

Nombre de alumno: Fátima Montserrat Cruz Hernández

Nombre del profesor: NANCY DOMINGUEZ

Nombre del trabajo: PLACE

Materia: ENFERMERIA CLINICA

Grado: Cuarto

Grupo:

PLACE EN HERIDAS

GUIA DIDACTICA No. 1

- VALORACION ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON 1. MANEJO/ PERCEPCION DE LA SALUD PATRON 10. ADAPTACION/ TOLERANCIA AL ESTRES	CONDUCTAS DE EVITACION Y SEQUEDAD BUCAL	<ul style="list-style-type: none">• RIESGO DE INFECCION DE LA HERIDA• TEMOR

GUÍA DIDÁCTICA No 2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

II.- REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D 11. SEGURIDAD/ PROTECCION C 1. INFECCION	<ul style="list-style-type: none"> • RIESGO DE LA INFECCION DE LA HERIDA R/C FACTORES AMBIENTALES 	RIESGO
D 9. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRES C 2. RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • TEMOR R/C LA PRESENCIA DEL DOLOR Y EL NO ESTAR FAMILIARIZADO CON LA SITUACION 	REAL

GUÍA DIDÁCTICA No. 3 PLAN DE RESULTADOS (NOC)

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

RIESGO DE LA INFECCION DE LA HERIDA R/C FACTORES AMBIENTALES

DEFINICION DE RIESGO DE INFECCION: SUCEPTIBLE A UNA ONVASION Y MULTIPLICACION DE ORGANISMOS PATOGENOS QUE PUEDEN COMPROMETER LA SALUD.

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO IV. CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD CLASE T. CONTROL DEL RIESGO Y SEGURIDAD	1902 CONTROL DEL RIESGO	190220 Identifica los factores de riesgo 190201 Reconoce los factores de riesgos personales 190202 Controla los factores de riesgo ambientales	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado CALIFICACION MINIMA: 4 CALIFICACION MAXIMA: 15	MANTENER A: 9 AUMENTAR A: 15

GUÍA DIDÁCTICA No 4
PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p>CAMPO II. FISIOLÓGICO COMPLEJO NIVEL I. CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS</p>	<p>Cuidados de las heridas 3660</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño, y olor. • Administrar cuidados del sitio de insición según sea necesario. • Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida. • Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. • Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de vendaje • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. • Cambiar de posición al paciente mínimo cada 2 hrs, según corresponda. • Enseñar al paciente y familiares los procedimientos de cuidado de la herida • Enseñar al paciente y familiares los signos y síntomas de infección 	<p>.Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación</p>

GUÍA DIDÁCTICA No. 3 PLAN DE RESULTADOS (NOC)

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

TEMOR R/C TEMOR R/C LA PRESENCIA DEL DOLOR Y EL NO ESTAR FAMILIARIZADO CON LA SITUACION

DEFINICION DE TEMOR: temor a la percepcion de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO IV. CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD CLASE GG. CONOCIMIENTO SOBRE SU CONDICION DE SALUD	3209 CONOCIMIENTO MANEJO DE HERIDAS	320901 tipo de herida 320907 importancia de terminar la terapia antibiotica 320911 cuando pedir asistencia 320915 actividades de autocuidado para la limpieza de la herida	1. NINGUN CONOCIMIENTO 2. CONOCIMIENTO ESCASO 3. CONOCIMIENTO MODERADO 4. CONOCIMIENTO SUCTANCIAL 5. CONOCIMIENTO EXTENSO CALIFICACION MINIMA: 4 CALIFICACION MAXIMA: 20	MANTENER A: 12 AUMENTAR A: 20

GUÍA DIDÁCTICA No 4
PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p>CAMPO III. CONDUCTUAL</p> <p>NIVEL S. EDUCACION DE LOS PACIENTES</p>	<p>EDUCACION PARA LA SALUD C 5510</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificar los factores externos e internos que puedan mejorar o disminuir la motivacion para seguir conductas saludables • Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida • Priorizar lass necesidades de aprendizaje identificadas en funcion de las preferencias del paciente. • Evitar el uso de tecnicas que provoquen miedo como estrategia para evitar el cambio de conductas de salud. • 	<p>Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptacion voluntaria de la conducta para conseguir la salud.</p>

PLACE EN SINDROME HEMORRAGICO

GUIA DIDACTICA No. 1

- VALORACION ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON 1. MANEJO/ PERCEPCION DE LA SALUD PATRON 10. MANEJO/ PERCEPCION DE LA SALUD		<ul style="list-style-type: none"> • RIESGO DE SANGRADO • RIESGO DE ASPIRACION
PATRON 6. COGNITIVO/ PERCEPTUAL	SEGUIMIENTO INCORRECTO DE LAS INSTRUCCIONEES	<ul style="list-style-type: none"> • CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

GUÍA DIDÁCTICA No 2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

II.- REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D 11. SEGURIDAD/ PROTECCION C 2. LESION FISICA	<ul style="list-style-type: none"> • RIESGO DE SANGRADO R/C SEQUEDAD DE LA MUCOSA NASAL ANTECEDENTES DE EPISTAXIS 	RIESGO
D 11. SEGURIDAD/ PROTECCION C 2. LESION FISICA	<ul style="list-style-type: none"> • RIESGO DE ASPIRACION R/C DISMINUCION DEL NIVEL DE CONCIENCIAP 	RIESGO
D 5. PERCEPCION/COGNICION C 4. COGNICION	<ul style="list-style-type: none"> • CONOCIMIENTOS DEFICIENTES R/C MALA INTERPRETACION DE LA INFORMACION 	REAL

GUÍA DIDÁCTICA No. 3 PLAN DE RESULTADOS (NOC)

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

RIESGO DE SANGRADO R/C SEQUEDAD DE LA MUCOSA NASAL ANTECEDENTES DE EPISTAXIS

DEFINICION DE RIESGO DE SANGRADO: SUSCEPTIBLE A UNA DISMINUCION DEL VOLUMEN DE SANGRE QUE PUEDE COMPROMETER LA SALUD.

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO II. SALUD FISIOLÓGICA CLASE E. CARDIOPULMONAR	0413 SEVERIDAD DE LA PERDIDA DE SANGRE	041313 PALIDEZ DE PIEL Y MUCOSAS 041314 ANSIEDAD 041315 DISMINUCION DE LA COGNICION 041316 DISMINUCION DE LA HEMOGLOBINA	1. GRAVE 2. SUSTANCIAL 3. MODERADO 4. LEVE 5. NINGUNO CALIFICACION MINIMA: 7 CALIFICACION MAXIMA: 20	MANTENER A: 12 AUMENTAR A: 20

GUÍA DIDÁCTICA No 4
PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p>CAMPO II. FISIOLÓGICO COMPLEJO</p> <p>NIVEL N. CONTROL DE LA PERFUSION TISULAR</p>	<p>PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS 4010</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIGILAR DE CERCA AL PACIENTE PARA DETECTAR SIGNOS Y SINTOMAS DE HEMORRAGIA INTERNA O EXTERNA • ANOTAR LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO ANTES Y DESPUES DE LA PERDIDA DE SANGRE SEGÚN SE INDICA • CONTROLAR LOS SIGNOS VITALES ORTOSTATICOS INCLUIDA LA PRESION ARTERIAL • ADMINISTRAR MEDICAMENTOS SI ESTA INDICADO • INDICAR AL PACIENTE QUE AUMENTE LA INGESTA DE ALIMENTOS RICOS EN VITAMINAS K , 	<p>DISMINUCION DE ESTIMULOS QUE PUEDEN INDUCIR HEMORRAGIAS EN PACIENTES CON RIESGO DE SUFRIRLAS</p>

GUÍA DIDÁCTICA No. 3 PLAN DE RESULTADOS (NOC)

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

RIESGO DE ASPIRACION R/C DISMINUCION DEL NIVEL DE CONCIENCIA

DEFINICION DE CONTROL DEL RIESGO DE ASPIRACION: SUSCEPTIBLE A QUE PENETREN EN EL ARBOL TRAQUOBRONQUIAL SECRESIONES GASTROINTESTINALES, OROFARINGEAS, SOLIDOS O LIQUIDOS, QUE PUEDEN COMPROMETER LA SALUD.

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO IV. CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD CLASE T. CONTROL DEL RIESGO	1902 CONTROL DE RIESGOS	190220 IDENTIFICA LOS FACTORES DE RIESGO 190202 CONTROLA LOS FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES 190208 MODIFICA EL ESTILO DE VIDA PARA REDUCIR EL RIESGO 190209 EVITA EXPONERSE A LAS AMENAZAS PARA LA SALUD	1. NUNCA DEMOSTRADO 2. RARAMENTE DEMOSTRADO 3. A VECES DEMOSTRADO 4. FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO 5. SIEMPRE DEMOSTRADO CALIFICACION MINIMA: 5 CALIFICACION MAXIMA: 20	MANTENER A: 15 AUMENTAR A: 20

GUÍA DIDÁCTICA No 4
PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p>CAMPO II. FISIOLÓGICO COMPLEJO</p> <p>NIVEL N. CONTROL DE LA PERFUSION TISULAR</p>	<p>PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS 4010</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIGILAR DE CERCA AL PACIENTE PARA DETECTAR SIGNOS Y SINTOMAS DE HEMORRAGIA INTERNA O EXTERNA • ANOTAR LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO ANTES Y DESPUES DE LA PERDIDA DE SANGRE SEGÚN SE INDICA • CONTROLAR LOS SIGNOS VITALES ORTOSTATICOS INCLUIDA LA PRESION ARTERIAL • ADMINISTRAR MEDICAMENTOS SI ESTA INDICADO • INDICAR AL PACIENTE QUE AUMENTE LA INGESTA DE ALIMENTOS RICOS EN VITAMINAS K , 	<p>DISMINUCION DE ESTIMULOS QUE PUEDEN INDUCIR HEMORRAGIAS EN PACIENTES CON RIESGO DE SUFRIRLAS</p>

PLACE EN SHOCK

GUIA DIDACTICA No. 1

- VALORACION ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON 2. NUTRICIONAL-METABOLICO		<ul style="list-style-type: none">• DEFICI DE VOLUMEN DE LIQUIDOS
PATRON 1. MANEJO/ PERCEPCION DE LA SALUD		<ul style="list-style-type: none">• RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

GUÍA DIDÁCTICA No 2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

II.- REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D 2. NUTRICION C 5. HIDRATACION	<ul style="list-style-type: none">• DEFICI DE VOLUMEN DE LIQUIDOS R/C DESHIDRATACION	REAL
D 11. SEGURIDAD/ PROTECCION C 2. LESION FISICA	<ul style="list-style-type: none">• RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA R/C HUMEDAD Y ACCELERACION DE LA CIRCULACION	RIESGO

GUÍA DIDÁCTICA No. 3 PLAN DE RESULTADOS (NOC)

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**
DEFICI DE VOLUMEN DE LIQUIDOS R/C DESHIDRATACION

DEFINICION DE DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS: DISMINUCION DEL LIQUIDO INTRAVASCULAR, INTERSTICIAL Y/O INTRACELULAR. SE REFIERE A LA DESHIDRATACION O PERDIDA SOLO DE AGUA, SIN CAMBIO EN EL NIVEL DE SODIO

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO II. SALUD FISIOLÓGICA CLASE E. CARDIOPULMONAR	0413 SEVERIDAD DE LA PERDIDA DE SANGRE	041301 PERDIDA DE SANGRE VISIBLE 041309 DISMINUCION DE LA PRESION ARTERIAL SISTOLICA 041311 AUMENTO DE LA FC APICAL 041312 PERDIDA DE CALOR CORPORAL 041313 PALIDEZ DE PIEL Y MUCOSAS	1. GRAVE 2. SUSTANCIAL 3. MODERADO 4. LEVE 5. NINGUNO CALIFICACION MINIMA: 9 CALIFICACION MAXIMA: 25	MANTENER A: 20 AUMENTAR A: 25

GUÍA DIDÁCTICA No 4
PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p>CAMPO II. FISIOLÓGICO COMPLEJO</p> <p>NIVEL N. CONTROL DE LA PERFUSION TISULAR</p>	<p>MANEJO DEL SHOCK 4250</p> <ul style="list-style-type: none"> • MONITORIZAR LOS SIGNOS VITALES • INSTAURAR Y MANTENER LA PERMEABILIDAD DE LAS VIAS AEREAS, SEGÚN CORRESPONDA • UTILIZAR LA MONITORIZACION DE LA LINEA ARTERIAL PARA MEJORAR LA EXACTITUD DE LAS LECTURAS DE LA PRESION ARTERIAL . • VIGILAR LOS NIVELES SUBLINGUALES DE DIOXIDO DE CARBONO Y/O LA TONOMETRIA GASTRICA • ADMINISTRAR LIQUIDOS I.V MIENTRAS SE CONTROLAN LAS PRESIONES HEMODINAMICAS Y LA DIURESIS • ADMINISTRAR CONCENTRADOS DE ERITROCITOS, PLASMA FRESCO CONGELADO Y/O PLAQUETAS, SEGÚN CORRESPONDA. 	<p>FACILITAR EL APOORTE DE OXIGENO Y NUTRIENTES AL TEJIDO SISTEMICO Y ELIMIACION DE LOS PRODUCTOS DE DESECHO CELULARES EN UN PACIENTE CON ALTERACION GRAVE</p>

GUÍA DIDÁCTICA No. 3 PLAN DE RESULTADOS (NOC)

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD INTEGRIDAD CUTANEA R/C HUMEDAD Y ACELERACION DE LA CIRCULACION

DEFINICION DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD: ALTERACION DE LA EPIDERMIS Y/O DERMIS

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO II. SALUD FISIOLÓGICA CLASE L. INTEGRIDAD TISULAR	1101 INTEGRIDAD TISULAR PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	100104 HIDRATACION 100113 PIEL INTACTA 100115 LESIONES CUTANEAS	1. GRAVEMENTE COMPROMETIDO 2. SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 3. MODERADAMENTE COMPROMETIDO 4. LEVEMENTE COMPROMETIDO 5. NO COMPROMETIDO CALIFICACION MINIMA: 5 CALIFICACION MAXIMA: 15	MANTENER A: 10 AUMENTAR A: 15

GUÍA DIDÁCTICA No 4
PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p>CAMPO II. FISIOLÓGICO COMPLEJO</p> <p>NIVEL L. CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS</p>	<p>PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN 3540</p> <ul style="list-style-type: none"> • DOCUMENTAR EL PESO Y LOS CAMBIOS DE PESO • HUMEDECER LA PIEL SECA INTACTA • .EVITAR EL AGUA CALIENTE Y UTILIZAR UN JABÓN SUAVE PARA EL BAÑO • VIGILAR LAS FUENTES DE PRESIÓN Y DE FRICCIÓN • CONTROLAR LA ACTIVIDAD Y MOVILIDAD DEL PACIENTE • MANTENER LA ROPA DE CAMA LIMPIA Y SECA. Y SIN ARRUGAS • EVITAR DAR MASAJES EN LOS PUNTOS DE PRESIÓN ENROJECIDOS 	<p>PREVENCIÓN DE LA FORMACIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN UN INDIVIDUO CON ALTO RIESGO DE DESARROLLAR LAS.</p>