



Recibido: 2026-06-25

Aceptado: 2026-07-09

Publicado: 2026-07-30

Gestión integral del cuidado de enfermería en una paciente con esclerosis lateral amiotrófica: estudio de caso basado en las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC

Comprehensive nursing care management for a patient with amyotrophic lateral sclerosis: a case study based on NANDA-I, NOC, and NIC taxonomies.

Autores

Laura Geanella Román Relica¹

Licenciada en Enfermería, Magister en
Salud Pública, Magister en Educación
mención Investigación Educativa,
Doctorante en Ciencias de la Salud
<https://orcid.org/0000-0002-5189-1785>
lgroman@utmachala.edu.ec

Universidad Técnica de Machala

Machala – Ecuador

Paula Mariana Ramírez Sánchez²

<https://orcid.org/0009-0008-4468-5028>
pramirez6@utmachala.edu.ec

Universidad Técnica de Machala

Machala – Ecuador

Mirelly Isabel Rivera Arias³

<https://orcid.org/0009-0007-6082-7017>
mirellisabel2006@gmail.com

Universidad Técnica de Machala

Machala- Ecuador

Melanie Anahí Jiménez Yaure⁴

<https://orcid.org/0009-0009-3645-5668>
mjimenez34@utmachala.edu.ec

Universidad Técnica de Machala

Machala- Ecuador



Resumen

La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad neurodegenerativa progresiva ocasionada por la degeneración de las neuronas motoras superiores e inferiores, lo que provoca debilidad muscular, deterioro funcional y una importante disminución de la calidad de vida. La complejidad de sus manifestaciones clínicas requiere una atención de enfermería orientada a la identificación de las necesidades del paciente y a la planificación de cuidados individualizados. **Objetivo:** aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en una paciente con esclerosis lateral amiotrófica, mediante la valoración integral y el empleo de las taxonomías NANDA-I, NIC, NOC, con el propósito de identificar las respuestas humanas y elaborar un plan de cuidados fundamentado en la mejor evidencia científica. **Metodología:** estudio de caso descriptivo, desarrollado mediante las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación. La información se recopiló mediante anamnesis, examen físico, análisis de exámenes complementarios y aplicación de escalas de valoración, tomando como fundamento teórico la Teoría del Déficit de autocuidado de Dorothea Orem. **Resultados:** se identificaron como diagnósticos de enfermería prioritarios el deterioro de la movilidad física, déficit del autocuidado, patrón respiratorio ineficaz y el riesgo de aspiración, a partir de los cuales se diseñó un plan de cuidados. **Conclusión:** la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permitió brindar cuidados integrales, respondiendo a las necesidades prioritarias de la paciente y contribuyendo a la continuidad del cuidado.

Palabras clave: atención de enfermería, esclerosis lateral amiotrófica, abordaje integral.



Abstrac

Amyotrophic lateral sclerosis is a progressive neurodegenerative disease caused by the degeneration of upper and lower motor neurons, leading to muscle weakness, functional decline, and a significant reduction in quality of life. The complexity of its clinical manifestations requires nursing care focused on identifying patient needs and planning individualized care. Objective: To apply the Nursing Process to a patient with amyotrophic lateral sclerosis through comprehensive assessment and the use of NANDA-I, NIC, and NOC taxonomies, with the aim of identifying human responses and developing a care plan based on the best scientific evidence. Methodology: A descriptive case study conducted using the five stages of the Nursing Process: assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation. Data were collected through patient history, physical examination, analysis of diagnostic tests, and the use of assessment scales, grounded in Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory. Results: Priority nursing diagnoses identified included impaired physical mobility, self-care deficit, ineffective breathing pattern, and risk for aspiration; a care plan was designed based on these findings. Conclusion: Application of the Nursing Process enabled the provision of comprehensive care, addressing the patient's priority needs and contributing to continuity of care.

Keywords: nursing care, amyotrophic lateral sclerosis, comprehensive approach.

Introducción

Cada año, miles de personas en el mundo reciben un diagnóstico que transforma sus vidas: la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), es una enfermedad neurodegenerativa que afecta a la motoneurona superior, localizada en la corteza cerebral, y a la motoneurona inferior, ubicada en las astas anteriores de la médula espinal. Los pacientes manifiestan una pérdida de fuerza progresiva, junto con alteraciones en la musculatura encargada de la deglución, el habla y la respiración. A pesar de los años de estudio, aún no existe un tratamiento que logre frenar su avance, aunque en abril de 2023 se autorizó el primer medicamento de terapia génica para una forma genética de la enfermedad. La ELA representa un desafío diagnóstico, por lo que resulta clave identificar tempranamente los signos motores y no motores que afectan la calidad de vida de los pacientes (Uribe Jaimes, 2025).

La epidemiología indica que la ELA es considerada una enfermedad poco frecuente. Según el Estudio de la Carga Global de la Enfermedad, en 2023 presentó una incidencia estimada de 0,78 casos por cada 100.000 personas y una prevalencia de 4,5 casos por cada 100.000 habitantes (Wolfson, Ishola, & Oskoui, 2023). La mediana de supervivencia tras el diagnóstico es cercana a tres años, y cerca del 95% de los pacientes fallece dentro de los diez años posteriores al diagnóstico (Hospital Universitario La Paz, 2022).

Europa es considerada una de las regiones con mayor disponibilidad de registros epidemiológicos sobre ELA, se han reportado tasas de incidencia de 1,75 a 3 casos nuevos por cada 100.000 habitantes al año, mientras que la prevalencia oscila entre 10 y 12 casos por cada 100.000 habitantes (Arenas, y otros, 2022).

En América Latina, la información epidemiológica continúa siendo limitada, sin embargo, algunos países han logrado reportar sus propias estimaciones a partir de estudios locales; en Argentina se describió una incidencia de 3,17 casos por cada 100.000 habitantes, Colombia de 1,40 por cada 100.000 y en Brasil una prevalencia de 5,0 por cada 100.000 (Wolfson, Ishola, & Oskoui, 2023). En Ecuador, una revisión sistemática publicada en 2023 informó una incidencia de 0,26 casos por cada 100.000 personas-año, y que durante el año 2020 se registraron 58 casos de ELA (Herrera & Velasco, 2025).

Además del compromiso motor progresivo, la ELA puede ocasionar alteraciones cognitivas y conductuales que aumentan la complejidad de su manejo clínico. Cerca del 50% de los

pacientes desarrolla algún grado de deterioro cognitivo o conductual, y aproximadamente el 15% cumple con los criterios clínicos de demencia frontotemporal. Los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes incluyen depresión, ansiedad y fatiga, los cuales inciden negativamente en la calidad de vida y generan angustia y carga para los cuidadores (Matamala, y otros, 2022).

La pérdida de fuerza y tono muscular provoca en la paciente dependencia de cuidadores para realizar actividades básicas, a lo que se añade el impacto económico que esta enfermedad acarrea. Los pacientes diagnosticados con ELA ven comprometida su salud mental, pues al tener la conciencia clara son conscientes de las dificultades que enfrentan y de que su vida se deteriora progresivamente. Además, los pacientes sufren dolor en sus fases más avanzadas debido a los calambres, la incapacidad de moverse y las deformidades articulares, mientras que las alteraciones del sueño provocan ansiedad o cambios de humor recurrentes. Debido a la ausencia de un tratamiento curativo, estos pacientes requieren cuidados multidisciplinarios que incluyen neurología, kinesiología, terapia ocupacional, nutrición, gastroenterología, broncopulmonar, psicología, trabajo social y fonoaudiología (Alava, Cedeño, Paredes, & Wong, 2023).

De esta manera, resulta fundamental dentro del equipo multidisciplinario la participación del profesional de enfermería, debido a su papel en la valoración, identificación de necesidades de cuidado e implementación de intervenciones dirigidas a prevenir complicaciones. En este sentido, la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permite valorar dichas respuestas humanas y orientar la planificación de un cuidado sistemático, individualizado y sustentado en evidencia.

Por ello, el presente estudio de caso tiene como objetivo Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en una paciente con diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica, mediante la valoración integral y el uso de las taxonomías NANDA-I, NIC, NOC, con el fin de identificar sus respuestas humanas y establecer un plan de cuidados individualizado fundamentado en la mejor evidencia científica.



Metodología

Se realizó un estudio de caso clínico descriptivo, basado en revisión documental, anamnesis, examen físico y aplicación de instrumentos, entre ellos la Escala Funcional de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALSFRS), Índice de Barthel, Escala de Braden, Escala Visual Análoga, Escala de Daniels y Escala de Valoración Sociofamiliar, en el contexto de la práctica formativa de un grupo de estudiantes, tuvo como propósito fortalecer el pensamiento crítico, el análisis y la capacidad reflexiva de los futuros profesionales de enfermería, mediante la aplicación de modelos y teorías de enfermería en el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería a una paciente con diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica, valorada mediante visitas domiciliarias, previa obtención del consentimiento informado para la recolección y anonimato de los datos.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una metodología científica y sistemática que guía la prestación de cuidados integrales a las personas, familias y comunidades. Su aplicación permite brindar una atención individualizada, organizada y continua, favoreciendo la calidad del cuidado y reduciendo el riesgo de omisiones o duplicidad en las intervenciones de enfermería. El PAE se desarrolla a través de cinco etapas interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La información se recopiló mediante la valoración, misma que se fundamentó en la teoría del *Déficit de Autocuidado de Dorothe Orem*, mientras que la formulación de los diagnósticos, resultado e intervenciones se realizó mediante las taxonomías NANDA-I, NOC Y NIC 2024-2026.

La búsqueda de evidencia científica se efectuó en las bases de datos Pubmed, Scielo, Scopus y Google Scholar, priorizando artículos entre 2022-2026 relacionados con esclerosis lateral amiotrófica y el Proceso de Atención de Enfermería.

Descripción del caso

Paciente femenina de 53 años captada a nivel comunitario durante una visita domiciliaria, con diagnóstico confirmado de esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Reside en la ciudad de Machala, es de estado civil casada, sin embargo, su cónyuge permanece en la ciudad de Santa Elena por motivos laborales. Actualmente convive con sus dos hijos adultos, quienes desempeñan el rol de cuidadores principales. Es de religión católica, no refiere hábitos

tóxicos ni antecedentes de alergias conocidas y manifiesta desconfianza hacia la vacunación.

El inicio de la enfermedad se dio en el año 2023, manifestándose con dolor en el hombro derecho de tres meses de evolución, localizado en la articulación glenohumeral, de intensidad moderada a severa, descrito como una sensación de pesadez, que se agravaba al realizar movimientos forzados y al mantener la extremidad suspendida sin apoyo, atenuándose parcialmente con el reposo. La sintomatología progresó hasta generar limitación funcional del miembro superior derecho, acompañada posteriormente a disfagia y disartria hacia finales del mismo año.

A inicios de 2025, la enfermedad evolucionó hacia una pérdida total de la movilidad del miembro superior derecho y disminución parcial de la movilidad en el miembro inferior derecho, acompañadas de fasciculaciones, lo cual comprometió su movilidad independiente. A finales de ese periodo comenzaron a presentarse episodios de disnea leve durante la alimentación, los cuales persisten en la actualidad y se asocian a respiración bucal secundaria al compromiso progresivo de la musculatura orofaríngea y respiratoria. Hace cinco meses sufrió una caída de su propia altura, ocasionando una lesión leve en la región coccígea y la cadera.

Respecto a sus antecedentes personales, presenta una discapacidad física del 67% secundaria a la enfermedad de base; usuaria de silla de ruedas como dispositivo de apoyo. Niega otros antecedentes patológicos personales. Como antecedente quirúrgico presenta colecistectomía abierta. Entre los antecedentes patológicos familiares se registra el fallecimiento de ambos progenitores debido a complicaciones asociadas a COVID-19 hace tres años; además, su madre presentó diabetes mellitus tipo 2 y tío materno fue diagnóstico con enfermedad de Alzheimer.

En la exploración física, la paciente se encontraba consciente, alerta, orientada en tiempo, espacio y persona, mostrando disposición para colaborar durante la valoración, aunque su limitación era limitada debido a la anartria. Presentaba cabeza normocéfala, cabello limpio y ondulado. Se evidenció debilidad en la musculatura facial. Ojos con párpados normales, conjuntivas pálidas y pupilas isocóricas con agudeza visual conservada. Oídos simétricos y audición conservada. Fosas nasales permeables y sin secreciones. Labios secos asociados a

respiración bucal, disfagia y sialorrea. Cuello simétrico, sin dolor a la palpación ni presencia de adenopatías.

En el examen respiratorio se observó disminución de la expansión torácica con uso de músculos accesorios durante la respiración, la auscultación pulmonar no reveló ruidos patológicos respiratorios. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos agregados. Abdomen plano, blando, no doloroso a la palpación y con ruidos hidroaéreos conservados. Extremidades se observó disminución de la fuerza muscular y limitación funcional, con mayor afectación en el hemicuerpo derecho. A nivel musculoesquelético, se observa flacidez en el tono muscular y delgadez, rigidez en los movimientos y presencia de mano en garra en miembro superior derecho, atribuida a la atrofia de los músculos intrínsecos de los dedos. A la valoración tegumentario evidencio piel íntegra, seca y temperatura conservada.

Actualmente, la paciente mantiene seguimiento neurológico cada tres meses en un centro hospitalario privado de la ciudad de Cuenca, debido a la falta de especialistas en su lugar de residencia. Como parte de su tratamiento recibe Rilutek y continua un programa de fisioterapia domiciliaria, que contempla electroestimulación muscular y ejercicios de rehabilitación. Su dieta es de consistencia líquida, complementada con suplementos nutricionales; realiza cuatro ingestas diarias por vía oral y requiere asistencia durante la alimentación debido a episodios de tos y odinofagia. Presenta dependencia total para llevar a cabo las actividades básicas de autocuidado. Niega alteraciones en la eliminación urinaria e intestinal. Refiere dificultades para conciliar el sueño e insomnio ocasional, relacionados con la respiración bucal y el dolor. entre sus actividades recreativas manifiesta preferencia por escuchar música del grupo surcoreano BTS y ver dramas coreanos.

Para complementar la valoración se aplicaron diferentes instrumentos estandarizados. En la Escala Funcional de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALSFRS) obtuvo una puntuación de 14, compatible con una fase avanzada de la enfermedad. El Índice de Barthel reflejó un grado de dependencia severa para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. La Escala de Braden registró 12 puntos, lo que indica un riesgo moderado-alto de desarrollar úlceras por presión. Respecto a la intensidad del dolor, la Escala Visual Análoga (EVA) mostro un resultado de 7/10, correspondiente a un dolor moderado a severo. Por su parte, la Escala de Daniels reflejo una disminución asimétrica de la fuerza muscular, con

predominio en el hemicuerpo derecho. Finalmente, la Escala de Valoración Sociofamiliar obtuvo un puntaje de 9, compatible con un riesgo sociofamiliar moderado.

Durante la primera visita domiciliar se obtuvieron los siguientes datos de los signos vitales: frecuencia cardiaca de 63 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto, presión arterial de 92/62 mmHg, temperatura corporal de 36,5 °C y saturación de oxígeno de 94%. No fue posible calcular el índice de masa corporal (IMC), debido a las limitaciones físicas que impedían a la paciente mantenerse en bipedestación.

Tabla 1. Resultados de exámenes de laboratorio clínico

EXÁMENES DE SANGRE		
Hematología	Hemoglobina	13.4 g/dL
	Hematocrito	39.9%
	VCM	91.4%
	RDW-CV	13.3%
	MPV	10 fl
	Plaquetas	243000 mm ³
	Leucocitos	5500 mm ³
	Eosinófilos	1.2%
	Basófilos	0.1%
	Monocitos	5.5%
	Linfocitos	36.3%
	Granulocito	0.1%
Coagulación	T. Protrombina	12.7s
	T. Tromboplastina	29.5 s
Bioquímica	Glucosa Basal	92 mg/dl
	Urea	21 mg/dl
	Creatinina	0.54 mg/dl
	Colesterol LDL	169.77 mg/dl
	Colesterol HDL	48.07 mg/dl
	Triglicéridos	77 mg/dl
	Bilirrubina total	0.54 mg/dl
	Bilirrubina directa	0.17 mg/dl
	Bilirrubina indirecta	0.37 mg/dl
Electrolitos	Potasio sérico	3.89 mEq/L
	Calcio	9.80 mEq/L
	Fosforo	3.91 mEq/L
	Cloro	107.15 mEq/L
	Sodio	141.92 mEq/L
Perfil Endocrino	H. Tiroestimulante	1.100 UI/ml

Nota: Ultimo registro de laboratorio clínico de la paciente. (29 may. 2026)



Tabla 2. Estudios diagnósticos complementarios realizados durante la evolución clínica de la paciente

Estudio	Fecha	Resultados
Tomografía Computarizada de Cuello Simple	20-12-2023	Sin alteraciones vasculares, musculares ni glandulares. Sin adenopatías, ni masas. Cambios degenerativos leves en columna cervical y lordosis rectificada.
Endoscopia digestiva alta	07-05-2024	Motilidad esofágica disminuida. Gastropatía eritematosa antral leve y pólipo antral.
Electromiografía (EMG) de Fibra Unica14	14-07-2024	Neuroconducción sensitiva conservada y disminución de amplitudes en la conducción motora. Signos de denervación activa reinervación crónica con patrón neurógeno reducido en segmentos bulbares y cervicales.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Tratamiento instaurado durante el seguimiento clínico de la paciente

Categoría	Producto	Indicación Clínica	Modo de uso
Farmacológico	Rilutek (riluzol)	Ralentizar la progresión de la enfermedad	50 mg VO cada 12 horas.
Soporte nutricional	Ensure	Prevención de desnutrición	1 a 3 tomas al día
	Activz Optimend	Apoyo antiinflamatorio	2 cápsula (455mg) al día
	Activz Linq	Soporte cognitivo/ Metabólico	1 capsula (450mg) al día
	Alcaline Max	Apoyo de hidratación	Diluido en agua
	Muno T	Complemento antioxidante	1 sobre al día disuelto en agua
	Citrato de Magnesio + Calcio + Zinc	Favorece la función neuromuscular y contribuir al mantenimiento de la salud ósea y muscular.	1 cucharadita (6 g) en 120 ml de agua, 1 vez al día

Fuente: Elaboración propia

Proceso de atención de enfermería

Etapa 1. Valoración

Teoría Del Déficit De Autocuidado De Dorothea Orem

La Teoría del Déficit de Autocuidado fue propuesta por Dorothea Orem con el propósito de orientar el cuidado de enfermería hacia la identificación de las capacidades que tiene una persona para cuidar de sí misma y satisfacer sus necesidades relacionadas con la salud (Cárdenas & Villarreal , 2025). Este modelo permite valorar el grado de dependencia del paciente e identificar la diferencia entre las demandas de autocuidado y la capacidad real para satisfacerlas, permitiendo determinar cuándo es necesaria la intervención del profesional de enfermería (Mejías & Real, 2026).

Tabla 4. Relación entre la Teoría de Orem y el Proceso de Enfermería aplicado al caso clínico

Requisitos de autocuidado (Universales, Desarrollo, Desviación de la salud)
<i>Requisitos universales</i>
• Consumo insuficiente de alimentos debido a la disfagia, lo que afecta el mantenimiento del estado nutricional de la paciente. • Restricción en la movilidad y actividad física por la debilidad muscular progresiva y la parálisis de extremidades. • Dificultad para mantener una adecuada higiene corporal y oral por la limitación funcional. • Alteración del patrón de sueño debido al dolor y la respiración bucal. • Necesidad de mantener la integridad de la piel por la inmovilidad prolongada.
<i>Requisitos de desarrollo y desviación de la salud</i>
• Falta de conocimiento sobre la enfermedad y sus complicaciones por parte de los cuidadores. • Presencia de disfagia, disartria, debilidad muscular progresiva, deterioro de la movilidad y dependencia funcional severa. • Dificultad para mantener la comunicación efectiva debido a la anartria.
<i>Requisitos de déficit de autocuidado</i>
• Falta de conocimiento sobre la etiología, complicaciones y tratamiento de la enfermedad. • Dependencia total para la realización de actividades básicas como bañarse, vestirse, trasladarse y alimentarse. • Desconocimiento sobre las medidas de prevención de úlceras por presión. • Dificultad para mantener una adecuada higiene oral y prevenir la aspiración de secreciones.



Sistema de Enfermería

Parcialmente compensatorio

- Apoyar a la paciente en la realización de actividades de la vida diaria como el baño, el vestido, la alimentación y los traslados.
- Realizar cambios posturales para prevenir úlceras por presión.
- Monitorizar los signos vitales y la saturación de oxígeno durante las visitas domiciliarias
- Asistir en la alimentación para prevenir episodios de aspiración.

Sistemas de apoyo-educativo

- Implementar actividades educativas orientadas a fortalecer el conocimiento de los cuidadores sobre el manejo integral de la enfermedad, incluyendo el tratamiento farmacológico y las técnicas de movilización segura.
- Capacitar en la administración adecuada de medicamentos en el hogar.
- Capacitar en la administración adecuada de medicamentos en el hogar.
- Instruir sobre la correcta higiene oral, el manejo de la sialorrea y la prevención de lesiones cutáneas.

Fuente: Elaboración propia.

Esta teoría fue seleccionada como fundamento conceptual ya que permite identificar las limitaciones de la paciente para satisfacer sus necesidades de autocuidado y determinar el nivel de intervención de enfermería requerido. Diversos estudios respaldan su aplicación en enfermedades crónicas con deterioro funcional, lo que lo contribuye en un marco teórico para orientar la planificación de los cuidados (Cárdenas & Villarreal , 2025). En este caso, el deterioro progresivo de la capacidad de autocuidado justificó la implementación de un sistema de enfermería predominantemente parcialmente compensatorio, debido a que la paciente conserva la capacidad para participar en la toma de decisiones sobre su cuidado, complementado con acciones de apoyo-educación dirigidas a sus hijos como cuidadores principales para favorecer una atención acorde con las necesidades de la paciente (Morales, Lemos , & De León , 2024).

Etapas 2. Diagnóstica

Tabla 5. Diagnósticos de enfermería.

Dominio	Clase	Etiqueta diagnóstica	Definición
2. Nutrición	1. Ingestión	(00103) Deterioro de la deglución	Funcionamiento anormal del mecanismo deglutorio asociado con déficit en la estructura o función oral, faríngea o esofágica
	2 Actividad /ejercicio	(00085) Deterioro de la movilidad física	Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o en una o más extremidades
4. Actividad/reposo	4 Respuestas cardiovasculares/ pulmonares	(00032) Patrón respiratorio ineficaz	Dificultad para mantener una ventilación adecuada durante la inspiración y/o la espiración.
	5. autocuidado	(00132) Síndrome de disminución de la capacidad de autocuidado	Deterioro en el desempeño independiente de múltiples actividades de la vida diaria
	1. Sueño / Reposo	(00095) Insomnio	Incapacidad para iniciar mantener el sueño que afecta al funcionamiento cotidiano
5. Percepción / Cognición	5. Comunicación	(00051) Deterioro de la comunicación verbal	Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.
11. Seguridad / Protección	2. Lesión física	(00039) Riesgo de aspiración	Susceptible a que secreciones gastrointestinales orofaríngeas, sólidos o líquidos entren en el árbol traqueobronquial
	2. Lesión física	(00249) Riesgo de caída	Susceptible a un aumento de la vulnerabilidad a las caídas, que pueden causar daño físico y comprometer la salud

	2. Lesión física	(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Susceptible a una alteración en la epidermis y/o en la dermis, que puede comprometer la salud.
12. Confort	1. Confort físico	(00132) Dolor crónico	Experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a daño titular real o potencial, de duración superior a 3 meses

Fuente: elaboración propia basada en NANDA Internacional (NANDA Internacional, 2024).

Se aplicó un proceso de priorización diagnóstica basado en la Jerarquía de Necesidades de Maslow, bajo este enfoque, se seleccionaron cuatro diagnósticos prioritarios para la estructuración del plan de cuidados (ver tablas 7 – 10), priorizando aquellos dominios que comprometen la supervivencia inmediata del paciente y aquellos que impactan de forma directa su funcionalidad y calidad de vida.

Etapas 3. Planificación

Tabla 6. Priorización de Resultados de enfermería.

Resultados (NOC)	Indicadores	Escala de medición
04208 Movilidad	Movimiento muscular, coordinación, movimiento articular	1. Gravemente comprometido 2. Parcialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido
0300 Conducta de autocuidado: actividades de la vida	Come, se viste, uso del inodoro, se baña, realiza la higiene, movilidad en silla de ruedas, realiza traslado, cambia de postura solo	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre Demostrado
0403 Función respiratoria: ventilación	Profundidad de la inspiración, uso de músculos accesorios, deterioro de la vocalización	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal

5. Sin desviación del rango normal		
1935	Informa a otras personas de sus dificultades para tragar, selecciona líquidos de consistencia adecuada, se coloca en posición vertical para comer y beber, obtiene ayuda en caso de atragantamiento	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado

Fuente: elaboración propia basada en Moorhead *et al.* (Moorhead, Swanson, & Johnson, 2024).

Etapas 4. Implementación

Tabla 7. Plan de cuidados a paciente con ELA

ESTABLECIMIENTO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 1				
DOMICILIO	Paciente con Esclerosis Lateral Amiotrófica				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DOMINIO: 4. Actividad/reposo CLASE: 2 Actividad/ejercicio CÓDIGO: 00085 DEFINICIÓN: Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o en una o más extremidades DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Deterioro de la movilidad física r/c alteración neuromusculares m/p disminución de la fuerza muscular, disminución de las habilidades motoras finas, disminución de las habilidades motoras gruesas, movimientos espásticos.	Resultado (s)	Indicadores	Escala (s) de medición	P. inicial	P. Final
	DOMINIO: (II) Salud fisiológica CLASE: (C) Movilidad CÓDIGO: (04208) RESULTADO: Movilidad	020803 Movimiento muscular 020810 Coordinación 020804 Movimiento articular	1. Grave mente comprometido 2. Parcial mente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3 3 1	3 3 1

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
INTERVENCIÓN ENFERMERA: Terapia de ejercicios: control muscular 0226			
CLASE	I. Control de actividad y ejercicio	CAMPO	1. Fisiológico: básico
ACTIVIDADES			
1. Colaborar con la fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios, según corresponda. 2. Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios. 3. Ayudar a desarrollar el protocolo de ejercicios para mantener el control muscular y la flexibilidad según la capacidad funcional de la paciente. 4. Proporcionar instrucciones secuenciales para cada actividad motora durante el ejercicio o actividades de la vida diaria. 5. Colaborar con los cuidadores a domicilio respecto al protocolo de ejercicios y las actividades de la vida diaria 6. Monitorizar la respuesta emocional, cardiovascular y funcional al protocolo de ejercicios			

Elaborado por: Los autores basados en la Taxonomía NANDA, NOC, NIC 2024-2026

Tabla 8. Plan de cuidados a paciente con ELA

ESTABLECIMIENTO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 2				
DOMICILIO	Paciente con Esclerosis Lateral Amiotrófica				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DOMINIO: 4. Actividad/reposo CLASE: 5 Autocuidado CÓDIGO: (00331) DEFINICIÓN: Deterioro en el desempeño independiente de múltiples actividades de la vida diaria. DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Síndrome de disminución de la capacidad de autocuidado	Resultado (s):	Indicadores	Escala (s) de medición	P. inicial	P. Final
	DOMINIO: (I) Salud funcional CLASE: (D) Autocuidado CÓDIGO: (0300) RESULTADO:	030013 Come 030014 Se viste 030015 Uso del inodoro 030016 Se baña 030018 Realiza la higiene	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre Demostrado.	4 1 2 1 1 1	4 2 2 1 2 1



r/c deterioro de la movilidad física m/p disminución de la capacidad para bañarse; disminución de la capacidad para vestirse; disminución de la capacidad para ir al baño	Conducta de autocuidado: actividades de la vida Diaria (AVD)	030021 Movilidad en silla de ruedas 030022 Realiza traslados 030023 Cambia de postura solo			
---	--	---	--	--	--

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
INTERVENCIÓN ENFERMERA: Vestir 1630			
CLASE	F. Facilitación del autocuidado	CAMPO	1. Fisiológico: básico
ACTIVIDADES			
1. Identificar las áreas en las que la paciente puede vestirse de forma independiente. 2. Favorecer la participación de la paciente en la selección de la ropa, respetando sus preferencias. 3. Seleccionar prendas cómodas, holgadas y de fácil colocación. 4. Brindar asistencia durante el vestido cuando las limitaciones funcionales impidan que la paciente realice esta actividad de forma independiente. 5. Supervisar periódicamente la capacidad de la paciente para vestirse, identificando cambios asociados a la progresión de la enfermedad.			
INTERVENCIÓN ENFERMERA: Ayuda con el autocuidado: transferencia 1806			
CLASE	F. Facilitación del autocuidado	CAMPO	1. Fisiológico: básico
ACTIVIDADES			
1. Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente. 2. Enseñar a familiares sobre técnicas de traslado de una zona a otra (p. ej., de la cama a la silla, de la silla de ruedas al vehículo). 3. Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado. 4. Determinar la cantidad y el tipo de ayuda necesaria. 5. Utilizar la mecánica corporal adecuada durante los movimientos.			
INTERVENCIÓN ENFERMERA: Baño 1610			
CLASE	F. Facilitación del autocuidado	CAMPO	1. Fisiológico: básico
ACTIVIDADES			
1. Proporcionar los artículos personales deseados (p. ej., toalla, desodorante, jabón de baño, champú, loción, productos de aromaterapia). 2. Ayudar con la ducha en silla, bañera, baño con paciente encamado, ducha de pie o baño de asiento, según corresponda o se desee. 3. Ayudar a limpiar la espalda, la parte inferior de las piernas y los pies, cuando esté indicado. 4. Limpiar de las zonas limpias a las sucias (es decir, del tórax a la zona perineal). 5. Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable. 6. Ayudar con las medidas de higiene (utilizar perfume o desodorante). 7. Inspeccionar el estado de la piel durante el baño. 8. Aplicar lociones y cremas hidratantes en las zonas de piel seca. 9. Monitorizar la capacidad funcional durante el baño. 10. Ayudar a entrar o salir de la bañera o ducha, según sea necesario. 11. Facilitar que el propio individuo se bañe, afeite y lave o peine el cabello, cuando proceda.			

Elaborado por: Los autores basados en la Taxonomía NANDA, NOC, NIC 2024-2026

Tabla 9. Plan de cuidados a paciente con ELA

ESTABLECIMIENTO		PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 3				
DOMICILIO		Paciente con Esclerosis Lateral Amiotrófica				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DOMINIO: 4. Actividad/reposo CLASE: 4 Respuestas cardiovasculares / pulmonares CÓDIGO: (00032) DEFINICIÓN: Dificultad para mantener una ventilación adecuada durante la inspiración y/o la espiración. DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de los músculos de la respiración m/p uso excesivo de los músculos accesorios de la respiración (tiraje intercostal leve), alteración de los movimientos torácicos y alteración de la profundidad respiratoria.	Resultado (s):	Indicadores	Escala (s) de medición	P. inicial	P. Final	
	DOMINIO: (II) Salud fisiológica	040303 Profundidad de la inspiración	1. Desviación grave del rango normal	3	3	
	CLASE: (E) Cardiopulmonar	040309 Uso de músculos accesorios	2. Desviación sustancial del rango normal	3	3	
	CÓDIGO: (0403)	040330 Deterioro de la vocalización	3. Desviación moderada del rango normal	1	1	
	RESULTADO Función respiratoria: ventilación	4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal				
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)						
INTERVENCIÓN ENFERMERA: Ayuda a la ventilación 3390						
CLASE	K. Manejo respiratorio		CAMPO	Fisiológico: Complejo		
ACTIVIDADES						
1. Monitorizar el estado respiratorio y de oxigenación.						
2. Observar si hay fatiga muscular respiratoria						
3. Enseñar técnicas y ejercicios de respiración (p. ej., respiración controlada, ejercicios de expansión torácica, técnica de espiración forzada, respiraciones controladas combinadas con resoplidos, ejercicios de respiración profunda), según corresponda.						
4. Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.						

Elaborado por: Los autores basados en la Taxonomía NANDA, NOC, NIC 2024-2026

Tabla 10. Plan de cuidados a paciente con ELA.

ESTABLECIMIENTO		PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 4				
DOMICILIO		Paciente con Esclerosis Lateral Amiotrófica				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DOMINIO: 11. Seguridad/protección CLASE: 2 Lesión Física CÓDIGO: (00039) DEFINICIÓN: Susceptible a que secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos penetren en el árbol traqueobronquial. DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Riesgo de aspiración r/c dificultad para deglutir		Resultado (s):	Indicadores	Escala (s) de medición	P. Inicial	P. Final
		DOMINIO:	193504 Informa a otras personas	1. Nunca demostrado	4	5
		(IV)	de sus	2. Raramente	5	5
		Conocimiento y conducta de	dificultades para tragar	demostrado	5	5
		salud	193507	3. A veces	3	4
		CLASE:	Selecciona líquidos de	demostrado		
		(T)	consistencia adecuada	4. Frecuente		
		Control del riesgo	193509	5. Siempre		
		CÓDIGO:	Se coloca en posición vertical para comer y beber	e demostrado		
		(1935)	193514 Obtiene ayuda en caso de atragantamiento			
		RESULTADO:				
		Control del riesgo: aspiración				
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)						
INTERVENCIÓN ENFERMERA: Precauciones en la aspiración 3200						
CLASE	K. Manejo respiratorio		CAMPO	2.Fisiológico: Complejo		
ACTIVIDADES						
1. Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.						
2. Evaluar la presencia de disfagia, según corresponda.						
3. Controlar el estado pulmonar.						
4. Supervisar la comida o ayudar, según corresponda.						
5. Proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades.						
6. Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes.						

Elaborado por: Los autores basados en la Taxonomía NANDA, NOC, NIC 2024-2026.

Etapa 5. Evaluación

Tabla 11. Evaluación de los planes de cuidados de enfermería.

Resultado (NOC)	Criterios de logro
(04208) Movilidad	La paciente y su cuidador comprendieron las indicaciones para la continuación del programa de ejercicios en el domicilio
(0300) Conducta de autocuidado: actividades de la vida	Participa en las actividades de autocuidado que aún puede realizar con apoyo de sus cuidadores.
(0403) Función respiratoria: ventilación	Identifica signos de dificultad respiratoria y comunica sus necesidades.
(1935) Control del riesgo: aspiración	- Recibe apoyo durante la alimentación para prevenir aspiración. - Comunica dificultad para deglutir y solicita ayuda cuando lo requiere.

Fuente: elaboración propia basado en los planes de cuidado.

Discusión

Los hallazgos obtenidos destacan que el inicio atípico de la enfermedad en la extremidad superior con dolor como síntoma predominante pudo confundirse inicialmente con una patología ortopédica, situación que coincide con el caso reportado por López et al. (2024) donde menciona que una paciente de 68 años inició con dolor y dificultad para movilizar la extremidad superior izquierda, siendo tratada inicialmente como posible hombro congelado antes de establecerse el diagnóstico de ELA. Por lo tanto, esta similitud refleja que las manifestaciones iniciales inespecíficas pueden retrasar la sospecha clínica y, en consecuencia, el inicio del abordaje especializado.

Asimismo, Cabrera et al. (2025) describen un caso similar en una paciente de 49 años con un diagnóstico inicial orientado a miopatía inflamatoria, lo que demuestra que los errores diagnósticos continúan siendo frecuentes de esta enfermedad lo que coincide con nuestro caso, ya que el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico superó los 12 meses, lo que concuerda con lo reportado por estos autores, quienes describen retrasos de entre 10 y 16 meses debido a la ausencia de biomarcadores específicos y a la diversidad de las manifestaciones clínicas (Cabrera, Cancino, Sánchez, & Tard, 2025).

El diagnóstico de la paciente se sustentó en la correlación entre los hallazgos clínicos y los estudios electrofisiológicos. Al respecto, Uribe et al. (2025) señala que no existe una prueba definitiva para realizar el diagnóstico en pacientes con ELA, por lo que este reside en la adecuada exclusión de otras patologías que puedan presentar signos similares. El autor menciona que el médico debe estar alerta ante ciertas "banderas rojas", como la ausencia de progresión motora, el inicio de síntomas en las primeras tres décadas de la vida o la historia familiar de otras enfermedades neurodegenerativas. Además, los criterios de Gold Coast han sido propuestos recientemente para simplificar el diagnóstico, clasificando al paciente según la presencia o ausencia de ELA (Uribe Jaimes, 2025). En el caso presentado, la electromiografía evidenció signos de denervación activa y reinervación crónica compatibles con la enfermedad, lo que permitió confirmar el diagnóstico.

Respecto al tratamiento, la paciente recibe riluzol como terapia farmacológica dirigida a ralentizar la progresión de la enfermedad lo que coincide con la literatura, donde refiere que el riluzol y la edaravona son actualmente los únicos fármacos con evidencia para modificar el curso clínico de la ELA, aunque también se investigan alternativas terapéuticas como la metilcobalamina, el arimoclomol y el masitinib (Cabrera León, 2025). Sin embargo, la ausencia de acceso a tratamientos de segunda línea, en nuestra paciente refleja las limitaciones del sistema de salud ecuatoriano para el manejo de enfermedades neurodegenerativas pocos frecuentes.

En relación con el acceso a los servicios especializados un estudio señala que en Ecuador hay disponibilidad limitada de profesionales y unidades especializados en cuidados paliativos especialmente fuera de las principales ciudades del país (Guerra , Mite , Chimborazo , & Mullo , 2022). Esta situación se evidencia en el presente caso, ya que la paciente no dispone de seguimiento neurológico en su localidad, y debe desplazarse hasta la ciudad de Cuenca para recibir atención especializada.

La valoración funcional permitió identificar un deterioro significativo de la capacidad física y un elevado grado de dependencia para las actividades de la vida diaria. Alfaro (2025), sostiene que la evaluación en pacientes con ELA debe incluir no solo la fuerza muscular, sino también aspectos relacionados como el dolor, la capacidad respiratoria, el riesgo de caídas, la fatiga y el entorno familiar. En concordancia con esta perspectiva, la aplicación de escalas permitió valorar integralmente las necesidades de la paciente y orientar la



planificación de intervenciones individualizadas. Además, la reanudación de la fisioterapia domiciliaria tras un período de suspensión por limitaciones económicas muestra el valor de la continuidad en la rehabilitación para preservar la funcionalidad mecánica.

El importante deterioro funcional evidenciado durante la valoración justifico la selección de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem como fundamento conceptual para el Proceso de Atención de Enfermería. Varios autores destacan que este modelo favorece un abordaje integral de las personas con enfermedades crónicas, orientando la identificación de las necesidades de autocuidado y el establecimiento del sistema de enfermería más adecuado. En este caso predominó el sistema parcialmente compensatorio, debido a que la paciente conserva capacidad para participar en algunas decisiones relacionadas con su cuidado complementado con un sistema de apoyo-educativo dirigido a sus hijos como cuidadores principales (Rojas & Guarate, 2025).

Conclusiones

El presente estudio evidenció que la esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad progresiva que genera un importante deterioro funcional y una alta dependencia, lo que exige un abordaje integral y multidisciplinario. La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, sustentado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, permitió identificar las principales necesidades de la paciente, establecer diagnósticos de enfermería prioritarios e implementar intervenciones orientadas a prevenir complicaciones, mantener la funcionalidad residual y fortalecer el apoyo de los cuidadores. Asimismo, se evidenció las dificultades que enfrentan las personas con ELA para acceder a servicios especializados y a un seguimiento multidisciplinario continuo, situación que puede influir en la evolución de la enfermedad y en la calidad de los cuidados recibidos, en este sentido, vemos la importancia del profesional de enfermería en la atención integral, la educación familiar y el seguimiento continuo para favorecer la calidad de vida de las personas con ELA.



Referencias Bibliográficas

- Alava, I., Cedeño , J., Paredes, J., & Wong, F. (29 de 9 de 2023). Esclerosis lateral amiotrófica. Causas, consecuencias y calidad de vida del paciente. *Revista Multidisciplinar*, 5(16). doi:<https://doi.org/10.53734/mj.vol5.id276>
- Alfaro, G. (6 de 2025). Sobre los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica en Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*, 67(2). doi:<http://dx.doi.org/10.51481/amc.v67i2.1556>
- Arenas , C., González, J., Blanco, M., González, A., González, J., Pérez, L., . . . Rincon, A. (21 de 12 de 2022). Esclerosis lateral amiotrófica, revisión epidemiológica, clínica y terapéutica de una catastrófica enfermedad neurológica en términos pronósticos. *Ciencia Latina*, 6(6). doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4026
- Cabrera , T. (13 de 1 de 2025). Esclerosis Lateral Amiotrófica, a Propósito de un Caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(6). doi: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15397
- Cabrera, C., Cancino , V., Sánchez , L., & Tard , C. (7 de 2025). Esclerosis lateral amiotrófica: elementos clínicos y diagnósticos clave, a propósito de un caso. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 63(3). doi:<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272025000300274>
- Cárdenas, S., & Villarreal , M. (12 de 11 de 2025). La aplicación de la Teoría de los Cuidados de Dorothea Orem en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Multidisciplinaria ASCE Magazine*, 4(4). doi:<https://doi.org/10.70577/asce.v4i4.503>
- Guerra , C., Mite , G., Chimborazo , B., & Mullo , T. (18 de 7 de 2022). Cuidados paliativos aplicados desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el estadio final en el Cantón Guaranda. Febrero-junio 2022. *Dominio de las Ciencias*, 8(3). doi: <https://doi.org/10.23857/dc.v8i3.2847>
- Herrera, J., & Velasco, E. (2025). Proceso de atención enfermero a paciente con esclerosis lateral amiotrófica según la teoría de la incertidumbre. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud*, 8(15). doi:<https://doi.org/10.46296/gt.v8i15.0229>
- Hospital Universitario La Paz. (2022). *Guía clínica para el tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica* (1era ed.). (S. C. Consultores, Ed.) Recuperado el 22 de mayo de 2026, de



<https://adelaweb.org/wp-content/uploads/2022/11/Guia-Cinica-Tratamiento-ELA-2022.11.pdf>

López, J., Díaz, C., Castillo, T., Larrad, A., Gastaldo, R., Juarros, S., . . . Martín, P. (18 de 9 de 2024). Tratamiento médico nutricional en la esclerosis lateral amiotrófica: ¿actuamos o reaccionamos? Un caso clínico y revisión multidisciplinar. *Nutrición Hospitalaria*, 41(3). doi:<https://dx.doi.org/10.20960/nh.05189>

Matamala, J., Moreno, J., Acosta, J., Hughes, R., Lillo, P., Casar, J., & Earle, N. (2022). Manejo multidisciplinario y avances terapéuticos en la esclerosis lateral amiotrófica. *Revista Médica de Chile*, 150(12), 1633-1646. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v150n12/0717-6163-rmc-150-12-1633.pdf>

Mejías, M., & Real, T. (27 de 2 de 2026). AUTOCUIDADO BASADO EN EL MODELO DE DOROTHEA OREM EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. *Enfermería Investiga*. doi:<https://doi.org/10.31243/ei.uta.vi.3149.2024>

Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2024). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (Séptima edición ed.). Elsevier.

Morales, I., Lemos , E., & De León , N. (28 de 6 de 2024). APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREN, EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA ESTUDIO DE FAMILIA. *Portal de Revistas Científicas UP*, 35(31). doi:<https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v35n31.a5254>

NANDA Internacional. (2024). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2024-2026* (Decimotercera edición ed.). Elsevier.

Rojas, A., & Guarate, Y. (20 de 6 de 2025). La teoría de Dorothea Orem en un paciente con enfermedad renal crónica: historias de vida. *Revista Iberoamericana de Investigación en Ciencias de la Salud*, 5(1). doi:<https://doi.org/10.56183/iberojhr.v5i1.754>

Uribe, J., & P. D. (2025). *El ABC del diagnóstico neurológico* (1 ed.). Mexico: Editorial Alfil. Recuperado el 23 de 5 de 2026, de <https://0310w3fva-y-https-elibro-net.basesdedatos.utmachala.edu.ec/es/lc/utmachala/titulos/295308>

Laura Geanella Román Relica¹: Coordinación del desarrollo del estudio, validación del contenido científico, corrección y revisión de la versión final.

Paula Mariana Ramírez Sánchez²: recolección de la información, búsqueda, selección y análisis de la evidencia científica e integración de la información y revisión crítica del manuscrito.

Mirelly Isabel Rivera Arias³: recolección y análisis de la información, aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), elaboración de tablas, organización de la información, revisión del manuscrito.

Melanie Anahí Jiménez Yaure⁴: desarrollo del caso clínico, aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), redacción del manuscrito.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés