

Licenciatura en Enfermería.

MATERIA:

ENFERMERÍA DEL ADULTO

TEMA:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR.

ALUMNAS:

KENIA GUADALUPE MONTEJO MENDEZ.

BLANCA FLOR DÍAZ ARCOS.

DOCENTE:

LIC. ENF. JESSICA DEL CARMEN JIMENEZ MENDEZ.

VILLA HERMOSA, TABASCO. FECHA: 02 DE AGOSTO DEL 2020.

ÍNDICE

Introducción -----	3
Descripción de la enfermedad -----	4-7
Objetivos -----	8
Recogida de datos -----	9-10
Valoración por patrones funcionales -----	11-12
PLACE -----	13-27
Conclusión -----	28

INTRODUCCIÓN

En este presente trabajo se presenta el plan de cuidados de enfermería, que se le deberá proporcionar al paciente con la patología de tuberculosis pulmonar con 34 años de edad que ingresa al servicio de urgencias con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que ha perdido peso: 10 kilos en tres semanas, se le realiza el examen físico, dando a conocer sus constantes vitales, de T/A:130/80,FC:80,FR:20 x',TC:39.8°C,SatO2:92%,peso:42 kg.

Normalmente esta enfermedad afecta a las personas de entre 15 a 49 años de edad y es considerada una de las diez primeras causas de muerte en el mundo, por ello el motivo de conocer la patología es para poder realizar una detección oportuna, pero principalmente para poder realizar una planeación y posterior una ejecución en los cuidados necesarios para el paciente.

Los factores que determinan la ocurrencia de la enfermedad son, las condiciones ambientales, sociales, sanitarias e individuales que son factores predisponentes de la tuberculosis, pero hay personas que pueden padecer de esta enfermedad con más facilidad si presentan, malnutrición, el SIDA, el abuso de alcohol y las malas condiciones de vida, esta son algunos de los factores que disminuye la inmunidad posibilitando la aparición de esta patología y haciéndola mucho más grave, con alto riesgo de perder la vida, si no se realiza el diagnóstico correcto y oportuno, un tratamiento y los cuidados necesarios para tratar la enfermedad. Enfermería es la que se encarga de estos cuidados para poder ayudar al paciente.

TUBERCULOSIS

Infección persistente causada por el *Mycobacterium tuberculosis* que, en honor a su descubridor, Roberto Koch, recibe el nombre de bacilo de Koch. Afecta a diversos órganos, pero particularmente los pulmones. Alrededor de la mitad de los hijos de madres afectadas de tuberculosis activa desarrolla la enfermedad durante el primer año de vida si no reciben tratamiento con antibióticos o si no se les vacuna.

Los síntomas más frecuentes son:

- Cansancio intenso.
- Malestar general.
- Sudoración abundante, especialmente al caer el día.
- Pérdida de peso.
- Sangre en los esputos.
- Tos seca, persistente.
- Temperatura corporal que oscila entre los 37 y 37,5 grados. No obstante, en ocasiones no aparece ningún síntoma.

Causas

Se transmite a través del aire, por minúsculas gotas que contienen los bacilos y que las personas infectadas sin tratamientos, o que se encuentran en los primeros días de incubación, eliminan al toser, estornudar o hablar. La transmisión por vía alimentaria no es frecuente, aunque la leche no pasteurizada puede ser fuente de contagio en los países en los que la tuberculosis es muy frecuente.

Tipos

- Pulmonar:
- Extra pulmonar:

Prevención

- Vacuna de la BCG en recién nacidos
- Estilo de vida saludable.

Factores de riesgo:

Todas las personas pueden contagiarse tuberculosis, pero hay ciertos factores que pueden aumentar el riesgo a contraer la enfermedad. Entre otros factores se incluyen:

- VIH/sida
- Diabetes.
- Enfermedad renal grave.
- Ciertos tipos de cáncer.
- Tratamientos oncológicos como la quimioterapia.
- Medicamento para prevenir el rechazo de órganos trasplantados.
- Algunos medicamentos utilizados para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn y la psoriasis.
- Desnutrición
- Edad muy temprana o avanzada.

Diagnostico

- Análisis de sangre
- Pruebas de diagnóstico por imágenes (radiografía de tórax).
- Examen de esputo.

Tratamiento

- Sin tratamiento, la tuberculosis lleva a la muerte.
- Se emplea una combinación de fármacos (isoniacida, la rifampicina, la pirazinamida, el etambutol y la estreptomina), fármacos eficaces pero que tienen efectos adversos.
- En una mujer embarazada con tuberculina positiva, no presenta síntomas y la radiografía de tórax normal, se trata con isoniacida, pero después del último trimestre de embarazo o hasta después del parto.
- Si la mujer embarazada parece de los síntomas, se le administra los antibióticos, isoniacida, pirazinamida y rifampina. Estos fármacos no dañan al feto, por lo tanto, él bebe recibe isoniacida como medida preventiva. Cuidados de enfermería
- Aislamiento aéreo (información al paciente y familiares).
- Control de signos vitales.
- Oxigenoterapia
- Control de líquidos y vigilar hidratación

- Valoración del estado nutricional
- Evaluar eliminación
- Reposo

OBJETIVOS.

➤ **General:**

Realizar un plan de cuidados de enfermería (PLACE), para poder brindar la mejor atención y obtener buenos resultados en la recuperación del paciente.

➤ **Específicos:**

- Conocer los signos y síntomas del paciente
- Realizar una valoración por patrones funcionales.
- Buscar los diagnósticos alterados en la NANDA.
- Plasmar las intervenciones de enfermería
- Revalorar los diagnósticos
- Evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería.

RECOGIDA DE DATOS.

Paciente al momento hemodinámicamente estable sin antecedentes respiratorios, pérdida de peso inexplicable de 10kg aproximadamente en 3 semanas por lo que se decide su ingreso a medicina interna y procede a la colocación de tubo torácico según evaluación y manejo clínico.

NOTA DE INGRESO

Paciente de 34 años de edad, ingresa al servicio de urgencias en camilla, con Dg Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) + Tuberculosis pulmonar (Tb), consciente, orientada, disneica se coloca oxígeno por cánula, vía periférica permeable.

Paciente de 34 años, soltera, nacida y reside en Balancán, Tabasco, instrucción primaria completa, ocupación agricultora, católica. Su grupo sanguíneo lo desconoce. Antecedentes personales no refiere, familiares madre fallece con leucemia linfoblástica aguda hace 14 años, alergias y cirugía ninguna.

Antecedentes gineco obstétricos, menarquía a los 17 años, fecha de su última menstruación 20/04/2015, gestas, abortos, partos o cesáreas ninguna, anticonceptivos ningunos.

Paciente vive con padres y hermanos, en una casa propia con todos los recursos básicos, alimentación 3 veces al día, verduras 4/7, carne 2/7, pollo 2/7, pescado 1/7. Micción de 4 – 6 veces al día, deposición 1 vez al día, no refiere alcohol o tabaco. Motivo de consulta Tos + astenia, paciente refiere que hace más o menos 15 días inicia de forma brusca con astenia generalizada, hace 8 días se acompaña de tos que no moviliza secreciones además se acompaña de dolor lumbar que se incrementa en cada acceso de tos, hace 24 horas se acompaña de alza térmica no cuantificada + cefalea holocraneana de leve intensidad por lo que es traída, más pérdida de peso hace 1 mes.

Refiere cansarse al caminar por periodos cortos y sensación de ahogo. Independiente para las actividades de la vida diaria.

Al examen físico P/A: 130/80 Fc: 80 Fr: 20 x´ TC: 39.8°C SatO2: 92% Peso: 46kg.

Paciente despierta, orientada en tiempo y espacio, cabeza normo cefálica, cabello de implantación y distribución normal, ojos pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, nariz con fosas nasales permeables, boca con mucosas orales húmedas orofaríngeas no congestivas, cuello no ingurgitación yugular, no adenopatía tiroidea, tórax caquético, expansibilidad disminuida, corazón ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, pulmones murmullo vesicular abolido en base pulmonar derecho, estertores en campo pulmonar izquierdo,

abdomen suave depresible no doloroso a la palpación y extremidades simétricas no edematosas.

Comenta que desde hace un mes aproximadamente padece de insomnio, duerme aproximadamente de 2 a 3 horas por día, también consecuencia de la tos que no le permite descansar adecuadamente. Externa cierto grado de ansiedad, temor y tristeza debido a su padecimiento, ya que está a cargo de sus padres.

DX: Tb pulmonar – D/c Ca pulmón.

Se administra dieta general, control de signos vitales, posición Fowler, control de peso diario. Además de administración de solución salina 0.9% 1000cc intravenosa en 24horas, ampicilina más sulbactam 1.5 gr intravenosa cada 6 horas, acetilcisteina 300mg intravenosa cada 8 horas, realizar nebulizaciones 0.5 cc de bromuro de Ipratropio + 2cc de solución salinas al 0.9% cada 8 horas.

Se envía pedidos para realizar exámenes de sangre como biometría hemática obteniendo como resultado los siguientes datos: hematocrito 41.5 %, hemoglobina 13.2 g/dl, plaquetas $478 \times 10^3/uL$, leucocitos $5.72 \times 10^3/uL$, química sanguínea teniendo como resultado glucosa 135 ug/dl , urea 15 ug/dl , creatinina 0.6 ug/dl, bilirrubina total 0,29 mg/dl, ácido úrico 2.0 mg/dl, TGP 14 u/l TGO 26u/L, además de tiempos de coagulación como TP 12 seg –TTP 34 seg , además de electrolitos como Na 150 , K 4.2 , Cl 107.

Formato: Valoración de Enfermería Basada en Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon

Unidad Médica IMSS	Nombre del paciente: María del rosario Chávez Díaz.		Número de Seguridad Social		Fecha de la valoración 29 de julio del 2020 Hora: 13:00 hrs.
Fecha de Ingreso 29 de julio del 2020.	Edad: 34 años	Sexo: femenino	Grupo Sanguíneo: desconocido	Días de estancia	Cama:

Diagnóstico Médico: Tb pulmonar – D/c Ca pulmón

Servicio: urgencias.

Patrón Funcional de salud de M. Gordon	Datos subjetivos y objetivos e información <i>(Describir signos y síntomas, Utilizar Guía de Valoración)</i>	Dominios NANDA:
Patrón 1 manejo percepción de la salud	<p>Motivo de ingreso: Tos, astenia, dificultad para respirar, dolor lumbar, alza térmica.</p> <p>(Alergias, Historia médica, Antecedentes APP AHF, Procedimientos, Tratamientos farmacológicos y medidas terapéuticas, estilo de vida, riesgos, hábitos saludables, ¿Cómo se siente?, Estado de salud)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes personales no refiere, familiares madre fallece con leucemia linfoblástica aguda hace 14 años, alergias y cirugía ninguna 	
Patrón 2 nutricional metabólico	<p>(Temperatura, dieta, metabolismo, Estado de hidratación, piel, heridas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • pérdida de peso inexplicable de 10kg aproximadamente en 3 semanas. • alimentación 3 veces al día, verduras 4/7, carne 2/7, pollo 2/7, pescado 1/7. 	Dominio 2 Clase 1 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002).
Patrón 3 eliminación	<p>(Diarrea, estreñimiento, incontinencia, retención, disuria, etc):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Micción de 4 – 6 veces al día, deposición 1 vez al día. 	
Patrón 4 actividad y ejercicio	<p>(Signos Vitales TA FC, FR, Estado hemodinámico, Patrón respiratorio, Perfusión tisular, / Autocuidado: se baña- viste-alimenta, usa WC por sí sólo –dependiente ó independiente / Movilidad-inmovilidad, reposo, musculoesquelético):</p> <ul style="list-style-type: none"> • P/A: 130/80 Fc: 80 Fr: 20 x´ TC: 39.8°C SatO2: 92% Peso: 46kg • consciente, orientada, disnea se coloca oxígeno por cánula, vía periférica permeable. • Refiere cansarse al caminar por periodos cortos y sensación de ahogo. Independiente para las actividades de la vida diaria. 	Dominio 4 Clase 4 Patrón respiratorio ineficaz (00032). Intolerancia a la actividad (00092).
Patrón 5 sueño y descanso	<p>(insomnio, exceso de sueño o cansancio, Sueño fisiológico o sedación, Horas de sueño, etc):</p> <ul style="list-style-type: none"> • padece de insomnio, duerme aproximadamente de 2 a 3 horas por día. 	Dominio 4 Clase 1 Insomnio (00095).
Patrón 6 cognitivo perceptual	<p>(Dolor, Disconfort, Estado conciencia, Valoración Neurológica, Sentidos, etc):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos que no moviliza secreciones, dolor lumbar que se incrementa en cada acceso de tos, hace 24 horas se acompaña de alza térmica no cuantificada + cefalea holocraneana de leve intensidad 	Dominio 12 Clase 1 Dolor agudo (00132). Clase 6 Hipertermia (00007).
Patrón 7 autopercepción autoconcepto	<p>(Tristeza, depresión, imagen corporal, etc):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Externa cierto grado de ansiedad, temor y tristeza 	Dominio 6 Clase 2

		Baja autoestima situacional (00120).
Patrón 8 rol relaciones	(Roles del cuidador, relaciones personales familiares): <ul style="list-style-type: none"> • Paciente vive con padres y hermanos, en una casa propia con todos los recursos básicos. 	
Patrón 9 sexualidad reproducción	(Gineco obstetricia, embarazo, parto, puerperio, órganos sexuales=aparato reproductor, patrón sexual): <ul style="list-style-type: none"> • menarquía a los 17 años, fecha de su última menstruación 20/04/2015, gestas, abortos, partos o cesáreas ninguna, anticonceptivos ningunos 	
Patrón 10 Adaptación tolerancia al estrés	(Nerviosismo, miedo, duelo, afrontamiento, distrés, resiliencia, Estrés neurocomportamental / Neonatos: adaptación a la vida extrauterina):	
Patrón 11 valores y creencias	(Sufrimiento en general, sufrimiento moral, sufrimiento espiritual, religión, conflicto de decisiones) Católica Externa cierto grado de ansiedad, temor y tristeza debido a su padecimiento, ya que está a cargo de sus padres.	Dominio 10 Clase 3 Sufrimiento moral (00175).
Observaciones: Paciente de 34 años de edad, ingresa al servicio de urgencias en camilla, con Dg Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) + Tuberculosis pulmonar (Tb), consciente, orientada, disneica se coloca oxigeno por cánula, vía periférica permeable.		

TALLER: MODELO DE CUIDADO Y TAXONOMIAS NNN

CUADERNO DE TRABAJO

MATERIAL DIDÁCTICO (PLACE Y NOTAS DE ENFERMERÍA)

RESPONSABLE:

Lic. Enf. Jessica del Carmen Jiménez Méndez.

1 **PLACE: Bifocal ()** Del diagnóstico enfermero (x) al paciente con TUBERCULOSIS PULMONAR.

Diagnóstico Enfermero NANDA	Resultado NOC	Indicadores:	Escala(s) likert	Puntuación diana		
Patrón funcional: actividad y ejercicio Dominio:4 actividad/reposo Clase:4 respuestas cardiovasculares/pulmonares Pág. NANDA:238 (ED, FR, CD) Intolerancia a la actividad con reposo en cama y desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno por disnea des esfuerzo, fatiga y frecuencia cardiaca anormal en respuesta a la actividad.	Dominio NOC: salud funcional (I) Clase NOC: mantenimiento de la energía Código:(0005) Pág. NOC:552 Etiqueta del resultado: Tolerancia a la actividad	<ul style="list-style-type: none"> hallazgo de electrocardiograma saturación de oxígeno con respuesta a la actividad esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad presión arterial sistólica en respuesta a la actividad 	1.gravemente comprometido 2.sustancialmente comprometido 3.moderadamente comprometido 4.levemente comprometido 5.no comprometido	MA 4 4 3 4	AA 4 4 2 4	EVAL 4 4 3 4
			Puntuación global del resultado	4	4	4
Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE						

Campo:1 fisiologico:basico

Clase: control de actividad ejercicio

Etiqueta de la Intervención NIC: manejo de energía

Código NIC:0180

Página NIC:278

Actividades

- vigilar la repuesta cardiorrespiratoria a la actividad(taquicardia, otras arritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria)
- observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía (p.ej.requisitos para la restricción de actividad o reposo en cama.
- favorecer el reposo en cama/limitacion de actividad (aumentar el número de descanso) con periodo de descanso protegidos de eleccion.
- controlar la respuesta de oxígeno del paciente (frecuencia cardiaca, ritmo cardiaco y frecuencia respiratoria) a los autocuidados o actividades de cuidados por parte de otros.
-

Campo:fisiológico:complejo

Clase: control respiratorio

Etiqueta de la Intervención NIC: monitorizacion respiratoria

Código NIC:3350

Página NIC:348

Actividades

- vigilar la frecuencia,ritmo,profundidad y esfruerzo de las respiraciones
- observar si se producen respiraciones ruidosas,como estridos o ronquidos
- palpar para ver si la expansión pulmonar es igual
- auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados.
- anotar aparicion, características y duración de la tos
- vigilar las secreciones respiratorias del paciente
-
-
-
-

1 ejemplo Registros clínicos:

Nota de enfermería / Datos objetivos y subjetivos / signos y síntomas/valoración

Paciente moderadamente comprometido en la función respiratoria, solo se altera cuando realiza actividades.

<i>DIAGNÓSTICO ENFERMERO</i>	<i>RESULTADO ESPERADO</i>	<i>Intervenciones y/o recomendaciones GPCE</i>
Intolerancia a la actividad con reposo en cama y desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno por disnea des esfuerzo, fatiga y frecuencia cardiaca anormal en respuesta a la actividad.	Tolerancia a la actividad	<ul style="list-style-type: none">• vigilar la frecuencia,ritmo,profundidad y esfuerzo de las respiraciones• observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridos o ronquidos

Clave de las GPCE y documentos consultados

Evaluación / Respuesta y Evolución

Continua en reposo y con monitorización de signos vitales (patrón respiratorio)
Enfermería brinda cuidados necesarios.

2 PLACE: Bifocal () Del diagnóstico enfermero(x) al paciente con TUBERCULOSIS PULMONAR

Diagnóstico Enfermero NANDA	Resultado NOC	Indicadores:	Escala(s) likert	Puntuación diana		
Patrón funcional: ACTIVIDAD /REPOSO Dominio: actividad/reposo Clase: sueño/reposo Pág. NANDA:213 (ED, FR, CD) Insomnio, con malestar físico, temor por dificultad para permanecer dormido	Dominio NOC:salud funcional(II) Clase NOC:mantenimiento de la energía(A) Código:0004 Pág. NOC:549 Etiqueta del resultado: sueño	<ul style="list-style-type: none"> sueño interrumpido dolor siesta inapropiada dificultada para conciliar el sueño 	1.grave 2.sustancial 3.moderado 4.leve 5.ninguno	MA 1 1 5 1	AA 1 2 5 1	EVAL 1 2 5 1
Puntuación global del resultado				1	1	1

Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE

Campo:fisiológico:basico Etiqueta de la Intervención NIC: <u>mejorar el sueño</u> Código NIC:1850 Actividades <ul style="list-style-type: none"> observar/registrar el patrón de sueño del paciente y número de horas de sueño comprobar el patrón del sueño del paciente y observar las circunstancias física (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológica (miedo o ansiedad)que interrumpe el sueño enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño ajustar ambiente (luz,ruido,temperatura,colchon y cama)favorecer el sueño ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de ir a la cama fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario 	Clase: facilitación del autocuidado Página NIC:334	Campo: conductual Etiqueta de la Intervención NIC: <u>terapia de relajación</u> Código NIC:6040 Actividades <ul style="list-style-type: none"> explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponible (música, meditación, respiración, rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva). determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado. crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible. inducir conductas que estén condicionadas para producir relajacion,como respiración profunda,bostezos,respiración abdominal e imágenes de paz dejar al paciente un tiempo sin molestarle, ya que puede quedarse dormido. evaluar regularmente las indicaciones que refiera el paciente sobre la relajación conseguida y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardiaca, presión arterial y temperatura de la piel, según corresponda. 	Clase: fomento de la comodidad psicológica Página NIC:419
--	---	--	--

2 ejemplo Registros clínicos:

Nota de enfermería / Datos objetivos y subjetivos / signos y síntomas/valoración

Paciente que no logra conciliar el sueño por la preocupación de su patología, dolor lumbar y por la tos frecuente.

<i>DIAGNÓSTICO ENFERMERO</i>	<i>RESULTADO ESPERADO</i>	<i>Intervenciones y/o recomendaciones GPCE</i>
Insomnio, con malestar físico, temor por dificultad para permanecer dormido	<ul style="list-style-type: none"> • sueño 	<ul style="list-style-type: none"> • crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible. • Técnica de relajación.

Clave de las GPCE y documentos consultados

Evaluación / Respuesta y Evolución

Enfermería brinda cuidados necesarios para que el paciente pueda conciliar el sueño
Escucha activa, donde el paciente expresa sus preocupaciones.

3 **PLACE: Bifocal()** Del diagnóstico enfermero(x) al paciente con **TUBERCULOSIS PULMONAR**

Diagnóstico Enfermero NANDA	Resultado NOC	Indicadores:	Escala(s) likert	Puntuación diana		
Patrón funcional: autopercepción auto concepto Domino:6 autopercepción Clase:2 autoestima Pág NANDA:274 <i>(ED, FR, CD)</i> <i>Riesgo de bajar autoestima situacional por alteración del rol social, disminución de la capacidad social, disminución de control del entorno.</i>	Dominio NOC: salud psicosocial Clase NOC: integración social Código:1501 Pág. NOC:301 Etiqueta del resultado: desempeño del rol	<ul style="list-style-type: none"> desempeño de la conducta del rol laboral desempeño de las conductas del rol social desempeño de las expectativas del rol descripción de los cambios de rol con la enfermedad o la incapacidad 	1.inadecuado 2.ligeramente adecuado 3.moderadamente adecuado 4.sustancialmente adecuado 5.completamente adecuado	MA 1 4 4 1	AA 1 4 4 1	EVAL 1 4 4 1
PLACE			Puntuación global del resultado	1	1	1
Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE						

Campo:3 conductual

Clase:potenciación de la comunicacion

Etiqueta de la Intervención NIC: **potencialización de la socialización**

PLAN DE CUIDA

Código NIC:5100

Página NIC:360

Actividades

- fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecida.
- fomentar la actividad social y comunitaria
- facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente
- proporcionar retroalimentación sobre el cuidado del aspecto personal y demás actividades.
- ayudar al paciente a que aumente la conciencia de sus puntos fuertes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.
-
-

Campo:3 conductual

Clase:ayuda para el afrontamiento

Etiqueta de la Intervención NIC: **apoyo emocional**

Código NIC:

Página NIC:

Actividades

- explora con el paciente que ha desencadenado las emociones
- ayudar al paciente para proporcionarle ayuda.
- ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza
- animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza
- facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento al temor
- no exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado
-

ED: Etiqueta diagnóstica. FR: Factores relacionados. CD: Características definitorias. MA: Mantener a... AA: Aumentar a... EVAL: Evaluación.

3 ejemplo Registros clínicos:

Nota de enfermería / Datos objetivos y subjetivos / signos y síntomas/valoración

Paciente que manifiesta baja autoestima por la situación en el que se encuentra (enfermedad), no poder realizar las actividades diarias y no poder hacerse cargo de sus padres.

<i>DIAGNÓSTICO ENFERMERO</i>	<i>RESULTADO ESPERADO</i>	<i>Intervenciones y/o recomendaciones GPCE</i>
<i>Riesgo de bajar autoestima situacional por alteración del rol social, disminución de la capacidad social, disminución de control del entorno.</i>	<ul style="list-style-type: none"> desempeño del rol 	<ul style="list-style-type: none"> Se le brinda ayuda al paciente para expresar su tristeza Palabras de apoyo y aliento Colaboración en el proceso de su enfermedad.

Clave de las GPCE y documentos consultados

Evaluación / Respuesta y Evolución

El paciente manifiesta mucha tristeza por su enfermedad
Enfermería brinda cuidados necesarios y se obtiene respuestas esperadas.

4 PLACE: Bifocal() Del diagnóstico enfermero(x) al paciente con TUBERCULOSIS PULMONAR

Diagnóstico Enfermero NANDA	Resultado NOC	Indicadores:	Escala(s) likert	Puntuación diana		
Patrón funcional: valoración y creencia Domino:10 principios vitales Clase:3congruencia entre valores/creencias/acciones Pág NANDA:370 (ED, FR, CD) sufrimiento moral por conflicto entre los que deben tomar decisión de angustia por la propia elección moral (p.ej., impotencia, ansiedad, temor).	Dominio NOC:salud fisiológica Clase NOC:neurocognitiva Código:0906 Pág. NOC:553 Etiqueta del resultado: toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> •identifica información relevante •identificar las consecuencias posibles de cada alternativa •reconocer contradicciones con los deseos de los demás <ul style="list-style-type: none"> • • 	1.gravemente comprometido 2.sustancialmente comprometido 3.moderadamente comprendido 4.levemente comprometido 5.no comprometido	MA 4 3 4	AA 4 4 4	EVAL 4 3 4
Puntuación global del resultado				4	4	4

Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE

Campo:3 conductual	Clase: ayuda para el afrontamiento	Campo: conductual	Clase: ayuda para el afrontamiento
Etiqueta de la Intervención NIC: <u>clarificación de valores</u> Código NIC:5480	Etiqueta de la Intervención NIC: <u>apoyo en la toma de decisiones</u> Código NIC:5250	Etiqueta de la Intervención NIC: <u>clarificación de valores</u> Código NIC:5480	Etiqueta de la Intervención NIC: <u>apoyo en la toma de decisiones</u> Código NIC:5250
Actividades <ul style="list-style-type: none"> •crear una atmosfera de aceptacion,sin prejuicio •animar a tener en cuenta los valores subyacentes a las elecciones y consecuencia de la elección. •ayudar al paciente a priorizar los valores •utilizar una técnica escrita de clarificación de valores (situación y preguntas escritas), según corresponda. •animar al paciente a hacer una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones. •ayudar al paciente a evaluar si los valores están de acuerdo o en conflicto con los miembros de la familia/allegados. • • 	Actividades <ul style="list-style-type: none"> • ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que puedan ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. • informar al paciente sobre la existencia de punto de vista alternativo y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo •ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa •establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso. • • 	Actividades <ul style="list-style-type: none"> •crear una atmosfera de aceptacion,sin prejuicio •animar a tener en cuenta los valores subyacentes a las elecciones y consecuencia de la elección. •ayudar al paciente a priorizar los valores •utilizar una técnica escrita de clarificación de valores (situación y preguntas escritas), según corresponda. •animar al paciente a hacer una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones. •ayudar al paciente a evaluar si los valores están de acuerdo o en conflicto con los miembros de la familia/allegados. • • 	Actividades <ul style="list-style-type: none"> • ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que puedan ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. • informar al paciente sobre la existencia de punto de vista alternativo y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo •ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa •establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso. • •

ED: Etiqueta diagnóstica. FR: Factores relacionados. CD: Características definitorias. MA: Mantener a... AA: Aumentar a... EVAL: Evaluación.

4 Ejemplo Registros clínicos:

Nota de enfermería / Datos objetivos y subjetivos / signos y síntomas/valoración

Paciente que refiere sufrimiento por no poder hacerse cargo de sus padres.

<i>DIAGNÓSTICO ENFERMERO</i>	<i>RESULTADO ESPERADO</i>	<i>Intervenciones y/o recomendaciones GPCE</i>
sufrimiento moral por conflicto entre los que deben tomar decisión de angustia por la propia elección moral (p.ej., impotencia, ansiedad, temor).	<ul style="list-style-type: none"> • toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> • ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que puedan ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. • Brindar ayuda psicológica

Clave de las GPCE y documentos consultados

Evaluación / Respuesta y Evolución

El paciente manifestaba temor y preocupación para tomar decisiones relacionado a su enfermedad, ya que ella esta cargo de sus padres. Enfermería brinda cuidados necesarios y se obtienen buenos resultados.

5 PLACE: Bifocal() Del diagnóstico enfermero(x) al paciente con TUBERCULOSIS PULMONAR

Diagnóstico Enfermero NANDA	Resultado NOC	Indicadores:	Escala(s) likert	Puntuación diana		
Patrón funcional: nutrición Domino:2 Clase:1 Págg NANDA:163 (ED, FR, CD) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionando por ingesta insuficiente de alimentos por falta de interés en la comida	Dominio NOC: salud fisiológica Clase NOC: regulación metabólica Código:1006 Págg NOC:452 Etiqueta del resultado: peso: masa corporal	<ul style="list-style-type: none"> • peso • tasa del perímetro cintura/cadera(mujeres) • porcentaje de grasa corporal 	1.desviacion grave de rango normal 2.desviacion sustancial del rango normal 3.desviacion moderada del rango normal 4.desviacion leve del rango normal 5.son desviación del rango normal	MA 1 1 1	AA 1 1 1	EVAL 1 1 1
Puntuación global del resultado				1	1	1
Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE						
Campo: fisiología básica Etiqueta de la Intervención NIC: <u>alimentación</u> Código NIC:1050 Clase: apoyo nutricional Página NIC:82 Actividades <ul style="list-style-type: none"> • identificar la dieta prescrita. • proporcionar una analgesia adecuada antes de la comida, según corresponda • dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito. • establecer los alimentos según los prefiera el paciente, • acompañar la comida con agua, si es necesario • registrar la ingesta, si resulta oportuna • comer sin prisa, lentamente • prestar atención al paciente durante la alimentaciónv • a los padres/familia a que alimenten al paciente • 	Campo: fisiología básica Etiqueta de la Intervención NIC: <u>asesoramiento nutricional</u> Código NIC:5246 Clase: apoyo nutricional Página NIC:100 Actividades <ul style="list-style-type: none"> • establecer la duración de la relación de asesoramiento • facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar • utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética. • comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. • comentar los significados de la comida para el paciente • • 					

ED: Etiqueta diagnóstica. FR: Factores relacionados. CD: Características definitorias. MA: Mantener a... AA: Aumentar a... EVAL: Evaluación.

5 ejemplo Registros clínicos:

Nota de enfermería / Datos objetivos y subjetivos / signos y síntomas/valoración

Paciente que tiene una alteración en su peso: en 3 semanas manifiesta haber perdido 10 kilos.

<i>DIAGNÓSTICO ENFERMERO</i>	<i>RESULTADO ESPERADO</i>	<i>Intervenciones y/o recomendaciones GPCE</i>
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionando por ingesta insuficiente de alimentos por falta de interés en la comida.	<ul style="list-style-type: none"> • peso: masa corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta balanceada • Peso y talla diario • Apoyo emocional

Clave de las GPCE y documentos consultados

Evaluación / Respuesta y Evolución

Paciente manifiesta mejoría en su peso
Enfermería brinda los cuidados necesarios y adecuados.

6 PLACE: Bifocal() Del diagnóstico enfermero(x) al paciente con TUBERCULOSIS PULMONAR

Diagnóstico Enfermero NANDA	Resultado NOC	Indicadores:	Escala(s) likert	Puntuación diana		
<p>Patrón funcional: nutrición metabólica Domino: 12 Clase:1 Págs NANDA: 439 (ED, FR, CD) <i>Experiencia sensitiva y emocional ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos: inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible. Relacionado con lesión por agentes biológicos p.e infección, isquemia.</i></p>	<p>Dominio NOC: 10 Clase NOC: conducta de salud Código:1605 Pág NOC: Etiqueta del resultado: Control del dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • reconoce el comienzo del dolor • reconoce los factores causales • utiliza medidas preventivas • utiliza analgésicos de forma apropiada • reconoce síntomas asociadas del dolor 	<p>1. nunca demostrado 2. raramente demostrado 3. a veces demostrado 4. frecuentemente demostrado 5. siempre demostrado</p>	MA	AA	EVAL
		<ul style="list-style-type: none"> • • • • 	<p>1. 2. 3. 4. 5.</p>			
<p>Puntuación global del resultado</p>				5	5	5
<p>Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE</p>						

Campo: fisiológica básica.

Clase: fomento de la comodidad física.

Etiqueta de la Intervención NIC: manejo del dolor Código NIC:1400 Página NIC:310

Actividades

- realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- explorar al paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.
- enseñar los principios del manejo del dolor.
- Administración de analgesia.

Campo: fisiológico complejo.

Clase: control de fármaco

Etiqueta de la Intervención NIC: administración de analgésico.

Código NIC: 2210

Página NIC:

Actividades

- determinar la ubicación y fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia
- instruir para que se solicite la medicación a demanda para el dolor antes de que el dolor sea intenso.
- documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

ED: Etiqueta diagnóstica. FR: Factores relacionados. CD: Características definitorias. MA: Mantener a... AA: Aumentar a... EVAL: Evaluación.

6 ejemplo Registros clínicos:

Nota de enfermería / Datos objetivos y subjetivos / signos y síntomas/valoración

El paciente se queja de dolor lumbar, expresión facial de dolor. Se evalúa mediante la escala del dolor.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO	Intervenciones y/o recomendaciones GPCE
<p><i>Experiencia sensitiva y emocional ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos: inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible. Relacionado con lesión por agentes biológicos p.e infección, isquemia.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Control del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> Valoración Administración de analgesia Técnicas de relajación

Clave de las GPCE y documentos consultados

Evaluación / Respuesta y Evolución

Paciente que se quejaba de dolor lumbar, se mantiene con control del dolor mediante la administración de analgesia.

CONCLUSIÓN.

El plan de cuidados de enfermería esta diseñada para poder plasmar las intervenciones y actividades, que se le realiza a un paciente de acuerdo a su patología, mediante la valoración de los patrones funcionales. Así también es una herramienta para el personal de enfermería mas simplificado y de fácil uso, siempre y cuando el personal de la salud sepa como manejarlo. Es muy importante saber el manejo del PLACE ya que nos permite saber de antemano en la planeación del proceso de atención de enfermería los diagnósticos y los cuidados de enfermería que le debe brindar al paciente.