



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN PRACTICUM V

Responsable del Practicum V

Prof. D. Manuel Toledano Estepa

Coodinadores de casos prácticos ECOE:

Prof. D. Manuel Toledano Estepa

Prof. Dr. D. Antonio Ranchal Sánchez



ESTACIÓN N° 1

SITUACIÓN DE PARTIDA

Pilar, de 81 años de edad, acude a la Consulta de Enfermería acompañada por su hija para la renovación de absorbentes nocturnos. La hija nos comenta que su madre ha sufrido un deterioro grave en el último año. Hace hincapié en que se niega a tomar la medicación y que le resulta muy difícil su cuidado. En su historia clínica consta la sospecha de demencia.

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	Pilar, mujer de 81 años de edad, acude a la Consulta de Enfermería acompañada por su hija. El motivo de la consulta es la renovación de absorbentes nocturnos; no obstante, su hija, nos comenta que su madre ha sufrido un deterioro grave en el último año; hace hincapié en que se niega a tomar la medicación y que le resulta muy difícil su cuidado. En su historia clínica consta la sospecha de demencia.		
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 81 años de edad que vive con su hija y que últimamente ha mostrado un cambio en su estado asociado a desorientación, cambios de humor, negativa a tomarse la medicación y mayor dificultad en su cuidado. 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: 30/04/2021

Fecha Revisión: 05/12/2021



SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Pilar, mujer de 81 años de edad, acude a la Consulta de Enfermería acompañada por su hija. El motivo de la consulta es la renovación de absorbentes nocturnos; no obstante, su hija, nos comenta que su madre ha sufrido un deterioro grave en el último año; hace hincapié en que se niega a tomar la medicación y que le resulta muy difícil su cuidado. En su historia clínica consta la sospecha de demencia.

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

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE: Mujer de 81 años, pluripatológica, que desde hace algún tiempo muestra signos de deterioro cognitivo que hace más complicado su cuidado a cargo de su hija

Motivo de Consulta: acude a consulta de enfermería programada para control de diabetes e hipertensión y renovación de absorbentes

Antecedentes personales: Intervenido de fractura de cadera hace 3 años, HTA y diabetes tipo 2.

Enfermedad Actual: HTA, diabetes tipo 2, incontinencia urinaria y posible deterioro cognitivo

Antecedentes familiares: Sin interés

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO:

Ordenador con acceso a historia clínica ficticia DIRAYA

LISTADO EVALUATIVO ESTACIÓN Nº 1

Marque solo la columna en caso afirmativo. P. SI

Antecedentes Personales y Familiares

Intervenida de fractura de cadera hace 3 años, HTA y diabetes tipo 2 1. 0

Anamnesis Dirigida al Caso

- Identificación de cuidador, riesgo de cansancio 2. 0

- Cambio en su comportamiento 3. 0

- Ingesta de medicación, alimentos, líquidos, ... 4. 0

Exploración Física

- TA y glucemia 5. 0

- Deambulaci3n 6. 0

- Estado de la piel 7. 0

Valoraci3n enfermera

- Necesidades funcionales 8. 0

- Escalas clinim3tricas paciente

- Pfeiffer

- Barthel 9. 0

- Lowton Brody

- Riesgo de caídas

- Norton/Braden

- Escalas clinim3tricas cuidador 10. 0

Plan de Cuidados

- Diagn3sticos NANDA 11. 0

- Objetivos NOC 12. 0

- Intervenciones NIC 13. 0

Prescripci3n enfermera

14. 0

Promoci3n de la salud, Educaci3n sanitaria

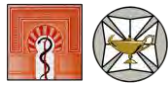
- HTA 15. 0

- Diabetes 16. 0

- Incontinencia 17. 0

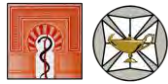
- Deterioro Cognitivo 18. 0

- Cuidador 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interés por la persona y no solo por los datos, siente que le escuchan.	Sabe Escuchar	21.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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



ESTACIÓN N° 2

SITUACIÓN DE PARTIDA

Francisco, de 55 años, acude a la consulta de enfermería de su centro de salud acompañado de Pilar, su mujer, de 48 años, en situación de ERTE. No tienen hijos. El motivo de la consulta es que Pilar está preocupada últimamente por la obesidad de Francisco. Por una parte porque el único hermano del marido ha fallecido súbitamente con 58 años. Por otra, por las noticias que escucha en los medios de información indicando que las personas obesas tienen más riesgo de padecer el “covid”, cuestión que le está agravando a Pilar su trastorno de ansiedad y que también está “angustiando” a Francisco. En su historia clínica consta que está en situación de incapacidad laboral temporal tras un accidente de tráfico por esguince cervical.

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 2

Universidad	CÓRDOBA		
Persona de contacto, email	Antonio Ranchal Sánchez	en1rasaa@uco.es	
Título o problema principal	Valoración del riesgo cardiovascular e intervención para la mejora de la salud		
ESTACION 1 tipo (paciente, informe, maniquí, habilidad, pruebas, otros..)			
Situación de Partida	Francisco, varón de 55 años acude a la consulta de enfermería de su centro de salud acompañado de Pilar, su mujer, de 48 años, en situación de ERTE puesto que trabajaba en la hostelería. No tienen hijos. El motivo de la consulta es que Pilar está preocupada últimamente por la obesidad de Francisco. Por una parte porque el único hermano del marido ha fallecido súbitamente con 58 años. Por otra, por las noticias que escucha en los medios de información indicando que las personas obesas tienen más riesgo de padecer el "covid", cuestión que le está agravando a Pilar su trastorno de ansiedad y que también está "angustiando" a Francisco. En su historia clínica consta que está en situación de incapacidad laboral temporal tras un accidente de tráfico por esguince cervical.		
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. Varón de 55 años con antecedente familiar de muerte súbita con varios posibles factores de riesgo. - Consulta de atención primaria en el aula de simulación con el mobiliario básico (incluido ordenador simulado). Aparataje: esfigmomanómetro, fonendoscopio, pulsioxímetro, báscula con tallímetro, ECG, historia clínica para la recogida de datos, analíticas y/o petición de analíticas anonimizadas, cuestionarios. - Guión y listado de evaluación para el paciente estandarizado		
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	
Anamnesis	35	7	
Exploración Clínica	15	3	
Habilidades técnicas/Procedimentales			
Habilidades de Comunicación			
Juicio Clínico, plan de manejo diagnóstico y terapéutico			
Prevención y promoción de la salud	25	5	
Relaciones interprofesionales			
Aspectos éticos/legales y profesionalismo			
Valoración de Enfermera / Plan de cuidados	25	7	
Total	100	22	
Peculiaridades específicas			

Fecha Elaboración: 30/04/2021

Fecha Revisión: 05/12/2021



SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE:

Francisco, varón de 55 años acude a la consulta de enfermería de su centro de salud acompañado de Pilar, su mujer, de 48 años, en situación de ERTE puesto que trabajaba en la hostelería. No tienen hijos. El motivo de la consulta es que Pilar está preocupada últimamente por la obesidad de Francisco. Por una parte porque el único hermano del marido ha fallecido súbitamente con 58 años. Por otra, por las noticias que escucha en los medios de información indicando que las personas obesas tienen más riesgo de padecer el "covid", cuestión que le está agravando a Pilar su trastorno de ansiedad y que también está "angustiando" a Francisco. En su historia clínica consta que está en situación de incapacidad laboral temporal tras un accidente de tráfico por esguince cervical.

FRASE INICIAL:

Presentación de la enfermera ofreciendo ayuda.

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

¿Qué le preocupa?

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO:

Consulta de atención primaria en el aula de simulación con el mobiliario básico (incluido ordenador simulado).

Aparataje: esfigmomanómetro, fonendoscopio, pulsioxímetro, báscula con tallímetro, ECG, historia clínica para la recogida de datos, analíticas y/o petición de analíticas anonimizadas, cuestionarios.

LUGAR DE DESARROLLO DE LA VISITA: Consulta de enfermería de Atención Primaria

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE: Varón de 55 años, mide 170 cm y pesa 95 kg, obeso,

Motivo de Consulta: A su mujer, Pilar, le preocupa que padezca la forma grave ante una infección por el covid-19.

Antecedentes personales: Laborales: Conductor de autobús en situación de IT por accidente de tráfico con esguince cervical. Médicos: no menciona.

Enfermedad Actual: Hipertensión y con trastorno del metabolismo lipídico, tabaquismo activo, inactividad y sedentarismo.

Antecedentes familiares: Hermano fallecido por muerte súbita.

Exploración física: Presión arterial de 160/90 mmHg, colesterol 250 mg/dL, HDL 40 mg/dL, TG 180 mg/dL, glucemia de 100 mg/dL. No alergias medicamentosas conocidas. No refiere tratamiento médico aunque confiesa haber tomado "algún prozac" (fluoxetina), de 20 mg aprovechando el tratamiento que realiza su mujer.



IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO

CÓDIGO:

ZONA:

LISTADO EVALUATIVO CASO PRÁCTICO Nº 2

Marque solo la columna en caso afirmativo.

P. SI

ANAMNESIS

Antecedentes Personales

Ocupación (puesto de trabajo) / Incapacidad laboral 1. O

Antecedentes Familiares

Muerte súbita en hermano 2. O

Anamnesis Dirigida al Caso

Hábitos de alimentación e hidratación 3. O

Hábito de ejercicio físico 4. O

Hábito tabáquico 5. O

Alcohol y otras drogas 6. O

Medicamentos y alergias 7. O

EXPLORACIÓN FÍSICA

Presión arterial 8. O

Palpación de pulso arterial 9. O

Talla, peso e IMC / Perímetro abdominal 10. O

VALORACIÓN ENFERMERIA Y PLAN DE CUIDADOS

- Necesidades funcionales 11. O

- Test de Fagerstrom 12. O

- Cuestionario Malt 13. O

- Cálculo del riesgo cardiovascular 13. O

- Cálculo de años-paquete 13. O

Plan de Cuidados

- Diagnósticos NANDA 14. O

- Objetivos NOC 15. O

- Intervenciones NIC 16. O

Prescripción enfermera

- TSN 17. O

- Asesoramiento en alimentación y en ejercicio físico controlado

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN

- HTA 18. O

- Obesidad 19. O

- Dislipemia 20. O

- Trastorno del sueño 21. O

- Cuidador 22. O



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

ECOE – GRADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN PRACTICUM VI

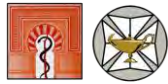
Responsable del Practicum VI

Prof. Dra. D^a Pilar Lora López

Coodinadores de casos prácticos ECOE:

Prof^a Dra. D^a Vanesa Cantón Habas

Prof. D. Felipe López Hurtado



ESTACIÓN N° 3

SITUACIÓN DE PARTIDA

Juan García Moreno es un paciente de diálisis (fístula AV en miembro superior) de 54 años diagnosticado de un infarto agudo de miocardio, hospitalizado en la unidad de cardiología y que presenta sudoración, palidez y ligero dolor torácico, por lo que llama al timbre para que vaya una enfermera.

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene **10 minutos** para realizar:

- Valoración focalizada de Enfermería.
- Toma de tensión arterial.
- Administración de tratamiento prescrito.
- Realización de EKG.

Al terminar, por favor, salga de la habitación



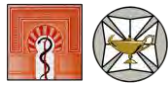
ECOE Grado en Enfermería

Ficha Técnica de la Estación nº 4

Universidad	Córdoba		
Persona de contacto, email	Pilar Lora López	en1lolop@uco.es	
Título o problema principal	Paciente de mediana edad hospitalizado en la unidad de cardiología por un infarto agudo de miocardio		
ESTACION 1 tipo (paciente)			
Situación de Partida	Paciente de 54 años diagnosticado de un infarto agudo de miocardio hospitalizado en la unidad de cardiología.		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: - Valoración focalizada de enfermería y toma de tensión arterial. - Administración de tratamiento prescrito. - Realización de un electrocardiograma.		
Requerimiento Logístico	Paciente estandarizado: Hombre de 54 años, con alergia al paracetamol y con antecedentes personales de hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo 2, sobrepeso y fumador de 9 cigarrillos al día. Porta vía venosa periférica en miembro superior derecho y catéter arteriovenoso en miembro superior izquierdo. - Aula de habilidades. - Aparato eléctrico de tensión arterial. - Glucómetro. - Pulsera identificativa en paciente - Hoja de prescripción de tratamiento médico con registro de alergias. Aunque aparece prescrito paracetamol si dolor. - Guantes. - Sistemas de suero (en caso de medicación iv). - Paracetamol precargado. - Jeringa 10 ml precargada de morfina 1mg/ml. - Electrocardiograma, derivaciones, papel de ekg y electrodos. - Papel y bolígrafo. - Producto azucarado		
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	Valor item
Anamnesis	15	2	
Exploración Clínica	25	3	
Habilidades técnicas/Procedimentales	25	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	15	3	
Total	100	12	
Peculiaridades específicas			

Fecha Elaboración: 30/04/2021

Fecha Revisión: 10/01/2022



SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Álvaro es un hombre de 54 años hospitalizado por haber sufrido un infarto agudo de miocardio el pasado sábado. Aparición de dolor torácico algo mayor que una molestia en este momento. A su vez, el paciente presenta sudoración llamativa y palidez facial.

Estoy hospitalizado porque el pasado sábado por la tarde mientras estaba en una reunión familiar sentí un fuerte dolor opresivo en el pecho. Mi mujer insistió en acudir a urgencias sospechando que podía ser algo importante. De hecho, tras la recepción de asistencia sanitaria se corroboró la presencia de un infarto agudo de miocardio.

Desde mi hospitalización hace dos días no he vuelto a presentar ese dolor tan fuerte, aunque sí ligeras molestias, pero el dolor de ahora es algo más que una molestia

Actitud y conducta-

El paciente se muestra colaborador durante el proceso de atención de enfermería (entrevista clínica, exploración física, administración de medicación, etc). Aunque muestra un rostro serio con cierto aire de preocupación.

Ropa- La propia del paciente.

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

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, material para realización de EKG, material para administración de medicación prescrita previamente precargada. El paciente porta vía venosa periférica en miembro superior y una fístula arteriovenosa en miembro superior-

LUGAR DE DESARROLLO DE LA VISITA:

Habitación de hospitalización del paciente en la unidad de cardiología.

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

Hombre de 54 años, que presenta buen estado general, aunque muestra un rostro serio con aire de preocupación por el dolorcillo que siente ahora mismo, acompañado de palidez y sudoración. Nivel sociocultural medio con importante ocupación laboral que le impide estar pendiente de su salud. El paciente dispone de una vía periférica situada en el miembro superior y una fístula arteriovenosa situada en el miembro superior.

Enfermedad actual: IAM.

Antecedentes personales:

Alergia al paracetamol. Paciente en diálisis a través de fístula AV en miembro superior, con hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo 2 y sobrepeso. Hábitos tóxicos: fumador de 9 cigarrillos/día.



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

Historia social

Auxiliar administrativo. Fumador habitual de 9 cigarrillos/día. Dieta irregular con consumo de grasas saturadas y alto aporte calórico. No hace ejercicio físico regular porque prefiere ver series de televisión, que es lo que más le gusta.

Antecedentes familiares:

Sin relevancia

Exploración física/registro de constantes vitales y glucemia:

A realizar

EKG:

A realizar



IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO

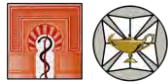
CÓDIGO:

ZONA:

LISTADO EVALUATIVO ESTACIÓN N° 3

Marque con una X en
caso afirmativo

Anamnesis	P	SÍ
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 – por encima de la flexura de miembro superior sin fístula)	3.	
Realización de electrocardiograma (colocación de las derivaciones de forma correcta)	4.	
Glucemia (aunque no su determinación, valor dado de 61 mg/dl)	5.	
Habilidades técnicas y procedimientos		
Administración de medicación prescrita si procede (no administrar paracetamol por alergia y administre el mórfico)	6.	
Actuación ante la hipoglucemia (administrar producto azucarado)	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	9.	
Seguridad del paciente		
Verifica la identidad del paciente mediante la revisión de la pulsera identificativa	10.	
Confirmación de alergias medicamentosas	11.	
Tener en consideración de fistula arteriovenosa	12.	



ESTACIÓN N° 4

SITUACIÓN DE PARTIDA

Deterioro súbito del paciente hasta parada cardiorrespiratoria hospitalaria.
Soporte Vital Básico en época de no pandemia por SARS-CoV-2.

FUNCIONES DEL PARTICIPANTE

Usted tiene **10 minutos** para:

- Reconocer ritmo del EKG anormal que conduce a parada cardiorrespiratoria
- Realizar Soporte Vital Básico según protocolos actuales en época de **no pandemia** por SARS-CoV-2, con uso de ambú para ventilar
- Utilizar DESA

Al terminar, por favor, salga de la habitación



ECOE Grado en Enfermería

Ficha Técnica de la Estación nº 4

Universidad	Córdoba		
Persona de contacto, email	Pilar Lora López	en1lolop@uco.es	
Título o problema principal	Paciente de mediana edad hospitalizado en la unidad de cardiología por un infarto agudo de miocardio		
ESTACION 2 tipo (informe)			
Situación de Partida	Soporte vital básico. Deterioro súbito del paciente hasta parada cardiorrespiratoria		
Actividades a desarrollar	Dispone de 10 minutos para: <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer EKG anormal con presencia de fibrilación ventricular/ asistolia/ taquicardia ventricular sin pulso • Realizar Soporte Vital Básico según protocolos actuales en época de no pandemia por SARS-CoV-2, con uso de ambú para ventilar • Utilizar DEA 		
Requerimiento Logístico	- Paciente estandarizado del escenario anterior. - Aula de habilidades - EKG anormal - Banquillo para RCP - Ambú - Mascarilla de O2 - Alargadera de O2 - Guedel/ cánula orofaríngea - DESA		
Áreas Competenciales Evaluadas	Puntos.	N. Ítems.	
Anamnesis			
Exploración Clínica			
Habilidades técnicas/Procedimentales	65	13	
Habilidades de Comunicación con el paciente			
Juicio Clínico	15	2	
Prevención y promoción de la salud			
Relaciones interprofesionales y de liderazgo/trabajo en equipo	20	2	
Aspectos éticos/legales y profesionalismo			
Otros (especificar) Seguridad del paciente			
Total	100	17	
Peculiaridades específicas			



SITUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Familiar avisa porque el paciente no responde.

Actitud y conducta-

Ropa- La propia del paciente.

MATERIAL CLÍNICO Y/O DE SIMULACIÓN NECESARIO:

Paciente estandarizado que se deteriora hasta PCR, EKG con alteración evidente del ritmo que conduce a PCR, banquillo/alza para RCP. Mascarilla de O₂, ambú, guedel, y DEA.

LUGAR DE DESARROLLO DE LA VISITA:

Habitación de hospitalización del paciente en la unidad de cardiología. En la habitación del paciente existe un ambú, guedel y alargadera de oxígeno. No disponemos de tablero para colocar en cama bajo el paciente para realizar RCP.

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

Hombre de 54 años, que presenta buen estado general, aunque muestra un rostro serio con aire de preocupación por el dolorcillo que siente ahora mismo, acompañado de palidez y sudoración. Nivel sociocultural medio con importante ocupación laboral que le impide estar pendiente de su salud.

Enfermedad actual: IAM.

Antecedentes personales:

Paciente en diálisis con hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo 2 y sobrepeso. Hábitos tóxicos: fumador de 9 cigarrillos/día.

Historia social

Auxiliar administrativo. Fumador habitual de 9 cigarrillos/día. Dieta irregular con consumo de grasas saturadas y alto aporte calórico. No hace ejercicio físico regular porque prefiere ver series de televisión, que es lo que más le gusta.

Antecedentes familiares:

Sin relevancia



IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO

Marque con una X en
caso afirmativo

LISTADO EVALUATIVO ESTACIÓN N° 4

Juicio clínico	P	SÍ
Interpretación del EKG (fibrilación ventricular/ asistolia/ taquicardia ventricular sin pulso)	1.	
Valoración de conciencia en primer lugar	2.	
Habilidades técnicas y procedimientos		
Pedir ayuda inespecífica tras comprobar que paciente está inconsciente	3.	
Comprobar respiración (maniobra frente mentón y/o mano en tórax)	4.	
Solicitud de DEA y aviso al equipo de emergencia médicas (solicitar al evaluador que llame)	5.	
RCP 30:2 tras comprobar conciencia y ausencia de respiración	6.	
Conexión del ambú a la toma de oxígeno	7.	
Colocación de guedel/cánula orofaríngea de tamaño adecuado (rojo) y de forma adecuada (zona cóncava hacia paladar superior o hacia uno de los laterales de la boca)	8.	
Ventilar con ambú sujetando mascarilla de ventilación a cara de paciente	9.	
Minimizar interrupción de compresiones torácicas (sólo interrumpirlas para colocación y uso del DEA)	10.	
Realización de las compresiones en tercio inferior del esternón	11.	
Brazos estirados durante la compresión	12.	
Manos entrelazadas durante la compresión	13.	
Avisar en la descarga	14.	
Apagar el O2 en descarga	15.	
Relaciones interprofesionales y de liderazgo/trabajo en equipo		
Solicitar la ayuda de la persona que le lleva el DEA de forma asertiva (sin utilización del estilo agresivo de comunicación) (el evaluador facilita el DEA)	16.	
Ser capaz de liderar la atención a la parada cardiorrespiratoria (dar directrices oportunas para la colocación del DEA)	17.	

Si todo se realiza de manera adecuada se puede indicar la finalización del caso tras el segundo análisis de ritmo que realice el DEA



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

Coodinadores de casos prácticos ECOE:

Profª Dra. Dª Pilar Carrera González

Prof. Dr. D. Manuel Romero Saldaña



ESTACIÓN N° 5

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.

Al terminar, por favor, salga de la habitación

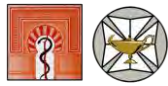


ECOPE Grado en Enfermería Ficha Técnica de la Estación nº 5

Universidad	CÓRDOBA		
Persona de contacto, email	Pedro Hidalgo Lopezosa	phlopezosa@uco.es	
Título o problema principal	Atención al parto extrahospitalario sin complicaciones		
ESTACION nº 5 (paciente, informe, maniquí, habilidad, pruebas, otros..)			
Situación de Partida	Gestante de bajo riesgo, múltipara, 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: 05/10/2021



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.



Marque con una X en
caso afirmativo

LISTADO EVALUATIVO ESTACIÓN N° 5	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.

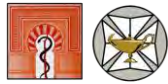
9. **Asistencia del alumbramiento:**

- Observar signos de desprendimiento (sangrado)



Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad de Córdoba

- 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).



ESTACIÓN N° 6

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.

Al terminar, por favor, salga de la habitación



ECOE Grado en Enfermería Ficha Técnica de la Estación nº 6

Universidad	CÓRDOBA		
Persona de contacto	Sergio David Sánchez Ortiz	sdsanchez@uco.es	
Email			
Título, o, problema principal	Parada Cardiorrespiratoria en paciente pediátrico		
ESTACION nº 6 (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 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 32 kg

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 DEL ALUMNO

Marque con una X
en caso afirmativo

LISTADO EVALUATIVO ESTACIÓN Nº 6	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 carotídeo)	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

