



**Nombre de alumna: Sara Galilea Martínez Quevedo.**

**Nombre del docente: Lic. Nancy Domínguez Torres**

**Nombre del trabajo: PAE de los diagnósticos pedidos en la plataforma**

**Materia: practica de enfermería II**

**Grado: 7to cuatrimestre**

Pichucalco; Chiapas a 1 de diciembre del 2020

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

**Diagnóstico de traumatismocraneocenfalico**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRE DEL PACIENTE**

**Rosaura martes bonanpack**

FECHA Y HORA	DIAGNOSTICO DE ENFRIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE (NOC)0406	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes (NIC)2550	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES
8.00am-3.00pm	<p>DOMINIO: 04 actividad/reposo                      CLASE:04 respuestas cardiovasculares/pulmonares                      Diagnóstico: REAL</p> <p>R/C: Lesión cerebral (p.ej.,deterioro cerebrovascular enfermedad neurológica,traumatismo,tumor).</p>	<p>DOMINIO: 02 SALUD FISIOLÓGICA                      CLASE: E CARDIOPULMONAR</p> <p>RESULTADO: PERFUSION TISULAR CEREBRAL                      Adecuación del flujo sanguíneo a tra vez de los vasos cerebrales para mantener la función cerebral</p> <p>INDICADORES:                      PRESION INTRACRANEAL:3/4                      HALLAZGO EN EL ANGIOGRAMA CEREBRAL:3/4                      DETERIORO COGNITIVO:3/4                      NIVEL DE CONCIENCIA DISMINUIDO:3/4                      REFLEJOS NEUROLOGICOS:3/4</p> <p>PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO:                      Calificación: 15                      Mantener: 20                      Aumentar :25</p>	<p>CAMPO: 02 FISIOLÓGICO:COMPLEJO                      CLASE: I CONTROL NEUROLOGICO</p> <p>INTERVENCION: MEJORA DE LA PERFUSION CEREBRAL</p> <p>ACTIVIDADES: Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos y mantener dichos parámetros dentro de ese Rango.                      -inducir una hipertensión mediante la expansión del volumen o con agentes inotrópicos o vasoconstrictores según la prescripción para mantener los parámetros hemodinámicos y mantenerla optimizar la presión de la perfusión cerebral.                      -ajustar y administrar las dosis de los fármacos vasoactivos según la prescripción para mantener los parámetros hemodinámicos.                      -realizar una flebotomía al paciente según corresponda el nivel de hematocrito dentro del margen deseado.                      -mantener la glucemia dentro del Rango de referencia.                      _evitar la flexión del cuello y la flexión externa de la cadera y rodilla.                      -controlar el Tp y el ttp para mantenerlos en unos valores uno a dos veces los de referencia según corresponda.                      -monitorizar la aparición de efectos secundarios de la terapia de anticoagulantes.                      -monitorizar la aparición de signos de hemorragia búsqueda en la sangre de heces y drenaje nasogástrico.                      -monitorizar el estado neurológico.                      -calcular y monitorizar la pcc                      -monitorizar la pic y las respuestas neurológicas a las actividades del cuidado.                      -monitorizar la presión arterial media                      -monitorizar el estado respiratorio la frecuencia de ritmo y la profundidad de</p>	<p>Fomenta de una perfusión adecuada y limitación de las complicaciones en un paciente con perfusión cerebral inadecuada o que corre el riesgo de presentarla</p>

respiraciones en los niveles de  $po_2$ ,  $pco_2$ , pH y bicarbonato.  
-monitorizar la presencia de signos de sobrecarga de líquidos como ronos distensión de vena yugular edema y aumento de secreciones pulmonares.  
-monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular niveles de  $paco_2$ ,  $sao_2$  y hemoglobina y gastó cardíaco si están disponibles.  
\_chechar los valores de lavatorio si se han producido cambios de oxigenación del equilibrio ácido básico al igual de las entradas y salidas.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

**Diagnóstico de traumatismocraneocefalico**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

Roberto palazuelos humear

FECHA Y HORA	DIAGNOSTICO DE ENFRIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes (NIC)	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES
3.00pm-8 :00pm	<p>DOMINIO: 09 afrontamiento y tolerancia al estrés</p> <p>CLASE:04 actividad-ejercicio</p> <p>Diagnóstico: REAL Disminución de la capacidad adaptiva intracraneal</p> <p>R/C:lesioncerebral (:p.ej., deterioro cerebrovascular, enfermedad neurológica, traumatismo y tumor )</p> <p>M/P: -repetidos aumentos de la presión intracraneal &gt;10 mmHg por &gt; 5 minutos después de diferentes estímulos externos - Línea basal de la presión intracraneal (PIC)&gt;10mmHg</p>	<p>DOMINIO:02 SALUD FISIOLÓGICA</p> <p>CLASE:J NEUROCOGNITIVA</p> <p>RESULTADO:ESTADO NEULÓGICO:FUNCION SENSITIVA /MOTORA DE PARES CRANEALES</p> <p>INDICADORES: VISTA :4/5 REFLEJOS OCULARES:4/5 AUDICION:4/5 MOVIMIENTO MUSCULAR FACIAL:4/5 HABLA:4/5 SIMETRIA FACIAL :4/5</p> <p>PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO: Calificación: 24 Mantener: 20 Aumentar :25</p>	<p>CAMPO: 02 FISIOLÓGICO:COMPLEJO</p> <p>CLASE:I CONTROL NEUROLOGICO</p> <p>INTERVENCION:MONITORIZACION NEULÓGICA</p> <p>ACTIVIDADES: -comprobar el tamaño forma y simetría de la capacidad de la reacción de las pupilas. -vigilar el nivel de conciencia y estado del ambiente . -vigilar las tendencias de escala Glasgow. -verificar los parámetros de los signos vitales. -comprobar el estado respiratorio gasometría pulso metría profundidad patrón frecuencia y esfuerzo. -monitorizar los parámetros hemodinámicos invasivos según corresponda. -vigilar de reflejo corneal -comprobar el reflejo tusígeno y nauseoso. -monitorizar la simetría facial. -vigilar las características del habla: fluidez, presencia de afasia o dificultad de palabras. -observar la simetría facial -observa si hay parestesias (entumecimiento y hormigueo) -observar las respuestas de los medicamentos. -evitar actividades que aumenten la Pic -notificar al médico los cambios del Estado del paciente. -instalar protocolo de emergencia si es necesario</p>	<p>Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas</p>

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

**Diagnóstico de traumatismocraneocefalico**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:  
NOMBRE DEL PACIENTE**

Marjorie norman White

FECHA Y HORA	DIAGNOSTICO DE ENFRIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes (NIC)	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES
3.00pm-8 :00pm	<p>DOMINIO: 04 actividad/reposo</p> <p>CLASE:04 respuestas cardiovasculares/pulmonares</p> <p>Diagnóstico: REAL Patron respiratorio ineficaz</p> <p>R/C:deterioro neurológico de trauma craneoencefalico</p> <p>M/P: -disminución de la ventilación por minuto :SaO2 85%</p>	<p>DOMINIO:02 SALUD FISIOLÓGICA</p> <p>CLASE:E CARDIOPULMONAR</p> <p>RESULTADO:ESTADO RESPIRATORIO VENTILACION</p> <p>INDICADORES: FRECUENCIA RESPIRATORIA:3/4 CAPACIDAD VITAL:3/5 PROFUNDIDAD RESPIRATORIA:3/5 RETRACCION TORACICA:3/5 PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO: Calificación: 14 Mantener: 20 Aumentar :25</p>	<p>CAMPO: 02 FISIOLÓGICO:COMPLEJO</p> <p>CLASE:K CONTROL RESPIRATORIO</p> <p>INTERVENCION:MANEJO DE LA VIA AEREA</p> <p>ACTIVIDADES: -Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsion mandibular según corresponda. -identificar al paciente si requiere de manera real intubación de las vías aéreas. -insertar vía aérea oral o nasofaríngea según corresponda. -hacer fisioterapia torácica -fomentar respiración lenta y profunda giros y tos. -enseñar a toser de manera efectiva -ayudar al paciente con la espirometría incentivo -auscultar los sonidos respiratorios observando a las aéreas de disminución o ausencia de ventilación -realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal. -enseñar al paciente utilizar los inhaladores prescritos si es el caso -vigilar el estado respiratorio y de oxigenación ,según corresponda.</p>	<p>Asegurar la permeabilidad de la vía aérea</p>

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

**Diagnóstico de infarto agudo al miocardio**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

Manuel pinto Grajales

FECHA Y HORA	DIAGNOSTICO DE ENFRIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE (NOC)0405	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes (NIC)4150	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES
3.00pm-8 :00pm	DOMINIO: 04 actividad/reposo CLASE:04 respuestas cardiovasculares/pulm. Diagnóstico: RIESGO Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca R/CTaponamiento cardiaco Antecedentes familiares de enfermedad vascular	DOMINIO:02 SALUD FISIOLÓGICA CLASE:E CARDIOPULMONAR RESULTADO: PERFUSION TISULAR :CARDIACA  INDICADORES: HALLAZGO EN ELECTROCARDIOGRAMA:4/5 INDICE CARDIACO:4/5 ANGINA:4/5 PRUEBA DE ESFUERZO:4/5  PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO: Calificación: 16 Mantener: 20 Aumentar :25	CAMPO: 02 FISIOLÓGICO:COMPLEJO  CLASE:N CONTROL DE LA PERFUSION TISULAR  INTERVENCION:REGULACION HEMODINAMICA  ACTIVIDADES: -Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico -utilizar múltiples parámetros para indicar estado clínico del paciente. -monitorizar y documentar la presión y pulso del paciente	Optimación de la frecuencia ,la precarga la post carga y la contractilidad cardiacas

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

**Diagnóstico de infarto agudo al miocardio**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:  
NOMBRE DEL PACIENTE**

Alexis Hernández Pérez

FECHA Y HORA	DIAGNOSTICO DE ENFRIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE (NOC)0401	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes (NIC)4044	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES
3.00pm-8 :00pm	<p>DOMINIO: 04 actividad/reposo</p> <p>CLASE:04 respuestas cardiovasculares/pulmonares</p> <p>Diagnóstico: RIESGO Riesgo de la disminución del gasto cardíaco</p> <p>R/C</p> <p>Alteración de la contractibilidad</p> <p>Alteración de la frecuencia cardíaca</p> <p>Alteración del ritmo cardíaco</p>	<p>DOMINIO:02 SALUD /FISIOLÓGICA</p> <p>CLASE:E CARDIOPULMONAR</p> <p>RESULTADO:ESTADO CIRCULATORIO</p> <p>INDICADORES: PRESION ARTERIAL4/5 SISTOLICA4/5 PRESION DEL PULSO4/5 FATIGA3/5</p> <p>PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO: Calificación: 14 Mantener: 20 Aumentar :25</p>	<p>CAMPO: 02 FISIOLÓGICO:COMPLEJO</p> <p>CLASE:N CONTROL DE LA PERFUSION TISULAR</p> <p>INTERVENCION:CUIDADOS CARDIACOS AGUDOS</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-evaluar el dolor torácico</li> <li>-monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíaca.</li> <li>-escuchar los sonidos cardíacos así como los pulmones para ver si hay sonidos crepitantes</li> <li>-extraer muestras de sangre para controlar los niveles de cpk ldh y ast</li> <li>-controlar los electrolitos que pueden aumentar el riesgo de arritmias (potasio magnesio sérico)</li> <li>-monitorizar la eficacia de oxigenoterapia y los factores determinantes del aporte de oxígeno de los niveles de hemoglobina y gastó cardíaco</li> <li>-administre medicamentos que alivian eviten dolor y la isquemia a demanda</li> <li>-no administrar estimulantes por vía oral.</li> <li>-instruir al paciente sobre la relevancia notificar cualquier molestia torácica</li> <li>-Realizar una terapia de relajación si es adecuado.</li> <li>-asegurar que todo el personal este consciente del objetivo y trabaje de forma conjunta para proporcionar unos cuidados continuous.</li> <li>-ofrecer apoyo espiritual al paciente y a la familia</li> </ul>	<p>Limitación de las complicaciones en un paciente que ha experimentado un episodio de desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdicos de oxígeno ,con la consiguiente aparición de insuficiencia cardíaca,</p>

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

**Diagnóstico de infarto agudo al miocardio**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

**Juan Peralta Domínguez**

FECHA Y HORA	DIAGNOSTICO DE ENFRIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE (NOC)0400	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes (NIC)4044	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES
3.00pm-8 :00pm	<p>DOMINIO:04 actividad/reposo                      CLASE:04 respuestas cardiovasculares/pulmonares</p> <p>Diagnóstico: REAL                      Disminucion del gasto cardiaco</p> <p>R/C: Alteración de la frecuencia cardiaca                      Alteración del ritmo cardiaco</p> <p>M/Cambios en el ECG ( arritmias ,anormalidad en la conducción ,isquemia )                      Taticardia                      Alteración en la presión arterial                      Fatiga</p>	<p>DOMINIO:02 SALUD /FISIOLÓGICA                      CLASE:E                      CARDIOPULMOMAR</p> <p>RESULTADO:EFECTIVIDAD DE LA BOMBA CARDIACA</p> <p>INDICADORES:                      INDICE CARDIACO:3/4                      PRESION SANGUINEA SISTOLICA:3/5                      ARRITMIA: 3/5                      ANGINA:3/4                      NAUSEAS:3/4                      DISNEA EN PROCESO:4/5</p> <p>PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO:                      Calificación: 19                      Mantener: 19                      Aumentar :25</p>	<p>CAMPO: 02 FISIOLÓGICO:COMPLEJO                      CLASE:N CONTROL DE LA PERFUSION TISULAR</p> <p>INTERVENCION:CUIDADOS CARDIACOS</p> <p>ACTIVIDADES:                      -evaluar el dolor torácico                      -monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíaca.                      -escuchar los sonidos cardíacos así como los pulmones para ver si hay sonidos crepitantes                      -monitorizar la eficacia de oxigenoterapia y los factores determinantes del aporte de oxígeno de los niveles de hemoglobina y gastó cardíaco                      --Monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos antiarrítmicos                      -monitorizar la aparición de disnea fatiga y taquipnea.                      -garantizar que el nivel de actividad nos compromete el gasto cardíaco y no provoque crisis cardíacas                      -instruir al paciente sobre la relevancia notificar cualquier molestia torácica                      -Realizar una terapia de relajación si es adecuado.                      -asegurar que todo el personal este consciente del objetivo y trabajo de forma conjunta para proporcionar unos cuidados continuous.                      -ofrecer apoyo espiritual al paciente y a la familia</p>	<p>Limitación de las complicaciones en un paciente que ha experimentado un episodio de desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdicos de oxígeno ,con la consiguiente aparición de insuficiencia cardiaca,</p>

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

**Diagnóstico de shock séptico**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

**Marco Peralta Domínguez**

FECHA Y HORA	DIAGNOSTICO DE ENFRIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE (NOC)0421	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes (NIC)4250	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES
3.00pm-8 :00pm	DOMINIO:11 seguridad/protección CLASE:02 lesión física  Diagnóstico: RIESGO RIESGO DE SHOCK  R/C: sepsis Hipoxemia	DOMINIO:02 SALUD /FISIOLOGICA CLASE:E CARDIOPULMOMAR RESULTADO:SEVERIDAD DEL SHOCK SEPTICO  INDICADORES: RESPIRACION SUPERFICIAL:4/5 LETARGIA:4/5 NAUSEA:4/5 PALIDEZ:4/5 PIEL FRIA Y HUMEDA:4/5 PULSO DEBIL4/5 PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO: Calificación: 16 Mantener: 19 Aumentar :25	CAMPO: 02 FISIOLOGICO:COMPLEJO  CLASE:N CONTROL DE LA PERFUSION TISULAR  INTERVENCION:MANEJO DEL SHOCK  ACTIVIDADES: -monitorizar los signos vitales ,presión arterial,estado mental y diuresis -instaurar la permeabilidad de las vías aéreas -Vigilar la pulsioximetria -realizar gasometría -vigilar los niveles de oxigeno tisular(PaO2 bajos y PaCO2 niveles de hemoglobinas y gasto cardiaco -verificar los valores de laboratorios (hemograma,recuento diferencial, nivel de lacto y cultivos ) -adm.liquidos cristoloides mientras se controlan las presiones hemodinámicas y la diuresis según corresponda -monitorizar el estado hiperdinamico del shock séptico tras la reanimación de líquidos -iniciar la adm.temprana de antibióticos y comprobar su eficacia -monitorizar los niveles de la función renal incluido el peso ,diuresis horaria y asi como entradas y salidas. -ofrecer apoyo emocional al paciente y a la familia fomentando las actividades realistas del paciente y la familia	Facilitar el aporte de oxígeno y nutrientes al tejido sistemático eliminación de los productos de desecho celulares en un paciente con alteración grave de la perfusión tisular.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

**Diagnóstico de shock séptico**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

**Marco Peralta Domínguez**

FECHA Y HORA	DIAGNOSTICO DE ENFRIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE (NOC)0421	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes (NIC)1400	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES
3.00pm-8 :00pm	<p>DOMINIO:04 actividad/reposo                      CLASE: respuestas cardiovasculares/pulmonares</p> <p>Diagnóstico: RIESGO RIESGO DE PERFUSION GASTROINTESTINAL INEFICAZ</p> <p>R/C: deterioro de la función hepática( hepatitis isquémica)</p>	<p>DOMINIO:02 SALUD /FISIOLOGICA                      CLASE:E CARDIOPULMONAR</p> <p>RESULTADO:PERFUSION TISULAR :ORGANOS ABDOMINALES</p> <p>INDICADORES:                      DOLOR ABDOMINAL2/3                      DEFICIENCIA DE MALABSORCION:3/5                      NAUSEAS:3/4                      PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA:2/5                      PRESION ARTERIAL MEDIAL:3/5</p> <p>PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO:                      Calificación: 13                      Mantener: 14                      Aumentar :16</p>	<p>CAMPO: 02 FISIOLÓGICO BÁSICO</p> <p>CLASE:E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA</p> <p>INTERVENCION:MANEJO DEL DOLOR</p> <p>ACTIVIDADES:                      -realizar una valoración exhaustiva del dolor ,por la intensidad ,frecuencia o gravedad.                      -asegurar que el paciente reciba los cuidados analgésicos                      -monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados                      Animar al paciente que discuta su experiencia dolorosa,si procede                      -fomentar periodos de descanso /sueño adecuados que faciliten el alivio al dolor .</p>	<p>Alivio al dolor o disminución a un nivel de tolerancia aceptable.</p>

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

**Diagnóstico de riesgo shock séptico**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

**Anahy muñez gomez**

FECHA Y HORA	DIAGNOSTICO DE ENFRIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE (NOC)0708	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes (NIC)3740	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES
3.00pm-8 :00pm	<p>DOMINIO:11 seguridad/protección                      CLASE:02 lesión física</p> <p>Diagnóstico: RIESGO RIESGO DE SHOCK</p> <p>R/C: sepsis                      Infección</p>	<p>DOMINIO:02 SALUD /FISIOLÓGICA                      CLASE:H RESPUESTA INMUNE</p> <p>RESULTADO:SEVERIDAD DE INFECCION RECIENTE NACIDO</p> <p>INDICADORES:                      INESTABILIDAD DE TEMPERATURA:3/4                      PALIDEZ 3/4                      PIEL FRIA Y HUMEDA.4/5                      LETARGIA3/4                      LLANTO 3/5                      COLONIZACION DEL CULTIVO DEL LIQUIDO- CEFALORRAQUIDEO :3/4</p> <p>PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO:                      Calificación: 19                      Mantener: 19                      Aumentar :24</p>	<p>CAMPO: 02 FISIOLÓGICO:COMPLEJO</p> <p>CLASE:M TERMOREGULACION</p> <p>INTERVENCION:TRATAMIENTO DE LA FIEBRE</p> <p>ACTIVIDADES:                      -Controlar la temperatura y otros signos vitales                      -Observar el color de la piel y temperatura de la piel                      -Adm. Medicamentos o líquidos IV (antibióticos,antipiréticos y af. antiescalofríos)                      -Fomentar consumo de líquidos                      -Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre (crisis comicial, disminución del nivel de conciencia)                      -Garantizar que se aplican las medidas de seguridad si el paciente desarrolla agitación</p>	<p>Tratamiento de los sistemas y afecciones relacionadas con un aumento de temperatura corporal causados por pirógenos endógenos</p>

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

**Diagnóstico de insuficiencia respiratoria por respuesta ventilatoria al destete**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRE DEL PACIENTE**

**Magaly Sullivan morthy**

FECHA Y HORA	DIAGNOSTICO DE ENFRIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE (NOC)0412	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes (NIC)3740	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES
3.00pm-8 :00pm	<p>DOMINIO:04 actividad y reposo</p> <p>CLASE:04 respuestas cardiovasculares/ pulmonares</p> <p>Diagnóstico: RIESGO respuesta ventilatoria disfuncionalal desteste</p> <p>R/C: alteración en el patrón de dormir</p> <p>Disminución de autoestima</p> <p>Ritmo inapropiado del proceso de deteste</p> <p>Historia de dependencia ventilatoria mayor a 4 días</p> <p>M/P:</p> <p>Concentración creciente en la respiración</p> <p>Fatiga</p> <p>Malestar para respirar</p> <p>Necesidad creciente percibida de oxigeno</p>	<p>DOMINIO:02 SALUD /FISIOLOGICA</p> <p>CLASE:E CARDIOPULMONAR</p> <p>RESULTADO:RESPUESTA DEL DESTESTE VENTILATORIO MECANICA:ADULTO</p> <p>INDICADORES:</p> <p>RITMO RESPIRATORIO ESPOSTANEO 3/4</p> <p>PROFUNDIDAD RESPIRATORIA ESPONTANEA :4/5</p> <p>CAPACIDAD VITAL3/4</p> <p>VENTILACION MINUTO 3/4</p> <p>DIFICULTAD PARA RESPIRAR POR SI MISMO3/4</p> <p>PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO:</p> <p>Calificación: 13</p> <p>Mantener: 13</p> <p>Aumentar :15</p>	<p>CAMPO: 02 FISIOLOGICO:COMPLEJO</p> <p>CLASE:K CONTROL RESPIRATORIO</p> <p>INTERVENCION:DESTETE DE LA VENTILACION MECANICA</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>-someter a una observación para asegurarse que el paciente no tenga infecciones graves</p> <p>-colocar al paciente de la mejor forma posible para utilizar musculos respiratorios y optimizar el descanso diafragmático</p> <p>-alternar periodos de prueba de deteste con periodos de reposo y sueño suficientes</p> <p>-fomentar el uso optimo de energía del paciente iniciando pruebas de deteste después de que este bien descansado</p> <p>-adm.medicamentos que favorezcan la permeabilidad de las vías aereas y el intercambio gaseoso</p> <p>-utilizar métodos de relajación</p> <p>-ayudar al paciente a distinguir las respiraciones espontaneas de las respiraciones inducidas mecánicas</p> <p>-minimizar el trabajo excesivo de respiración que no sea terapéutico ,eliminando el espacio muerto adicional,añadiendo presión ,adm.broncodilatadores y manteniendo la permeabilidad de vías aéreas,según proceda .</p> <p>-proporcionar al paciente cuales son los cambios de ajuste de ventilador que aumentan el trabajo respiratorio ,cuando resulte oportuno</p> <p>-realizar preparativos de alta</p>	<p>Ayuda al paciente para que respire sin asistencia del ventilador mecanico</p>

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

**Diagnóstico de insuficiencia respiratoria por disfunción de intercambio de gases**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:  
NOMBRE DEL PACIENTE**

**Marjori jhonson vivier**

FECHA Y HORA	DIAGNOSTICO DE ENFRIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE (NOC)0402	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes (NIC)3320	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES
3.00pm-8:00pm	<p>DOMINIO:03 eliminación e intercambio</p> <p>CLASE:04 función respiratoria</p> <p>Diagnóstico: REAL</p> <p>Deterioro de intercambio de gases</p> <p>R/C: desequilibrio en la ventilación-perfusión</p> <p>M/P: aleteo nasal</p> <p>Disnea</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Patrón respiratorio anormal</p>	<p>DOMINIO:02 SALUD /FISIOLOGICA</p> <p>CLASE:E CARDIOPULMONAL</p> <p>RESULTADO:ESTADO RESPIRATORIO INTERCAMBIO GASEOSO</p> <p>INDICADORES: DISNEA INQUIETUDEQUILIBRIO ENTRE LA VENTILACION Y PERFUSION</p> <p>PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO: Calificación: 13 Mantener: 13 Aumentar :15</p>	<p>CAMPO: 02 FISIOLOGICO:COMPLEJO</p> <p>CLASE:K CONTROL RESPIRATORIO</p> <p>INTERVENCION:OXIGENOTERAPIA</p> <p>ACTIVIDADES: -mantener permeabilidad de las vías aéreas -preparar el equipo de oxígeno y adm. A través de un sistema calefactado y humidificado -adm. Oxígeno suplementario -vigilar el flujo de oxígeno -comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno periódicamente -controlar la eficacia de la oxígeno terapia Obsevar si hay signos de hipoventilación inducida por oxígeno -cambiar al dispositivo de aporte de oxígeno alternativo para fomentar la comodidad, según corresponda .</p>	<p>Administración de oxigenación y control respiratorio de su eficacia</p>

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

**Diagnóstico de insuficiencia respiratoria por limpieza ineficaz de vías aéreas por tabaquismo**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

**Elfendied nohter julie**

FECHA Y HORA	DIAGNOSTICO DE ENFRIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE (NOC)0410	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes (NIC)3160	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES
3.00pm-8 :00pm	<p>DOMINIO:01 respirar normalmente                      CLASE:00031</p> <p>Diagnóstico: REAL                      Limpieza ineficaz de las vías aéreas</p> <p>R/C:tabaquismo</p> <p>M/P: alteración en el patrón respiratorio                      Alteración en la frecuencia respiratoria</p>	<p>DOMINIO:02 SALUD /FISIOLOGICA                      CLASE:E CARDIOPULMONAL</p> <p>RESULTADO:ESTADO RESPIRATORIO:PERMEABILIDAD DE LAS VIAS RESPIRATORIAS</p> <p>INDICADORES:                      FRECUENCIA RESPIRATORIA 4/5                      RITMO RESPIRATORIO4/5                      JADEO3/4                      ALETEO NASAL 4/5                      TOS 4 /5</p> <p>PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO:                      Calificación: 19                      Mantener: 19                      Aumentar :22</p>	<p>CAMPO: 02 FISIOLÓGICO:COMPLEJO</p> <p>CLASE:K CONTROL RESPIRATORIO</p> <p>INTERVENCION:ASPIRACION DE LAS VIAS AEREAS</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- determinar la necesidad de aspiración oral</li> <li>-Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración</li> <li>-informar al paciente de la aspiración</li> <li>-aspirar la nasofaringe con una jeringa del tipo pera o con un dispositivo de aspiración</li> <li>-proporcionar sedación</li> <li>-usar precauciones universales</li> <li>-enseñar al p.t a realizar varias respiraciones profundas antes y después de la succion nasotraqueal y utilizar oxígeno suplementario,según corresponda.</li> <li>-hiperoxigenar con 1000% de oxígeno durante al menos 30 segundos mediante una bolsa</li> <li>-hiperinsuflar con niveles de volumen corriente ajustando el tamaño del paciente</li> <li>-controlar y observas el color,cantidad y consistencia de las secreciones</li> <li>-realizar el lavado de manos</li> <li>-monitorizar si hay presencia de dolor</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>

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

**Diagnóstico paciente con covid por termorregulación ineficaz**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

**Juana Ortiz de dominguez**

FECHA Y HORA	DIAGNOSTICO DE ENFRIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE (NOC)0800	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes (NIC)3900	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES
3.00pm-8 :00pm	DOMINIO:11 seguridad/proteccion CLASE:06 termorregulacion Diagnóstico: REAL Termorregulación ineficaz  R/C: enfermedad M/P: frecuencia cardiaca apical Frecuencia respiratoria Temperatura cutánea aumentada Hipertermia s	DOMINIO:02 SALUD /FISIOLOGICA CLASE:I REGULACION METABOLICA RESULTADO:TERMOEGULACION  INDICADORES: CEFALEA4/5 TEMPERATURA CUTANEA AUMENTADA2/3 TIRITONA CON EL FRIO3 /4 FRECUENCIA RESPIRATORIA3/4 FRECUENCIA CARDIACA APICAL 3/4 PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO: Calificación: 15 Mantener: 15 Aumentar :17	CAMPO: 02 FISIOLOGICO:COMPLEJO  CLASE:M TERMORAGULACION  INTERVENCION:REGULACION DE LA TEMPATURA  ACTIVIDADES:  -Monitorear la temperatura al menos cada 2 horas. - Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración. - Observar el color y la temperatura de la piel. -Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. -Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada. -Administrar la medicación antipirética	Consecuencia y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del margen normal

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

**Diagnóstico paciente con covid por patrón respiratorio ineficaz**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

**Lorerie gilmore**

FECHA Y HORA	DIAGNOSTICO DE ENFRIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE (NOC)0415	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes (NIC)3120	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES
3.00pm-8 :00pm	<p>DOMINIO:04 actividad/reposo                      CLASE:04 respuestas cardiovasculares/pulmonares                      Diagnóstico: REAL                      Patrón respiratorio ineficaz</p> <p>R/C: fatiga de los musculos de la respiración                      M/P:disminucion de la capacidad vital                      Patrón respiratorio anormal                      Disnea                      Disminución de ventilación por minuto</p>	<p>DOMINIO:02 SALUD /FISIOLÓGICA                      CLASE:E CARDIOPULMONAR</p> <p>RESULTADO:ESTADO RESPIRATORIO</p> <p>INDICADORES:                      Frecuencia respiratoria.2/3                      Profundidad de la respiración.2/3                      Ritmo respiratorio.2/3                      Capacidad vital.2/3                      Saturación de oxígeno.2/3                      Usos de músculos accesorios2/3.                      Disnea de reposo.3/4                      Tos3/4</p> <p>PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO:                      Calificación: 18                      Mantener: 18                      Aumentar :20</p>	<p>CAMPO: 02 FISIOLÓGICO:COMPLEJO                      CLASE:K CONTROL RESPIRATORIO</p> <p>INTERVENCION:INTUBACION Y ESTABILIZACION DE VIAS AERES</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Seleccionar el tipo y calibre de la vía aérea: orofaríngea o nasofaríngea.</li> <li>-Abordar la vía y asegurarse que el dispositivo se encuentre en vía aérea.</li> <li>-Fijar adecuadamente la cánula.</li> <li>-Auscultar campos pulmonares, para verificar la expansión bilateral de los pulmones e inflar el balón endotraqueal.</li> <li>-Verificar el tubo endotraqueal con radiografía de tórax.</li> </ul>	<p>Inserción o ayuda en la intubación y estabilización de una vía aérea artificial</p>

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

**Diagnóstico paciente con covid por riesgo de deterioro de la función hepática asociada a infección viral**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRE DEL PACIENTE**

**Luke gramer gogos**

FECHA Y HORA	DIAGNOSTICO DE ENFRIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE (NOC)0803	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes (NIC)1910	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES
3.00pm-8:00pm	DOMINIO:02 nutrición CLASE:04 metabolismo Diagnóstico: RIESGO Riesgo de deterioro de la función hepática asociada a infección viral R/C: infección viral	DOMINIO:02 SALUD /FISIOLÓGICA CLASE:I REGULACION HEPATICA RESULTADO:FUNCION HEPATICA INDICADORES: Tiempo de protrombina prolongado.4/5 Aumento de alanina transaminasa (ALT) (GPT).4/5 Aumento del aspartato aminotransferasa (ATS) (GOT) 4/5 Atrofia muscular4/5 PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO: Calificación: 16 Mantener: 16 Aumentar :18	CAMPO: 02 FISIOLÓGICO:COMPLEJO CLASE:G CONTROL DE ELECTROLITOS Y ACIDOBÁSICO INTERVENCION:MANEJO DEL EQUILIBRIO ACIDOBÁSICO ACTIVIDADES: -Mantener la vía aérea permeable. -Colocar al paciente para facilitar una ventilación adecuada. -Monitorizar las tendencias de pH arterial, PaCo2 y HCO3, para determinar tipo de desequilibrio y mecanismos fisiológicos compensadores presentes. -Mantener la evaluación simultanea de pH arterial y de los electrolitos plasmáticos para una planificación terapéutica precisa. -Monitorizar la gasometría arterial y los niveles de electrolitos séricos y urinarios. -Monitorizar las complicaciones de las correcciones de los desequilibrios ácido básicos. -Monitorizar el patrón respiratorio. -Monitorizar los aportes tisulares de oxígeno (hemoglobina, gasto cardiaco, PaO2, SaO2). -Monitorizar los signos de insuficiencia respiratoria. -Monitorizar la determinación del consumo de oxígeno. -Monitorizar las entradas y salidas. -Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP, PECP. -Monitorizar la pérdida de bicarbonato (drenaje de fístulas o diarrea). -Monitorizar la pérdida de ácido (vómito, aspiración,	Favorecer el equilibrio acidobásico y prevenir las complicaciones secundarias a un desequilibrio acidobásico

diarrea y uresis).

-Monitorización de estado neurológico (nivel de conciencia y confusión) administración de medicación prescrita.

-Sedar la paciente para reducir la hiperventilación.

-Tratar la fiebre.

-Administrar analgésicos.

-Administrar oxígeno.

-Administrar antibióticos, antivirales, broncodilatadores.