



UNIVERSIDAD OLMECA
Rojz de sabiduría

UNIVERSIDAD OLMECA

INCORPORACIÓN CLAVE 8964 – 62 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UN PACIENTE
CON CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA/ DRENAJE DE
HEMATOMA PARENQUIMATOSO FRONTAL BASAL
DERECHO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA
ESPECIALIDAD “DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ”

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

MARICRUZ TORRES LEÓN

ASESOR:

DSP. BEATRIZ ADRIANA CAMBRANO NUÑEZ

VILLAHERMOSA, TABASCO

ENERO 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y ser mi inspirador y darme la fuerza necesaria para continuar con este proceso y obtener uno de los anhelos más deseados e importante de mi formación profesional. También se lo dedico con mucho cariño a mis padres, que me dieron la vida y han estado conmigo, gracias por todo, Mamá y Papá por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasados momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome su amor por todo esto se los agradezco de todo corazón el que estén conmigo a mi lado.

A mis tías Mariela, Mirna y a mi primo Oscar gracias por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho, a ti abuela Rosy que a pesar que no estás aquí ahora en estos momentos conmigo, sé que tu alma si lo está te dedico mi trabajo de todo corazón. También dedico este trabajo a la señora Beatriz Pérez por su apoyo incondicional y aprecio hacia mí.

Este es un nuevo logro para mí, que gracias a cada uno de ustedes he podido lograr, que al principio puede que allá sido una tarea difícil e interminable pero que hoy se pudo concluir gracias de todo corazón.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios por bendecirme en la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser mi apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad. Me gustaría agradecer sinceramente a mi asesor de Proceso de Atención de Enfermería la Doctora Beatriz Adriana Cambrano Núñez por su esfuerzo y dedicación, sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como enfermera. También me gustaría agradecer a la Mtra. Cristian Ramírez Ulin por compartir su experiencia, conocimientos, habilidades, comprensión y paciencia que contribuyeron a mi experiencia durante el desarrollo de mi trabajo.

Agradezco a mis docentes que compartieron sus conocimientos conmigo durante mi carrera profesional. Para mis compañeros de grupo, tengo palabras de agradecimiento, especialmente por aquellos momentos en los que pude ser inferior a sus expectativas ha sido un camino largo y duro en el que, algunas veces, la fijación por lograr tus objetivos te hace olvidar la importancia del contacto humano. Sin embargo, como en todas las actividades de la vida, siempre al final hay algunos criterios que te permiten priorizar y es por ello que debo resaltar mis agradecimientos para algunas personas.

I. Índice

II. Introducción	1
III. Justificación	2
IV. Objetivos	3
V. Metodología	4
VI. Marco Teórico	5
VII. Resumen del Caso Clínico	16
VIII. Desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería	18
Valoración Clínica del Sujeto del Cuidado	21
Análisis de Datos	24
Identificación de los Componentes de los Diagnósticos	28
Priorización de los Diagnósticos de Enfermería	30
Planificación del Plan de cuidados Estandarizados y Plan individual de Intervenciones de Enfermería	31
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección del sitio quirúrgico R/C procedimiento invasivo	31
Diagnósticos de Enfermería: Estreñimiento R/C supresión habitual de la necesidad de defecar M/P heces pastosas, menos de tres disposiciones a la semana, falta de privacidad	37

Diagnósticos de Enfermería: Patrón de sueño perturbado R/C Perturbaciones ambientales (ruidos y luz) M/P Dificultad para mantener el estado de sueño, expresa insatisfacción con el sueño, ojeras, expresa cansancio y despertar involuntario.	40
Diagnósticos de Enfermería: Deterioro de la memoria R/C Hipoxia cerebral M/P Dificultad para recordar eventos y hechos de información, dificultad para retener nueva información.	43
IX. Plan de alta	46
X. Conclusión	48
XI. Bibliografías.	49
XII. Anexos	52
Guía de valoración para adultos por patrones funcionales de salud	52
Evidencias fotográficas.	66

II. Introducción

El Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta del profesional de enfermería sistemático y organizado para administrar los cuidados de enfermería integral y progresivo, se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupo y responde a las alteraciones de salud reales o potenciales (Doenges & Frances, 2014).

El presente trabajo se realizó en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez”, a un paciente con craniectomía descompresiva y drenaje de hematoma parenquimatoso frontal basal derecho, ingresado en el área de cirugía. Con el propósito de identificar las necesidades y problemas potenciales que presente, y así brindarle cuidados e intervenciones de enfermería específicas de manera profesional y con calidad, en busca de una recuperación que le permita autonomía, confort, bienestar y mejorar su calidad de vida; a través de la organización de un plan de cuidados personalizado.

III. Justificación

La finalidad de la aplicación del siguiente Proceso de Enfermería es desarrollar el razonamiento clínico que permita organizar tanto actividades cognitivas como la entrega de cuidados de enfermería ante la patología del paciente; siendo de gran importancia la implementación de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon para identificar las necesidades del paciente; así como una formación integral y actualizada de los profesionales de enfermería, que implementen herramientas e instrumentos para la planificación y ejecución de cuidados de calidad y calidez.

El siguiente trabajo se aplicó a un paciente con craneotomía, el cual es un procedimiento neuro quirúrgico de apertura craneal amplia, con el fin de realizar una actuación terapéutica quirúrgica en el espacio intracraneal. Así mismo, un drenaje de hematoma parenquimatoso frontal basal derecho, que se define como una colección de sangre dentro del parénquima cerebral producida por una rotura vascular no traumática y puede abrirse al sistema ventricular o al espacio subaracnoideo. Para ello se estableció un plan de cuidados enfocado en cada una de las necesidades identificadas del usuario.

IV. Objetivos

General

Desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería en un usuario ingresado en el área de cirugía del HRAE “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” con diagnóstico médico de “Craniectomía descompresiva y drenaje de hematoma parenquimatoso frontal basal derecho”, con el apoyo del modelo de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, con la finalidad de identificar las necesidades humanas que requieren atención e implementar cuidados de enfermería de manera oportuna, de calidad, humanista y holística, para lograr la recuperación del bienestar del usuario.

Específicos

Identificar y jerarquizar los problemas y/o necesidades del paciente con el modelo de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

Desarrollar diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades identificadas, enfocados a la recuperación del usuario.

Planificar cuidados e intervenciones en enfermería que permitan la recuperación óptima del usuario.

Ejecutar los cuidados e intervenciones de enfermería previamente planeadas, de manera oportuna, de calidad y profesionales, que brinden confort y bienestar al usuario y se vean reflejadas en una mejor calidad de vida.

Evaluar los cuidados e intervenciones brindados al usuario para reconocer el alcance que tuvieron en la recuperación del usuario.

V. Metodología

El presente Proceso de Atención de Enfermería se aplicó en un usuario ingresado en el área de cirugía del HRAE “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez” con diagnóstico médico de “Craniectomía descompresiva y drenaje de hematoma parenquimatoso frontal basal derecho”, durante el periodo del 18 de junio al 09 de julio de 2023.

En primer lugar, se identificó y asignó al sujeto de estudio por el asesor; seguidamente se inició con la etapa de valoración del usuario, con el uso de la guía del Modelo de 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon y la guía de Exploración Física del Adulto de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Olmeca. Asimismo, se revisaron el Expediente Clínico y Hoja de Registro de Cuidados de Enfermería, para la recolección de datos. Para la etapa de planificación de los cuidados e intervenciones de enfermería, se utilizó el material bibliográfico de la Taxonomía NANDA, NIC Y NOC.

VI. Marco Teórico

Enfermería como Profesión Disciplinaria

La primera definición de Enfermería fue dada por Florence Nightingale en 1859. En sus notas la definía como “la encargada de la salud personal de alguien y lo que la enfermería tiene que hacer es poner al cliente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”. Recientemente se ha definido como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano. Se reconoce que enfermería es una disciplina profesional porque está constituida esencialmente de dos partes: un componente disciplinar y un componente profesional.

Es decir, la disciplina de enfermería está conformada por la ciencia de enfermería que agrupa el cuerpo de conocimientos científicos que guía la práctica y por los fundamentos profesionales que son los conocimientos acerca de la orientación de los valores de la profesión, la naturaleza de la práctica clínica y los fundamentos históricos filosóficos de la profesión y de la práctica profesional. Por lo tanto, enfermería como disciplina tiene una mayor amplitud que la ciencia de enfermería, más que en su objetivo metodológico de investigación (Cabal & Guarnizo, 2016).

El Cuidado como Objeto de Estudio

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.

La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. La enfermería se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo (Báez et al., 2009).

Proceso de Atención Enfermero

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el método científico que utiliza el personal de enfermería para desarrollar su actividad de una forma coherente, ordenada, precisa y sistemática, para lograr la solución a los problemas de salud y la satisfacción de los pacientes, basado en una secuencia lógica: comprensión del problema, recogida de datos, formulación de la hipótesis y la comprobación de las soluciones. Todo lo cual se materializa a través del plan de cuidados, lo que proporciona a la enfermería la categoría de ciencia. En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió al PAE como componente de la profesión (el cuidado) y actualmente es una de las pocas técnicas establecidas a nivel mundial en el cuidado profesional (Martell, 2019).

Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE

Marjory Gordon creó en 1982 sus once Patrones Funcionales de Salud como una herramienta para la realización de una valoración de enfermería organizada y planificada. El uso de estos patrones funcionales ayuda a identificar alteraciones de salud que afectan al individuo y brindan una valoración de enfermería organizada y planificada para obtener datos subjetivos y objetivos del paciente (físicos, psíquicos, sociales y del entorno) ayudando a establecer los diagnósticos enfermeros, ya sean reales o potenciales. (López, 2021)

Elementos fundamentales del modelo utilizado

El Modelo de Marjory Gordon hace referencia a sus 11 Patrones Funcionales de Salud: los cuales son fundamentales durante la valoración del paciente en la realización de un Proceso de Atención de Enfermería, aportando una serie de ventajas como que pueden utilizarse independientemente del modelo de enfermería del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito del cuidado preventivo y de promoción de la salud; permiten estructurar y ordenar la valoración a nivel individual, familiar o comunitario, en situaciones de salud o enfermedad, y facilitan claramente la vinculación de las fases del diagnóstico de enfermería al ser el origen de la clasificación por dominios de la NANDA. (López, 2021).

Patrón de Percepción-Control de la Salud

Describe la percepción que tiene el cliente de su estado general de salud y las influencias sobre éste de los conocimientos y prácticas realizadas al respecto. Desde esta perceptiva, los aspectos psicopatológicos que se considera pueden alterarlo y que, por tanto, merecen ser valorados por enfermería.

Patrón Nutricional-Metabólico

Describe los hábitos (cantidad y tipos) de comida y el consumo de líquidos relativo a las necesidades metabólicas diarias, así como preferencias alimentarias y uso de nutrientes o vitaminas suplementarias. Desde el punto de vista de la psicopatología pueden contribuir a la disfunción de este patrón la anorexia, la bulimia y los pensamientos distorsionados.

Patrón de Eliminación

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, vesical y cutánea). Incluye también la percepción del individuo respecto a la regularidad de la función y el uso de laxantes o cambio de hábitos. Desde el punto de vista *psicopatológico* el consumo de opiáceos puede contribuir a la alteración de este patrón.

Patrón de Actividad-Ejercicio

Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y recreación. Estas habilidades pueden estar influenciadas por el desarrollo de la coordinación, fuerza, destreza/riesgos, etc. Además de múltiples factores fisiológicos, desde la perspectiva *psicopatológica* pueden contribuir a la alteración de su función: las crisis de angustia, la depresión, los estados maníacos y los trastornos psicomotores.

Patrón de Sueño-Descanso

Describe los hábitos de sueño, descanso y relajación. Incluye la percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso. Además de la edad, la preocupación por la hospitalización y el temor a los ambientes desconocidos, entre los principales factores *psicopatológicos* que pueden contribuir a su alteración cabe destacar: la ansiedad/estrés, la depresión, la manía y las alteraciones cognitivo-perceptivas.

Patrón Cognitivo-Perceptivo

Describe los patrones sensorio-perceptivos y cognitivos. Describe también la percepción y manejo del dolor, así como las funciones cognitivas relacionadas con la atención, orientación, pensamiento, memoria, razonamiento, lenguaje, resolución de problemas, etc.

En Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental, se considera uno de los patrones más importantes ya que suele estar alterado en todos, o casi todos los casos. Constituye el de mayor extensión en la recogida de información.

Patrón Autopercepción-Auto concepto

Describe la percepción que tiene de sí mismo el paciente según cuatro variables principales; imagen corporal, estimación propia, cumplimiento de cometido (competencia) e identidad personal. Puede verse alterado por sentimientos de desamparo, amenazas reales o percibidas, situaciones de estrés incontrolable, pérdida de parte del cuerpo o función del mismo, falta de adecuación a los refuerzos sociales, etc. Incluye en su valoración información sobre el estado de ánimo, ideas y actitudes sobre uno mismo y sus competencias. Es importante valorar aspectos verbales y no verbales.

Patrón del Rol-Relaciones

Describe la percepción de los principales roles y responsabilidades personales en situaciones normales de la vida. Además de factores sociolingüísticos y fisiológicos, desde el punto de vista psicopatológico pueden actuar como factores contribuyentes en la disfunción de este patrón: la enfermedad física o mental, el estrés, el miedo, la ira y la agresividad.

Patrón de Sexualidad-Reproducción

Incluye la percepción de satisfacción o disfunción que tiene el individuo en su patrón sexual o de reproducción. Está estrechamente relacionado con el patrón de rol-relaciones. Además de un déficit de conocimientos, consecuencias de tratamientos o intervenciones terapéuticas, falta de intimidad, ausencia o disfunción de algún miembro o parte del cuerpo, etc., existen algunos trastornos psicopatológicos (problemas de identidad, culpa, sentimientos o

abusos deshonestos, violaciones, agresiones, etc.) que pueden interferir un funcionamiento positivo de este patrón, tanto en la víctima de agresiones/lesiones como en la persona mentalmente enferma.

Patrón de adaptación tolerancia al estrés

Incluye la capacidad de resistencia a los cambios, las formas de controlar el estrés, el soporte familiar o de otros sistemas y la percepción de habilidad que tiene el individuo para controlar situaciones estresantes. Se reconocen como factores contribuyentes a la disfunción de este patrón, todos aquellos susceptibles de desencadenar un estado de ansiedad puntual o permanente, ya sean por motivos personales (por ejemplo, estilos de pensamiento), socioculturales o laborales. Patrón de valores y creencias

Incluye la percepción de lo que una persona considera importante en la vida y cualquier conflicto en los valores, creencias o expectativas relacionadas con la salud. (Herrera et al, 2003)

Etapas del Proceso de Atención Enfermero

En 1967, Yura y Walsh, establecieron cuatro etapas del PAE (valoración, planificación, realización y evaluación); posteriormente Bloch, Roy y otros autores, establecieron las cinco fases actuales al añadir la de diagnóstico. Ya sea de cuatro o cinco fases, el PAE empleado por la enfermera se caracteriza por tener una finalidad pues se dirige a un objetivo; es sistemático porque parte de un planteamiento organizado para alcanzar el objetivo; es dinámico pues responde a cambios continuos del paciente y su entorno. (Martell, 2019).

Valoración

Es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de datos (información) en efecto la valoración es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería. Toda la fase del proceso de enfermería depende de una recogida precisa y completa de datos, existen cuatro diferentes tipos de valoración, la valoración de enfermería inicial, la valoración centrada en el problema, la valoración urgente y la valoración tras un tiempo. Las valoraciones varían en función de su objetivo, momento tiempo disponible y estado del paciente. (Elsevier, 2019)

Diagnostico

Los diagnósticos enfermeros son declaraciones precisas y concretas que describen las respuestas humanas alteradas a problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero se basa en un análisis crítico y juicioso de los datos de la valoración y la identificación de los patrones que sugieren una respuesta humana que requiere intervención de enfermería. (Chozas, 2022).

Planeación

Es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería que conlleva a la toma de decisiones y la resolución de problemas. En la planificación el profesional de enfermería consulta los datos de la valoración del paciente y los enunciados diagnósticos para orientarse durante la formulación de los objetivos del paciente la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para para la resolución de los problemas, o la disminución de la gravedad o riesgo de su aparición en el caso de los diagnósticos de riesgo en su salud. (Kozier, 2004)

Implementación

En el proceso de enfermería, la aplicación es la fase de acción en la que el profesional de enfermeros realiza las intervenciones de enfermería. Usando una terminología de la NIC, la aplicación consiste en la realización y registro de actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones.

Evaluación

La fase de evaluación es la última etapa del proceso de atención de enfermería (PAE). Esta fase tiene como objetivo evaluar la eficacia del plan de cuidados que se ha llevado a cabo durante la fase de ejecución. Durante la evaluación se deben revisar los objetivos establecidos en la fase de planificación y compararlos con los resultados obtenidos. (Chozas, 2022).

Definición de la Patología

La craniectomía descompresiva (CD) es un procedimiento quirúrgico en la cual se retira una extensa parte del cráneo con la consiguiente apertura de la duramadre. Son de dos tipos: Primaria, la cual se indica tras la evacuación de un hematoma intracraneal y a pesar de ello se evidencia el desplazamiento del parénquima cerebral durante la fase aguda.

Se realiza para extraer un tumor o una muestra de tejido encefálico. También se realiza para extraer sangre o coágulos de la cabeza y para aliviar la presión intracraneal después de un traumatismo o de un accidente cerebrovascular. A veces se usa para reparar fracturas del cráneo, un aneurisma dentro de la cabeza (dilatación de la pared de un vaso sanguíneo) o como tratamiento de otras afecciones del encéfalo. Con frecuencia, el pedazo de cráneo que se extrae se vuelve a poner en su sitio después de la cirugía. León et al. (2021)

Indicada en procesos como el edema (aumento del líquido), hemorragias, abscesos por infección y tumores cerebrales, para realizar cirugía de un aneurisma (dilatación arterial), en caso de daño en la duramadre (tejido que cubre el cerebro), en caso de fracturas craneales o epilepsia. El sangrado parenquimatoso aparece por rotura en puntos de la pared de pequeñas arterias dilatadas, generados por el efecto mantenido de la HTA. En general, son arterias penetrantes, ramas de las arterias cerebrales anterior, media, posterior y basilar. Existe degeneración de la capa media y muscular, con helenización de la capa íntima, microhemorragias y trombos intramurales, así como degeneración de la túnica media. En general, el sangrado tiene lugar cerca de la bifurcación de arterias donde la degeneración de la capa media y muscular es más prominente.

La angiopatía amiloide es la causa más frecuente de hemorragia lobar y superficial en el anciano. Se produce una degeneración en la pared de arterias y arteriolas situadas en las leptomeninges y en la corteza cerebral. Pueden producirse lesiones múltiples, recidivantes y más frecuentes en regiones posteriores.

La hemorragia secundaria es menos frecuente. Se presenta en pacientes más jóvenes. La localización preferente es lobar y está en relación con fármacos antiagregantes o anticoagulantes, malformaciones vasculares (MAV o cavernosas), coagulopatías o abuso de drogas. Blanco et al. (2010)

Tratamiento Farmacológico

Tratamiento administrado en la estancia hospitalaria, Fenitoína cada 8 horas 125 mg. I.V, Cefepime cada 12 horas 1gr. I.V, Paracetamol cada 12 horas 1gr. I.V, Cloranfenicol cada 4 horas 1 gota Oftálmica y Ceftriaxona cada 8 horas 1gr. I.V.

Tabla 1. *Tratamiento farmacológico*

MEDICAMENTO	VIA	MECANISMOS DE ACCION	CONTRAINDICACION
Fenitoína	Intravenoso	Inhíbe la propagación de la actividad convulsivante en la corteza motora cerebral: estabiliza el umbral promoviendo la difusión de sodio desde las neuronas. También es antiarrítmico, al estabilizar las células del miocardio.	Hipersensibilidad a hidantoínas, bradicardia sinusal, bloqueo sinoatrial
Cefepime	Intravenoso	Se basa en la inhibición de la síntesis de la pared bacteriana (en la fase de crecimiento) debido a la inhibición de las proteínas de unión a la penicilina.	No debe administrarse a pacientes con hipersensibilidad a las cefalosporinas, penicilinas u otros antibióticos betalactámicos.
Paracetamol	Intravenoso	Analgésico y antipirético. Inhibe la síntesis de prostaglandinas en el SNC y bloquea la generación del impulso doloroso a nivel periférico. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura.	Hipersensibilidad. Debido a que se metaboliza en el hígado, se debe administrar con precaución en pacientes con daño hepático, al igual que en aquellos que están recibiendo medicamentos hepatotóxicos o que tienen nefropatía.
Cloranfenicol	Oftálmica	Antibiótico bacteriostático de amplio espectro, interfiere en la síntesis proteica bacteriana.	Se contraindica el uso en personas con antecedentes de hipersensibilidad o antecedentes de reacciones tóxicas a éste. El embarazo y la lactancia. No deberá utilizarse en padecimientos triviales que puedan ser tratados con otros medicamentos ni como agente profiláctico ni su insuficiencia hepática.

Ceftriaxona	Intravenoso	Ceftriaxona es una cefalosporina de amplio espectro y acción prolongada para uso parenteral. Su actividad bactericida se debe a la inhibición de la síntesis de la pared celular.	Hipersensibilidad a ceftriaxona; hipersensibilidad inmediata o grave a penicilinas o a cualquier otro antibiótico beta-láctamico; recién nacidos prematuros hasta la edad corregida de 41 semanas (semanas de gestación + semanas de vida); recién nacidos a término (hasta 28 días) con: ictericia, hipoalbuminemia o acidosis o si se necesita (o se considera que se va a necesitar) tratamiento con Ca IV o perfusiones que contengan Ca debido al riesgo de precipitación de la ceftriaxona con Ca.
-------------	-------------	---	--

Nota. Tomada del registro de cuidados de Enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad Gustavo "A"

Rovirosa Pérez.

VII. Resumen del Caso Clínico

Nombre del paciente: L.F.H.H.

Sexo: Masculino

Edad: 25 años

Fecha de Ingreso al Hospital: 04/ 06/2023

Procedencia: Cunduacán.

Institución: Hospital Regional de Alta Especial Gustavo A. Rovirosa Pérez

Expediente: 672918

Servicio donde se encuentra: Cirugía

Días de hospitalización: 15

Peso: 70 kg

Talla: 1.70

Alergias: Negados

Diagnóstico: Craneotomía descompresiva/ Drenaje de hematoma parenquimatoso frontal basal derecho

Tratamiento farmacológico actual: Feitoína 125mg, Cefepime 1gr, Paracetamol 1gr, Keterolaco 30mg, Cloranfenicol 1 gota y Ceftriaxona 1 gr.

Nota: Tomada del registro de cuidados de Enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad Gustavo "A"

Rovirosa Pérez

Paciente que entra al área de urgencias al Hospital Regional de Alta Especialidad Gustavo A Rovirosa Pérez por accidente en carretera donde colisionó con una moto bajo los efectos de bebidas alcohólicas, resultando con un traumatismo craneocefálico, lesión de espalda y brazo izquierdo.

Se le valoró e ingresó con un estado delicado debido al traumatismo craneocefálico que comprometía su estado de salud; tomándose laboratorios, con una hemoglobina de 6; procediéndose a realizar una craneotomía descompresiva, donde se drenó un hematoma parenquimatoso. El sangrado total durante la cirugía fue de 140 ml con una duración de 3 horas; entrando en estado de coma el paciente, procediéndose a realizar intubación e ingresado al área de Terapia Intensiva, con una estadía de 9 días bajo sedación con Midazolam. El 13/06/2023 se toma la decisión de extubar y referirlo al área de Servicio de Cirugía; lugar donde se llevó a cabo el presente Proceso de Atención de Enfermería.

VIII. Desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería.

Patrón Percepción/ Mantenimiento de la salud

Paciente L.F.H.H. masculino de 25 años de edad se encuentra desorientado en tiempo y espacio y confuso con respuesta a estímulo, ingresa al Hospital Regional de Alta Especialidad “Gustavo A. Roviroso Pérez” por accidente en moto con antecedentes de alcoholismo y tabaquismo; es operado de una craneotomía con drenaje de hematoma parenquimatoso frontal basal derecho. El familiar refiere que el paciente no es alérgico a nada, aparentemente. Actualmente tiene catéter venoso central colocado el día 04/06/2023, fijado y permeable, a través del cual se administra el tratamiento farmacológico: Feitoina 125mg, Cefepime 1gr, Paracetamol 1gr, Keterolaco 30mg, Cloranfenicol 1 gota y Ceftriaxona 1 gr.

Patrón Nutricional/Metabólico

El peso actual es de 70 kg con un IMC de 24.2 el cual se encuentran en peso saludable y talla de 1.70 cm, glicemia capilar de 95 mg/dl, temperatura de 36.7°C. La dieta prescrita es normal laxante y rica en fibra tolerando lo indicado. Se observa una piel pálida, poco hidratada, presenta raspadas en la espalda y brazo debido al accidente por lo que se alojó una úlcera por presión en la espalda nivel sacro. Presenta dentadura completa, mucosa oral hidratada sin presencia de lesiones y con buena higiene.

Patrón de Eliminación

Se observa presencia de sonda vesical colocada el día 15/06/2023 fijada correctamente, con orina de consistencia concentrada, con drenaje de aproximadamente 400 ml durante el turno de 12 horas. En cuanto las heces fecales de acuerdo a la escala de Bristol eran de tipo 1 se consideran con estreñimiento importante asimismo afirma la dificultad para defecar por lo que se

le indicó una dieta rica en fibra y laxante. Su higiene personal se basaba en baños de esponja una vez al día, realizados por el personal enfermero y el familiar en turno.

Patrón Actividad / Ejercicio

El estado físico actual del paciente durante la valoración se observó a través del monitor una frecuencia cardíaca de 60 lpm; tensión arterial de 110/80 dl/Hg y frecuencia respiratoria de 20 rpm. A la auscultación de ruidos respiratorios se escucharon arrítmicos, roncos, sin presencia de secreciones ni apoyo ventilatorio.

Patrón Sueño/ Descanso

Actualmente no se administra ningún fármaco para conciliar el sueño, se observan presencia de ojeras durante la estadía hospitalaria. El cuidador primario expresa que su familiar mostraba cierta dificultad para conciliar el sueño.

Patrón Cognitivo/ Perceptivo

Durante la valoración el paciente se encuentra desorientado en tiempo y espacio, confuso, con una Escala de Glasgow de 10, pupilas isocóricas, sin ningún tipo de sedación. El usuario refiere presencia de cefalea y alteraciones en la memoria a corto plazo debido al accidente.

Patrón Autopercepción/ Auto Concepto

El estado emocional es valorable actualmente con presencia de suspiros, dificultad para relajarse e incluso expresiones de miedo debido a la alteración en la memoria.

Patrón Rol/ Relaciones

El usuario L.F.H.H. se encuentra casado por segunda ocasión con 2 hijos de su actual matrimonio; siendo la esposa actual la cuidadora primaria. La familia extensa muestra el apoyo incondicional al paciente en su actual estado de salud, quienes se turnan para cuidarlo durante los fines de semanas, así como otros familiares lo visitan, con quienes mantiene una buena relación y comunicación.

Patrón Sexualidad/ Reproducción

Genitales de acuerdo a su edad cronológica, pene localizado por encima del escroto, está formado por un tejido esponjoso y vasos sanguíneos, no se observan lesiones ni presencia de mal olor.

Patrón Afrontamiento / Tolerancia al estrés

Durante la recolección de datos el paciente se observó con sentimientos temor e inquietud por su situación actual, expresando preocupación por sus hijos, esposa y madre; así como también comenta que el ambiente hospitalario se le hace incómodo.

Patrón Valores / Creencias

El familiar del paciente refiere que la religión que profesan es católica y su religión no interfiere en ningún procedimiento que se le realice, siendo muy apegados a sus creencias durante las festividades religiosas que se llevan a cabo durante el año, y que debido al accidente reforzaron las reforzaron.

Valoración Clínica del Sujeto del Cuidado

Aspecto General

Paciente L.F.H.H. masculino de 25 años consiente y desorientado en tiempo de espacio, el cual se encuentra en posición semiflower, se observa buena higiene.

Signos vitales

Temperatura de 36.7°, Frecuencia cardiaca 60 latidos por minuto, tensión arterial 110/80 y frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto.

Somatometria

El peso actual es de 70 kg con un IMC de 24.2 el cual se encuentran en peso saludable y de talla 1.70 cm.

Piel

La piel se observa pálida, poco hidratada, presenta raspadas en la espalda y brazo debido al accidente por lo que se alojó una ulcera por presión en la espalda nivel sacro.

Cabeza

Forma adecuada a la anatomía de su edad cronológica, adecuada implantación acorde a su biotipo, fractura de la bóveda del cráneo herida quirúrgica de 10 cm de lado izquierdo por craneotomía previa y drenaje parenquimatoso frontal basal derecho.

Cara

Cara delgada ovalada con movimientos y expresiones faciales, presencia de pequeñas raspadas.

Ojos

Ojos de color café claros, pupilas isocóricas normoreflexivos, no se observan lesiones de iris, conjuntivas y cornea, ausencia de secreciones, simetría en ambos ojos, pestañas con adecuada implantación a los párpados.

Oídos

Con buena implantación auricular, permeabilidad en ambos oídos sin presencia de secreciones, buena higiene.

Nariz

Pequeña de forma simétrica, sin desviaciones ni dificultad respiratoria.

Cavidad bucal y oro faríngeo

Presenta mucosa bucal hidratada de color rosácea y sin lesiones, encías rosadas e íntegras, con dentadura completa y de color amarillenta, observándose caries en los molares inferiores. Lengua situada en posición central de la boca, oro faríngeo de tonalidad rosa, textura lisa y tamaño adecuado.

Cuello

Sin presencia de deformidades, no se observa desviación de la tráquea, ni abultamientos, con pulso carotideo presente, con una pulsación de 73 latidos por minutos.

Tórax

Caja torácica sin deformidades, simetría en movimientos, alineación del esternón, sin presencia de cicatrices; presencia de catéter venoso central en lado derecho, permeable con

buena higiene y fijación adecuada. Sin presencia de adenopatías, latidos cardiacos, sin presencia de soplos, con buena intensidad, campos pulmonares completamente ventilados con murmullo vesicular normal a la auscultación, sin ruidos agregados ni uso de músculos accesorios, con frecuencia regular entre las ventilaciones y buena profundidad, a la palpación sin deformidad alguna

Dorso

Vértebras intactas sin existencia de desviaciones o lordosis, sin deformidades.

Abdomen

Plano, blando depresible, no doloroso a la palpación superficial, e observa la presencia de tejido adiposo, presenta ruidos intestinales anormales, no tiene ni cicatrices o cirugías.

Extremidades

Sin alteraciones óseas, con buen tono muscular, extremidades inferiores sin deformidades, presencia de lesiones a nivel del glúteo, con reflejos osteotendinosos presentes, sin pérdida de la sensibilidad, pulsos presentes fuertes y rítmicos.

Genitales

Piel íntegra retráctil, glande sin lesiones, meato centrado sin secreciones, testículos presentes de forma ovoide no dolorosos no se palpan adenopatías en región inguinal, se observa la presencia de vello púbico, zona raramente húmeda.

Estado Neurológico

Consiente y desorientado en tiempo de espacio, respuesta a estímulos.

Análisis de Datos

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	SIGNOS Y SINTOMAS ENCONTRADOS EN EL PACIENTE	ETIQUETA DIAGNÒSTICA
I. PATRÓN PERCEPCION – CONTROL DE LA SALUD.	Procedimiento invasivo	<p>Etiqueta: Riesgo de infección del sitio quirúrgico</p> <p>Código 00266 Pag.467</p> <p>Definición: Susceptible a la invasión de organismos patógenos en el sitio quirúrgico, lo que puede comprometer la salud. (NANDA 2021-2023).</p>
II. PATRON NUTRICIONAL – METABÒLICO		
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrición 		
<ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio hídrico 		
<ul style="list-style-type: none"> • Termorregulación 		
<ul style="list-style-type: none"> • Integridad de la piel 		

III. PATRON DE ELIMINACION		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminación fecal 	<p>Suprime habitualmente la necesidad de defecar debido a la privacidad insuficiente</p>	<p>Etiqueta: Estreñimiento Código 00011 Pag.257 Definición: Evacuación de heces poco frecuente o difícil. (NANDA 2021-2023).</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminación urinaria 		
<p>IV. PATRON DE ACTIVIDAD EJERCICIO</p>		

<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad 	<p>Disminución de la movilidad física.</p> <p>Fricción superficial</p>	<p>Etiqueta: Lesión por presión en adultos</p> <p>Código 00312 Pag.495</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. (Panel Asesor Europeo de Úlceras por Presión, 2019).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Oxigenación 		
<p>V. PATRON SUEÑO – DESCANSO</p>	<p>Dificultad para mantener el estado de sueño</p> <p>Expresa insatisfacción con el sueño</p> <p>Expresa cansancio y despertar involuntario</p> <p>Ojeras</p>	<p>Etiqueta: Patrón de sueño perturbado</p> <p>Código 00198 Pag.279</p> <p>Definición: Despertares limitados en el tiempo debido a factores externos. (NANDA 2021-2023).</p>
<p>VI. PATRON COGNITIVO - PERCEPTIVO</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de conciencia 		

<ul style="list-style-type: none"> • Percepción sensorial 		
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para recordar • Elaboración del pensamiento y el lenguaje 	<p>Dificultad para recordar eventos y hechos de información</p> <p>Dificultad para retener nueva información</p>	<p>Etiqueta: Deterioro de la memoria</p> <p>Código 00131 Pag.333</p> <p>Definición: Incapacidad persistente para recordar o recordar bits de información o Habilidades, mientras se mantiene la capacidad de realizar de forma independiente las actividades de la vida diaria. (NANDA 2021-2023).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción del dolor 		
<p>VII. PATRON PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO – AUTOCONCEPTO</p>		
<p>VIII. PATRON ROL – RELACIONES</p>		
<p>IX. PATRON SEXUALIDAD – REPRODUCCION</p>		
<p>X. PATRON AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÈS</p>		
<p>XI. PATRON VALORES – CREENCIAS</p>		

Identificación de los Componentes de los Diagnósticos.

DOMINIO	ETIQUETA DIAGNÒSTICA	R/C	FACTORES RELACIONADOS O DE RIESGO	M/P	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
CLASE	(P)		(E)		(S)
11.Seguridad y protección	Riesgo de infección del sitio quirúrgico	R/C	Procedimiento invasivo	M/P	
1.Infeccion					
11.Seguridad Protección	Lesión por presión en adultos	R/C	Disminución de la movilidad física.	M/P	Fricción superficial
2.Lesion física					
3.Eliminacion Intercambio	Estreñimiento	R/C	Supresión habitual de la necesidad de defecar	M/P	Heces pastosas Menos de tres disposiciones a la semana Falta de privacidad
2.Funcion gastrointestinal					

4.Actividad Descanso	Patrón de sueño perturbado	R/C	Perturbaciones ambientales (ruidos y luz)	M/P	Dificultad para mantener el estado de sueño
1.Sueño					Expresa insatisfacción con el sueño Expresa cansancio y despertar involuntario Ojeras
5.Percepcion y Cognición	Deterioro de la memoria	R/C	Hipoxia cerebral	M/P	Dificultad para recordar eventos y hechos de información
4.Cognicion					Dificultad para retener nueva información

Priorización de los Diagnósticos de Enfermería

DIAGNÒSTICO	TIPO DE DIAGNÒSTICO	PRIORIZACION DE ACUERDO A LA TEORÌA DE NECESIDADES DE ABRAHAM MASLOW.
Riesgo de infección del sitio quirúrgico	Riesgo	Fisiológica
Lesión por presión en adultos	Centrado en el problema	Fisiológica
Deterioro de la memoria	Centrado en el problema	Fisiológica
Estreñimiento	Centrado en el problema	Fisiológica
Patrón de sueño perturbado	Centrado en el problema	Fisiológica

Planificación del Plan de cuidados Estandarizados y Plan individual de Intervenciones de Enfermería

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección del sitio quirúrgico R/C procedimiento invasivo.

DOMINIO:	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
IV. Conocimiento y conducta de salud				
CLASE: T. Control de riesgo.	Control del riesgo: Proceso infeccioso	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica los factores de riesgo de infección. • Identifica signos y síntomas de infección • Mantiene un entorno limpio 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca demostrado • Raramente demostrado • A veces demostrado • Frecuentemente demostrado • Siempre demostrado 	<p>MANTENER A: 4</p> <p>AUMENTAR A: 5</p>

	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
CAMPO: 1.Fisiologico básico	Cuidado de las heridas	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las características de la herida incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Limpiar con solución salina o limpiador no toxico según sea necesario. • Observar las características de cualquier drenaje. • Vigilar el proceso de curación en el sitio de incisión. 	Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida. (Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud. 6ta Edición. Elsevier.)
CLASE: I.Control de la piel/heridas	Cuidado del sitio de incisión		
ELABORÓ: Maricruz Torres León			

RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	EJECUCION (Fecha, hora)	I. EVALUACIÓN
Control del riesgo: Proceso infeccioso	Cuidado de las heridas y Cuidado del sitio de incisión	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las características de la herida incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Limpiar con solución salina o limpiador no toxico según sea necesario. • Observar las características de cualquier drenaje • Vigilar el proceso de curación en el sitio de incisión. 	18/06/2023 12:00 am	Durante la aplicación de las intervenciones se estableció una mejora en la higiene de la herida del paciente de igual forma educando a su familiar para que utilice las medidas necesarias para mantenerla en buen estado.
BIBLIOGRAFIA: Herdman, H., Kamitsuru, S. & Lopes, C. (2021-2023) Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Elsevier. / Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. & Wagner, C.M. (2018). Clasificación de intervenciones de Enfermería. Elsevier. / Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Mass, M.L. (2018) Clasificación de resultados de enfermería. Elsevier.				

Diagnóstico de Enfermería: Lesión por presión en adultos R/C Disminución de la movilidad física M/P Fricción superficial.

DOMINIO:	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
IV. Conocimiento y conducta de salud				
CLASE: T. Control de riesgo.	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	<ul style="list-style-type: none"> • Hidratación • Coloración • Perfusión tisular 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensa • Sustancial • Moderada • Ligera • Ninguna 	<p>MANTENER A: 12</p> <p>AUMENTAR A: 15</p>

	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
<p>CAMPO: 1.Fisiologico básico</p> <p>CLASE: I.Control de la piel/heridas</p>	Cuidados de la úlcera por presión	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación • Describir las características de las úlceras incluyendo tamaño, longitud, anchura y profundidad • Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón y agua. 	<p>Facilitar la curación de las úlceras por presión. (Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud. 6ta Edición. Elsevier.)</p>
ELABORÓ: Maricruz Torres León			

RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	EJECUCION (Fecha, hora)	EVALUACIÓN
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Cuidados de la ulcera por presión	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la ulcera humedecida para favorecer la curación • Describir las características de las úlceras incluyendo tamaño, longitud, anchura y profundidad • Limpiar la piel alrededor de la ulcera con jabón y agua 	<p>18/06/2023</p> <p>13:00 pm</p>	Al efectuar las actividades se tiene un mejor control sobre la ulcera por presión y observar si hay mejorías en la misma.
<p>BIBLIOGRAFIA: Herdman, H., Kamitsuru, S. & Lopes, C. (2021-2023) Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Elsevier. / Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. & Wagner, C.M. (2018). Clasificación de intervenciones de Enfermería. Elsevier. / Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Mass, M.L. (2018) Clasificación de resultados de enfermería. Elsevier.</p>				

Diagnósticos de Enfermería: Estreñimiento R/C supresión habitual de la necesidad de defecar M/P heces pastosas, menos de tres disposiciones a la semana, falta de privacidad.

DOMINIO:	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
II.Salud fisiológica				
CLASE: F. Eliminación	Eliminación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento • Cantidad de heces con relación a la dieta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido • Sustancialmente comprometido • Moderadamente comprometido • Levemente comprometido • No comprometido 	<p>MANTENER A: 2</p> <p>AUMENTAR A: 1</p>

	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
<p>CAMPO:</p> <p>1.Fisiologico básico</p> <p>CLASE:</p> <p>Control de eliminación</p>	Control intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Anotar la fecha de la última defecación. • Monitorizar los ruidos intestinales. • Monitorizar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color según corresponda. • Administrar dieta rica en fibra según la indicación. 	<p>Instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal. (Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud. 6ta Edición. Elsevier.)</p>
ELABORÓ: Maricruz Torres León			

RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	EJECUCION (Fecha, hora)	EVALUACIÓN
Eliminación intestinal	Control intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Anotar la fecha de la última defecación. • Monitorizar los ruidos intestinales. • Monitorizar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color según corresponda. • Administrar dieta rica en fibra según la indicación. 	18/06/2023 4:00 pm	La constante vigilancia de las micciones y la administración de la dieta se pudo lograr una mejora en cuanto las evacuaciones del paciente.
<p>BIBLIOGRAFIA: Herdman, H., Kamitsuru, S. & Lopes, C. (2021-2023) Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Elsevier. / Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. & Wagner, C.M. (2018). Clasificación de intervenciones de Enfermería. Elsevier. / Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Mass, M.L. (2018) Clasificación de resultados de enfermería. Elsevier.</p>				

Diagnósticos de Enfermería: Patrón de sueño perturbado R/C Perturbaciones ambientales (ruidos y luz) M/P Dificultad para mantener el estado de sueño, expresa insatisfacción con el sueño, ojeras, expresa cansancio y despertar involuntario.

DOMINIO:	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
I. Salud funcional	Sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño cumplidas • Sueño interrumpido • Dificultad para conciliar el sueño 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido • Sustancialmente comprometido • Moderadamente comprometido • Levemente comprometido • No comprometido 	<p>MANTENER A: 2</p> <p>AUMENTAR A: 1</p>
CLASE: A. Mantenimiento de la energía				

	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
<p>CAMPO: 1.Fisiologico básico</p> <p>CLASE: F.Facilitacion del autocuidado</p>	Mejorar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el patrón del sueño • Ayudar a eliminar las situaciones de estrés antes de dormir • Observar y registrar las horas de sueño del paciente • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo • Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. 	<p>Facilitar ciclos regulares del sueño</p> <p>(Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud. 6ta Edición. Elsevier.)</p>
ELABORÓ: Maricruz Torres León			

RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	EJECUCION (Fecha, hora)	EVALUACIÓN
Sueño	Mejorar el sueño Manejo ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el patrón del sueño • Ayudar a eliminar las situaciones de estrés antes de dormir • Observar y registrar las horas de sueño del paciente • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo • Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo 	25/06/2023 14:00 pm	Lograr mejor el entorno del paciente tomando en cuenta que hay varios pacientes, sin embargo se puede darle mayor relajación para conciliar el sueño.
<p>BIBLIOGRAFIA: Herdman, H., Kamitsuru, S. & Lopes, C. (2021-2023) Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Elsevier. / Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. & Wagner, C.M. (2018). Clasificación de intervenciones de Enfermería. Elsevier. / Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Mass, M.L. (2018) Clasificación de resultados de enfermería. Elsevier.</p>				

Diagnósticos de Enfermería: Deterioro de la memoria R/C Hipoxia cerebral M/P Dificultad para recordar eventos y hechos de información, dificultad para retener nueva información.

DOMINIO:	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
II.Salud fisiológica				
CLASE: F. Eliminación	Memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda información inmediata de forma precisa • Recuerda información reciente de forma precisa • Recuerda información remota de forma precisa 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido • Sustancialmente comprometido • Moderadamente comprometido • Levemente comprometido • No comprometido 	<p>MANTENER A: 2</p> <p>AUMENTAR A: 1</p>

	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
<p>CAMPO: 3.Conductual</p> <p>CLASE: P.Terapia cognitiva</p>	Entrenamiento de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. • Recordar experiencias pasadas • Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imágenes • Llevar acabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual. 	<p>El repaso o repetición de la experiencia hace referencia al proceso cognitivo que mantiene la información en la memoria a corto plazo. De no mediar el repaso, la información puede desaparecer antes de que sea almacenada de una forma significativa. Este repaso también es el que organiza la información en la memoria a corto plazo. Cuando más tiempo sea repasada la información en la memoria a corto plazo, es más probable que sea recordada en un futuro (Klein, 1994)</p>
ELABORÓ: Maricruz Torres León			

RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	EJECUCION (Fecha, hora)	EVALUACIÓN
Memoria	Entrenamiento de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. • Recordar experiencias pasadas • Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imágenes • Llevar acabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual. 	25/06/2023 19:00 pm	Llevando acabo las técnicas el paciente logro retener más información y por más tiempo sin embargo aún se le olvidan ciertas cosas.
<p>BIBLIOGRAFIA: Herdman, H., Kamitsuru, S. & Lopes, C. (2021-2023) Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Elsevier. Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. & Wagner, C.M. (2018). Clasificación de intervenciones de Enfermería. Elsevier. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Mass, M.L. (2018) Clasificación de resultados de enfermería. Elsevier.</p>				

IX. Plan de alta

Posibles malestares post quirúrgica

Picazón, dolor, ardor y entumecimiento a lo largo de la piel de la incisión quirúrgica. Puede oír un sonido de chasquido donde el hueso se está volviendo a unir lentamente. La cicatrización completa del hueso puede tardar de 6 a 12 meses. Probablemente tendrá una pequeña cantidad de líquido bajo la piel cerca de la incisión. La hinchazón puede ser peor en la mañana cuando usted se despierta. Dolores de cabeza, observar esto con una respiración profunda, al toser o al estar activo. Es probable que tenga menos energía al llegar a casa. Esto puede durar por varios meses.

Cuidado de la herida

Use un gorro de baño cuando se duche o se bañe en la tina hasta que el cirujano le quite cualquier sutura o grapas. Después, lave suavemente la incisión, enjuague bien y séquela dando toques. Siempre cambie el vendaje si se moja o se ensucia.

No aplique ningún tipo de cremas o lociones sobre la incisión o a su alrededor. No use productos para el cabello con químicos fuertes (tintes, aclaradores, permanentes o alisadores) durante 3 a 4 semanas.

Cuidados en el hogar

Aumente la actividad física de manera gradual. Pregúntele a su proveedor de atención médica qué actividades puede empezar a hacer. Si tiene fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, pueden darle un plan.

No conduzca hasta que su proveedor de atención médica le diga que puede hacerlo.

No levante ningún objeto hasta que su proveedor de atención médica le diga que puede hacerlo.

Tome sus medicamentos exactamente como le indiquen.

Dúchese cuando lo necesite. Pero mantenga la incisión seca. Puede lavarse el pelo con jabón suave una vez que le hayan quitado los puntos o las grapas.

No se aplique cremas, lociones ni pomadas sobre la incisión a menos que su proveedor se lo haya indicado. Mantener la incisión limpia y seca lo ayudará a sanar más rápidamente. La mayoría de los puntos o grapas en el cuero cabelludo se quitan al cabo de 7 a 10 días.

No beba alcohol ni use drogas recreativas.

Descanse y duerma mucho.

Cuando buscar atención médica de inmediato si tiene alguno de estos síntomas:

Fiebre o escalofríos, enrojecimiento, hinchazón, sangrado o supuración del lugar de la incisión o de la cara, aumento del dolor alrededor del lugar de la incisión, alteraciones en la vista, confusión o exceso de somnolencia.

Debilidad de los brazos o las piernas, problemas para hablar, dificultades para respirar, dolor en el pecho, ansiedad o alteraciones en el estado mental, Espujo (flema) de color verde, amarillo o teñido de sangre y Actividad convulsiva. (Medlineplus, 2022)

X. Conclusión

La elaboración del Proceso de Atención de Enfermería es de suma importancia ya que nos ayuda como personal enfermero a establecer un plan de cuidados e intervenciones para identificar los problemas potenciales de paciente, para así efectuar intervenciones de enfermería donde se cubran las necesidades del mismo. Posibilita una atención integral a los pacientes, no solo atendiendo las necesidades físicas sino también las emocionales, espirituales y sociales.

Finalmente, el Proceso de Enfermería evidencia un instrumento requerido para la práctica profesional que sumado a la solidez teórica y científica de la disciplina profesional de Enfermería dado por los modelos y teorías de Enfermería.

Es importante mencionar que al aplicar las intervenciones es de forma fundamental trabajar en equipo con médicos familiares del paciente para poder obtener los resultados esperados y cumplir el objetivo que se establecieron para la mejora continua del usuario. Por lo que después de haber aplicado el proceso enfermero a un paciente con craneotomía, fue un gran reto ya que debido a la intervención quirúrgica, sin embargo el trabajar de la mano con los cuidadores primarios fue muy grato ya que los conocimientos que se les aportaron fueron de vital importancia y de los cuales mostraban mucho interés.

XI. Bibliografías.

- Báez Hernández, F.J., Nava Navarro, V., Ramos Cedeño, L. y Medina López, O.M. (2009) El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*, 9 (2), 127-134.
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1676>
- Berman, A. & Snyder, S. (2015). *Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Procesos y Práctica*. Pearson.
- Blanco, V., García, F., Torres, V., Ambrosioni, F., Bartesaghi, V., Asteggiante, N.y Boero, A. (2010). Demencia rápidamente progresiva secundaria a angiopatía amiloide cerebral. *Scielo Uruguay*, 32 (2-3), 50-52.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2010000200006
- Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. & Wagner, C.M. (2018). *Clasificación de intervenciones de Enfermería*. Elsevier.
- Cabal, V.E. & Guarnizo, M. (2016). Enfermería como disciplina. *Revista colombiana de Enfermería*. 6 (6) 73-81.
<https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/1436>
- Doenges, M. E., & Frances Moorhouse. (2014). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. Manual Moderno.
- Elsevier (25 de junio de 2019). *Proceso de Enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración*. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/proceso-de-enfermeria-en-cinco-pasos-pensamiento-critico-y-valoracion2>

- Escudero Augusto , D., Marqués Alvarez, L. & Taboada Costa, F. (2008). Actualización en hemorragia cerebral espontánea. *Medicina Intensiva*, 32(6), 282-295.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000600004&lng=es&tlng=es
- Herdman, H., Kamitsuru, S. & Lopes, C. (2021-2023) *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación*. Elsevier.
- Herrera Arce, A., Betolaza López, E., Murua Navarro, F., Martínez, H. & Jiménez Lerma, J. M. (2003). Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *Revista trastornos adictivos*. 5(2) ,58-74. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13045095>
- León Palacios, J. L., Carranza Vásquez, A.P., Alaba Garcia, W., & Lovaton, R. (2021). Craniectomía descompresiva como tratamiento primario de la hipertensión intracraneal por traumatismo encefalocraneano: Experiencia observacional en 24 pacientes. *Acta Médica Peruana*. 38(3) ,199-204. <https://dx.doi.org/10.35663/amp.2021.383.2085>
- López Lucero, A. (2021). Valoración de enfermería pediátrica basada en la filosofía de Marjory Gordon. *Universidad Autónoma Metropolitana*.
<https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/26030/1/cbs1973815.pdf>
- Martell, L. C. (2019). Proceso de Atención de enfermería en el Instituto de Hematología e Inmunología. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*. 35 (4).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892019000400010
- Medlineplus (2022). *Alta tras cirugía del cerebro*.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000124.htm>

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Mass, M.L. (2018) *Clasificación de resultados de enfermería*. Elsevier.

Universidad de Guanajuato (30 enero de 2018). *Unidad didáctica 4: Proceso enfermero*.

<https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-proceso-enfermero>

Vazquez Chozas, J. M. & Muñoz Gonzalez, A. (2008). *El proceso de atención de enfermería*.

Mad.

XII. Anexos

Guía de valoración para adultos por patrones funcionales de salud

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____

SEXO: _____

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: _____ FECHA DE INGRESO AL
SERVICIO: _____

SERVICIO: _____ HORA: _____ No. CAMA: _____ DÍAS DE
HOSPITALIZACIÓN: _____

PROCEDENCIA: _____ EXPEDIENTE: _____ ESTADO CIVIL: _____
RELIGIÓN: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ INGRESO ECONOMICO
MENSUAL: _____

DIAGNÓSTICO
MÉDICO: _____

TRATAMIENTO
ACTUAL: _____

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 _____
fechas _____

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

II. Patrón nutricional / metabólico.

Temperatura: ___ Glucemia: ___ Talla: ___ Peso: ___ IMC [peso(kg)/altura (m)²]: ___

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 ___

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: _____

Vómito/náuseas: Si ___ No ___ Desde ___

Nutrición enteral: Sonda Nasogástrica ___ Sonda Nasoyeyunal ___ Sonda

nasogástrica: Fecha de colocación ___ Residuo Gástrico: No ___ Si ___ Cantidad ___

Características _____

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 _____ Olor _____ Frecuencia _____ cantidad _____

Heces: Consistencia _____ Color _____ Olor _____ Frecuencia _____ Cantidad _____

Sudor: _____ 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 _____ Instalada en la
institución _____ Foránea _____

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 cardiaca _____ Tensión arterial _____ Frecuencia respiratoria _____

Patrón respiratorio espontáneo

Rítmico _____ Regular _____ Irregular _____ Disnea de esfuerzo _____ Disnea de Reposo _____

Ruidos respiratorios: Normales _____ Crepitantes _____ Roncos _____ Estridor _____

Sibilantes _____ Ausentes _____

Secreciones: No _____ Si _____ Características: _____ Cantidad: _____

Apoyo Respiratorio: TOT _____ Traqueostomía _____ Fecha de instalación: _____

Oxigenoterapia: No _____ Si _____

Puntas nasales _____ FiO_2 _____ $SatO_2$ _____

Mascarilla simple _____ FiO_2 _____ $SatO_2$ _____

Mascarilla con Reservorio _____ FiO_2 _____ $SatO_2$ _____

Nebulización continua _____ FiO₂ _____ SatO₂ _____

Ventilación Mecánica

Modo Ventilatorio: _____ 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 _____

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 _____

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 _____ Amputaciones _____ Prótesis _____ Reposo/inmovilidad _____

V. Patr3n reposo / sueño.

Es valorable Si _____ No _____ Porque _____

Se administra medicamentos para dormir: Si _____ No _____

Paciente Consciente:

Presencia actual de:

Atenci3n Disminuida _____ Apatía _____ Cansancio _____ Sueño ininterrumpido _____

Temblor de manos _____ Ojeras _____ Párpados inflamados _____ Bostezos _____

Enrojecimiento de conjuntivas _____ Expresi3n vacía _____ Irritabilidad _____ Falta
de concentraci3n _____ Queja verbal de no sentirse bien descansado _____

VI. Patr3n cognitivo / perceptual.

Estado de conciencia: Alerta _____ Confusi3n _____ Somnolencia _____ Estupor _____ Coma _____

Orientado: Si _____ No _____ Persona _____ Tiempo _____ Espacio _____

Nivel de Conciencia: Puntaje Escala de Glasgow _____

ESCALA DE GLASGOW					
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	2	Flexión anormal	3
		Incomprensibles	1	Extensión anormal	2
		No responde		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 _____

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.

Estado emocional Valorable: Si _____ No _____ **Presencia actual de:**

Nerviosismo ___ Suspiros ___ Temblores ___ Dificultad para relajarse _____

Apatía _____ Tristeza _____

Existen Verbalizaciones autonegativas: _____ Expresiones de desesperanza: _____

Expresiones de miedo: _____ Expresiones de temor: _____

Le preocupa su imagen corporal: No ___ Si ___ Ha habido cambios en su cuerpo: ___

Existen problemas conductuales: No ___ Si ___ Cual: _____

VIII. Patrón rol / relaciones.

Con quien vive: _____ Personas a su cargo: _____

Situación laboral: _____ Cuidador principal: _____

Apoyo 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 _____ Sí _____ Características: _____ ¿Su

enfermedad ha influido de manera alguna en su sexualidad? Si _____ No _____ En mujeres:

Toma anticonceptivos: Si _____ No _____ Fecha de última menstruación _____

Problemas menstruales: Sí _____ 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 ____ Sí ____ Expresa sentimientos de: Negación ____ Ira ____ Depresión ____
 Pacto ____ Aceptación ____ Lo atribuye a _____

Expresa y/o se observa falta de conductas adecuadas o recursos para afrontar su situación o
 sus consecuencias: No ____ Sí ____ Hipersensibilidad a la crítica ____ Conducta
 manipuladora ____ Indiferencia ____ Autocompasión ____

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

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?: _____

¿Cuándo está tenso que le ayuda, qué actividades

realiza? _____

¿Cuál es su respuesta ante una situación de estrés?: _____ ¿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? _____

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? _____

Frecuencia con la que acude a la iglesia: _____ ¿Cuál es su participación?: _____

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

PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

Manteniendo la piel limpia y seca.

Utilizar jabones o sustancias limpiadoras respetuosas con la piel y con bajo poder irritativo.

Lavar la piel con agua tibia, aclarar y secar meticulosamente, pero sin friccionar.

No utilizar alcoholes, ni colonias ya que resecan la piel.

Aplicar cremas hidratantes procurando que se absorban bien.

Si tenemos un problema de incontinencia o exceso de sudoración utilizar productos barrera, como productos con óxido de zinc que protegen y aíslan la piel de la humedad.



Examinando la piel al menos una vez al día, poniendo especial atención a:

Prominencias óseas: talones, caderas, tobillos, codos, zona sacra.

Zonas expuestas a incontinencia. La orina, las heces, el sudor, los estomas, etc. pueden lesionar la piel y provocar lesiones.

Movilización

• A los pacientes encamados es necesario, cada 2-3 horas, moverles alguna zona, haciéndolo siguiendo un orden..

• Procure mantener la alineación corporal para así distribuir el peso de manera uniforme.

• Evite el contacto directo de las prominencias óseas entre sí, por ejemplo tobillos, rodillas, etc.

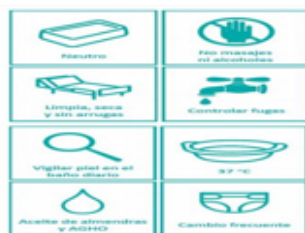
• Si es necesario eleve la cabecera de la cama lo mínimo posible y durante el tiempo mínimo preciso.



Elaboro: L.E. Mari Cruz Torres León

CUIDADOS DE LA PIEL

- Se debe revisar la piel, por lo menos una vez al día. Cualquier área que permanezca enrojecida, tras unos minutos de haber cambiado de postura, tiene que llamar su atención.
- Fíjese bien en las zonas típicas de presión: talones, glúteos, espalda, codos y parte posterior de la cabeza.
- Mantenga la piel limpia y seca. Debe limpiar la piel tan pronto como se ensucie, es conveniente hacerlo con un trapo o esponja suave.
- Debe usar jabones que no irriten la piel. Use agua tibia, no muy caliente.
- No utilice sobre la piel ningún tipo de alcohol
- Aplique cremas hidratantes procurando que se absorban completamente.



MOVILIZACIÓN

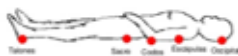
- A los pacientes encamados es necesario, cada 2-3 horas, moverles alguna zona, haciéndolo siguiendo un orden.
- En pacientes que permanecen largo tiempo sentados, si es posible, es conveniente enseñarle a se movilice cada 12-30 minutos.
- Procure mantener la alineación corporal para así distribuir el peso de manera uniforme.

- Evite el arrastre, si tiene que moverlo pida ayuda a otra persona para no arrastrarlo por la cama.
- Si es necesario eleve la cabecera de la cama lo mínimo posible y durante el tiempo mínimo preciso.
- Use dispositivos que disminuyan al máximo la presión: almohadas de latex, colchones anti-escaras (de aire, agua o latex), almohadas, protectores de talones y codos, etc.

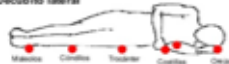


ZONAS MAS COMUNES

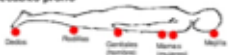
Decúbito supino



Decúbito lateral



Decúbito prono



DECÚBITO SUPINO
Occipital Escápula Codo Sacro Tórax

DECÚBITO LATERAL
Costillas Oreja Cresta ilíaca Codo Mallocos Hombro Trocánter

DECÚBITO PRONO
Mejilla Mamas Genitales Rodillas Punta dedos de los pies Nariz

Elaboro

L.E. Mari Cruz Torres León



**PREVENCIÓN
DE ÚLCERAS
POR PRESIÓN**

Evidencias fotográficas.