



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

Unidad de Aprendizaje: Clínica en enfermería en cuidados intensivos

Proceso de enfermería en el paciente en estado crítico

Esp. en S.F. Claudia Concepción Santana González

GUIÓN EXPLICATIVO

- **OBJETIVO DE LA UNIDAD DE APRENDIZAJE**

Aplicar los conocimientos teóricos en el cuidado del paciente grave o en estado crítico, en la unidad de cuidados intensivos con base en principios científicos tomando en cuenta la tecnología de punta, en el segundo y tercer nivel de atención.

- **UNIDAD DE COMPETENCIA VII**

- **OBJETIVO**

Desarrollar habilidades para el Proceso de Enfermería de un paciente en estado crítico, integrando para ello el fundamento científico y las bases fisiológicas de la profesión, teniendo como priorización la estandarización del cuidado y la seguridad del paciente.

GUIÓN EXPLICATIVO

Desarrollo

- Con la finalidad de dar cumplimiento al objetivo de la unidad de aprendizaje; se realiza el siguiente Guión explicativo de la secuencia de la información, que se presenta a los alumnos.
- Las diapositivas presentan el siguiente orden.
 - Se inicia con una breve introducción del proceso de atención en enfermería así como la incidencia de traumatismo craneoencefálico.
 - Descripción de la intervenciones de enfermería en el paciente en estado crítico con traumatismo craneoencefálico.
 - Dar a conocer las etapas de proceso de enfermería en paciente en estado crítico.
 - Reseña del caso clínico, posteriormente aplicar la etapa de valoración, diagnóstico, planeación ejecución y evaluación con ayuda del instrumento de los patrones funcionales de Marjory Gordon.

GUIÓN EXPLICATIVO

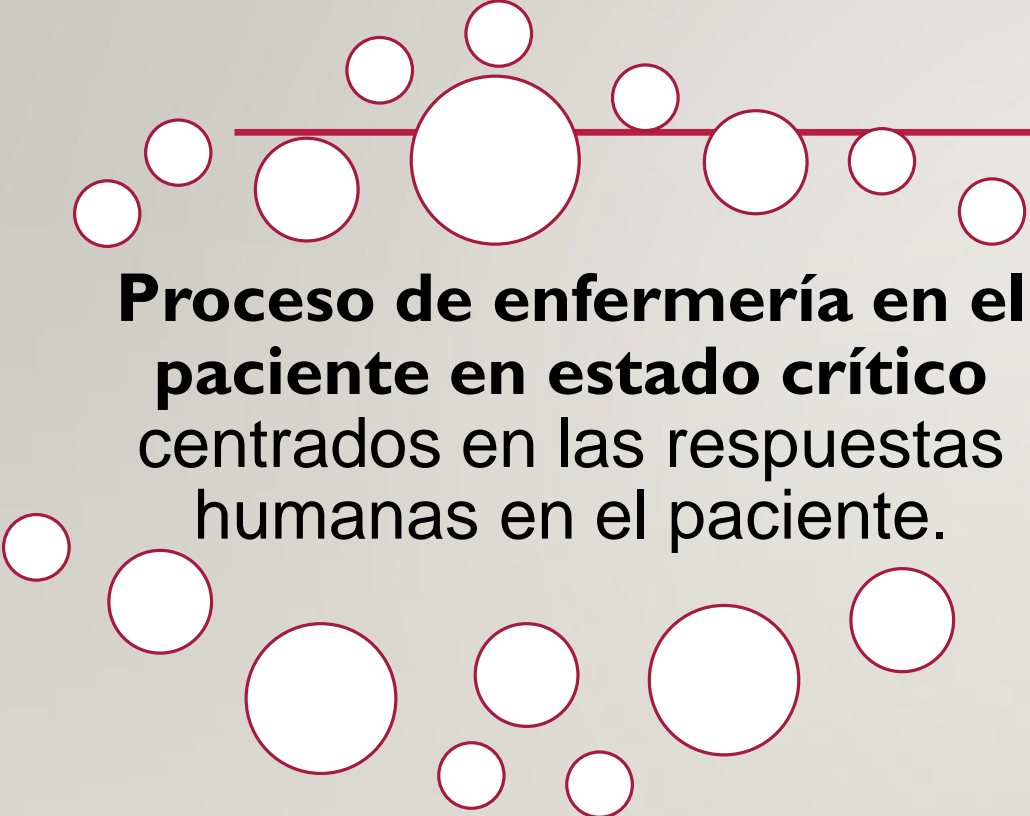
- Diseñar un plan de cuidados e intervenciones de enfermería en el paciente en estado crítico con sustento en NIC y NOC.
- Se realiza el razonamiento diagnóstico de los datos obtenidos .
- Identificación de tipo de diagnóstico.
- Determinar los indicadores de priorización.
- Ejecutar el plan de cuidados e intervenciones de enfermería al paciente en estado crítico con sustento en NIC y NOC.
- Evaluación de plan de cuidados en enfermería.

CONTENIDO DE LA UNIDAD DE APRENDIZAJE Y SUS ORGANIZACIÓN


- 7.1 Valoración de enfermería mediante patrones funcionales de Marjory Gordon.
- 7.2 Identificación de patrones alterados aplicado al proceso de priorización.
- 7.3 Reconocer diagnóstico de enfermería específicos para el paciente en estado crítico.
- 7.4 Plan de cuidados e intervenciones de enfermería al paciente en estado crítico con sustento en NIC y NOC.

Proceso de Enfermería en el paciente en Estado Crítico

- El cuidado de enfermería es un proceso dinámico que utiliza una herramienta científica, es a través del proceso enfermero en sus etapas: I Valoración: reunión de la información; II. Diagnóstico: formula el problema; Planeación: proponer objetivos e intervenciones; IV Ejecución; emprender las intervenciones, y evaluación: determinan la efectividad de las intervenciones.



Proceso de enfermería en el paciente en estado crítico
centrados en las respuestas humanas en el paciente.



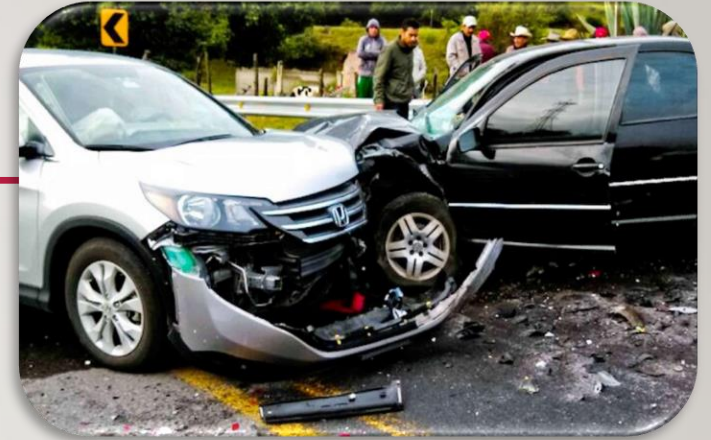
Se aplicó en paciente con traumatismo craneoencefálico (TCE)

Objetivo del Proceso de Enfermería

- Elaborar un Proceso de Enfermería en el paciente en estado crítico con traumatismo craneoencefálico.

Traumatismo craneoencefálico

- [National Hed Injury Fundation](#) define el daño cerebral traumático como un daño cerebral de naturaleza no degenerativa, causada por **una fuerza externa**, que puede producir **alteración o disminución en el estado de conciencia**, dando como resultado un deterioro del funcionamiento de las capacidades cognitivas y físicas.



Incidencia

- El traumatismo Craneoencefálico (TCE) es una de las principales causas de muerte y discapacidad mundial. De acuerdo con la OMS, será la primera causa en el año 2020. Aproximadamente 1.7 millones de personas sufren un traumatismo craneoencefálico cada año, con un estimado de 1.5 millones de muertes y más de 55 millones de personas que viven con las secuelas.

Fisiopatología

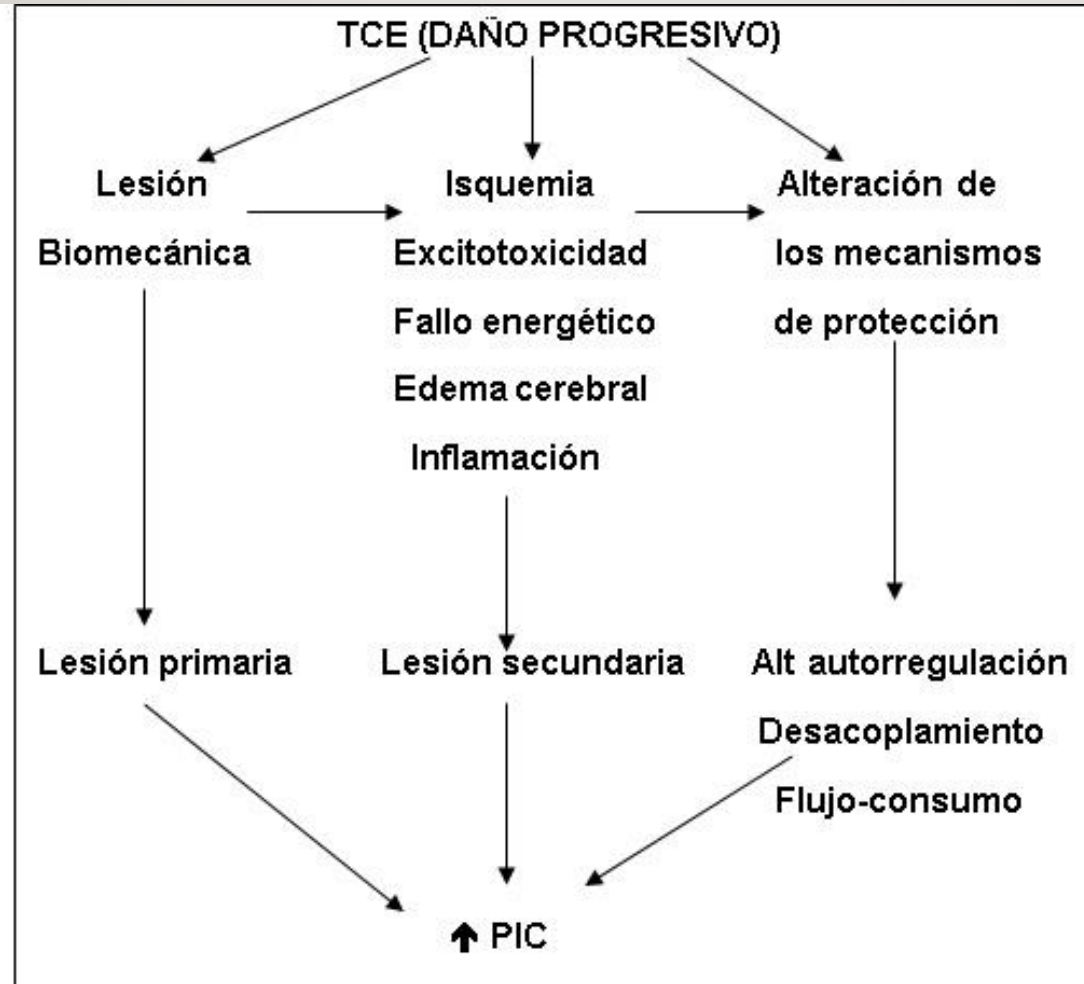


Figura 10: Fisiopatología del TCE grave

Intervenciones de enfermería en el manejo inicial:

VÍA
AÉREA

Manejo inicial desde el área del accidente para evitar lesiones cerebrales secundario

Manejo con respaldo de Soporte Vital avanzado del Trauma ATLS

Manejo de la vía aérea-hipercapnia

Intubación endotraqueal

SaO₂ >95

Intervenciones de enfermería en el manejo inicial

VENTILACIÓN

Evitar episodios de hipoxia

Mantener normoventilación (PCO₂ entre 35-40 mmHg primeras horas de la evaluación cerebral)

Intervenciones de enfermería en el manejo inicial

CIRCULACIÓN

Mantener presiones sistólicas por arriba de 90 mmHg:
Isquemia cerebral secundaria

Restitución de volemia

Uso de soluciones salinas isotónicas

Valorar PAM no menor de 80 MmHg

Valoración en el paciente con traumatismo craneo encefálico

DEFICIT
NEUROLÓGICO

Manejo de
Escala de
Glasgow

Alteraciones
en nivel de
conciencia:
Emergencias
potenciales
letales

Realizar
examen
pupilar

Exploración
de nervios
craneales

Intervenciones de enfermería en el manejo inicial:

EXPOSICIÓN

(primeras
6hrs)

Evaluaciones
completas
(primeras 6
horas)

Exploración
de nervios
craneales

Proceso de Enfermería

Valoración
utilizando los
11 patrones
funcionales de
Marjory Gordon

Taxonomía:
North American
Nursing
Diagnosis
Association
International
(NANDA)

Taxonomía
Clasificación de
Intervenciones
de Enfermería
(NIC)

Clasificación de
Resultados de
Enfermería
(NOC)

Evaluación

Descripción del caso

- Se trata de un paciente que ingresa servicio de urgencias 11 de agosto del 2019, a las 19pm a la terapia intensiva por contusión al caer de un caballo golpeándolo directamente sobre una cerca de alambre de púas, recibiendo contusión en cara y tórax; en estado de inconciencia.

Valoración

Ficha de identificación

| | |
|------------------------------------|--|
| Nombre: A.L.P | Fecha de aplicación: 11/08/ 2019 |
| Edad: 43 años | Institución: Hospital Dr. Nicolás San Juan |
| Sexo: masculino | Servicio: C.U.I. |
| Estado civil: casado | Turno: Nocturno B |
| Escolaridad: secundaria | Días de estancia: 10 |
| Religión: católica | Seguridad social: Seguro popular |
| Ocupación: agricultor | Expediente:334335 |
| Domicilio: San Felipe del Progreso | Estado socioeconómico: bajo |

Signos vitales y somatometría

| | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| Tensión arterial: 120/70 mm Hg. | Temperatura: 36°C |
| Frecuencia cardiaca: 85x minuto. | Peso: 68kg |
| Frecuencia respiratoria: 18x minuto. | Talla: 1.70cm |
| Saturación de oxígeno: 94% | IMC: 23.5 Peso Normal |

Fuente: Datos de la valoración de enfermería.

Medicamentos:

| | |
|-------------------------------|--|
| Ceftriaxona 1gr IV c/8hrs. | Sol. Bases Fisiológica 0.0% de 1000 p/8 hrs. |
| Omeprazol 40mg IV c/24 hrs. | Infusión de tramadol 200mg en 250 de sol. fisiológica al 0.9% para 24 hrs. |
| Diclofenaco 75mg IV c/8hrs. | Cloxilinato de lisina 100mg IV c/8 hrs. |
| Enoxoparina 60mg SC c/24 hrs. | Paracetamol 1gr. c/8 hrs. |

Antecedentes

- **Patológicos:** Niega antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas.
- **Toxicológicos:** Consumo alcohol a los 15 años, con frecuencia de una vez al mes y consumía cigarro ocupacionalmente.
- **Antecedentes familiares:** Prima materna fallecida DM tipo 2.



DATOS ACTUALES

- **Procedimientos Quirúrgicos:**
Reducción abierta de fractura facial (11/8/ 2019).
- Procedimientos con terapia ventilatoria
8 de agosto (sólo por 3 días)
- **Auxiliares del diagnóstico:**
Tomografía 7/8/2019 TCE leve



LABORATORIOS

- **Examen de laboratorio:** Glucosa: 100mgdl, Na 132, plaquetas 247, TP 11.6, HTO 15.7, Leucocitos 12.12.



Datos relevantes

Pérdida de conocimiento, contusión en cara y tórax, edema periorbital.

Procedimientos:

- 1.- QX. reducción abierta de fractura facial (11/8/2019).
- 2.- Terapia ventilatoria (11- Septiembre sólo por 5 días)

Signos vitales

T/A 120/70 mm/Hg.,

T. 36°C

F/C65x minuto

F/R 18x minuto,

SPO2:

C/O₂ 98%

S/O₂ 85%,

IMC de 23.5
peso normal

Auxiliares del diagnóstico:
Tomografía
11/9/2019 TCE
moderado +
traumatismo
facial

Patrón 2.- Nutricional- metabólico

- Piel equimosis
- Abrusiones en cara y tórax
- Contusión
- edema en cara y periorbital
- Dentadura incompleta perdió 3 piezas de dientes
- Disfagia
- Dolor en cara escala Eva 6 puntos.
- Llenado capilar 2 puntos

Patrón 4.- Actividad- ejercicio:

- F/C 65x minuto
- f/R 18x minuto,
- SP_{O_2} : C/ O_2 94% y S/ O_2 87%
- Apoyo de mascarilla sin reservorio
- Posición semifowler.
- Dolor

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

| Agrupación De datos | Dedución | Etiqueta | Factor relacionado | Características definitorias | Tipo de diagnóstico |
|--|---|-------------------------------|--|---|---------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Apoyo de puntas nasales 3 litros x min.• Posición semifowler.• Dolor en tórax.• Reposo relativo.• F/c 65x minuto.• F/R 18x minuto.• saturación de oxígeno 94% c/02 y s/02 88%.• Inquieto. | Deterioro del patrón respiratorio por Traumatismo en tórax. | Patrón respiratorio Ineficaz. | Dolor Fatiga de los músculos de la respiración. | Disminución de la ventilación por minuto. | Real. |

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

| Agrupación De datos | Deducción | Etiqueta | Factor relacionado | Características definitorias | Tipo de diagnóstico |
|--|--|----------------------------|--------------------|---|---------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Tolera poco la vía oral.• Dependientes a sus alimentos.• Dentadura incompleta.• Perdió 3 piezas dientes.• Disfagia, Dolor en cara.• Alteración en gusto-• Habla pausado.• Reducción abierta de fractura facial. | Dolor y dificultad para ingerir alimentos. | Deterioro de la deglución. | Traumatismo. | Mordida ineficaz Masticación insuficiente. | Real. |

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

| Agrupación De datos | Deducción | Etiqueta | Factor relacionado | Características definitorias | Tipo de diagnóstico |
|---|----------------|---------------|---|--|---------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Dieta líquida 2 días.• Evolución.• Estreñimiento.• Reposo. | Estreñimiento. | Estreñimiento | Cambios en el patrón intestinal. Incapacidad para defecar. Disminución en la frecuencia para defecar. | Disminución en la motilidad gastrointestinal Hábitos de defecación irregular. | Real |

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

| Agrupación De datos | Deducción | Etiqueta | Factor relacionado | Características definitorias | Tipo de diagnóstico |
|--|--|--------------|--------------------------|---|---------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Dolor en la cavidad oral.• Dolor y abrasiones en cara y tórax contusión.• Escala Eva 6 puntos.• Duerme de 5- 6 hrs al día postura de cansancio.• QX. Reducción abierta de fractura facial. | Dolor por traumatismo lo cual hay alteración en el patrón del sueño. | Dolor agudo. | Expresa facial de dolor. | Lesión por agentes físicos traumatismo. | Real. |

Tipo de diagnóstico

| DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA | Tipo |
|--|-------------|
| 1.-Patrón respiratorio Ineficaz | Real |
| 2.-Deterioro de la integridad tisular | Real |
| 3.-Dolor agudo | Real |
| 4.-Deterioro de la deglución | Real |
| 5.-Estreñimiento | Real |

Lista de Diagnóstico

| DIAGNÓSTICO | INDICADORES DE PRIORIZACIÓN | PRIORIZACIÓN |
|---------------------------------------|---|--------------|
| 1. Patrón respiratorio Ineficaz | Prevención y alivio del sufrimiento | 2 |
| 1. Deterioro de la integridad tisular | Protección a la vida | 1 |
| 1. Dolor agudo | Prevención y alivio del sufrimiento | 1 |
| 1. Deterioro de la deglución | Protección a la vida | 1 |
| 1. Estreñimiento | Prevención y corrección de las disfunciones | 3 |

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Diagnósticos de Enfermería: Deterioro de la integridad tisular R/C daño tisular M/P procedimiento, deterioro de la movilidad.

DOMINIO: 11 seguridad/ protección

CLASE: Lesión física

CÓDIGO: 00044

PÁG:388

NANDA 2015- 2017

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Real

Etiqueta: Lesión de la membrana mucosas, cornea, sistema intertegumentario, fascias musculares, musculo, tendón, cartílago, capsula de la articulación y/o ligamento.

Factores relacionados: daño tisular

Características definatorias: procedimiento, deterioro de la movilidad

| RESULTADOS NOC | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA | |
|--|------------------------------|--|------------------|-------|
| | | | INICIAL | FINAL |
| Deterioro de la integridad tisular (1101) (NOC 2013, pág. 401) DEFINICIÓN: Indemnidad estructural y funcional normal de la piel y las membranas mucosas. | 110113 Integridad de la piel | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido | 1 | 3 |
| | 110111 Perfusión tisular | 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido | 1 | 3 |
| Dominio: Salud fisiológica Clase integridad tisular (NOC 2013: 397) | | | | |

Intervenciones de enfermería

Cuidados de la herida 362 (NIC 2014: 143)

DEFINICIÓN: Prevención y complicaciones de las heridas y estimulación de curación.

ACTIVIDADES:

- Anotar las características de la herida.
- Limpiar con agua y jabón antibacterial si procede.
- Mojar con solución salina, si procede.
- Aplicar ungüento en la piel lesionada
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Colocar de manera que vite la tensión sobre la herida, según corresponda.
- Fomentar la ingesta de líquidos.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: Dolor agudo F/R lesión de agentes biológicos M/P lesión por agentes físicos traumatismo

| | | | |
|----------------------------|-------------------------|--------------|-----------------------------|
| DOMINIO 12: Confort | CLASE: 1 Confort físico | CODIGO:00132 | PÁG:439 NANDA 2015- 2017 |
|----------------------------|-------------------------|--------------|-----------------------------|

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Real

ETIQUETA: Expresión sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión real o potencial o descritas en tales termino, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con una final anticipado o previsible.

Factores relacionados: lesión de agentes biológicos

Características definitorias: lesión por agentes físicos traumatismo.

| RESULTADOS NOC | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA | |
|---|--|--|------------------|-------|
| | | | INICIAL | FINAL |
| Control de dolor (1605) (NOC 2013, pág. 248) DEFINICIÓN: Acción de la persona para controlar el dolor Dominio: conocimiento y control de conducta (IV) Clase conducta de salud (Q) (NOC 2013: 397) | 160505 Utilizar analgesia de forma apropiada | 1. Nunca demostró 2. Raramente demostró 3. A veces demostró 4. Frecuentemente demostró 5. Siempre demostró | 1 | 3 |

NIC INTERVENCIONES

Manejo del dolor 1400 (NIC 2014: 310)

DEFINICIÓN: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

ACTIVIDADES:

- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor, según corresponda.
- Enseñar los principios del manejo del dolor.
- Asegurar la analgesia y/o las estrategias no farmacológicas previas al tratamiento antes de los procedimientos dolorosos. Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica e informar a otros profesionales sanitarios que trabajen con el paciente.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.
- Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.

NIC INTERVENCIONES

Manejo del dolor 1400 (NIC 2014: 310)

DEFINICIÓN: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

ACTIVIDADES:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: Deterioro de la deglución R/C traumatismo M/P mordida ineficaz, masticación insuficiente.

DOMINIO: 11 Seguridad/ protección

CLASE:

CODIGO: 00044

PÁG:396

Lesión física

NANDA 2015- 2017

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Real

ETIQUETA: Funcionamiento normal del mecanismo de la deglución con déficit de la estructura o funcionamiento oral faríngea o esofágica.

Factores relacionados: Traumatismo

Características definitorias: Mordida ineficaz, masticación insuficiente.

RESULTADOS NOC INDICADOR

INDICADOR

ESCALA DE MEDICIÓN

PUNTUACIÓN DIANA

INICIAL

FINAL

Estado de la deglución (1010)
(NOC 2013, pág. 344)

01001 Mantiene la
comida en la boca

1. Gravemente
comprometido

1

3

DEFINICIÓN:

Transito seguro de líquido y/o solido
desde a boca hacia el estómago.

101004 Capacidad
de masticación

2. Sustancialmente
comprometido

1

3

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase Digestión y nutrición (k)

3. Moderadamente
comprometido

4. Levemente
comprometido

5. No comprometido

NIC INTERVENCIONES

Terapia de deglución (NIC 2014: 412)

DEFINICIÓN: Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de las alteraciones deglutorias.

ACTIVIDADES:

- Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapia ocupacional, logopeda, y dietista).
- Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente familiar.
- Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia adelante en preparación de la deglución.
- Enseñar al paciente abrir y cerrar la boca en preparación para la manipulación de la comida.
- Controlar si hay signos de fatiga al comer y beber y deglutir.
- Proporcionar un periodo de descanso antes de comer /hacer ejercicios para evitar fatiga excesiva.
- Ayudar al paciente a quitar las partículas de comida de los labios y de la barbilla cuando no se puede alcanzar con la lengua extendida.
- Vigilar la hidratación corporal (entrada, salida, turgencia de la piel y mucosas) proporcionar cuidados bucales, si necesita.

Evaluación

- El paciente continúa con dolor en cara y miembro superior derecho se administra analgesia disminuyendo el valor de la escala de Eva a 3 puntos, se protege piel aplicar ungüento en la zona afectada, en el patrón respiratorio continua con mascarilla mejorando la saturación, llenado capilar de 2 puntos, permanentemente se mantienen en posición semifowler a si mismo se enseña al paciente a comer despacio para disminuir el dolor en cara.

REFERENCIAS

- Intervenciones de enfermería en la atención inicial de pacientes con traumatismo craneoencefálico grave en urgencias. (2018). Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- García-Reza, Cleotilde; Gómez Martínez, Vicenta; Medina Castro, Ma. Elizabeth; Toxqui Tlachino, María Juana Gloria; Regina Célia Gollner Zeitoune, /; Solano Solano, Gloria. Cinco pasos para elaborar un Proceso de Enfermería. 2014.
- NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2018. 9a ed. Barcelona: Elsevier España; 2012.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochternam JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6a ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E...Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5a ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.