



**Nombre de alumnos: López Acuña Ángel Tadeo**

**Nombre del profesor: Neri García Jiménez.**

**Nombre del trabajo: place**

**Grado: 6to cuatrimestre**

**Grupo: "u"**

Pichucalco, Chiapas a 22 de jul del 2021



## **Introducción.**

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de las urgencias.

En cuanto a los objetivos del PAE, el principal se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad. Y si comentamos las ventajas, estas, tienen repercusiones sobre la profesión, considerando a la enfermería como una disciplina con carácter científico que se centra en la respuesta humana del individuo; sobre el paciente, que participa en su propio cuidado y este se le presta de forma continua y con calidad en la atención de forma individualizada, y sobre la enfermera, aumentando su satisfacción y su crecimiento profesional ante la consecución de objetivos, hace que se convierta en experta, le impide omisiones o repeticiones innecesarias optimizando el tiempo, además de poder realizar una valoración continua del paciente, gracias a la etapa de evaluación, que permite la retroalimentación del proceso.

## OBJETIVOS.

Mejorar la calidad asistencial enfermera en los puntos de atención continuada, mediante una correcta elaboración del PAE y concienciación del personal de enfermería para realizar un adecuado PAE en urgencias.

Cada enfermera conocerá las cinco etapas del PAE y la forma de aplicarlo sistemáticamente

## Caso clínico.

niña de 9 años que acudió en tres ocasiones al Servicio de Urgencias y Servicio de Traumatología, por dolor en maléolo interno de miembro inferior derecho de doce días de evolución. No refería traumatismo previo y no presentaba puerta de entrada cutánea, ni signos de infección en la región dolorosa. En la primera visita, se realizó radiografía de tobillo derecho sin objetivar hallazgos patológicos, por lo que se pautó reposo relativo y tratamiento antiinflamatorio con ibuprofeno. A los cinco días, volvió a consultar por persistencia del dolor y edema, por lo que se inmovilizó con férula suropédica y se citó en consulta de traumatología infantil. Siete días más tarde, comenzó con fiebre (máximo 38,5°C axilar), persistía dolor en la zona, sin interferir con el descanso nocturno, no asociaba astenia, pérdida de peso ni otra sintomatología constitucional

buen estado general. Tobillo derecho: edema perimaleolar externo e interno, con aumento de la temperatura local, sin eritema ni deformidad. Dolor intenso a la palpación de tibia distal, línea interarticular tibioperoneoastragalina y maléolo interno. Impotencia funcional con dolor a la flexo-extensión y eversión pasiva del pie. Neurovascular distal conservado

- Hemograma: Hematíes 4.711.000/ $\mu$ L, Hemoglobina 13,2 g/dL, Leucocitos 8.760/ $\mu$ L (N 74,4%, L 1,35%, M 9,7%, E 0,3%), Plaquetas 341.000/ $\mu$ L.
- Bioquímica: Glucosa 98 mg/dL, iones normales, Proteína C Reactiva 11,8 mg/dL, Procalcitonina 0,071 ng/mL, VSG: 101 mm.
- Radiografía de tobillo



## Caso clínico.

Paciente con problemas oncológicos.

Las principales causas del cáncer de pulmón, así como del cáncer en general, incluyen carcinógenos tales como el humo del cigarrillo, radiación ionizante e infecciones virales. La exposición a estos agentes causa cambios acumulativos sobre el ADN de las células, acumulándose progresivamente alteraciones genéticas que transforman el epitelio que reviste los bronquios del pulmón. A medida que hay daño más extenso, se desarrolla el cáncer de pulmón.

Paciente masculino, 58 años de edad, raza blanca, madre muerta por CP, fumador de treinta años (consumo diario 60 cigarrillos). Acudió a consulta por dolores articulares generalizados, debilidad muscular acentuada, toma del estado general, pérdida de 40 libras por más de siete meses de evolución. Al interrogatorio manifestó: dolor torácico, tos y expectoración sanguinolenta en ocasiones.

Examen físico: mucosas hipo coloreadas, murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares; abdomen ligero dolor en epigastrio y dedos hipocráticos de manos y pies. Rayos X de tórax reveló ensanchamiento borde derecho de mediastino superior, ultrasonido de tórax opacidad de baja ecogenicidad de 54 por 46 mm, tomografía axial computarizada (TAC) de pulmón y mediastino atelectasia segmentaria del lóbulo superior del pulmón derecho, adenopatías cervicales, peri traqueal y axilar. Fibrobroncoscopia tumor submucoso primario su epitelial en bronquio de lóbulo superior derecho, compresión extrínseca en extremo distal de pared lateral derecha de la tráquea; cepillado citológico positivo de malignidad; lavado bronquial extendido a celular; esputo abundantes colonias bacterianas y biopsia endobronquial elementos de hemopatía inflamatoria y adenocarcinoma pobre diferenciado de células no pequeñas (T2N2MO), estadio IIIa; TAC de cráneo simple, ultrasonido abdominal, prueba funcional respiratoria y electrocardiograma sin alteraciones; no lesiones líticas ni blásticas en rayos X de columna lumbosacra.

Estudios analíticos: hemoglobina 118 g/l, coagulación ocho minutos, sangramiento un minuto, eritrosedimentación 125 mm/hora, glicemia 4,5 mmol/l, creatinina 67 mmol/l, ácido úrico 476 mmol/l, fosfatasa alcalina 418 UI, función hepática normal, serología no reactiva, VIH negativo, grupo y Rh 0+.

**1PLACE: Bifocal( ) Del diagnóstico enfermero( ) al paciente con**

Diagnóstico Enfermero NANDA	Resultado NOC	Indicadores:	Escala(s) likert	Puntuación diana		
<p>(ED, FR, CD)</p> <p><b>Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio en la ventilación/perfusión M/P respiración anormal, somnolencia, inquietud, irritabilidad, confusión, AGA anormal.</b></p>	<p>Dominio NOC: 2</p> <p>Clase NOC: E</p> <p>Código: <b>0402</b></p> <p>Pág NOC: 430</p> <p>Etiqueta del resultado: Intercambio alveolar de CO<sub>2</sub> y O<sub>2</sub> para mantener las concentraciones de gases arteriales</p>	<p>040208 Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO<sub>2</sub>)</p> <p>040210 pH arterial</p> <p>040203 Disnea en reposo</p> <p>040205 Inquietud</p>	<p>6. Nunca demostrado</p> <p>7. Raramente demostrado</p> <p>8. A veces demostrado</p> <p>9. Frecuentemente demostrado</p> <p>10. Siempre demostrado</p>	MA	AA	EVAL
<p><b>Dominio 3.</b> Eliminación/intercambio</p> <p><b>Clase 4.</b> Función respiratoria</p>	<p>PLACE</p>			20	25	15
<p><b>Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE</b></p>						
<p>Campo: 2 fisiológico complejo Clase: k control respiratorio.</p> <p><b>Etiqueta de la Intervención NIC:</b> manejo de la hiperglucemia.</p> <p>CódigoNIC: 3390 Página NIC:</p> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener una vía aérea permeable</li> <li>• Colocar al paciente de forma que se facilite la concordancia ventilación/perfusión («el pulmón bueno abajo»), según corresponda</li> <li>• Fomentar una respiración lenta y profunda, cambios posturales y tos.</li> <li>• Enseñar técnicas de respiración con los labios fruncidos, según corresponda.</li> <li>• Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama y colocar una mesa encima de la cama en la que pueda apoyarse el paciente).</li> </ul>						

## Caso clínico.

Paciente con problemas neurológicos

Varón de 60 años que llega trasladado por ambulancia al servicio de urgencias por manifestar malestar general, afasia y desorientación. Indican sus familiares que por la mañana se despertó, somnoliento y cambiaba el nombre a los objetos.

Antecedentes: hipertensión y dislipemia.

Medicación actual: valsartán / hidroclorotiazida 80mg/12.5mg y simvastatina 40mg Sin antecedentes de alergias conocidas

Activo laboralmente, deportista, no fumador. Exploración física en el box de triaje:

Glasgow 14. Escala de NIHSS 25

Tensión arterial: 220/110, frecuencia cardiaca (FC): 100 lpm (latidos por minuto), saturación de oxígeno 95%, temperatura (T<sup>a</sup>): 37.8°C.

Presenta afasia y desorientación espacio-temporal.

Pasa directamente al box de vital donde se realizan las siguientes pruebas.

primero se monitoriza al paciente. TA:210/100 FC: 99, saturación O2: 95 con gafas nasales a 2lm. Se canalizan dos vías en ambas extremidades superiores. Se extrae bioquímica, hemograma coagulación y gasometría venosa. Se realiza electrocardiograma. Se realiza TAC urgente en el cual no existen daños cerebrales aparentes. Se administra labetalol IV para disminución de la tensión arterial.

El paciente cada vez presenta mayor desorientación y afasia. Pasa a sala de observación a la espera de ser visto por neurología. Una vez allí los neurólogos valoran subirlo a la sala de ictus de la planta de neurología y realizar una punción lumbar

**1PLACE: Bifocal( ) Del diagnóstico enfermero( ) al paciente con**

Diagnóstico Enfermero NANDA	Resultado NOC	Indicadores:	Escala(s) likert	Puntuación diana		
<p>(ED, FR, CD)</p> <p><b>riesgo de nivel de glucemia inestable R/C estado de salud física comprometido E/P manejo ineficiente de la diabetes, estrés excesivo</b></p>	<p>Dominio NOC: 2 Salud fisiológica</p> <p>Clase NOC: AA respuesta terapéutica</p> <p>Código: <b>2300</b></p> <p>Pág NOC: 430</p> <p>Etiqueta del resultado: Medida en la que se mantienen los niveles de glucosa en plasma y en orina dentro del rango normal.</p>	<p>230001 Concentración sanguínea de glucosa</p> <p>230004 Hemoglobina glucosilada</p> <p>230005 Fructosamina</p> <p>230007 Glucosa en orina</p> <p>230008 Cetonas en orina</p>	<p>11. Nunca demostrado</p> <p>12. Raramente demostrado</p> <p>13. A veces demostrado</p> <p>14. Frecuentemente demostrado</p> <p>15. Siempre demostrado</p>	MA	AA	EVAL
<p><b>Dominio 2.</b> nutrición</p> <p><b>Clase 4.</b> Metabolismo</p>			<p><b>Puntuación global del resultado</b></p>	20	25	15
<b>Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE</b>						
<p>Campo: 2 fisiológico complejo      Clase: G control de electrolitos y ácido básico</p> <p><b>Etiqueta de la Intervención NIC:</b> manejo de la hiperglucemia.</p> <p>CódigoNIC: 2120      Página NIC: 311</p> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar insulina, según prescripción.</li> <li>• Revisar los registros de glucemia con el paciente y/o la familia.</li> <li>• Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina, según indicación.</li> <li>• Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.</li> <li>• Realizar análisis de la glucemia a los miembros de la familia</li> <li>• Administrar líquidos i.v., si es preciso.</li> <li>• Restringir el ejercicio cuando los niveles de glucosa en sangre sean &gt;250 mg/dl, especialmente si hay cuerpos cetónicos en la orina.</li> </ul>						

