



Elaboración de P.A.E

Nombre del Alumno: Rosalinda Santiago Ramírez

Nombre del tema: P.A.E

Nombre de la Materia: Práctica clínica de enfermería

Nombre del profesor: Lic. Alfonso Velázquez Ramírez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 7mo cuatrimestre

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico "es una forma de expresar las necesidades de atención identificadas en los que, como enfermeros, cuidamos. Si se trata de una situación que requiere la intervención de Enfermería, es una necesidad de atención. Así podemos decir que los diagnósticos de Enfermería "expresan las necesidades de cuidados". (BRAGA, 2003).

Son fundamentales para satisfacer de la forma más eficaz las necesidades de los pacientes, además, son claves para el futuro de los cuidados basados en la evidencia. Estos diagnósticos sientan las bases para la elección de intervenciones enfermeras dedicadas a lograr los resultados de los cuales las enfermeras son responsables, así lo asegura el [Consejo General de Enfermería](#).

OBJETIVO

- Identificar la causa del EVC, minimizar las complicaciones.
- Aplicar tratamientos y cuidados especiales para mejorar la salud del paciente.
- Realizar intervenciones de enfermería para lograr la recuperación del paciente.

MARCO TEÓRICO

ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

El EVC son las siglas de La Enfermedad Vascul ar Cerebral que puede producirse sin aviso y de repente esta enfermedad es de las primeras tres causas de discapacidad y de muerte en todo el mundo. La enfermedad, accidente o evento vascular cerebral se refiere a los infartos y las hemorragias cerebrales, ocurre cuando en alguna parte del cerebro existe disminución del aporte sanguíneo. Esto puede suceder cuando una arteria se obstruye produciendo interrupción o pérdida repentina del flujo sanguíneo cerebral o puede ser el resultado de la ruptura de un vaso sanguíneo, ocasionando un derrame. Esta parte específica del cerebro deja de funcionar de manera óptima, por ejemplo, si esta parte del cerebro controla el brazo derecho, el paciente tendrá una debilidad para poder desempeñar esta función y así puede suceder con las demás funciones del cuerpo como el lenguaje, la sensibilidad, etc.

Existen dos tipos de EVC, isquémico y hemorrágico.

Los EVC isquémicos suceden cuando un coágulo o materia grasa obstruye el suministro de sangre a una parte de su cerebro. Estos se dividen en dos clases en trombótico y embólico que juntos representan el 80% de los casos de ataques cerebral.

Trombótico: El flujo de sangre de una arteria cerebral se bloquea debido a un coágulo que se forma dentro de la arteria. La aterosclerosis, que es la acumulación de depósitos grasos en las paredes de las arterias, causa un estrechamiento de los vasos sanguíneos y con frecuencia es responsable de la formación de dichos coágulos.

Embólico: El coágulo se origina en alguna parte alejada del cerebro, por ejemplo, en el corazón. Una porción del coágulo (un émbolo) se desprende y es arrastrado por la corriente sanguínea al cerebro, el coágulo llega a un punto que es lo

suficientemente estrecho como para no poder continuar y tapa el vaso sanguíneo, cortando el abastecimiento de sangre. Este bloque súbito se llama embolia.

Los EVC hemorrágicos o mejor conocido como derrame cerebral, es menos común que el isquémico, sin embargo, llega a suceder el 20% de los casos de EVC, es causado por la ruptura y sangrado de un vaso sanguíneo en el cerebro. El accidente cerebral hemorrágico es el tipo menos común. Ocurre cuando un vaso sanguíneo se rompe y sangra dentro del cerebro. En cuestión de minutos, las células del cerebro comienzan a morir. Las causas incluyen un aneurisma hemorrágico, una malformación arteriovenosa o la rotura de una pared arterial.

signos y síntomas del EVC

- Problemas para hablar y comprender
- Parálisis, entumecimiento o/y debilidad en zonas del cuerpo como, por ejemplo; cara, brazos o piernas
- Visión borrosa y dificultades para ver con uno o ambos ojos
- Dolor de cabeza intenso y repentino acompañado de vómitos en ocasiones.
- Problemas para caminar.
- Mareos y pérdida del equilibrio o coordinación

Estos signos alarmantes pueden durar sólo unos cuantos minutos y luego desaparecer, o pueden preceder a un EVC de mayores consecuencias y requieren atención médica inmediata.

La primera causa de esta enfermedad es la hipertensión sabiendo que dos de cada tres accidentes cerebro vasculares son a causa este factor.

Otros factores de riesgo son:

- Problemas cardíacos
- Diabetes
- Colesterol alto
- Tabaquismo
- Drogadicción

El EVC se puede diagnosticar con algunas pruebas.

1. Examen físico.
2. Análisis de sangre.
3. Tomografía computarizada.
4. Imágenes por resonancia magnética (IRM).
5. Ecografía de la carótida.
6. Angiografía cerebral.
7. Ecocardiograma.

El tratamiento de emergencia del accidente cerebrovascular dependerá del tipo de EVC.

En caso de ser accidente cerebrovascular isquémico, los médicos deben restaurar rápidamente el flujo sanguíneo al cerebro. Algunos de los procedimientos son los siguientes:

- Inyección intravenosa de activador tisular del plasminógeno
- Procedimientos endovasculares de emergencia.
- Medicamentos administrados directamente al cerebro
- Extracción del coágulo.

En caso de ser un Accidente cerebrovascular hemorrágico

El tratamiento se concentra en controlar el sangrado y reducir la presión en el cerebro. También se podría necesitar cirugía para ayudar a reducir el riesgo futuro.

Una vez que se detenga el sangrado en el cerebro, el tratamiento suele implicar atención médica de apoyo mientras el cuerpo absorbe la sangre. Si el accidente cerebrovascular afectó el lado derecho del cerebro, el movimiento y la sensibilidad del lado izquierdo del cuerpo podrán verse afectados. En cuanto el daño cerebral del lado izquierdo del cerebro puede provocar trastornos del habla y el lenguaje.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 38 años de edad, sin antecedentes previos de patología. Acudió a servicio de urgencias por cuadro de 10 días de evolución caracterizado por cefalea pulsátil de moderada intensidad (4/10), de predominio occipital, que se controló parcialmente con paracetamol. 24 horas antes de su ingreso cursa con nuevo evento de cefalea súbita muy intensa (10/10) acompañada de náusea y acúfenos, por lo acude a valoración con especialista quién detectó TA: 180/100 mmHg,

le indicó antihipertensivo calcioantagonista y ketorolaco. 2 horas antes acudir a Urgencias presentó escotoma durante 20 minutos, desviación de la boca a la derecha, disartria, hemiparesia derecha y marcha atáxica. Valorado por servicio de UTI se le haya: TA:150/90 mmHg, FC: 50 X`, FR:35 X`, consciente, orientado, con respiración irregular, discreta disartria, paresia faciocorporal derecha, resto de nervios craneales normales, sensibilidad normal, reflejos miotáticos simétricos, Babinski bilateral. La tomografía computada (TC) de cráneo mostró hipodensidad de hemisferio cerebeloso izquierdo, en forma ulterior presenta deterioro neurológico por lo que su puntaje de Glasgow a cae 9 pts.; decidiéndose protección de vía aérea con intubación endotraqueal y apoyo ventilatorio mecánico. Paraclínicos Hb de 14.8, Ht 45%, Leucocitos 13,500; 93% segmentados, plaquetas 250,000, VSG 23 mm, TP 14.9", TPT 28/28", Cocaína, anfetaminas, cannabinoides, barbitúricos, morfínicos negativos Glucemia 124 mg, Creatinina 0.7 mg, BUN 17, TGO 78, TGP 10, Colesterol total 191, bilirrubina total 2.2, Proteínas totales 8 g, albúmina 3.1, FA 163 U, Ca 10.2, Mg 2 mg, Na 136 mEq/L, K 3.1 mEq/L, Cl 104 mEq/L Los exámenes inmunológicos: Acs. Nucleares DNA/RNA, Acs. Fosfolípidos IgG, IgM, Acs SSA (RO), Acs. SM SMITH negativos.

EVOLUCIÓN Seis horas posteriores a su ingreso a la UTI presentó hipotensión severa, bradicardia, dilatación pupilar sin respuesta a la luz, ausencia de reflejos vestibulares, Glasgow de 3 puntos. Se inició manejo agresivo del edema cerebral a base de manitol, furosemida y ante evidencia de riesgo de herniación cerebral hiperventilación, con respuesta parcial y considerando la posibilidad de cirugía de urgencia. Se realizó resonancia magnética de cráneo, la que mostró datos compatibles con infarto cerebeloso izquierdo agudo, con importante efecto de masa sobre las estructuras adyacentes y descenso de la amígdala cerebelosa izquierda, imagen con evento isquémico de cerebelo derecho ya comentado en tomografía anterior, edema cerebral e hidrocefalia supratentorial importante. Dos horas después se realizó craneotomía de fosa posterior con exéresis de tejido cerebeloso y amígdala izquierda. Veinticuatro horas después la TC cerebral de control, mostró progresión del evento isquémico del cerebelo con datos de infarto derecho que no existía en estudio previo, edema

cerebral difuso importante con hidrocefalia secundaria y craneotomía suboccipital central. Dos días después de su ingreso presentó evolución desfavorable con desviación de la mirada espontánea hacia arriba, alteraciones pupilares (pupila hiporrefléxica y midriática) y posturas de descerebración.

Al tercer día se le encuentra en coma profundo, disfunción respiratoria y cardiovascular. El quinto día con Glasgow de 3 puntos, parálisis de la mirada descendente, pupilas arreflexicas, midriáticas en forma bilateral, reflejos vestibulares ausentes. Desde el punto de vista cardiovascular inestable, dependiente vasopresor (norepinefrina), ausencia de automatismo ventilatorio. El electroencefalograma mostró ausencia de actividad eléctrica. Esto aunado al coma y ausencia de reflejo de tallo cerebral se integra diagnóstico de muerte cerebral y posteriormente paro cardiorrespiratorio irreversible.

HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Ficha de Identificación.

Nombre: J.G.L

Dirección Actual: Santa cruz, Juárez Chiapas.

Fecha de Nacimiento: 23 de agosto de 1984

Edad: 38

Ocupación: Chofer de transporte publico

Motivo de la Consulta: Cefalea pulsátil, cefalea súbita acompañado de náuseas y acufenos.

Antecedentes Personales Patológicos:

Cardiovasculares: ___ Pulmonares: ___ Digestivos: ___ Diabetes: ___

Renales: ___ Quirúrgicos: ___ Transfusiones: ___

Medicamentos: Desde _____ cuando _____ lo _____ Padece, _____ Especifique: _____

Antecedentes Personales No Patológicos:

Alcohol: Negado

Tabaquismo: Negado

Drogas: Negado

Inmunizaciones: Negado

Otros:

Antecedentes Familiares:

Padre: Vivo Si: X No:

Enfermedades que padece: Sin patología aparente

Madre: Viva Si: X No:

Enfermedades que padece: Hipertensión

Hermanos: ¿Cuántos? 9 vivos: si _____
¿Enfermedades _____ que _____ padecen _____ y _____ desde _____ cuándo?: _____

Otros: _____

Antecedentes Gineco-obstétricos:

Menarquia _____ Ritmo _____ F.U.M. _____

G _____ P _____ A _____ C _____ I.V.S.A _____

Uso de Métodos Anticonceptivos: Si _____ No _____

¿Cuál (es)? ¿Y Tiempo de Uso? _____

Padecimiento actual: La tomografía computada (TC) de cráneo mostró hipodensidad de hemisferio cerebeloso izquierdo, en forma ulterior presenta deterioro neurológico por lo que su puntaje de Glasgow a cae 9, bradicardia, dilatación pupilar sin respuesta a la luz, ausencia de reflejos vestibulares, disfunción respiratoria y cardiovascular.

Interrogatorio por aparatos y sistemas

<p>Aparato digestivo: halitosis, boca seca, masticación, disfagia (odinofagia), pirosis, náusea, vómito, (hematemesis), dolor abdominal. meteorismo y flatulencias, constipación, diarrea, rectorragia, melenas, pujo y tenesmo, Ictericia, coluria y acolia, prurito cutáneo, hemorragias.</p>	<p>Interrogado y negado</p>
<p>Aparato cardiovascular: disnea, tos (seca, productiva), hemoptisis, dolor precordial, palpitaciones, cianosis edema y manifestaciones periféricas (acúfenos, fosfenos, síncope, lipotimia, cefalea, etc.)</p>	<p>Cefalea muy recurrente y edema desde hace 2 años a lo que presenta Bradicardia y disfunción cardiovascular</p>
<p>Aparato Respiratorio: tos, disnea, dolor torácico, hemoptisis, cianosis, vómica, alteraciones de la voz.</p>	<p>Disfunción respiratoria</p>
<p>Aparato Urinario: alteraciones de la micción (poliuria, anuria, polaquiuria, oliguria, nicturia, opsiuria, disuria, tenesmo vesical, urgencia, chorro,</p>	<p>Interrogado y negado</p>

enuresis, incontinencia) caracteres de la orina (volumen, olor, color, aspecto) dolor lumbar, edema renal, hipertensión arterial, datos clínicos de anemia.	
Aparato Genital: criptorquidia, fimosis, función sexual, sangrado genital, flujo o leucorrea, dolor ginecológico, prurito vulvar.	Interrogado y negado
Aparato Hematológico: datos clínicos de anemia (palidez, astenia, adinamia y otros), hemorragias, adenopatías, esplenomegalia.	Interrogados y negados
Sistema Endócrino: bocio, letargia, bradipsiquia (lalia), intolerancia calor/frío, nerviosismo, hiperquinesis, características sexuales, galactorrea, amenorrea, ginecomastia, obesidad, ruborización.	Preguntado y negado
Sistema Osteomuscular: ganglios, fotosensibilidad artralgiás/mialgiás, Raynaud.	Preguntado y negado
Sistema Nervioso: cefalea, síncope, convulsiones, déficit transitorio, vértigo, confusión y obnubilación, vigilia/sueño, parálisis, marcha y equilibrio, sensibilidad.	Cefalea súbita, parálisis facial, hemiparesia derecha y marcha atáxica
Sistema Sensorial: visión, agudeza, borrosa, diplopía, fosfenos, dolor ocular, fotofobia, xeroftalmia, amaurosis, otalgia, otorrea y otorragia, hipoacusia,	Dilatación pupilar sin respuesta a la luz, alteraciones pupilares (pupila hiporrefléxica y midriática) al tercer día pupilas arreflexicas

tinnitus, olfacción, epistaxis, secreción, geusis, garganta (dolor) Fonación	
Psicosomático: personalidad, ansiedad, depresión, afectividad, emotividad, amnesia, voluntad, pensamiento, atención, ideación suicida, delirios.	Estrés por el trabajo

Exploración física:

1.- FC: 50 x m 2.- TA: 150/90 mmhg 3.- FR: 35 x m 4.- Temperatura:	5.- Peso actual 6.- Peso anterior 7.- Peso ideal
---	--

Exploración por Regiones:

Cabeza	La estructura de la cabeza es simétrica, buena implantación del cabello, pestañas y cejas. cabello abundante color negro, parpados caídos, ojos color café, pupila sin respuesta a la luz, con nariz respingada, simetría de labios normal con coloración pálida.
Cuello	Forma normal, volumen normal con posición central, con ausencia de tumoración. A la palpación: tiroides no palpables, no masas, consistencia elástica, sin alteraciones del volumen y textura.

Tórax	Piel color normal, tono e intensidad de respiraciones anormales.
Abdomen	Abdomen plano, depresible no doloroso a la palpación, sin cicatrices ni lesiones presentes.
Miembros	Hemiparesia derecha
Genitales	No valorados

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>La tomografía computada (TC) de cráneo mostró hipodensidad de hemisferio cerebeloso izquierdo, en forma ulterior presenta deterioro neurológico por lo que su puntaje de Glasgow acae 9 pts.; decidiéndose protección de vía aérea con intubación endotraqueal y apoyo ventilatorio mecánico. Se realizó resonancia magnética de cráneo, la que mostró datos compatibles con infarto cerebeloso izquierdo.</p>	<p>Dominio 4 Actividad y descanso Clase 4 Respuesta cardiovasculares/pulmonares Código 0032 Patrón de respiración ineficaz F/C Deterioro neurológico E/P Respiratorio paradójico abdominal</p>	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)			
		DOMIO: 2 salud fisiológica		CLASE: 1 cardiopulmonar	
		CRITERIO DE RESULTADO: 0415 estado respiratorio			
		<p>INDICADOR: 041501 Frecuencia respiratoria</p> <p>041502 Ritmo respiratorio</p> <p>041503 Profundidad de la inspiración</p> <p>041508 Saturación de oxígeno</p>	<p>PUNTUACIÓN INICIAL*: 1 Desviación grave del rango normal Mostró hipodensidad de hemisferio cerebeloso izquierdo, presenta deterioro neurológico, decidiéndose protección de vía aérea con intubación endotraqueal y apoyo ventilatorio mecánico.</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA*: Mantener en: 1 El paciente no está evolucionando ante evidencia de riesgo de herniación cerebral hiperventilación, con respuesta parcial y considerando la posibilidad de cirugía de urgencia Aumentar a: 2</p>	

INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
Dominio 2 fisiología: complejo		CRITERIO DE RESULTADO:	
Clase 5 control respiratorio		INDICADOR:	PUNTUACIÓN FINAL:
3120 Intubación y estabilización de la vía aérea 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales 3350 Monitorización respiratoria 3320 Oxigenoterapia	<p>La intubación endotraqueal se realiza para: Mantener la vía respiratoria abierta con el fin de suministrar oxígeno, medicamento o anestesia y apoyar la respiración.</p> <p>El manejo de la vía aérea permite una ventilación adecuada y segura al paciente.</p> <p>La monitorización del paciente ventilado permite, entre otras determinaciones, evaluar diversos parámetros de la mecánica respiratoria, conocer el estado de los diferentes componentes del sistema respiratorio y guiar los ajustes de la terapia ventilatoria.</p> <p>Con el manejo de las vías aéreas, la monitorización y oxigenoterapia podemos darle al paciente una estabilidad con respecto a su estado respiratorio y así evitar un paro respiratorio.</p>	<p>1. Desviación grave del rango normal El paciente requiere de la realización de maniobras y la utilización de dispositivos que permiten una ventilación adecuada y segura.</p>	<p>2. Desviación sustancial del rango normal El paciente mostro evolución con las intervenciones aplicadas.</p>

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN				
<p>El paciente no puede moverse por sí solo porque ha entrado en estado de coma, y si no está en movimiento puede sufrir úlceras por presión u otras complicaciones.</p>	<p>Dominio 4. Actividad/ descanso Clase 2 actividad/ ejercicio Código 00085</p> <p>Movilidad física deteriorada R/C disfunción cognitiva E/P marcha alterada, disminución de la movilidad fina.</p>	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)				
		DOMIO: 1 salud funcional		CLASE: 3 movilidad		
		CRITERIO DE RESULTADO: 0208 movilidad				
		<p>INDICADOR: 020802 Mantenimiento de la posición corporal 020803 movimiento muscular.</p>	<p>PUNTUACIÓN INICIAL*: 1.Gravemente comprometido El paciente no puede moverse por su propia cuenta, cayó en coma por lo cual se necesita estarle dando movimiento muscular y cambiarlo de posición.</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA*: Mantener en: 1 gravemente comprometido Aumentar a: 2 sustancialmente comprometido Se espera que el paciente evolucione con las intervenciones y no tenga más complicaciones.</p>		

INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
Dominio 1 fisiológico básico		CRITERIO DE RESULTADO:	
Clase 3 control de inmovilidad		INDICADOR:	PUNTUACIÓN FINAL: 0
<p>0840 Cambio de posición</p> <p>0740 Cuidados del paciente encamado (higiene)</p>	<p>1.Cambiar de posición al paciente cada 2 horas ayuda a mantener la sangre circulando, Esto le ayuda a la piel a mantenerse saludable y prevenir escaras de decúbito. El momento de cambiar de posición a un paciente es una buena oportunidad para revisarle la piel en busca de enrojecimiento y llagas. Y así también prevenimos las úlceras por presión.</p> <p>2. Los cuidados de enfermería en un paciente encamado están encaminados a prevenir la seguridad, fomentar la comodidad y a la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama. Los objetivos que persigue la higiene en un paciente encamado son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Restablecer y conservar una higiene óptima del cuerpo en su totalidad. 2.Conservar la integridad de la piel. 3.Prevenir la aparición de úlceras por presión e infecciones. 4.Vigilar el estado de la piel del paciente. 5.Mejorar la circulación sanguínea y la hidratación de la piel. 	<p>Gravemente comprometido</p> <p>El paciente está en estado de coma por lo cual se le imposibilita moverse, y debe dársele cuidados especiales para así no causarles otros problemas como úlceras por presión y ayudarlo a mantener la sangre circulando.</p>	<p>El paciente no presenta mejoría y se le están complicando otras patologías.</p>

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>El paciente fue detectado con presión arterial alta esto aunado al coma, lo que puede dañar los riñones y retener líquido.</p>	<p>Dominio 3 Eliminación e intercambio Clase 1 función urinaria Código 00023 Retención urinaria F/C Daño de los órganos E/P ausencia de gasto urinario.</p>	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)			
		DOMIO: 2 salud fisiológica	CLASE: 2 eliminación		
		CRITERIO DE RESULTADO: 0504 función renal			
		<p>INDICADOR: 050424 Diuresis en 8 horas</p> <p>050425 Turgencia cutánea</p> <p>050411 PH arterial</p>	<p>PUNTUACIÓN INICIAL*: 1.Gravemente comprometido El paciente está gravemente comprometido ya que esta en estado de coma y tiene problemas cardiacos y no puede eliminar las sustancias de su cuerpo, se le tiene que intervenir para que no tenga retención urinaria o se le complique más.</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA*: Mantener en: 2 sustancialmente comprometido Se espera que el paciente evolucione para que pueda realizar sus necesidades por sí solo. Aumentar a: 3 moderadamente comprometido.</p>	

INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
Dominio 1 fisiológico básico		CRITERIO DE RESULTADO:	
Clase 2 control de la eliminación		INDICADOR:	PUNTUACIÓN FINAL:
<p>0620 Cuidados de la retención Urinaria Insertar una sonda urinaria permanente.</p> <p>0590 Manejo de la eliminación Urinaria Anotar fecha de instalación y nombre completo de la persona que la instaló, la hora de la última eliminación urinaria, según corresponda.</p>	<p>El cuidado de la retención de líquido tiene una gran importancia porque con ella mantenemos el equilibrio de líquidos y sustancias del medio interno, y al eliminar las sustancias de deshecho mantenemos un funcionamiento adecuado de los diferentes órganos.</p> <p>La sonda vesical es para drenar la vejiga ya que el paciente tiene retención urinaria y con eso se logra eliminar la orina o retención de líquido.</p> <p>Debemos verificar que la sonda vesical esté permanentemente conectada al sistema de drenaje y bolsa colectora.</p> <p>Cambiar o vaciar la bolsa con regularidad y hacerlo siempre antes de que se llene por completo, para evitar que la orina rebose y regrese hacia la vejiga, es muy importante porque limita el riesgo de contaminación bacteriana, que puede causar infección.</p>	<p>Gravemente comprometido Al paciente se le inserto una sonda permanente el cual se le va a estar monitorizando para vaciar la bolsa.</p>	<p>1 El paciente no muestra mejoría por lo cual este gravante comprometido.</p>

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
El paciente se encuentra inestable de su sistema cardiovascular en la cual el corazón no recibe suficiente flujo de sangre y oxígeno.	Dominio 4 actividad y descanso Clase 4 respuestas cardiovasculares/ pulmonares Código 00029 Disminución del gasto cardiaco F/C Hipertensión grave E/P Ritmo / frecuencia cardíaca alterados	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)		
		DOMIO: 2 salud fisiológica		CLASE: 1 cardiopulmonar
		CRITERIO DE RESULTADO: 0401 estado circulatorio		
		INDICADOR: 040101 Presión arterial sistólica 040102 Presión arterial diastólica 040103 Presión del pulso 040107 Hipotensión ortostática 040153 Deterioro cognitivo.	PUNTUACIÓN INICIAL*: 2 Desviación sustancial del rango normal El paciente acudió a valoración con especialista quién detectó TA: 180/100 mmHg. Al entrar a la UTI fue valorado en el cual se le encontraron irregularidades en su presión arterial y frecuencia cardiaca. Por el cual se le administro medicamento para estabilizarlo.	PUNTUACIÓN DIANA*: Mantener en 2 desviación sustancial del rango normal Se espera que el paciente evolucione. Aumentar a: 4 desviación leve del rango normal.

INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
Dominio 2 fisiológico complejo		CRITERIO DE RESULTADO:	
Clase 8 control de la perfusión tisular		INDICADOR:	PUNTUACIÓN FINAL:
4040 Cuidados cardiacos Monitorización cardiaca	<p>Algunos de los cuidados cardiacos son cuidar la alimentación y realizar tratamiento con medicamentos. Es importante tomar la medicación prescrita de forma exacta y no interrumpirla. también se debe realizar una valoración exhaustiva periférica para obtener información y detectar los problemas cardiovasculares.</p> <p>El objetivo de la monitorización es recoger, mostrar y registrar los parámetros fisiológicos del individuo. El cual nos ayuda a interpretar, detectar y evaluar los problemas y actuar de forma eficaz.</p>	<p>2. Desviación sustancial del rango normal El paciente fue encontrado con parámetros anormales por lo que se encuentra en desviación sustancial del rango y hay probabilidad de que pueda sufrir un paro cardiaco si no se estabiliza.</p>	<p>1. El paciente no mostro mejoría. El electroencefalograma mostró ausencia de actividad eléctrica. Esto aunado al coma y ausencia de reflejo de tallo cerebral se integra diagnóstico de muerte cerebral y posteriormente paro cardiorrespiratorio irreversible.</p>

Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/hemorrhagicstroke.html>
2. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stroke/diagnosis-treatment/drc-20350119>
3. <https://www.pazmental.mx/blog/que-es-un-encéfalo-y-como-prevenirlo/>
4. <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/enfermedad-vascular-cerebral>