

Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

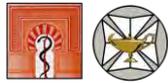
EVALUACIÓN PRACTICUM V

Responsable del Practicum V

Prof. D. Manuel Toledano Estepa

Coodinador de casos prácticos ECOE:

Prof. D. Manuel Toledano Estepa



CASO PRÁCTICO N° 1

SITUACIÓN DE PARTIDA

Antonia, de 68 años de edad, acude al centro de salud solicitando cita médica y al no haber, la UAC la cita en consulta de acogida de enfermería. Refiere malestar general, cansancio, sudor frío, visión borrosa, algo mareada.

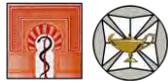
Datos de interés en HCS: HTA, Insuficiencia renal crónica, diabetes tipo 2, infecciones de orina en varias ocasiones. Polimedicada.

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 pluripatológico		
ESTACION 1 tipo (paciente, informe, maniquí, habilidad, pruebas, otros..)			
Situación de Partida	Antonia, de 68 años de edad, acude al centro de salud solicitando cita médica y al no haber, la UAC la cita en consulta de acogida de enfermería. Refiere malestar general, cansancio, sudor frío, visión borrosa, algo mareada. Datos de interés en HCS: HTA, Insuficiencia renal crónica, diabetes tipo 2, infecciones de orina en varias ocasiones. Polimedicada.		
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. - 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:29/11/23

Fecha Revisión:



SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE: Antonia, de 68 años de edad, acude al centro de salud solicitando cita médica y al no haber, la UAC la cita en consulta de acogida de enfermería. Refiere malestar general, cansancio, sudor frío, visión borrosa, algo mareada.

Datos de interés en HCS: HTA, Insuficiencia renal crónica, diabetes tipo 2, infecciones de orina en varias ocasiones. Polimedicada.

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

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE: Mujer de 68 años, activa, autónoma, pluripatológica, no obesidad.

Motivo de Consulta: malestar general, cansancio, sudor frío, visión borrosa, algo mareada.

Antecedentes personales: Sin antecedentes de interés, salvo un episodio similar hace 1 año. Histerectomía en el año 2000 e intervenida de vesícula en el año 2019

Enfermedad Actual: HTA, Insuficiencia renal crónica, diabetes tipo 2

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

Mujer que cumple criterios de inclusión para ser atendida en consulta de enfermería.

No alergias

Malestar general

En tratamiento con insulina y antidiabéticos orales

Clínica adrenérgica: temblores, sudoración, palidez, sensación de hambre

Síntomas neuroglucopénicos: somnolencia, visión borrosa, debilidad, ...

Podemos aplicar el procedimiento siendo la enfermería finalista, solucionando el cuadro una vez que administramos HC de acción rápida en 2 ocasiones hasta glucemia >70mg y administramos HC de absorción lenta, o derivación a consulta médica ya que tras la tercera administración de HC de absorción rápida el paciente no mejora e incluso hay riesgo de pérdida de conciencia.



IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A:

LISTADO EVALUATIVO CASO PRÁCTICO 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. 0

Anamnesis Dirigida al Caso

- Episodios previos, comprobar que está incluida en seguimiento por enfermería. 2. 0

- Tiempo de evolución de síntomas 3. 0

- Tipo de tratamiento, adherencia al tratamiento 4. 0

- Clínica adrenérgica: sudoración, palpitaciones, ansiedad, temblores 5. 0

- Signos neuroglucogénicos: visión borrosa, somnolencia, mareos, cefalea

Exploración Física

- Control de temperatura y TA 6. 0

- Tira reactiva de orina 7. 0

- Tira reactiva de glucemia 8. 0

- ECG 9. 0

Valoración enfermera

- Necesidades funcionales 10. 0

Plan de Cuidados

- Diagnósticos NANDA 11. 0

- Objetivos NOC 12. 0

- Intervenciones NIC 13. 0

Prescripción enfermera

14. 0

Promoción de la salud, Educación sanitaria: información autocuidado

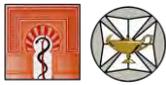
- Qué es una hipoglucemia y por qué se produce 15. 0

- Consejos sobre la importancia de cumplir con la medicación y la ingesta de alimentos 16. 0

- Como prevenir la hipoglucemia 17. 0

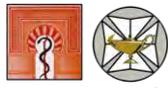
- Cómo tratar la hipoglucemia 18. 0

- Dar consejos por escrito 19. 0



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	20.	<input type="radio"/>				
Interés por la persona y no solo por los datos, siente que le escuchan.	Sabe Escuchar	21.	<input type="radio"/>				
Atento a la comunicación verbal y no verbal, captando la situación en la que se encuentra y a las dudas personales.	Facilita el discurso	22.	<input type="radio"/>				

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



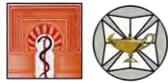
Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN PRACTICUM V

Responsable del Practicum V

Prof. D. Manuel Toledano Estepa



CASO PRÁCTICO N° 2

SITUACIÓN DE PARTIDA

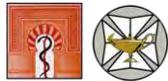
Francisco, de 78 años, acude a consulta de enfermería en compañía de su hija, para ser valorado y cumplimentar el Informe de Condiciones de Salud, al haber solicitado ayuda por dependencia, recientemente ha sido diagnosticado de Deterioro Cognitivo con afectación funcional leve-moderada.

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene 10 minutos para:

Realizar una valoración enfermera y cuestionarios específicos ajustada al Informe de Condiciones de Salud para Dependencia.
Identificar diagnósticos NANDA relacionados con la dependencia.
Describir proceso de elaboración del Informe de Condiciones de Salud

Al terminar, por favor, salga de la habitación



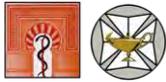
ECOE Grado en Enfermería

Ficha Técnica del Caso Práctico nº 2

Universidad	CÓRDOBA		
Persona de contacto, email	Manuel Toledano Estepa	En1toesm@uco.es	
Título o problema principal	Valoración enfermera. Elaboración del Informe de Condiciones de Salud		
ESTACION 2 tipo (paciente, informe, maniquí, habilidad, pruebas, otros..)			
Situación de Partida	Francisco, de 78 años, acude a consulta de enfermería acompañado de su hija. El motivo de la consulta es por haber solicitado ayuda por dependencia, su enfermera le ha citado para realizarle una valoración de la situación de salud para cumplimentar el Informe que debe de enviar a Servicios Sociales. Su MAP (Médico de Atención Primaria) hizo una teleconsulta a neurología y se le ha diagnosticado de Deterioro Cognitivo con afectación funcional leve-moderada.		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: - Realizar valoración enfermera con inclusion de cuestionarios específicos - Identificar diagnosticos NANDA relacionados con la dependencia en el entorno Diraya. - Describir con la información obtenida la elaboración del Informe de Condiciones de Salud.		
Requerimiento Logístico	Paciente estandarizado: Francisco es traído a consulta por su hija que refiere haberle observado despiestes diarios y precisar ayuda para toda actividad, No antecedentes de demencia. Clase media - Mesa y silla. - Guión y listado de evaluación para el paciente estandarizado		
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	
Anamnesis	10	4	
Exploración Clínica. Habilidades técnicas/Procedimentales	10	3	
Habilidades de Comunicación	10	3	
Valoración enfermera/DxE	35	7	
Prevención y promoción de la salud	20	5	
Informe condiciones de Salud	15		
Total	100	22	
* <ul style="list-style-type: none"> • Valoración Virginia Henderson 10 • Cuestionarioo Barthel Y Peiffer 5 • DxE 10 			

Fecha Elaboración: 05/12/2023

Fecha Revisión:



SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Francisco, de 78 años de edad, acude a consulta de enfermería en compañía de su hija, para ser valorado y cumplimentar el Informe de Condiciones de Salud, al haber solicitado ayuda por dependencia, recientemente ha sido diagnosticado de Deterioro Cognitivo con afectación funcional leve-moderada.

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

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE: Varón de 78 años, que desde hace algún tiempo muestra signos de deterioro cognitivo que requiere vigilancia continua y ayuda en las actividades de la vida diaria

Motivo de Consulta: acude a consulta de enfermería para valoración y elaboración del Informe de Condiciones de Salud requisito en el trámite de ayuda a la dependencia.

Antecedentes personales:

- Prótesis aórtica biológica (2020)
- Signos de atrofia cortical (2022)
- HTA (2003)
- Leve deterioro cognitivo (junio 2023)

Enfermedad Actual

HTA, Deterioro Cognitivo Funcional Moderado

Antecedentes familiares: Sin interés

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO:

Ordenador con acceso a historia clínica ficticia DIRAYA



IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A CÓDIGO:

LISTADO EVALUATIVO CASO PRÁCTICO Nº 2

Marque solo la columna en caso afirmativo. P. SI

Antecedentes Personales, Familiares y Enfermedad Actual

Prótesis aórtica biológica, Signos de atrofia cortical, HTA, Deterioro Cognitivo Funcional Moderado 1. 0

Anamnesis Dirigida al Caso

- Cambio en su comportamiento 2. 0
- Ayuda en las actividades diarias 3. 0
- Identificar Cuidadora Principal 4. 0

Exploración Física

- TA 5. 0
- Aspecto Físico 6. 0

Valoración enfermera

- Necesidades funcionales 7. 0
- Escalas clinimétricas paciente
- Pfeiffer 8. 0
- Barthel
- Escalas clinimétricas cuidador 9. 0

DxE

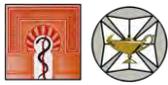
- Diagnósticos NANDA 10. 0

Promoción de la salud, Educación sanitaria

- HTA 11. 0
- Deterioro Cognitivo 12. 0
- Cuidador 13. 0

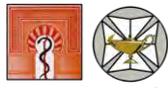
Describir Informe Condiciones de Salud

- Sabe dónde localizar el Informe 14. 0
- Identifica diagnósticos médicos y de enfermería 15. 0
- Pregunta sobre ayudas técnicas 16. 0
- Pregunta sobre ayudas técnicas 17. 0



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	18.	<input type="radio"/>				
Interés por la persona y no solo por los datos, siente que le escuchan.	Sabe Escuchar	19.	<input type="radio"/>				
Atento a la comunicación verbal y no verbal, captando la situación en la que se encuentra y a las dudas personales.	Facilita el discurso	20.	<input type="radio"/>				

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



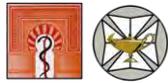
Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN PRACTICUM V

Responsable del Practicum V

Prof. D. Manuel Toledano Estepa



CASO PRÁCTICO N° 3

SITUACIÓN DE PARTIDA

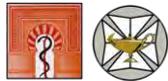
Francisco, de 78 años, acude a consulta de enfermería en compañía de su hija, para ser valorado y cumplimentar el Informe de Condiciones de Salud, al haber solicitado ayuda por dependencia, recientemente ha sido diagnosticado de Deterioro Cognitivo con afectación funcional leve-moderada.

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene 10 minutos para:

Realizar una valoración enfermera y cuestionarios específicos ajustada al Informe de Condiciones de Salud para Dependencia.
Identificar diagnósticos NANDA relacionados con la dependencia.
Describir proceso de elaboración del Informe de Condiciones de Salud

Al terminar, por favor, salga de la habitación



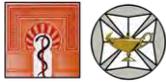
ECOE Grado en Enfermería

Ficha Técnica del Caso Práctico nº 3

Universidad	CÓRDOBA		
Persona de contacto, email	Manuel Toledano Estepa	En1toesm@uco.es	
Título o problema principal	Valoración enfermera. Elaboración del Informe de Condiciones de Salud		
CASO PRÁCTICO Nº 3 (paciente, informe, maniquí, habilidad, pruebas, otros..)			
Situación de Partida	Francisco, de 78 años, acude a consulta de enfermería acompañado de su hija. El motivo de la consulta es por haber solicitado ayuda por dependencia, su enfermera le ha citado para realizarle una valoración de la situación de salud para cumplimentar el Informe que debe de enviar a Servicios Sociales. Su MAP (Médico de Atención Primaria) hizo una teleconsulta a neurología y se le ha diagnosticado de Deterioro Cognitivo con afectación funcional leve-moderada.		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: - Realizar valoración enfermera con inclusion de cuestionarios específicos - Identificar diagnosticos NANDA relacionados con la dependencia en el entorno Diraya. - Describir con la información obtenida la elaboración del Informe de Condiciones de Salud.		
Requerimiento Logístico	Paciente estandarizado: Francisco es traído a consulta por su hija que refiere haberle observado despiestes diarios y precisar ayuda para toda actividad, No antecedentes de demencia. Clase media - Mesa y silla. - Guión y listado de evaluación para el paciente estandarizado		
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	
Anamnesis	10	4	
Exploración Clínica. Habilidades técnicas/Procedimentales	10	3	
Habilidades de Comunicación	10	3	
Valoración enfermera/DxE	35	7	
Prevención y promoción de la salud	20	5	
Informe condiciones de Salud	15		
Total	100	22	
* <ul style="list-style-type: none"> • Valoración Virginia Henderson 10 • Cuestionarioo Barthel Y Peiffer 5 • DxE 10 			

Fecha Elaboración: 05/12/2023

Fecha Revisión:



SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Francisco, de 78 años de edad, acude a consulta de enfermería en compañía de su hija, para ser valorado y cumplimentar el Informe de Condiciones de Salud, al haber solicitado ayuda por dependencia, recientemente ha sido diagnosticado de Deterioro Cognitivo con afectación funcional leve-moderada.

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

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE: Varón de 78 años, que desde hace algún tiempo muestra signos de deterioro cognitivo que requiere vigilancia continua y ayuda en las actividades de la vida diaria

Motivo de Consulta: acude a consulta de enfermería para valoración y elaboración del Informe de Condiciones de Salud requisito en el trámite de ayuda a la dependencia.

Antecedentes personales:

- Prótesis aórtica biológica (2020)
- Signos de atrofia cortical (2022)
- HTA (2003)
- Leve deterioro cognitivo (junio 2023)

Enfermedad Actual

HTA, Deterioro Cognitivo Funcional Moderado

Antecedentes familiares: Sin interés

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO:

Ordenador con acceso a historia clínica ficticia DIRAYA



IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A CÓDIGO:

LISTADO EVALUATIVO CASO PRÁCTICO Nº 3

Marque solo la columna en caso afirmativo. P. SI

Antecedentes Personales, Familiares y Enfermedad Actual

Prótesis aórtica biológica, Signos de atrofia cortical, HTA, Deterioro Cognitivo Funcional Moderado 1. 0

Anamnesis Dirigida al Caso

- Cambio en su comportamiento 2. 0
- Ayuda en las actividades diarias 3. 0
- Identificar Cuidadora Principal 4. 0

Exploración Física

- TA 5. 0
- Aspecto Físico 6. 0

Valoración enfermera

- Necesidades funcionales 7. 0
- Escalas clinimétricas paciente
- Pfeiffer 8. 0
- Barthel
- Escalas clinimétricas cuidador 9. 0

DxE

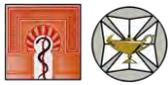
- Diagnósticos NANDA 10. 0

Promoción de la salud, Educación sanitaria

- HTA 11. 0
- Deterioro Cognitivo 12. 0
- Cuidador 13. 0

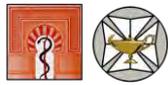
Describir Informe Condiciones de Salud

- Sabe dónde localizar el Informe 14. 0
- Identifica diagnósticos médicos y de enfermería 15. 0
- Pregunta sobre ayudas técnicas 16. 0
- 17. 0



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	18.	<input type="radio"/>				
Interés por la persona y no solo por los datos, siente que le escuchan.	Sabe Escuchar	19.	<input type="radio"/>				
Atento a la comunicación verbal y no verbal, captando la situación en la que se encuentra y a las dudas personales.	Facilita el discurso	20.	<input type="radio"/>				

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



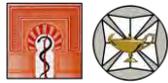
Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN PRACTICUM VI

Responsable del Practicum VI

Prof. Dra. D^a Pilar Lora López



CASO PRÁCTICO N° 4

SITUACIÓN DE PARTIDA

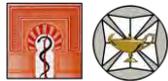
María García López, de 58 años, está ingresada en una unidad quirúrgica por un postoperatorio de colecistectomía hace 48 horas. La previsión quirúrgica iba a ser una laparoscopia, la cual se complicó intraquirófano, precisando cambio de actuación clínica. Actualmente está ingresada en nuestra unidad de hospitalización, presenta herida quirúrgica en región subcostal derecha, sin drenajes, vía venosa periférica en brazo izquierdo. Llama al timbre solicitando un analgésico porque no puede más con el dolor abdominal y refiere malestar general y quiere ver al médico responsable.

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene **10 minutos** para realizar:

- Valoración focalizada de Enfermería.
- Toma de constantes vitales.
- Administración de tratamiento prescrito.
- Tranquilizar a la paciente ante una situación que no es de riesgo vital.

Al terminar, por favor, salga de la habitación



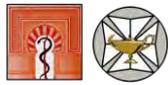
ECOE Grado en Enfermería

Ficha Técnica del Caso Práctico nº 4

Universidad	Córdoba		
Persona de contacto, email	Pilar Lora López	en1lolop@uco.es	
Título o problema principal	Paciente de 58 años ingresada en unidad quirúrgica que presenta dolor abdominal y malestar 48 horas después de la cirugía		
CASO PRÁCTICO Nº 4 (paciente)			
Situación de Partida	Paciente de 58 años hospitalizada por cirugía abdominal hace 48 horas que presenta dolor y malestar general.		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: Valoración focalizada de Enfermería. Toma de constantes vitales. Administración de tratamiento prescrito. Tranquilizar a la paciente ante una situación que no es de riesgo vital		
Requerimiento Logístico	Paciente estandarizado: Mujer 58 años, sin antecedentes de interés ni alergias medicamentosas. Porta vía venosa periférica en miembro superior izquierdo que no es permeable.y presenta signos de flebitis. - Aula de habilidades. - Aparato eléctrico de tensión arterial. - Glucómetro. - Pulsioxímetro. - Pulsera identificativa en paciente - Hoja de prescripción de tratamiento médico (Suero glucosalino en perfusión, enoxaparina 20 c/24 h (20 h), cefotaxima 1 gr c/8 h (8-16-24 h), omeprazol c/24 (9h), ketorolaco c/8h (8-16-24h), y paracetamol si precisa. - Guantes. - Sistemas de suero con suero glucosalino. - Paracetamol precargado. - Sueros de 100ml y medicación simulada. - Jeringa 10 ml y agujas. - Paño estéril, gasas, compresas.		
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	Valor item
Anamnesis	15	2	
Exploración Clínica	20	3	
Habilidades técnicas/Procedimentales	20	2	
Habilidades de Comunicación con el paciente	20	2	
Juicio Clínico			
Prevención y promoción de la salud			
Relaciones interprofesionales y de liderazgo/trabajo en equipo			
Aspectos éticos/legales y profesionalismo			
Otros (especificar) Seguridad del paciente	25	3	
Total	100	12	
Peculiaridades específicas			

Fecha Elaboración: 01/12/2023

Fecha Revisión:



SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

María tiene 58 años, está ingresada en una Unidad Quirúrgica por un postoperatorio de colecistectomía. IMC de 31. Fue operada hace 48h horas necesitando cambiar el planteamiento clínico laparoscópico a laparotómico. Presenta incisión subcostal derecha sin drenajes, vía venosa periférica en MSI.

Llama al timbre solicitando un analgésico porque no puede más con el dolor abdominal e insiste en llamar al médico porque está muy asustada por la situación.

La paciente está levemente sudorosa, con la piel caliente y pide insistentemente que se avise al médico, presenta situación de desconfianza, miedo y dolor.

Se queja de que el último analgésico que le administraron no le hizo ningún efecto y nota molestias en el brazo izquierdo en el punto de inserción de la vía. La levantaron y se sentó en el sillón, y confiesa que necesitó ir al baño y no avisó a nadie. Ha tolerado líquidos y el tránsito intestinal se ha instaurado sin problema.

Actitud y conducta-

La paciente muestra preocupación constante, miedo por la situación, desconfianza, insiste en buscar ayuda de un experto para que se le pueda explicar qué ocurre. Es difícilmente tranquilizable y cuesta conseguir su confianza.

Ropa- La propia del paciente en situación de ingreso.

Patrón de lenguaje: Frases cortas, orientado al dolor que presenta y su preocupación por la cirugía, si ha podido empeorar. Nivel cultural medio/alto.

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO:

Paciente estandarizada 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, material para administración de medicación prescrita... La paciente porta vía venosa periférica en miembro superior izquierdo y presenta incisión subcostal derecha sin signos aparentes de infección.

LUGAR DE DESARROLLO DE LA VISITA:

Habitación de hospitalización del paciente en la unidad de cirugía.

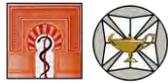
DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

Mujer de 58 años, que presenta buen estado general, aunque preocupada por el dolor del abdomen y de la evolución de la cirugía a la que fue sometida hace 48 horas. Nivel sociocultural medio/alto, es profesora de instituto y tiene un buen soporte familiar, está casada y es madre de dos hijos que trabajan uno en Madrid y otro en Londres. Se evidencia situación de preocupación.

Enfermedad actual: Dolor y malestar general en preoperatorio.

Antecedentes personales:

Sin interés, sólo la evidencia de coleditiasis.



Historia social

Profesora, buen estado general, cuida la alimentación, no tiene hábitos nocivos de importancia.

Antecedentes familiares:

Sin relevancia.

Exploración física/registro de constantes vitales y glucemia:

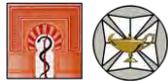
TA: 138/76, FC 89 lpm (ritmo sinusal), saturación O₂ 96%, T^a 37,7 °C, EVA 4-5.

EKG:

No es necesario. Si el alumno enfoca el caso en este sentido se rescatará para finalización del caso con evolución esperada.

Contexto y datos de interés respecto a sospecha de violencia de género

Al tiempo que pide la presencia del médico, ruega, encarecidamente, que no se avise a su marido (que no va a estar presente en ningún momento durante el turno hospitalario). Una vez estabilizada clínicamente, se le puede señalar la petición anterior respecto al marido. Después de un silencio, la mujer empieza a llorar. Si se respeta su desahogo emocional con el uso de las herramientas adecuadas, manifestará, entre sollozos, lo siguiente: “me dice que me merezco lo que me pasa, y que me voy a quedar sola, que no hay quien me aguante”. También referirá que —a pesar de lo anterior y de recibir golpes ocasionalmente— tiene más miedo a denunciar, por las posibles consecuencias no deseadas



IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO CÓDIGO:

LISTADO EVALUATIVO CASO PRÁCTICO N° 4

Marque con una X en
caso afirmativo

	P	SÍ
Anamnesis		
Pregunta sobre el estado de salud actual	1.	
Pregunta sobre los antecedentes personales	2.	
Exploración Física / monitorización		
Toma de tensión arterial (colocación adecuada de manguito)	3.	
Colocación de Pulsioximetría para valorar FC y saturación de O ₂	4.	
Toma de temperatura periférica (37,7 °C)	5.	
Habilidades técnicas y procedimientos		
Administración de medicación prescrita (valorar tramo horario y utilizar Paracetamol como rescate al dolor y fiebre)	6.	
Canalización de nueva vía venosa periférica/ Consulta para retirada definitiva	7.	
Habilidades de Comunicación con el paciente		
Utiliza el lenguaje verbal y no verbal de forma adecuado durante la entrevista clínica y la exploración física	8.	
Información sobre las técnicas a realizar y la situación actual	9.	
Seguridad del paciente		
Verifica la identidad del paciente mediante la revisión de la pulsera identificativa	10.	
Confirmación de alergias medicamentosas	11.	
Mantiene un entorno de confianza e intimidad	12.	



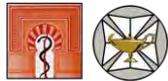
Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN PRACTICUM VI

Responsable del Practicum VI

Prof. Dra. D^a Pilar Lora López



CASO PRÁCTICO Nº 5

SITUACIÓN DE PARTIDA

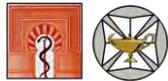
María Gutiérrez Ferrán, de 28 años ingresa en unidad de neumología tras su paso por urgencias hace 6 h. María ha sido ingresada tras primera valoración, ya que después de practicar running manifiesta dificultad respiratoria y nerviosismo, que dificultan cualquier tipo de esfuerzo, incluso se presentan en reposo. Tras ser conducida a la unidad de urgencias por un amigo, y una primera valoración y diagnóstico de asma bronquial de difícil control, es trasladada a hospitalización. En urgencias se canaliza vía venosa, se ha administrado 100 mg de hidrocortisona IV, aerosoles con salbutamol, ipratropio y budesonida, así como se mantiene con oxigenoterapia en gafa nasal a 4 lpm. A su llegada a planta, avisa al personal de enfermería porque el cuadro, pese a no ser tan intenso, parece que está repitiendo.

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene **10 minutos** para realizar:

- Valoración focalizada de Enfermería.
- Toma de constantes vitales.
- Valoración del dolor torácico y consulta con médico responsable.
- Realización de EKG para continuación del desarrollo del caso.

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	Pilar Lora López	en1lolop@uco.es	
Título o problema principal	Paciente de 28 años dificultad respiratoria en planta de neumología.		
CASO PRÁCTICO Nº 5 (paciente)			
Situación de Partida	Paciente de 28 años ingresada en planta de neumología tras valoración en urgencias dificultad respiratoria. Aumento puntual cuadro con ansiedad asociada.		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: <ul style="list-style-type: none"> - Valoración focalizada de Enfermería. - Toma de constantes vitales. - Valoración de la disnea. - Detectar VVP no permeable y plantear necesidad de nuevo acceso para continuidad de tratamiento. - Consulta de tratamiento, preparación de aerosolterapia de rescate. - Control de la ansiedad, contacto. - Traslado de información a historia clínica. 		
Requerimiento Logístico	Paciente de 28 años ingresada en planta de neumología. <ul style="list-style-type: none"> - Aula de habilidades. - Monitor multiparamétrico para toma de constantes (en su defecto, pulsioxímetro, tensiómetro, fonendoscopio). - Equipo de electrocardiografía (opcional).. - Pulsera identificativa en paciente - Guantes. - Sueros de 100 ml y medicación simulada. - Jeringa 10 ml y agujas. - Gafas nasales y mascarilla tipo Hudson. 		
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	Valor item
Anamnesis	15	1	
Exploración Clínica	15	2	
Habilidades técnicas/Procedimentales	10	2	
Habilidades de Comunicación con el paciente	10	2	
Juicio Clínico	10	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

Mujer de 28 años, con antecedentes de asma bronquial en la niñez, que tras una jornada de running manifiesta dificultad respiratoria, ansiedad y presenta clara taquipnea con respiración superficial. Tras primera valoración y tratamiento en urgencias, donde es llevada por un amigo, se deriva a hospitalización, planta de neumología, para observación y seguimiento del cuadro que remitió en los años anteriores y actualmente se ha exacerbado.

A su llegada a planta, tras el ingreso y aproximadamente una hora en cama, estando sola en la habitación, comenta que vuelve a encontrarse nerviosa, con ansiedad y que “no puede llenar el pecho de aire”.

Comenta que con el tratamiento de urgencias mejoró mucho, que, por favor, se le administre lo mismo porque cree que puede ahogarse.

Actitud y conducta-

La paciente muestra preocupación constante, miedo por la situación, insiste en que le demos ayuda para mejorar el cuadro. Es difícilmente tranquilizable y cuesta conseguir su confianza.

La vía venosa se evidencia que no es permeable, por lo que, tras revisar tratamiento clínico y administrar tanda de aerosoles, debemos explicar la situación y preparar para nueva canalización venosa.

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... En el registro clínico estará presente la pauta clínica a seguir en caso de nueva aparición de cuadro asmático.

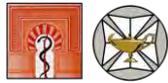
La paciente porta vía venosa periférica en miembro superior derecho salinizada y se le ha sacado previamente analítica completa en espera de resultados. El acceso venoso presentará obstrucción no corregible con necesidad de nueva canalización.

LUGAR DE DESARROLLO DE LA VISITA:

Habitación de hospitalización del paciente en la unidad de cardiología.

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

Mujer de 28 años que presenta regular estado general, nerviosa, con ansiedad y preocupación por el cuadro que presenta y evidente dificultad respiratoria.



Enfermedad actual:

Asma bronquial, dificultad respiratoria.

Antecedentes personales:

Asma en la infancia, varios años sin aparición de cuadros ni tratamiento dirigido.

Historia social

Trabaja como azafata de vuelo y se encuentra de vacaciones.

Antecedentes familiares:

Ninguno de importancia. Padres vivos con patología habitual etaria.

Exploración física/registro de constantes vitales y glucemia:

TA: 149/89, FC 106 lpm (ritmo sinusal), saturación O₂ 94%, T_a 36°C, EVA 1, sobre todo en la inspiración.

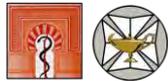
EKG:

Taquicardia sinusal sin más datos de patología.

Contexto y datos de interés respecto a sospecha de violencia de género

Si se realiza una anamnesis dirigida, toma de constantes, control de la ansiedad y administración de aerosolterapia, la paciente mejorará. En el tratamiento también estará indicado administrar 40 mg de metilprednisolona, momento que se evidenciará la no permeabilidad de la vía venosa. Tras ello, será necesario que le expliquen que deben canalizar un nuevo acceso, sin necesidad de realizar la técnica si todo lo previamente realizado es adecuado.

En caso de que haya duda, se permitirá al alumno realizar la técnica de canalización venosa para aumentar los datos a la hora de realizar la evaluación.

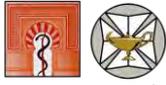


IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A CÓDIGO

LISTADO EVALUATIVO CASO PRÁCTICO N° 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...	3.	
Habilidades técnicas y procedimientos		
Preparación de tratamiento de aerosolterapia tras consulta de historia clínica y orden facultativa	4.	
Valora y adecua el estado de la vía venosa	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		
Identificar la reagudización asmática y actuar en consecuencia	8.	
Relaciones interprofesionales y de liderazgo/trabajo en equipo		
Revisión de historia clínica, valoración y administración de tratamiento médico	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.	



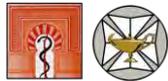
Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN PRACTICUM VI

Responsable del Practicum VI

Prof. Dra. D^a Pilar Lora López



CASO PRÁCTICO N° 6

SITUACIÓN DE PARTIDA

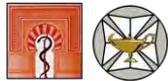
María Gutiérrez Ferrán, de 28 años ingresa en unidad de neumología tras su paso por urgencias hace 6 h. María ha sido ingresada tras primera valoración, ya que después de practicar running manifiesta dificultad respiratoria y nerviosismo, que dificultan cualquier tipo de esfuerzo, incluso se presentan en reposo. Tras ser conducida a la unidad de urgencias por un amigo, y una primera valoración y diagnóstico de asma bronquial de difícil control, es trasladada a hospitalización. En urgencias se canaliza vía venosa, se ha administrado 100 mg de hidrocortisona IV, aerosoles con salbutamol, ipratropio y budesonida, así como se mantiene con oxigenoterapia en gafa nasal a 4 lpm. A su llegada a planta, avisa al personal de enfermería porque el cuadro, pese a no ser tan intenso, parece que está repitiendo.

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene **10 minutos** para realizar:

- Valoración focalizada de Enfermería.
- Toma de constantes vitales.
- Valoración del dolor torácico y consulta con médico responsable.
- Realización de EKG para continuación del desarrollo del caso.

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	Pilar Lora López	en1lolop@uco.es	
Título o problema principal	Paciente de 28 años dificultad respiratoria en planta de neumología.		
CASO PRÁCTICO Nº 6 (paciente)			
Situación de Partida	Paciente de 28 años ingresada en planta de neumología tras valoración en urgencias dificultad respiratoria. Aumento puntual cuadro con ansiedad asociada.		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: <ul style="list-style-type: none"> - Valoración focalizada de Enfermería. - Toma de constantes vitales. - Valoración de la disnea. - Detectar VVP no permeable y plantear necesidad de nuevo acceso para continuidad de tratamiento. - Consulta de tratamiento, preparación de aerosolterapia de rescate. - Control de la ansiedad, contacto. - Traslado de información a historia clínica. 		
Requerimiento Logístico	Paciente de 28 años ingresada en planta de neumología. <ul style="list-style-type: none"> - Aula de habilidades. - Monitor multiparamétrico para toma de constantes (en su defecto, pulsioxímetro, tensiómetro, fonendoscopio). - Equipo de electrocardiografía (opcional).. - Pulsera identificativa en paciente - Guantes. - Sueros de 100 ml y medicación simulada. - Jeringa 10 ml y agujas. - Gafas nasales y mascarilla tipo Hudson. 		
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	Valor item
Anamnesis	15	1	
Exploración Clínica	15	2	
Habilidades técnicas/Procedimentales	10	2	
Habilidades de Comunicación con el paciente	10	2	
Juicio Clínico	10	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

Mujer de 28 años, con antecedentes de asma bronquial en la niñez, que tras una jornada de running manifiesta dificultad respiratoria, ansiedad y presenta clara taquipnea con respiración superficial. Tras primera valoración y tratamiento en urgencias, donde es llevada por un amigo, se deriva a hospitalización, planta de neumología, para observación y seguimiento del cuadro que remitió en los años anteriores y actualmente se ha exacerbado.

A su llegada a planta, tras el ingreso y aproximadamente una hora en cama, estando sola en la habitación, comenta que vuelve a encontrarse nerviosa, con ansiedad y que “no puede llenar el pecho de aire”.

Comenta que con el tratamiento de urgencias mejoró mucho, que, por favor, se le administre lo mismo porque cree que puede ahogarse.

Actitud y conducta-

La paciente muestra preocupación constante, miedo por la situación, insiste en que le demos ayuda para mejorar el cuadro. Es difícilmente tranquilizable y cuesta conseguir su confianza.

La vía venosa se evidencia que no es permeable, por lo que, tras revisar tratamiento clínico y administrar tanda de aerosoles, debemos explicar la situación y preparar para nueva canalización venosa.

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... En el registro clínico estará presente la pauta clínica a seguir en caso de nueva aparición de cuadro asmático.

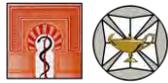
La paciente porta vía venosa periférica en miembro superior derecho salinizada y se le ha sacado previamente analítica completa en espera de resultados. El acceso venoso presentará obstrucción no corregible con necesidad de nueva canalización.

LUGAR DE DESARROLLO DE LA VISITA:

Habitación de hospitalización del paciente en la unidad de cardiología.

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

Mujer de 28 años que presenta regular estado general, nerviosa, con ansiedad y preocupación por el cuadro que presenta y evidente dificultad respiratoria.



Enfermedad actual:

Asma bronquial, dificultad respiratoria.

Antecedentes personales:

Asma en la infancia, varios años sin aparición de cuadros ni tratamiento dirigido.

Historia social

Trabaja como azafata de vuelo y se encuentra de vacaciones.

Antecedentes familiares:

Ninguno de importancia. Padres vivos con patología habitual etaria.

Exploración física/registro de constantes vitales y glucemia:

TA: 149/89, FC 106 lpm (ritmo sinusal), saturación O₂ 94%, T_a 36°C, EVA 1, sobre todo en la inspiración.

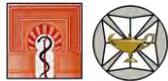
EKG:

Taquicardia sinusal sin más datos de patología.

Contexto y datos de interés respecto a sospecha de violencia de género

Si se realiza una anamnesis dirigida, toma de constantes, control de la ansiedad y administración de aerosolterapia, la paciente mejorará. En el tratamiento también estará indicado administrar 40 mg de metilprednisolona, momento que se evidenciará la no permeabilidad de la vía venosa. Tras ello, será necesario que le expliquen que deben canalizar un nuevo acceso, sin necesidad de realizar la técnica si todo lo previamente realizado es adecuado.

En caso de que haya duda, se permitirá al alumno realizar la técnica de canalización venosa para aumentar los datos a la hora de realizar la evaluación.

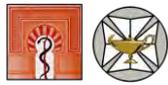


IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A CÓDIGO

LISTADO EVALUATIVO CASO PRÁCTICO N° 6

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...	3.	
Habilidades técnicas y procedimientos		
Preparación de tratamiento de aerosolterapia tras consulta de historia clínica y orden facultativa	4.	
Valora y adecua el estado de la vía venosa	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		
Identificar la reagudización asmática y actuar en consecuencia	8.	
Relaciones interprofesionales y de liderazgo/trabajo en equipo		
Revisión de historia clínica, valoración y administración de tratamiento médico	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

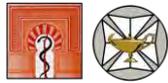
ECO E – GRADO EN ENFERMERÍA

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

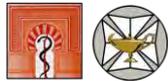
SITUACIÓN DE PARTIDA

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.



ECOPE Grado en Enfermería Ficha Técnica del Caso Práctico nº 7

Universidad	CÓRDOBA		
Persona de contacto Email	Sergio David Sánchez Ortíz	sdsanchez@uco.es	
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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 d 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 k 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.	



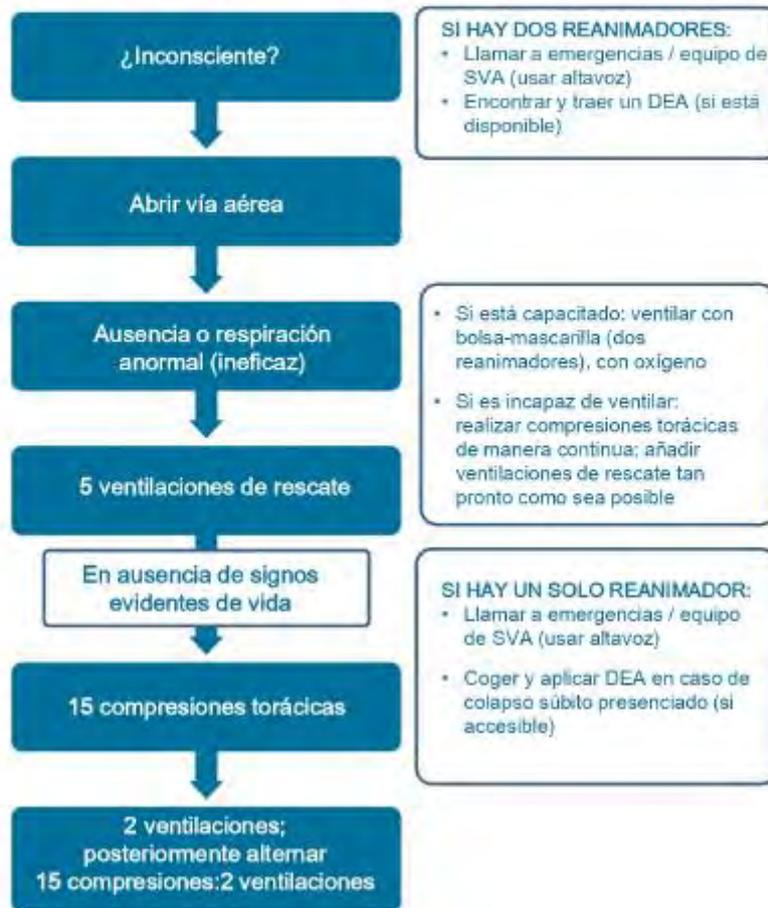
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE AYUDA A LA EVALUACIÓN

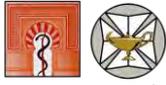
PÁGINA 57



Soporte vital básico pediátrico

¿SEGURIDAD? PEDIR AYUDA





Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

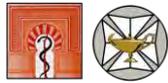
ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN PRACTICUM VII

Responsables del Practicum VII

Prof. Dr. D. Pedro Hidalgo Lopezosa

Prof. D. Sergio David Sánchez Ortíz



Prueba ECOE Grado Enfermería

PRACTICUM VII Caso práctico nº 8

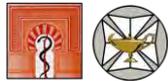
SITUACIÓN DE PARTIDA

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.

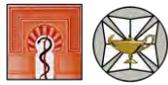


ECOE Grado en Enfermería Ficha Técnica del Caso Práctico nº 8

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..)			
Situación de Partida	Gestante de bajo riesgo, multípara, con bolsa rota y sensación de pujos en ámbito extrahospitalario (centro de salud).		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: <ul style="list-style-type: none"> - 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.

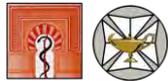
MOTIVO DE CONSULTA: ha roto la bolsa, líquido amniótico claro, y presenta ganas de empujar en algunas contracciones.

ANTECEDENTES PERSONALES: sin interés

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

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sin interés

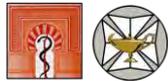
EXPLORACIÓN FÍSICA: Presentación cefálica en 4º plano, dilatación completa.



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.	<input type="radio"/>
¿De cuántas semanas está embarazada?	2.	<input type="radio"/>
¿Ha roto la bolsa?	3.	<input type="radio"/>
¿Ha tenido alguna complicación durante el embarazo?	4.	<input type="radio"/>
Exploración Física		
Exploración vaginal para determinar la altura de la presentación	5.	<input type="radio"/>
Habilidades técnicas y procedimentales		
Aviso equipo móvil	6.	<input type="radio"/>
Preparación material necesario y vía de perfusión	7.	<input type="radio"/>
Asistencia expulsivo	8.	<input type="radio"/>
Asistencia RN	9.	<input type="radio"/>
Asistencia alumbramiento: extracción de placenta	10.	<input type="radio"/>
Asistencia alumbramiento: masaje uterino y adm. oxitocina	11.	<input type="radio"/>
Asistencia alumbramiento: Controles posparto inmediato (estado gral, TA, altura y consistencia uterina, sangrado vaginal)	12.	<input type="radio"/>
Asistencia alumbramiento: medidas preventivas (automasaje, signos de alarma).	13.	<input type="radio"/>
Habilidades de Comunicación y coordinación		
Coordinación con resto del equipo	14.	<input type="radio"/>
Comunicación con el la paciente y con miembros del equipo	15.	<input type="radio"/>
Juicio clínico, plan diagnóstico y terapéutico		
Parto extrahospitalario sin complicaciones	16.	<input type="radio"/>
Prevención y promoción de la salud		
Consejos sanitarios dados a la mujer	17.	<input type="radio"/>
Aspectos éticos y profesionalismo		
Aspectos éticos	18.	<input type="radio"/>



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:**



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

- 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).



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

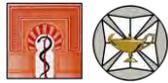
ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN PRACTICUM VII

Responsables del Practicum VII

Prof. D. Sergio David Sánchez Ortíz

Profª Dª María Teresa Arias de la Torre



PRACTICUM VII CASO PRÁCTICO N° 9

SITUACIÓN DE PARTIDA

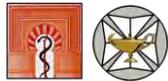
Madre secundigesta que acude a neonatos por primera vez a ver a su recién nacida. Edad gestacional 34 semanas. Recién nacida con vitalidad, sin soporte respiratorio. Ha sido una CIR con un peso al nacimiento de 1850 gramos, está en una incubadora. Han pasado 6 horas del parto. La madre presenta sus dudas respecto a la alimentación. Sabe que ya le han dado una primera toma de alimentación.

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene **10 minutos** para:

- Realizar la anamnesis.
- Explorar la situación.
- Atender las dudas de la madre.

Al terminar, por favor, salga de la habitación



ECOE Grado en Enfermería Ficha Técnica del Caso Práctico Nº 9

Universidad	CÓRDOBA		
Persona de contacto, email	María Teresa Arias Latorre	Z72arlam@uco.es	
Título o problema principal	Inicio de la Lactancia Materna en un bebé prematuro. Resolución de dudas.		
Caso Práctico nº 9 (paciente, informe, maniquí, habilidad, pruebas, otros..)			
Situación de Partida	Madre secundigesta que acude a neonatos por primera vez a ver a su recién nacida. Edad gestacional 34 semanas. Recién nacida con vitalidad, sin soporte respiratorio. Ha sido una CIR con un peso al nacimiento de 1850 gramos, está en una incubadora. Han pasado 6 horas del parto. La madre presenta sus dudas respecto a la alimentación. Sabe que ya le han dado una primera toma de alimentación.		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar la anamnesis. - Explorar la situación. - Atender las dudas de la mamá 		
Requerimiento Logístico			
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	
Anamnesis	5	4	
Habilidades de comunicación	10	4	
Habilidades técnicas/Procedimentales	40	9	
Juicio Clínico, plan de manejo diagnóstico y terapéutico	5	1	
Prevención y promoción de la salud	40	5	
Otros (especificar)			
Total	100	23	
Peculiaridades específicas			

Fecha Elaboración: 20/12/2023

Fecha Revisión:



SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Madre secundigesta que acude a neonatos por primera vez a ver a su recién nacida. Edad gestacional 34 semanas. Recién nacida con vitalidad, sin soporte respiratorio. Ha sido una CIR con un peso al nacimiento de 1850 gramos, está en una incubadora. Han pasado 6 horas del parto. La madre presenta sus dudas respecto a la alimentación. Sabe que ya le han dado una primera toma de alimentación.

FRASE INICIAL

La actriz entra en el box y dice: Hola soy la mamá que vengo a ver a mi hija.

El alumno debe conocer el manejo de la lactancia materna por lo que a través de una entrevista informal con la madre (que ha venido a visitar a su hijo recién nacido-rn- y prematuro por primera vez) obtendrá información de la intención de la madre con respecto a la alimentación de su rn, así como su autopercepción de la capacidad para amamantarlo. Con esta información podrá realizar educación para la salud y resolver las dudas que la mamá tenga sobre la LM.

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

La enfermera la invita a pasar y le dice: ¿En qué puedo ayudarte?

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO:

Silla o sillón. Bebé (simulando estar monitorizado, con suero terapia y en una incubadora). Actriz.

LUGAR DE DESARROLLO DE LA VISITA: Unidad Neonatal

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE: Madre secundigesta que acude a neonatos por primera vez a ver a su recién nacida. Edad gestacional 34 semanas. Recién nacida con vitalidad, sin soporte respiratorio. Ha sido una CIR con un peso al nacimiento de 1850 gramos, está en una incubadora. Han pasado 6 horas del parto. La madre presenta sus dudas respecto a la alimentación. Sabe que ya le han dado una primera toma de alimentación. La recién nacida tiene una vía venosa (tipo epicutáneo). (INFORMACIÓN PARA EL ALUMNADO) (INFORMACIÓN/INDICACIONES PARA LA ACTRIZ):

La mamá tiene miedo, su primera hija nació a término. Con un peso de 3.050 gramos.



Expresa que la ve muy pequeña. A su anterior hija de dio pecho hasta que se incorporó a trabajar, sobre las 16 semanas de vida, coincidiendo con que la niña demandaba más comida le fue introduciendo biberones de fórmula de suplemento hasta que sustituyó toda la LM por Lactancia Artificial (LA)

Preguntas que la mamá va haciendo:

Me han dicho que ya le han dado la primera toma y que la ha cogido bien.

¿Merece la pena que yo le de pecho?

Me han dicho que la leche que le van a dar aquí es especial para bajo peso,

¿Será mejor que la que yo le pueda ofrecer?

¿Y si se cansa y no toma del pecho todo lo que tiene que tomar?

Yo siempre he tenido los pechos pequeños, a lo mejor no produzco leche suficiente

...Y si me espero a que esté un poquito más grande y luego intento engancharlo al pecho?

¿Entonces si me decido a darle pecho le ofrezco los dos durante 10 minutos cada pecho?

Tengo miedo que le siente mal mi leche porque me están dando medicación.

Tengo migrañas y a veces tengo que tomar medicación.

¿Y si me lo engancho al pecho cómo puedo saber que todo va bien? ¿Cómo puedo saber que está tomando leche?

Cuando esté de alta en la casa me gustaría poder contactar con alguien que me siga ayudando en la lactancia, por si tengo dificultades. ¿Quién me podría asesorar?

Será bueno intentar engancharla ahora que está tranquilo, o esperar a que lllore?

Es tan pequeñito que no se si sabré cogerlo

Entonces si todo va bien, a los cuatro meses, creo, debo introducirle alimentación complementaria, no? Porque la leche tiene poquito hierro

Y cómo podría empezar? ¿Cómo lo hago?

Y si me tengo que incorporar a trabajar pronto, dejo de darle el pecho y empiezo la alimentación con biberón?

MOTIVO DE CONSULTA: La mamá acaba de dar a luz visita a su recién nacida por primera vez.

ANTECEDENTES PERSONALES: Secundigesta.

ENFERMEDAD ACTUAL: Migrañas

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sin interés.



IDENTIFICACIÓN ALUMNO/A:

LISTADO EVALUATIVO CASO PRÁCTICO N° 9	
ANAMNESIS Obtener datos del proceso actual y de antecedentes de interés	
1. Embarazos anteriores	SI NO
2. Experiencia anterior con la LM	SI NO
3. Antecedentes personales de interés	SI NO
4. Antecedentes familiares de interés	SI NO
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Muestra habilidades que facilitan la comunicación con la madre	
5. La enfermera se presenta	SI NO
6. Pregunta por el nombre de la madre	SI NO
7. Llama al bebé por su nombre	SI NO
8. Invitar a la madre a tocar a su bebé	SI NO
JUICIO CLÍNICO, PLAN DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO (Ej) Manejo Ineficaz de la LM	
9. La enfermera es capaz de realizar un diagnóstico de enfermería acorde con la situación	SI NO
HABILIDADES TÉCNICAS Y PROCEDIMENTALES Demostrar que conocen la técnica adecuada para amamantar e indicar de manera práctica a la mamá cómo favorecer el agarre	
10. Indicar signos de buen agarre (labios evertidos, mejillas redondeadas, mentón pegado, no "chasquidos", movimiento de las orejitas....)	SI NO
11. Hablarle de la importancia de las tomas nocturnas	SI NO
12. Indicar datos objetivos de que el niño está tomando leche: Hace peso, hace pipí, expulsa meconio/hace deposiciones	SI NO
13. Indicarle alguna postura para que esté más cómoda cuando esté amamantado	SI NO
14. Indicarle que ofrezca el pecho activamente/no esperar a que el bebé llore/que aproveche cuando el bebé esté en alerta	SI NO
15. Explicarle la posibilidad de extraerse la leche con sacaleches o manualmente.	SI NO
16. Darle algunas indicaciones de cómo almacenar la leche (frío, congelación)	SI NO



17. Explicarle que el estímulo principal para la producción de leche es la succión del bebé	SI	NO
18. Aclarar falsos mitos (lactancia a demanda y sin restricción de tiempo)	SI	NO
PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD Ofrecer consejos que favorezcan la promoción de la salud de la mamá y el recién nacido		
19. Nombra alguna ventaja de la leche materna hacia los prematuros	SI	NO
20. Indicarle que es recomendable la LM a demanda hasta los 6 meses de edad y hasta los 2 años junto con la alimentación complementaria.	SI	NO
21. Hablarle de los beneficios de la leche materna (mayor inmunidad, mejor nutrición, favorece una mejor microbiota,....)	SI	NO
22. Hablarle de la página e-lactancia.org/ Hablarle de los GALM/Asesoras de lactancia.	SI	NO
23. Que le ofrezca hacer contacto piel con piel.	SI	NO