

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 16 de octubre 2020

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA UPP

GUIA DIDACTICA No. 1

I. VALORACION ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON II.NUTRICIONAL-METABOLICO	EL P.T PRESENTA MOLESTIA EN LA ZONA INFECTADA MANIFESTANDO DOLOR E IRRATIBILIDAD	1. DETERIORO REAL DE LA INTEGRIDAD TISULAR
PATRON8.HIGIENE/PIEL, PATRON 2.NUTRICIONAL-METABOLICO.	LA P.T NO COMENTA NINGUNA MOLESTIA MAS QUE LA INCOMODIDAD DE ESTAR ENCAMADA ,AUNQUE HAY UN RIESGO UPP POR EL TIEMPO DE ESTAR ACOSTADA.	2. RIESGO DE UPP

GUÍA DIDÁCTICA No 2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

II.- REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D.XII SEGURIDAD/PROTECCIÓN C.II LESION FISICA	1. DETERIORO REAL DE LA INTEGRIDAD TISULAR R/C CONOCIMIENTO INSUFICIENTE ACERCA DEL MANTENIMIENTO DE LA INTEGRIDAD TISULAR POR FACTORES MECANICOS M/P DESTRUCCION TISULAR Nota :código nanda 00044	REAL
D.XI SEGURIDAD/PROTECCIÓN C.2 LESION FISICA	2. RIESGO DE UPP R/C : DISMINUCION DE MOVILIDAD CAUSADA POR UNA FRACTURA DE CADERA EN UN ADULTO MAYOR DIABETICO Nota: Código de nanda 00249	RIESGO

GUÍA DIDÁCTICA No. 3 PLAN DE RESULTADOS (NOC)

1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

DEFINICION DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR: Lesión de la membrana mucosa,cornea,sistema intertegumentaria,fascia muscular, musculo,tendón,hueso,cartílago,capsula de articulación y/o ligamento

1. DETERIORO REAL DE LA INTEGRIDAD TISULAR **R/C** conocimiento insuficiente acerca del mantenimiento de la integridad tisular por factores mecánicos **M/P** destrucción tisular .

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO II SALUD FISIOLÓGIC A CLASE L: NUTRICION AL METABOLIC O	1103 CURACION DE LA HERIDA :PORSEGUNDA INTENCION	110303 secreción Purulenta 2/3 110305 Secreción sanguinolenta 2/4 110311 piel macerada 1/4 110315 excavación 2/4 110317 olor de herida 2/4 110321 Disminución de herida 1/5 110322 Inflamación de herida 2/5	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado CALIFICACION :12	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 NIVEL L. CONTROL DE PIEL /HERIDAS</p>	<p>CUIDADOS DE LAS HERIDAS 3660</p> <ul style="list-style-type: none"> √ Desbridar las características de la úlcera presentadas √ Controlar el color la temperatura, el edema, la humedad, y el aspecto de la piel circundante √ Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación √ Aplicar calor húmedo a la úlcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona. √ Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua. √ Desbridar la úlcera, si es necesario. √ Limpiar la úlcera con solución No tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro. √ utilizar una aguja de calibre 19 y una jeringa de 35 ML para limpiar las úlceras profundas. √ Anotar las características del drenaje. √ Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda. √ Remojar con solución salina, según corresponda. √ Aplicar pomadas, según corresponda. √ Aplicar vendajes, que está indicado. √ Administrar medicamentos orales ,según corresponda. √ Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. √ Cambiar de posición cada dos horas para evitar la presión prolongada. 	<p>prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación .</p>

	<ul style="list-style-type: none"> √ Asegurar una ingesta adecuada. √ Enseñar a los miembros de la familia a cuidar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda. √ enseñar al individuo a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de herida 	
--	--	--

GUÍA DIDÁCTICA No. 3 PLAN DE RESULTADOS (NOC)

2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

DEFINICION DE RIESGO DE CONSECUENCIAS DE LA INMOVILIDAD FISIOLÓGICA :gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física

2. RIESGO DE UPP R/C por la disminución de movilidad causada por una fractura de cadera en un adulto mayor diabético

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO I SALUD FUNCIONAL CLASE C MOVILIDAD PATRON IV ACTIVIDAD – EJERCICIO	0204 CONSECUEN CIAS DE LA INMOVILIDAD FISICOLOGIC AS	20401-ulceras por presión 4/5 20411-fuerza muscular 3/5 20413-fractura ósea 3/5 20421capacidad vital 2/5	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrad CALIFICACION 12	MANTENER A: 20 AUMENTAR A: 25

GUÍA DIDÁCTICA No 4
PLAN DE INTERVENCIONES (NIC: 3500)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p>CAMPO II FISIOLÓGICO: COMPLEJO</p> <p>CLASE L.CONTROL DE PIEL/ HERIDAS</p>	<p>MANEJO DE PRESIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> √ Vestir al p.t con prendas no ajustas √ Almohadillar los bordes de yesos ásperos y las conexiones de tracción según corresponda √ Abstenerse aplicar presión en la parte corporal afectada √ Elevar la extremidad lesionada √ Girar al p.t inmovilizado al menos cada 2hrs √ Facilitar cambios pequeños de la carga corporal √ Observar si hay zonas enrojecida o solución de continuidad de la piel √ Comprobar la movilidad y actividad del p.t √ Utilizar la escala de braden para medir los factores de riesgo del paciente √ Utilizar dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas sin apoyar en la cama √ Hacer pliegues en la cama para evitar la presión sobre los dedos de los pies √ Vigilar el estado nutricional del p.t √ Observar si hay fuentes de presión y fricción 	<p>Minimizar la presión sobre las partes corporales</p>

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA EN PACIENTES INTUBADOS

GUIA DIDACTICA No. 1

1. VALORACION ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO	EL P.T PRESENTA AGITACION ,AUMENTO DE FRECUENCIA RESPIRATORIA MODERADA EN ESPERA DE DETESTE	1. RESPUESTA VENTILATORIA DISFUNCIONAL AL DESTETE
PATRON 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO	EL P.T LE DIFICULTA RESPIRAR POR UN SI MISMO ENTRE OTROS FACTORES INVOLUCRADOS	2. DETERIORO DE LA VENTILACION ESPONTANEA

GUÍA DIDÁCTICA No 2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

II.- REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D 4. ACTIVIDAD Y REPOSO C 4 RESPUESTA CARDIOVASCULAR/PULMONARES	1. RESPUESTA VENTILATORIA DISFUNCIONAL AL DESTETER R/C DOLOR, ANTECEDENTES DE MÚLTIPLES FRACASOS EN EL INTENTO DEL DESTETE, APOYO SOCIAL INSUFICIENTE, HISTORIA DE DEPENDENCIA VENTILATORIA >4 DÍAS Y RITMO INAPROPIADO DEL PROCESO DE DESTETE. M/P AGITACION, DETERIORO DE GASOMETRIA, AUMENTO SIGNIFICATIVO DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA POR ENCIMA DE LA BASAL Y RESPIRATORIA, RESPIRACION SUPERFICIAL, RESPIRACION JADEANTE.	REAL
D 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO C 4. RESPUESTAS CARDIOVASCULARES/PULMONARES	2. DETERIORO DE LA VENTILACION ESPONTANEA R/C FATIGA DE LOS MUSCULOS DE LA RESPIRACION M/P ANSIEDAD, AUMENTO DE FRECUENCIA RESPIRATORIA, DESASOSIEGO, DISMINUCION DE (PO ₂) Y DISMINUCION DE LA SATURACION DE OXIGENO (SaO ₂), DISNEA, USO CRECIENTE DE LOS MUSCULOS ACCESORIOS. Nota código de nanda:00033	REAL

GUÍA DIDÁCTICA No. 3 PLAN DE RESULTADOS (NOC)

1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

DEFINICION RESPUESTA VENTILATORIA DISFUNCIONAL AL DESTETE: Incapacidad para adaptarse a la reducción de los niveles de la ventilación mecánica que interrumpe y prolonga el periodo del destete.

1. RESPUESTA VENTILATORIA DISFUNCIONAL AL DESTETE R/C DOLOR, ANTECEDENTES DE MULTIPLES FRACASOS EN EL INTENTO DEL DESTETE, APOYO SOCIAL INSUFICIENTE, HISTORIA DE DEPENDENCIA VENTILATORIA >4 DIAS Y RITMO INAPROPIADO DEL PROCESO DE DESTETE. M/PAGITACION, DETERIORO DE GASOMETRIA, AUMENTO SIGNIFICATIVO DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA POR ENCIMA DE LA BASAL Y RESPIRATORIA, RESPIRACION SUPERFICIAL, RESPIRACION JADEANTE.

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO II. SALUD FISIOLÓGICA CLASE E. CARDIO-PULMONAR	0412 RESPUESTA DEL DESTETE DE LA VENTILACION MECANICA :ADULTO	41202 frecuencia respiratoria espontanea 4/5 42203 ritmo respiratoria espontanea 4/4 41205 Frecuencia cardiaca apical 4/4 41211 Saturación de oxígeno 3/ 41212 Capacidad vital 3/5 41220 Equilibrio de perfusión ventilación 3//5	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado CALIFICACION: 21	MANTENER A: 20 AUMENTAR A: 25

GUÍA DIDÁCTICA No 4
PLAN DE INTERVENCIONES (NIC:3311)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p>CAMPO II. FISIOLÓGICO BASICO CLASE K. CONTROL RESPIRATORIO</p>	<p>3311 DETESTE DE LA VENTILACION MECANICA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Someter observación para asegurar que el paciente no tenga infecciones graves antes del destete. ✓ Colocar al paciente de la mejor forma posible para utilizar los músculos respiratorios. ✓ Aspirar la vía aérea, si es necesario ✓ Administrar fisioterapia torácica, según corresponda. ✓ Alternar periodos de prueba de deteste con periodos de reposo y sueños eficientes ✓ Explicar al paciente cuales son los cambios de ajuste de ventilador que aumenta el trabajo respiratorio, cuando resulte oportuno. ✓ Explicar al paciente y a la familia lo que puede pasar en los diversos estadios de deteste. ✓ Explicar al paciente y familiares lo que pasara dentro del deteste ✓ Determinar la preparación del paciente para el deteste (estabilidad hemodinámica, resolución del trastorno que requirió la ventilación, estado actual óptimo para el deteste. ✓ Controlar los factores predictivos de la capacidad de tolerar destete según el protocolo del centro (p.ej grado de cortocircuito, capacidad vital, vd/vt, vvm, fuerza inspiratoria , vems, presión inspiratoria negativa) ✓ Iniciar el deteste con periodo de prueba por ejemplo 30-120 minutos de respiración espontanea asistida por el respirador. 	<p>Ayudar al paciente para que respire sin asistencia del ventilador mecánico.</p>

GUÍA DIDÁCTICA No. 3 PLAN DE RESULTADOS (NOC)

2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

DEFINICION DETERIORO DE LA VENTILACION ESPONTANEA: disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida

3. DETERIORO DE LA VENTILACION ESPONTANEA R/C DETERIORO DE LA VENTILACION ESPONTANEA R/C FATIGA DE LOS MUSCULOS DE LA RESPIRACION M/P ANSIEDAD, AUMENTO DE FRECUENCIA RESPIRATORIA, DESASOSIEGO, DISMINUCION DE (PO₂) Y DISMINUCION DE LA SATURACION DE OXIGENO(SaO₂),DISNEA,USO CRECIENTE DE LOS MUSCULOS ACCESORIOS.

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO II. SALUD FISIOLÓGICA CLASE E CARDIO-PULMONAR	0411 RESPUESTA DE LA VENTILACION MECANICA:ADULTO	41102Frecuencia respiratoria 1/5 41103Ritmo respiratorio2/3 41104Profundidad de la inspiración .2/3 41106Volumen de corriente pulmonar.2/3 41107Capacidad vital1/2 4112Saturación de oxígeno2/3 41114Dióxido de carbono del volumen corriente final2/3	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado CALIFICACION 20	MANTENER A: 20 AUMENTAR A: 25

		41117Equilibrio de la perfusión de ventilación2/3 41123Expación asimétrica de la pared torácica2/3 41125Ansiedad2/3 41126Capacidad inspiratoria2/3		
--	--	---	--	--

GUÍA DIDÁCTICA No 4
PLAN DE INTERVENCIONES (NIC 3300)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p>CAMPOII.FISIOLOGICO: COMPLEJO NIVEL K. CONTROL RESPIRATORIO</p>	<p>3300 MANEJO DE LA VENTILACION MECANICA:INVASIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> √ Controlar las condiciones que indica la necesidad de soporte ventilatorio (fatiga e los músculos respiratorios, disfunción neurológica secundaria a traumatismo, anestesia, sobredosis de drogas, acidosis respiratoria, refractaria) √ Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente. √ Consultar con otros profesionales sanitarios para la Selección del modo de ventilador(modos inicial habitualmente de control de volumen especificando la frecuencia respiratoria, nivel de fio2 y volumen) √ Observar una evaluación del Estado corporal basal del paciente al inicio y con cada cambio de cuidador. √ Iniciar la preparación y la aplicación del respirador. √ Asegurarse que las alarmas el ventilador estén conectadas. 	<p>Ayudar al paciente a recibir soporte respiratorio artificial de un dispositivo insertado en la traquea</p>

	<ul style="list-style-type: none">√ Explicar al paciente y familia las razones y las sensaciones esperadas asociadas al uso de respiradores mecánicos.√ Comprobar de rutina los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado.√ Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador.√ Observar y producen un descenso del volumen expirado y un aumento de presión inspiratoria.√ Administrar los agentes paralizantes musculares sedantes y analgésicos narcóticos que sean apropiados.√ Controlar las actividades que aumentan el consumo de oxígeno fiebre escalofríos crisis comiciales dolor o actividades básicas enfermería que puedan desbordar los ajustes de soporte ventilar y causar desaturación de oxígeno√ Controlar los factores que aumentan el trabajo respiratorio del paciente cómo obesidad, embarazo, Así como cabecera de cama bajada, tubo endotraqueal mordido, condesacion de los tubos de ventilador o filtros obstruidos.√ Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio por ejemplo aumento de frecuencia cardíaca , respiratoria, hipertención diaforesis y cambios de estado mental.√ Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente.	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">√ Poner en marcha las técnicas de relajación, según corresponda.√ Proporcionar cuidados para aliviar las molestias del paciente ejemplo posición, limpieza traqueobronquial, terapia broncodilatadora, sedación y analgesia , comprobación frecuente del equipo.√ Proporcionar por medios de comunicación al paciente papel lápiz.√ Vaciar el agua condensada de los colectores de agua.	
--	---	--

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA EN PACIENTES CON ASPIRACION DE SECRECIONES.

GUIA DIDACTICA No. 1

1.VALORACION ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO	EL PACIENTE CON INTUBACION ENDOTRAQUEAL MANIFIESTA DIFICULTAD PARA ELIMINAR LAS SECRECIONES EN EL TRACTO RESPIRATORIO POR UNA INDEBIDA LIMPIEZA	3. LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS
PATRON 2. NUTRICIONAL - METABOLICO	EL PACIENTE CORRE CON EL RIESGO DE BRONCOASPIRAR LIQUIDOS	4. RIESGO DE ASPIRACION

GUÍA DIDÁCTICA No 2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

II.- REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D11.SEGURIDAD/PROTECCION C2. LESION FISICA	4. LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS R/C VIA AREA ARTIFICIAL, RETENCION DE SECRECIONES, MUCOSIDAD EXCESIVA M/P ALTERACION POR PATRON RESPIRATORIO, DESASOSIEGO, EXCESIVA CANTIDAD DE ESPUTO, OPTONEA Nota :Código de nanda 0031	REAL
D 11. SEGURIDAD Y PROTECCION C 2. LESION FISICA	5. RIESGO DE ASPIRACION R/C PRESENCIA DE SONDA ORAL/NASAL(POR EJ.TRAQUEAL DE ALIMENTACION) Nota : Código nanda :0039	RIESGO

GUÍA DIDÁCTICA No. 3 PLAN DE RESULTADOS (NOC)

3. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

DEFINICION DE LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

1. LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS **R/C** VIA AREA ARTIFICIAL, RETENCION DE SECRECIONES, MUCOSIDAD EXCESIVA **M/P** ALTERACION POR PATRON RESPIRATORIO, DESASOSIEGO, EXCESIVA CANTIDAD DE ESPUTO, OPTONEA

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO II. SALUD FISIOLÓGICA CLASE E. CARDIO-PULMONAR	0410 ESTADO RESPIRATORIO PERMEABILIDAD DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	41007 Ruidos respiratorios patológicos 3/5 41012 capacidad para eliminar secreciones 2/5 41014 jadeo 3/5 41020 acumulación de esputos 3/5 41021 Respiración agónicas 3/5	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado CALIFICACION 14	MANTENER A: 20 AUMENTAR A: 25

GUÍA DIDÁCTICA No 4
PLAN DE INTERVENCIONES (NIC:3160)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p>CAMPO II. FISIOLÓGICO COMPLEJO CLASE K. CONTROL RESPIRATORIO</p>	<p>ASPIRACION DE LAS VIAS AEREAS</p> <ul style="list-style-type: none"> √ Determinar las necesidades de la aspiración oral y o traqueal. √ Escuchar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. √ Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración. √ Aspirar la nasofaringe con una jeringa del tipo pera o un dispositivo de aspiración, según corresponda. √ Proporcionar sedación, según corresponda. √ Usar precauciones universales. √ Hiperoxigenar con oxígeno al 100% durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada pasada. √ Hiperinsuflar con niveles de volumen corriente ajustados al tamaño del paciente, según corresponda. √ Utilizar equipo desechables para cada procedimiento de aspiración traqueal. √ Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal cánula de traqueostomía o la vía aérea del paciente. √ Dejar al paciente conectado al ventilador durante la espiración si se utiliza un sistema de aspiración traqueal cerrado o un adaptador de dispositivo de insuflar oxígeno. 	<p>extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de una sonda de aspiración en las via aérea oral, nasofaríngea o traqueal del paciente</p>

	<ul style="list-style-type: none">√ Utilizar la mínima cantidad de aspiración cuando se Utilizar el aspirador de pared para extraer secreciones en adultos.√ Monitorizar el estado de oxigenación del paciente y el estado neurológico.√ Basar la duración de cada pasada de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente al aspiración.√ Detener la aspiración traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimenta bacalao aumento de extrasístoles ventriculares.√ Controlar de observar el color y cantidad de la consistencia de secreciones.√ Enviar las secreciones para su cultivo y antibiograma según corresponda.√ Realizar el lavado de manos.√ Monitorizar la presencia de dolor.	
--	---	--

GUÍA DIDÁCTICA No. 3 PLAN DE RESULTADOS (NOC)

4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

DEFINICION PREVENCIÓN DE LA ASPIRACION : acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones

6. RIESGO DE ASPIRACION R/C PRESENCIA DE SONDA ORAL/NASAL (POR EJ. TRAQUEAL DE ALIMENTACION)

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO IV. CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD CLASE T CONTROLS DE RIESGO Y SEGURIDAD	1918 PREVENCIÓN DE LA ASPIRACION	191801 Identifica los factores de riesgo 3/5 191802 Evita factores de riesgo 3/5 191803 Se incorpora para comer o beber 3/4 191806 Conserva una consistencia apropiada de las comidas sólidas y líquidas 2/5	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrad CALIFICACION :11	MANTENER A: 20 AUMENTAR A: 25

GUÍA DIDÁCTICA No 4
PLAN DE INTERVENCIONES (NIC:3200)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
CAMPO IV. SEGURIDAD NIVEL V. CONTROL DE RIESGO	3200 PREVENCIÓN PARA EVITAR LA ASPIRACION <ul style="list-style-type: none"> √ Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. √ Mantener una vía aérea. √ Minimizar el uso de narcóticos y sedantes. √ Minimizar el uso de fármacos que retrasen el vaciado gástrico, según corresponda. √ Controlar el estado pulmonar. √ Monitorizar las necesidades cuidados intestinales. √ Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado. √ Mantener el equipo de aspiración disponible. √ Supervisar la comida o ayudar según corresponda √ Comprobar la colocación de la sondanasogastrica. √ Administrar una alimentación continúa con sng en lugar de por gravedad o énbolo. √ Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes. √ Agentes procinéticos, según corresponda. √ Usar predicación en forma de elixir √ Romper o desmontar las pastillas antes de su adm. 	Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente de aspiración .

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA CATETER VENOSO CENTRAL

GUIA DIDACTICA No. 1

I. VALORACION ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON 1. MANEJO/ PERCEPCION DE LA SALUD	El paciente presenta hipersensibilidad y coloración local del acceso de hemodiálisis por duración del tiempo .	1. RIESGO DE TRAUMATISMO VASCULAR
PATRON 2. NUTRICIONAL/METABOLICO	El p.t corre el riesgo de deterioro la integridad del acceso de hemodiálisis a una posible infección	2. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

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	1. RIESGO DE TRAUMATISMO VASCULAR R/C DURACION DEL TIEMPO DE CATETER ESTA EN EL SITIO. Nota:código nanda 00213	RIESGO
D 11. SEGURIDAD/ PROTECCION C 2. LESION FISICA	2. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA M/P CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE EN LA PIEL Nota:código nanda 00046	RIESGO

GUÍA DIDÁCTICA No. 3 PLAN DE RESULTADOS (NOC)

1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

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

1. RIESGO DE TRAUMATISMO VASCULAR R/C DURACION DEL TIEMPO QUE EL CATETER ESTA EN EL SITIO.

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO II. SALUD FISIOLÓGICA -A CLASE L. INTEGRIDAD TISULAR	1105 INTEGRIDAD DEL ACCESO PARA HEMODIALISIS	110501 coloración cutánea 4/5 110503 Supuración local 4/5 110515 hipersensibilidad local 4/5 110517 temperatura de la piel en el sitio de acceso 3/5	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado CALIFICACION 15	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 IV. SEGURIDAD CLASE V. CONTROL DE RIESGO</p>	<p>6550 PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar los signos y síntomas de infección localizada ✓ Observar la vulnerabilidad del p.t a las infecciones ✓ Seguir las precauciones propias en pacientes con neutropenia ✓ Mantener la asepsia para el paciente de riesgo ✓ Aplicar técnicas de aislamiento ✓ Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas ✓ Inspeccionar el calor extremo o exudados en la piel y las mucosas ✓ Observar si hay cambios de vitalidad o malestar ✓ Enseñar al paciente a tomar antibióticos prescritos ✓ Instruir al p.t y familiar acerca de los síntomas y signos de infecciones para informar al personal de salud así evitar infecciones 	<p>.prevención y detección precoces de la infección en pacientes con riesgo de infección</p>

GUÍA DIDÁCTICA No. 3
PLAN DE RESULTADOS (NOC)

2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

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

3. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA M/P CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE EN LA PIEL.

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO IV. SALUD FISIOLÓGICA CLASE L INTEGRIDAD TISULAR	1105 INTEGRIDAD DEL ACCESO PARA HEMODIALISIS	110502 coloración cutánea3/4 110503 supuración 4//5 110507 hematoma local4/5 110510 temperatura local3/5 110513 situación del tubo4/5	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrad CALIFICACION 19	MANTENER A: 20 AUMENTAR A: 25

GUÍA DIDÁCTICA No 4
PLAN DE INTERVENCIONES (NIC 4240)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p>CAMPO II FISIOLÓGICO : COMPLEJO CLASE N. CONTROL DE LA PERFUSIÓN TISULAR</p>	<p>4240 MANTENIMIENTO DEL ACCESO PARA DIALISIS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprobar si el lugar de salida del catéter se ha producido su migración ✓ Comprobar si en el lugar de acceso y eritema , edema, calor, drenaje, hemorragia, hematoma y disminución de la sensibilidad ✓ Aplicar gas estéril más y un apósito en el lugar de catéter de diálisis venoso central con cada tratamiento. ✓ Comprobar la permeabilidad de la fístula AV a intervalos frecuentes por ejemplo para el parcial frenito y auscultar la presencia de un soplo. ✓ Heparinizar los catéteres de diálisis venosa central recién introducidos. ✓ Volver a heparinizar los catéteres de diálisis venosa central después de una diálisis o cada 72 horas ✓ Evitar la compresión mecánica de los lugares de acceso periférico ✓ Enseñar al paciente el cuidado del lugar del acceso de diálisis 	<p>Conservación de lugares de acceso vascular (arteriovenoso)</p>

	<ul style="list-style-type: none">✓ Evitar la venopuncion y la medición de la presión arterial en la extremidad del acceso periférico	
--	---	--

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA EN CATETER ARTERIAL .

GUIA DIDACTICA No. 1

II. VALORACION ANALISIS DE DATOS

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SINTOMAS)	ETIQUETA DIAGNOSTICA
PATRON 1. Percepción manejo de la salud	La incisión del paciente contiene una mínima hipersensibilidad y infección .	2.RIESGO DE INFECCION

GUÍA DIDÁCTICA No 2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

II.- REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D 11. SEGURIDAD/ PROTECCION C 2. INFECCION	3.RIESGO DE INFECCION R/C PROCEDIMIENTO INVASIVO Código nanda:00004	REAL

**GUÍA DIDÁCTICA No. 3
PLAN DE RESULTADOS (NOC)**

3. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

DEFINICION DE RIESGO DE INFECCION: vulnerable a una invasión y multiplicación de organismo patógenos que pueden comprometer la salud.

1. RIESGO DE INFECCION R/C PROCEDIMIENTO INVASIVO

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO II. SALUD FISIOLOGICA CLASE T. RESPUESTA INMUNE	0703 SEVERIDAD DE INFECCION	700301Erupcion 4/5 70334Hipersensibilidad4/ 5 70335Colonización de acceso vascular4/5	6. Nunca demostrado 7. Raramente demostrado 8. A veces demostrado 9. Frecuentemente demostrado 10. Siempre demostrado CALIFICACION 12	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 NIVEL L. CONTROL DE PIELHERIDAS</p>	<p>3440 CUIDADOS DE SITIO DE INCISION</p> <ul style="list-style-type: none"> √ Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión √ Limpiar la zona de sitio de incisión con una solución antiséptica √ Aplicar bandas adhesivas de cierre √ Aplicar vendaje para proteger el sitio incisión √ Cambias vendaje √ Facilitar al p.t vea la incisión √ Instruir la forma de cuidar el sitio de incisión. 	<p>Limpieza ,seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas ,clips o grapas</p>