



Nombre del Alumno: Gerardo Alonso Herrera Díaz

Nombre del tema: Historia clínica general de paciente en estado crítico y proceso de atención en enfermería

Parcial : 1

Nombre de la Materia: Práctica Clínica de Enfermería 11

Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez

Nombre de la Licenciatura: En Enfermería

Cuatrimestre: 7to

ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Descripción

Se conoce como enfermedad vascular cerebral (EVC) a una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente.

Se clasifica en 2 subtipos: isquémica y hemorrágica.

Isquemica cerebral transitoria: Se produce por la interrupción del flujo sanguíneo. Los síntomas duran unos pocos minutos y el paciente se recupera totalmente en menos de 24 horas. Es considerada como una urgencia médica.

Infarto Cerebral: Aparece cuando el flujo sanguíneo se interrumpe por una obstrucción, que puede ser por causada por grasa o sangre, en un vaso sanguíneo.

Hemorragia: Se presenta cuando un vaso sanguíneo se rompe, causando un sangrado dentro del cerebro.

Síntomas

En una enfermedad vascular cerebral, los síntomas más recurrentes son:

1. Alteración repentina de la visión en un ojo o ambos
2. Pérdida repentina de la fuerza en un brazo, una pierna o ambos
3. Sensación de hormigueo en la cara, brazo o pierna
4. Aparición repentina de:
 - Problemas para hablar y/o entender lo que se escucha, acompañada por balbuceo.
 - Desequilibrio o inestabilidad
 - Dolor de cabeza

- Entumecimiento, debilidad o parálisis de la cara, el brazo o la pierna, en uno o ambos lados del cuerpo y que aparece en forma repentina.
- Ocurrencia súbita de visión borrosa o reducción de la visión en uno o ambos ojos.
- Aparición brusca de mareos, pérdida del equilibrio o caídas sin explicaciones.
- Incapacidad repentina para comunicarse ya sea por dificultad para hablar o entender.
- Aparición súbita de dolor de cabeza, de gran intensidad y sin causa conocida.
- Estos signos de alarma pueden durar sólo unos cuantos minutos y luego desaparecer, o pueden preceder a un EVC de mayores consecuencias y requieren atención médica inmediata.
- Un evento vascular cerebral es una emergencia médica. Cada minuto cuenta cuando alguien está sufriendo un EVC. Cuanto más tiempo dure la interrupción del flujo sanguíneo hacia el cerebro, mayor es el daño. La atención inmediata puede salvar la vida de la persona y aumentar sus posibilidades de una recuperación exitosa.

Factores de riesgo

Se dividen en:

No modificables

- La edad. Con los años el riesgo de presentar EVC aumentan.
- El sexo. Se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres

Contribuyentes

- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Inactividad física
- Obesidad

Modificables o tratables

- Presión arterial alta
- Diabetes Mellitus
- Niveles de colesterol elevados
- El riesgo aumenta dependiendo del número de factores de riesgo que se presenten.

Tratamiento/ Rehabilitación

Para disminuir las secuelas, es importante la rehabilitación física que debe iniciarse lo más rápido posible. Se recomienda que sea multidisciplinaria y constante, de 3 a 6 meses después de la enfermedad vascular cerebral.

Los servicios de rehabilitación pueden incluir:

- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Terapia del lenguaje y auditiva
- Terapia recreacional
- Grupos de apoyo

Recuperación

El tiempo de recuperación en cada persona es diferente y depende de factores como:

- Tamaño de la zona dañada
- Lugar del cuerpo afectado
- Restablecimiento del flujo sanguíneo
- Estado de salud previo

Prevención

Para evitar una recaída es importante seguir las recomendaciones del médico en cuanto a:

- Una dieta más sana
- Realizar ejercicio regularmente
- Evitar el consumo de alcohol y tabaco
- En caso de padecer hipertensión o cualquier otra enfermedad, seguir el tratamiento indicado por el médico.

Consejos para familiares o cuidadores

Es importante que las personas que vayan a cuidar al paciente, tomen en cuenta los siguientes consejos:

- Ayuda al paciente a realizar flexiones de brazos y piernas de manera constante
- Cámbialo de posición cada 2 horas, durante el día
- Báñalo o ayúdalo a que se mantenga limpio
- Lubrica su piel constantemente
- En caso de ser necesario, cámbiale el pañal frecuentemente
- Mantenlo con ropa limpia y cómoda
- Cambia la ropa de capa diariamente y evita que se le hagan pliegues

- Realiza ejercicios de reeducación del lenguaje: pídele que lea direcciones o que repita frases sencillas
- Pon un timbre o campana cerca del paciente para que se pueda comunicar
- Vigila que respete la dieta indicada por el médico
- Procura que tome líquidos de manera abundante durante el día
- Vigila que orine y defeca diariamente
- En caso de tener el paciente con sonda urinaria, vigila que drene continuamente
- En caso de contar con sonda para alimentación, fíjate que no esté tapada y que esté bien colocada
- Toma medidas de precaución para evitar caídas
- Procura que tome sus medicamentos en el horario indicado por el médico
- Por ningún motivo deben suspender sus medicamentos, a menos que así lo indique su médico
- Recuerda que seguir el tratamiento es fundamental para la mejoría del paciente

Recomendaciones

La recámara

Se recomienda que la cama del paciente se encuentre en un lugar con buena ventilación e iluminación y a una altura aproximada de 70 cm desde el piso, para que pueda subir y bajar cómodamente. Para elevarla se pueden colocar ladrillos o bloques de madera debajo de las patas.

En caso de que el colchón sea muy blando, se sugiere colocar una tabla de madera entre el colchón y la base de la cama.

Prevención de las úlceras (llagas)

Los pacientes que pasan mucho tiempo sentados o acostados en la cama, con frecuencia sufren de llagas en la piel. Las zonas de mayor riesgo son la región de la cadera, los glúteos y los talones.

Para evitarlas es importante que el colchón que usen sea duro y procurar que la persona cambie de postura cada 2 horas.

Al mover a la persona, se recomienda hacerlo por el lado afectado, cuidando de que no estire el brazo, ya que eso podría ocasionar debilidad del músculo del hombro y una posible subluxación.

Se necesitan 3 almohadas para ponerlas debajo de la cabeza, bajo los brazos y piernas.

Es importante evitar pliegues en las sábanas y ropa del paciente, así como el contacto de la piel con ropa húmeda y plásticos.

El estar tanto tiempo en un sitio vuelve la piel más sensible, por lo que se debe mantener lubricada con cremas hidratantes o aceite de almendras.

Ante la aparición de rozaduras y llagas, es importante visitar al médico.

Levantarse de la cama y del asiento

Al levantarse, el paciente deberá flexionar las rodillas, pasar el brazo exterior por delante del cuerpo hacia el lado del brazo de apoyo y dejar caer las piernas fuera de la cama. Con el propósito de lograr mayor fuerza para levantarse y quedar sentado.

Para sentarse, es conveniente que el paciente utilice una silla con respaldo alto y descansabrazos, lo que le ayudará al momento de pararse.

Cuando se le ayude a levantarse, se sugiere que el paciente se agarre de la nuca, mientras se pasan los brazos por su espalda para brindarle más fuerza y seguridad.

Cuando el paciente ya está de pie, es importante darle seguridad para caminar. A los pacientes con poca fuerza muscular, se les sugiere usar una férula de tobillo para compensar la falta de fuerza muscular y corregir posibles deformidades, así como andaderas y bastones.

Para parálisis de brazo y mano

Es importante encontrar la manera en que el paciente pueda realizar actividades cotidianas, con movimientos sencillos que eviten dolor, sobre todo en el hombro. Un problema frecuente de causa desconocida es la subluxación del hombro. Para su control, se usan férulas que ayudan a la posición del antebrazo y de la mano.

BIBLIOGRAFIA

Biller J, Schneck MJ, Ruland S. Ischemic cerebrovascular disease. In Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, Newman NJ, eds. *Bradley's and Daroff's Neurology in Clinical Practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2022:chap 65.

Crocco TJ, Meurer WJ. Stroke. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, eds. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 91

HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Ficha de Identificación.

Nombre: J. G.L. _____

Dirección Actual: JUAREZ CHIAPAS _____

Fecha de Nacimiento: 20/09/184 _____ Edad: 38 AÑOS _____

Ocupación: Chofer de transporte publico _____

Motivo de la Consulta: cefalea pulsátil, cefalea súbita, nausea y bobito. __

Antecedentes Personales Patológicos:

Cardiovasculares _____ Pulmonares _____ Digestivos _____ Diabetes _____

Renales _____ Quirúrgicos _____ Alérgicos _____ Transfusiones _____

Medicamentos _____ Desde cuando

lo Padece, Especifique: _____

Antecedentes Personales No Patológicos:

Alcohol: Negado _____

Tabaquismo: Negado _____

Drogas: Negado _____

Inmunizaciones: Negado _____

Otros. _____

Antecedentes Familiares:

Padre: Vivo Si_X__ No____

Enfermedades que padece: Sin patología aparente _____

Madre: Viva Si_X__ No____

Enfermedades que padece: Hipertensa _____

Hermanos: ¿Cuántos? __9__ Vivos _____

¿Enfermedades que padecen y desde cuándo?: Otros: vive en casa rentada con pareja estable y tiene tres hijos, la casa que renta cuenta con todos los servicios públicos, aunque es casa pequeña cuenta con dos cuartos en las cuales los niños duermen juntos y tiene un baño para el aseo personal.

Antecedentes Gineco-obstétricos:

Menarquia _____ Ritmo _____ F.U.M. _____
 G _____ P _____ A _____ C _____ I.V.S.A _____
 Uso de Métodos Anticonceptivos: Si _____ No _____
 ¿Cuál (es)? Y Tiempo de Uso? _____

Padecimiento actual: Presenta hipotensión severa, bradicardia, dilatación pupilar y disfunción respiratoria y cardio vascular.

Interrogatorio por aparatos y sistemas

<p>Aparato digestivo: halitosis, boca seca, masticación, disfagia (odinofagia), pirosis, nausea, vomito, (hematemesis), dolor abdominal. meteorismo y flatulencias, constipación, diarrea, rectorragia, melenas, pujo y tenesmo, Ictericia, coluria y acolia, prurito cutáneo, hemorragias.</p>	<p>Presenta xerostomía (boca seca) Mayormente lo presenta por las tardes.</p>
<p>Aparato cardiovascular: disnea, tos (seca, productiva), hemoptisis, dolor precordial, palpitaciones, cianosis edema y manifestaciones periféricas (acúfenos, fosfenos, síncope, lipotimia, cefalea, etc.)</p>	<p>Presenta problemas en el ritmo cardíaco (arritmias) desde aproximadamente 6 años.</p>
<p>Aparato Respiratorio: tos, disnea, dolor torácico, hemoptisis, cianosis, vómica, alteraciones de la voz.</p>	<p>Presenta dolor torácico tipo isquémico, que se Exacerba con dolores en el miembro izquierdo, mayor mente se da por las tardes.</p>
<p>Aparato Urinario: alteraciones de la micción (poliuria, anuria, polaquiuria, oliguria, nicturia, opsiuria, disuria, tenesmo vesical, urgencia, chorro, enuresis, incontinencia) caracteres de la orina (volumen, olor, color, aspecto) dolor lumbar, edema renal, hipertensión arterial, datos clínicos de anemia.</p>	<p>Presenta dolor urinario al momento de hacer pipi, y en su momento presenta ardor, ocasionalmente se presenta por las mañanas y tardes, aún que el mayor ardor se presenta por las tardes.</p>
<p>Aparato Genital: criptorquidia, fimosis, función sexual, sangrado genital, flujo o</p>	<p>Preguntados y negados.</p>

leucorrea, dolor ginecológico, prurito vulvar.	
Aparato Hematológico: datos clínicos de anemia (palidez, astenia, adinamia y otros), hemorragias, adenopatías, esplenomegalia.	Preguntados y negados.
Sistema Endócrino: bocio, letargia, bradipsiquia (lalia), intolerancia calor/frío, nerviosismo, hiperquinesis, características sexuales, galactorrea, amenorrea, ginecomastia, obesidad, ruborización.	Presenta nerviosismo, se presenta en casos especiales, cómo cuando entra en discusión con personas o cuando tiene un mal día.
Sistema Osteomuscular: ganglios, fotosensibilidad artralgias/mialgias, Raynaud.	Preguntados y negados.
Sistema Nervioso: cefalea, síncope, convulsiones, déficit transitorio, vértigo, confusión y obnubilación, vigilia/sueño, parálisis, marcha y equilibrio, sensibilidad.	Presenta molestias al respirar, cuando entra en desesperación o cuando se siente muy cansado, ocasionalmente esto se presenta a medio día.
Sistema Sensorial: visión, agudeza, borrosa, diplopía, fosfenos, dolor ocular, fotofobia, xeroftalmia, amaurosis, otalgia, otorrea y otorragia, hipoacusia, tinitus, olfacción, epistaxis, secreción, geusis, garganta (dolor) Fonación	Preguntados y negados.
Psicosomático: personalidad, ansiedad, depresión, afectividad, emotividad, amnesia, voluntad, pensamiento, atención, ideación suicida, delirios.	Presenta ansiedad, esto ocurren cuando me siento estresado.

Exploración física:

1.- FC: 50x1 2.- TA: 150/90 3.- FR: 35x1 4.- Temperatura: 35.7°	5.- Peso actual: 65 Kg 6.- Peso anterior: 7.- Peso ideal:
--	---

Exploración por Regiones:

Cabeza	Cara y cráneo. Normocéfalo, tamaño normal, simétrica, sin Lesiones en piel y cuero cabelludo. Las palpaciones en la cabeza se escuchan Normales, no sé palpa hundimientos craneales. Cuero cabelludo: Muy bien hidratado, sin lesiones y cicatrices, con seborrea. Región frontal: Tamaño normal, simétrica, sin lesiones. Región orbital: Cejas palpables completas, ojos simétricos y grandes. Movimientos oculares sin limitaciones, pupilas reactivas. Región orofaringe: Boca con labios lisos, simétricos, integrados,
---------------	--

	presenta caries dentales. Oídos aparentemente normales.
Cuello	Cuello cilindro, con datos de adenopatías, glándula tiroidea de Tamaño normal, sin lesiones aparentes. Palpación: No se palpa ganglios, tráquea y cartílagos laríngeos palpables y sin Dolor de la palpación, presenta buena fuerza muscular.
Tórax	Tórax simétrico expansión pulmonar normal, normolíneo con Movimientos de amplexión y amplexación, normal. Percusión: Sonoridad pulmonar normal, Sin ruidos externos.
Abdomen	Simétrico, pulsación de la aorta visible, piel UNIVERSIDAD DEL SURESTE 8 Con coloración normal, blando depresible con peristalsis normal, no datos de irritación peritoneal. Palpación: No hay presencia de masa ni hernias.
Miembros	Brazos simétricos, con cicatriz en brazo izquierdo, tamaños normales.
Genitales	No permite valoración.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>El paciente presenta problemas en la movilidad ya es ingresado con problemas de la movilidad específicamente del lado derecho.</p>	<p>Dominio 4 actividad/reposo clase 2 actividad ejercicio código 0085</p> <p>Deterioro de la movilidad física r/c disminución de fortaleza muscular e/p alteraciones en la marcha, disminución de habilidades motoras gruesas e inestabilidad postural</p>	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)			
		DOMIO: I SALUD FUNCIONAL		CLASE: C: MOVILIDAD	
		CRITERIO DE RESULTADO:			
		<p>Indicador: 020815: integridad ósea de la extremidad 020803 movimiento muscular 020804 movimiento articular</p>	<p>Puntuación inicial*: 3 moderadamente comprometido</p>	<p>Puntuación diana*:3 moderadamente comprometido- 5 no comprometido</p>	

INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
DOMINIO I FISIOLÓGICO BÁSICO	CLASE: A CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO	CRITERIO DE RESULTADO:	
		INDICADOR: 3	PUNTUACIÓN FINAL: 5
<p>Intervención general: 00226 terapia de ejercicio: control muscular 0224 terapia de ejercicio: movilidad articular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • utilizar estímulos táctiles y/o percusión para minimizar el espasmo muscular • remitir a la fisioterapia y/o terapia ocupacional para los ejercicios de entrenamiento de habituación vestibular • determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio <p>Este cuidado es importante porque el ejercicio terapéutico influye de forma positiva en nuestro cuerpo, ya que incide en muchos aspectos: mejora el sistema cardiovascular, disminuyendo el riesgo de patologías y favoreciendo la circulación. influye de forma positiva en el sistema nervioso, mejorando la coordinación, el tono muscular y el dolor</p>	<p>Con las intervenciones se pretende que el paciente pueda recuperar la movilidad con fisioterapia</p>	<p>3 moderadamente comprometido- 5 no comprometido el paciente refleja mejoría y las intervenciones han sido de gran ayuda</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION			
El paciente presenta problemas a la hora de su ingesta de sus alimentos	<p>Dominio II deterioro de la deglución clase 1 desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades código: 00002</p> <p>desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c ingesta insuficiente de alimentose/p debilidad de los músculos necesarios para la deglución, debilidad de los músculos necesarios para la masticación e incapacidad percibida para ingerir comida</p>	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)			
		DOMIO: II SALUD FISIOLÓGICA	CLASE: K (DIGESTION Y NUTRICION)		
		CRITERIO DE RESULTADO:			
		<p>Indicador: objetivos generales 1013: estado de deglución fase faríngea objetivo específico 101106 mantienela cabeza relajada y el tronco erecto 101114 aceptación de</p> <p>la comida 101115 aceptación del volumen 101104 incomodidad con la deglución</p>	Puntuación inicial*: 1 gravemente comprometido	Puntuación diana*: mantener a 1 gravemente comprometido – aumentar a 3 moderadamente comprometido	

INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
DOMINIO 1 FISIOLÓGICO BÁSICO		CRITERIO DE RESULTADO:	
CLASE: D APOYO NUTRICIONAL		INDICADOR:	PUNTUACIÓN FINAL:
Código:1056 alimentación enteral por sonda	<ul style="list-style-type: none"> • insertar sonda nasogástrica o nasoduodenal naso yeyunal de acuerdo con el protocolo del centro • observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción del aire según el protocolo del centro • observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas, según corresponda. • vigilar el estado de líquidos y electrolitos • antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuos • observar si hay signo de edema y deshidratación <p>el sondaje nasogástrico es una técnica que consiste en la introducción de una sonda desde uno de los orificios nasales hasta el estómago. se emplea en aquellos pacientes que conservan el peristaltismo intestinal pero que no son capaces de</p> <p>ingerir los alimentos por vía oral, de igual manera para verificar la correcta colocación de la sonda hay que utilizar las siguientes técnicas: a. aspirar con una jeringa a través de la sonda; la aparición de contenido gástrico será indicador de la posición correcta</p>	Gravemente comprometido el paciente se encuentra en un estado de desequilibrio en el patrón nutricional se espera lograr una buena alimentación sin complicaciones.	El paciente refiere una calificación final de 5 gravemente comprometido

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION		
<p>El paciente pierde mucha fuerza para caminar y hacer ejercicio, también pierde fuerza en los músculos</p>	<p>Dominio 4 actividad/reposo clase II actividad/ejercicio deterioro de la movilidad en la cama deterioro de la movilidad en la cama rc fuerza muscular insuficiente e/p deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama</p>	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)		
		DOMINIO: I SALUD FUNCIONAL		CLASE: C MOVILIDAD
		CRITERIO DE RESULTADO:		
		<p>Código: 0204 consecuencia de la inmovilidad: fisiológicas 020401 úlceras por presión 020402 estreñimiento 020408 retención urinaria 020415 articulaciones contraídas</p>	<p>Puntuación inicial*:1 gravemente comprometido</p>	<p>Puntuación diana*:1 gravemente comprometido- 0</p>

INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
DOMINIO: I FISIOLÓGICO BÁSICO		CRITERIO DE RESULTADO:	
CLASE: C CONTROL DE INMOVILIDAD		INDICADOR:	PUNTUACIÓN FINAL:0
<p>Intervención general 0844 cambio de posición neurológico.</p>	<p>Intervenciones específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • colocar en posición terapéutica designada • proporcionar apoyo adecuado para el cuello • emplear una mecánica corporal correcta al colocar al paciente • proporcionar un colchón firme • mantener la alineación corporal correcta • colocar con el cuello y la cabeza alineados • colocar el cabecero de la cama lo más bajo posible • girar el cuerpo en bloque cada 2 horas o con más frecuencia según este indicado • estabilizar la columna durante los cambios de posición manteniéndola en alineación anatómica • monitorizar lesiones cutáneas sobre las prominencias óseas <p>al prevenir las úlceras por presión, el paciente gana en calidad de vida. Los profesionales de la sanidad aseguran que aproximadamente un 98% de las úlceras por presión o escaras son evitables. Ahí radica la importancia de prevenir las úlceras por presión además las diferentes superficies de apoyo (p. ej., camas, colchones, cubiertas de colchón y almohadones) tienen como objetivo aliviar la presión y se utilizan para amortiguar las partes vulnerables del cuerpo y distribuir la presión de la superficie de forma más pareja</p>	<p>Se pretende lograr prevenir lesiones en la piel del paciente mediante los cambios de posiciones</p>	<p>El paciente está levemente comprometido, pero presenta factor de riesgo</p>

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION			
<p>El paciente cae en estado de cama y pierde completamente fuerza y movilidad de cuerpos y músculos pierde capacidad de higiene</p>	<p>Dominio III eliminación e intercambio clase 5 autocuidado déficit de autocuidado uso del sanitario</p> <p>déficit de autocuidado: uso de sanitario r/c deterioro de la movilidad e/p deterioro de la capacidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación, deterioro de la capacidad para llegar al sanitario y deterioro para la capacidad sentarse en el sanitario</p>	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)			
		DOMIO: II SALUD FISIOLÓGICA		CLASE: F ELIMINACION	
		CRITERIO DE RESULTADO:			
		<p>Indicador general: 0503 eliminación urinaria 050312 incontinencia urinaria</p>	<p>Puntuación inicial*: 1 grave</p>	<p>Puntuación diana*: 1 grave- 5 ninguno</p>	

INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
DOMINIO: 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO		CRITERIO DE RESULTADO:	
CLASE: B CONTROL DE LA EVACUACION		INDICADOR: 1 GRAVE	PUNTUACIÓN FINAL:0
0580 sonda vesical	<ul style="list-style-type: none"> • garantizar la intimidad y la cobertura adecuada del paciente • emplear iluminación adecuada para la visualización correcta de la anatomía • insertar una sonda recta o con balón de retención según corresponda • confirmar que la sonda se inserte lo suficiente en la vejiga para evitar traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón • conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama o a la bolsa de pierna • colocar la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga • mantener un sistema de drenaje urinario cerrado y no obstruido • monitorizar las entradas y salidas • documentar los cuidados, incluidos el tamaño, tipo y cantidad de relleno del balón <p>se usan para drenar la vejiga, y es de vital importancia para evitar infecciones en la vejiga, la colocación del sistema de drenaje urinario: la bolsa colectora siempre debe encontrarse por debajo del nivel de la vejiga del paciente, aunque el sistema tuviera válvula, para evitar el reflujo de la orina y el mecanismo de ascensión intraluminal de los microorganismos a la vejiga.</p>	Se espera lograr que el paciente tenga una correcta eliminación mediante la sonda y ver posibles complicaciones u infecciones que pueda presentar	El paciente no presenta cambios

NOTA DE ALTA

Paciente **J. G. L** De 62 años de edad muere a causa de **un derrame cerebral** en el hospital regional de la ciudad de Villahermosa el día 14 de octubre del 2022 a las 10:15 de la mañana.