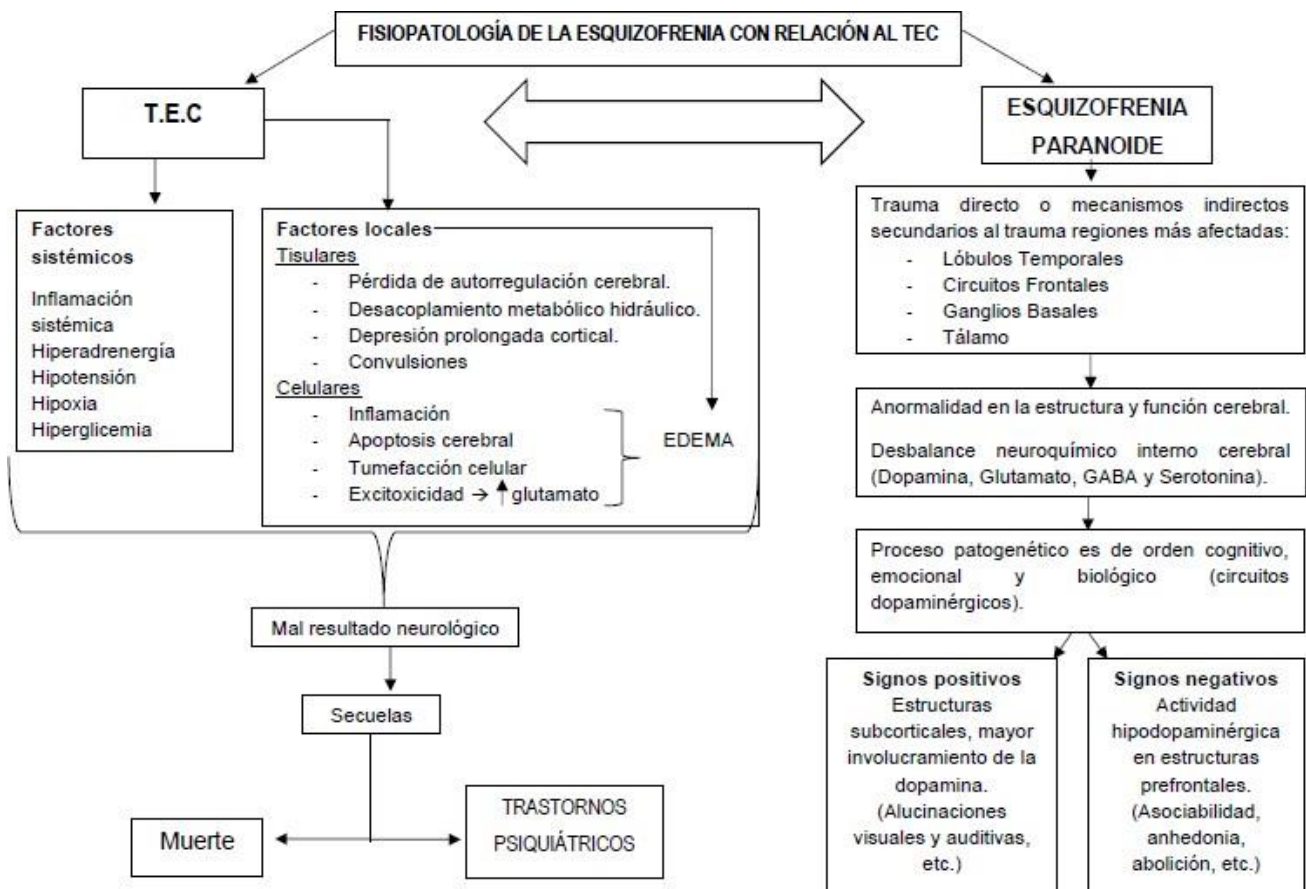


## Proceso de Atención en Enfermería en esquizofrenia paranoide

### Anexos



PLACE. (23–28)

PLACE (NANDA NOC NIC) DIAGNÓSTICO MÉDICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE																																			
NANDA	Juicio crítico, razonamiento lógico, deductivo, Inductivo, Abductivo.	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)																																	
<b>DOMINIO:</b> 5 Percepción/Cognición <b>CLASE:</b> 5 Memoria <b>CÓDIGO:</b> 00131 <b>ETIQUETA:</b> Deterioro de la memoria <b>DEFINICIÓN:</b> Incapacidad persistente para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades. <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Deterioro de la memoria r/c deterioro neurológico (Esquizofrenia) m/p Incapacidad por aprender nueva información, nuevas habilidades, alucinaciones y agresividad <b>FACTOR RELACIONADO:</b> Deterioro neurológico (Esquizofrenia) <b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Incapacidad por aprender nueva información, nuevas habilidades, alucinaciones y agresividad	La Esquizofrenia Paranoide es un trastorno mental grave que puede ser causa del desbalance neuroquímico (Neurotransmisores) conllevando a un proceso patológico de orden cognitivo, emocional y biológico presentando así: alucinaciones auditivas y visuales, comportamiento desorganizado.	<b>RESULTADO</b> <b>Etiqueta:</b> Estado Neurológico <b>Código:</b> 0909 <b>Dominio:</b> Salud fisiológica (II). <b>Clase:</b> (J) Neurocognitiva <b>Definición:</b> Capacidad del sistema nervioso central y periférico para recibir, procesar y responder a los estímulos externos e internos.	<b>INDICADORES</b> <b>Indicador 1</b> Conciencia <b>Indicador 2</b> Comunicación apropiada a la situación <b>Indicador 3</b> Capacidad Cognitiva <b>Indicador 4</b> Patrón sueño-descanso	<b>ESCALAS DE MEDICIÓN</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	GC	SC	MC	LC	SC	1					1					1					1					<b>PUNTAJÓN DIANA</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>M</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	M	2	2	2	2
GC	SC	MC	LC	SC																															
1																																			
1																																			
1																																			
1																																			
M																																			
2																																			
2																																			
2																																			
2																																			
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</b>																																			
<b>Campo:</b> 4 Seguridad		<b>Clase:</b> V Control de Riesgos																																	
<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b> <b>Etiqueta:</b> Manejo de las alucinaciones <b>Código:</b> 6510 <b>Definición:</b> Estimulación de la sensación de seguridad, comodidad y orientación en la realidad de un paciente que experimenta alucinaciones.		Sr. NNNN, presenta Esquizofrenia Paranoide posterior a una lesión cerebral que ha condicionado un estado de deterioro progresivo de la cognición, razón por la cual es necesario el manejo eficaz y oportuno de las alucinaciones con el fin de controlar y evitar complicaciones, conservando así la salud mental del paciente.																																	
<b>ACTIVIDADES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente.</li> <li>Proporcionar el nivel de vigilancia/supervisión adecuado para controlar al paciente.</li> <li>Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones.</li> <li>Mantener una rutina coherente.</li> <li>Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos de forma pautada y a demanda.</li> <li>Informar al paciente/allegados sobre la enfermedad si las alucinaciones están originadas en una enfermedad (delirio, esquizofrenia y depresión).               <ul style="list-style-type: none"> <li>Control de la luz natural y artificial, objetos que permitan una autoagresión y heteroagresión.</li> </ul> </li> </ul>		<b>Juicio crítico, razonamiento lógico, deductivo, Inductivo, Abductivo.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Permitirá identificar fortalezas y debilidades mediante una buena comunicación con el uso del lenguaje verbal y corporal, favoreciendo la relación terapéutica para satisfacer las necesidades del paciente y brindar cuidados de enfermería.</li> <li>Debido a los comportamientos de heteroagresión, autoagresión y constantes intentos de suicidio que pueden ocurrir en cualquier momento de la enfermedad por lo que requieren constante vigilancia que puede ser impartido por familiares, persona de confianza o internamiento en un centro de rehabilitación.</li> <li>Con el fin de identificar conductas y factores desencadenantes a través del lenguaje corporal que indiquen cuando y con qué frecuencia se presentan las alucinaciones.</li> <li>Es importante porque conllevan a una buena salud mental y coherencia, creando así un hábito en la persona que fomenta su autonomía y comprensión respecto al entorno, ya que la falta de la misma puede conllevar a problemas de comportamiento, alimentación, sueño y socialización.</li> <li>Con el objetivo de reducir los síntomas más graves como las alucinaciones, el delirio, la agitación, el pensamiento y comportamiento desorganizado.</li> <li>La falta de conocimiento sobre los síntomas de la enfermedad provocan angustia, miedo, rechazo, dudas, negación, llegando a empeorar la problemática del paciente, afectando de igual manera a la familia y entorno social. El conocimiento oportuno permitirá entender y tomar las medidas adecuadas para afrontar esta enfermedad.</li> </ul>																																	
<b>EVALUACION</b>																																			
<b>RESULTADO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>PUNTAJÓN DIANA</b>		<b>REPORTE DE ENFERMERÍA</b>																															
<b>Etiqueta:</b> Estado Neurológico	<b>Indicador 1</b> Conciencia <b>Indicador 2</b> Comunicación apropiada a la situación <b>Indicador 3</b> Capacidad Cognitiva <b>Indicador 4</b> Patrón sueño-descanso	<table border="1"> <thead> <tr> <th>M</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		M	2	2	2	2	<b>S:</b> Madre refiere que su hijo a presentando dolor de cabeza, cambios de humor frecuentes, agresivo, habla solo, escucha voces. <b>O:</b> Paciente desorientado en tiempo y espacio, memoria remota alterada, atención fluctuante, aspecto físico descuidado, autoagresión y heteroagresión. <b>A:</b> Deterioro de la memoria r/c deterioro neurológico (Esquizofrenia) m/p Incapacidad por aprender nueva información, nuevas habilidades, alucinaciones y agresividad. <b>P:</b> Estado Neurológico para recibir y procesar estímulos internos y externos. <b>I:</b> Manejo de las Alucinaciones: 1. Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente. 2. Proporcionar el nivel de vigilancia/supervisión adecuado para controlar al paciente. 3. Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones. 4. Mantener una rutina coherente. 5. Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos de forma pautada y a demanda. 6. Informar al paciente/allegados sobre la enfermedad si las alucinaciones están originadas en una enfermedad (delirio, esquizofrenia y depresión). <b>E:</b> Paciente se adapta de manera progresiva al tratamiento, pero no hay mejoría notable. Se recomienda ingreso a hospital psiquiátrico.																										
M																																			
2																																			
2																																			
2																																			
2																																			