



**NOMBRE DEL ALUMNO:**

Mayra Lisbeth Hernández Pérez

**NOMBRE DEL PROFESOR:**

Nancy Domínguez Torres

**NOMBRE DEL TRABAJO**

PLACE: Riesgo de UPP y UPP, Pacientes con procedimientos relacionados con la vía aérea (intubación endotraqueal, aspiración de secreciones), Pacientes con catéter venoso central y arterial

**MATERIA:**

Práctica Clínica de enfermería II

**GRADO:**

Séptimo cuatrimestre

**GRUPO:**

A

Pichucalco, Chiapas 16 octubre del 2020

**PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS EN PACIENTES CON RIESGO DE  
ULCERAS POR PRESION Y CON ULCERAS POR PRESION, PACIENTES  
CON PROCEDIMIENTOS DE INTUBACION ENDOTRAQUEAL Y ASPIRACION  
DE SECRECIONES, Y PACIENTES CON CATETER VENOSO CENTRAL Y  
ARTERIAL**

## **PACIENTES CON RIESGO DE ULCERAS POR PRESION**

### **VALORACION POR MARJORY GORDON**

Paciente, adulto mayor de 60 años de edad, de sexo masculino refiere en:

Que su salud es irregular, "a veces se siente bien y otras decae", no ha tenido ninguna enfermedad respiratoria en los últimos 3 meses, ha intentado cambiar su dieta para mantenerse más sano, no fuma, no se droga y toma muy poco, la última vez que ingirió bebidas alcohólicas fue una, 15 días atrás. Al tratar de cambiar su dieta, come más frutas y verduras, lo hace en pequeñas porciones 5 veces al día, tiene dificultad para masticar, ya que no cuenta con todos sus dientes completos, el paciente toma de 2 a 3 vasos de agua al día, ha perdido peso, pero se siente más fuerte. El paciente refiere que desde que cambio su alimentación ha tenido menos malestares estomacales y ha notado cambios mejorado en su persona. Evacua y micciona con normalidad, de acuerdo a su ingesta de alimentos. No hace ninguna actividad física debido a discapacidad de las extremidades inferiores. Tiene problemas para dormir debido a dolor en la localización de los sacros, duerme de 5 a 6 hrs. El paciente tiene dificultad para escuchar, usa lentes, toma decisiones por sí mismo, pero con ayuda de sus hijos.

El paciente se describe a sí mismo, como una persona dependiente de sus hijos, pero teme que se aburran de él y le produce ansiedad, se ayuda con su creencia religiosa. Debido a su discapacidad, ya no tiene relaciones sexuales. Gracias a su fe en la religión, le ha ayudado a desestresarse y ocupar su mente.

### **VALORACION CEFALOCAUDAL**

Paciente, adulto mayor de 60 años de edad, de sexo masculino, de aspecto longilineo, con discapacidad de extremidades inferiores. Cabello con implantación media, pero sin alopecias. Uñas con estrías longitudinales, no lúnulas. Piel acorde a su edad y sexo, tiene manchas por exposición al sol en su juventud. Temperatura de 36.7 grados. Peso actual: 68kg. Talla: 1.70cms

Cabeza: cráneo y cara sin alteración. No hay presencia de hematomas. Cabello con canicie. Sin alopecias. Buen estado higiénico. Ojos simétricos, con presbicia. Pabellones auriculares sin alteraciones y de tamaño normal, conducto auditivo externo en buen estado de higiene. Nariz y fosas nasales simétricas y permeables. Cavidad oral en condiciones óptimas para masticar, saborea y deglute alimentos, piezas dentales incompletas, labios sin signos de deshidratación.

Cuello: acorde a su biotipo, flexible, no doloroso a los movimientos de flexión, extensión lateralización y rotación. Tiroides no visible ni palpable. No adenopatías, no presencia de resalto laríngeo.

Tórax: simétrico de aspecto y configuración normal, adecuada ventilación de campos pulmonares, regio axilar no adenopatías.

Abdomen: distendido, sigue los movimientos respiratorios. Sin presencia de viceromegalia. Timpanismo abdominal normal.

Columna vertebral: con alteración en los sacros con presencia de eritema y sensibilidad. Escapulas a nivel simétrico.

Regio glútea: Con alteraciones. Presencia de palidez.

Extremidades superiores: brazos y antebrazos: forma y posición normal, no trofismo muscular ni óseo. Manos: sin alteraciones en forma, tamaño, color y movimiento, piel acorde a su edad, raza y sexo, no trofismo muscular ni óseo, humedad normal. Dedos: sin alteraciones en forma, color, movilidad activa y pasiva. Uñas: con estrías longitudinales, no lúnulas, sin presencia de onicomicosis. Articulaciones: sin alteraciones en hombros, codos, muñecas, interfalantias (actitud, forma, tamaño, color, calor, fluctuación, bolsa sinovial, movimientos activos.

Extremidades inferiores: Muslos y piernas: con discapacidad y con atrofia muscular. Pie: sin alteraciones en forma, tamaño, color y humedad. Presencia de atrofia. Dedos: forma, tamaño, color acorde al paciente. Movilidad inactiva. Uñas: con estrías longitudinales, no lúnulas, sin presencia de onicomicosis.

## I. VALORACION ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON 02.NUTRICIONAL-METABOLICO	ENROJECIMIENTO, PALIDEZ, RESEQUEDAD Y SENSIBILIDAD AL TACTO	RIESGO DE ULCERAS POR PRESION

## DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

### II. REACCION DE DIAGNOSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D 11. SEGURIDAD/ PROTECCION C 2. LESION FISICA	RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN	RIESGO

## PLAN DE RESULTADOS (NOC)

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

**DEFINICION DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESION:** Vulnerable a una lesión localizada de la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión combinada con cizallamiento.

### RIESGO DE ULCERAS POR PRESION

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO 02. SALUD FISIOLÓGICA CLASE L. INTEGRIDAD TISULAR	1101 <b>INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS</b>	110101 Sensibilidad 110104 Hidratación 110113 Integridad de la piel 110115 Lesiones cutáneas 110122 Palidez	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido  CALIFICACION MINIMA: 18 CALIFICACION MAXIMA: 23	MANTENER A: 23  AUMENTAR A: 25

## PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<b>CAMPO 02.</b> FISIOLOGICO: COMPLEJO <b>NIVEL N.</b> CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS	<b>VIGILANCIA DE LA PIEL. 3590</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✚ Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en extremidades.</li><li>✚ Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgos de pérdida de integridad de la piel (escala de Braden).</li><li>✚ Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.</li><li>✚ Observar si hay zonas de presión y fricción.</li><li>✚ Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (colchón antiescaras, horario de cambios postulares)</li></ul>	Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel de las mucosas.

## **PACIENTES CON ULCERAS POR PRESION**

### **VALORACION POR MARJORY GORDON**

Paciente, adulto mayor joven de 50 años de edad, de sexo masculino refiere: su salud es cambiante, pero últimamente se ha sentido mal, más que lo habitual. No ha tenido ninguna enfermedad respiratoria en los últimos 30 días, su dieta es rica en carnes rojas, no fuma, no se droga y toma cada fin de semana, la última vez que tomo fue 15 días atrás. Como su dieta es rica en calorías, come 3 veces al día, tiene dificultad para masticar, ya que tiene dentadura incompleta, sufre de reflujo. El paciente toma de 2 a 3 vasos de agua al día, ha ganado peso. Tiene ligeramente resequedad en la piel, se le cae el cabello, uñas sin presencia de hongos. Mide 1.62cms. El paciente refiere que evacua y micciona con normalidad. No hace ninguna actividad física debido al estar internado hospitalariamente. Tiene problemas para dormir debido al dolor intenso y malestar que causa la UPP, duerme de 4 a 5 horas. El paciente escucha bien, usa lentes, toma decisiones por sí mismo, pero con ayuda de su esposa.

El paciente se describe a sí mismo, como una persona independiente, pero ahora teme por su recuperación y se estresa, platicar con su esposa lo ayuda a reducir su ansiedad. Debido a su estado actual, no tiene relaciones sexuales. El paciente refiere que la mayoría del tiempo esta tenso, salir a tomar con sus amigos le ayuda. No tiene ninguna religión ni creencia.

### **VALORACION CEFALOCAUDAL**

Paciente, adulto mayor joven de 50 años de edad, de sexo masculino, de aspecto edomorfo. Cabello con buena implantación, pero sin alopecias. Uñas con estrías longitudinales, no lúnulas. Piel acorde a su edad y sexo, sin manchas. Temperatura de 37.7 grados. Peso actual: 79kg. Talla: 1.62cms

Cabeza: cráneo y cara sin alteración. No hay presencia de hematomas. Cabello con canicie. Sin alopecias. Buen estado higiénico. Ojos simétricos, con presbicia. Pabellones auriculares sin alteraciones y de tamaño normal, conducto auditivo externo en buen estado de higiene. Nariz y fosas nasales simétricas y permeables. Cavidad oral en condiciones óptimas para masticar, saborea y deglute alimentos, piezas dentales incompletas, labios sin signos de deshidratación.

Cuello: acorde a su biotipo, flexible, no doloroso a los movimientos de flexión, extensión lateralización y rotación. Tiroides no visible ni palpable. No adenopatías, no presencia de resalto laríngeo.

Tórax: simétrico de aspecto y configuración normal, adecuada ventilación de campos pulmonares, regio axilar no adenopatías.

Abdomen: distendido, sigue los movimientos respiratorios. Sin presencia de viceromegalia. Timpanismo abdominal normal.

Columna vertebral: con alteración en los sacros con presencia de eritema y sensibilidad. Escapulas a nivel simétrico.

Regio glútea: Con alteraciones. Presencia de palidez.

Extremidades superiores: Brazos y antebrazos: forma y posición normal, no trofismo muscular ni óseo, codos comprometidos por úlceras, presencia de eritema, dolor, alteraciones del calor y mal olor. Manos: sin alteraciones en forma, tamaño, color y movimiento, piel acorde a su edad, raza y sexo, no trofismo muscular ni óseo, humedad normal. Dedos: sin alteraciones en forma, color, movilidad activa y pasiva. Uñas: con estrías longitudinales, no lúnulas, sin presencia de onicomicosis. Articulaciones: sin alteraciones en hombros, codos, muñecas, interfalangias (actitud, forma, tamaño, color, calor, fluctuación, bolsa sinovial, movimientos activos).

Extremidades inferiores: Muslos y piernas: sin alteraciones en forma, posición, trofismo muscular y óseo. Pie: sin alteraciones en forma, tamaño, color movimientos trofismo y humedad. Dedos: forma, tamaño, color acorde al paciente, movilidad inactiva. Uñas: con estrías longitudinales, no lúnulas, sin presencia de onicomicosis.

## VALORACION ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON 02.NUTRICIONAL-METABOLICO	DOLOR, ERITEMA CUTANEO, ALTERACION DE TEMPERATURA, INFLAMACION	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

## DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

### III. REACCION DE DIAGNOSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D 11. SEGURIDAD/ PROTECCION C 2. LESION FISICA	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA R/C: FACTORES MECANICOS POR PRESION EN PROMINENCIAS ÓSEAS Y NUTRICION INADECUADA M/P: ALTERACION DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL, DOLOR, ERITEMA CUTANEO Y ALTERACIONES EN LA TEMPERATURA.	REAL

## PLAN DE RESULTADOS (NOC)

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

**DEFINICION DE ULCERAS POR PRESION:** Alteración de la epidermis y/o de la dermis.

### ULCERAS POR PRESION

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO 02. SALUD FISIOLÓGICA CLASE L. INTEGRIDAD TISULAR	1103 <b>CURACION DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCION</b>	110307 Eritema cutáneo circundante 110311 Piel macerada 110316 Olor de la herida 110322 Inflamación de la herida	1. Extenso 2. Sustancial 3. Moderado 4. Escaso 5. Ninguno  CALIFICACION MINIMA: 11 CALIFICACION MAXIMA: 18	MANTENER A: 18  AUMENTAR A: 20

### PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
CAMPO 02. FISIOLÓGICO: COMPLEJO NIVEL N. CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS	<b>CUIDADO DE LAS ULCERAS POR PRESION. 3520</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante.</li> <li>+ Aplicar calor húmedo a la ulcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona.</li> <li>+ Limpiar la ulcera con la solución no tóxica adecuada, con movimiento circulares, desde el centro a la periferia.</li> <li>+ Administrar medicaciones orales, según corresponda</li> <li>+ Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.</li> <li>+ Asegurar una ingesta dietética adecuada.</li> </ul>	Facilitar la curación de úlceras por presión.

## **PACIENTE CON PROCEDIMIENTOS DE INTUBACION ENDOTRAQUEAL**

### **VALORACION POR MARJORY GORDON**

Paciente, adulto mayor joven de 55 años de edad, de sexo femenino refiere: su salud se ha ido deteriorando, pero últimamente se ha sentido peor. Ha tenido dificultades respiratorias en los últimos 2 días; la paciente refiere que cree que su dieta es completa, no fuma, no se droga y no toma, la última vez que tomo fue hace 5 años aproximadamente. Al ser su dieta "completa", come 3 veces al día, no tiene dificultad para masticar, ya que cuenta con dentadura artificial, tiene presencia de nauseas regularmente, pero sin vomito. La paciente toma de 3 vasos de agua al día, se ha mantenido en su peso. Tiene ligeramente resequedad en la piel, se le cae el cabello, uñas sin presencia de hongos. Mide 1.58cms. El paciente refiere que evacua y micciona con normalidad. No realiza ninguna actividad física por consecuencia de sus dificultades respiratorias. Tiene problemas para dormir ya que siente que deja de respirar, duerme de 4 a 5 horas. El paciente escucha bien, usa lentes, toma decisiones por sí mismo, y a veces le ayuda su hija.

La paciente se describe a sí mismo, como una persona independiente, pero ahora teme por su recuperación tiende a estresarse, la presencia y el apoyo de su hija la ayuda a reducir su ansiedad. No tiene relaciones sexuales. Su menstruación comenzó a los 15 años y su último periodo fue a los 43 años. Tubo solo un embarazo completado. El paciente refiere que por su creencia religiosa se ha mantenido acorde, ir a la iglesia le ayuda.

### **VALORACION CEFALOCAUDAL**

Paciente, adulto mayor joven de 55 años de edad, de sexo femenino, de aspecto ectomorfo. Cabello con buena implantación, pero sin alopecias. Uñas con estrías longitudinales, no lúnulas. Piel acorde a su edad y sexo, sin manchas. Temperatura de 36.6 grados. Peso actual: 56kg. Talla: 1.58cms

Cabeza: cráneo y cara sin alteración. No hay presencia de hematomas. Cabello con canicie. Sin alopecias. Buen estado higiénico. Ojos simétricos, con presbicia. Pabellones auriculares sin alteraciones y de tamaño normal, conducto auditivo externo en buen estado de higiene. Nariz y fosas nasales simétricas y permeables. Cavidad oral comprometida, con palidez en la mucosa, estomatitis y lengua geográfica.

Cuello: acorde a su biotipo, movimientos de flexión, extensión lateralización y rotación comprometidos. Tiroides no visible ni palpable. No adenopatías, no presencia de resalto laríngeo.

Tórax: simétrico de aspecto y configuración normal, adecuada ventilación de campos pulmonares, regio axilar no adenopatías.

Abdomen: distendido, sigue los movimientos respiratorios. Sin presencia de viceromegalia. Timpanismo abdominal normal.

Columna vertebral: Sin alteraciones, escapulas a nivel simétrico.

Regio glútea: Sin alteraciones. No abscesos.

Extremidades superiores: Brazos y antebrazos: forma y posición normal, no trofismo muscular ni óseo. Manos: sin alteraciones en forma, tamaño, color y movimiento, piel acorde a su edad, raza y sexo, no trofismo muscular ni óseo, humedad normal. Dedos: sin alteraciones en forma, color, movilidad activa y pasiva. Uñas: con estrías longitudinales, no lúnulas, sin presencia de onicomycosis. Articulaciones: sin alteraciones en hombros, codos, muñecas, interfalángias (actitud, forma, tamaño, color, calor, fluctuación, bolsa sinovial, movimientos activos).

Extremidades inferiores: Muslos y piernas: sin alteraciones en forma, posición, trofismo muscular y óseo. Pie: sin alteraciones en forma, tamaño, color movimientos trofismo y humedad. Dedos: forma, tamaño, color acorde al paciente, movilidad inactiva. Uñas: con estrías longitudinales, no lúnulas, sin presencia de onicomycosis

## VALORACION ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON 02.NUTRICIONAL-METABOLICO	LENGUA GEOGRAFICA, PALIDEZ EN LA MUCOSA Y ESTOMATITIS	RIESGO DE DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL

## DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

### I. REACCION DE DIAGNOSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D 11. SEGURIDAD/ PROTECCION C 2. LESION FISICA	RIESGO DE DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL R/C: FACTORES MECANICOS/POR INTUBACION ENDOTRAQUEAL/NASOGASTRICA	RIESGO

## PLAN DE RESULTADOS (NOC)

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

**DEFINICION DE RIESGO DE ASPIRACIÓN:** Vulnerable a una lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o la orofaringe, que puede comprometer la salud.

### RIESGO DE DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO 02. SALUD FISIOLÓGICA CLASE L. INTEGRIDAD TISULAR	1100  <b>SALUD ORAL</b>	110001 Limpieza de la boca 110010 Humedad de la mucosa oral y de la lengua 110013 Integridad de la lengua 110022 Lesiones de la mucosa oral	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido  CALIFICACION MINIMA: 11 CALIFICACION MAXIMA: 16	MANTENER A: 16  AUMENTAR A: 20

## PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

<b>CAMPO Y NIVEL</b>	<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)</b>
<b>CAMPO 01.</b> FISIOLOGICO: BASICO <b>CLASE F.</b> FACILITACION DEL AUTOCUIDADO	<b>MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL. 1710</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✚ Aplicar lubricantes para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.</li><li>✚ Identificar el riesgo de desarrollo de estomatitis secundaria a la terapia con fármacos.</li><li>✚ Consultar con el medico si persisten la sequedad, irritación y las molestias bucales.</li><li>✚ Establecer chequeos dentales si es necesario.</li></ul>	Mantenimiento y fomento de la higiene bucal y la salud dental en pacientes con riesgo de desarrollar lesiones bucales o dentales.

## **VALORACION MARJORY GORDON**

Paciente, adulto mayor joven de 40 años de edad, de sexo masculino refiere: su salud es cambiante, últimamente su salud ha sido comprometida. Ha tenido enfermedades respiratorias frecuentemente en el último año, su dieta es rica verduras, no fuma, no se droga y no toma, la última vez que tomo fue aproximadamente 2 años atrás. Como su dieta es rica en verduras, come 4 a 5 veces al día contando con su colación, no tiene dificultad para masticar. El paciente toma de 2 lts de agua al día, se ha mantenido en su peso. Tegumentos con buen aspecto, cabello fuerte, uñas sin presencia de hongos. Mide 1.70cms. El paciente refiere que evacua y micciona con normalidad. La actividad física que realiza es caminata, pero en los últimos 3 meses no ha podido debido a su estancia en el hospital por su afección. Tiene problemas para dormir debido al malestar que le produce estar en una posición por horas, tiene presencia de mialgias y atrofia, duerme de 4 a 5 horas. El paciente escucha bien, no usa lentes, toma decisiones por sí mismo, con su situación actual le ayuda de su pareja.

El paciente se describe a sí mismo, como una persona independiente, aunque teme por su recuperación y se estresa, pero el apoyo de su pareja lo ayuda a reducir su ansiedad. Debido a su estado actual, no tiene relaciones sexuales. El paciente refiere que la mayoría no está tensa, salir a tomar ha caminar le ayuda. No tiene ninguna religión ni creencia.

## **VALORACION CEFALOCAUDAL**

Paciente, adulto mayor joven de 40 años de edad, de sexo masculino, de aspecto ectomorfo. Cabello con buena implantación, pero sin alopecias. Uñas con estrías longitudinales, no lúnulas. Piel acorde a su edad y sexo, sin manchas. Temperatura de 36.6 grados. Peso actual: 70kg. Talla: 1.70cms

Cabeza: cráneo y cara sin alteración. No hay presencia de hematomas. Cabello con canicie. Sin alopecias. Buen estado higiénico. Ojos simétricos, con presbicia. Pabellones auriculares sin alteraciones y de tamaño normal, conducto auditivo externo en buen estado de higiene. Nariz y fosas nasales simétricas y permeables. Cavidad oral comprometida. Piezas dentales completas, labios con signos de deshidratación leve.

Cuello: acorde a su biotipo, movimientos de flexión, extensión lateralización y rotación comprometidos. Tiroides no visible ni palpable. No adenopatías, no presencia de resalto laríngeo.

Tórax: simétrico de aspecto y configuración normal, adecuada ventilación de campos pulmonares, regio axilar no adenopatías.

Abdomen: distendido, sigue los movimientos respiratorios. Sin presencia de viceromegalia. Timpanismo abdominal normal.

Columna vertebral: Sin alteraciones, escapulas a nivel simétrico.

Regio glútea: Sin alteraciones. No abscesos.

Extremidades superiores: Brazos y antebrazos: forma y posición normal, atrofia y mialgias muscular. Manos: sin alteraciones en forma, tamaño, color y movimiento, piel acorde a su edad, raza y sexo, no trofismo muscular ni óseo, humedad normal. Dedos: sin alteraciones en forma, color, movilidad activa y pasiva. Uñas: con estrías longitudinales, no lúnulas, sin presencia de onicomycosis. Articulaciones: sin alteraciones en hombros, codos, muñecas, interfalángias (actitud, forma, tamaño, color, calor, fluctuación, bolsa sinovial, movimientos activos).

Extremidades inferiores: Muslos y piernas: sin alteraciones en forma, posición, atrofia y mialgias muscular y óseo. Pie: sin alteraciones en forma, tamaño, color movimientos trofismo y humedad. Dedos: forma, tamaño, color acorde al paciente, movilidad inactiva. Uñas: con estrías longitudinales, no lúnulas, sin presencia de onicomycosis

## VALORACION DE ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
<b>PATRON 04.</b> ACTIVIDAD-EJERCICIO	ATROFIA Y MIALGIAS	DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA

## DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

### I. REACCION DE DIAGNOSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
<b>D 04.</b> ACTIVIDAD/REPOSO <b>C 2.</b> ACTIVIDAD/EJERCICIO	DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA R/C: DISMINUCION DE LA FUERZA MUSCULAR, M/P: DISMINUCION DE HABILIDADES MOTORAS GRUESAS	REAL

## PLAN DE RESULTADOS (NOC)

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

**DEFINICION DEL DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA:** Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

### PROCEDIMIENTOS DE INTUBACION ENDOTRAQUEAL

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DOMINIO 05.</b> SALUD PERCIBIDA <b>CLASE V.</b> SINTOMATOLOGIA	<b>2109</b>  <b>NIVEL DE MALESTAR</b>	210906 Estrés 210917 Mialgias 210922 Posición inadecuada del cuerpo 210923 Respiración dificultosa	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguna  CALIFICACION MINIMA: 10 CALIFICACION MAXIMA: 15	MANTENER A: 15  AUMENTAR A: 18

## PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<b>CAMPO 04.</b> SEGURIDAD <b>CLASE V.</b> CONTROLDE RIESGOS	<b>VIGILANCIA. 6650</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✚ Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata.</li><li>✚ Monitorizar los signos vitales, según corresponda</li><li>✚ Vigilar la oxigenación y poner en marcha las medidas que promuevan una oxigenación adecuada de los órganos vitales.</li><li>✚ Establecer el tratamiento adecuado, usando protocolos vigentes.</li><li>✚ Proporcionar un entorno adecuado para lograr los resultados deseados del paciente.</li></ul>	Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.

## **PACIENTES CON PROCEDIMIENTOS DE ASPIRACION DE SECRECIONES**

### **VALORARIO MARJORY GORDON**

Paciente, adulto mayor joven de 50 años de edad, de sexo masculino refiere: su salud es cambiante, pero últimamente se ha sentido mal, más que lo habitual. Tiene enfermedad respiratoria crónica, su dieta es rica en carnes rojas, no fuma, no se droga y no toma. Como su dieta es rica en calorías, come 3 veces al día, no tiene dificultad para masticar, ya que tiene dentadura completa, sufre de reflujo. El paciente toma de 1.5lt de agua al día, ha ganado pesos. Tiene ligeramente resequedad en la piel, se le cae el cabello, uñas sin presencia de hongos. Mide 1.65cms. El paciente refiere que evacua y micciona con normalidad. No hace ninguna actividad física debido al estar internado hospitalariamente. Tiene problemas para dormir debido a la presencia de secreciones, duerme de 6 a 8 horas. El paciente escucha bien, usa lentes, toma decisiones por sí mismo, pero con ayuda de su familiar.

El paciente se describe a sí mismo, como una persona independiente, pero ahora teme por su recuperación y se estresa, platicar con su familia lo ayuda a reducir su ansiedad. Debido a su estado actual, no tiene relaciones sexuales. El paciente refiere que la mayoría del tiempo esta tenso, salir a tomar con sus amigos le ayuda. No tiene ninguna religión ni creencia.

### **VALORACION CEFALOCAUDAL**

Paciente, adulto mayor joven de 50 años de edad, de sexo masculino, de aspecto ectomorfo. Cabello con buena implantación, pero sin alopecias. Uñas con estrías longitudinales, no lúnulas. Piel acorde a su edad y sexo, sin manchas. Temperatura de 37.1 grados. Peso actual: 79kg. Talla: 1.65cms

Cabeza: cráneo y cara sin alteración. No hay presencia de hematomas. Cabello con canicie. Sin alopecias. Buen estado higiénico. Ojos simétricos, con presbicia. Pabellones auriculares sin alteraciones y de tamaño normal, conducto auditivo externo en buen estado de higiene. Nariz y fosas nasales simétricas y permeables. Cavidad oral comprometida. Piezas dentales completas, labios con signos de deshidratación leve.

Cuello: acorde a su biotipo, movimientos de flexión, extensión lateralización y rotación comprometidos. Tiroides no visible ni palpable. No adenopatías, no presencia de resalto laríngeo.

Tórax: simétrico de aspecto y configuración normal, adecuada ventilación de campos pulmonares, regio axilar no adenopatías.

Abdomen: distendido, sigue los movimientos respiratorios. Sin presencia de viceromegalia. Timpanismo abdominal normal.

Columna vertebral: Sin alteraciones, escapulas a nivel simétrico.

Regio glútea: Sin alteraciones. No abscesos.

Extremidades superiores: Brazos y antebrazos: forma y posición normal, trofismo muscular. Manos: sin alteraciones en forma, tamaño, color y movimiento, piel acorde a su edad, raza y sexo, no trofismo muscular ni óseo, humedad normal. Dedos: sin alteraciones en forma, color, movilidad activa y pasiva. Uñas: con estrías longitudinales, no lúnulas, sin presencia de onicomicosis. Articulaciones: sin alteraciones en hombros, codos, muñecas, interfalángias (actitud, forma, tamaño, color, calor, fluctuación, bolsa sinovial, movimientos activos).

Extremidades inferiores: Muslos y piernas: sin alteraciones en forma, posición, trofismo muscular y óseo. Pie: sin alteraciones en forma, tamaño, color movimientos trofismo y humedad. Dedos: forma, tamaño, color acorde al paciente, movilidad inactiva. Uñas: con estrías longitudinales, no lúnulas, sin presencia de onicomicosis.

## VALORACION DE ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON 02.NUTRICIONAL-METABOLICO	TOS, DIFICUTAD DE DEGLUCION	RIESGO DE ASPIRACION

### DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

#### I. REACCION DE DIAGNOSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D 11. SEGURIDAD/ PROTECCION C 2. LESION FISICA	RIESGO DE ASPIRACION R/C: INTUBACION ORAL/NASAL Y DETERIORO DE LA DEGLUCION	RIESGO

### PLAN DE RESULTADOS (NOC)

#### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

**DEFINICION DE RIESGO DE ASPIRACIÓN:** Vulnerable a la penetración en el árbol traqueobronquial de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, solidos o líquidos, que puede comprometer la salud.

#### RIESGO DE ASPIRACIÓN

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO 04. CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD CLASE T. CONTROL DE RIESGO Y SEGURIDAD	1902 <b>CONTROL DEL RIESGO</b>	190201 Reconoce los factores de riesgo personales 190206 Se compromete con estrategias de control de riesgo 190209 Participa en la detección sistemática según los riesgos identificados.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol> CALIFICACION MINIMA: 8 CALIFICACION MAXIMA: 12	MANTENER A: 12  AUMENTAR A: 15

## PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<b>CAMPO 04.</b> SEGURIDAD <b>CLASE V.</b> CONTROLDE RIESGOS	<b>VIGILANCIA. 6650</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✚ Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata.</li><li>✚ Monitorizar los signos vitales, según corresponda</li><li>✚ Vigilar la oxigenación y poner en marcha las medidas que promuevan una oxigenación adecuada de los órganos vitales.</li><li>✚ Establecer el tratamiento adecuado, usando protocolos vigentes.</li><li>✚ Proporcionar un entorno adecuado para lograr los resultados deseados del paciente.</li></ul>	Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.

## VALORACION DE ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
<b>PATRON 04.</b> ACTIVIDAD-EJERCICIO	ALTERACION DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA Y DISNEA	LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS

### DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

#### I. REACCION DE DIAGNOSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
<b>D 11.</b> SEGURIDAD/ PROTECCION <b>C 2.</b> LESION FISICA	LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS <b>R/C:</b> CUERPO EXTRAÑO EN LA VIA AEREA POR ASPIRACION DE SECRECIONES. <b>M/P:</b> DISNEA Y ALTERACION EN LA FRECUENCIA RESPIRATORIA	REAL

### PLAN DE RESULTADOS (NOC)

#### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

**DEFINICION DE LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS:** Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

#### LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DOMINIO 04.</b> CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD <b>CLASE T.</b> CONTROL DE RIESGO Y SEGURIDAD	<b>1918</b>  <b>PREVENCION DE LA ASPIRACIÓN</b>	191801 Identifica factores de riesgo 191805 Se coloca de lado para comer y beber 191809 Mantiene la higiene bucal 191810 Se queda en posición erguida durante 30 minutos después de comer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol> CALIFICACION MINIMA: 10 CALIFICACION MAXIMA: 16	MANTENER A: 16  AUMENTAR A: 20

## PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p><b>CAMPO 02.</b> FISIOLOGICO: COMPLEJO <b>CLASE K.</b> CONTROL RESPIRATORIO</p>	<p><b>ASPIRACION DE LAS VIAS AEREAS. 3160</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</li> <li>✚ Utilizar la mínima cantidad de aspiración, cuando se utilice un aspirador de pared, para extraer las secreciones (80-120mmHg para los adultos)</li> <li>✚ Basar la duración de cada pasada de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.</li> <li>✚ Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.</li> <li>✚ Realizar el lavado de manos.</li> </ul>	<p>Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de una sonda de aspiración en la vía aérea oral, nasofaríngea o traqueal del paciente.</p>

## **PACIENTES CON CATETER VENOSO CENTRAL**

### **VALORACION POR MARJORY GORDON**

Paciente, adulto mayor joven de 62 años de edad, de sexo masculino refiere: su salud es cambiante, pero recientemente ha deteriorado más su salud. No ha tenido ninguna enfermedad respiratoria en los últimos días, su dieta es rica en carnes rojas, pero también consume verduras, no fuma, no se droga y toma muy poco, la última vez que tomo fue hace 30 días atrás. Como su dieta es rica en proteína y verduras, come 3 veces al día, tiene dificultad para masticar, ya que tiene dentadura incompleta, sufre de reflujo. El paciente toma de 2 vasos de agua al día, ha ganado peso. Tiene ligeramente sequedad en la piel, se le cae el cabello, uñas sin presencia de hongos. Mide 1.59cms. El paciente refiere que evacua y micciona con normalidad. No hace ninguna actividad física debido a estar internado hospitalariamente. Tiene problemas para dormir debido al dolor intenso y malestar. Duerme de 6 a 8 horas. El paciente no escucha bien, usa lentes, toma decisiones por sí mismo, pero con ayuda de su esposa.

El paciente se describe a sí mismo, como una persona independiente, teme por su recuperación y se estresa, a pesar de eso tiene una mentalidad positiva, el hablar con su esposa lo ayuda a reducir su ansiedad. Debido a su estado actual, no tiene relaciones sexuales. El paciente refiere que la mayoría del tiempo está tenso, salir a comer o caminar con su esposa le ha ayudado a reducir su estrés. No tiene ninguna religión ni creencia.

### **VALORACION CEFALOCAUDAL**

Paciente, adulto mayor joven de 62 años de edad, de sexo masculino, de aspecto ectomorfo. Cabello con buena implantación, pero sin alopecias. Uñas con estrías longitudinales, no lúnulas. Piel acorde a su edad y sexo, sin manchas. Temperatura de 37.0 grados. Peso actual: 64kg. Talla: 1.65cms

Cabeza: cráneo y cara sin alteración. No hay presencia de hematomas. Cabello con canicie. Sin alopecias. Buen estado higiénico. Ojos simétricos, con presbicia. Pabellones auriculares sin alteraciones y de tamaño normal, conducto auditivo externo en buen estado de higiene. Nariz y fosas nasales simétricas y permeables. Cavidad oral en condiciones óptimas para masticar, saborear y deglutar. Piezas dentales completas, labios con signos de deshidratación leve.

Cuello: acorde a su biotipo, movimientos de flexión, extensión lateralización y rotación. Tiroides no visible ni palpable. No adenopatías, no presencia de resalto laríngeo.

Tórax: simétrico de aspecto y configuración normal, adecuada ventilación de campos pulmonares, regio axilar no adenopatías. Presencia de enrojecimiento alrededor del catéter venoso central.

Abdomen: distendido, sigue los movimientos respiratorios. Sin presencia de viceromegalia. Timpanismo abdominal normal.

Columna vertebral: Sin alteraciones, escapulas a nivel simétrico.

Regio glútea: Sin alteraciones. No abscesos.

Extremidades superiores: Brazos y antebrazos: forma y posición normal, trofismo muscular. Manos: sin alteraciones en forma, tamaño, color y movimiento, piel acorde a su edad, raza y sexo, no trofismo muscular ni óseo, humedad normal. Dedos: sin alteraciones en forma, color, movilidad activa y pasiva. Uñas: con estrías longitudinales, no lúnulas, sin presencia de onicomicosis. Articulaciones: sin alteraciones en hombros, codos, muñecas, interfalangias (actitud, forma, tamaño, color, calor, fluctuación, bolsa sinovial, movimientos activos).

Extremidades inferiores: Muslos y piernas: sin alteraciones en forma, posición, trofismo muscular y óseo. Pie: sin alteraciones en forma, tamaño, color movimientos trofismo y humedad. Dedos: forma, tamaño, color acorde al paciente, movilidad inactiva. Uñas: con estrías longitudinales, no lúnulas, sin presencia de onicomicosis

## VALORACION DE ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON 01. PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD	ENROJECIMIENTO	RIESGO DE INFECCIÓN

### DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

#### I. REACCION DE DIAGNOSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D 11. SEGURIDAD/ PROTECCION C 01. INFECCION	RIESGO DE INFECCION R/C: PROCEDIMIENTO INVASIVO Y ALTERACION DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL	RIESGO

### PLAN DE RESULTADOS (NOC)

#### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

**DEFINICION DE RIESGO DE INFECCION:** Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que puede comprometer la salud.

#### RIESGO DE INFECCION

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO 02. SALUD FISIOLOGICA CLASE L. INTEGRIDAD TISULAR	1101  <b>INTEGRACION TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS</b>	110101 Temperatura de la piel 110102 Sensibilidad 110105 Pigmentación anormal 110113 Integridad de la piel	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguna  CALIFICACION MINIMA: 13 CALIFICACION MAXIMA: 18	MANTENER A: 18  AUMENTAR A: 20

## PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<b>CAMPO 04.</b> SEGURIDAD <b>CLASE V.</b> CONTROL DE RIESGOS	<b>PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES. 6550</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✚ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</li><li>✚ Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.</li><li>✚ Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, exudados en la piel y las mucosas.</li><li>✚ Fomentar una ingesta nutricional suficiente</li><li>✚ Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.</li><li>✚ Notificar la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones.</li></ul>	Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo.

## VALORACION DE ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON 06. COGNITIVO-PERCEPTIVO	ENROJECIMIENTO Y DOLOR	DOLOR AGUDO

### DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

#### I. REACCION DE DIAGNOSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D 12. CONFORT C 01. CONFORT FISICO	DOLOR AGUDO R/C: AGENTES LESIVOS FISICO POR PROCESOS QUIRURGICO M/P: CAMBIOS EN LOS PARAMETROS FISIOLÓGICOS Y EXPRESION FACIAL DE DOLOR	REAL

### PLAN DE RESULTADOS (NOC)

#### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

**DEFINICION DE DOLOR AGUDO:** Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado previsible.

### DOLOR AGUDO

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO 04. CONOCIMIENTO O Y CONDUCTA DE SALUD CLASE S. CONOCIMIENTOS SOBRE LA SALUD	1843 <b>CONOCIMIENTO: MANEJO DEL DOLOR</b>	1104302 Signo y síntomas del dolor 184303 Estrategias para controlar el dolor 184315 Temas de seguridad relacionados con la medicación 184321 Precauciones en la actividad 184338 Cuando obtener ayuda de profesional sanitario.	1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso  CALIFICACION MINIMA: 16 CALIFICACION MAXIMA: 22	MANTENER A: 22  AUMENTAR A: 25

## PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p><b>CAMPO 01.</b>            FISIOLÓGICO:            BÁSICO  <b>CLASE E.</b>            FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA</p>	<p><b>MANEJO DEL DOLOR. 1400</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.</li> <li>✚ Asegurarse que el paciente reciba los analgésicos correspondientes</li> <li>✚ Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor</li> <li>✚ Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.</li> <li>✚ Proporcionar información acerca del dolor, como causas, el tiempo de duración y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos</li> </ul>	<p>Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</p>

## **PACIENTES CON CATETER VENOSO ARTERIAL**

### **VALORACION POR MARJORY GORDON**

Paciente, adulto mayor joven de 48 años de edad, de sexo masculino refiere: su salud es cambiante, pero últimamente se ha sentido mal. No ha tenido ninguna enfermedad respiratoria en los últimos 30 días, considera que su dieta esta balanceada, no fuma, no se droga y no toma, la última vez que tomo fue 1 año atrás. Como su dieta esta completa, come 3 veces al día, tiene dificultad para masticar, ya que tiene dentadura incompleta, sufre de reflujo regularmente. El paciente toma de 2lts de agua al día, ha ganado pesos. Tegumentos en buen aspecto, no se le cae el cabello, uñas sin presencia de hongos. Mide 1.79cms. El paciente refiere que evacua y micciona con normalidad. No hace ninguna actividad física debido al estar internado hospitalariamente. No tiene problemas para dormir, aunque duerme de 5 a 6 horas. El paciente escucha bien, usa lentes, toma decisiones por sí mismo, pero con ayuda de su familia

El paciente se describe a sí mismo, como una persona independiente, se estresa por su recuperación, pero la presencia de su familia lo motiva a seguir y reducir su ansiedad. Debido a su estado actual, no tiene relaciones sexuales. El paciente refiere que la mayoría del tiempo esta tenso, para ello el salir con su familia le ayuda. No tiene ninguna religión ni creencia.

### **VALORACION CEFALOCAUDAL**

Paciente, adulto mayor joven de 48 años de edad, de sexo masculino, de aspecto ectomorfo. Cabello con buena implantación, pero sin alopecias. Uñas con estrías longitudinales, no lúnulas. Piel acorde a su edad y sexo, sin manchas. Temperatura de 36.0 grados. Peso actual: 75kg. Talla: 1.79cms.

Cabeza: cráneo y cara sin alteración. No hay presencia de hematomas. Cabello con canicie. Sin alopecias. Buen estado higiénico. Ojos simétricos, con presbicia. Pabellones auriculares sin alteraciones y de tamaño normal, conducto auditivo externo en buen estado de higiene. Nariz y fosas nasales simétricas y permeables. Cavidad oral en condiciones óptimas para masticar, saborea y deglute. Piezas dentales completas, labios con signos de deshidratación leve.

Cuello: acorde a su biotipo, movimientos de flexión, extensión lateralización y rotación. Tiroides no visible ni palpable. No adenopatías, no presencia de resalto laríngeo.

Tórax: simétrico de aspecto y configuración normal, adecuada ventilación de campos pulmonares, regio axilar no adenopatías.

Abdomen: distendido, sigue los movimientos respiratorios. Sin presencia de viceromegalia. Timpanismo abdominal normal.

Columna vertebral: Sin alteraciones, escapulas a nivel simétrico.

Regio glútea: Sin alteraciones. No abscesos.

Extremidades superiores: Brazos y antebrazos: forma y posición normal, trofismo muscular. Las arterias de los brazos comprometidos por el catéter venoso arterial. Hay presencia de malestar e irritación. Manos: sin alteraciones en forma, tamaño, color y movimiento, piel acorde a su edad, raza y sexo, no trofismo muscular ni óseo, humedad normal. Dedos: sin alteraciones en forma, color, movilidad activa y pasiva. Uñas: con estrías longitudinales, no lúnulas, sin presencia de onicomicosis. Articulaciones: sin alteraciones en hombros, codos, muñecas, interfalangias (actitud, forma, tamaño, color, calor, fluctuación, bolsa sinovial, movimientos activos).

Extremidades inferiores: Muslos y piernas: sin alteraciones en forma, posición, trofismo muscular y óseo. Pie: sin alteraciones en forma, tamaño, color movimientos trofismo y humedad. Dedos: forma, tamaño, color acorde al paciente, movilidad inactiva. Uñas: con estrías longitudinales, no lúnulas, sin presencia de onicomicosis.

## VALORACION DE ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON 01. PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD	MALESTAR EN EL SITIO DE CATERIZACION E IRRITACION	RIESGO DE TRAUMATISMO VASCULAR

### DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

#### I. REACCION DE DIAGNOSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D 11. SEGURIDAD/ PROTECCION C 02. LESION FISICA	RIESGO DE TRAUMATISMO VASCULAR R/C: LUGAR DE INSERCIÓN Y SOLUCION IRRITANTE	RIESGO

### PLAN DE RESULTADOS (NOC)

#### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

**DEFINICION DE RIESGO DE TRAUMATISMO VASCULAR:** Vulnerable a una lesión en un vena y tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter y/o la perfusión de soluciones, que puede comprometer la salud.

### RIESGO DEL TRAUMATISMO VASCULAR

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO 04. CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD CLASE T. CONTROL DEL RIESGO Y SEGURIDAD	1902  <b>CONTROL DEL RIESGO</b>	190205 Adapta las estrategias de control de riesgo 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo. 190214 Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo 190216 Reconoce cambios en el estado general de la salud 120220 Identifica los factores de riesgo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol> CALIFICACION MINIMA: 10 CALIFICACION MAXIMA: 21	MANTENER A: 21  AUMENTAR A: 25

## PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p><b>CAMPO 03.</b>  <b>CONDUCTUAL</b>  <b>CLASE C.</b>            FOMENTO DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD</p>	<p><b>EDUCACION PARA LA SALUD. 5510</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en consecución de metas.</li> <li>✚ Implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto de la salud.</li> <li>✚ Utilizar estrategias y puntos de intervención variados en el programa educativo.</li> </ul>	<p>Desarrollar y proporcionar y experiencia de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.</p>

## VALORACION DE ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON 06. COGNITIVO-PERCEPTIVO	MALESTAR EN EL SITIO DE CATERIZACION E IRRITACION	DOLOR CRONICO

## DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

### II. REACCION DE DIAGNOSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D 12. CONFORT C 01. CONFORT FISICO	DOLOR CRONICO R/C: AFECCION ISQUEMICA M/P: EXPRESION FACIAL DE DOLOR E INFORMES DE PERSONAS PROXIMAS SOBRE CAMBIOS EN CONDUCTAS DE DOLOR/CAMBIOS DE ACTIVIDADES	REAL

## PLAN DE RESULTADOS (NOC)

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

**DEFINICION DE DOLOR CRONICO:** Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior a tres meses.

### RIESGO DEL TRAUMATISMO VASCULAR

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO 05. SALUD PERCIBIDA CLASE V. SINTOMATOLOGIA	2101  <b>DOLOR: EFECTOS NOCIVOS</b>	210108 Disminución de la capacidad para concentrarse 210110 Estado de ánimo alterado 210112 Trastorno del sueño 210115 Pérdida del apetito	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguna  CALIFICACION MINIMA: 10 CALIFICACION MAXIMA: 21	MANTENER A: 21  AUMENTAR A: 25

## PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p><b>CAMPO 02.</b> FISIOLOGICO: COMPLEJO <b>CLASE H.</b> CONTROL DE FARMACOS</p>	<p><b>ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. 2300</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.</li> <li>✚ Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco</li> <li>✚ Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.</li> <li>✚ Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones del paciente por lo medicamentos administrados</li> <li>✚ Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo del centro.</li> </ul>	<p>Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.</p>