



PASIÓN POR EDUCAR

Nombre de alumnos: Keila Elizabeth Velasco Briceño

Nombre del profesor: María Cecilia zamorano

Nombre del trabajo: PLACE estandarizado de un paciente en estado crítico en UCEA.

Materia: Practica clínica

Grado: 7 Cuatrimestre

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 23 de septiembre del 2021.

HOJA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRE: Agustín Cabrera López

EDAD: 50 años

SEXO: masculino

ESTADO CIVIL: Divorciado

RELIGION: Cristiana/ pentecostés/ protestante

IDIOMA/DIALECTO: Español

ESCOLARIDAD: Preparatoria

FECHA DE NACIMIENTO: 16 de octubre de 1971

DOMICILIO ACTUAL: Barrio Cruz Grande 1 Sección

PESO: 70 kg

TALLA: 1.55m

IMC: 29.1kg (sobrepeso)

NUMERO DE TELEFONO: 963 -102-30-29

ESATANCIA EN UCEA: ventilación mecánica

| <i>Dominio (4)</i> | <i>Clase (4)</i> |
|--|--------------------|
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | |
| <p>DEFINICION: la inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada</p> <p><u><i>Pág. 250</i></u></p> <p><u><i>Etiqueta (Problema)(P)</i></u></p> <p>Código: 00032 “ patrón respiratorio ineficaz”</p> <p><u><i>Factores relacionados (causas) (E) (R/C)</i></u></p> <p>Hiperventilación y ansiedad</p> <p><u><i>Características definitorias(signos y síntomas)(M/P)</i></u></p> <p>Disminución de la presión inspiratoria y patrón respiratorio anormal.</p> | |

| RESULTADO (NOC) | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
|--|--|---|---|
| <p>041102 frecuencia respiratoria</p> <p>041126 capacidad inspiratoria</p> <p>041108 fracción de oxígeno</p> <p>041132 secreciones respiratorias</p> | <p>041102 frecuencia respiratoria</p> <p>041126 capacidad inspiratoria</p> <p>041108 fracción de oxígeno</p> <p>Inspirado satisface la demanda de oxígeno.</p> <p>041132 secreciones respiratorias</p> | <p>Escala (u)</p> <p>1.- Ningún conocimiento</p> <p>2.-Conocimiento escaso</p> <p>3.-Conocimiento moderado</p> <p>4.-Conocimiento sustancial</p> <p>5.-Conocimiento extenso</p> <p>1.-Desviacion grave del rango normal</p> <p>2.-Desviacion sustancial del rango normal</p> <p>3.-Desviacion Moderada del Rango normal</p> <p>4.-Desviacion leve del rango normal</p> <p>5.-Sin desviación del rango normal</p> <p>Escala (b)</p> | <p>Mantener a: 3</p> <p>Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a: 2</p> <p>Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a : 3</p> <p>Aumentar a: 5</p> <p>Mantener a:3</p> <p>Aumentar a: 4</p> <p>Total de mantener:11</p> <p>Aumentar a: 17</p> |

INTERVENCIONES (NIC): aspiración de las vías aéreas(3160)
Pág.90 CAMPO: () CLASE(K)

ACTIVIDADES

- 1- Realizar lavado de manos
- 2- Usar precauciones universales
- 3- Determinar la necesidad de la aspiración oral y /o traqueal
- 4- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- 5- Informar al paciente o familia sobre la aspiración
- 6- Aspirar la nasofaringe con una jeringa de tipo pera o con un dispositivo de aspiración, según corresponda
- 7- Utilizar aspiración de sistema cerrado, según este indicado.
- 8- Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, si se utiliza un sistema de respiración traqueal cerrado o un adaptador de dispositivo de insuflar oxígeno.
- 9- Utilizar la mínima cantidad de aspiración cuando se utilice un aspirador de pared, para extraer secreciones(80 -120 mmhg para adultos)
- 10- Monitorizar la presencia de dolor
- 11- Monitorizar el estado de oxigenación del paciente, estado neurológico y estado hemodinámico inmediatamente antes, durante y después de la succión.
- 12- Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.

INTERVENCIONES (NIC): ayuda a la ventilación (3390)
Pág. 92 CAMPO:() CLASE :(K)

ACTIVIDADES

- 1- Mantener la vía aérea permeable
- 2- Ayudar en los frecuentes cambios de posición según corresponda
- 3- Colocar al paciente de forma que minimicen los esfuerzos respiratorios
- 4- Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: gasometría arterial, saO₂, etc.
- 5- Auscultar ruidos respiratorios, observando la zona de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.
- 6- Observar si hay fatiga muscular respiratoria
- 7- Administrar medicación adecuada contra el dolor para evitar el hipo ventilación.
- 8- Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación
- 9- Administrar medicamentos que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases.

**INTERVENCIONES (NIC): manejo de la ventilación mecánica:
prevención de la neumonía (3304)**

CAMPO: () **CLASE:** ()

Pág.293

ACTIVIDADES

- 1- Lavarse las manos antes y después de los cuidados del paciente, sobre todo después de vaciar los líquidos del circuito del ventilador.
- 2- Girar al paciente con frecuencia por lo menos cada 2 hrs.
- 3- Controlar la profundidad del tubo ET
- 4- Mantener las cintas del tubo ET limpias y secas.
- 5- Monitorizar diariamente si hay signos de que el paciente está listo para la extubación.
- 6- Monitorizar si el paciente presenta signos y síntomas de infección respiratoria.
- 7- Monitorizar y documentar la saturación de oxígeno.
- 8- Lavar la cánula de Yankauer y las sondas de aspiración profunda después de cada uso y cambiar todos los días.
- 9- Monitorizar la cavidad oral, labios, lengua, mucosa bucal y el estado de los dientes.

INTERVENCIONES (NIC): monitorización respiratoria (3350)

Pág. 347 CAMPO: () **CLASE:**()

ACTIVIDADES

- 1- Vigilar la frecuencia, ritmo. Profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- 2- Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- 3- Observar si se producen respiraciones ruidosas como estridor o ronquidos
- 4- Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados siguiendo las normas del centro y según este indicado.
- 5- Observar si hay fatiga muscular diafragmática.
- 6- Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios

**INTERVENCIONES (NIC): manejo de las vías aéreas artificiales
(3180)**

Pág. 297 CAMPO:() CLASE: (K)

ACTIVIDADES

- 1- Proporcionar una humidificación de 100% al gas, oxígeno o aire inspirado.
- 2- Proporcionar una hidratación sistémica adecuada mediante la administración oral o intravenosa del líquido.
- 3- Realizar aspiración endotraqueal, según corresponda.
- 4- Realizar cuidados orales.
- 5- Monitorizar la disminución del volumen espirado y el aumento de la presión inspiratoria en los pacientes que reciben ventilación mecánica.
- 6- Realizar fisioterapia torácica, según corresponda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

PARTICIPANTES:

- 1.- NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier. Madrid España 2009
- 2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 4ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2009
- 3.- McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2009

Elaboró:

Revisión y validación: DAE. MA. CECILIA ZAMORANO RODRIGUEZ

CONTINUA

| <i>Dominio (11)</i> | <i>Clase (2)</i> |
|--|--------------------|
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | |
| <p>DEFINICION: Susceptible a lesiones localizadas de la piel y/ o tejido subyacente por lo general en un relieve óseo como resultado de la presión, o la presión en combinación con el cizallamiento</p> <p><u>Pág. 436</u></p> <p><u>Etiqueta (Problema)(P)</u></p> <p>Código: 00249 “ riesgo de ulcera por presión”</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E) (R/C)</u></p> <p>Disminución en la movilidad, nutrición inadecuada, largo periodo de inmovilidad sobre una superficie dura y sobrepeso.</p> | |

| RESULTADO (NOC) | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
|---|--|--|--|
| <p>Dominio 4 “ control del riesgo”</p> <p>Resultados que describen las acciones para entender, evitar, limitar o controlar las amenazas identificables para la salud.</p> <p>T- control del riesgo</p> <p>(1902) “control del riesgo”</p> <p>Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.</p> | <p>190220 identifica los factores de riesgo</p> <p>190205 adapta las estrategias de control del riesgo</p> <p>190208 modifica el estilo de vida para reducir el riesgo</p> <p>190217 controla los cambios en el estado general de salud.</p> | <p>Escala (u)</p> <p>1.- Ningún conocimiento 2.-Conocimiento escaso 3.-Conocimiento moderado 4.-Conocimiento sustancial 5.-Conocimiento extenso</p> <p>1.-Desviacion grave del rango normal 2.-Desviacion sustancial del rango normal 3.-Desviacion Moderada del Rango normal 4.-Desviacion leve del rango normal 5.-Sin desviación del rango normal</p> <p>Escala (b)</p> | <p>Mantener a: 3 Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a: 4 Aumentar a: 5</p> <p>Mantener a : 2 Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a:3 Aumentar a: 4</p> <p>Total de mantener:12 Aumentar a: 17</p> |

INTERVENCIONES (NIC): identificación de riesgos (6610)
Pág.236 CAMPO: (4) CLASE(V)

ACTIVIDADES

- 1- Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgo.
- 2- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- 3- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- 4- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
- 5- Considerar criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo.
- 6- Aplicar las actividades de reducción de riesgo.

INTERVENCIONES (NIC): prevención de úlceras por presión (3540)
Pág. 380 CAMPO:(4) CLASE :(V)

ACTIVIDADES

- 1- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo.
- 2- Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras por presión, según el protocolo del centro
- 3- Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión.
- 4- Documentar el peso y cambios del peso.
- 5- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego diario.
- 6- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- 7- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- 8- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes para eliminar el exceso de humedad, según corresponda.
- 9- Darse la vuelta continuamente cada 1-2 hrs, según corresponda.
- 10- Poner el programa de cambios posturales al lado de la cama, según corresponda.
- 11- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
- 12- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- 13- Humedecer la piel intacta.
- 14- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
- 15- Aplicar protectores para codos y los talones, según corresponda.
- 16- Controlar la movilidad y la actividad del paciente.

17- Ayudar al paciente a mantener un peso saludable.

INTERVENCIONES (NIC): cambios de posición (0806)

CAMPO: (1) CLASE: (C)

Pág.104

ACTIVIDADES

- 1- Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda.
- 2- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición
- 3- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
- 4- Realizar los giros según indique el estado de la piel

INTERVENCIONES (NIC): cuidados del paciente encamado (0740)

Pág148. CAMPO:() CLASE:()

ACTIVIDADES

- 1- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- 2- Vigilar el estado de la piel

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

- 1.- NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier. Madrid España 2009
- 2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 4ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2009
- 3.- McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2009

CONTINUAN

| <i>Dominio (5)</i> | <i>Clase (4)</i> |
|--|-------------------|
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | |
| <p>DEFINICION: trastornos reversibles de la consciencia, la atención, la cognición y la percepción que se desarrolló en un corto periodo de tiempo y duran menos de 3 meses.</p> <p><u>Pág. 273</u></p> <p><u>Etiqueta (Problema)(P)</u></p> <p>Código:00128 "confusión aguda"</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E) (R/C)</u></p> <p>Deterioro de la movilidad y dolor.</p> <p><u>Características definitorias (signos y síntomas) (M/P)</u></p> <p>Alteración del nivel de consciencia</p> | |

| RESULTADO (NOC) | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTAJOS DIANA |
|---|--|--|--|
| <p>Dominio 2 " salud fisiológica"</p> <p>J- Neurocognitiva</p> <p>Resultados que describen el estado neurológico y cognitivo de una persona</p> <p>(0909) "estado neurológico"</p> <p>Capacidad del sistema nervioso central y periférico para recibir, procesar y responder a los estímulos externos e internos.</p> | <p>1- 090901 conciencia.</p> <p>2- 090903 función sensitiva/ motoras de pares craneales.</p> <p>3- 090905 función autónoma</p> <p>4- Patrón respiratorio.</p> <p>5- 090924 capacidad cognitiva</p> | <p>Escala (u)</p> <p>1.- Ningún conocimiento 2.-Conocimiento escaso 3.-Conocimiento moderado 4.-Conocimiento sustancial 5.-Conocimiento extenso</p> <p>1.-Desviación grave del rango normal 2.-Desviación sustancial del rango normal 3.-Desviación Moderada del Rango normal 4.-Desviación leve del rango normal 5.-Sin desviación del rango normal</p> <p>Escala (b)</p> | <p>Mantener a: 2 Aumentar a: 5</p> <p>Mantener a: 3 Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a: 3 Aumentar a: 5</p> <p>Mantener a: 3 Aumentar a: 5</p> <p>Mantener a: 3 Aumentar a: 4</p> <p>Total de mantener: 11 Aumentar a: 23</p> |

INTERVENCIONES (NIC): *monitorización neurológica (2620)*
Pág. 345 CAMPO: () CLASE()

ACTIVIDADES

- 1- Vigilar el nivel de consciencia
- 2- Comprobar el nivel de orientación.
- 3- Vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow
- 4- Monitorizar signos vitales.
- 5- Comprobar el estado respiratorio.
- 6- Monitorizar la presión intracraneal.
- 7- Observar la respuesta de medicamentos.
- 8- Aumentar la frecuencia de la monitorización neurológica, según corresponda.
- 9- Notificar al medico los cambios en el estado del paciente.

| <i>Dominio (7)</i> | <i>Clase (1)</i> |
|---|--------------------|
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | |
| <p>DEFINICION: dificultad para cumplir con las responsabilidades de cuidado, expectativas y/o comportamientos para con la familia o personas significativas.</p> <p><u>Pág. 301</u></p> <p><u>Etiqueta (Problema)(P)</u></p> <p>Código: 00061 “ cansancio del rol de cuidador”</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E) (R/C)</u></p> <p>El desarrollo del cuidador no es suficiente para desempeñar su rol, energía insuficiente y estresores.</p> <p><u>Características definitorias (signos y síntomas) (M/P)</u></p> <p>Cefalea, alteraciones del patrón de sueño, hipertensión y frustración.</p> | |

| RESULTADO (NOC) | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTAJÓN DIANA |
|---|--|--|---|
| <p>Dominio 1 “ salud funcional ”</p> <p>A - Mantenimiento de la energía</p> <p>Resultados que describen la recuperacion, conservación y gasto de la energía de una persona.</p> <p>(0003) “ descanso”</p> <p>Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física</p> | <p>1- 000301 tiempo de descanso.</p> <p>2- 000303 calidade de descanso.</p> <p>3- 000309 energía recuperada después del descanso</p> | <p>Escala (u)</p> <p>1.- Ningún conocimiento 2.-Conocimiento escaso 3.-Conocimiento moderado 4.-Conocimiento sustancial 5.-Conocimiento extenso</p> <p>1.-Desviacion grave del rango normal 2.-Desviacion sustancial del rango normal 3.-Desviacion Moderada del Rango normal 4.-Desviacion leve del rango normal 5.-Sin desviación del rango normal</p> <p>Escala (b)</p> | <p>Mantener a: 2 Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a: 2 Aumentar a: 5</p> <p>Mantener a : 1 Aumentar a: 4</p> <p>Total de mantener:5 Aumentar a: 13</p> |

INTERVENCIONES (NIC): Apoyo al cuidador principal (7040)
Pág.72 CAMPO: (5) CLASE(X)

ACTIVIDADES

- 1- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- 2- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- 3- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- 4- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, según corresponda.
- 5- Monitorizar la presencia de indicios de estrés
- 6- Explorar con el cuidador como lo esta afrontando.
- 7- Identificar fuentes de cuidados por relevo.
- 8- Apoyar al cuidador a establecer limites y a cuidarse a si mismo

INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la hipertensión (4162)
Pág. 275 CAMPO:() CLASE :()

ACTIVIDADES

- 1- Identificar las posibles causas de la hipertensión.
- 2- Medir la presión arterial para determinar la presencia de hipertensión
- 3- Monitorizar a los pacientes de riesgo para detectar signos y síntomas de crisis hipertensiva.

PARTICIPANTES:

Elaboró:

Revisión y validación: DAE. MA. CECILIA ZAMORANO RODRIGUEZ

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

- 1.- NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier. Madrid España 2009
- 2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 4ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2009
- 3.- McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2009

CONTINUA

FUENTE DE INFORMACIÓN:

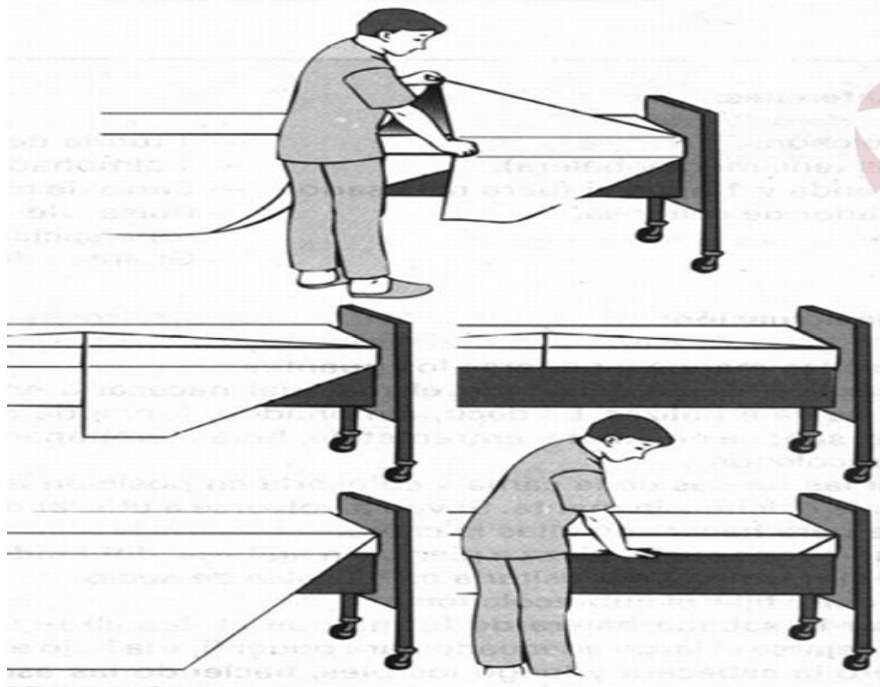
- UDS. Antología práctica clínica 2. Unidad 1. Recuperado el 24 de septiembre del 2021. PDF
- Nanda internacional. Diagnósticos enfermeros. T. heather herdman., Shigemi Kamitduru. Definiciones y clasificación 2018- 2020. Undécima edición.
- Clasificación de resultados (NOC). Sue Moorhead, Marion Johnson. Medición de resultados en salud. Sexta edición.
- Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Butcher, Bulechek, Dochterman, Wagner. Séptima edición.

A CONTINUACION ANEXO LA FOTO DEL TENDIDO DE CAMA CORRECTO PARA RECIBIR A UN PACIENTE Y EL MATERIAL Y EQUIPO PARA RECIBIRLO EN EL SERVICIO DE UCEA.

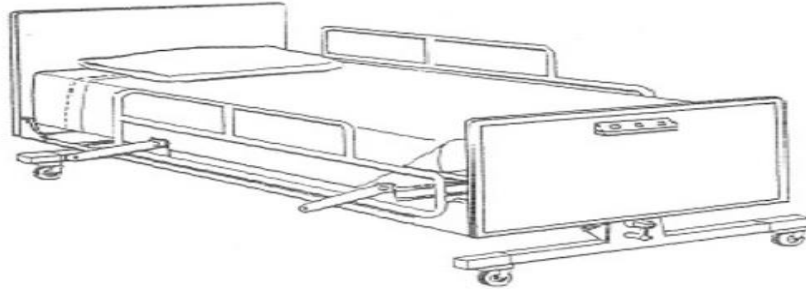
Tendido de cama hospitalaria

Enfermero Alex Santiago

Cama Cerrada



Cuándo ésta se encuentra desocupada hasta antes del ingreso del paciente.



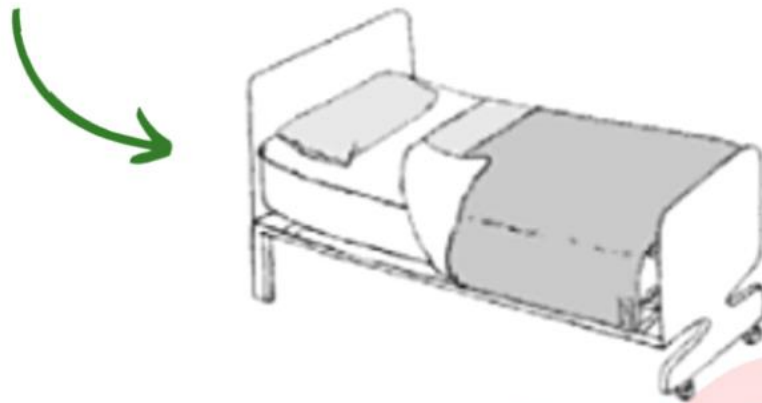
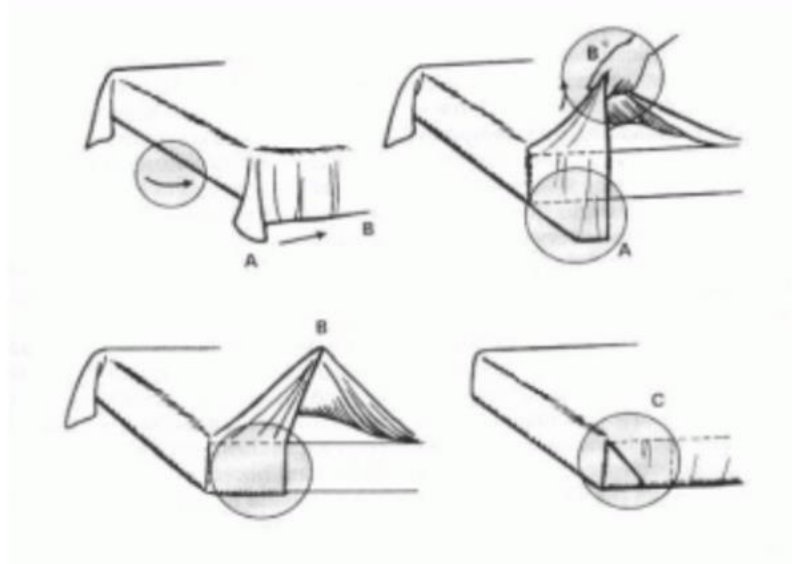
PROCEDIMIENTO QUE REALICE EN CASA



Tendido de cama hospitalaria

Enfermero Alex Santiago

Cama Abierta



Cuando se prepara al paciente que ésta en condiciones de deambular. Se distingue de la cama cerrada por los cambios en la ropa que cubre al paciente.

MATERIAL Y EQUIPO PARA RECIBIR A UN PACIENTE EN UCEA.

PREPARACIÓN DE LA HABITACIÓN:

1.-Avisar al celador para sacar la cama de la habitación a la zona de entrada de la unidad.

2.-Revisar equipamiento completo de la habitación:

- ✚ Revisar la toma de Oxígeno y colocar si precisa humidificador y sistema de aspiración.
- ✚ Preparar si se precisa: 1 bomba de perfusión, Respirador, Módulo y cables de presiones y sistema de diuresis horaria.
- ✚ En caso de precisar Respirador: Montar ambú completo (PEEP y Reservoirio) y Mesa de Aspiración.

3.-Llevar el carro de ECG a la habitación.

4.-Encender el monitor y poner la pantalla en espera.

- ✚ Equipo de monitorización: catéter, transductor y monitor

5.-Preparar la documentación de la historia clínica y los tubos de analítica con su volante.

FUENTE DE INFORMACIÓN:

- Fundamentos de enfermería. Susana rosales, Eva reyes Gómez, 3° edición.
- UDS. Antología práctica clínica 2. Unidad 1. Recuperado el 24 de septiembre del 2021. PDF