREO, ALTYERACION SIGNIFIVCATIVA DE SIGNOS VITALES, MEDICACION PARENTERAL PERMANENTE.
DEPENDENCIA IV O ASISTENCIA INTENSIVA	CRITICAMENTE ENFERMO, INESTABLE CON COMPROMISO MULTIORGANICO SEVERO, RIESGO INMINENTE DE SU VIDA, INCONSCIENTE, CON SEDACION Y RELAJACION, TRATAMIENTO QUIRURGICO ESPECIALIZADO, CUIDADOS DE ENFERMERIA ESPECIALIZADOS, VALORACION, MONITOREO Y CUIDADO PERMANENTE.
DEPENDENCIA V O ASITENCIA	SOMETIDAS A TRANSPLANTE DE ORGANOS, CUIDADOS MUY ESPECIALIOZADSO, UNIDADES ESPECIALES, EQUIPOS Y

ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR (EVA)



EVA: 8/10 Dolor muy fuerte

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (DOWTON)

La escala BPS contempla los siguientes ítems:

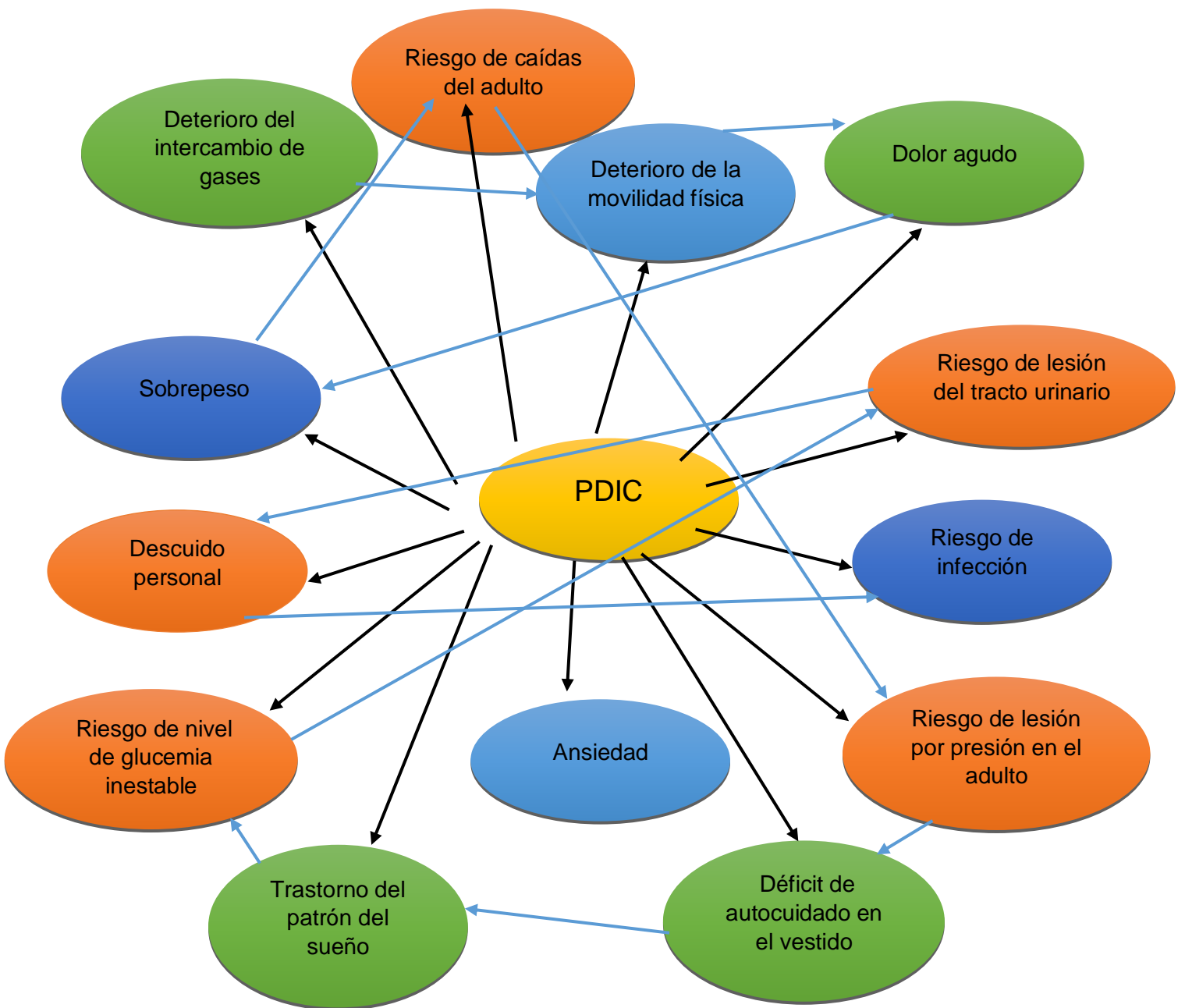
Tabla 1 Escala para la valoración del dolor *Behavioural Pain Scale (BPS)*.

<i>Expresión facial</i>	
Relajado	1
Parcialmente contraída (por ejemplo, fruncir el ceño)	2
Fuertemente contraída (por ejemplo, ojos cerrados)	3
Mueca de dolor	4
<i>Movimiento de miembros superiores</i>	
Sin movimiento	1
Parcialmente flexionado	2
Fuertemente flexionado con flexión de dedos	3
Permanentemente flexionados	4
<i>Adaptación a la ventilación mecánica</i>	
Tolerando ventilación mecánica	1
Tosiendo, pero tolerando ventilación mecánica la mayoría del tiempo	2
Luchando con el ventilador	3
Imposible de ventilar	4
Ausencia de dolor = 3 puntos.	
Máximo dolor = 12 puntos.	

Imagen 4: Escala BPS42

Escala Downton: 2

Anexo 2: Modelo de ÁREA de Pesut y Herman.



Anexo 3: Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... (Consignar iniciales) con DNI..... autorizo participar en la investigación realiza por los investigadores Acosta Santamaria Karen Jhoana y Ramos Eneque Angel Francisco, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o dificultades de aspecto médico legal, hago constar que he sido informada (o), y concedo de forma autónoma mi consentimiento para participar de esta investigación siempre y cuando se guarde la confidencialidad de los datos.

Ciudad

Fecha

Firma