



Universidad del Sureste

Nombre de la carrera: Licenciatura en enfermería.

Materia: Enfermería en urgencias y desastres

Nombre del Maestro: Dr. Guillermo Villareal del Solar

Nombre de la alumna: Villarreal Cerdio Alexa Paola

Grado y grupo: 7° Cuatrimestre Semiescolarizado.

Tapachula Chiapas 21 de octubre del 2021

INTRODUCCIÓN

En el área de salud se conocen muchas técnicas y procedimientos para poder dar mejor Un plan de cuidados se hace con base en la información recabada en las diferentes valoraciones integrales del paciente e incluye información de diferentes áreas cómo lo son: nivel de aleta, oxigenación, nutrición, eliminación, movilización, comunicación, reposo y sueño, recreación, cultura y creencias, nivel educativo, y el conocimiento sobre su diagnóstico o padecimiento. Esta herramienta es indispensable para que un paciente logre una recuperación pronta y duradera.

Al hablar de un plan de cuidados de enfermería, nos referimos al instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Tiene como objetivo alinear a todos los involucrados en el cuidado de una persona dependiente para enfocar todos los esfuerzos hacia un objetivo común.

En este trabajo de investigación nos enfocaremos a diversos planes de cuidados de diversas patologías, por mencionar algunas: Paciente poli-traumatizado, Atención de enfermería en quemados y ahogamiento, pacientes intoxicados, entre otros.

DESARROLLO

El paciente politraumatizado es aquel que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que afectan a dos o más órganos, o bien aquel que presenta al menos una lesión que pone en peligro su vida.

NOC

- Evitar infecciones.
- Sacarlo del estado crítico.
- Disminuir el dolor.
- Nivelar S.V. y saturación.
- Normalizar gasto cardiaco.
- Mantener vías aéreas permeables.
- Control de líquidos.

PACIENTE
POLITRAUMATIZADO

NANDA

- Pérdida de conciencia.
- Shock hipovolémico.
- Dificultad para respirar.
- Dificultad para deambular.
- Paro cardiaco.
- Alteración de los S.V.
- Dolor de cabeza y cuerpo intenso.
- Convulsiones.
- Vómito.
- Disminución del gasto energético

NIC

- Monitorear S.V. y saturación.
- Valorar ABC.
- Valorar escala de Glasgow.
- Colocar collarín cervical hasta descartar lesión.
- Colocación y monitoreo de la intubación endotraqueal.
- Administrar analgésicos.
- Monitorización cardiaca.
- Colocar sonda vesical.
- Reposición de sangre y líquidos.

Las quemaduras involucran los daños en el tejido producidos por el calor, la sobreexposición al sol o a otra radiación, o el contacto con productos químicos o la electricidad. Las quemaduras pueden ser problemas médicos menores o constituir emergencias potencialmente fatales.

NOC

- Tratar lesiones para evitar infecciones.
- Manejo del shock hipovolémico.
- Aliviar el dolor (antes y después de las curaciones).
- Aliviar el ardor.
- Cuidado de heridas y piel.
- Alimentación.
- Nivelar S.V.
- Aislar al paciente.
- Evitar infecciones.
- Prevención de UPP.

ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN EN QUEMADOS

NANDA

- Enrojecimiento de la piel.
- Inflamación y pérdida de pelos.
- Pérdida de conciencia.
- Dolor.
- Ardor.
- Fiebre.
- Fatiga.
- Ampollas.
- Shock.
- pérdida de líquidos (deshidratación).
- Hipotermia.
- deterioro tisular.
- Dificultad de movilidad física.

NIC

- Monitoreo de S.V.
- Escala de Glasgow.
- Escala de Wallace.
- Aplicación de ungüento para la piel.
- Limpiar con solución salina.
- Adm. De medicamentos para el dolor.
- Balance hídrico.
- Cambios de posición (dependerá de la zona de la herida).
- Hidratar al paciente.
- Colocación de sonda parenteral y cuidado de la limpieza.
- Monitoreo de T.C.

El ahogamiento se produce cuando la inmersión en un líquido causa asfixia o afecta la respiración. Durante el ahogamiento, el organismo se ve privado de oxígeno, lo cual puede lesionar los órganos, en particular los pulmones y el cerebro.

NOC

- Nivelar los S.V.
- Estabilizar la conciencia y la deambulaci3n .
- Evitar paro respiratorio y cardiaco.
- Nivelar oxigenaci3n y F.R.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO

NANDA

- Falta de oxigeno.
- Dificultad para hablar.
- Dificultad para respirar.
- Piel p3lida o azulada.
- P3rdida de conciencia.
- P3rdida de deambulaci3n.
- Hipotermia.
- Bradicardia.
- S.V. anormales.
- Riesgo de paro respiratorio y cardiaco

NIC

- Realizar reanimaci3n inmediata.
- Monitorear S.V.
- Administraci3n de medicamentos (seg3n el m3dico).
- Colocar ventilador.

Se conoce como paciente con intoxicación a la lesión o la muerte que se produce por tragar, inhalar, tocar o inyectarse distintos medicamentos, sustancias químicas, venenos o gases. Muchas sustancias, como los medicamentos y el monóxido de carbono, son venenosas solo en concentraciones o dosis altas.

NOC

- Eliminación del toxico.
- Control de S.V.
- Mantener vía aérea permeable.
- Disminuir dolor.

PACIENTE INTOXICADO

NANDA

- Dolor de cabeza.
- pérdida de conciencia.
- Mareos.
- Convulsiones.
- Tos.
- Dificultad para respirar.
- Dolor en el pecho al respirar.
- Vómitos y/o nauseas.
- Diarrea.
- Mal aliento (producido por ingesta de químicos).
- Piel rojiza.
- Quemaduras y/o bombas en cuerpo o labios y boca.
- Visión borrosa y/o doble.
- Fiebre (38°C).
- Arritmias.
- Sudoración

NIC

- Monitoreo de S.V.
- Lavado gastrointestinal (por sonda).
- Monitorización respiratoria.
- Oxigenoterapia.
- Adm. De medicamentos (según el médico).
- Monitoreo neurológico.
- Manejo de líquidos (hidratación y S. Vesic.)
- Vía intravenosa permeable.

La cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria se produce cuando las arterias que suministran sangre al músculo del corazón se obstruyen, de manera parcial o completa, por lo que no le llega el flujo sanguíneo.

NOC

NANDA

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

- Estabilizar S.V.
- Disminuir el dolor.
- Normalizar oxigenación.
- Regular F.C. y G.C.

- Dolor en una o varias partes del cuerpo del lado superior izq.
- Dificultad para respirar.
- Náuseas y/o vómito.
- Sudoración.
- Fatiga.
- F.C. baja.
- Irrigación sanguínea.
- Gasto cardíaco (G.C.) bajo.
- S.V. anormales.
- Intolerancia a la act. Física

NIC

- Control de S.V.
- Ayudar en los auto-cuidados.
- Mantener acceso venoso permeable.
- Control de infecciones.
- Oxigenoterapia.
- Monitoreo del ECG.
- Adm. De medicamentos (según indique el médico).
- Mantener vías aéreas permeables.
- Colocar al paciente en posición semi-fowler

El shock es una afección crítica provocada por la baja repentina del flujo sanguíneo en todo el cuerpo. El shock puede ser el resultado de un traumatismo, insolación, pérdida de sangre, reacción alérgica, infección grave, envenenamiento, quemaduras graves u otras causas.

NOC

- Estabilizar S.V.
- Evitar infecciones y complicaciones.
- Control de las náuseas y vómito.
- Control de líquidos.
- Estabilizar niveles de conciencia

SHOCK

NANDA

- Letargo.
- Confusión.
- Pérdida de conciencia.
- Presencia de hemorragia (puede ser interna o externa).
- F.R baja.
- Piel fría, pálida o cianótica.
- Sudoración.
- Pulso débil y/o rápido.
- Náuseas o vómitos.

NIC

- Monitoreo de S.V.
- Escala de Glasgow.
- Comprobar valores de la PVC y PCP.
- Adm. De medicamentos indicados.
- Monitoreo de oxigenación.
- Observar ritmo de diuresis.
- Realizar transfusiones de sangre y sus derivados.

Las urgencias hipertensivas incluyen a los pacientes con elevación aguda de la presión arterial (PA), pero sin lesión aguda de ningún órgano diana.

Las emergencias hipertensivas se definen por la elevación aguda de la PA, acompañada de lesión aguda de uno o varios órganos diana.

NOC

NANDA

URGENCIA Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

EMERGENCIA (REQUIERE HOSPITALIZACIÓN)

- Monitoreo de S.V.
- ECG.
- Derivaciones de hemograma.
- Pruebas de coagulación.
- Prueba de embarazo.
- Conectar a respirador (si lo requiere).
- Adm. De medicamentos.

URGENCIA (NO REQUIERE HOSPITALIZACIÓN)

- Toma de S.V.
- Monitorear P.A. en especial cada 10 min.
- Realizar estudios.
- Dar medicamento V.O.

NIC

- Descartar daño a órganos a través de estudios.
- Estabilizar S.V.
- Disminuir el dolor.
- Proporcionar oxígeno (si lo requiere)..

- P.A. 180/120 mmHg.
- Dolor de pecho intenso
- Dolor de cabeza intenso, acompañado por confusión y visión borrosa
- Náuseas y vómitos
- Ansiedad grave
- Dificultad para respirar
- Convulsiones
- Falta de reacción

La fibrilación ventricular es un tipo de arritmia que puede ser mortal. Ocurre cuando el corazón late con impulsos eléctricos rápidos y erráticos. Causa que las cavidades inferiores del corazón (ventrículos) tiemblen sin sentido en lugar de bombear sangre

NOC

- Estabilizar S.V.
- Disminuir el dolor.
- Estabilizar nivel de conciencia.
- Realizar estudios.
- estabilizar oxigenación.

ARRITMIAS LETALES

NANDA

- Latidos cardíacos anormales
- <60 o >100).
- Dolor en el pecho
- Falta de aliento
- Ansiedad
- Fatiga
- Mareos
- Sudoración
- Desmayo

NIC

- Monitoreo de S.V.
- Toma de ECG.
- Aplicar medicamentos (según el médico).
- Aplicar y revisar oxigenoterapia.
- Control del dolor.
- Escala de Glasgow.
- Disminuir ansiedad.

El término “alteración de conciencia” es utilizado para explicar la situación de un paciente en relación a su capacidad para interactuar con el entorno y comprender la realidad; su afectación puede provocar la pérdida de funciones motores conscientes e inconscientes.

NOC

- Recuperación de la conciencia.
- Valorar S.V. y saturación.
- Valorar y disminuir dolor.
- Colocar oxigenación (si lo requiere)

ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA

NANDA

- Mareo.
- Visión borrosa.
- Sudoración fría.
- Confusión.
- Náuseas.
- Palidez.
- Dolor de caída.
- Palpitaciones rápidas o lentas.
- Dificultad para respirar.
- Pérdida de conciencia.
- P.A. baja.

NIC

- Monitoreo de S.V.
- Control del dolor.
- Prevención de caídas.
- Escala de Glasgow.
- Adm. De medicamentos.

La expresión crisis convulsiva o "ataque convulsivo" se refiere a una disfunción cerebral súbita o repentina que hace que la persona se desplome, tenga convulsiones o presente otras anomalías de carácter temporal en el funcionamiento cerebral, que a menudo van acompañadas de cambios en el nivel de conciencia o de pérdidas de la conciencia.

NOC

- Estabilizar pérdida de conciencia.
- Control de S.V.
- Evitar daño físico.
- Realizar estudios.
- Retención de secreciones.

PACIENTE CONVULSIVO

NANDA

- Confusión temporal
- Episodios de ausencias
- Movimientos espasmódicos incontrolables de brazos y piernas
- Pérdida del conocimiento o conciencia
- Síntomas cognitivos o emocionales, como miedo, ansiedad

NIC

- Monitoreo de S.V.
- ECG.
- Biometría hemática.
- Tomografía.
- RMN cerebral.
- Manejar crisis convulsiva.
- Posicionar al paciente en decúbito lateral izq.
- Retirar cuerpos extraños (prótesis dental).
- Oxigenoterapia.
- Observación de la convulsión (duración y características).
- Escala de Glasgow.

La enfermedad cardiovascular es un término amplio para problemas con el corazón y los vasos sanguíneos. Estos problemas a menudo se deben a la aterosclerosis.

Esta afección ocurre cuando la grasa y el colesterol se acumulan en las paredes del vaso sanguíneo (arteria).

NOC

- Monitoreo de S.V.
- Estabilizar oxigenación.
- Disminuir el dolor

NANDA

- Dolor en el pecho.
- Dificultad para respirar.
- Taquicardia o bradicardia.
- Mareos.
- Desmayo.
- Hinchazón en las manos, tobillos o pies.
- S.V. anormales.
- IAM

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

NIC

- Control de S.V.
- ECG.
- Conectar ventilador.
- Mantener vía aérea permeable.
- Control del dolor.
- Adm. De medicamentos.
- Mantener acceso venoso permeable.
- Control de líquidos.

Descompensación aguda de la diabetes (más frecuente en la DM tipo 1). Se caracteriza por un cuadro de glucemia mayor de 250 mg/dl, con acidosis (ph < 7.3 con anion GAP > 14) y con cetonemia mayor a 3 mmol/L. Se origina a raíz de un déficit de insulina y su consecuente aumento de hormonas contrarreguladoras.

NOC

- Control de S.V.
- Control de la glucemia.
- Control de líquidos

DESCOMPENSACION ES DIABÉTICAS

NANDA

- Náuseas y vomito.
- Deshidratación.
- Taquicardia.
- Somnolencia.
- Calambres.
- S.V. anormales.
- Pérdida de peso.
- Glucemia mayor de 250 mg/dl o
- Glucemia menor de 70 mg/dl

NIC

- Monitoreo de S.V.
- Analítica sanguínea:
 - hemograma y bioquímica
 - (glucosa, creatinina, urea, sodio, potasio y osmolaridad).
- Elemental de Orina: valorar
- cuerpos cetónicos.
- Gasometría Venosa: ph, HCO₃, CO₂, ácido láctico, anión GAP, cloro.
- Adm. De soluciones intravenosas o insulina.
- Colocación de oxígeno (si lo requiere).

El sangrado gastrointestinal (GI) es un síntoma de un trastorno en tu sistema digestivo. La sangre a menudo se presenta en las heces o en el vómito, pero no siempre se hace visible, ya que puede causar heces negras o alquitranadas. El nivel de sangrado puede variar de leve a intenso, y puede ser potencialmente mortal.

NOC

- Control de S.V.
- Control de líquidos.
- Disminuir el dolor.
- Estabilizar la conciencia.

HEMORRAGIA DIGESTIVA

NANDA

- Pérdida de sangre.
- Ansiedad.
- Dolor agudo.
- Riesgo de infección.
- Temperatura anormal.
- Deshidratación.
- Inmovilidad física.
- Náuseas.

NIC

- Monitoreo de S.V.
- Disminuir la ansiedad.
- Cuidado de catéter venoso insertado.
- Vigilar presencia de hemorragia.
- Control del vómito.
- Manejo de la hipovolemia.
- Manejo del dolor.
- Adm. De medicamentos.
- Trasfusión de sangre y derivados.

INTERVENCIONES

Desde la creación en nuestro país del Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad, el control de la calidad de los Servicios de Salud ha sido motivo de preocupación para la enfermera puesto que al estar integrada con todos estos procesos incide en numerosos factores de la estructura y de los procesos, objetivos de la atención con calidad.

La Práctica asistencial es cada vez más compleja debido a diversos factores entre los que se encuentran el aumento importante de la información científica disponible, y los constantes cambios de las necesidades y expectativas que se generan en la sociedad respecto al servicio sanitario y sus profesionales. Esto requiere que el profesional sanitario se mantenga actualizado para abordar las necesidades de salud de la población.

Un plan de cuidados estandarizado (PCE) es la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones. En el área crítica, los pacientes sufren graves problemas de salud reales o potenciales que ponen en peligro su vida, por lo que requieren observación y cuidados continuos para prevenir complicaciones y restablecer el estado fisiológico previo; en este contexto se hace relevante la utilidad de los planes de cuidados estandarizados ya que a medida que las necesidades y los problemas de los pacientes son más complejos, estos planes se convierten en el instrumento de referencia, en la memoria colectiva del equipo de enfermería, en el elemento necesario para asegurar la pertinencia, la coherencia y la continuidad de los cuidados, así como la individualización.

Plan de cuidados paciente oncológico paliativo 1

Plan de cuidados pacientes oncológico paliativo 2

Plan de cuidados paciente psicótico por tóxicos

Plan de cuidados paciente postquirúrgico dx I.R.A. con ventilación mecánica no invasiva Helmet

Plan de cuidados paciente neonatal con distres respiratorio

Plan de cuidados paciente laringectomizado

Plan de cuidados paciente I.R.C. en hospitalización

Plan de cuidados paciente H.D.A. alta

Plan de cuidados paciente geriátrico con neumonía y deterioro cognitivo

Plan de cuidados paciente fractura de cadera

Plan de cuidados paciente encamado inmovilizado

Plan de cuidados paciente EPOC

Plan de cuidados paciente dolor torácico tipo Angor

Plan de cuidados paciente ACV

Plan de cuidados paciente cólico nefrítico

Plan de cuidados paciente cesárea programada

Plan de cuidados paciente ca de mama en tto. con QX y RX

Plan de cuidados paciente bulimia purgativa

Plan de cuidados paciente con sepsis

Plan de cuidados paciente isquemia arterial MMII

Plan de cuidados paciente I.R.C. en hemodialisis

Plan de cuidados paciente ca de mama mastectomia

Plan de cuidados paciente aborto diferido y legrado

Plan de cuidados paciente bronquiolitis en pediatría

Plan de cuidados paciente ca pulmón

Plan de cuidados paciente adolescente con intento autolitico

CONCLUSIÓN

Existen diferentes metodologías para realizar los planes de cuidado, sin embargo, todas deben considerar al paciente de forma integral. Es importante tener un plan de cuidados ya que estos marcan la pauta para que el cuidado tenga objetivos y resultados esperados claros. Para que un plan de cuidados tenga toda la información es preferible que se desarrolle tomando en cuenta lo que el paciente quiere lograr y el esfuerzo que quiere poner en el cuidado. Asimismo, es importante que toda la familia se involucre y quede definido cómo aportarán para cumplir con los objetivos.

Podemos terminar señalando que en un cuidado de enfermería o de cuidados a personas dependientes siempre hay que tener un plan para que podamos alcanzar la recuperación y la calidad de vida de los pacientes.

WEB-GRAFÍA

<https://blogatend.atend.mx> › qué-es-un-plan-de-cuidad.

<https://www.aeped.es> › default › files › documentos

<http://www.scielo.org.co> › pdf › iat

<https://www.pisa.com.mx> › portal › enfermeria › manual

<https://www.mayoclinic.org> › es-es › syc-2035066

<https://kidshealth.org/es/parents/seizure.html>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000759.htm>

Sangrado gastrointestinal - Síntomas y causas - Mayo Clinic