



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN PRACTICUM V

Responsable del Practicum V

Prof. D. Manuel Toledano Estepa

Coodinador de casos prácticos ECOE:

Prof. D. Manuel Toledano Estepa



ESTACIÓN N° 1

SITUACIÓN DE PARTIDA

A continuación, se presenta un caso clínico de una paciente de 59 años que acude a la consulta de enfermería para la toma de constantes. y medición del INR por primera vez, ya que ha sido recientemente diagnosticada de fibrilación auricular. Está muy nerviosa y angustiada ya que desconoce aspectos sobre el nuevo tratamiento.

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene **10 minutos** para:

- Realizar una historia clínica.
- Realizar una anamnesis ajustada al caso.
- Realizar una valoración enfermera y plan de cuidados en el entorno DIRAYA.

Al terminar, por favor, salga de la habitación



ECOE Grado en Enfermería

Ficha Técnica de la Estación nº 1

Universidad	CÓRDOBA		
Persona de contacto, email	Manuel Toledano Estepa	En1toesm@uco.es	
Título o problema principal	Valoración enfermera. Plan de cuidados paciente anticoagulado		
ESTACION 1 tipo (paciente, informe, maniquí, habilidad, pruebas, otros..)			
Situación de Partida	A continuación, se presenta un caso clínico de una paciente de 59 años que acude a la consulta de enfermería para la toma de constantes. y medición del INR por primera vez, ya que ha sido recientemente diagnosticada de fibrilación auricular. Está muy nerviosa y angustiada ya que desconoce aspectos sobre el nuevo tratamiento.		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: - Llevar a cabo una adecuada historia clínica y anamnesis ajustada al caso. - Realizar valoración enfermera y plan de cuidados en el entorno Diraya.		
Requerimiento Logístico	Paciente estandarizado. - Mesa y silla, lector INR, tiras, lancetas, algodón , guantes. - Guión y listado de evaluación para el paciente estandarizado a través de la aplicación informática DIRAYA		
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	
Anamnesis	20	5	
Exploración Clínica. Habilidades técnicas/Procedimentales	15	4	
Habilidades de Comunicación	15	3	
Valoración enfermera/plan de cuidados	25	5	
Prevención y promoción de la salud	25	5	
Total	100	22	
Peculiaridades específicas			

Fecha Elaboración:14/11/24

Fecha Revisión:



SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE: A continuación, se presenta un caso clínico de una paciente de 59 años que acude a la consulta de enfermería para la toma de constantes y medición del INR por primera vez, ya que ha sido recientemente diagnosticada de fibrilación auricular. Está muy nerviosa y angustiada ya que desconoce aspectos sobre el nuevo tratamiento.

Tratamiento habitual: Bisoprolol 5 mg oral (1-0-0), Furosemida 40 mg oral (1/2-0-0), Pantoprazol 20 mg oral (1-0-0), Sintrom® 4 mg

LUGAR DE DESARROLLO DE LA VISITA: Consulta de Enfermería del Centro de salud.

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE: Mujer de 59 años, activa, autónoma, pluripatológica, obesidad.

Motivo de Consulta: seguimiento de enfermería y medición de INR

Antecedentes personales: Datos de interés en HCS: HTA, gonartrosis, obesidad, insuficiencia cardiaca, vértigos y anemia ferropénica. Fue intervenida quirúrgicamente por un Tumor Vesical y por un Pólipo Adenomatoso de colon.

Enfermedad Actual: HTA, Insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, artrosis, obesidad.

Antecedentes familiares: Padre murió de Ca de Colon a los 80 años, madre diabética tipo 2

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO:

Ordenador con acceso a historia clínica ficticia DIRAYA, lector INR, tensiómetro y báscula.

IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO

CÓDIGO:

ZONA:

LISTADO EVALUATIVO ESTACIÓN Nº 1

Marque solo la columna en caso afirmativo. P. SI

Antecedentes Personales y Familiares

Preguntar por antecedentes que pudieran aportar valor a la exploración 1. O

Anamnesis Dirigida al Caso

- Comprobar que está incluida en seguimiento por enfermería. 2. O

- Tipo de tratamiento, adherencia al tratamiento 3. O

- Clínica: edemas,, ahogo, hemorragias 4. O

Exploración Física

- Control de TA, peso 5. O

- Peso/IMC 6. O

- Frecuencia cardiaca 7. O

- Frecuencia respiratoria 8. O

Determinación INR/Actuación en función del resultado 9. O

Aplicación GOTA/ Interpretación hoja medicación 10. O

Valoración enfermera

- Necesidades funcionales 11. O

Plan de Cuidados

- Diagnósticos NANDA 12. O

- Objetivos NOC 13. O

- Intervenciones NIC 14. O

Promoción de la salud, Educación sanitaria: información autocuidado

- ¿Qué son los anticoagulantes orales y para que se usan? 15. O

- ¿Cómo deben tomarse? 16. O

- ¿Con qué frecuencia y cómo se controla? 17. O

- ¿Debo seguir alguna dieta? 18. O

- ¿Cómo influyen en los anticoagulantes los medicamentos? 19. O

- ¿Qué riesgos tengo con los anticoagulantes? 20. O

- Dar consejos por escrito 21. O



LISTADO EVALUATIVO SOBRE COMUNICACIÓN			C A L I F I C A C I Ó N				
	Marque el Valor	P.	1	2	3	4	5
Orden lógico de preguntas, acogida exploración resolución y fase final, preguntas abiertas y cerradas con criterio.	Sabe Preguntar	22.	☐	☐	☐	☐	☐
Interés por la persona y no solo por los datos, siente que le escuchan.	Sabe Escuchar	23.	☐	☐	☐	☐	☐
Atento a la comunicación verbal y no verbal, captando la situación en la que se encuentra y a las dudas personales.	Facilita el discurso	24.	☐	☐	☐	☐	☐

De 1 (Peor calificación) a 5 (Mejor calificación)

Aplicación del POE de anticoagulación y valorar actuación enfermera en función del valor de INR.



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

Responsable del Practicum V

Prof. D. Manuel Toledano Estepa

Coodinadores de casos prácticos ECOE:

Prof. D. Manuel Toledano Estepa



CASO PRÁCTICO N° 2

SITUACIÓN DE PARTIDA.

Pilar, de 84 años de edad, lleva un tiempo que no le da tiempo a llegar al servicio cuando tienes ganas de orinar, por las noches también moja la cama porque tiene dificultad para levantarse y tiene toda la zona de glúteos enrojecida.

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene **10 minutos** para realizar:

- Llevar a cabo una adecuada historia clínica y anamnesis ajustada al caso.
- Realizar valoración enfermera y plan de cuidados en el entorno Diraya.

Al terminar, por favor, salga de la habitación



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE Grado en Enfermería

Ficha Técnica de la Estación nº 2

Universidad	CÓRDOBA		
Persona de contacto, email	Manuel Toledano Estepa	Enltoesm@uco.es	
Título o problema principal	Valoración enfermera. Plan de cuidados		
ESTACION 1 tipo (paciente, informe, maniquí, habilidad, pruebas, otros..)			
Situación de Partida	Pilar, de 84 años de edad, su hija nos solicita una visita domiciliaria para que valoremos a su madre, presenta una pequeña ÚPP en zona del glúteo, dice la hija que se orina y no le da tiempo a llevarla del sillón al servicio, además todas las noches moja la cama.		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: - Llevar a cabo una adecuada historia clínica y anamnesis ajustada al caso. - Realizar valoración enfermera y plan de cuidados en el entorno Diraya.		
Requerimiento Logístico	Paciente estandarizado: Pilar, mujer de 84 años de edad que vive con su hija y que últimamente aparece todas las mañanas con la cama mojada, cuando está levantada tampoco le da tiempo a llegar al servicio. Clase media - Mesa y silla. - Guión y listado de evaluación para el paciente estandarizado		
Áreas Competenciales Evaluadas		Puntos.	N. Ítems.
Anamnesis		20	4
Exploración Clínica. Habilidades técnicas/Procedimentales		15	3
Habilidades de Comunicación		15	3
Valoración enfermera/plan de cuidados		25	7
Prevención y promoción de la salud		25	5
Total		100	22
Peculiaridades específicas			

Fecha Elaboración: 26/11/24

Fecha Revisión: 01/12/24



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Pilar, de 84 años de edad, lleva un tiempo que no le da tiempo a llegar al servicio cuando tienes ganas de orinar, por las noches también moja la cama porque tiene dificultad para levantarse y tiene toda la zona de glúteos enrojecida.

Tratamiento: Bisoprolol 2,5 1-0-1, Furosemida 0-0-1, Paracetamol 1-0-0 , Lormetazepam 0-0-1

LUGAR DE DESARROLLO DE LA VISITA: Visita domiciliaria

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE: Mujer de 84 años, con Insuficiencia cardíaca, que desde hace algún tiempo muestra signos de deterioro cognitivo que hace más complicado su cuidado a cargo de su hija y lleva un tiempo que ya no controla la orina, además de la dificultad para trasladarse y poder llegar al servicio. Por las noches no se levanta y se orina en la cama.

Motivo de Consulta: la hija nos llama para hacer una visita domiciliaria y que veamos y valoremos a su madre.

Antecedentes personales: Insuficiencia cardíaca y con dificultad para la traslación.

Enfermedad Actual: Incontinencia urinaria. Posible deterioro cognitivo.

Antecedentes familiares: Sin interés

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO:

Ordenador con acceso a historia clínica ficticia DIRAYA



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

APELLIDOS Y NOMBRE:

LISTADO EVALUATIVO ESTACIÓN Nº 2

Marque solo la columna en caso afirmativo. P. SI

Antecedentes Personales y Familiares

	P.	SI
I. cardiaca, alteración en la deambulación y deterioro cognitivo.	1	O

Anamnesis Dirigida al Caso

- Identificación de cuidador, riesgo de cansancio	2	O
- Cambio en su comportamiento	3	O
- Ingesta de medicación, alimentos, líquidos, ...	4	O
- Signos y síntomas de incontinencia urinaria	5	
- Signos y síntomas de riesgo de deterioro de la integridad cutánea	6	

Exploración Física

- Valoración de incontinencia urinaria de urgencia, funcional.	7	O
- Estado de la piel	8	
- Deambulación	9	O
- Estado cognitivo	10	O

Valoración enfermera

- Necesidades funcionales	11	O
- Escalas clinimétricas paciente		
- Pfeiffer		
- Barthel		
- Riesgo de caídas ¹²		O
- Norton/Braden		
- Incontinencia urinaria		
- Escalas clinimétricas cuidador	13	O

Plan de Cuidados

- Diagnósticos NANDA	14	O
----------------------	----	---



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

- Objetivos NOC	15	O
- Intervenciones NIC	16	O
Prescripción enfermera : Absorbentes tipo y cantidad	17	O
Promoción de la salud, Educación sanitaria		
- Incontinencia	18	O
- Cuidados de la piel	19	O
- Prevención de UPP	20	O
- Medicamentos e ingesta de líquidos	21	O
- Cuidador	22	O

LISTADO EVALUATIVO SOBRE COMUNICACIÓN			CALIFICACIÓN				
	Marque el Valor	P.	1	2	3	4	5
Orden lógico de preguntas, acogida exploración resolución y fase final, preguntas abiertas y cerradas con criterio.	Sabe Preguntar	23	O	O	O	O	O
Interés por la persona y no solo por los datos, siente que le escuchan.	Sabe Escuchar	24	O	O	O	O	O
Atento a la comunicación verbal y no verbal, captando la situación en la que se encuentra y a las dudas personales.	Facilita el discurso	25	O	O	O	O	O

De 1 (Peor calificación) a 5 (Mejor calificación)



Facultad de Medicina y Enfermería Universidad
de Córdoba



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

Responsable del Practicum V

Prof. D. Manuel Toledano Estepa

Coodinadores de casos prácticos ECOE:

Prof. D. Manuel Toledano Estepa



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

CASO PRÁCTICO N° 3

SITUACIÓN DE PARTIDA.

Pilar, de 84 años de edad, lleva un tiempo que no le da tiempo a llegar al servicio cuando tienes ganas de orinar, por las noches también moja la cama porque tiene dificultad para levantarse y tiene toda la zona de glúteos enrojecida.

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene **10 minutos** para realizar:

- Llevar a cabo una adecuada historia clínica y anamnesis ajustada al caso.
- Realizar valoración enfermera y plan de cuidados en el entorno Diraya.

Al terminar, por favor, salga de la habitación



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE Grado en Enfermería

Ficha Técnica de la Estación nº 3

Universidad	CÓRDOBA		
Persona de contacto, email	Manuel Toledano Estepa	Enltoesm@uco.es	
Título o problema principal	Valoración enfermera. Plan de cuidados		
ESTACION 1 tipo (paciente, informe, maniquí, habilidad, pruebas, otros..)			
Situación de Partida	Pilar, de 84 años de edad, su hija nos solicita una visita domiciliaria para que valoremos a su madre, presenta una pequeña ÚPP en zona del glúteo, dice la hija que se orina y no le da tiempo a llevarla del sillón al servicio, además todas las noches moja la cama.		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: - Llevar a cabo una adecuada historia clínica y anamnesis ajustada al caso. - Realizar valoración enfermera y plan de cuidados en el entorno Diraya.		
Requerimiento Logístico	Paciente estandarizado: Pilar, mujer de 84 años de edad que vive con su hija y que últimamente aparece todas las mañanas con la cama mojada, cuando está levantada tampoco le da tiempo a llegar al servicio. Clase media - Mesa y silla. - Guión y listado de evaluación para el paciente estandarizado		
Áreas Competenciales Evaluadas		Puntos.	N. Ítems.
Anamnesis		20	4
Exploración Clínica. Habilidades técnicas/Procedimentales		15	3
Habilidades de Comunicación		15	3
Valoración enfermera/plan de cuidados		25	7
Prevención y promoción de la salud		25	5
Total		100	22
Peculiaridades específicas			

Fecha Elaboración: 26/11/24

Fecha Revisión: 01/12/24



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Pilar, de 84 años de edad, lleva un tiempo que no le da tiempo a llegar al servicio cuando tienes ganas de orinar, por las noches también moja la cama porque tiene dificultad para levantarse y tiene toda la zona de glúteos enrojecida.

Tratamiento: Bisoprolol 2,5 1-0-1, Furosemida 0-0-1, Paracetamol 1-0-0 , Lormetazepam 0-0-1

LUGAR DE DESARROLLO DE LA VISITA: Visita domiciliaria

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE: Mujer de 84 años, con Insuficiencia cardíaca, que desde hace algún tiempo muestra signos de deterioro cognitivo que hace más complicado su cuidado a cargo de su hija y lleva un tiempo que ya no controla la orina, además de la dificultad para trasladarse y poder llegar al servicio. Por las noches no se levanta y se orina en la cama.

Motivo de Consulta: la hija nos llama para hacer una visita domiciliaria y que veamos y valoremos a su madre.

Antecedentes personales: Insuficiencia cardíaca y con dificultad para la traslación.

Enfermedad Actual: Incontinencia urinaria. Posible deterioro cognitivo.

Antecedentes familiares: Sin interés

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO:

Ordenador con acceso a historia clínica ficticia DIRAYA



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

APELLIDOS Y NOMBRE:

LISTADO EVALUATIVO ESTACIÓN Nº 3

Marque solo la columna en caso afirmativo. P. SI

Antecedentes Personales y Familiares

I. cardiaca, alteración en la deambulación y deterioro cognitivo.	1	O
---	---	---

Anamnesis Dirigida al Caso

- Identificación de cuidador, riesgo de cansancio	2	O
- Cambio en su comportamiento	3	O
- Ingesta de medicación, alimentos, líquidos, ...	4	O
- Signos y síntomas de incontinencia urinaria	5	
- Signos y síntomas de riesgo de deterioro de la integridad cutánea	6	

Exploración Física

- Valoración de incontinencia urinaria de urgencia, funcional.	7	O
- Estado de la piel	8	
- Deambulación	9	O
- Estado cognitivo	10	O

Valoración enfermera

- Necesidades funcionales	11	O
- Escalas clinimétricas paciente		
- Pfeiffer		
- Barthel		
- Riesgo de caídas ¹²		O
- Norton/Braden		
- Incontinencia urinaria		
- Escalas clinimétricas cuidador	13	O

Plan de Cuidados

- Diagnósticos NANDA	14	O
----------------------	----	---



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

- Objetivos NOC	15	O
- Intervenciones NIC	16	O
Prescripción enfermera : Absorbentes tipo y cantidad	17	O
Promoción de la salud, Educación sanitaria		
- Incontinencia	18	O
- Cuidados de la piel	19	O
- Prevención de UPP	20	O
- Medicamentos e ingesta de líquidos	21	O
- Cuidador	22	O

LISTADO EVALUATIVO SOBRE COMUNICACIÓN			CALIFICACIÓN				
	Marque el Valor	P.	1	2	3	4	5
Orden lógico de preguntas, acogida exploración resolución y fase final, preguntas abiertas y cerradas con criterio.	Sabe Preguntar	23	O	O	O	O	O
Interés por la persona y no solo por los datos, siente que le escuchan.	Sabe Escuchar	24	O	O	O	O	O
Atento a la comunicación verbal y no verbal, captando la situación en la que se encuentra y a las dudas personales.	Facilita el discurso	25	O	O	O	O	O

De 1 (Peor calificación) a 5 (Mejor calificación)



Facultad de Medicina y Enfermería Universidad
de Córdoba



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN PRACTICUM VII

Responsables del Practicum VII

Prof. Dr. D. Pedro Hidalgo Lopezosa

Prof. D. Sergio David Sánchez Ortíz



Prueba ECOE Grado Enfermería

PRACTICUM VII Caso práctico nº 7

SITUACIÓN DE PARTIDA

Parada cardiorrespiratoria en paciente pediátrico

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene **10 minutos** para:

- Explorar y valorar al paciente.
- Monitorizar al paciente.
- Identificar la PCR.
- Actuar según protocolo de SVB pediátrico.



ECOE Grado en Enfermería

Ficha Técnica del Caso Práctico nº 7

Universidad	CÓRDOBA		
Persona de contacto	Sergio David Sánchez Ortíz	sdsanchez@uco.es	
Email			
Título, o, problema principal	Parada Cardiorrespiratoria en paciente pediátrico		
Caso Práctico nº 7 (paciente, informe, maniquí, habilidad, pruebas, otros..)	Maniqui de SVA pediátrico o neonatal		
Situación de Partida	Paciente que ingresa por urgencias pediátricas y en el triaje le detectan una insuficiencia respiratoria. Pasa al box de criticos donde se realiza la transferencia del paciente (inicio del caso). Tras la monitorizacion el paciente tiene una crisis de tos y realiza una parada respiratoria seguida de una cardiaca.		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: - Explorar y valorar al paciente. - Monitorizar al paciente. - Identificar la PCR. - Actuar según protocolo de SVB pediátrico.		
Requerimiento Logístico	Maniquí d SVA pediátrico o neonatal		
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	
Anamnesis	6	2	
Exploración Clínica	21	7	
Habilidades técnicas/Procedimentales	55	11	
Habilidades de Comunicación y coordinación	6	2	
Juicio Clínico, plan de manejo diagnóstico y terapéutico	9	3	
Prevención y promoción de la salud	3	1	
Otros (especificar) Extra	3	1	
Total	100	26	
Peculiaridades específicas	3 puntos extra si en menos de 30" si sabe calcular la dosis de de adrenalina ajustada a peso		

Fecha Elaboración: 30/04/2021

Fecha Revisión: 06/01/2021



RESUMEN DEL CASO PRÁCTICO

SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Paciente que ingresa por urgencias pediátricas por tos y disnea. En el triaje le detectan una insuficiencia respiratoria. Pasa al box de críticos donde se realiza la transferencia del paciente (inicio del caso). Tras la monitorización, el paciente tiene una crisis de tos y realiza una parada respiratoria seguida de una cardíaca. Se aplica protocolo de SVB pediátrico en entorno hospitalario. El ritmo no es desfibrilable. Durante la reanimación cardiopulmonar el paciente recupera la circulación y la respiración.

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO

Maniquí de SVA pediátrico o neonatal.
Ambu, mascarilla y guedel
Goma de O₂
Material para la canalización de una vía
Medicación básica de parada
Monitorización
teléfono móvil

LUGAR DE DESARROLLO DE LA VISITA

Box de cuidados críticos de urgencias.

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Lactante de 6 meses y 13 kg de peso o niño 6 años y 32Kg

MOTIVO DE CONSULTA

Crisis de tos y disnea.

ANTECEDENTES PERSONALES

Sin interés clínico.

ENFERMEDAD ACTUAL

Sospecha de bronquiolitis.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés clínico.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Paciente irritable, con dificultad respiratoria ligera cianosis y tos irritativa. FC: 156 lpm, FR: 24 rpm, T^a: 38°C



Identificación alumno/a:

Marque con una **X**
en caso afirmativo

LISTADO EVALUATIVO CASO PRÁCTICO N° 7	P	SÍ
Antecedentes Personales		
Pregunta el peso y edad del niño/a	1.	
Pregunta los antecedentes	2.	
Exploración Clínica		
Valora la conciencia	3.	
Valora el esfuerzo respiratorio	4.	
Comprueba la respiración	5.	
Evalúa la circulación (signo de vida y/o pulso braquial o carotideo)	6.	
Inicia compresiones torácicas	7.	
Evalúa periódicamente la respuesta a la reanimación 2min	8.	
Evalúa correctamente la recuperación de la ventilación espontánea y latido	9.	
Habilidades técnicas/Procedimentales		
Apertura de la vía aérea (frente mentón)	10.	
Situación adecuada para ventilar con ambu	11.	
Maneja de forma correcta el ambu	12.	
Escoge el tamaño de Guedel adecuado	13.	
Coloca de forma adecuada el Guedel	14.	
Realiza las 5 insuflaciones de Rescate	15.	
Elección de técnica de masaje mas adecuada	16.	
Aplica correctamente las compresiones torácicas (profundidad)	17.	
Aplica correctamente las compresiones torácicas vs insuflaciones 30:2	18.	
Tras recuperarse controla la hipotermia (lo tapa)	19.	
Sabe preparar la dosis de adrenalina según el peso	20.	
Habilidades de Comunicación y coordinación		
Avisa tras el minuto de reanimación	21.	
Comunicación fluida por teléfono o saliendo fuera del box	22.	
Juicio Clínico, plan de manejo diagnóstico y terapéutico		
Detecta la parada	23.	
Sigue el ABC del protocolo	24.	
Reevalúa	25.	
Prevención y promoción de la salud		
Identifica el material necesario para SV instrumental	26.	



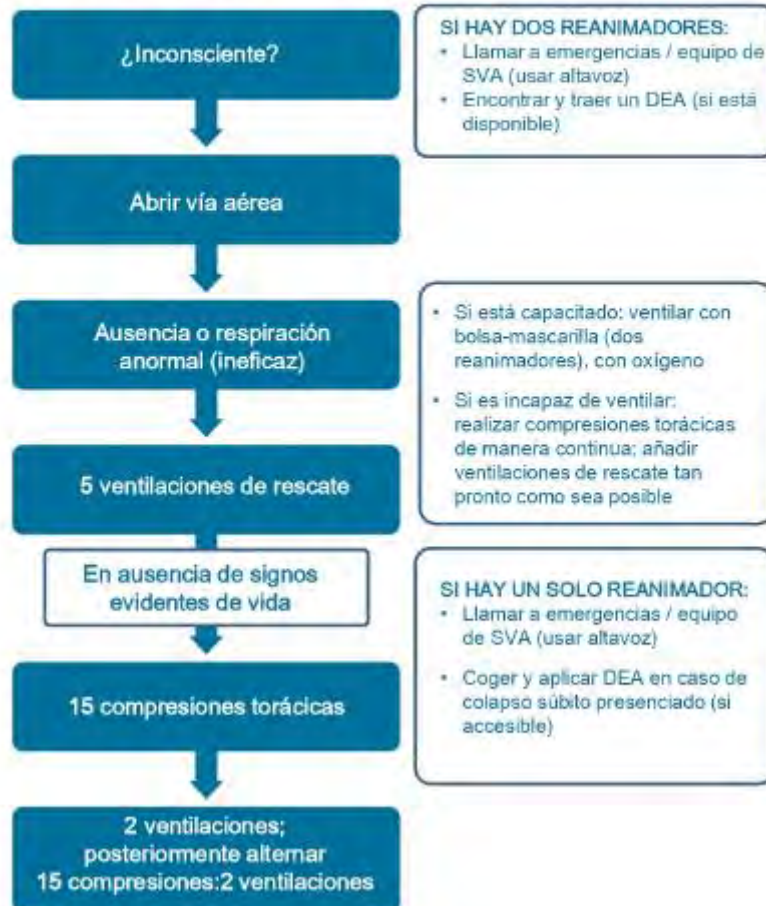
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE AYUDA A LA EVALUACIÓN

PÁGINA 57



Soporte vital básico pediátrico

¿SEGURIDAD? PEDIR AYUDA





Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

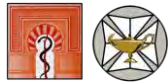
ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN PRACTICUM VII

Responsables del Practicum VII

Prof. Dr. D. Pedro Hidalgo Lopezosa

Prof. D. Sergio David Sánchez Ortiz



Prueba ECOE Grado Enfermería

PRACTICUM VII Caso práctico nº 8

SITUACIÓN DE PARTIDA

Gestante de bajo riesgo, multípara, con bolsa rota y sensación de pujos en ámbito extrahospitalario (centro de salud)

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene **10 minutos** para:

- Realizar la anamnesis.
- Explorar a la gestante.
- Atender el parto extrahospitalario.

ECOE Grado en Enfermería

Ficha Técnica del Caso Práctico nº 8

Universidad	CÓRDOBA		
Persona de contacto, email	Pedro Hidalgo Lopezosa	phlopezosa@uco.es	
Título o problema principal	Atención al parto extrahospitalario sin complicaciones		
CASO PRÁCTICO Nº 8 (paciente, informe, maniquí, habilidad, pruebas, otros..)		Simulador (maniquí)	
Situación de Partida	Gestante de bajo riesgo, multipara, con bolsa rota y sensación de pujos en ámbito extrahospitalario (centro de salud).		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: - Realizar la anamnesis. - Explorar a la gestante. - Atender el parto extrahospitalario.		
Requerimiento Logístico	Maniquí-simulador de parto o persona		
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	
Anamnesis	20	4	
Exploración Clínica	10	1	
Habilidades técnicas/Procedimentales	40	8	
Habilidades de Comunicación y coordinación	10	2	
Juicio Clínico, plan de manejo diagnóstico y terapéutico	10	1	
Prevención y promoción de la salud	5	1	
Relaciones interprofesionales			
Aspectos éticos/legales y profesionalismo	5	1	
Otros (especificar)			
Total	100	18	
Peculiaridades específicas			

Fecha Elaboración: 30/04/2021

Fecha Revisión: 05/01/2023



SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Mujer multípara (tercer hijo), embarazo de bajo riesgo de 40 semanas de gestación (sg), con antecedente de dos partos normales por vía vaginal, que ha roto la bolsa amniótica hace 30 minutos y presenta contracciones rítmicas e intensas con sensación de pujo.

FRASE INICIAL

El alumno debe conocer signos del parto inminente, por lo que se le preguntará sobre información básica para reconocer la situación que presenta la mujer: paridad, semanas de gestación, estado de la bolsa, posibles patologías o complicaciones en el embarazo.

FRASE O PREGUNTA RETO (orientativo al comienzo de la exploración):

1. ¿Qué nº de hijo es?
2. ¿De cuántas semanas de gestación está?
3. ¿Ha roto la bolsa amniótica?
4. ¿Ha habido alguna complicación durante el embarazo?
5. En qué plano aproximado se encuentra la presentación fetal (exploración).

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO:

Simulador de parto.

LUGAR DE DESARROLLO DE LA VISITA: Centro de salud.

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE: Mujer multípara (tercer hijo), de 40 sg con antecedente de dos partos normales por vía vaginal y embarazo actual de bajo riesgo que ha roto la bolsa amniótica hace 30 minutos, y presenta contracciones rítmicas e intensas con sensación de pujo.

MOTIVO DE CONSULTA: ha roto la bolsa, líquido amniótico claro, y presenta ganas de empujar en algunas contracciones.

ANTECEDENTES PERSONALES: sin interés

ENFERMEDAD ACTUAL: embarazo bajo riesgo; fórmula obstétrica: G3,P2, C0

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sin interés

EXPLORACIÓN FÍSICA: Presentación cefálica en 4º plano, dilatación completa.



Apellidos y Nombre:

Marque con una X en
caso afirmativo

LISTADO EVALUATIVO CASO PRÁCTICO Nº 8	P.	Sí
Anamnesis		
Paridad: ¿Cuántos partos ha tenido?	1.	☐
¿De cuántas semanas está embarazada?	2.	☐
¿Ha roto la bolsa?	3.	☐
¿Ha tenido alguna complicación durante el embarazo?	4.	☐
Exploración Física		
Exploración vaginal para determinar la altura de la presentación	5.	☐
Habilidades técnicas y procedimentales		
Aviso equipo móvil	6.	☐
Preparación material necesario y vía de perfusión	7.	☐
Asistencia expulsivo	8.	☐
Asistencia RN	9.	☐
Asistencia alumbramiento: extracción de placenta	10.	☐
Asistencia alumbramiento: masaje uterino y adm. oxitocina	11.	☐
Asistencia alumbramiento: Controles posparto inmediato (estado gral, TA, altura y consistencia uterina, sangrado vaginal)	12.	☐
Asistencia alumbramiento: medidas preventivas (automasaje, signos de alarma).	13.	☐
Habilidades de Comunicación y coordinación		
Coordinación con resto del equipo	14.	☐
Comunicación con el la paciente y con miembros del equipo	15.	☐
Juicio clínico, plan diagnóstico y terapéutico		
Parto extrahospitalario sin complicaciones	16.	☐
Prevención y promoción de la salud		
Consejos sanitarios dados a la mujer	17.	☐
Aspectos éticos y profesionalismo		
Aspectos éticos	18.	☐



INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE AYUDA A LA EVALUACIÓN

Escriba brevemente sobre (se han colocado estos cuatro epígrafes a modo de ejemplo):

1) Anamnesis y Exploración Clínica

- ¿Cuántos partos ha tenido?
- ¿De cuantas semanas está embarazada?
- ¿Ha roto la bolsa?
- ¿Ha tenido alguna complicación durante el embarazo?

2) Manejo

1. Al tiempo que se recaban los datos necesarios (paridad, semanas de gestación, estado de la bolsa, posibles patologías o complicaciones en el embarazo), se invita a que se prepare inmediatamente para la exploración.
2. Exploración vaginal para determinar básicamente la altura de la presentación.
3. Aviso a equipo de urgencia (061) o ambulancia para traslado, mientras se asiste a la mujer.

Se necesita la ayuda de otro personal disponible, en este caso actúan los 3 alumnos.

4. Canalización de vía periférica si es posible y preparación de material necesario para la asistencia al parto: entremetidas, paño estéril si lo hay, compresas, instrumental básico (tijeras, dos pinzas de Kocher, pinza de cordón).

5. Tranquilizar a la mujer y asesorarla en los pujos.

6. **Asistencia al expulsivo:** una vez se produce la expulsión de la cabeza fetal, se procederá a la extracción del hombro anterior mediante la maniobra de tracción de la cabeza hacia abajo, una vez visualizado y extraído se procederá a la extracción del hombro posterior mediante la tracción de la cabeza hacia arriba.

7. **Asistencia al recién nacido (RN):** El RN se colocará sobre la madre, se limpian secreciones de la boca con una gasa o compresa, y se procederá a secarlo inmediatamente al tiempo que se estimula y se valora su estado. Seguidamente se procederá a la sección del cordón umbilical (puede demorarse hasta que el cordón deje de latir, pero se puede hacer justo después de secar y estimular al RN, aproximadamente 1-2 minutos). Se pinzará con la pinza de cordón a unos 3 cm del ombligo, y con la pinza de Kocher a continuación a una distancia indistinta; se procederá a la sección con tijeras estériles. Valoración del estado del RN: normalidad equivalente a llanto, buen tono muscular con movimientos fetales, coloración, FCF > 100-120 p/m. (Apgar 8-10).

8. Traslado al hospital de referencia mientras se asiste a la mujer en el alumbramiento si éste se produce.

9. Asistencia del alumbramiento:



- Observar signos de desprendimiento (sangrado)
 - Proceder a mantener tracción controlada del cordón (sin tirar de él) hasta que empiece a aparecer por vagina. En ese momento se cogerá con ambas manos y se girará en el sentido de las agujas del reloj al tiempo que se va extrayendo.
 - Comprobar integridad de la placenta y membranas ovulares.
 - Realizar masaje uterino.
-
- Administrar 20-30 UI (2-3 ampollas) de oxitocina en 500 ml de suero fisiológico o glucosado 5% a pasar en aprox. 1-2 horas.
 - Valorar sangrado, control de TA, P, estado general y altura y consistencia uterina cada 15 m durante las 2 horas posteriores al parto.
 - Hacer educación sanitaria sobre prevención de complicaciones posibles (hemorragia posparto e infección puerperal) y sobre recién nacido (contacto inmediato piel con piel, lactancia materna precoz).



CASO PRÁCTICO 9

SITUACIÓN DE PARTIDA

Marisa de 30 años acude a triaje de urgencias pediátricas con su bebé de seis meses (Marco). Refiere que lleva desde hace dos días con fiebre que remite con paracetamol pero que hoy no le ha llegado a bajar. Marisa refiere que le encuentra fatigado y bastante caído, también nos cuenta que mientras venía en coche Marco ha realizado un “vómito de aspecto mucoso”.

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene **10 minutos** para:

- Escanear los códigos QR que se encuentran en el muñeco en el orden correspondiente.
- Realizar una valoración aplicando la herramienta del triángulo de evaluación pediátrica.
- Indicar qué actuaciones prioritarias llevaría a cabo sobre el paciente utilizando el manejo del algoritmo ABCDE.

Al terminar, por favor, salga de la habitación



ECOE Grado en Enfermería Ficha Técnica de la Estación nº9

Universidad	CÓRDOBA		
Persona de contacto, email	María Teresa Arias Latorre	Z72arlam@uco.es	
Título o problema principal	Valoración de la situación del paciente pediátrico aplicando la herramienta TEP.		
ESTACION nº 9 (paciente, informe, maniquí, habilidad, pruebas, otros..)			
Situación de Partida	Madre de 30 años (Marisa) que acude a triaje de urgencias pediátricas con su bebé de seis meses (Marco). Refiere que lleva desde hace dos días con fiebre que remite con paracetamol pero que hoy no le ha llegado a bajar. Marisa refiere que le encuentra fatigado y bastante caído, también nos cuenta que mientras venía en coche Marco ha realizado un "vómito de aspecto mucoso".		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: - Escanear los códigos QR que se encuentran en el muñeco en el orden correspondiente. - Realizar una valoración aplicando la herramienta del triángulo de evaluación pediátrica. - Indicar qué actuaciones prioritarias llevaría a cabo sobre el paciente utilizando el manejo del algoritmo ABCDE.		
Requerimiento Logístico	Mesa, silla, muñeco, códigos QR, pulsioxímetro, mascarilla, ambú, conexión para toma de O2, material de canalización VVP, monitorización EKG.		
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	
Habilidades de comunicación	20	6	
Habilidad y manejo de la herramienta TEP.	30	3	
Aplicación del algoritmo ABCDE a la herramienta TEP.	45	15	
Competencias actitudinales	5	1	
Total	100	25	
Peculiaridades específicas			



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

Fecha Elaboración: 20/11/2024

Fecha Revisión:



SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Marisa de 30 años acude a triaje de urgencias pediátricas con su bebé de seis meses (Marco). Refiere que lleva desde hace dos días con fiebre que remite con paracetamol pero que hoy no le ha llegado a bajar. Marisa refiere que le encuentra fatigado y bastante caído, también nos cuenta que mientras venía en coche Marco ha realizado un “vómito de aspecto mucoso”.

La alumna o el alumno son los enfermeros de triaje que reciben a la madre y al paciente.

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO:

Mesa, silla, muñeco, códigos QR, pulsioxímetro, mascarilla, ambú, conexión para toma de O₂, material de canalización VVP, monitorización EKG.

LUGAR DE DESARROLLO: Triaje de urgencias pediátricas.

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

Madre de 30 años (Marisa) que acude a triaje de urgencias pediátricas con su bebé de seis meses (Marco). Refiere que lleva desde hace dos días con fiebre que remite con paracetamol pero que hoy no le ha llegado a bajar. Marisa refiere que le encuentra fatigado y bastante caído, también nos cuenta que mientras venía en coche Marco ha realizado un “vómito de aspecto mucoso”.

DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA:

La madre se encuentra agobiada, le refiere a la enfermera que Marco tiene un aspecto muy extraño y que no se encuentra bien (muestra gran preocupación). En la información que se brinda a partir del escaneo de los códigos QR por parte del alumnado, se irán mostrando los diferentes ítems pertenecientes a la apariencia, trabajo respiratorio y circulación cutánea, con ellos, aplicando la herramienta TEP, la enfermera (alumno/a) deberá llegar a la conclusión de que está ante un caso de fallo respiratorio, de manera simultánea a la valoración (ya que nos encontramos ante un escenario hospitalario), la enfermera deberá utilizar el material disponible, y, una vez llegada a la conclusión de que estamos ante un fallo respiratorio, deberá tomar unas medidas de actuación inmediatas con el material necesario, las cuales se muestran en la rúbrica de evaluación correspondiente.

MOTIVO DE CONSULTA: Fallo respiratorio.

ANTECEDENTES PERSONALES: Ninguno de interés.

ENFERMEDAD ACTUAL: Infección vírica.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sin interés.



ALUMNO/A: _____

CASO PRÁCTICO N° 9

Habilidades de comunicación (20 puntos)

Items	Realizada	No realizada
1. La enfermera se presenta.	SI	NO
2. Pregunta por el nombre de la madre.	SI	NO
3. Llama al bebé por su nombre.	SI	NO
4. La enfermera explica sus actuaciones.	SI	NO
5. Mantiene contacto visual.	SI	NO
6. La enfermera escucha cuando la madre habla	SÍ	NO

Manejo de la herramienta TEP (30 puntos)

items	REALIZA	NO REALIZA
7. Escanea en primer lugar el QR correspondiente a la APARIENCIA.	SI	NO
8. Reconoce completamente qué lados del triángulo se encuentran afectados.	SI	NO
9. Sabe identificar en qué estado fisiológico se encuentra el paciente.	SI	NO

Aplicación del algoritmo ABCDE (45 puntos)

ITEM	REALIZA	NO REALIZA
10. Apertura vía aérea.	SI	NO
11. Administración de oxígeno.	SI	NO
12. Posición semiincorporada.	SI	NO
13. Valorar trabajo respiratorio.	SI	NO
14. Valorar coloración.	SI	NO
15. Auscultación pulmonar.	SI	NO
16. Ventilación mascarilla y ambú.	SI	NO
17. Acceso venoso.	SI	NO
18. Lavado-aspirado secreciones.	SI	NO
19. Monitorización FC.	SI	NO
20. Monitorización FR.	SI	NO
21. Monitorización Sat O2.	SI	NO
22. Monitorización TA.	SI	NO
23. Monitorización EKG.	SI	NO
24. Tratamiento del dolor.	SI	NO

Competencias actitudinales (5 puntos)

	REALIZA	NO REALIZA
25. El alumno/a mantiene una actitud colaboradora, respetuosa y profesional durante todo el tiempo.	SI	NO



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN PRACTICUM VI

Responsable del Practicum VI

Prof. D. Pedro Jesús Carmona Fernández



CASO PRÁCTICO N° 4

SITUACIÓN DE PARTIDA.

Juan López Moreno, de 60 años, es ingresado en la planta de Cardiología con antecedentes de hipertensión arterial. A su llegada presenta disnea, edema en extremidades inferiores y fatiga.

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene **10 minutos** para realizar:

- Toma de constantes vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno).
- Sondaje vesical del paciente.
- Administrar ttº prescrito.

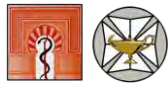
Al terminar, por favor, salga de la habitación



ECOE Grado en Enfermería

Ficha Técnica del Caso Práctico nº 4

Universidad	Córdoba		
Persona de contacto, email	Pedro Jesús Carmona Fernández	n12cafep@uco.es	
Título o problema principal	Paciente de 60 años que ingresa en cardiología.		
CASO PRÁCTICO Nº 5 (paciente)			
Situación de Partida	Juan, paciente de 60 años, es ingresado en la planta de cardiología con antecedentes de hipertensión arterial. Presenta disnea, edema en extremidades inferiores y fatiga.		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: - Toma de constantes vitales. - Realizar sondaje vesical. - Iniciar perfusión de furosemida. 250 mg de furosemida en 250 ml de SF a 10 ml/h. - Comprobación abierta oxigenoterapia.		
Requerimiento Logístico	Paciente de 60 años que ingresa en cardiología. - Aula de habilidades. - Monitor multiparamétrico para toma de constantes (en su defecto, pulsioxímetro, tensiómetro, fonendoscopia). - Pulsera identificativa en paciente - Guantes. - Suero de 250 ml y medicación simulada (furosemida 250 mg). - Sistema de suero de bomba de infusión. - Bomba de infusión. - Jeringas 10 ml y agujas. - Jeringas precargadas con SF para comprobar permeabilidad de la vía venosa. - Gafas Nasales. - Humidificador. - Toma de oxígeno con caudalímetro. - Sonda vesical tipo Foley. - Bolsa de diuresis. - Guantes estériles. - Lubricante urológico. - Antiséptico. - Gasas. - Agua esteril. - Gafas nasales. - Etiqueta para rotular. - Rotuador. - Hoja de tratamiento.		
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	Valor item
Anamnesis	10	1	
Exploración Clínica	10	2	
Habilidades técnicas/Procedimentales	40	2	
Habilidades de Comunicación con el paciente	10	2	
Relaciones interprofesionales y de liderazgo/trabajo en equipo	20	1	
Otros (especificar) Seguridad del paciente	10	3	
Total	100	12	
Peculiaridades específicas			



SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Hombre de 60 años que acaba de ingresar en planta de cardiología procedente de urgencias. Antecedentes de hipertensión arterial. Acompañado del celador que lo acomoda en su cama junto con la TCAE del servicio. Porta bala de oxígeno y los compañeros colocan humidificador para continuar con oxigenoterapia pero olvidan abrir caudalímetro a 4 l/m. El paciente se encuentra tranquilo pero con disnea, una saturación del 90%, fatigado y con un edema importante en MMII.

Actitud y conducta-

El paciente se encuentra tranquilo, colaborador, consciente y orientado. Presenta disnea que se acentúa con el esfuerzo. Su esposa se ha marchado al domicilio a recoger objetos personales, volverá lo antes posible.

Una vez es informado de que se va a iniciar el tratamiento con una ampolla de furosemida de 250 mg en 250 ml de Suero Fisiológico en bomba a 10 ml/h para ayudar a eliminar el exceso de líquidos y de que se va a proceder a realizar sondaje vesical, consiente y colabora en todo momento. Es la primera vez que lo sondan en su vida y no sabe como debe actuar.

Ropa: Propia de hospital

Patrón de lenguaje: Frases cortas, respuestas breves, introvertido. Nivel cultural medio - bajo.

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO:

Paciente estandarizado con pulsera de identificación y con historia en la que están registrados los antecedentes personales y alergias, material para toma de la tensión arterial, pulsioximetría, temperatura...

El paciente porta vía venosa periférica en miembro superior izquierdo salinizada y permeable. Porta, a su vez, unas gafas nasales a un volumen de 4 l/m.

Se procederá a realizar sondaje vesical necesitando: sonda vesical tipo Folley nº14 y 16, agua estéril, jeringa de 10 ml estéril, gasas, antiséptico, lubricante urológico, guantes, guantes estériles.

A su vez, se necesitará un suero fisiológico de 250 ml, ampolla de furosemida 250 mg, sistema de suero para bomba de infusión, bomba de infusión, rotulador y etiquetas.

LUGAR DE DESARROLLO DE LA VISITA:

Habitación de hospitalización del paciente en la unidad de cardiología.

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

Hombre de 60 años que presenta edemas en miembros inferiores, introvertido, colaborador, consciente y orientado.

Enfermedad actual:

Insuficiencia cardíaca descompensada.

Antecedentes personales:

Hipertensión arterial.



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

Historia social

Está prejubilado. Independiente para las AVD. Vive con su esposa, más joven que él y aun activa laboralmente.

Antecedentes familiares:

Padre con hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Madre fallecida por cáncer de estómago.

Exploración física/registro de constantes vitales:

TA: 140/69, FC 97 lpm (ritmo sinusal), saturación O₂ 90%, T^a 36,1°C, EVA 0,

FR: 18 respiraciones/minuto.

Contexto y datos de interés

Si se realiza una anamnesis dirigida, toma de constantes, sondaje vesical e inicio de ttº prescrito.

Debe valorarse la revisión del flujo de la oxigenoterapia el caudalímetro se encuentra cerrado por olvido tras su ingreso. Valorar educación sanitaria e información proporcionada al paciente, así como la asepsia con la que se realizan las técnicas.



IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A

LISTADO EVALUATIVO CASO PRÁCTICO N° 4

Marque con una X en
caso afirmativo

Anamnesis	P	SÍ
Pregunta sobre el estado de salud actual y antecedentes	1.	
Exploración Física / monitorización		
Colocación de Pulsioximetría para valorar FC y saturación de O ₂ , determinación de TA.	2.	
Valora datos visuales, disnea, taquipnea, perfusión...	3.	
Habilidades técnicas y procedimientos		
Sondaje vesical de manera lo más aséptica posible.	4.	
Preparación de perfusión de furosemida en bomba de infusión (dosis y volumen prescrito).	5.	
Habilidades de Comunicación con el paciente		
Utiliza el lenguaje verbal y no verbal de forma adecuado durante la entrevista clínica y la exploración física	6.	
Información sobre las técnicas a realizar y la situación actual, aclara dudas del paciente y minimiza estrés.	7.	
Juicio clínico		
Identifica que la oxigenoterapia no está fluyendo.	8.	
Relaciones interprofesionales y de liderazgo/trabajo en equipo		
Se organizan entre los tres compañeros para realizar el trabajo de manera coordinada.	9.	
Seguridad del paciente		
Verifica la identidad del paciente mediante la revisión de la pulsera identificativa, valora alergias y mantiene situación de confianza e intimidad	10.	
Confirmación de alergias medicamentosas	11.	
Mantiene un entorno de confianza e intimidad	12.	



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN PRACTICUM VI

Responsable del Practicum VI

Prof. D. Pedro Jesús Carmona Fernández



CASO PRÁCTICO N° 5

SITUACIÓN DE PARTIDA.

José López Hurtado, de 72 años, es ingresado en la planta de Medicina Interna con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Al llegar a planta, procedente de observación de urgencias, presenta dificultad respiratoria y fatiga. El paciente se encuentra ansioso y preocupado por su estado de salud.

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene **10 minutos** para realizar:

- Realizar una valoración focalizada de Enfermería.
- Toma de constantes vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno).
- Consultar con el médico responsable sobre el plan de tratamiento y posibles ajustes en la medicación.

Al terminar, por favor, salga de la habitación



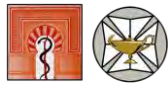
ECOE Grado en Enfermería

Ficha Técnica del Caso Práctico nº 5

Universidad	Córdoba		
Persona de contacto, email	Pedro Jesús Carmona Fernández	n12cafep@uco.es	
Título o problema principal	Paciente de 72 años que ingresa en planta de medicina interna.		
CASO PRÁCTICO Nº 5 (paciente)			
Situación de Partida	El paciente, José, de 72 años, es ingresado en la planta de medicina interna con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Presenta dificultad respiratoria y fatiga. El paciente se encuentra ansioso y preocupado por su estado de salud.		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: - Valoración focalizada de Enfermería. - Toma de constantes vitales. - Valoración de la disnea. - Consulta de tratamiento, preparación de aerosolterapia de rescate y corticoterapia. - Control de la ansiedad, contacto.		
Requerimiento Logístico	Paciente de 72 años que ingresa en planta de medicina interna. - Aula de habilidades. - Monitor multiparamétrico para toma de constantes (en su defecto, pulsioxímetro, tensiómetro, fonendoscopio). - Pulsera identificativa en paciente. - Guantes. - Sueros de 100 ml y medicación simulada. - Jeringa 10 ml y agujas. - Gafas nasales y mascarilla de oxígeno de alto flujo tipo VentiMask con toma de oxígeno simulada. - Teléfono. - Internista (persona de consulta). - Vía venosa previamente canalizada.		
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	Valor item
Anamnesis	15	1	
Exploración Clínica	15	2	
Habilidades técnicas/Procedimentales	20	2	
Habilidades de Comunicación con el paciente	10	2	
Juicio Clínico	20	1	
Prevención y promoción de la salud			
Relaciones interprofesionales y de liderazgo/trabajo en equipo	10	1	
Aspectos éticos/legales y profesionalismo			
Otros (especificar) Seguridad del paciente	10	3	
Total	100	12	
Peculiaridades específicas			

Fecha Elaboración: 01/12/20213

Fecha Revisión: 01/12/2023



SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Hombre de 72 años que acaba de ingresar en la planta de medicina interna procedente de urgencias. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Acompañado del celador que lo acomoda en su cama. Mientras se realiza la recepción y acogida del paciente comienza a presentar dificultad respiratoria y fatiga. El paciente se encuentra ansioso y preocupado ya que su esposa es dependiente y se ha quedado en casa acompañada de una vecina. El paciente es el cuidador principal de su esposa. Su hijo, que vive en Málaga, está en camino para quedarse al cuidado de su madre. Se encuentra disgustado ya que esperaba que en urgencias le administrasen medicación que mejorase sus síntomas y haber vuelto pronto a casa pero tras pasarlo a observación y realizarle pruebas complementarias el internista a indicado su ingreso.

Actitud y conducta-

El paciente muestra preocupación constante, más que por su salud, por los cuidados de su esposa durante su ingreso. Su hijo no tiene más que dos días de permiso en el trabajo. Es difícilmente tranquilizable y cuesta conseguir su confianza.

Parece que tiene una respiración abdominal, sopla mucho por la boca con una frecuencia respiratoria por encima de 20 respiraciones por minuto y presenta una saturación capilar del 85%. Tras revisar el tratamiento clínico comprobamos que le han administrado aerosolterapia 30 minutos antes de subir a planta y que la próxima dosis de corticoides le corresponde dentro de 2 horas.

Deberemos informar al internista de la situación, este indicará repetir dosis de aerosoles y administración de un bolo de 40 mg de metilprednisolona.

Ropa- Propia de hospital

Patrón de lenguaje: Frases cortas, respuestas breves, habla entrecortada. Nivel cultural medio - alto.

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO:

Paciente estandarizado con pulsera de identificación y con historia en la que están registrados los antecedentes personales y alergias, material para toma de la tensión arterial, pulsioximetría, temperatura...

La paciente porta vía venosa periférica en miembro superior derecho salinizada y permeable. Porta, a su vez, unas gafas nasales a un volumen de 2 l/m.

LUGAR DE DESARROLLO DE LA VISITA:

Habitación de hospitalización del paciente en la unidad de medicina interna.

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

Hombre de 72 años que presenta regular estado general, nerviosismo, ansiedad y preocupación por el cuadro que presenta y evidente dificultad respiratoria.



Enfermedad actual:

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica reagudizada (EPOC).

Antecedentes personales:

Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Historia social

Está jubilado y se encarga de los cuidados de su esposa, que es dependiente para las actividades de la vida diaria tras sufrir un ictus hace 2 años que le provocó una hemiparesia.

Antecedentes familiares:

Padre con diabetes.

Exploración física/registro de constantes vitales:

TA: 136/69, FC 106 lpm (ritmo sinusal), saturación O₂ 85%, T^a 36,3°C, EVA 0,
FR: 25 respiraciones/minuto.

Contexto y datos de interés

Si se realiza una anamnesis dirigida, toma de constantes, control de la ansiedad y administración de aerosolterapia y corticoterapia, el paciente mejorará.

Debe valorarse la actuación de aporte de oxígeno estricto en paciente EPOC respecto al flujo de oxígeno prescrito (2 l/m) manteniendo una saturación objetivo entre 88-92% ya que se trata de un paciente susceptible de sufrir hipercapnia si se aporta un alto flujo de oxígeno.



IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A:

LISTADO EVALUATIVO CASO PRÁCTICO Nº 5

Marque con una X en
caso afirmativo

Anamnesis	P	Sí
Pregunta sobre el estado de salud actual y antecedentes	1.	
Exploración Física / monitorización		
Colocación de Pulsioximetría para valorar FC y saturación de O2	2.	
Valora datos visuales, disnea, taquipnea, perfusión, respiración abdominal...	3.	
Habilidades técnicas y procedimientos		
Preparación de tratamiento de aerosolterapia tras consulta de historia clínica y orden facultativa	4.	
Preparación de bolo de metilprednisolona de 40 mg tras consulta de historia clínica y orden facultativa.	5.	
Habilidades de Comunicación con el paciente		
Utiliza el lenguaje verbal y no verbal de forma adecuado durante la entrevista clínica y la exploración física	6.	
Información sobre las técnicas a realizar y la situación actual, además de tranquilizar en lo posible a paciente	7.	
Juicio clínico		
Identifica respiración abdominal e ineficiente con aumento de frecuencia respiratoria y actúa en consecuencia	8.	
Relaciones interprofesionales y de liderazgo/trabajo en equipo		
Revisión de historia clínica, valoración del tratamiento y consulta con especialista	9.	
Seguridad del paciente		
Verifica la identidad del paciente mediante la revisión de la pulsera identificativa, valora alergias y mantiene situación de confianza e intimidad	10.	
Confirmación de alergias medicamentosas	11.	
Mantiene un entorno de confianza e intimidad	12.	



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN PRACTICUM VI

Responsable del Practicum VI

Prof. D. Pedro Jesús Carmona Fernández



CASO PRÁCTICO N° 6

SITUACIÓN DE PARTIDA

María tiene 29 años lleva varios días con fiebre y mucha tos. Después de una semana la fiebre no remite y le duele el costado derecho. Acude a urgencias y tras ser diagnosticada de una neumonía ingresa en Neumología. El tratamiento ya ha sido iniciado y los síntomas han mejorado.

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene 10 minutos para:

- Realizar una valoración enfermera y cuestionarios específicos ajustados a sus condiciones de salud en un entorno DIRAYA.
- Identificar diagnósticos NANDA relacionados con su patología desplegando el Plan de Cuidados en el entorno DIRAYA.

Al terminar, por favor, salga de la habitación



ECOE Grado en Enfermería

Ficha Técnica del Caso Práctico nº 6

Universidad	CÓRDOBA		
Persona de contacto, email	Pedro Jesús Carmona Fernández	n12cafep@uco.es	
Título o problema principal	Valoración enfermera y Plan de Cuidados entorno DIRAYA.		
CASO PRÁCTICO Nº 6 (paciente)			
Situación de Partida	María tiene 29 años, lleva varios días con fiebre y muchos tos. Después de una semana la fiebre no remite y le duele el costado derecho. Acude a urgencias y tras ser diagnosticada de una neumonía ingresa en Neumología. El tratamiento ya ha sido iniciado y los síntomas han mejorado. Tiene un nuevo trabajo y le preocupa el tiempo que permanecerá de baja. Su hijo de 7 años se ha quedado en casa con su marido.		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: - Realizar valoración enfermera con inclusión de cuestionarios específicos en el entorno DIRAYA. - Desplegar el Plan de Cuidados en el entorno DIRAYA.		
Requerimiento Logístico	Paciente estandarizado: - Mesa y silla. - Guión y listado de evaluación para el paciente estandarizado a través de la aplicación informática DIRAYA. - Material fungible: vía venosa previamente canalizada y gafas nasales. - Pulsera de identificación de la paciente.		
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	
Anamnesis	10	3	
Exploración Clínica.	10	1	
Habilidades de Comunicación	30	5	
Valoración enfermera/Plan de Cuidados	50	5	
Total	100	14	



SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

María tiene 29 años, lleva varios días con fiebre y mucha tos. Después de una semana la fiebre no remite y le duele el costado derecho. Acude a urgencias y tras ser diagnosticada de una neumonía ingresa en Neumología. El tratamiento ya ha sido iniciado y los síntomas han mejorado. Refiere encontrarse mejor y considera que podría haber continuado su tratamiento en el domicilio. Tiene un nuevo trabajo y le preocupa el tiempo que permanecerá de baja. También está preocupada por los cuidados de su hijo de 7 años. El niño se encuentra en casa con su marido y ella permanece sola en el hospital ya que su familia cercana y amigos viven fuera de Córdoba. Llevan 3 meses residiendo en Córdoba, desde que inició su nuevo trabajo.

Actitud y conducta-

La paciente se encuentra algo nerviosa ya que no esperaba quedarse ingresada. Colaboradora, consciente y orientada. Algo abstraída durante la entrevista, pendiente del teléfono móvil, en contacto con su marido. Preocupada por que pensarán sus jefes en el trabajo. Pregunta en varias ocasiones cuantos días debe permanecer ingresada. Le han indicado que el resultado de su analítica arroja varios parámetros bastante alterados. Su radiografía, según indica la paciente, presenta signos de una infección respiratoria muy severa, cosa que también le preocupa. Refiere encontrarse mucho mejor tras administración de antitérmico IV, antibiótico IV, aerosolterapia y corticoterapia IV en urgencias.

Ropa- Propia de hospital

Patrón de lenguaje: Muy elocuente, apenas escucha y no para de hablar. Nivel cultural medio - alto.

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO:

Paciente estandarizado con pulsera de identificación y con historia en la que están registrados los antecedentes personales y alergias.

La paciente porta vía venosa periférica en miembro superior izquierdo salinizada y permeable. Así como unas GN a 3 l/m.

Ordenador con acceso a historia clínica ficticia DIRAYA.

LUGAR DE DESARROLLO DE LA VISITA:

Habitación de hospitalización del paciente en la unidad de neumología. Registro en el control de enfermería.

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

Mujer de 29 años que acude por fiebre que no cede y tos persistente. Sin antecedentes reseñables.

Enfermedad actual:

Neumonía

Antecedentes personales:

Parto a término. Hijo de 7 años. Desde el parto presenta pérdidas ocasionales de orina.

Historia social

Trasladada a Córdoba hace 3 meses por motivos laborales. Vive con su esposo (también trabaja) y su hijo de 7 años escolarizado. Sus familiares cercanos son de otra provincia.



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

Antecedentes familiares:

Padre con diabetes mellitus, deterioro cognitivo moderado.

Madre con obesidad e hipertensión arterial.

Contexto y datos de interés

Debe valorarse la capacidad para llevar las riendas de la entrevista y recopilar los datos necesarios, pero a su vez, mostrar una escucha activa que minimice el estrés y la preocupación por la adaptación de su familia a las circunstancias sobrevenidas.



IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A:

LISTADO EVALUATIVO CASO PRÁCTICO Nº 6

Marque con una X en caso afirmativo

P. SI

Anamnesis Dirigida al Caso

- Cambios emocionales y psicológicos (estado de ánimo de la paciente, nivel de estrés, percepción de la gravedad). 1.
- Estado de salud actual y antecedentes 2.
- Identificar Cuidadora Principal 3.

Habilidades de Comunicación

- Recoge la información necesaria llevando las riendas de la conversación. 4.
- Escucha activa (resumir o parafrasear, atención plena, evitar interrupciones, exploración de las preocupaciones, contacto visual, postura, lenguaje corporal, expresiones faciales) 5.

Exploración

- Inspección general (postura, uso de musculatura accesoria...) 6.

Valoración enfermera/ Plan de Cuidados

- Necesidades funcionales 7.
- Escalas clinimétricas paciente (Barthel, EVA) 8.
- Diagnósticos NANDA 9.
- NIC 10.
- NOC 11.

LISTADO EVALUATIVO SOBRE COMUNICACIÓN			CALIFICACIÓN				
	Marque el Valor	P.	1	2	3	4	5
Orden lógico de preguntas, acogida exploración resolución y fase final, preguntas abiertas y cerradas con criterio.	Sabe Preguntar	12.					
Interés por la persona y no solo por los datos, siente que le escuchan.	Sabe Escuchar	13.					
Atento a la comunicación verbal y no verbal, captando la situación en la que se encuentra y a las dudas personales.	Facilita el discurso	14.					

De 1 (Peor calificación) a 5 (Mejor calificación)