



UNIVERSIDAD OLMECA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
INCORPORACIÓN CLAVE 8964-62



UNIVERSIDAD OLMECA
Raíz de sabiduría

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A
PACIENTE CON HIDROCEFALIA POSTRAUMÁTICA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA

PRESENTA:

ISABEL CRISTINA PÉREZ DE LA CRUZ

ASESOR:

L. E. OSCAR ARATH MORALES EVIA

VILLAHERMOSA, TABASCO. ENERO 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

Dedico mi trabajo **Dios**, por la vida que me ha dado, por la salud y por darme la fuerza necesaria para culminar satisfactoriamente cada una de mis metas en mi formación humana y profesional.

A mis padres, Pedro y Claudia, quienes han estado conmigo en todo momento, quienes me impulsan a ser una mejor persona día con día, quienes con su amor y consejos me motivan a seguir hacia adelante y me acompañan en cada paso que doy.

A mi hermano, Víctor Manuel, quien ha estado junto a mí brindándome su apoyo incondicional, quien me da fortaleza para seguir adelante, que con sus travesuras y ocurrencias alegra cada día de mi existencia.

A mi familia por apoyarme a seguir adelante, por confiar en mí y brindarme todo su cariño a lo largo de estos años. **A mis abuelos**, quienes me han visto crecer y me han brindado todo su cariño incondicionalmente, a Trinita que desde el cielo sé que está orgullosa de mí y me abraza con tanto amor, te extraño cada día. A mi Tía Toñita quien con su amor me motiva a seguir superándome día con día, por compartir momentos bonitos conmigo y demostrar la confianza que tiene en mí.

A mis amigos de carrera, de servicio social y amigos en general por los buenos momentos y las historias vividas, quienes han estado en cada momento apoyándome incondicionalmente y brindándome su cariño, consejos y lealtad.

Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento a la Universidad Olmeca por abrirme las puertas y brindarme la oportunidad de avanzar en mi carrera profesional. Agradezco especialmente al departamento de enfermería por su constante apoyo y su disposición para ayudarme que han sido fundamentales para la finalización de este trabajo.

A todos mis maestros, que contribuyeron en mi formación profesional, por brindarme todas las herramientas, conocimientos y habilidades necesarias para desenvolverme en la práctica clínica, por ser mis guías durante toda la carrera y por la paciencia que tuvieron.

A mi asesor de Proceso de Atención de Enfermería el L. E Oscar Arath Morales Evia, su experiencia, comprensión, paciencia, guía constante y su confianza en mis habilidades contribuyeron al desarrollo de este trabajo. Gracias por su inmenso apoyo durante este viaje.

Asimismo, quisiera expresar mi gratitud a todas las personas que contribuyeron con el desarrollo de mi trabajo. Agradezco a todos los que me ayudaron a recopilar datos y a aquellos que dedicaron su tiempo a revisarlo. Este trabajo no sería lo que es sin sus recomendaciones.

Índice

Introducción	1
I. Justificación	3
II. Objetivos	5
Objetivo General	5
Objetivos Específicos	5
III. Metodología	6
IV. Marco Teórico	8
Enfermería como Profesión Disciplinaria	8
El Cuidado como Objeto de Estudio	9
Proceso de Atención de Enfermería	10
Modelo Teórico Utilizado Para la Elaboración del PAE	10
<i>Elementos Fundamentales del Modelo Utilizado</i>	11
Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	13
<i>Valoración</i>	13
<i>Diagnóstico</i>	14
<i>Planeación</i>	14
<i>Implementación</i>	14
<i>Evaluación</i>	15
Problemática de Salud de la Persona	15

<i>Diagnóstico y Tratamiento</i>	16
V. Resumen del Caso Clínico	17
VI. Desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería	18
Valoración Clínica del Sujeto de Cuidado	18
Valoración Física	23
Análisis de Datos Recolectados	27
Diagnósticos de Enfermería Según el Caso	32
<i>Redacción de Diagnósticos Priorizados</i>	36
Planificación de Intervenciones	40
<i>Plan de Cuidados Estandarizados</i>	40
VII. Plan de Alta	58
IX. Referencias Bibliográficas	60
XI. Anexos	64
Apéndice A. Instrumentos de Recolección de Datos	64
Apéndice B. Escalas	70
Apéndice C. Trípticos para charlas educativas	71
Apéndice D. Evidencia Fotográfica	73

Introducción

La enfermería es una profesión de acción, que se aprende haciendo y así ha sido desde su creación, aunque en los últimos años se han visto cambios significativos en la formación. La práctica en el campo clínico es y ha seguido siendo el recurso más valioso en la preparación de los futuros profesionales, con ella se da la integración de la teoría y la práctica, uniéndose el saber qué con el saber cómo; esto se da a través de las vivencias de los estudiantes, profesores y equipo de salud, así como el comportamiento de los pacientes quienes son los actores principales, situación que permite al estudiante valorar la profesión y visualizar su escenario futuro (Uriarte, Ponce y Bernal, 2016).

Los ambientes de aprendizaje ampliados por la práctica clínica apoyan de una manera diversa a la enseñanza, complementándola a través del empleo de la tecnología y su uso en un ambiente real; lo cual permite en el profesional en salud el auto aprendizaje, el desarrollo de pensamiento crítico y creativo, la presencia de reglas de comportamiento conocidas y aceptadas por los estudiantes, de acuerdo con su estado de desarrollo cognitivo, social y moral (Moreno, Prado y García, 2013).

La práctica clínica para enfermería constituye el principal apoyo para los profesionales de salud en formación, les permite adquirir conocimientos nuevos, desarrollar habilidades para brindar cuidado de forma holística, de calidad y con calidez a las personas, así mismo durante este proceso son guiados por profesionales de diferentes servicios de las instituciones de salud de los tres niveles de atención. Las tendencias en enfermería a nivel global reflejan que es indispensable la aplicación de la teoría para la cualificación de la práctica. Esto supone, que de una parte la clínica genere nuevos cuestionamientos y que, a su vez, el desarrollo teórico logrado en la enfermería pueda ser evidenciado en la práctica, especialmente en el campo clínico (Carvajal & Sánchez Herrera, 2018).

El presente trabajo se centró a un usuario con diagnóstico de hidrocefalia post traumática en el área de Traumatología y Ortopedia del Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, con la finalidad de dar respuesta efectiva a la problemática de salud que el usuario presenta, implementando el método de Proceso de Atención de Enfermería (PAE); donde primero, se seleccionó el caso clínico seguido de la búsqueda de información sobre la patología del caso, para la construcción de la gestión de cuidados individualizados y de calidad al usuario.

I. Justificación

El cuidado como centro de estudio de la enfermería se ha constituido como la razón de ser como profesión, en este sentido brindar cuidados específicos de calidad, entendiendo que cada individuo es único y las circunstancias que lo rodean son distintas entre cada persona. El profesional de enfermería debe hacer uso de las competencias adquiridas durante su etapa formativa, además de sumar la experiencia en el campo profesional en que se desenvuelve para establecer bajo un criterio clínico los diagnósticos e intervenciones adecuadas al sujeto de cuidado.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el método más documentado a nivel internacional con el cual se estructura la práctica del cuidado científico, fundamentado en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones. Se caracteriza por fomentar la asistencia reflexiva y organizada, la continuidad e individualización de los cuidados, el uso racional del tiempo y el desarrollo del pensamiento crítico en el recurso humano (Jara, 2016).

En este sentido el presente Proceso de Atención de Enfermería tiene como finalidad evidenciar la aplicación del método y proceso de enfermería como herramienta metodológica disciplinaria; demostrar las habilidades, conocimientos y procedimientos para el cuidado de la salud del usuario adquiridos durante la formación académica; el uso del pensamiento crítico y analítico a la hora de realizar las intervenciones e identificar el proceso de salud-enfermedad y de esta forma brindar los cuidados oportunos a las necesidades de salud del usuario. Este trabajo se aplicó en un usuario con diagnóstico médico de hidrocefalia post traumática, a quien se le dio seguimiento desde su ingreso al área de traumatología y ortopedia del Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, donde se le brindaron los cuidados e intervenciones que permitieron una recuperación satisfactoria de la salud.

El traumatismo encéfalo craneano es el causante de la mayor cantidad de casos de mortalidad por traumas, siendo la tasa mundial de aproximadamente quinientos setenta y nueve por cada cien mil personas al año, primordialmente a raíz de caídas como accidentes de tránsito, asociada generalmente al sexo masculino, así como el grupo etario y nacionalidad, siendo la incidencia más alta en aquellos países en desarrollo en pacientes de 1 a 44 años. De igual manera es la principal causa de incapacidad en menores de 45 años (Herrera Martínez et al., 2018).

El pronóstico de los pacientes con traumas craneoencefálicos múltiples esta relacionado a: la edad, duración del coma, escala de Glasgow después de la reanimación inicial, reactividad pupilar y otros reflejos de integración en el tallo encefálico, hallazgos en la TAC (fundamentalmente lesiones intracraneales con efecto de masa), presencia de hemorragia subaracnoidea, hipertensión endocraneana y complicaciones extracraneales, fundamentalmente aquellas que ocasionan anemia, hipotensión arterial o hipoxia) (Varela Hernández, 2015).

Por su parte, la hidrocefalia constituye una de las patologías más frecuentes en nuestro medio, siendo las causas más comunes de hidrocefalia: la neurocisticercosis, los tumores primarios y metastásicos del cerebro, la hemorragia subaracnoidea espontánea y traumática, la meningitis bacteriana y tuberculosa, entre otras causas (David, 2022).

II. Objetivos

Objetivo General

Otorgar un cuidado integral de calidad y de alta complejidad a un paciente con diagnóstico de hidrocefalia post traumática en el área de traumatología y ortopedia del Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, utilizando el Proceso Atención de Enfermería para identificar las necesidades del usuario y lograr la recuperación de la salud del usuario.

Objetivos Específicos

Valorar al usuario con el apoyo del instrumento del modelo de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, así como el uso del formato de valoración física cefalocaudal, complementación de información con el expediente clínico y hoja de enfermería.

Elaborar los diagnósticos de enfermería enfocados en las necesidades identificadas durante la valoración del usuario.

Planear las intervenciones y cuidados específicos e individualizados que contribuyan a la mejora de la salud del usuario.

Ejecutar las intervenciones y cuidados enfocados a la mejoría y recuperación del estado de salud del usuario.

Evaluar la efectividad e impacto de las intervenciones y cuidados de enfermería aplicados al usuario durante su estancia hospitalaria.

III. Metodología

El presente Proceso de Atención de Enfermería, está dirigido a satisfacer las necesidades de cuidado en un usuario con diagnóstico médico de hidrocefalia post traumática, el cual se realizó en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” en Villahermosa, Centro, Tabasco, en el periodo de tiempo que abarcó del 08 de mayo de 2023 al 21 de mayo de 2023, en el turno vespertino (de 14:00 hrs a 20:00 hrs); previa autorización del departamento de enseñanza de dicho hospital.

Para la valoración del sujeto de cuidado se utilizó el modelo teórico de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, los cuales nos permiten evaluar la salud y el bienestar de una persona mediante la identificación de patrones de comportamiento y actividades que están relacionados con su estado de salud físico, mental y social.

El instrumento utilizado facilitó la recolección de datos necesarios para el razonamiento diagnóstico y la posterior elaboración de los planes de cuidados e intervenciones de alta complejidad, que se realizaron durante el tiempo que el usuario permaneció hospitalizado. De igual forma se hizo uso del formato de valoración física cefalocaudal, donde se permitió realizar inspección, auscultación, palpación y percusión.

Se complementó la información con el expediente clínico y hoja de enfermería, los cuales nos brindan información y datos personales de un usuario, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

En este sentido, se enfatiza que se llevó a cabo el Proceso Atención Enfermería en sus cinco etapas, cada una de ellas se desarrolló utilizando las competencias adquiridas durante la formación como Licenciado en Enfermería. En la etapa de la valoración se realizó con ayuda de los instrumentos antes mencionados, donde se pudo observar los patrones de salud alterados. En la etapa diagnóstica se realizó y se redactó con el apoyo de Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación 2021-2023 (NANDA), donde se priorizaron aquellos diagnósticos en salud de acuerdo a la pirámide de las necesidades de Abraham Maslow. La etapa de planeación se seleccionaron las intervenciones con el apoyo de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). En la etapa de ejecución se realizaron todas las actividades antes planeadas con los recursos existentes del hospital; y por último en la evaluación se pudo corroborar los resultados planeados y esperados a través de la solución total o parcial de los problemas de salud del usuario.

IV. Marco Teórico

Enfermería como Profesión Disciplinaria

La disciplina de Enfermería se fundamenta en una base de conceptos propios construidos a partir de 1952, año en el que se presentó el trabajo de Hildergard Peplau considerado como la primera Teoría de Enfermería. Durante este trayecto de desarrollo conceptual se han tenido diferentes enfoques: análisis filosófico sobre el origen y la responsabilidad de Enfermería; debates conceptuales sobre el ser y el quehacer profesional; el concepto de hombre y su entorno; el proceso salud – enfermedad, entre otros (Cabal, 2016).

Según Vázquez (2006) el desarrollo conceptual que hasta ahora se ha dado en Enfermería refleja la búsqueda insistente de un marco propio que fundamente la identidad de la disciplina y la profesión, que disminuya su dependencia histórica de otras ciencias de la salud. Este gran avance ha plasmado la manera de expresar el significado de Enfermería, lo que se traduce en la consolidación del desarrollo conceptual, el crecimiento del cuerpo de conocimientos y la aceptación de Enfermería como una Disciplina Profesional.

Por lo anterior, se requiere que quienes ejercen esta profesión le den el sentido de disciplina que actualmente se le reconoce a través de la aproximación a los fenómenos de interés de Enfermería, sobre los cuales existe construcción teórica abordada desde diferentes perspectivas de acuerdo al modelo propuesto por cada teorista, con el propósito de generar, utilizar y difundir el conocimiento que guía la práctica, la investigación y la docencia, y que en últimas, demuestra la evidencia de un sentido pragmático del ser, el saber y quehacer de Enfermería (Cabal, 2016).

El Cuidado como Objeto de Estudio

En el contexto de Enfermería, el desarrollo conceptual ha llevado a la construcción filosófica del saber (desarrollo conceptual), el ser (cuidado), y el quehacer (forma como se proporciona el cuidado) de Enfermería como base para facilitar la comprensión de la Disciplina Profesional.

Cuando se piensa en el ser particular, en aquello que constituye la esencia de Enfermería, en lo que distingue esta disciplina de otras, en especial de aquellas que tienen como objeto de estudio la salud del ser humano, es inevitable referirse al Cuidado de Enfermería. Dentro de este marco deben considerarse las diferentes connotaciones que el concepto abarca, pues el cuidado es tal vez la palabra más usada desde diferentes contextos; en este orden de ideas se pueden identificar como percepciones relacionadas: el cuidar, el proveedor de cuidado, el ser cuidado, el cuidado como preservación de la especie, entre otros (Cabal, 2016).

Se afirma que la acción fundamental de Enfermería es cuidar la salud del individuo o comunidad a la que dirige sus intervenciones, pero nos preguntamos entonces ¿cuál es el concepto de cuidado que tenemos?, ¿qué nos caracteriza y da identidad en la acción profesional? El cuidado de Enfermería como concepto aún tiene varias concepciones teóricas, pero se le reconocen algunos elementos comunes como:

- Las acciones con sus fines de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación o rehabilitación.
- La aplicación de un proceso sistemático que implica valoración, planeación, análisis, ejecución y evaluación
- La permanencia, la continuidad y la interacción con otras disciplinas para lograr el fin del equilibrio del hombre, dentro del proceso salud-enfermedad.

Proceso de Atención de Enfermería

En enfermería está establecido que para llevar a cabo aquellas funciones que nos son propias, es necesario ordenar y estructurar las actividades que hacen posible el análisis y solución de las situaciones en las que intervenimos, lo cual es posible mediante la aplicación del método científico denominado Proceso de Atención de Enfermería. El PAE constituye una herramienta para organizar el trabajo de Enfermería, lo que implica una determinada manera de proceder que nos es propia, está constituido por una serie de pasos o etapas, íntimamente interrelacionadas, y aunque los textos estudien y analicen por separado, en la práctica deben ir entrelazadas.

Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud (INEPEO, 2013).

Modelo Teórico Utilizado Para la Elaboración del PAE

11 patrones funcionales de Marjory Gordon

Los patrones funcionales de salud fueron creados por Marjory Gordon a mediados de la década de 1970 con el objetivo de sistematizar la valoración de los pacientes. Se entiende por patrones funcionales una configuración de comportamientos más o menos común a todas las personas que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Así contemplan al paciente de forma holística y recogen toda la información necesaria del paciente, familia y entorno. M. Gordon proporciona una clasificación de 11 patrones funcionales de salud, que describen todas las áreas que comprende

el ser humano. En cada patrón, el profesional debe recoger datos sobre la conducta disfuncional y funcional del paciente (Enfermería actual, 2022).

Elementos Fundamentales del Modelo Utilizado

Patrón 1: Percepción y Control de la salud

Describe el patrón percibido por el paciente acerca de su salud y bienestar, así como su modo de manejar la salud, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones sobre la percepción de la salud: Dimensión física, Dimensión emocional, Dimensión social, Dimensión intelectual, Dimensión laboral, Dimensión espiritual (Enfermería actual, 2022).

Patrón 2: Nutricional- Metabólico

Describe el patrón de consumo de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas.

Patrón 3: Eliminación

Describe la capacidad real y percibida para eliminar los desechos del organismo: Renales, Intestinales, Respiración, Piel, Ostomías.

Patrón 4: Actividad /ejercicio

Describe el patrón de actividad, ocio y recreo Tipo, calidad y cantidad de ejercicio físico, así como los déficits neuromusculares y las compensaciones. Incluye aquellos factores (ejercicio y respiración) que interfieren en la realización de las actividades deseadas por la persona: deficiencias o compensaciones neuromusculares y problemas cardiacos/pulmonares.

Patrón 5: Sueño- Descanso

Describe los patrones de sueño, descanso y relajación a lo largo de las 24 horas del día. Incluye: Percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso, Percepción del grado de energía, Ayudas para dormir (medicación, rutinas, ...) y rutinas empleadas al acostarse.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

Describe los patrones sensitivo-perceptuales y cognitivos. Adecuación de las formas sensoriales (órganos de los sentidos vista, gusto, tacto, olfato) y las compensaciones o prótesis utilizadas.

Patrón 7: Autopercepción- auto concepto

Este patrón describe la percepción que el cliente tiene de sí mismo (imagen corporal, identidad personal, autoestima, sentido general de valía). Percepciones sobre el propio estado de ánimo. Actitud frente a uno mismo. Se valoran entre otros la postura y movimiento corporal, el contacto visual, el tono de voz y tipo de habla.

Patrón 8: Rol- Relaciones

Se refiere a la percepción del individuo, de los roles y responsabilidades en su situación actual. Satisfacción o insatisfacción con su estado actual (familia, trabajo, relaciones sociales).

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y reproducción. Alteraciones percibidas en las relaciones sexuales. Seguridad en las relaciones sexuales Satisfacción percibida por la persona y las alteraciones.

Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés

Describe el patrón general de respuestas de adaptación de un individuo ante determinados acontecimientos, enfermedades, tratamientos o situaciones y efectividad de la persona con la tolerancia al estrés.

Patrón 11: Valores y Creencias

Describe los patrones de valores, objetivos o creencias, incluidas las espirituales, que guían la elección o decisión personal. Describe los valores, sentimientos o creencias, metas y compromisos que una persona, familia o comunidad elige en su vida y que explica de algún modo su actitud hacia ella (Enfermería actual, 2022).

Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.

Valoración

Es la primera etapa, que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera-sujeto de

cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona (Reina G., 2010).

Diagnóstico

La segunda etapa consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

Planeación

La tercera etapa, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

Implementación

Cuarta etapa, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

Evaluación

Es la quinta y última etapa, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos (Reina G., 2010).

Problemática de Salud de la Persona

Hidrocefalia

La expansión del compartimento de LCR se presenta con hidrocefalia, la cual se define como un aumento anómalo del volumen de LCR en cualquier parte o en todo el sistema ventricular. Las 2 causas de hidrocefalia son disminución de la absorción de LCR y obstrucción del flujo de LCR. Hay 2 tipos de hidrocefalia: comunicante y no comunicante (Sheila C, 2014).

La hidrocefalia no comunicante u obstructiva se presenta cuando la obstrucción en el sistema ventricular evita que el LCR llegue a las vellosidades aracnoides. El flujo del LCR se obstruye con malformaciones congénitas, por tumores que invaden el sistema ventricular, y por inflamación o hemorragia.

La hidrocefalia comunicante es causada por alteración de la reabsorción de LCR desde las vellosidades aracnoideas hacia el sistema venoso. La disminución de la absorción puede ser resultado de un bloqueo en la vía del LCR hasta las vellosidades aracnoideas o un fallo de las vellosidades para trasladar el LCR al sistema venoso. Se puede presentar si se formaron muy pocas vellosidades, si una cicatrización pos infecciosa (meningitis) las ocluye, o si las vellosidades se obstruyen con fragmentos de sangre o restos infecciosos.

Los signos y síntomas de la hidrocefalia varían en gran medida, dependiendo de la rapidez de inicio. Cuando se desarrolla hidrocefalia in útero o antes de que se fusionen las suturas craneales en la infancia, los ventrículos se expanden más allá del punto de obstrucción, las suturas del cráneo se separan, la cabeza se expande y hay abultamiento de las fontanelas. Dado que el cráneo se puede expandir, los signos de aumento de la PIC pueden estar ausentes y la inteligencia no se afecta. Sin embargo, las convulsiones son frecuentes y en casos graves, la atrofia del nervio óptico provoca ceguera. La debilidad y el movimiento incoordinado son frecuentes. La colocación quirúrgica de una derivación permite la desviación del exceso de LCR, lo que evita el crecimiento extremo de la cabeza y los déficits neurológicos.

En los adultos, el crecimiento de la cabeza no se presenta porque las suturas craneales están fusionadas completamente. Por lo tanto, es probable que se presenten signos y síntomas. Es improbable que el desarrollo lento de hidrocefalia provoque aumento de la PIC, pero produce déficits como demencia progresiva y cambios de la marcha, como en la hidrocefalia de presión normal («seudotumor cerebri») en la senectud. En contraste, la hidrocefalia de inicio agudo en adultos por lo general está marcada por síntomas de aumento de la PIC, incluida cefalea, vómito y edema o parálisis del recto externo por efectos de la presión en los pares craneales (Sheila C, 2014).

Diagnóstico y Tratamiento

Se presentan patrones patológicos similares con los tipos no comunicantes y comunicantes de hidrocefalia. Los hemisferios cerebrales crecen y el sistema ventricular más allá del punto de obstrucción se dilata. Las cisuras en la superficie del cerebro se obliteran y se tornan superficiales, y la sustancia blanca se reduce en volumen. La presencia y extensión de la PIC está determinada por la acumulación de líquido y el tipo de hidrocefalia, la edad de inicio y la rapidez y extensión de la elevación de la presión. La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (IRM)

se emplea para diagnosticar todos los tipos de hidrocefalia. El tratamiento usual es un procedimiento de derivación, que da una ruta alterna para el retorno de LCR a la circulación (Sheila C, 2014).

V. Resumen del Caso Clínico

Usuario masculino de 30 años de edad. Inicia padecimiento el día 10-12-2022 a las 04:00 am, al sufrir accidente en vehículo de motor de dos ruedas (moto) sin casco, ni medidas de protección. Auxiliado por el personal de la cruz roja, se traslada al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, se aseguran vías aéreas, con Glasgow de 3 puntos, saturando a 93% bajo sedación y apoyo ventilatorio, requiriendo UCI por 15 días y con secuelas neurológicas que lo mantienen postrado.

Es valorado por el servicio de neurocirugía de acuerdo a las lesiones se realiza levantamiento de fx hundida, craneotomía descompresiva y drenaje de hematoma en diciembre 2022.

Acude a consulta de control el día 30 de marzo de 2023 donde es valorado por consulta externa por presentar deterioro de su actividad, hipoactivo retroceso en progresión del estado de alerta y con tomografía cerebral simple que demuestra hidrocefalia marcada, se indica su hospitalización para realizar cirugía de derivación ventrículo peritoneal a la brevedad.

Se realiza plastia de defecto dural por fístula de líquido cefalorraquídeo el día 19 de abril de 2023 sin ninguna eventualidad. Pasa al área de hospitalización de traumatología y ortopedia para continuar bajo estrecha vigilancia. Se realiza ventriculostomía externa frontal izquierda el día 03 mayo de 2023 sin eventualidades. 17 de mayo de 2023 se realiza colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal y se decide su egreso por mejoría el 20 de mayo del 2023.

VI. Desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería

Valoración Clínica del Sujeto de Cuidado

Ficha de identificación

NOMBRE DEL PACIENTE: D. A. F. A EDAD: 30 años SEXO: Masculino FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: FECHA DE INGRESO AL SERVICIO: 20-04-2023 SERVICIO: Traumatología y Ortopedia No. DE CAMA: 223 DIAS DE HOSPITALIZACION: 19 días PROCEDENCIA: Comalcalco, Tabasco ESTADO CIVIL: Unión Libre RELIGIÓN: Cristiana ESCOLARIDAD: Secundaria OCUPACIÓN: Comerciante DIAGNÓSTICO MÉDICO: Hidrocefalia TRATAMIENTO ACTUAL: Omeprazol 40mg c-12hrs, Fenitoína 125mg c-8hrs, Paracetamol 1gr PRN, Metamizol Sódico 1g c-8hrs, Tramadol 50mg c-12hrs, Metoclopramida 10mg c-8hrs, Meropenem 1g c-8hrs, Senósidos AB c-12hrs.

I. Patrón percepción/manejo de la salud

Usuario masculino de 30 años de edad, con buena apariencia física y con buena higiene corporal, paciente de complexión delgada y de estatura alta, con signos de malformación en el cráneo de lado izquierdo donde también se encuentra con una ventriculostomía externa. Se observa catéter venoso central funcional, traqueotomía con cánula de Jackson en buenas condiciones, Gastrostomía, sondaje vesical a derivación. Se observa edema en ambas manos.

Sin antecedentes de enfermedades cardiológicas, respiratorias o gastrointestinales. Usuario con diagnóstico médico de hidrocefalia postraumática, está bajo un régimen terapéutico y bajo tratamiento farmacológico.

Intervenciones quirúrgicas previas donde se le realizaron: craneotomía descompresiva en diciembre 2022, plastia por defecto dural el 19 de abril de 2023 y ventriculostomía externa.

II. Nutricional metabólico

Usuario masculino con temperatura axilar de 37° C, glucemia capilar de 89 Mg/dL, talla de 1.63 m, peso normal de 65kg, y IMC de 22 considerado como normal de acuerdo a su altura y peso.

Familiar refiere que usuario ha mantenido picos febriles debido al clima en el ambiente.

Piel pálida, seca y con descamación, turgente con presencia de edemas y hematomas en ambas manos. Se observa cambio de coloración y lesiones por presión grado 2 en región sacra. Se observa mucosa oral hidratada, la cavidad oral con higiene regular, se observa dentadura completa, hay presencia de caries y legua en buenas condiciones.

La dieta prescrita es enteral de 1800kcal en 3 tomos de 300 cc, usuario presenta gastrostomía con fecha de instalación 08-01-2023, la cual se encuentra limpia, en buenas condiciones y funcional, sin datos de fuga o infección. Hay presencia de dificultad para masticar y deglutir alimentos sólidos debido a su padecimiento actual, también ha presentado náuseas y vómitos después de cada alimentación.

Abdomen normal, sin presencia de distensión. Se auscultan ruidos intestinales disminuidos, ausencia de dolor abdominal y herida operatoria cicatrizada.

III. Patrón eliminación

Sondaje vesical instalada en la institución, con fecha de instalación 08-05-2023, por lo tanto, se observa orina color amarillo ámbar, sin olores fuertes, con una cantidad de 1600 ml por día. El usuario tiene evacuaciones pastosas y líquidas, en cantidad considerables a las porciones de alimentos que consume, de color marrón en algunas ocasiones y que por el momento el usuario no ha evacuado desde hace dos días. Hay presencia de flatulencias, esfuerzo al defecar y uso de laxantes (senósidos).

IV. Patrón actividad/ ejercicio

El estado físico actual y sus signos vitales refieren estar dentro de los parámetros normales: Frecuencia cardíaca 120 lpm, tensión arterial 114/78 y frecuencia respiratoria 24 rpm.

Se observa patrón respiratorio rítmico y regular, se auscultan ruidos respiratorios normales sin presencia de estridores o sibilantes, con escasas secreciones bronquiales espesas y blanquecinas. Usuario cuenta con apoyo respiratorio por traqueostomía con cánula de Jackson funcional, con fecha de instalación 20-12-2022.

Pulso con intensidad regular, llenado capilar de 2 segundos. El usuario presenta edema, piel fría al tacto y cianosis en miembros superiores y miembros inferiores normales, íntegros, con venas varicosas y piel fría al tacto.

Catéter venoso central funcional, limpio, con tres lúmenes, sin signos de infección o sangrado, instalado en la institución con fecha de 04-05-23.

Usuario presenta ayuda total para baño e higiene, vestimenta, alimentación y movilidad. Hay ausencia de amputaciones y de uso de prótesis. Usuario postrado en cama.

V. Patrón reposo/ sueño

Presenta apatía, cansancio, ojeras y parpados inflamados, el familiar refiere que el usuario ha tenido dificultades para conciliar el sueño debido al ambiente poco acogedor que tiene, ya que siempre se interrumpe su sueño, y también debido al calor excesivo del ambiente, no se administran medicamentos para dormir.

VI. Patrón cognitivo/ perceptual

Puntaje de escala Glasgow de 10 puntos, se encuentra en estado de alerta, confuso, con apertura ocular espontánea, no emite lenguaje ni obedece órdenes. Se observan pupilas isocóricas, reactivas a la luz, sin presencia de dolor. Usuario con dificultad para comunicarse y hablar, no presenta ninguna alteración en vista, audición, y comunicación, solo en el sentido del olfato y del gusto.

VII. Patrón de autopercepción/ auto concepto

Presenta apatía, temblores de manos y dificultad para relajarse debido a su padecimiento actual y el entorno en el que se encuentra.

VIII. Patrón rol/ relaciones

Familiar refiere que el usuario vive con su esposa e hijas, no tiene personas a su cargo debido a su patología. Su cuidador principal es su esposa, la cual refiere tener un apoyo familiar relativo ya que existen conflictos en sus relaciones familiares, de igual manera existen cambios de roles familiares. El familiar refiere tener dificultades para el cuidado del usuario enfermo debido a la complejidad de los cuidados y que no cuenta con un cuidador secundario que la apoye.

IX. Patrón sexualidad y reproducción

Genitales externos del usuario en buen estado de higiene, con ausencia de secreciones y de olores anormales. Se observa sondaje vesical instalado el 08-05-2023

X. Patrón afrontamiento/ estrés

Datos Objetivos. Se observa usuario con signos y fascias de preocupación, ansiedad, temor, postura rígida y tensión muscular debido a su situación actual, a su diagnóstico actual, probable cirugía y tratamiento. Cuenta con su esposa e hijas como apoyo emocional y físico.

Ante situaciones de estrés, el familiar refiere que el usuario tiene dificultades para conciliar el sueño y hay presencia de diaforesis. Usuario en duelo debido a su condición médica debido a su patología la cual ya ha aceptado. Cuando el usuario se encuentra tenso, su familiar le da apoyo emocional y le facilita música para mejorar su estado de ánimo.

XI. Patrón valores/ creencias

Profesan el cristianismo, declara que en Dios encuentran una fuente de fuerza y significado y por lo tanto la religión para ella es muy importante en sus vidas, se refugian en ella ante situaciones de conflictos. Menciona que actualmente no acuden a la iglesia debido a la patología del usuario y la complejidad de los cuidados. Niega que algún procedimiento interfiera con su creencia religiosa.

En su familia existe los valores de confianza, respeto, y temor de Dios. menciona acudir a la iglesia todos los domingos, jueves y fiestas patronales. Niega que algún procedimiento interfiera con su creencia religiosa.

Valoración Física

Nombre del paciente: D. A. F. A Edad: 30 años Sexo: Masculino

Aspecto general.	Se observa usuario masculino, con edad de 30 años, postrado en cama, inexpresivo, con observa una complexión física buena de acuerdo a su peso y altura, refleja signos de buena alimentación, buena higiene general, presenta una coloración blanca y pálida en su tono de piel, mucosas orales bien hidratadas.
Signos vitales.	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura axilar: 37° C • FC: 120 lpm latidos rítmicos, auscultables, de buena intensidad. • FR: 24 rpm con buena ventilación, ritmos normales, amplitud de los movimientos respiratorios normales, sin presencia de sibilancias y estertores. • TA: 114/82
Somatometría.	<ul style="list-style-type: none"> • Talla: 1.70 M • Peso habitual: 65kg • IMC: 22 • Perímetro cefálico: 59 cm • Perímetro torácico: 70 cm • Perímetro abdominal: 75 cm
Piel.	<p>Tegumentos: Se observa piel ligeramente pálida, con sequedad y descamación, piel caliente al tacto, con presencia de hematomas y edema en manos.</p> <p>Coloración: Usuario con una coloración adecuada en piel (blanca y pálida) y tegumentos, con buena turgencia. Integridad: piel intacta, con presencia de lunares en los brazos y manos, sin presencia de raspaduras o lastimadas.</p>

Cabeza	<p>Tamaño y forma de la cabeza: Se observa hidrocefalia, deformaciones debido a múltiples fracturas faciales. Cráneo con heridas quirúrgicas cicatrizadas.</p> <p>Cabello: color castaño oscuro, delgado, pero bien implantado y distribuido, con una buena higiene y sin rasgos de alopecia.</p>
Cara.	<p>Forma redonda, simétrica, con adecuada coloración con presencia de pecas por toda la cara, sin presencia de acné, se observa cicatrices debido a cirugía de levantamiento de fractura y evacuación de hematoma contusional frontal.</p> <p>Se observan cejas semi pobladas, expresiones faciales presentes y bien definidas.</p>
Ojos.	<p>Ojos chicos y asimétricos, color café oscuro, globos oculares y párpados simétricos, sin alteraciones o deformación, párpados ligeramente inflamados y simétricos, pupilas isocóricas y normo reactivas.</p>
Oídos.	<p>Simétricos, intactos, pabellones auriculares bien implantados, Conducto auditivo permeable, no obstruido por cerumen o cuerpo extraño, sin salida de secreciones y adecuada audición.</p> <p>Los oídos del usuario se encuentran con buena agudeza auditiva sin necesidad del uso de algún implante.</p>
Nariz.	<p>Simétrica, sin aparente desviación, narinas permeables, sin presencia de aleteo nasal, mucosa con adecuada coloración, normo hidratada, no congestión nasal.</p>

Boca y barbilla.	<p>Se observa mucosa oral hidratada y de adecuada coloración, la cavidad oral con buena higiene, se observa dentadura completa, hay presencia de caries y legua en buenas condiciones, no hay presencia de heridas o úlceras. Usuario con dificultades para masticar y deglutir alimentos sólidos.</p> <p>Oro faringe con buena coloración, sin datos de irritación o inflamación.</p>
Cuello.	<p>Cilíndrico, largo, flexible y no doloroso a los movimientos de extensión y rotación, no presenta ganglios linfáticos inflamados.</p>
Tórax.	<p>Simétrico, sin alteraciones o malformaciones, con mamas simétricas, pezones sin malformaciones con adecuada coloración, sin presencia de estrías, sin presencia de secreciones anormales. Ausencia de ganglios axilares.</p> <p>Pulmones con adecuada mecánica ventilatoria, sin estertores o sibilancias audibles,</p>
	<p>Corazón con latidos rítmicos sin presencia de soplos aparentes.</p>
Dorso, caderas y nalgas.	<p>Simétrico, buena postura, curvas normales, sin alteraciones.</p> <p>Cadera normal y ancha, sin ninguna deformidad o alteración.</p> <p>Se observa lesión por presión grado I en región sacra.</p>
Abdomen.	<p>Abdomen blando, no presenta distensión abdominal, con ruidos peristálticos ausentes, normo activos, a la percusión no presenta dolor.</p>

Extremidades.	Extremidades superiores: <ul style="list-style-type: none">• Manos: Se observa edema, sin alteración en la forma, tamaño y color. Presencia de piel hidratada, acorde a su edad y se observan manchas en el dorso de la mano.• Dedos: sin alteración en su forma tamaño, color y movilidad, no hay presencia de lesiones, buen llenado capilar Sus extremidades inferiores no muestran ninguna alteración, hay presencia venas varicosas.
Genitales.	Se observa genitales masculinos sin anormalidades o deformaciones, coloración rosácea y no hay presencia de secreciones, se observa sondaje vesical. Ano y recto: Sin anormalidades, sin hemorroides, o alteraciones.
Estado neurológico.	Funciones mentales no valorables por secuelas neurológicas.

Análisis de Datos Recolectados

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	SIGNOS Y SÍNTOMAS ENCONTRADOS EN EL PACIENTE	ETIQUETA DIAGNOSTICA
<p>I. PATRÓN PERCEPCIÓN CONTROL DE LA SALUD</p>	<p>Catéter venoso central funcional, traqueotomía con cánula de Jackson en buenas condiciones, gastrostomía, sondaje vesical a derivación. Se observa edema en ambas manos.</p> <p>Intervenciones quirúrgicas previas donde se le realizaron: craniectomía descompresiva en diciembre 2022, plastia por defecto dural el 19 de abril de 2023 y ventriculostomia externa.</p>	<p>Etiqueta: Riesgo de infección</p> <p>Definición: Susceptible a la invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud.</p> <p>Etiqueta: Protección ineficaz</p> <p>Definición: Disminución de la capacidad de protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones.</p>
<p>II. PATRÓN NUTRICIONAL/ METABÓLICO</p>		

<ul style="list-style-type: none"> • Nutrición 	<p>Dieta prescrita del paciente es enteral de 1800kcal en 3 tomos de 300 cc, usuario presenta gastrostomía</p>	<p>Etiqueta: Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales</p> <p>Definición: Ingesta de nutrientes insuficiente para cubrir las necesidades metabólicas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio hídrico 		
<ul style="list-style-type: none"> • Termorregulación 	<p>Familiar refiere que usuario ha mantenido picos febriles debido al clima en el ambiente.</p>	<p>Etiqueta: Termorregulación ineficaz</p> <p>Definición: Fluctuación de temperatura entre hipotermia e hipertermia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Integridad de la piel 	<p>Se observa cambio de coloración y lesiones por presión grado 1 en región sacra.</p> <p>Se observa piel pálida, seca y con descamación, turgente con presencia de edemas y hematomas en ambas manos.</p>	<p>Etiqueta: Lesión por presión adultos</p> <p>Definición: Daño localizado en la piel y/o el tejido subyacente de un adulto, como resultado de la presión o la presión en combinación con el cizallamiento</p> <p>Etiqueta: Integridad de la piel deteriorada</p> <p>Definición: Alteración de la epidermis y/o dermis</p>
<p>III.PATRON</p> <p>ELIMINACION</p>		

<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación fecal 	<p>Por el momento el usuario no ha evacuado desde hace dos días. Hay presencia de flatulencias, esfuerzo al defecar y uso de laxantes (senósidos).</p>	<p>Etiqueta: Motilidad gastrointestinal disfuncional</p> <p>Definición: Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica dentro del tracto gastrointestinal.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación urinaria 	<p>Sondaje vesical instalada en la institución, con fecha de instalación 08-05-2023</p>	<p>Etiqueta: Eliminación urinaria alterada</p> <p>Definición: Disfunción en la eliminación de orina.</p>
<p>IV. PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO</p>	<p>Usuario postrado en cama.</p>	<p>Etiqueta: Movilidad física deteriorada</p> <p>Definición: Limitación en el movimiento independiente y decidido del cuerpo o de una o más extremidades.</p> <p>Etiqueta: Riesgo de caídas en adultos</p> <p>Definición: Adulto susceptible de experimentar un evento que resulte en descansar.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad 	<p>Ayuda total para baño e higiene, vestimenta, alimentación y movilidad.</p>	<p>Etiqueta: Déficit de autocuidado al bañarse.</p> <p>Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Oxigenación 	<p>Apoyo respiratorio por traqueotomía con cánula de Jackson funcional, con fecha de instalación 20-12-2022, con escasas secreciones bronquiales espesas y blanquecinas.</p>	<p>Etiqueta: Limpieza ineficaz de las vías aéreas</p> <p>Definición: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.</p>
<p>V. PATRÓN DESCANSO-SUEÑO</p>	<p>Presenta apatía, cansancio, ojeras y párpados inflamados, presenta dificultad para conciliar el sueño debido al ambiente poco acogedor que tiene, ya que siempre se interrumpe su sueño, y también debido al calor excesivo del ambiente.</p>	<p>Etiqueta: Comodidad deteriorada</p> <p>Definición: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social.</p>
<p>VI. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de conciencia 		
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para recordar 		
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción del dolor 		
<p>VII. PATRÓN PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO- AUTO CONCEPTO</p>	<p>Presenta apatía, temblores de manos y dificultad para relajarse debido a su padecimiento actual y el entorno en el que se encuentra.</p>	

<p>VIII. PATRÓN RELACIONES</p>	<p>Su cuidador principal refiere tener un apoyo familiar relativo ya que existen conflictos en sus relaciones familiares, de igual manera existen cambios de roles familiares.</p> <p>Familiar refiere tener dificultades para el cuidado del usuario enfermo debido a la complejidad de los cuidados y que no cuenta con un cuidador secundario que la apoye.</p>	<p>Etiqueta: Procesos familiares disfuncionales</p> <p>Definición: Funcionamiento familiar que no apoya el bienestar de sus miembros.</p> <p>Etiqueta: Disposición para mejorar la resiliencia.</p> <p>Definición: Patrón de respuesta positiva ante una situación adversa o crisis, que puede ser reforzado.</p>
<p>IX. PATRÓN SEXUALIDAD</p>		
<p>X. PATRÓN TOLERANCIA-ESTRÉS</p>		
<p>XI.-PATRÓN VALORES CREENCIAS</p>		

Diagnósticos de Enfermería Según el Caso

Diagnósticos de Enfermería Identificación de los Componentes de los Diagnósticos

Dominio	Etiqueta diagnostica	R/C	Factores relacionados	M/P	Características definitorias
Clase					
Dominio 11: Seguridad/ protección.	Riesgo de infección 00004	R/C	Integridad de la piel deteriorada, higiene ambiental inadecuada, dificultad para manejar dispositivos invasivos a largo plazo		
Clase 1: Infección.					
Dominio 1: Promoción de la salud	Protección ineficaz 00043	R/C	Autogestión ineficaz de la salud, síntomas depresivos, vacunación inadecuada, des acondicionamiento físico.	M/P	Movilidad física deteriorada, debilidad, lesión por presión, insomnio.
Clase 2: Gestión de la salud					
Dominio 2: Nutrición	Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales 00002	R/C	Dificultad para tragar, síntomas depresivos y suministro inadecuado de alimentos	M/P	Estreñimiento, membranas mucosas pálidas, hipotonía muscular.
Clase 1: Ingestión					

Dominio 11: Seguridad/ protección	Termorregulación ineficaz	R/C	Temperatura ambiental, deshidratación	M/P	Aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal, temblores leves, palidez moderada, piel cálida al tacto, piel fría al tacto.
Clase 6: Termorregulación	00008				
Dominio 11: Seguridad/ protección	Integridad de la piel deteriorada cutánea	R/C	Disminución de la movilidad física, presión sobre prominencia ósea, fuerzas de cizallamiento, hipertermia.	M/P	Color de piel alterado, descamación, piel seca, excoriación.
Clase 02: Lesión física.	00046				
Dominio 11: Seguridad/ protección	Lesión por presión en adultos	R/C	Disminución de la movilidad física, deshidratación, piel seca, hipertermia, Presión sobre prominencia ósea, fuerzas de cizallamiento.	M/P	Eritema, pérdida de tejido de espesor total, pérdida parcial de espesor de la dermis.
Clase 02: Lesión física	00312				
Dominio 3: Eliminación e intercambio	Motilidad gastrointestinal disfuncional	R/C	Movilidad física deteriorada, cambio de hábitos alimenticios, ansiedad	M/P	Dificultad con la defecación, náuseas, vómitos.
Clase 2: Función gastrointestinal	00196				

<p>Dominio 3:</p> <p>Eliminación e intercambio</p>	<p>Eliminación urinaria alterada</p>	R/C	<p>Relajación involuntaria del esfínter</p>	M/P	<p>Micción frecuente</p>
<p>Clase 1: Función urinaria</p>	00016				
<p>Dominio 4:</p> <p>Actividad/ descanso</p>	<p>Movilidad física deteriorada</p>	R/C	<p>Des acondicionamiento físico, resistencia física insuficiente, disfunción cognitiva.</p>	M/P	<p>Temblor inducido por el movimiento, expresa malestar, disminución del rango de movimiento.</p>
<p>Clase 2: Actividad/ ejercicio</p>	00085				
<p>Dominio 11:</p> <p>Seguridad/ protección</p>	<p>Riesgo de caídas en adultos</p>	R/C	<p>Movilidad física deteriorada, ansiedad, disfunción cognitiva.</p>		
<p>Clase 2: Lesión Física</p>	00303				
<p>Dominio 4:</p> <p>Actividad/ descanso</p>	<p>Déficit de autocuidado al bañarse.</p>	R/C	<p>Movilidad física deteriorada, debilidad, disfunción cognitiva.</p>	M/P	<p>Dificultad para lavar el cuerpo, dificultad para secar el cuerpo.</p>
<p>Clase 5: Autocuidado</p>	00108				

<p>Dominio 11: Seguridad/ protección</p>	<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas</p>	R/C	<p>Cuerpo extraño en la vía aérea, vía aérea artificial, retención de secreciones.</p>	M/P	<p>Inquietud, cantidad excesiva de esputo.</p>
<p>Clase 2: Lesión física</p>	00031				
<p>Dominio 12: Comodidad</p>	<p>Comodidad deteriorada</p>	R/C	<p>Control inadecuado del medio ambiente, privacidad insuficiente y estímulos ambientales desagradables</p>	M/P	<p>ansiedad, dificultad para relajarse, reporta ciclo de sueño- vigilia alterado.</p>
<p>Clase 1, 2: Comodidad física</p>	00214				
<p>Dominio 7: Relación de roles</p>	<p>Procesos familiares</p>	R/C	<p>Estrategias de afrontamiento ineficaces, habilidades inadecuadas para la resolución de problemas</p>	M/P	<p>Función de rol alterada, desorganización familiar, ansiedad.</p>
<p>Clase 2: Relaciones familiares</p>	<p>disfuncionales</p> <p>00063</p>				
<p>Dominio 9: Afrontamiento y tolerancia al estrés</p>	<p>Disposición para mejorar la resiliencia</p>			M/P	<p>Expresa deseo de mejorar las relaciones con los demás, expresa deseo de mejorar el sistema de apoyo.</p>
<p>Clase 2: Respuesta de afrontamiento</p>	00212				

Redacción de Diagnósticos Priorizados

Diagnóstico	Tipo de diagnóstico	Priorización de acuerdo a la teoría de necesidades de Abraham Maslow.
1. Limpieza ineficaz de las vías aéreas, R/C Cuerpo extraño en la vía aérea, vía aérea artificial, retención de secreciones, M/P inquietud, cantidad excesiva de esputo.	Centrado en el problema	Fisiológica
2. Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales, R/C Dificultad para tragar, síntomas depresivos y suministro inadecuado de alimentos M/P estreñimiento, ruidos intestinales hiperactivos, membranas mucosas pálidas, hipotonía muscular.	Centrado en el problema	Fisiológica
3. Motilidad gastrointestinal disfuncional, R/C movilidad física deteriorada, cambio de hábitos alimenticios, ansiedad, M/P dificultad con la defecación, náuseas, vómitos.	Centrado en el problema	Fisiológica
4. Eliminación urinaria alterada, R/C Relajación involuntaria del esfínter, M/P Micción frecuente.	Centrado en el problema	Fisiológica

<p>5. Termorregulación ineficaz, R/C temperatura ambiental, deshidratación, M/P aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal, temblores leves, palidez moderada, piel cálida al tacto, piel fría al tacto.</p>	<p>Centrado en el problema</p>	<p>Fisiológica</p>
<p>6. Movilidad física deteriorada, R/C des acondicionamiento físico, resistencia física insuficiente, disfunción cognitiva, M/P temblor inducido por el movimiento, expresa malestar, disminución del rango de movimiento.</p>	<p>Centrado en el problema</p>	<p>Seguridad</p>
<p>7. Déficit de autocuidado al bañarse, R/C movilidad física deteriorada, debilidad, disfunción cognitiva, M/P dificultad para lavar el cuerpo, dificultad para secar el cuerpo.</p>	<p>Centrado en el problema</p>	<p>Seguridad</p>
<p>8. Riesgo de infección, R/C integridad de la piel deteriorada, higiene ambiental inadecuada, dificultad para manejar dispositivos invasivos a largo plazo.</p>	<p>De riesgo</p>	<p>Seguridad</p>
<p>9. Integridad de la piel deteriorada cutánea, R/C disminución de la movilidad física, presión sobre prominencia ósea, fuerzas de cizallamiento, M/P color de piel alterado, descamación, piel seca, excoriación.</p>	<p>Centrado en el problema</p>	<p>Seguridad</p>

<p>10. Lesión por presión en adultos, R/C disminución de la movilidad física, deshidratación, piel seca, hipertermia, Presión sobre prominencia ósea, fuerzas de cizallamiento, M/P eritema, pérdida de tejido de espesor total, pérdida parcial de espesor de la dermis.</p>	<p>Centrado en el problema</p>	<p>Seguridad</p>
<p>11. Protección ineficaz, R/C autogestión ineficaz de la salud, síntomas depresivos, vacunación inadecuada, des acondicionamiento físico, M/P movilidad física deteriorada, debilidad, lesión por presión, insomnio.</p>	<p>Centrado en el problema</p>	<p>Seguridad</p>
<p>12. Riesgo de caídas en adultos, R/C movilidad física deteriorada, ansiedad, disfunción cognitiva.</p>	<p>De Riesgo</p>	<p>Seguridad</p>
<p>13. Comodidad deteriorada, R/C control inadecuado del medio ambiente, privacidad insuficiente y estímulos ambientales desagradables, M/P ansiedad, dificultad para relajarse, reporta ciclo de sueño- vigilia alterado.</p>	<p>Centrado en el problema</p>	<p>Seguridad</p>

<p>14. Procesos familiares disfuncionales, R/C estrategias de afrontamiento ineficaces, habilidades inadecuadas para la resolución de problemas, M/P Función de rol alterada, desorganización familiar, ansiedad.</p>	<p>Centrado en el problema</p>	<p>Afiliación</p>
<p>15. Disposición para mejorar la resiliencia, M/P expresa deseo de mejorar las relaciones con los demás, expresa deseo de mejorar el sistema de apoyo.</p>	<p>Promoción a la salud</p>	<p>Afiliación</p>

Planificación de Intervenciones

Plan de Cuidados Estandarizados

1. Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas, R/C Cuerpo extraño en la vía aérea, vía aérea artificial, retención de secreciones, M/P inquietud, cantidad excesiva de esputo.

	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACION DIANA
DOMINIO: 2. Salud fisiológica	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.	A. Capacidad de eliminar secreciones. 3 B. Frecuencia respiratoria. 4 C. Tos. 4 D. Acumulación de esputo. 3 E. Ansiedad. 2	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno CALIFICACION MÍNIMA: 5 CALIFICACION MÁXIMA: 25	MANTENER A: 16 AUMENTAR A: 20

Intervenciones de Enfermería

1. Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas, R/C Cuerpo extraño en la vía aérea, vía aérea artificial, retención de secreciones, M/P inquietud, cantidad excesiva de esputo.

	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
CAMPO: 2. Fisiológico complejo. CLASE: K. Control respiratorio.	Aspiración de las vías aéreas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar lavado de manos. 2. Usar el equipo de protección personal. 3. Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización de la bolsa de reanimación manual antes y después. 4. Monitorizar el estado de oxigenación del paciente, estado neurológico y estado hemodinámico, antes, durante y después de la succión. 5. Controlar y observar el color, la cantidad y consistencia de las secreciones. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. y 2. Reduce la transmisión de microorganismos evita la exposición accidentalmente a líquidos corporales (POTTER, 2019). 3. Se da la oportunidad a los pulmones para que se vuelvan a oxigenar (POTTER, 2019). 4. La aspiración induce en ocasiones arritmias, hipoxia y broncoespasmo, y alteraciones de la circulación cerebral o efectos negativos en la hemodinámica (POTTER, 2019). 5. Para valorar la aparición de infecciones respiratorias consecuencia de las secreciones acumuladas (POTTER, 2019).

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Fecha</p> <p>08-05-2023</p> <p>09-05-2023</p> <p>10-05-2023</p> <p>Hora:</p> <p>15:00 horas</p> <p>17:30 horas</p>	<p>Para el mantenimiento de vía aérea permeable, se realizó aspiración de secreciones al inicio y final del turno.</p> <p>Se lograron observar moderadas secreciones espesas y blanquecinas los primeros días, con forme pasaba la estancia hospitalaria del paciente, se observaban cada vez menos secreciones y por lo tanto la aspiración de secreciones dejo de ser necesaria.</p> <p>Con la implementación de esta intervención:</p> <p>Se logró mantener una buena saturación de oxígeno y parámetros respiratorios dentro del rango normal.</p> <p>Se logró que el usuario pudiera expulsar las secreciones sin necesidad de aspiración.</p> <p>Se logró prevenir la acumulación de secreciones facilitando la permeabilidad de la vía aérea y previniendo infecciones respiratorias.</p>
<p>Elaboró: Isabel Cristina Pérez de la Cruz</p>	

Plan de Cuidados Estandarizados

2. Diagnóstico de enfermería: Motilidad gastrointestinal disfuncional, R/C movilidad física deteriorada, cambio de hábitos alimenticios, ansiedad, M/P dificultad con la defecación, náuseas, vómitos.

	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: 2. Salud fisiológica. CLASE: F. Eliminación	Eliminación intestinal	A. Patrón de eliminación. 2 B. Facilidad de eliminación de las heces. 3 C. Eliminación fecal sin ayuda. 2 D. Estreñimiento. 2	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido CALIFICACION MÍNIMA: 4 CALIFICACION MÁXIMA: 20	MANTENER A: 9 AUMENTAR A: 14

Intervenciones de Enfermería

2. Diagnóstico de enfermería: Motilidad gastrointestinal disfuncional, R/C movilidad física deteriorada, cambio de hábitos alimenticios, ansiedad, M/P dificultad con la defecación, náuseas, vómitos.

	INTERVENCIÓN (NIC)	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
CAMPO: 1. Fisiológico: básico CLASE: B. Control de la evacuación	Manejo del estreñimiento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. 2. Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. 3. Identificar los factores que pueden ser causa del estreñimiento o que lo contribuyan. 4. Instruir al paciente/ familia acerca de la dieta rica en fibra. 5. Instruir al paciente/ familia sobre el uso correcto de laxantes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La exploración física del abdomen en relación con los problemas de eliminación de las heces (POTTER, 2019). 2. Para valorar objetivamente las características de las heces (Audrey J. Berman, 2013). 3. La dieta, ingreso y pérdida de líquidos, actividad, factores psicológicos, estilo de vida, procedimientos médicos y contribuyen a su aparición (POTTER, 2019). 4. Cambio de fórmula, su concentración o cambiar la velocidad o la temperatura de la administración del alimento por la sonda (Audrey J. Berman, 2013). 5. Su uso continuado debilita las respuestas naturales del intestino ante la distensión fecal, dando lugar a estreñimiento crónico (Audrey J.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Fecha</p> <p>08-05-2023</p> <p>09-05-2023</p> <p>10-05-2023</p> <p>11-05-2023</p> <p>Hora:</p> <p>18:00 horas</p>	<p>En cuanto al manejo del estreñimiento se logró la evacuación del paciente gracias a una dieta alta en fibra por parte del departamento de nutrición y el uso de laxantes (senósidos ab).</p> <p>Con la implementación de esta intervención, se logró:</p> <p>Una evacuación mínima una vez al día.</p> <p>Se observaron evacuaciones pastosas de acuerdo a su ingesta nutricional.</p> <p>El uso de laxantes, el cual estaba indicado por el medico cada 12 horas, se indicó solamente por razones necesarias.</p>
Elaboró: Isabel Cristina Pérez de la Cruz	

Plan de Cuidados Estandarizados

3. **Diagnóstico de enfermería:** Termorregulación ineficaz, R/C temperatura ambiental, deshidratación, M/P aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal, temblores leves, palidez moderada, piel cálida al tacto, piel fría al tacto.

	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: 4. Salud fisiológica	Termorregulación	A. Sudoración con el calor. 3	1. Grave	MANTENER A: 11
		B. Temperatura cutánea aumentada. 2	2. Sustancial	
CLASE: I. Regulación Metabólica		C. Cambios de coloración cutánea. 2	3. Moderado	AUMENTAR A: 16
		D. Hipotermia. 2	4. Leve	
		E. Deshidratación. 2	5. Ninguno	
			CALIFICACION	
			MÍNIMA: 5	
			CALIFICACION	
			MÁXIMA: 25	

Intervenciones de Enfermería

3. Diagnóstico de enfermería: Termorregulación ineficaz, R/C temperatura ambiental, deshidratación, M/P aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal, temblores leves, palidez moderada, piel cálida al tacto, piel fría al tacto.

	INTERVENCIÓN (NIC)	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
<p>CAMPO:</p> <p>2. Fisiológico: complejo</p> <p>CLASE:</p> <p>M. Termorregulación</p>	Regulación de la temperatura.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda. 2. Observar el color y la temperatura de la piel. 3. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. 4. Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. 5. Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para llevar un control de los picos febriles (POTTER, 2019). 2. y 3. Los signos físicos y síntomas indican una temperatura anómala (POTTER, 2019). 4. Para aumentar o minimizar la pérdida de calor, promover la conservación del calor y aumentar la comodidad (Audrey J. Berman, 2013). 5. Reduce la fiebre (POTTER, 2019).

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Fecha</p> <p>08-05-2023</p> <p>09-05-2023</p> <p>10-05-2023</p> <p>Hora:</p> <p>15:00 horas</p> <p>17:30 horas</p>	<p>Se logra regular la temperatura corporal del usuario gracias a la administración de antipiréticos indicados por los médicos en el horario indicado.</p> <p>De igual forma se proporcionó medios físicos con agua templada y baños de esponja para aumentar la pérdida de calor.</p> <p>Se realizó el retiro de mantas para evitar el aumento de la temperatura corporal.</p>
<p>Elaboró: Isabel Cristina Pérez de la Cruz</p>	

Plan de Cuidados Estandarizados

4. Diagnóstico de enfermería: Déficit de autocuidado al bañarse, R/C movilidad física deteriorada, debilidad, disfunción cognitiva, M/P dificultad para lavar el cuerpo, dificultad para secar el cuerpo.

	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: 1. Salud funcional	Autocuidados: Actividades de la vida diaria.	A. Come. 2 B. Se viste.1 C. Se baña.1 D. Higiene. 1 E. Ambulacion.1	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	MANTENER A: 6 AUMENTAR A: 11
CLASE: D. Autocuidado			CALIFICACION MÍNIMA: 5 CALIFICACION MÁXIMA: 25	

Intervenciones de Enfermería

4. Diagnóstico de enfermería: Déficit de autocuidado al bañarse, R/C movilidad física deteriorada, debilidad, disfunción cognitiva, M/P dificultad para lavar el cuerpo, dificultad para secar el cuerpo.

	INTERVENCION (NIC)	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
<p>CAMPO:</p> <p>1.</p> <p>Fisiológico:</p> <p>Básico</p> <p>CLASE:</p> <p>F. Facilitación del autocuidado</p>	<p>Ayuda con el autocuidado: baño/higiene</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. 2. Proporcionar los objetos personales deseados. 3. Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. 4. Controlar la integridad cutánea del paciente. 5. Mantener rituales higiénicos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determina el grado de ayuda que necesita el paciente durante el baño (Audrey J. Berman, 2013). 2. Fomenta la comodidad del paciente y su voluntad de cooperar (Audrey J. Berman, 2013). 3. Proporciona privacidad al paciente y produce comodidad (Audrey J. Berman, 2013). 4. Evitar la humedad, la cual puede causar maceración y ablandamiento de la piel (POTTER, 2019). 5. Determina las necesidades de aprendizaje del paciente y fomenta la cooperación y participación del paciente (POTTER, 2019).

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Fecha 08-05-2023 al 19-05-2023</p> <p>Hora: 15:30 horas</p>	<p>Debido a las secuelas neurológicas del paciente que lo hacen estar postrado en cama, la cual no le permitía al usuario realizar actividades como baño, higiene, vestimenta se solucionó con la ayuda del personal de enfermería y del familiar presente.</p> <p>Con la implementación de esta intervención se logró:</p> <p>Proporcionar apoyo a la hora de aseo corporal, cambios de sabanas, vestimenta y cambio de pañales.</p> <p>Eliminar células muertas, sudor y malos olores.</p> <p>Producir una sensación de bienestar y relajación</p> <p>Mejorar el aspecto, seguridad y la autoestima del paciente durante su estancia hospitalaria.</p>
<p>Elaboró: Isabel Cristina Pérez de la Cruz</p>	

Plan de Cuidados Estandarizados

5. **Diagnóstico de enfermería:** Lesión por presión en adultos, R/C disminución de la movilidad física, deshidratación, piel seca, hipertermia, Presión sobre prominencia ósea, fuerzas de cizallamiento, M/Peritema, pérdida de tejido de espesor total, pérdida parcial de espesor de la dermis.

DOMINIO:	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
1. Salud fisiológica	Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	A. Integridad de la piel. 2 B. Pigmentación anormal. 2 C. Lesiones cutáneas. 1 D. Descamación cutánea. 1 E. Eritema. 1	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno CALIFICACION MÍNIMA: 5 CALIFICACION MÁXIMA: 25	MANTENER A: 7 AUMENTAR A: 12
CLASE: L. Integridad tisular				

Intervenciones de Enfermería

5. Diagnóstico de enfermería: Lesión por presión en adultos, R/C disminución de la movilidad física, deshidratación, piel seca, hipertermia, Presión sobre prominencia ósea, fuerzas de cizallamiento, M/P eritema, pérdida de tejido de espesor total, pérdida parcial de espesor de la dermis.

	INTERVENCION (NIC)	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
CAMPO: 2. Fisiológico: complejo CLASE: L. Control de la piel/heridas.	Cuidados de las úlceras por presión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño, estadio, posición, exudación y epitelización. 2. Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua. 3. Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro. 4. Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida, 5. Aplicar pomadas, según corresponda. 6. Cambiar de posiciones cada 1-2 horas para evitar la 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La presencia de enrojecimiento o alteración de la integridad cutánea exige la planificación de intervenciones adecuadas (Audrey J. Berman, 2013). 2. y 3. Elimina los residuos de la úlcera y exudado (POTTER, 2019). 4. La evaluación de la úlcera permite obtener un informe del proceso de cicatrización (POTTER, 2019). 5., 6. y 7. Favorece la cicatrización y evita el agrandamiento de las úlceras (Audrey J. Berman, 2013).

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Fecha 08-05-2023 al 19-05-2023</p> <p>Hora: 16:00 horas</p>	<p>En cuanto a los cuidados para las úlceras por presión, se realizó la curación diaria de la herida con jabón quirúrgico y solución fisiológica.</p> <p>Se aplicaron pomadas que favorecieron la cicatrización de la herida y se colocaron apósitos para evitar la presión.</p> <p>De igual forma cada 2 horas se le realizó cambios de posición al paciente con ayuda del familiar presente, logrando así prevenir el agrandamiento de la úlcera, evitar las infecciones y favorecer la cicatrización.</p>
Elaboró: Isabel Cristina Pérez de la Cruz	

Plan De Cuidados Estandarizados

6. **Diagnóstico de enfermería:** Comodidad deteriorada, R/C control inadecuado del medio ambiente, privacidad insuficiente y estímulos ambientales desagradables, M/P ansiedad, dificultad para relajarse, reporta ciclo de sueño- vigilia alterado.

	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: 5. Salud percibida	Estado de comodidad: física	A. Control de síntomas. 4 B. Bienestar físico. 3 C. Relajación muscular. 2 D. Posición cómoda. 3 E. Temperatura corporal. 2	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	MANTENER A: 14 AUMENTAR A: 20
CLASE: U. Salud y calidad de vida			CALIFICACION MÍNIMA: 5 CALIFICACION MÁXIMA: 25	

Intervenciones de Enfermería

7. **Diagnóstico de enfermería:** Comodidad deteriorada, R/C control inadecuado del medio ambiente, privacidad insuficiente y estímulos ambientales desagradables, M/P ansiedad, dificultad para relajarse, reporta ciclo de sueño- vigilia alterado.

	INTERVENCIÓN (NIC)	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
<p>CAMPO:</p> <p>1. Fisiológico: básico</p> <p>CLASE:</p> <p>F. Fomento de la comodidad física.</p>	<p>Manejo ambiental: confort.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, ropa de cama arrugada. 2. Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. 3. Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. 4. Proporcionar un ambiente limpio y seguro. 5. Proporcionar o retirar mantas para fomentar comodidad en cuanto a temperatura, si es el caso. 6. Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. y 4. Fomenta la comodidad del paciente y proporciona privacidad (Audrey J. Berman, 2013). 5. Para aumentar o minimizar la pérdida de calor, promover la conservación del calor y aumentar la comodidad (Audrey J. Berman, 2013). 6. Favorece un sentido de bienestar, produce relajación y comodidad (Audrey J. Berman, 2013).

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Fecha</p> <p>08-05-2023 al 19-05-2023</p> <p>Hora:</p> <p>16:30 horas</p>	<p>Se logra mantener al usuario en un estado de comodidad mediante el aseo diario, cambio de sábanas de cama y de pañal, cambios de posición cada 2 horas, evitando interrupciones innecesarias para facilitar el sueño, administrando analgésicos indicados en horarios correspondientes.</p>
<p>Elaboró: Isabel Cristina Pérez de la Cruz</p>	

VII. Plan de Alta

Estado general regular, despierto, con secuelas neurológicas, herida craneal coaptada, sin datos de sangrado, afebril, estabilidad hemodinámica, sin apoyo de aminos, traqueostomía sin secreciones sin apoyo de oxígeno, gastrostomía limpia, extremidades integrales. Se decide su egreso por mejoría el 20 de mayo del 2023.

Tratamiento médico:

Levofloxacino, tableta 500 mg, por gastrostomía cada 24 horas por 7 días.

Omeprazol, tableta 20 mg, por gastrostomía cada 24 horas en ayuno.

Senosidos AB, tabletas 2, por gastrostomía por las noches en caso de estreñimiento.

Fenitoina, Tableta 100 mg, una por gastrostomía cada 12 horas sin suspender.

Paracetamol, tableta 500 mg, una cada 8 horas por gastrostomía.

Ketorolaco, tabletas 10 mg, una cada 12 horas por 3 días.

Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria:

Dieta por gastrostomía lento, semi sentado.

Líquidos a libre demanda.

Lavado de herida diaria con agua y jabón.

Lavado de ulcera sacra diaria colocando cremas y parches.

Retiro de puntos en 10 días en centro de salud.

Cita a urgencias ante crisis convulsiva, fiebre que no remita o vomito en proyectil.

VIII. Conclusiones

Enfermería busca brindar la oportunidad de desarrollar acciones de salud, que promuevan la adopción del autocuidado, dando un enfoque holístico, desde lo físico, social, psicológico y ambiental, que condicionan o favorecen el cuidado del usuario, familia y/o comunidad. Busca desarrollar un enfoque preventivo a enfermedades, motivar y apoyar al individuo a realizar en su cambio de estilo de vida.

A medida que se realizan estas actividades el individuo va adquiriendo conocimientos y conductas que imitan y terminan adoptando e incorporando a su vida diaria, por lo que, como profesionales de salud, queremos reforzar o modificar a fin de que sean positivas y así promover las conductas que mejoren su estado de salud. Un punto muy importante es que estos cuidados e intervenciones deben considerar los valores, creencias y prácticas de las personas que tenemos bajo nuestro cuidado, ya que debemos mostrar respeto por su cultura, por lo que nos lleva a saber que cada individuo necesita de cuidados propios de sí mismo.

Gracias a las intervenciones de enfermería de alta complejidad realizadas, se lograron brindar cuidados específicos de calidad que impactaron de manera positiva en la salud del usuario, quien cursaba con una patología complicada e impredecible. Se debe destacar que desde su llegada se realizó una adecuada valoración y se le dio un buen seguimiento, según las diferentes circunstancias que se iban presentando durante la evolución de la enfermedad, de esta forma se lograron cumplir satisfactoriamente los objetivos planteados al inicio del proceso atención de enfermería y se comprobó la eficacia de establecer diagnósticos de enfermería oportunos, que nos permitan actuar eficazmente desde el primer momento que se tiene contacto con el paciente.

IX. Referencias Bibliográficas

- Audrey J. Berman, S. S. (2013). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA: Conceptos, proceso y práctica*. Madrid: PEARSON EDUCACIÓN.
- Cabal, V. E. (2016). Enfermería como disciplina. *Revista Colombiana de enfermería*, 73-81.
- Carvajal, E. Y., & Sánchez Herrera, B. (2018). Los modelos de enfermería aplicados en la practica clinica. . *Archivos de Medicina* , 86-98.
- David, P. R. (2022). Hidrocefalia en el adulto. *CiNTeB*, 32-39.
- Enfermeria actual*. (01 de 10 de 2022). Obtenido de <https://enfermeriaactual.com/patrones-funcionales/>
- Gutiérrez Barragán Katia Vianey, G. U. (2018). Manejo clínico y profiláctico de paciente portador de válvula. *Revista Tamé*, 796-799.
- Herrera Martínez, M. P., Ariza Hernández, A. G., Rodríguez Cantillo, J. J., & Pacheco Hernández, A. (14 de julio de 2018). Epidemiología del trauma craneoencefálico. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 17(2), 3-6.
- INEPEO, M. d. (2013). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). *Salud Pública Paraguay*, 41-48.
- Moreno, MA., Tello, EN., Prado, DJ., García, A. (2013). Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el ambiente de aprendizaje durante sus prácticas clínicas. *Rev. Cuidarte*, programa de enfermería UDES. Pp. 444-449.
- Oswaldo J. Patiño O, H. A. (2018). Úlceras por presión: cómo prevenirlas. *Revista Hospital Italiano de buenos Aires, Argentina*, 40-46.

POTTER, P. /. (2019). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA*. Elsevier.

Reina G., N. C. (2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Umbral Científico*, 18-23.

Rodríguez, E. P. (2018). Cateterismo vesical. Cuidados de enfermería. *Revista Cubana de Urología*, 20.

Sheila C, G. &. (2014). *Porth Fisiopatologia Alteraciones de la Salud. Conceptos basicos.* . Wolters Kluwer.

Uriarte, S., Ponce, G., Bernal, M., (2016). Vivencias cotidianas en espacios clínicos del estudiante de enfermería. *Enfermería Universitaria*. 13(3):171-177.

Varela Hernández, A. L. (2015). Hidrocefalia postraumática. Análisis de tres casos. *Archivo Médico Camagüey*.

Vazquez, M. L. (2006). Desarrollo conceptual en enfermería: evolución,*tendencias y desafíos. *AVANCES EN ENFERMERÍA*, 73-80.

X. Glosario de Términos

- **Cánula de Jackson:** Es una prótesis que se pone en el cuello por medio de un procedimiento quirúrgico llamado Traqueostomía.
- **Catéter venoso central:** Es un tubo largo, delgado y flexible usado para administrar medicamentos, líquidos, nutrientes o derivados de la sangre durante un largo período, por lo general varias semanas o más.
- **Dieta enteral:** Consiste en la administración de nutrientes, necesarios para conseguir un soporte nutricional adecuado por vía digestiva, aunque el paciente no ingiera espontáneamente alimentos naturales por vía oral.
- **Edema:** Es la hinchazón causada por el exceso de líquido atrapado en los tejidos del cuerpo.
- **Gastrostomía:** se utiliza para proporcionar soporte nutricional a largo plazo, en general más de 6 u 8 semanas. Las sondas se colocan en el estómago en un procedimiento quirúrgico o mediante laparoscopia, a través de la pared abdominal (gastrostomía).
- **Hidrocefalia:** un aumento anómalo del volumen de LCR en cualquier parte o en todo el sistema ventricular. Las 2 causas de hidrocefalia son disminución de la absorción de LCR y obstrucción del flujo de LCR.
- **Hematoma:** Es una zona de decoloración de la piel que se presenta cuando se rompen pequeños vasos sanguíneos y sus contenidos se filtran dentro del tejido blando que se encuentra debajo de la piel.
- **Laxante:** Son preparaciones médicas que provocan la eliminación de heces mediante la defecación. Funcionan ablandando las heces, cosa que facilita su evacuación.

- Líquido cefalorraquídeo: es un líquido claro e incoloro compuesto principalmente por agua, que protege el encéfalo y la médula espinal de daños físicos y químicos. Además, transporta oxígeno y glucosa desde la sangre a las neuronas y a la neuroglia.
- Lesiones por presión: es una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia (falta de oxigenación del tejido), que puede afectar todas las capas de la piel (epidermis, dermis e hipodermis), y también músculos, articulaciones y hasta el tejido óseo.
- Plastia: Operación quirúrgica con la cual se pretende restablecer, mejorar o embellecer la forma de una parte del cuerpo, o modificar favorablemente una alteración.
- Sondaje vesical: consiste en la inserción de una sonda en la vejiga a través de la uretra para evacuar la orina. Esta técnica puede tener carácter terapéutico o diagnóstico, realizarse de manera temporal, intermitente e incluso permanente.
- Traqueostomía: Es una abertura de la tráquea a través del cuello. Normalmente se inserta un tubo a través de esta abertura y se crea una vía respiratoria artificial.
- Unidad de cuidados intensivos: Es una sección de un hospital o centro de atención médica que proporciona atención a pacientes con problemas de salud potencialmente mortales.
- Válvula de derivación ventrículo peritoneal: vía alterna de desviación o evacuación del LCR mediante la colocación de un tubo de plástico suave y flexible llamado catéter o “shunt”, es colocada en la superficie del cerebro, baja por el canto interno del ojo con dirección al conducto auditivo externo descendiendo por el cuello, pecho hasta llegar al intestino.
- Ventriculostomía externa: o EVD (por sus siglas en inglés), es un pequeño tubo, suave, que drena líquido cefalorraquídeo (CSF, por sus siglas en inglés) del cerebro a una bolsa de recolección que está por fuera del cuerpo.

XI. Anexos

Apéndice A. Instrumentos de Recolección de Datos


Licenciatura en Enfermería
 Clave de Incorporación UNAM 8964-62



**GUÍA DE VALORACIÓN PARA ADULTOS
 POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: D.A.F.A EDAD: 30 años SEXO: Masculino
 FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: _____ FECHA DE INGRESO AL SERVICIO: 20-04-2023
 SERVICIO: TX HORA: _____ No. CAMA: 223 DIAS DE HOSPITALIZACIÓN: 19
 PROCEDENCIA: Comalcalco EXPEDIENTE: 663991 ESTADO CIVIL: Unión libre RELIGIÓN: Cristiano
 ESCOLARIDAD: Secundaria OCUPACIÓN: Comerciante INGRESO ECONOMICO MENSUAL: _____
 DIAGNÓSTICO MÉDICO: Hidrocefalia
 TRATAMIENTO ACTUAL: Omeprazol 40mg C-12hrs, Fendolam 125mg C-8hrs, Paracetamol 1gr PRN, Metamizol sodico 1g PRN, tramadol 50mg C-12hrs, Metoclopramida 10mg C-8hrs, Meropenem 1gr C-8hrs, senosidos AB C-12hrs, Acetilcistina 600mg C-24hrs.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

I. Patrón percepción / mantenimiento de la salud.
 Antecedentes de enfermedades: No Si: _____
 Neurológico: _____ Cardiológico: _____ Respiratorias: _____ Gastrointestinales: _____
 Metabólico-Renales: _____
 Intervenciones quirúrgicas previas: No _____ Si Procedimientos: plastia de defecto dental 19-04-23
 fechas _____ craneotomía descompresiva dic 2022
instalación de traqueostomía y sonda de gastroclisis.
 Alergias: No Si _____ Causas de las alergias _____
 Factores de riesgo:
 Obesidad: Si _____ No
 Tabaquismo: Si _____ No cantidad _____ frecuencia _____
 Alcoholismo: Si _____ No cantidad _____ frecuencia _____
 Tiene algún régimen terapéutico actualmente: No _____ Si lo cumple: _____
 Farmacológico Dieta Ejercicio Consultas
 Medicamentos que toma con frecuencia: dosis/frecuencia _____ Última dosis _____
 EXAMEN: Apariencia general de salud
usuaria complexión delgada, con palidez generalizada de tegumentos, con buena higiene personal, edema en ambos miembros, se observa ventriculostomía externa de lado derecho.

II. Patrón nutricional / metabólico.

1310 | Enfermería de la Adultez Clínica Página 2



Licenciatura en Enfermería

Clave de incorporación UNAM 8964 - 62



Temperatura: 37°C Glucemia: 89 mg/dl Talla: 1.63 Peso: 65 kg IMC [peso(kg)/altura (m)²]: 22 Bajo peso <18: ___ Normal 18-24.9: Sobrepeso 25-26.9.: ___ Obesidad >27: ___

Piel:

Enrojecida ___ Pálida Cianótica ___ Ictérica ___ Hematomas Petequias ___
Hidratación: Turgente Resequedad Edema
Prominencias óseas: Lesiones ___ Cambios de color ___ Sequedad UPP

Dentadura: Completa Incompleta ___ Ausente ___ Prótesis ___

Mucosa oral: Hidratada Lesiones ___ Intacta
Estado de higiene de cavidad oral: Limpia ___ Regular Sin higiene ___

Dieta prescrita: Ayuno ___ Oral ___ Enteral Parenteral ___ de 1800 kcal

Oral: tipo de dieta ___ Intolerancia alimenticia: No Si ___ especifique ___
Alteración del apetito: No Si ___ Disminuido ___ Aumentado ___ Desde ___
Dificultad para deglutir: No ___ Si Sólidos Líquidos ___ Desde ___
Dificultad para masticar: No ___ Si Causa: a su patología
Vómito/náuseas: Si No ___ Desde ___

Nutrición enteral: Sonda Nasogástrica ___ Sonda Nasoyeyunal ___ Sonda nasogástrica: Fecha de colocación 08/01/23 Residuo Gástrico: No Si ___ Cantidad 1800 kcal
Características colada y licuada por sonda de gastroclisis.

Nutrición parenteral: Si ___ No Fecha y hora de inicio ___

Abdomen: Normal Ligera distensión ___ Distendido ___ Doloroso ___
Ruidos: Normales Aumentados ___ Disminuidos Ausentes ___
Estomas: Yeyunostomía ___ Ileostomía ___ Colostomía ___ Cantidad drenado ___ características ___
Herida operatoria: No Si ___ Especifique el lugar ___
Apósitos: Secos Húmedos ___ Hemáticos ___ Serosos ___
Drenajes: Si ___ No especifique tipo: ___

III. Patrón de eliminación**Características de:**

Orina: Color ambar Olor sin olor Frecuencia ___ cantidad 1600 ml por día
Heces: Consistencia duro Color café Olor ___ Frecuencia 1 Cantidad ___
Sudor: NO Diaforesis: Si ___ No

Presencia de:

Flatulencia Esfuerzo al defecar Constipación ___ Dolor al evacuar ___
Diarrea ___ Distensión abdominal ___ Uso de laxantes Estomas ___
Disuria ___ Oliguria ___ Poliuria ___ Hematuria ___ Coluria ___
Polaquiuria ___ Nicturia ___ Incontinencia urinaria ___ Enuresis ___
Colector urinario: Pañal: Si No ___ Seco Mojado ___

Sonda Vesical: Si No ___ Fecha de instalación 08-05-23 Instalada en la institución Foránea ___


Licenciatura en Enfermería

Clave de Incorporación UNAM 8964 - 62


 Diálisis peritoneal: Si No Fecha de instalación de catéter tenkoff _____
 Hemodiálisis: Si No Fecha de instalación catéter mahurkar _____
 Otros dispositivos: _____

Balance hídrico en 24 horas: _____

IV. Patrón actividad / ejercicio.

Estado físico actual.

 Frecuencia cardíaca 120 lpm Tensión arterial 114/70 Frecuencia respiratoria 24 rpm
Patrón respiratorio espontáneo

 Rítmico Regular Irregular Disnea de esfuerzo Disnea de Reposo
 Ruidos respiratorios: Normales Crepitantes Roncos Estridor
 Sibilantes Ausentes

 Secreciones: No Si Características: espesas Cantidad: moderada
 Apoyo Respiratorio: TOT Traqueostomía Fecha de instalación: 20-12-22

 Oxigenoterapia: No Si

 Puntas nasales NO FiO₂ _____ SatO₂ _____

 Mascarilla simple NO FiO₂ _____ SatO₂ _____

 Mascarilla con Reservorio NO FiO₂ _____ SatO₂ _____

 Nebulización continua NO FiO₂ _____ SatO₂ _____

Ventilación Mecánica

 Modo Ventilatorio: N/A FR _____ VT _____ FiO₂ _____ PEEP _____ Relación I:E _____

 Drenaje Torácico: No Si Fecha de instalación _____

Características del drenado: _____

Actividad circulatoria:

 Pulso: Regular Irregular Marcapaso Llenado capilar 2 segundos

 Presencia de : Distensión venosa yugular Sudoración Fría Acúfenos

 Fosfenos Vértigo Palpitaciones Venas Varicosas

Riego periférico:

 Miembros Superiores: Normal Cianosis Fría Caliente

 Miembros Inferiores: Normal Cianosis Fría Caliente

 Líneas Invasivas: Catéter Periférico Catéter Central Línea Arterial Otros FI: 04-05-22
Autonomía para la vida

 Baño/higiene Autónomo Ayuda parcial Ayuda total

 Vestido Autónomo Ayuda parcial Ayuda total

 Uso del WC Autónomo Ayuda parcial Ayuda total

 Alimentación Autónomo Ayuda parcial Ayuda total

 Movilidad/deambulaci3n Autónomo Ayuda parcial Ayuda total

 Paresias/plejías NO Amputaciones NO Prótesis NO Reposo/inmovilidad
V. Patrón reposo / sueño.

 Es valorable Si No Porque usuario presenta dificultad para conciliar el sueño



Licenciatura en Enfermería

Clave de Incorporación UNAM 8964 - 62

Se administra medicamentos para dormir: Si _____ No **Paciente Consciente:**

Presencia actual de:

Atención Disminuida _____ Apatía Cansancio _____ Sueño ininterrumpido Temblor de manos Ojeras Párpados inflamados Bostezos _____Enrojecimiento de conjuntivas _____ Expresión vacía Irritabilidad

Falta de concentración _____ Queja verbal de no sentirse bien descansado _____

VI. Patrón cognitivo / perceptual.Estado de conciencia: Alerta Confusión _____ Somnolencia _____ Estupor _____ Coma _____Orientado: Si No _____ Persona Tiempo Espacio Nivel de Conciencia: Puntaje Escala de Glasgow 10

ESCALA DE GLASGOW				9	
APERTURA OCULAR		RESPUESTA VERBAL		RESPUESTA MOTORA	
Espontánea	4	Orientado	5	Obedece	6
A la voz	3	Confuso	4	Localiza el dolor	5
Al dolor	2	Palabras Inapropiadas	3	Solo se retira	4
No responde	1	Sonidos Incomprensibles	2	Flexión anormal	3
		No responde	1	Extensión anormal	2
				No responde	1

Pupilas: Isocóricas Anisocóricas _____ Mióticas _____ Midriáticas _____ Reactivas
sin respuesta _____Sedación: No Si _____ Fármaco _____Relajación: No Si _____ Fármaco _____Nivel de sedación: Puntaje Escala de Ramsay NA

ESCALA DE RAMSAY			
DESPIERTO		DORMIDO	
Ansioso, agitado o inquieto	1	Con respuesta a estímulos leves	4
Colaborador, orientado y tranquilo	2	Con respuesta débil a estímulos fuertes	5
Responde únicamente a las ordenes	3	Dormido, sin respuesta	6

Presencia de dolor: Si _____ No Tipo: _____ Presencia de Crisis Convulsivas _____

Hiperestesia _____ Hipoestesia _____ Parestesia _____ Parálisis _____ Reflejos _____

Contenido del pensamiento distorsionado (ideas delirantes): Si _____ No

Alteraciones de la memoria: No _____ Si _____ Corto plazo _____ Largo plazo _____

Dificultad para comunicarse: No _____ Si Ver: No Si _____ Oír: No Si _____Hablar: No _____ Si Afasia Disartria _____**VII. Patrón de autopercepción / autoconcepto.**



Licenciatura en Enfermería

Clave de Incorporación UNAM 8964 - 62

Estado emocional Valorable: Si No **Presencia actual de:**Nerviosismo Suspiros Temblores Dificultad para relajarse Apatía Tristeza Existen Verbalizaciones autonegativas: NO Expresiones de desesperanza: NOExpresiones de miedo: Expresiones de temor: Le preocupa su imagen corporal: No Si Ha habido cambios en su cuerpo: SIExisten problemas conductuales: No Si Cual: _____**VIII. Patrón rol / relaciones.**Con quien vive: Esposa e hijos Personas a su cargo: NingunaSituación laboral: desempleado Cuidador principal: EsposaApoyo familiar: Bueno Relativo Rechazo No hay familia Conflicto en el funcionamiento y/o relaciones de la familia: No Si Cambio de roles familiares No aceptación de la enfermedad del paciente Existe barrera física para comunicarse: No Si Cual _____Recibe visitas en horarios establecidos: No Si **Valoración del cuidador principal**Dificultad para el cuidado de la persona enferma: No si Complejidad de los cuidados No Si Problemas de salud del cuidador: No Si Física Emocional **IX. Patrón sexualidad / reproducción.**

Genitales externos:

Estado de Higiene: Bueno Regular Malo Secreciones anormales: No Si Características: _____¿Su enfermedad ha influido de manera alguna en su sexualidad? Si No

En mujeres:

Toma anticonceptivos: Si NA No Fecha de última menstruación NAProblemas menstruales: Sí NA No Gestaciones Partos Abortos Cesáreas **X. Patrón afrontamiento / estrés.**Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación: No Sí Ansiedad Temor Inquietud Tensión muscular Postura rígida Manos húmedas Boca seca Duelo: No Si Expresa sentimientos de: Negación Ira Depresión Pacto Aceptación Lo atribuye a patologíaExpresa y/o se observa falta de conductas adecuadas o recursos para afrontar su situación o sus consecuencias: No Si Hipersensibilidad a la crítica Conducta manipuladora Indiferencia Autocompasión

Cambios en el estilo de vida, especificar _____ Conducta autodestructiva, especificar _____ Otros _____

Página 6



Licenciatura en Enfermería

Clave de Incorporación UNAM 8964 - 62



Se ha producido alguna pérdida importante en su vida en el último año/dos últimos años:
 No Sí ¿Cuál? _____

¿Qué personas le resultan de más ayuda para hablar de las cosas que le preocupan? ¿Cuenta con ella (s) ahora?: SU esposa

¿Cuándo está tenso que le ayuda, qué actividades realiza? familiar da apoyo emocional, musicoterapia

¿Cuál es su respuesta ante una situación de estrés?: indiferencia, expresión verbal

¿Le resulta benéfica o adecuada la búsqueda de ayuda para conservar o recuperar su salud?
 Si No

¿Qué ayuda considera que como enfermero (a) le puedo proporcionar? en cuidados complejos

XI. Patrón valores / creencias.

¿La religión es importante en su vida? Si No

Acude actualmente a alguna iglesia o comunidad religiosa? Si No (Si la respuesta es negativa) ¿Por qué? debido a su patología y complejidad de cuidados

Frecuencia con la que acude a la iglesia: cuando fines de semana ¿Cuál es su participación?: _____

Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviéramos en cuenta durante su hospitalización? No Si Especificar: católica

Anexo 3.

Apéndice B. Escalas

Escala Glaswog

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS):
tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la **respuesta verbal**, la **respuesta ocular** y la **respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

OCULAR	4	3	2	1		
	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
						
VERBAL	5	4	3	2	1	
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES	NINGUNA RESPUESTA	
						
MOTORA	6	5	4	3	2	1
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
						
				(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	

Apéndice C. Trípticos para charlas educativas

RECOMENDACIONES

LESIONES POR PRESION

PREVENCIÓN Y MANEJO

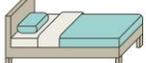
3. Uso de pomadas o ungüentos que lubriquen e hidraten la piel seca para reducir el riesgo de daño



1. Buena nutrición e hidratación



2. Uso de dispositivos para aliviar la presión.



3. Materiales protectores para el tratamiento local de las lesiones.



2. Proteger la piel de la humedad

- Cambio frecuente de pañal y ropa de cama.
- Controlar la humedad utilizando compresas absorbentes, gasas o pañales.



3. Cambios de posición.

- En adultos en riesgo de desarrollar úlceras por presión los cambios de posición cada dos horas.



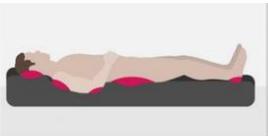

PSSE. ISABEL CRISTINA PEREZ DE LA CRUZ

CLASIFICACION

PREVENCIÓN Y MANEJO

DEFINICION

Las úlceras por presión es una lesión en la piel y tejidos como consecuencia de la compresión producida por presión, fricción entre una protuberancia ósea y los tejidos que la envuelven contra una superficie externa, generalmente cuando la compresión es prolongada.



1. Inspeccionar la piel para detectar signos de enrojecimiento, calor, edema, induración, dolor o molestia.



2. Limpieza de la herida.

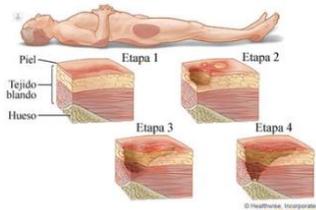
- Limpieza gentil con solución fisiológica o agua potable.
- Uso de jabones neutros.
- Secado de la herida.
- Colocación de gasas limpias, apósitos o vendajes.

Categoría I: Enrojecimiento, la piel está intacta.

Categoría II: Pérdida del espesor parcial de la piel o ampolla.

Categoría III: Pérdida del grosor completo de la piel lográndose visualizar el tejido graso.

Categoría IV: Pérdida completa del tejido hasta visualizar daño al músculo / hueso.



**Campaña de higiene de manos.
Mantener las manos limpias
previene coger infecciones y
transmitirlas a otras personas.**

¿Por qué es importante la higiene de manos?



Cuando vamos a un centro sanitario, la **HIGIENE DE LAS MANOS** es la medida más sencilla y eficaz que **TODOS** podemos realizar para prevenir la transmisión de las infecciones. **POR FAVOR, LIMPIATE LAS MANOS.**

¿Quién debe hacerla? Todos.

Cuando entres o salgas de un centro sanitario, es importante recordar que con las **MANOS LIMPIAS** evitaremos coger infecciones y transmitírselas a otras personas.

En los centros sanitarios encontrarás **SOLUCIONES ALCOHÓLICAS** que debes utilizar para realizar la **HIGIENE DE LAS MANOS.**

Si vas a visitar a un paciente hospitalizado, **antes** de entrar en la habitación y **una vez terminada la visita, lávate las manos o LIMPIATE LAS CON SOLUCIÓN ALCOHÓLICA.**



Es importante recordar a los profesionales sanitarios que se hagan adecuada Higiene de las Manos.



SALVAR VIDAS ESTÁ EN TUS MANOS

Gracias por lavártelas



¿CÓMO realizar la higiene de manos?

Con **agua y jabón** (si las manos están visiblemente sucias) o...



Mójese las manos con agua y deposite en las palmas jabón líquido o...

...con **solución alcohólica** (si las manos están "aparentemente" limpias).



...deposite en la palma de las manos secas una dosis de solución.

Todos podemos ayudar a prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la atención sanitaria manteniendo una adecuada higiene de las manos **mediante unos sencillos pasos:**



Frótese las palmas de las manos entre sí y entrelazando los dedos.



Frótese cada palma contra el dorso de la otra mano y entrelazando los dedos.



Frótese el dorso de los dedos...



Y las puntas de los dedos.



Alrededor de los pulgares...



Enjuáguese las manos con agua y séqueselas con una toalla de un solo uso.



...deje que la solución se seque sola



Apéndice D. Evidencia Fotográfica
Aspiración de las vías aéreas.



Monitorización de signos vitales.



Ayuda con el autocuidado: baño/ higiene



Curación y cambio de fijación de sonda de gastrostomía.



Curación y cambio de fijación de traqueotomía



Curación y cuidados de lesiones por presión.



Cambios de posiciones.

