



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A PACIENTE CON ACV
HEMORRÀGICO E HIPERTENSIÓN DE UN
HOSPITAL DE ESSALUD, CHICLAYO -2017**

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

Autora:

Mendoza Pérez Oriana Estefania

Asesora:

Mg. Heredia Llatas, Flor Delicia

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidados de la salud humana

Pimentel – Perú

2020

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A PACIENTE CON ACV
HEMORRAGICO E HIPERTENSIÓN DE UN
HOSPITAL DE ESSALUD, CHICLAYO -2017**

PRESENTADO POR:

ORIANA ESTEFANIA MENDOZA PÈREZ

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán

Para optar el Grado Académico de:

BACHILLER EN ENFERMERÍA

Mg. Mendoza Mundaca Laura Socorro

PRESIDENTA

Mg. Perleche Fuentes Gladys del Rosario

SECRETARIA

Mg. Heredia Llatas Flor Delicia

VOCAL

DEDICATORIA

Este presente trabajo está dedicado primeramente a Dios por haberme dado la vida, la salud y guiarme por la senda del bien, darme sabiduría para poder culminar con éxito mi formación profesional.

A mis padres: Hilda Pèrez Escurra y Antonio Mendoza Fernández por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad y brindarme su amor, sus consejos por enseñarme que cada día comienza en nosotros, una nueva vida y que todo se logra en base de esfuerzo y sacrificio

A mi hermana: Paola Mendoza Pérez, a mi novio: Joshep Flores Quijano, a mi familia por haberme apoyado en todo momento, a mis maestros y jurados que fueron incondicionales y compartieron sus conocimientos para mejorar la calidad de esta investigación.

Oriana Mendoza Pèrez

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, le doy las gracias a Dios nuestro, por darme la vida, por amarme, por conducirme por el sendero que él ha planeado; por dame el empuje, por iluminar siempre mi mente.

A mis docentes de la Escuela Académica Profesional de Enfermería que día a día a lo largo de toda la carrera dieron lo mejor de ellos mismos inculcando conocimiento y actitudes que me ayudaran en mi ámbito profesional como enfermero.

A mis Jurados que con sus conocimientos hicieron que esta investigación quede impecable, por su tiempo y dedicación.

A mis Padres por todo el esfuerzo y dedicación que brindaron, por su amor y sus consejos para no rendirme nunca y ser una profesional

Oriana Mendoza Pèrez

RESUMEN

El proceso de atención de enfermería (PAE) tuvo como objetivo principal satisfacer o cubrir las necesidades básicas disminuidas por la edad y el diagnóstico que presenta el paciente para brindar una atención de calidad, disminuyendo las complicaciones a corto o largo plazo y así ayudar a la pronta recuperación del paciente.

El siguiente trabajo es un informe del proceso de atención de enfermería, se realizó a una persona adulto mayor de 74 años, sexo masculino, con diagnóstico médico ACV Hemorrágico E Hipertensión Arterial a quien se encontraba internado en el servicio de Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) de un hospital ubicado en la provincia de Chiclayo, región Lambayeque. Esta investigación está basada en reconocer los problemas reales y potenciales, al mismo tiempo también de riesgo. La base teórica que se utilizó en este proceso de enfermería fue Virginia Henderson con su teoría de las 14 necesidades a su vez la elaboración de un plan de cuidados para el individuo cuyas prioridades son cubrir las necesidades que se encuentran alteradas por la patología.

En la fase de valoración se empleó el uso de la ficha de valoración por dominios en donde se observó a paciente con traqueostomía con tubo en T conectado a Venturi, con sonda nasogástrica para alimentación y presencia de sonda Foley. En la etapa de diagnosticar se identificó como principal diagnóstico: Deterioro de la ventilación espontánea. Concluyendo que el profesional de enfermería debe estar capacitado para la prevención y tratamiento continuo del paciente a cargo para mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones.

Palabras Claves: Adulto mayor, Virginia Henderson, Cuidado Humanizado, Hipertensión Arterial, Accidente cerebrovascular

ABSTRACT

The nursing care process (ECP) had as its main objective to meet or cover the basic needs diminished by age and the diagnosis presented by the patient to provide quality care, reducing complications in the short or long term and thus helping the prompt recovery of the patient.

The following work is a report of the nursing care process, an adult person over 74 years old, male, with a medical diagnosis Acv Hemorrhagic E Uncontrolled Arterial Hypertension who was admitted to the Intermediate Care Unit service (NICU) of a hospital located in the province of Chiclayo, Lambayeque region. This research is based on recognizing real and potential problems, while also risk. The theoretical basis that was used in this nursing process was Virginia Henderson with her theory of the 14 needs, in turn, the elaboration of a plan of care for the individual whose priorities are to cover the needs that are altered by the pathology.

In the assessment phase, the use of the domain assessment form was used, where a patient with a trachostomy with a T-tube connected to Venturi was observed, with a nasogastric tube for feeding and the presence of a Foley catheter. In the diagnosis stage, the main diagnosis was identified: Impaired spontaneous ventilation. Concluding that the nursing professional must be trained for the prevention and continuous treatment of the patient in charge to improve the quality of life and avoid complications.

Keywords: Elderly, Virginia Henderson, Humanized Care, Hypertension, Stroke

INDICE

Dedicatoria -----	III
Agradecimiento -----	IV
RESUMEN -----	V
ABSTRACT -----	VI
I.INTRODUCCIÓN -----	8
1.1. Historia de Salud de Enfermería: Valoración individual. -----	9
1.2.Valoración por dominios Alterados-----	10
1.3. Examen Físico -----	10
1.4. Situación Problema -----	11
1.5.Análisis y confrontación con la literatura-----	12
1.6.Formulación del diagnóstico según NANDA-----	17
II. MATERIAL Y MÉTODOS -----	18
2.1. Instrumentos utilizados en la recolección de datos -----	18
2.2. Aspectos éticos -----	19
2.3 Criterios de Rigor Científicos -----	19
2.4 Planificación: NIC -----	21
III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN -----	33
IV.CONCLUSIONES-----	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	39

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es un método que se identifica por ser racional y sistemático el cual tiene como propósito poder reconocer e identificar el estado del paciente y sus problemas de salud con el fin de implantar planes que traten las necesidades reconocidas y de esta manera poder aplicar intervenciones con exactitud que engloben dichas necesidades, al mismo tiempo tiene características diferentes que instruyen a las profesiones para poder responder a la condición de salud. El paciente puede ser individuo, una familia, una comunidad o un grupo. (1)

Así mismo dicho proceso puedes ser empleado en todos los marcos asistenciales, es cíclico o sea sus elementos siguen un orden y dinámico centrándose en el usuario. El PAE es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería y está compuesta de cinco pasos: Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación. (1)

Este proceso está sustentado mediante el modelo de las necesidades básicas fundamentales de la teórica Virginia Henderson en donde manifiesta que el usuario necesita cuidados específicos para su pronta recuperación (2).

Como toda futura enfermera el objetivo de aplicar este proceso es poder brindar los cuidados necesarios e íntegros al paciente, teniendo en cuenta mis conocimientos para obtener buenos resultados y a la vez satisfacer las necesidades del paciente a mi cuidado.

1.1. Historia de Salud de Enfermería: Valoración individual.

Datos De filiación:

- 1. Nombre:** José Raúl Castillo Chirino
- 2. Edad:** 74 años
- 3. Etapa de la vida:** Adulto mayor
- 4. Estado Civil:** casado
- 5. Número de Hijos:** 1
- 6. Lugar de nacimiento o Procedencia:** Pacora
- 7. Religión:** católica
- 8. fecha de Ingreso:** 08/09/16
- 9. Motivos de Ingreso:** Dificultad para orinar + dificultad para articular palabras
- 10. Diagnostico medico:**
- 11. ACV HEMORRAGICO E HIPERTENSION ARTERIAL**
- 12. Tratamiento médico.**

- Metildopa 500 mg x SOG c/ 8 horas
- Complejo B 1 tab c/ 24 horas
- Imipenen 1 gr ev / 8 horas
- Salbutamol 2 puff c/ 6 horas

13. Antecedentes personales:

- Asma
- Mialgias
- Taquicardia

Reacción Adversa a Medicamentos: ninguno

Antecedentes Patológicos: ninguno

Antecedentes quirúrgicos: Ninguno

14. Antecedentes Familiares: Ninguno

- **Dinámica Familiar:** paciente e hija
- **Tipos de familia:** Familia monoparental

15. Redes de apoyo: Su familia

15 . Vivienda.

- Vivienda de material noble con agua, luz y desagüe.

1.2. Valoración por dominios Alterados

Dominio 2: Nutrición

Adulto mayor recibía alimentación enteral por sonda nasogástrica debido a la dificultad en la ingesta de alimentos a causa del accidente cerebrovascular.

Dominio 4: Actividad / Reposo

Paciente presentaba traqueostomía con tubo en T conectado a Venturi a 8 litros x ` , se encontraba despierto parcialmente orientado en tiempo, espacio y personas, afásico al llamado, y por presentar aumento de la presión arterial.

Dominio11: Seguridad/Protección

Paciente se encuentra con traqueostomía con tubo en T conectado a Venturi a 8 litros x ` , con catéter venoso central en yugular izquierdo perfundiendo NaCl 0.9 % , presencia de sonda nasogástrica para alimentación y sonda Foley

1.3. Examen Físico

Cabeza: Cráneo normocéfalo, cabello color negro con buena implantación, en buen estado de higiene , cara simétrica de color trigueña , con disminución a los movimientos, ojos simétricos de color marrón, pupilas normo reactivas, conjuntivas rosadas , orejas simétricas sin presencia de secreciones a nivel del conducto auditivo , nariz con buena alineación y presencia de sonda nasogástrica para alimentación , boca con mucosas húmedas , lengua hidratada , piezas dentarias en regular estado general completas con dificultad para alimentarse.

Cuello: simétrico, cilíndrico, movilidad conservada, sin dolor, presencia de catéter venoso central en yugular izquierdo, con traqueostomía con tubo en T conectado a Venturi a 8 litros x y presencia de secreciones.

Tórax: Simétrico, de aspecto y configuración normal, inadecuada ventilación de los campos pulmonares, región axilar sin adenopatías, mamas simétricas sin alteraciones, frecuencia cardíaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto.

Abdomen: blando depresible no doloroso a la palpación, sigue los movimientos respiratorios

Columna vertebral: Sin alteraciones

Genitourinario: Genitales externos de apariencia normal con presencia de sonda Foley

Extremidades: Íntegros sin edemas

1.4. Situación Problema

Adulto mayor de iniciales JRCC de 74 años, sexo masculino, procedente de Pacora, en su séptimo día de hospitalización en la cama N° 2 del servicio de cuidados intermedios (UCIN), del centro médico de ESSALUD de la provincia de Chiclayo , despierto ,con dificultad al hablar , dirige la mirada y obedece ordenes simples en posición semi fowler , con traqueostomía con tubo en T conectado a Venturi a 8 litros x ` , con una valoración de Glasgow de 7 puntos , con diagnostico medico : ACV hemorrágico e hipertensión arterial.

Al examen físico se le observa con sonda nasogástrica para alimentación, catéter venoso central en yugular izquierdo perfundiendo Nacl 0.9%, presencia de sonda Foley permeable.

Al control de funciones vitales: T°: 36.5 °c, P.A: 190/90 mmHg, FC: 85 lpm, FR: 19 rpm, So2: 94 %.

Tratamiento Médico:

- Metildopa 500 mg x SNG c/ 8 horas
- Complejo B 1 tab c/ 24 horas
- Imipenen 1 gr ev c/ 8 horas
- Salbutamol 2 puff c/ 6 horas

1.5. Análisis y confrontación con la literatura

Este proceso de Atención de enfermería fue aplicado a un adulto mayor de 74 años con diagnóstico médico: ACV hemorrágico e hipertensión arterial, encontrándose internado en el servicio de UCIN de un hospital de ESSALUD de la región Lambayeque, para ellos se utilizó a la teórica Virginia Henderson quien nos certifica que la enfermera tiene una responsabilidad, el de asistir a las personas que se encuentren enfermas o no en satisfacer según la teoría sus 14 necesidades básicas en las que se fundamenta el cuidado de enfermería y ayudar a la cooperación de su salud o rehabilitación, así mismo la enfermera proyecta un plan de cuidados específicos para el paciente según su patología (2).

Henderson califica al paciente como un ser individual que requiere la ayuda adecuada y precisa para conseguir su independencia e integración total tanto física como mental, asimismo identifica tres niveles de vinculación entre la enfermera – paciente, en el cual el profesional de salud se desempeña como: Sustituta del paciente, Colaboradora para el paciente y finalmente como compañera. adicionalmente nos manifiesta que toda enfermera debe `` meterse en la piel `` de cada uno de los usuarios (3)

La persona destinada para ofrecer cuidados enfermeros fue el adulto mayor de iniciales JRSS, en quien se encontró alterada las siguientes necesidades de: nutrición, respiración, eliminación, movilización y al mismo tiempo evitar infecciones, con el fin de dar valor al proceso de atención hare mención de las patologías relacionadas con el sistema cerebrovascular que implica el ACV hemorrágico y el sistema cardiovascular que involucra la enfermedad de la Hipertensión arterial (HTA).

El Accidente cerebrovascular (ACV) se produce cuando hay una obstrucción o ruptura de la arteria que se dirige al cerebro ocasionando daño en las celular lo cual provoca que no reciban el oxígeno y nutrientes necesarios. En la actualidad la variedad de personas que han sufrido un ACV pueden quedar con secuelas o no dependiendo si recibieron el tratamiento en el momento correcto. (4)

Así mismo cuando hablamos de un accidente cerebrovascular nos referimos a la ruptura de una arterial cerebral lo que provoca que la sangre pase al tejido circundante y altere tanto al suministro de la sangre como al equilibrio que las neuronas necesitan para funcionar. Existen múltiples formas por la cual puede ocurrir una hemorragia, la causa más común es una aneurisma sangrante, la cual es una área débil o delgado en una pared arterial, pero a la vez la hipertensión aumenta el riesgo que la pared arterial quebradiza ceda y libere dentro del tejido cerebral sangre. (5)

Existen dos tipos principales de accidente cerebrovascular hemorrágico: La Hemorragia intracerebral la cual se produce por la ruptura de un vaso sanguíneo y el derramamiento de sangre dentro del cerebro y la hemorragia subaracnoidea quiere decir que fue provocado por una hemorragia en la superficie de su cerebro en el espacio subaracnoideo (formado por dos membranas que cubren el cerebro). (5)

Los síntomas que se pueden presentar en una ACV hemorrágico son la falta de sensación o debilidad repentina en la cara, el brazo, o la pierna, confusión repentina, o problema al hablar o comprender lo que se hablar, problemas repentinos al caminar, mareos o pérdidas de equilibrios o de coordinación, cefalea intensa sin causa conocida. (5) .

La complicación que puede manifestar una persona son la presencia de agotamiento o inmovilidad, de un parte del organismo, la pérdida de sensibilidad de una parte del cuerpo, dificultad para comer, cansancio extremo y problemas para concebir el sueño, problemas para hablar, problemas de visión, dificultad para controlar su vejiga y movimientos intestinales. De igual manera paciente que tengo a mi cargo ingreso con problemas para articular palabras y una de las complicaciones que presento fue la dificultad para orinar (6).

El tratamiento que se le brinda a los pacientes que no pueden comer es la administración de líquidos a través de una colocación de vía endovenosa en dorso de la mano para evitar la deshidratación, se le coloca una sonda nasogástrica por la cual recibirá los nutrientes necesario y medicamentos que la persona necesite y para finalizar si el paciente no puede respirar por si solo se le coloca oxígeno a través una máscara fácil que le permitirá y ayudara a respirar (6)

Si un paciente presenta una hemorragia subaracnoidea provocada por un aneurisma es necesario una intervención quirúrgica para reducir el riesgo de más hemorragia, del mismo modo que después de tener un ACV el paciente necesitara de una rehabilitación para volver a aprender habilidades y destrezas. (6)

A continuación, se detallan de manera priorizada los diagnósticos de enfermería encontrados en el presente estudio.

(00033) Deterioro de la ventilación espontanea r/c Fatiga de los músculos respiratorios e/p Paciente con traqueostomia con tubo en T conectado a Venturi a 8 litro x´.

La respiración es el método del intercambio de gases entre la persona y el entorno. La estructura del aparato respiratorio favorece el intercambio de gases y respalda al organismo contra materias extrañas, como partículas y microorganismos patógenos, contiene cuatro funciones que son la ventilación pulmonar, el intercambio gaseoso alveolar, el transporte del oxígeno y el dióxido de carbono (17).

En el caso del adulto mayor JRCC, la función que se encuentra alterada es la respiración, la cual está relacionada en el dominio 4: actividad / Reposo; clase 4: Respuesta cardiovasculares / pulmones. Por tal motivo paciente se encuentra con traqueotomía, la cual es un procedimiento quirúrgico realizado con objetivo de crear una abertura dentro de la tráquea, a través de una incisión ejecutada en el cuello, y la inserción de un tubo traqueal o cánula de traqueotomía para facilitar el paso del aire a los pulmones y retirar secreciones de los pulmones. Su objetivo es restablecer la vía aérea, permitiendo una adecuada función respiratoria, cuando la ruta habitual de respiración se encuentra obstruida o alterada (16).

(00103) Deterioro de la deglución r/c anormalidad de la vía área superior e/p sonda nasogástrica

La deglución es una acción automática motora, en la cual trabajan los músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal. En ella intervienen 30 músculos y 6 pares encefálicos, así mismo la deglución es una actividad neuromuscular compleja. (7)

En el caso del paciente se encuentra alterado la necesidad de deglutir los alimentos por sí solo, el cual se encuentra relacionado en el Dominio 2 : Nutrición ; Clase 1 : Ingesta , es por ello que el paciente recibe una nutrición enteral la cual es la administración de nutrientes , el cual es el método preferido para cubrir las necesidad básicas del paciente , la alimentación que se da por sonda nasogástricas se inicia generalmente en concentraciones completas con una velocidad lenta (15).

Continuando con la segunda patología del sistema cardiovascular que involucra la enfermedad de la Hipertensión arterial (HTA).Sin embargo antes de hablar que es la hipertensión hablaremos principalmente sobre la presión arterial la cual es una medida ejercida por la sangre cuando circula por las arterias , está compuesta por la presión sistólica que es la cantidad de presión que es ejercida por la sangre en las arterial cuando el corazón late , y la presión diastólica que es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias entre latidos , cuando el corazón está en reposo . Una presión arterial en un adulto sano es de 120 /80 mmHg (1)

El paciente a mi cargo con iniciales JRCC de 74 años, presenta una presión arterial del 190/ 90 mmhg debido a una hipertensión arterial no controlada, la cual es la principal causa de mayor riesgo de un accidente cerebrovascular, teniendo como diagnostico principal (00228) Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión. La hipertensión es un grave problema de salud lo cual ocasiona graves daños en el organismo, fundamentalmente en el corazón, los riñones y la retina. Como sabemos la Hta causa rigidez en las arterias que se encargan de proveer la sangre a los riñones, sin embargo, a la vez es perjudicial para el mismo riñón lo que puede ocasionar una insuficiencia renal que si se complica necesitara de diálisis. (9)

La hipertensión es una patología sintomática y fácil de detectar, no obstante, cursa con complicaciones muy graves y mortales si no son tratadas a tiempo. Los signo y síntomas que pueden presentarse son cefaleas intensas, mareos, zumbidos de oídos, visión borrosa, dolor en el pecho, tobillo hinchados, como sabemos esta patología es conocida como `` el

asesino silencioso `` por lo que algunas veces no manifiesta síntomas solo complicaciones (10).

Por otra parte, dentro de las causas que influyen en las personas a padecer de dicha patología están el hábito de fumar, sobrepeso, sedentarismo, mala alimentación, la falta de actividad física, ser diabético, tener una enfermedad renal crónica, antecedentes familiares, edad avanzada, etc (10).

Para terminar se sabe que el óptimo tratamiento comienza desde la prevención para impedir la Aparicio de la patología , así mismo es fundamental continuar con un estilo de vida saludable , como por ejemplo no fumar ya que el tabaco incrementa la presión y la frecuencia cardiaca , tener cuidado con el alcohol ya que trae consigo alteraciones muy dañinos el corazón y otros órganos , controlar nuestro peso y ejercitarse para disminuir el riesgo cardiovascular y sobre todo una dieta cardiosaludable disminuyendo el consumo de sal y alimentos que lo contengan , también es muy necesario el consumo de frutas , verduras , frutos secos , legumbres , etc.

A continuación, se detallan de manera priorizada los diagnósticos de enfermería encontrados en el presente estudio.

(00004) riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

Las infecciones hospitalarias se catalogan como infecciones que se van a originar en el hospital las cuales se pueden desarrollar durante la estadía del paciente o pueden aparecer después del alta, hay múltiples factores que contribuyen a la aparición o aumento de las infecciones que mayormente atacan a los pacientes que tienen un sistema inmunodeprimido. En este caso se encuentra alterado el dominio 11: Seguridad/Protección; Clase 2: Lesión Física. (1)

(00250) Riesgo de lesión del tracto urinario r/c uso de catéter urinario.

El sistema urinario es un conjunto de órganos que contribuyen en la formación y evacuación de la orina. Está conformado por dos riñones, los cuales son productores de la orina, de los que surgen sendas pelvis renales como un ancho conductor excretor que al estrecharse de le denomina uréter, así mismo la orina se acumula en la vejiga urinaria donde finalmente a través del conducto de la uretra se dirige hacia el meato urinario y es eliminado (8).

En el caso de la persona afectada se encuentra alterado el dominio 11: Seguridad/Protección; Clase 2: Lesión Física. Ya que se puede evidenciar la presencia de la sonda Foley la cual consiste en la introducción de una sonda en la vejiga de la orina, dicho procedimiento se realiza únicamente cuando es absolutamente necesario, ya que trae un peligro porque puede ingresar microorganismos en la vejiga. (17)

(00039) riesgo de aspiración r/c traqueostomía

Las vías respiratorias son permeables cuando la tráquea, los bronquios, y las vías de gran calibre están libres de alguna obstrucción pues el mantenimiento de las vías respiratorias requiere una hidratación adecuada para evitar secreciones espesas y pegajosas las cuales son eliminadas mediante la tos (16). En el paciente afectado se encuentra alterado el dominio 11: Seguridad /protección; Clase 2: Lesión física, por la presencia de la traqueostomía por la cual se necesita realizar actividades de enfermería para evitar que se generen riesgos como la aspiración de secreciones.

1.6. Formulación del diagnóstico según NANDA

Diagnóstico 1

(00033) Deterioro de la ventilación espontánea r/c Fatiga de los músculos respiratorios e/p Paciente con traqueostomía con tubo en T conectado a Venturi a 8 litro x´

Diagnóstico 2

(00103) Deterioro de la deglución r/c anomalía de la vía área superior e/p sonda nasogástrica

Diagnóstico 3

(00039) riesgo de aspiración r/c traqueotomía

Diagnóstico 4

(00250) Riesgo de lesión del tracto urinario r/c uso de catéter urinario.

Diagnóstico 5

(00004) riesgo de infección r/c procedimientos invasivos

Diagnóstico 6

(00228) Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión

II. MATERIAL Y MÉTODOS**2.1. Instrumentos utilizados en la recolección de datos**

En el presente proceso de enfermería se utilizó la valoración por dominios de salud, la cual está constituida por 13 dominios de salud, que se pretende proporcionar una estructura que favorezca la información y así poder medir las necesidades necesarias, por lo tanto, existe una mayor coherencia entre el déficit que padece la persona.

Los métodos que se emplearon para recolectar los datos necesarios son: la observación, entrevista, ficha de valoración y la historia clínica del paciente también parte fundamental de los métodos para la elaboración de este proceso de atención.

Así mismo la observación es una habilidad consiente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado, mediante este método se pudo identificar los problemas objetivos y subjetivos en el paciente.

Por otra parte, la entrevista es una comunicación que se puede dar entre la enfermera y el paciente o en caso especiales los familiares con el objetivo de obtener o dar información para el beneficio del usuario. Del mismo modo el examen físico es un componente de suma importancia y se realiza cefalocaudal a la vez se basa en las fases de inspección, palpación, percusión y auscultación. Sin embargo, la historia clínica del paciente el cual es un documento legal nos brinda información que tanto la familia o el paciente pueda no recordar o no saber.

2.2. Aspectos éticos

Los criterios éticos que se usarán en este informe son los siguientes:

✓ **Principio de Beneficencia:** Este principio tiene como base hacer el bien y no dañar, además de ellos se basa esencialmente en que, los valores éticos están dados en el entender, lo que se traduce en buscar la salud total del paciente, terapéuticamente hablando.

✓ **Principio de la No - Maleficencia:** Este principio equivale a dejar de hacer daño, trata por todos los medios de librarse de la negligencia y de la imprudencia. Este principio representa la inocencia de la medicina y descende de la ética hipocrática médica.

✓ **Principio de la Justicia:** Este principio equivale a decir que se debe de dar prioridad en primera instancia al más necesitado dentro de todos los potenciales pacientes a cuidar, asimismo también reclama atender a todos los individuos de una misma manera, sin distinciones de nivel económico, etnia, raza, etnia, edad; asimismo indica que hay que dar jerarquías adecuadas a las labores que se realizarán, haciendo un uso razonado de recursos de tipo material para de esta forma impedir que haga falta algo cuando uno más necesite de ello.

✓ **Principio de Autonomía:** este principio manifiesta que, dentro de la toma de decisiones, la preferencia en relación con la enfermedad es a según criterio del paciente, el mismo que toma la decisión que crea es la más adecuada para él durante el proceso de rehabilitación ante una enfermedad. La toma de decisiones es una facultad que necesita de correcta información, lo que comúnmente se conoce como consentimiento informado (10).

2.3 Criterios de Rigor Científicos

Transferibilidad: Este criterio nos facilita el traslado de los múltiples resultados de la investigación a otro ámbito.

Confiabilidad: Conforme a la obtención de los datos tanto objetivos como subjetivos que fueron recolectados mediante la ficha de valoración, entrevista e historia clínica, los cuales serán corroborados mediante la literatura para observar si existe relación

con la patología, siempre y cuando cite a los autores y fuentes donde se extrae dicha información

Credibilidad: Este criterio nos facilita la observación de las necesidades básicas tal y como se han manifestado (18).

2.4 Planificación: NIC

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Resultados de Enfermería (NOC)	Intervenciones de Enfermería (NIC)	fundamento Científico																				
<p>(00033) Deterioro de la ventilación espontanea r/c Fatiga de los músculos respiratorios e/p Paciente con traqueostomía con tubo en T con Venturi a 8 litro x´</p>	<p>Paciente JRCC de 74 años mejorara la vía aérea dentro de un tiempo determinado, mediante los cuidados de enfermería.</p>	<p>Dominio II: Salud fisiológica Clase E: cardiopulmonar Indicadores.</p> <p>040309 Utilización de los músculos accesorios</p> <p>Puntuación Diana de Inicio.</p> <table border="1" data-bbox="688 816 1146 889"> <tr> <td>G</td> <td>S</td> <td>M</td> <td>L</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Puntuación Diana de resultado</p> <table border="1" data-bbox="688 1040 1146 1114"> <tr> <td>G</td> <td>S</td> <td>M</td> <td>L</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </table>	G	S	M	L	N	X					G	S	M	L	N					x	<p>Campo 2: Fisiológico complejo Clase K: Control respiratorio. 3390 Ayuda a la ventilación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según corresponda. • Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación. 	<p>La administración de oxígeno suplementario está indicado a pacientes que tienen una disminución de la capacidad de oxígeno. (1).</p> <p>Los usuarios que se usaran oxígeno como tratamiento deben ser monitorizados para evitar múltiples complicaciones como por ejemplo la desconexión del sistema de suministro, la acumulación de secreciones e infección por la falta de asepsia (1).</p>
G	S	M	L	N																				
X																								
G	S	M	L	N																				
				x																				

			<ul style="list-style-type: none">• Mantener una vía aérea permeable	La vía respiratoria permeable es aquella que está abierta y clara para que el paciente pueda recibir el oxígeno necesario evitando la acumulación de secreciones (12).
--	--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Resultados de Enfermería (NOC)	Intervenciones de Enfermería (NIC)	fundamento Científico																				
(00103) Deterioro de la deglución r/c anormalidad de la vía área superior e/p sonda nasogástrica	Paciente JRCC de 74 años mejorara su deglución dentro de un tiempo determinado con los cuidados de enfermería necesarios.	<p>Dominio II: Salud fisiológica Clase K: Digestión</p> <p>Indicadores</p> <p>101018 Estudio de la deglución Puntuación Diana de Inicio.</p> <table border="1" data-bbox="598 597 1018 732"> <thead> <tr> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntuación Diana de resultado</p> <table border="1" data-bbox="598 841 1003 979"> <thead> <tr> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>M C</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	GC	SC	MC	LC	NC	x					GC	SC	M C	LC	NC				X		<p>Campo 1: Fisiológico: Básico Clase D: Apoyo nutricional</p> <p>1874 cuidados de la sonda gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar cuidados de la nariz y boca 3-4 veces al día o cuando sea necesario • Proporcionar cuidados de la piel alrededor de la zona de la inserción de la sonda 	<p>Los cuidados de la nariz y boca son importantes para evitar roces o deformaciones de la nariz. (12).</p> <p>Los cuidados de la piel son fundamentales para evitar laceraciones en la piel o deformaciones alrededor de ella (12) .</p>
GC	SC	MC	LC	NC																				
x																								
GC	SC	M C	LC	NC																				
			X																					

			<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar y monitorizar el aporte de alimentación por la sonda enteral, según corresponda. • Irrigar la sonda según corresponda. • Extraer la sonda cuando este indicado. 	<p>La nutrición enteral aporta nutrientes por la vía digestiva mediante fórmulas químicamente definidas a través de una sonda nasogástrica en pacientes cuyos requerimientos no se cubren apropiadamente por la vía oral (12).</p> <p>La irrigación de la sonda ayuda a evitar obstrucciones por la fórmula o el medicamento. (12) .</p> <p>La extracción de la sonda nasogástrica se realiza una vez que se haya resultado la patología por la que se le indico la colocación. (12) .</p>
--	--	--	---	--

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Resultados de Enfermería (NOC)	Intervenciones de Enfermería (NIC)	fundamento Científico																				
(00039) riesgo de aspiración traqueostomía	Paciente JRCC de 74 años, se le realizara la aspiración de las secreciones las veces que sean necesarias durante el turno .	<p>Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase T: Control de riesgo y seguridad</p> <p>Indicadores</p> <p>Identifica los factores de riesgo Puntuación Diana de Inicio.</p> <table border="1" data-bbox="688 634 1146 711"> <thead> <tr> <th>ND</th> <th>RD</th> <th>AD</th> <th>FD</th> <th>SM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntuación Diana de resultado</p> <table border="1" data-bbox="688 857 1146 933"> <thead> <tr> <th>ND</th> <th>RD</th> <th>AD</th> <th>FD</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ND	RD	AD	FD	SM	X					ND	RD	AD	FD	SD				X		<p>Campo 2: Fisiológico: Complejo Clase K: Control respiratorio</p> <p>3160 Aspiración de la vía aérea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas y mascarillas) que sea adecuado. • Realizar lavado de manos 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los profesionales del área de salud deben colocarse su el EPP para evitar riesgos de exposición frente a materiales potencialmente contaminado. (1) • El lavado de manos frecuentemente por parte de los trabajadores de atención a la salud ayuda a reducir la diseminación de microorganismos. (15)
ND	RD	AD	FD	SM																				
X																								
ND	RD	AD	FD	SD																				
			X																					

			<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal. • Utilizar la mínima cantidad de aspiración, cuando se utilice un aspirador de pared, para extraer las secreciones. • Basar la duración de cada pasada de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración 	<ul style="list-style-type: none"> • La aspiración es necesaria en el momento en que el usuario tiene un incremento de secreciones y no puede eliminarlas por sí mismo. (12) • Una presión excesiva puede hacer que el catéter se adhiera a la pared traqueal, causando irritación o un traumatismo. (17) • Si se realiza una aspiración excesiva por un tiempo muy largo, estas secreciones aumentan y reduce el aporte de oxígeno que recibe el paciente (12).
--	--	--	---	---

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Resultados de Enfermería (NOC)	Intervenciones de Enfermería (NIC)	fundamento Científico																				
<p>(00250) Riesgo de lesión del tracto urinario r/c uso de catéter urinario.</p>	<p>Paciente JRCC de 74 años se mantendrá libre de lesiones en el tracto urinario durante su permanencia en el hospital a través de los cuidados de enfermería</p>	<p>Dominio II: Salud fisiológica Clase F: Eliminación</p> <p>Indicadores</p> <p>0503 Patrón eliminatorio</p> <p>Puntuación Diana de Inicio.</p> <table border="1" data-bbox="688 493 1146 570"> <thead> <tr> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntuación Diana de resultado</p> <table border="1" data-bbox="688 716 1146 792"> <thead> <tr> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>	GC	SC	MC	LC	NC		X				GC	SC	MC	LC	NC					X	<p>Campo 1: Fisiológico Básico Clase B: Control de la eliminación</p> <p>1876 Cuidados del Catéter urinario</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario. 	<p>El lavado de manos frecuentemente por parte de los trabajadores de atención a la salud ayuda a reducir la diseminación de microorganismos y el riesgo de infecciones (14).</p> <p>El profesional examina el meato uretral para observar la presencia de exudado, inflamación y lesiones u otras anomalías (15).</p>
GC	SC	MC	LC	NC																				
	X																							
GC	SC	MC	LC	NC																				
				X																				

			<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar el catéter urinario con regularidad, según lo indique el protocolo del centro. • Observar las características del líquido drenado • Asegurarse de retirar el catéter en cuanto este indicado por el estado del paciente. 	<p>El catéter urinario se cambia cada 7 a 15 días con regularidad para minimizar la exposición de infecciones en el tracto urinario (12).</p> <p>La enfermera inspecciona la orina del paciente y toma nota del color, la transparencia y el olor. (16).</p> <p>La extracción de el catéter urinario se realiza una vez que se haya resultado la patología por la que se le indico la colocación. (17).</p>
--	--	--	--	---

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Resultados de Enfermería (NOC)	Intervenciones de Enfermería (NIC)	fundamento Científico																				
(00004) riesgo de infección r/c procedimientos invasivos	El paciente se mantendrá libre de infecciones durante su permanencia en el hospital, con los cuidados adecuados de enfermería	<p>Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Control del riesgo y seguridad (T)</p> <p>(1902) Control del riesgo</p> <p>Indicadores</p> <p>(192402) Reconoce las consecuencias asociadas a la infección</p> <p>Puntuación Diana de Inicio.</p> <table border="1" data-bbox="688 781 1146 857"> <thead> <tr> <th>ND</th> <th>RD</th> <th>AD</th> <th>FD</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntuación Diana de resultado</p> <table border="1" data-bbox="688 1003 1146 1079"> <thead> <tr> <th>ND</th> <th>RD</th> <th>AD</th> <th>FD</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>	ND	RD	AD	FD	SD	x					ND	RD	AD	FD	SD					x	<p>Campo 4: Seguridad Clase (V): Control de riesgo (6540) Control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente Usar guantes estériles. 	<p>El lavado de manos frecuentemente por parte de los trabajadores de atención a la salud ayuda a reducir la diseminación de microorganismos (15).</p> <p>Los guantes estériles no poseen ningún tipo de vida microbiana o contaminante y por lo tanto no hay riesgo para el paciente disminuye las posibilidades de transmitir microorganismos del profesional de enfermería a las personas que están recibiendo sus cuidados. (15).</p>
ND	RD	AD	FD	SD																				
x																								
ND	RD	AD	FD	SD																				
				x																				

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado ▪ Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuados ▪ Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. 	<p>La limpieza de la piel impide la formación de abscesos y maceración de tejido circundante. (12).</p> <p>La técnica sobre cuidado favorece la cicatrización por primera intención y evita el proceso infeccioso (1).</p> <p>El lavado de mano en los visitantes es importante para evitar la propagación de microorganismo de la familia a los pacientes (12).</p>
--	--	--	---	--

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Resultados de Enfermería (NOC)	Intervenciones de Enfermería (NIC)	fundamento Científico																																								
(00228) Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión	Paciente JRCC de 74 años , recibirá los cuidados necesarios para su recuperación en un tiempo determinado .	<p>Dominio II: Salud fisiológica Clase E: Cardiopulmonar</p> <p>Indicadores</p> <p>040727 Presión sanguínea Sístole</p> <p>Puntuación Diana de Inicio.</p> <table border="1" data-bbox="688 686 1146 764"> <thead> <tr> <th>DG</th> <th>DS</th> <th>DM</th> <th>DL</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntuación diana de resultado</p> <table border="1" data-bbox="688 802 1146 880"> <thead> <tr> <th>DG</th> <th>DS</th> <th>DM</th> <th>DL</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table> <p>(040728) Presión sanguínea diastólica</p> <p>Puntuación Diana de Inicio</p> <table border="1" data-bbox="688 1024 1146 1118"> <thead> <tr> <th>DG</th> <th>DS</th> <th>DM</th> <th>DL</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="688 1156 1146 1234"> <thead> <tr> <th>DG</th> <th>DS</th> <th>DM</th> <th>DL</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>	DG	DS	DM	DL	SD		X				DG	DS	DM	DL	SD					x	DG	DS	DM	DL	SD		X				DG	DS	DM	DL	SD					x	<p>Campo 4 : Seguridad Clase V: Control de riesgos 6680 Monitorización de signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda • Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones. 	<p>Son consideradas como un conjunto que permite la medición para examinar las funciones del organismo y se evalúan dependiendo del estado del paciente (1).</p> <p>Identifica y monitorizar los cambios en la presión arterial son necesarios según la patología para poder avisar a médicos sobre los valores iniciales y hacer una comparación con los valores posteriores (1).</p>
DG	DS	DM	DL	SD																																								
	X																																											
DG	DS	DM	DL	SD																																								
				x																																								
DG	DS	DM	DL	SD																																								
	X																																											
DG	DS	DM	DL	SD																																								
				x																																								

			<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar la pulsioximetria • Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda.	<p>Es un método rápido, barato y no invasivo que mide el porcentaje de hemoglobina saturada con oxígeno (1).</p> <ul style="list-style-type: none">• En promedio la Presión arterial sistólica como diastólica es igual en los miembros superiores (16).
--	--	--	---	--

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo observacional y tuvo como objetivo principal satisfacer o cubrir las necesidades básicas disminuidas por la edad y el diagnóstico que presenta el paciente. La teoría que nos formula Virginia nos manifiesta que el cuidado enfermero está basado en priorizar las necesidades básicas del usuario y donde será función única de la enfermera el cuidado de la persona hasta sus últimos días de vida, por tal razón deberá hacer uso de sus conocimientos y habilidades fundamentales para ayudar a la recuperación del usuario (3).

El primer diagnóstico fue deterioro de la ventilación espontánea (00033) r/c Fatiga de los músculos respiratorios e/p Paciente con traqueostomía con tubo en T conectado a Venturi a 8 litros x' cuyo objetivo es mejorar su respiración dentro de un tiempo determinado, así mismo se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería: El inicio y mantenimiento del oxígeno suplementario, vigilancia del estado respiratorio y oxigenatorio, mantener una vía aérea permeable, etc.

El oxígeno es primordial para el mantenimiento de la vida sabiendo que la respiración es un proceso biológico del propio ser humano, que tiene como objetivo mantener activo el organismo, mediante el intercambio de dióxido de carbono por oxígeno, la estructura del aparato respiratorio favorece el intercambio de gases y así mismo existe una protección contra materias extrañas que pueden ingresar al organismo. Esto concluye, que el cumplimiento de meta en este diagnóstico, el NOC programado del 100% se ha logrado el 60%. Además, se aplicó el método científico en constatación con la literatura y la enfermedad que padece la persona (16).

El segundo diagnóstico fue deterioro de la deglución (00103) r/c anormalidad de la vía aérea superior e/p sonda nasogástrica, su objetivo mejorara su deglución dentro de un tiempo determinado con los cuidados de enfermería. Las intervenciones de enfermería que se realizaron son: Proporcionar cuidados de la nariz y boca 3-4 veces al día o cuando sea

necesario para roces o deformaciones de la nariz, Iniciar y monitorizar el aporte de alimentación por la sonda enteral, según corresponda, Irrigar la sonda según corresponda para evitar las obstrucciones de la sonda, etc.

La nutrición enteral se refiere a la administración de nutrientes, el cual es el método preferido para cubrir las necesidades nutricionales del paciente, siempre que el tracto gastrointestinal del paciente esté funcionando correctamente, la alimentación por sonda se inicia generalmente a concentración completa y en una velocidad lenta. Esto concluye, que la meta programa del 100 %, se logró un 70 % (16).

El tercer diagnóstico fue (00039) riesgo de aspiración r/c traqueotomía, el cual tiene como objetivo realizar la aspiración de secreciones las veces que sean necesarias durante el turno. La intervención de actividades de enfermería que se realizó fueron las siguientes: Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas y mascarillas) que sea adecuado, todos los profesionales de salud deben colocarse los implementos de seguridad para evitar cualquier contaminación, Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal, según el incremento de secreciones.

La aspiración se lleva a cabo a través de una vía artificial, como un tubo intratraqueal o un tubo de traqueotomía. La extracción de secreciones debe ser lo menos traumática posible, para evitar traumatismos en la mucosa del pulmón, generalmente son necesarias cuando el paciente es incapaz de expectorar el gran acumulo de secreciones que tiene en los pulmones por medio de la tos, es por ellos que la enfermera debe aspirar la vía respiratoria, cuantas veces sean necesarios para su eliminación, en forma rotatoria para evitar la ceración. Al concluir se logró un 70 % del porcentaje programado (16)

El cuarto diagnóstico (00250) Riesgo de lesión del tracto urinario r/c uso de catéter urinario, teniendo como objetivo mantener libre de lesiones en el tracto urinario durante su permanencia en el hospital a través de los cuidados de enfermería. Los cuidados principales que se le brindaron al paciente fueron: Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter ya que así evitaremos la contaminación del catéter y la propagación de microorganismo que pueden ingresar al tracto urinario, Cambiar el catéter urinario con regularidad, según lo indique el protocolo del centro ya que

usualmente se cambian cada 15 días, Observar las características del líquido drenado, es de suma importancia que la enfermera o personal de salud inspeccione la orina y anote color , transparencia ya que esto influye en su pronta recuperación para así evitar infecciones urinarias .

La sonda vesical consiste en la introducción de una sonda en la vejiga, este procedimiento se realiza solo cuando es absolutamente necesario, por el peligro que existe de introducir microorganismo en la vejiga. El peligro de infección se mantiene después que la introducción de la sonda la cual debe permanecer en un promedio de 15 días y luego ser cambiada. Al concluir se logró un 70 % del porcentaje programado en el paciente (17).

El quinto (00004) riesgo de infección r/c procedimientos invasivos, el cual tiene como objetivo mantener libre de infecciones al paciente durante su estadía en el hospital, con los cuidados adecuados de enfermería. Las intervenciones de enfermería que se realizaron al paciente fueron las siguientes: Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente para así evitar la propagación de microorganismos tanto de enfermero a paciente como viceversa, Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado para evitar la formación de abscesos, etc.

Las infecciones hospitalarias se clasifican como infecciones que se originan en el hospital y que puede desarrollarse durante la estancia del paciente o después del alta las cuales se producen debido a una mala asepsia del personal de salud o de un paciente. Para concluir con la meta que se programó la cual era el 80 %, se logró un 100 % (1).

El sexto diagnostico (00228) Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión, tiene como objetivo que el paciente reciba los cuidados necesarios para su recuperación en un tiempo determinado. Los cuidados que se le brindó al paciente fueron: Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda, son consideradas como un conjunto que evaluar el estado del paciente, Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones, el monitoreo es de suma importancia para poder comunicar al doctor cualquier alteración que ocurra después de la medicación.

La hipertensión es un grave problema de salud lo cual ocasiona graves daños en el organismo, fundamentalmente en el corazón, los riñones y la retina. Como sabemos la Hta causa rigidez en las arterias que se encargan de proveer la sangre al riñón, sin embargo, a la vez es perjudicial para el mismo riñón lo que puede ocasionar una insuficiencia renal que si se complica necesitara de diálisis. La hipertensión es una patología que causa síntomas fáciles de detectar, pero a la vez puede cursar con complicaciones graves si no son atendidas a tiempo. El tratamiento para la hipertensión comienza desde la prevención en la cual es fundamental un estilo de vida saludable. (9)

IV.CONCLUSIONES

El Accidente Cerebro Vascular es una patología que perjudica al cerebro ya que existe una relación con las arterias las que son abastecidas de sangre y brindan principalmente oxígeno para el funcionamiento normal. Cuando hablamos de un ACV hemorrágico nos referimos al sangrado cerebral debido a la ruptura de un vaso sanguíneo, teniendo en cuenta que el principal factor es una hipertensión arterial no controlada.

Se logró mantener una adecuada ventilación en un porcentaje de 60 % a través de las intervenciones de enfermería durante su estadía en el hospital, en la cual se brindaron cuidados referentes al oxígeno, vigilancia y el mantenimiento de una vía permeable sin secreciones.

Se logró mantener el estado nutricional adecuado en un 60%, mediante los cuidados de enfermería durante su permanencia hospitalaria, teniendo en cuenta las siguientes actividades: proporción cuidados de la nariz y boca para evitar deformaciones o laceraciones, monitorear cuanto es el aporte de alimentación por la sonda según corresponda, irrigar la sonda cuantas veces sean necesarios para evitar obstrucciones por la alimentación o los medicamentos, etc.

Se logró mantener al paciente sin riesgo de infecciones en 80 % mediante los cuidados necesarios de enfermería durante su permanencia hospitalaria aplicando las siguientes actividades, el lavado de manos que es fundamental para reducir la diseminación de microorganismo, el uso de guantes estériles, limpiando la piel del paciente con un agente antibacteriano y por ultimo pidiéndole a las visitas que se laven las manos antes y después de estar con el paciente

Se logró mantener al paciente sin riesgo de aspiraciones en un 70 % mediante las intervenciones de enfermería durante su estadía hospitalaria, como la utilización de quipo de protección persona para evitar riesgos de exposición, la realización de lavado de manos, la correcta determinación de las necesidades de cada aspiración traqueal utilizando la mínima cantidad de aspiración cuando se hace la extracción de secreciones

No se logró mantener la presión arterial del paciente en los valores normal a pesar de las intervenciones de enfermería que se realizaron, como por ejemplo la administración de medicamentos, a consecuencia de no haber llevado un control sobre su enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS

1. Kozier, Erb (2013) Fundamentos de enfermería: Concepto, proceso y práctica. 9 .ª edición Volumen 1
2. José Carlos Bellido Vallejo, Ángeles Ríos Ángeles, y Serafin Fernández Salazar. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. 1ra edición. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 2010. p. 17
3. Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en Enfermería. Séptima ed. Barcelona: Elsevier España, S.L; 2011.
4. Introducción a los accidentes cerebrovasculares - Enfermedades cerebrales, medulares y nerviosas - Manual MSD versión para público general. Manual MSD versión para público general. 2018. [revisado 16 Nov 2019] Disponible en : <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/accidente-cerebrovascular-acv/introducci%C3%B3n-a-los-accidentes-cerebrovasculares>.
5. Instituto Nacional de trastornos Neurológicos. Accidente cerebrovascular. 2001. [revisado 16 Nov 2019] disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=ohyuuzmkY6QC&pg=PP12&dq=accidente+cerebrovascular+hemorragico&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjurKLG9PHIAhXDzlkKHZb6CXgQ6AEIKDAA#v=onepage&q=accidente%20cerebrovascular%20hemorragico&f=false>
6. Accidente cerebrovascular hemorrágico. bupa salud. 2011. [internet] [revisado el 16 Nov 2019] dis <https://contenidos.bupasalud.com/salud-bienestar/vida-bupa/accidente-cerebrovascular-hemorr%C3%A1gico?page=1>
7. Marchesan Queiroz, I. (2017) [. Internet] Deglución, diagnóstico y posibilidades terapéuticas. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/deglucion.pdf> [revisado el 14 Dec. 2019].

8. Cutillas Arroyo, B. (n.d.). [internet] Infermeravirtual.com. disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/103/Sistema%20urinario.pdf?1358605607> [revisado el 15 Nov. 2019].
9. Miguel Soca P, Sarmiento Teruel Y. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. Scielo.sld.cu. 2009. [revisado el 17 Nov 2019] disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009000900007
10. Corona Carrasco O. Control de Hipertensión con Acupuntura y Fitoterapia [licenciatura]. Guadalajara, Jalisco, 2018.
11. Bacallao Gallestey J: La presencia de la dimensión ética en el trabajo científico. Rev. Habanera de Ciencias Médicas. La Habana, 2002.
12. Kozier, Erb, Audrey y Snyder. 2005. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª edición. McGraw Hill. Interamericana. España.
13. A-cerumen - Las causas del exceso de cerumen. Acerumen. 2015. [revisado 16 Nov 2019] disponible en : <https://www.acerumen.com/Las-causas-del-exceso-de-cerumen>
14. Planes de cuidados de enfermería 7ª edición “Marylynn E. Doenges; Mary Frances Moorhouse; Alice C. Murr” (2008)
15. Hopper William, Paula D: Enfermería médico quirúrgico; 3 ed. México McGrawHill 2009
16. A. Potter P, Griffin Perry A. Fundamentos de Enfermería. octava ed. Madrid: Harcourt, S.A.; 2002.
17. Kozier, Erb (2013) Fundamentos de enfermería: Concepto, proceso y práctica. 9.ª edición Volumen 2