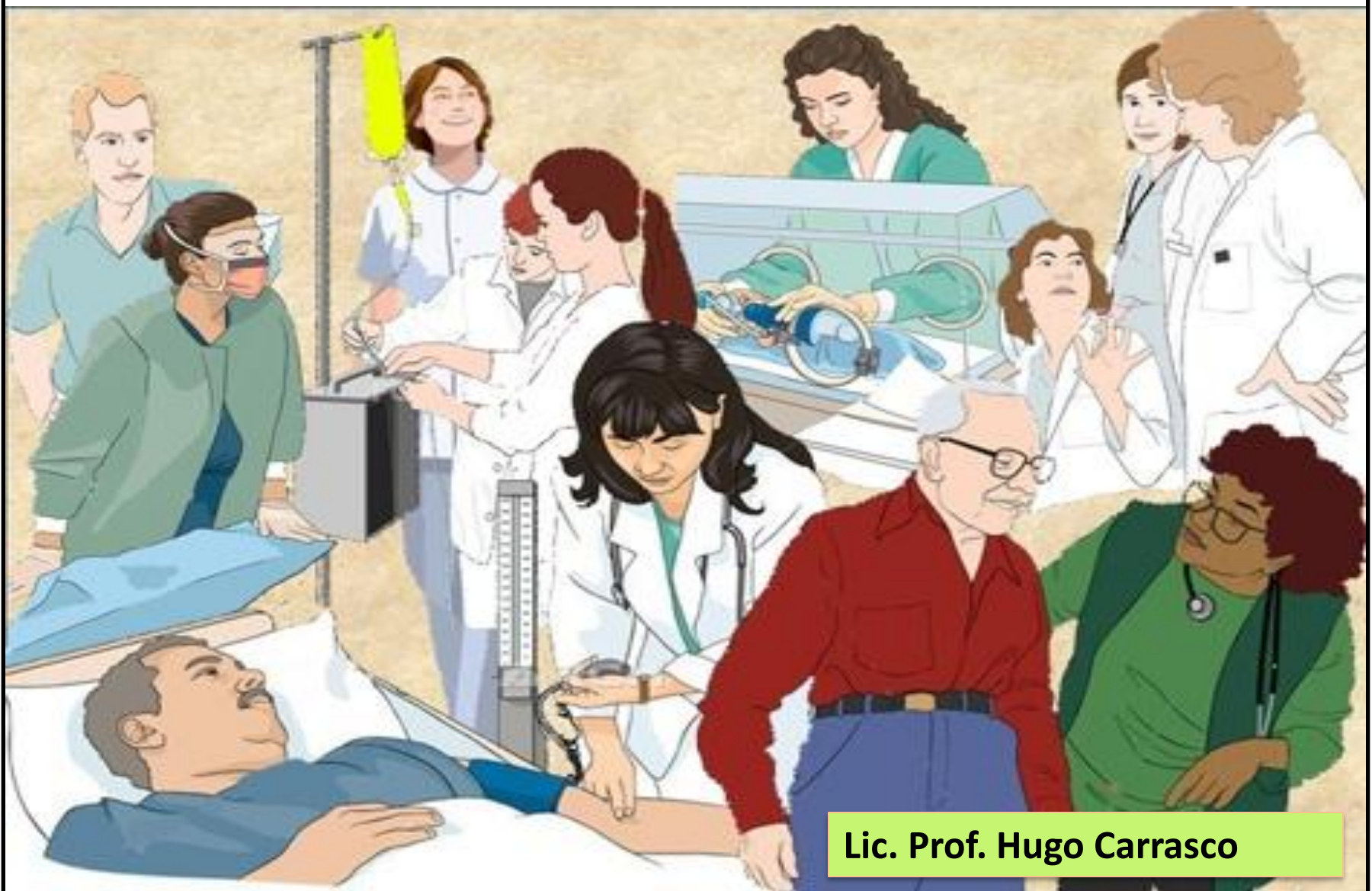


PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)



Lic. Prof. Hugo Carrasco

SER

HUMANO

BIOLOGICA

**Cuidado
Holístico**

PSÍQUICA

SOCIAL

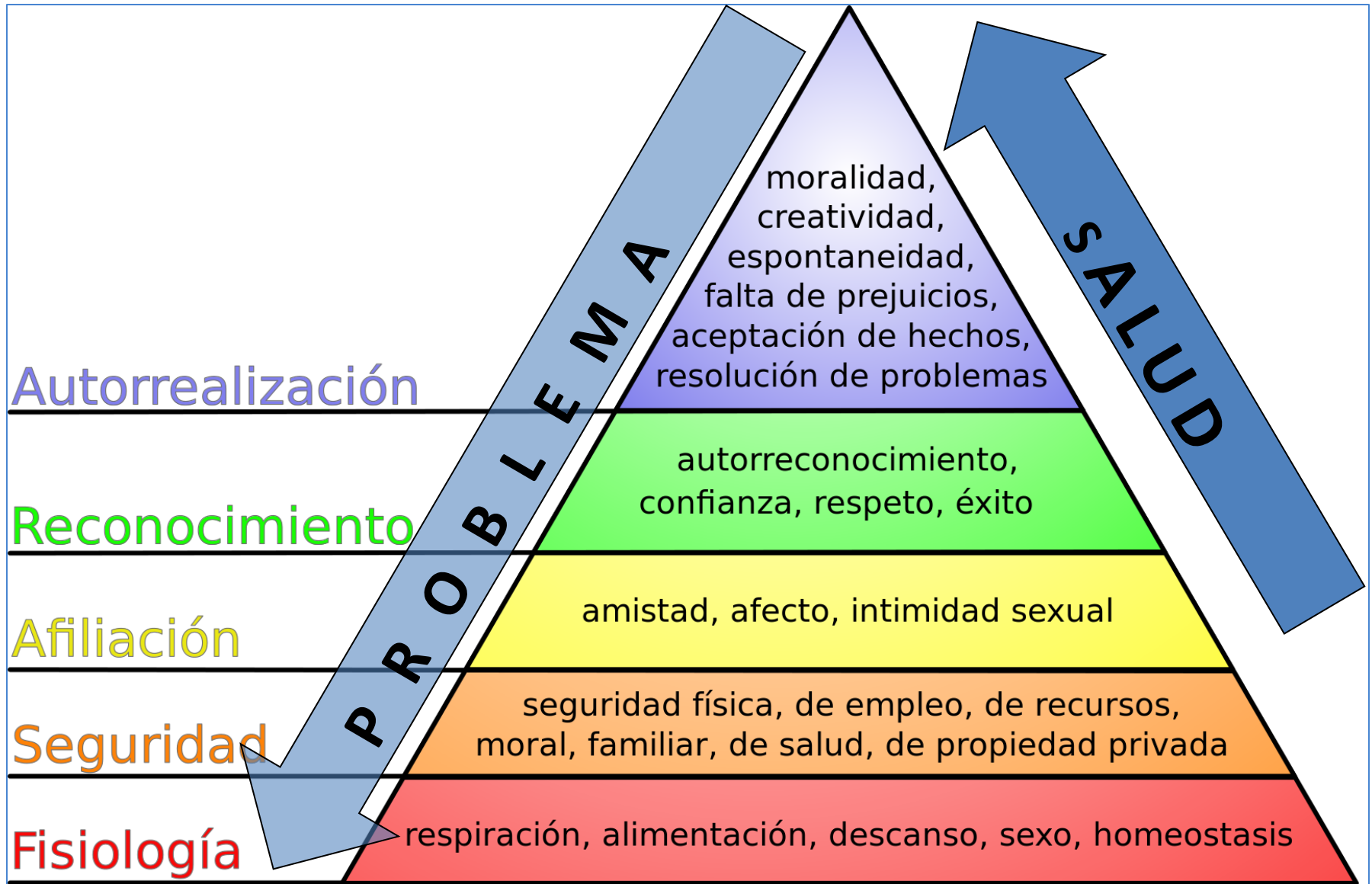
CULTURAL

ESPIRITUAL

Homeostasis



JERARQUÍA DE LAS NECESIDADES DE MASLOW



JERARQUÍA DE NECESIDADES

Fuentes motivación



AUTO REALIZACIÓN

Creatividad, moralidad, valores,
sentido, propósito, solución problemas,
etc..

RECONOCIMIENTO AUTOESTIMA

Autoreconocimiento, éxito, posición,
confianza, desarrollo personal, prestigio,
poder, status



ACEP. SOCIAL

AFILIACIÓN

Amistad, amor, afecto, etc..



SEGURIDAD

Seguridad moral, familiar, empleo, hogar, sueldo, física, salud

FISIOLÓGICAS

Respiración, alimentación, agua, sexo, descanso, etc..



BÁSICAS

SUPERIORES



RESPUESTAS HUMANAS



LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

(1) Respirar normalmente

Capacidad de la persona para mantener sus intercambios gaseosos, con un nivel suficiente y con una buena oxigenación.

(2) Beber y comer adecuadamente

Capacidad de la persona para beber y comer, masticar y deglutir. Igualmente, tener hambre, y entonces, poder absorber suficientes nutrientes como para capitalizar la energía necesaria para desarrollar la propia actividad.

(3) Eliminar adecuadamente desechos y secreciones humanas

Capacidad de la persona para en forma autónoma eliminar orina y materia, asegurando su higiene íntima. Igualmente, saber eliminar otros desechos del funcionamiento del organismo, manteniendo la higiene corporal.

(4) Moverse y mantener una buena postura

Capacidad de la persona para desplazarse sola o con ayuda de medios mecánicos, y asimismo, de arreglar su domicilio aunque fuere en forma mínima y a efectos que el mismo mejor se adecue a sus necesidades y a su confort. Igualmente, conocer los límites del propio cuerpo.

LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

(5) Dormir y descansar

Capacidad de la persona a dormir lo suficiente como para sentirse descansada, más repuesta, y con renovada iniciativa. Igualmente, saber gestionar la propia fatiga y el propio potencial de energía y dinamismo.

(6) Vestirse y desvestirse

Capacidad de la persona para vestirse y desvestirse, así como para elegir y comprar su vestimenta. Igualmente, capacidad e interés para construir su propia identidad física y mental a través de la vestimenta y de las modas.

(7) **Mantener la temperatura corporal en límites normales (37,2 °C),** eventualmente actuando sobre el medio ambiente y/o sobre la propia vestimenta

Capacidad de la persona para abrigarse en función de la temperatura del ambiente, y a apreciar los propios límites en este sentido.

Capacidad para abrir y cerrar ventanas según mejor convenga, y/o actuar respecto del entorno de manera conveniente.

LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

(8) Mantener la higiene personal y proteger los propios tegumentos

Capacidad de la persona para lavarse por sí mismo y mantener su higiene personal, así como a servirse de productos y de utensilios para mejor mantener piel, cabellos, uñas, dientes, encías, orejas, etc, y así sentir bienestar y mayor conformidad consigo mismo.

(9) Detectar y evitar peligros, y evitar perjudicar a otros .

Capacidad para mantener y promover la propia integridad física y mental de sí mismo y de terceros, en conocimiento de los peligros potenciales del entorno.

(10) Comunicarse con los semejantes

Capacidad para ser comprendido y comprender, gracias a la actitud y postura, a las palabras, y/o a un código. Igualmente, capacidad para insertarse e integrarse a un grupo social, viviendo plenamente las relaciones afectivas y la propia sexualidad.

(11) Reaccionar según las propias creencias y valores

Capacidad de la persona a explorar, conocer, y promover, sus propios principios, valores, y creencias. Igualmente, manejar esas cuestiones a efectos de elaborar y elucubrar el sentido que le desea dar a la propia vida y a su paso por la sociedad.

LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

(12) Ocuparse para sentirse realizado

Capacidad de la persona para participar e interesarse en alguna actividad creativa y/o de interés social, así reforzando su [autoestima](#) y su sentimiento de [alegría](#) y [autorealización personal](#). Igualmente, cumplir algún tipo de rol en una organización social, y darse a ello con interés, dedicación, y empeño.

(13) Recrearse y entretenerse

Capacidad de la persona para distraerse, entretenerse, y cultivarse. Igualmente, interés de la persona para invertir tiempo y energía en una actividad alejada de sus problemáticas personales (por ejemplo un juego, un audiovisual, etc), obteniendo con ello algún tipo de satisfacción personal.

(14) Aprender en sus variadas formas

Capacidad de la persona para aprender de otros o de la producción de algún evento, y capacidad para evolucionar. Asimismo, capacidad para adaptarse a un cambio, y tener [resiliencia](#) como para poder sobreponerse a períodos de dolor emocional y a situaciones adversas. Asimismo, poder transmitir algún tipo de saber o de conocimiento. Aprender, descubrir, y satisfacer curiosidades, forma parte del desarrollo normal y de una u otra forma contribuye a la propia salud física y mental.

Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Proceso intelectual, deliberado y estructurado, de acuerdo con una serie de etapas ordenadas lógicamente, que se utiliza para planificar cuidados de calidad personalizados dirigidos al logro de mayor bienestar del sujeto de atención.

(M.Phaneuf)

Etapas del PAE



Características del PAE

- ☐ Se basa en el conocimiento científico y técnico
- ☐ Esta dentro del ámbito legal. Ley de Enfermería
- ☐ Se planifica organizada y sistemáticamente
- ☐ Esta centrada en la persona desde una mirada holística
- ☐ Se dirige a la consecución de objetivos y obtener resultados
- ☐ Esta jerarquizado por prioridades
- ☐ Es dinámico



Objetivos del PAE

- ❖ Identificar las necesidades reales y potenciales o de riesgo del individuo, la familia y la comunidad
- ❖ Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios
- ❖ Actuar para resolver los problemas, mantener la salud, prevenir la enfermedad, promover la recuperación y el restablecimiento de un estado de funcionamiento óptimo o en presencia de enfermedades terminales, ayudar a un buen morir.

Identificación de Necesidades y problemas

- Una **necesidad** es un requisito indispensable para el bienestar de la persona
- En cambio un problema es algo que se interpone-un obstáculo-en la satisfacción de una necesidad
- Un **problema** es en otras palabras una necesidad insastifecha
- Por ejemplo: los individuos con neumopatías quizás requiera de Oxigenoterapia, además de otros tratamientos para superar el de la **ventilación insuficiente** y **satisfacer** su **necesidad de oxigenación** adecuada

Requisitos previos del enfermero/a en el PAE

Convicciones

Conocimientos científicos

Habilidades técnicas

Habilidades interpersonales

**Conocimientos
Éticos legales**

**Conocimiento de un
Modelo conceptual**

**Razonamiento analítico
Creativo y practico**

**Actitud y pensamiento
critico**

Enfoque transcultural

**Identificación de Necesidades
y problemas**

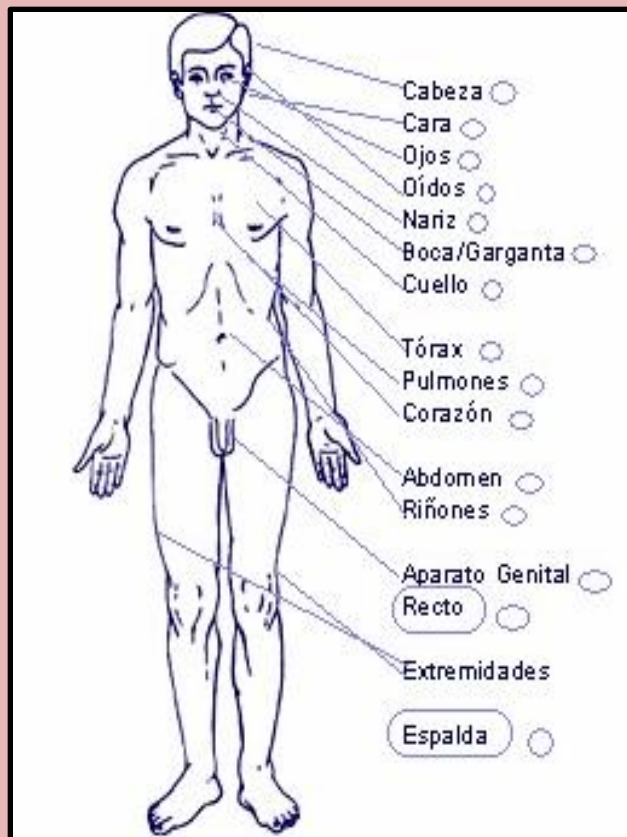
Persona	<i>Proceso de atención de enfermería</i>					Persona
Estado de salud del paciente	<u>VALORACION</u>	<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>PLANIFICACION</u>	<u>EJECUCION</u>	<u>EVALUACION</u>	Estado de Salud del paciente
Antes de recibir la asistencia de enfermeria	Del estado de Salud	De enfermería	De la asistencia de enfermeria	Del plan asistencial	De la asistencia de enfermeria	Después de recibir la asistencia de enfermeria
 ENFERMO	•Entrevista clínica •Observación •Examen físico	•Real • de riesgo •De salud •PI	•Priorización •Objetivos •Registros	•Poner en practica el plan •Identificar respuestas	•De resultados del proceso	

VALORACIÓN (1ª ETAPA DEL PAE)

A.- CEFALO- CAUDAL

(de la cabeza a los pies) * *se deja para el final la espalda

•Utilizado para Exploración física



B.- SISTEMAS Y

APARATOS FUNCIONALES

•Previo se valora aspecto general ; signos vitales , talla y peso

L VALORACION GENERAL

Nombre H.C.L. Fecha

FC FR T.A.

Piel y mucosas:

Color y aspecto Drenajes/Lesiones

Sentidos corporales:

Vista Oído Tacto Olfato Gusto

Prótesis (especificar)

Función motora:

Buena Limitaciones (especificar)

Otras alteraciones o datos de interés

C.- PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

•La recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del sujeto, determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto a su estado de salud. (Taxonomía - NANDA)

VALORACIÓN

VALORACIÓN	
DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD	DC
ENFERMEDADES QUE PADECE:	OF
CONOCE SOBRE SU ENFERMEDAD: (si) (no)	DE
HÁBITOS NOCIVOS: Alcohol (si) (no) Tabaco (si) (no)	DE
MEDICACIÓN QUE TOMA EN CASA:	Au
CONOCE LOS FÁRMACOS QUE TOMA: (si) (no)	ES
CUMPLE CITAS MÉDICAS: (si) (no)	Re
FECHA ÚLTIMO CONTROL MÉDICO:	Re
CUIDADOR REQUIERE EDUCACIÓN SANITARIA: (si) (no)	Re
DOMINIO 2: NUTRICIÓN	DC
DENTICIÓN: Incompleta() Completa() Uso de Prótesis()	CC
MUCOSA ORAL: Intacta() Lesiones()	SE
APETITO: Disminuido() Normal () Aumentado ()	CC
CAMBIOS DE PESO ULTIMOS SEIS MESES: (si) (no)	AL
ALIMENTACION: Ayuno() NPO() D.Líquida() D.Blanda()	AC
D.Seca() D. Completa() D.Hipoglúcida() D.Hiposódica()	PÉ
D.Hipercalórica() D.Hiperprotéica() Fórmula Elemental()	AL
SONDAS: Nasogástrica() Gastrostomía() Yeyunostomía()	DC
ALIMENTOS NO PERMITIDOS:	CC
DOMINIO 3: ELIMINACIÓN	FU
SISTEMA DE ELIMINACIÓN: Pañal() Sonda() Colector Urinario()	RE
Orina espontánea() Talla Vesical() Irrigación vesical()	RE

RECOPIILACION DE DATOS: TIPOS Y FUENTES

DATOS	TIPOS DE DATOS	FUENTES DE DATOS
☐ INFORMACIÓN CONCRETA Y RELEVANTE DE LA PERSONA CUIDADA. ☐ LA RECOLECCIÓN DE DATOS SE CENTRA EN LA IDENTIFICACIÓN EN EL SUJETO DE ATENCIÓN DE: ➤ EL ESTADO DE SALUD PRESENTE (PR) Y PASADO(PA) ➤ PATRONES DE AFRONTAMIENTO PRESENTES Y PASADOS ➤ ESTADO FUNCIONAL (PR) Y (PA) ➤ LA RESPUESTA DEL TTO. (ENFERMERIA-MEDICO) ➤ LOS RIESGOS DE PROBLEMAS POTENCIALES ➤ EL DESEO DE ALCANZAR UN MAYOR NIVEL DE BIENESTAR	☐ <u>OBJETIVOS:</u> información perceptible para los sentidos y para diversas personas. Se pueden medir: HTA; Tempº -Paciente rehúsa comer; -drenaje abundante/herida ☐ <u>SUBJETIVOS:</u> información no perceptible por otra persona, solo por la persona afectada. No se pueden medir. Ejemplos: -Paciente se siente nervioso -Refiere dolor abdominal ☐ <u>HISTORICOS Y DE ANTECEDENTES :</u> hechos anteriores, enfermedades ... Patrones/comportamientos.. ☐ <u>ACTUALES :</u> salud actual; Ej: presenta vómitos; HTA factores de riesgo. etc	☐ <u>FUENTE PRIMARIA:</u> ❖ <u>Es propio paciente</u> y se recopilan los datos con 3 métodos, que son: ➤ LA ENTREVISTA CLÍNICA ➤ LA OBSERVACIÓN ➤ LA EXPLORACIÓN FÍSICA ☐ <u>FUENTE SECUNDARIA:</u> •HISTORIA CLÍNICA •FAMILIA Y ENTORNO •REGISTROS DE ENFERMERÍA •RESULTADOS DE LABORATORIOS •CONSULTAS CON EL EQUIPO DE SALUD •CONSULTAS A LIBROS , ENCICLOPEDIAS, ARTÍCULOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (2ª ETAPA DEL PAE): TIPOS DE DdE

DEFINICION: CONSTITUYE UN JUICIO CLINICO SOBRE LA RESPUESTA DE UNA PERSONA, FAMILIA O COMUNIDAD FRENTE A PROCESOS VITALES O PROBLEMAS DE SALUD REALES POTENCIALES QUE PROPORCIONAN LA BASE PARA LA SELECCION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS-LOS CUIDADOS-DESTINADOS A OBJETIVOS PROYECTADOS DE LOS CUALES ENFERMERÍA ES LEGALMENTE RESPONSABLE

<u>T I P O S</u>	<u>DEFINICION</u>	<u>E J E M P L O</u>
Diagnóstico Real	Del momento actual se describe un problema confirmado por la presencia de características definitorias (signos y síntomas)	Limpieza ineficaz de la vías respiratorias R/C producción y acumulación de secreciones
Diagnóstico De Riesgo o Potencial	Juicio clínico en un individ/familia/comunidad están más predispuestos a desarrollar el problema. Es Importante identificar los factores de riesgo presentes	Riesgo de Alteración de la Integridad cutánea R/C inmovilidad y déficit nutricional
Diagnóstico de Salud o Bienestar	Juicio clínico en un individ/familia/comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel más elevado	Disposición para mejorar el autocuidado
Diagnóstico Posible	Refiere a un problema o dificultad que puede existir sospechado, pero que necesita datos adicionales para ser confirmado o descartado	Posible aislamiento social R/C quemaduras en el rostro
Diagnóstico de Síndrome	Problema clínico complejo que necesita valoraciones e intervenciones de enfermeras expertas (pueden haber DX Real o de Riesgo)	Riesgo de Síndrome de desuso Síndrome traumático de la violación

LA CONSTRUCCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA REAL

SR. "X" CONCURRE A LA GUARDIA, MANIFESTANDO DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SE ENCUENTRA AGITADO. PRESENTA MUCOSIDAD EXCESIVA Y TOS CON EXPECTORACIÓN VISCOSA. ES FUMADOR DESDE LOS 18 AÑOS DE 1 PAQUETE DIARIO, PRESENTO CUADRO GRIPAL HACE 10 DÍAS . SIGNOS VITALES ; T° 37,8, 110/60; FR=30X'; FC=90LPM., PRESENTA DISNEA Y PERMANECE SEMISENTADO PARA MEJORAR SU CAPACIDAD RESPIRATORIA. AL AUSCULTAR EL TÓRAX SE DETECTA QUE LAS VÍAS AÉREAS NO ESTÁN PERMEABLES, ENCONTRÁNDOSE CON MUCHAS SECRECIONES EVIDENCIADAS POR RONCUS

VALORACIÓN

DISNEA, AGITACIÓN, ORTOPNEA, CAMBIOS EN LA FR=30X'; MUCOSIDAD EXCESIVA, TOS EXPECTORACIÓN, PRESENCIA DE SECRECIONES Y MUCUS. ANTECEDENTES DE TABAQUISMO Y CUADRO GRIPAL HACE 10 DÍAS

SITUACIÓN
PROBLEMATICA

EXPRESIÓN QUE LOS UNE - r/c

FUENTE DE DIFICULTAD

Problema relacionado con **etiología ó causa**

Limpieza ineficaz de las vías respiratorias

r/c

Producción y acumulación de secreciones

LA CONSTRUCCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE RIESGO O POTENCIAL

SR. "Y", DE 69 AÑOS SE ENCUENTRA INTERNADO COMO CONSECUENCIA DE UNA DESCOMPENSACION DIABETICA, PRESENTANDO ADEMAS COMO ANTECEDENTE PATOLOGICO HABER SUFRIDO UN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV), HACE 2 AÑOS EL QUE LE CAUSO IMPORTANTES SECUELAS EN LA MOVILIDAD, LO QUE HACE QUE PERMANEZCA GRAN PARTE DE SU TIEMPO EN CAMA. VIVE SOLO Y ES ACOMPAÑADO UNICAMENTE POR SU HERMANA EN LAS MAÑANAS.

VALORACIÓN

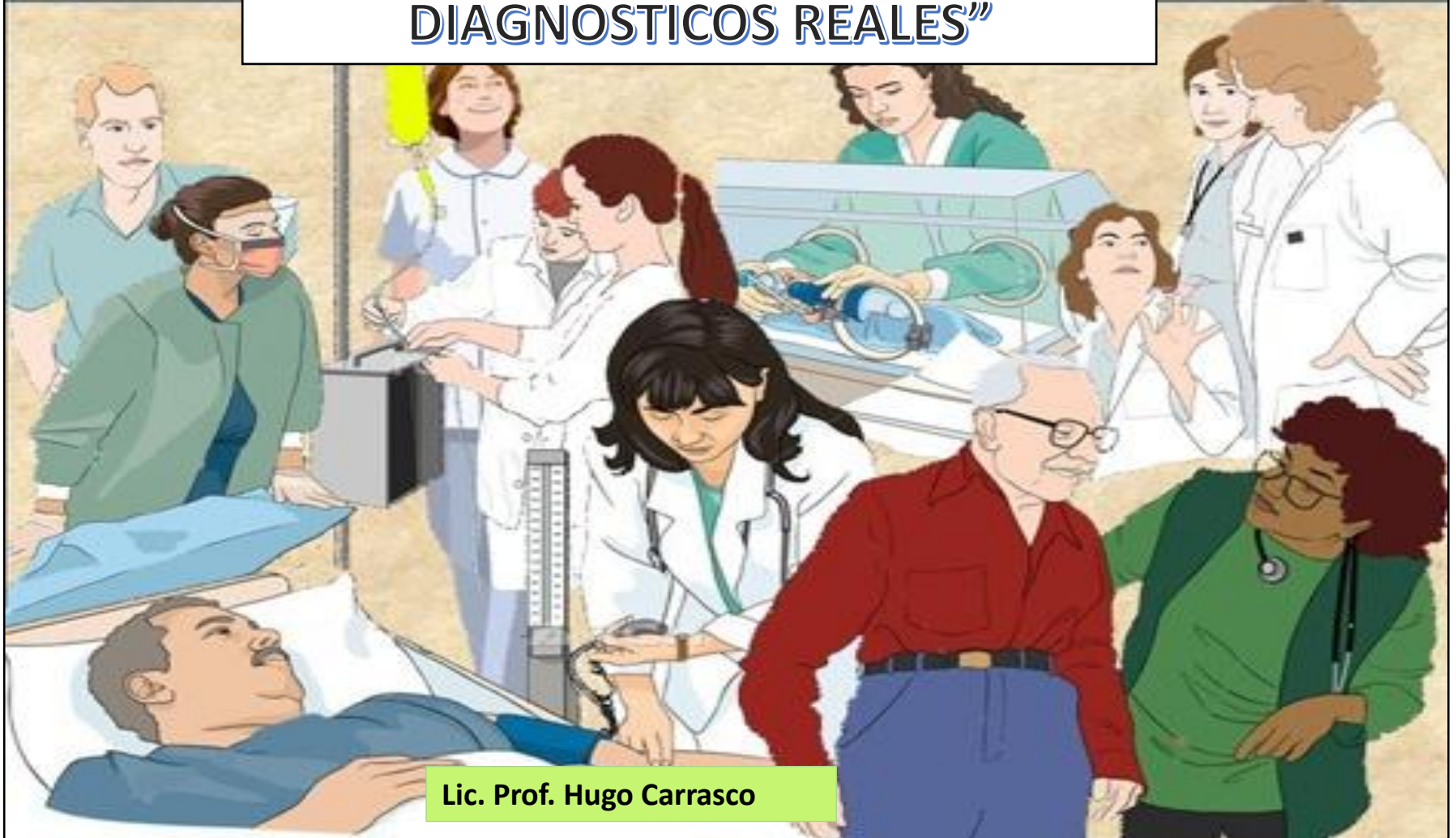
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS:

EDAD AVANZADA, INMOVILIDAD PROLONGADA POR SECUELAS DEL ACV. FALTA DE ESTIMULO PARA LA MOVILIZACION POR AUSENCIA DE COMPAÑIA



ANEXO DE LA CLASE DE P. A. E

“LA UTILIZACIÓN DEL P. E. S.
SOLO EN LA CONSTRUCCION DE LOS
DIAGNOSTICOS REALES”



Lic. Prof. Hugo Carrasco

FORMULACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS REALES DE ENFERMEROS CON EL P.E.S

Manejo del formato PES

- **P Problema: Etiqueta diagnóstica.**
- **E Etiología: Relacionado con (R/C).**
- **S Signos y Síntomas: Manifestado por (M/P).**

Formato PES



- ▣ Gordon (1976) sugirió el uso del formato PES para su descripción. Este formato, permite confirmar o validar la existencia de un diagnostico de enfermería.

LA CONSTRUCCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA REAL UTILIZANDO EL P.E.S (PROBLEMA+ETIOLOGIA+ SINDROME)

SR. "X" CONURRE A LA GUARDIA, MANIFESTANDO DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SE ENCUENTRA AGITADO. PRESENTA MUCOSIDAD EXCESIVA Y TOS CON EXPECTORACIÓN VISCOSA. ES FUMADOR DESDE LOS 18 AÑOS DE 1 PAQUETE DIARIO, PRESENTO CUADRO GRIPAL HACE 10 DÍAS . SIGNOS VITALES ; T°37,8, 110/60;FR=30X'; FC=90LPM., PRESENTA DISNEA Y PERMANECE SEMISENTADO PARA MEJORAR SU CAPACIDAD RESPIRATORIA. AL AUSCULTAR EL TÓRAX SE DETECTO QUE LAS VÍAS AÉREAS NO ESTÁN PERMEABLES, ENCONTRÁNDOSE CON MUCHAS SECRECIONES EVIDENCIADAS POR RONCUS

VALORACIÓN

DISNEA, AGITACIÓN, ORTOPNEA, CAMBIOS EN LA FR=30X'; MUCOSIDAD EXCESIVA, TOS EXPECTORACIÓN, PRESENCIA DE SECRECIONES Y MUCUS. ANTECEDENTES DE TABAQUISMO Y CUADRO GRIPAL HACE 10 DÍAS



Diagnóstico Real de Enfermería

DIAGNÓSTICO REAL.

- Representa un problema que ha sido clínicamente validado mediante el cumplimiento de características definitorias, es decir evidencias de signos y síntomas propios del diagnóstico.

ENUNCIADO EN TRES PARTES

- Etiqueta diagnóstica + r/c Etiología o causa+ m/p signos y síntomas

1

2

3

(1) Dolor crónico

relacionado con

(2) su proceso degenerativo muscular

manifestado por

(3) alteración en la capacidad de seguir con las actividades previas.

La presencia en el enunciado de signos/síntomas valida la existencia de un diagnóstico real.

DIFERENCIA DE DIAGNOSTICO REAL y DIAGNOSTICO DE RIESGO CON EL P.E.S

ESTADO O SITUACIÓN QUE TODAVÍA NO EXISTE, Y POR TANTO SOLO PUEDE SER VALIDADO POR LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO. Representa situaciones que aumentan la vulnerabilidad de un paciente Y **NO TIENE SIGNOS Y SINTOMAS**

(1) Problema→ Riesgo de deterioro de la integridad de la piel,

relacionado con

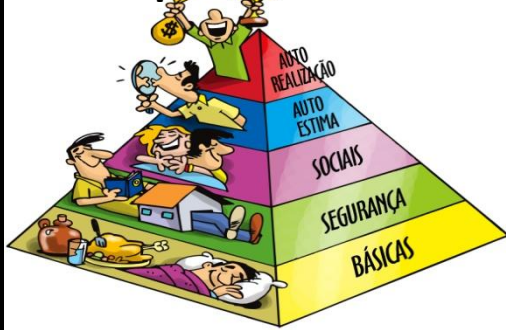
(2) Factor de riesgo→ Inmovilidad prolongada.

Nota: No tiene signos y síntomas

PLANIFICACIÓN (3ª ETAPA DEL PAE)

EL PLAN DE CUIDADOS CONSTA DEL REGISTRO ORDENADO DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA, LOS RESULTADOS ESPERADOS(OBJETIVOS) Y LA SELECCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. Tiene 4 pasos claves

1.Establecer prioridades



2.Selección de intervenciones

Lógica, secuencia y prioridad
Coherencia (diagnostico/objetivo)
Basada en principios científicos
Ser realista, individualizado según situación
Enseñanza y aprendizaje

3.Registro del plan de cuidado.

Clara, concisa, específica. Del momento.
Abreviación correcta

4. Establecimiento de objetivos, sale del problema del Diagnostico (2 formas)

Por ejemplo: un paciente manifiesta dolor en hipocondrio derecho de intensidad 7/10 se diagnostica. "Dolor r/c con proceso inflamatorio abdominal."

La persona manifestara disminución del dolor 2/10 después d 60' de iniciado el tratamiento

Centrado
en la
persona

Tiempo
Verbal
futuro

Comprobable /mensurable

Plazo de tiempo realista

***Disminuir el dolor(aquí se escribe en verbo infinitivo: ar, er, ir.)**

***Reducir el dolor...; *Calmar el dolor....etc**

**CASO: PACIENTE MASCULINO INTERNADO DESDE HACE 20 DÍAS. SE
ENCUENTRA IMPOSIBILITADO DE DEAMBULAR POR**

RIESGO DE AFECTACION DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL R/C INMOVILIDAD

PROBLEMA

OBJETIVO

**DISMINUIR EL RIESGO DE
AFECTACIÓN DE LA PIEL**



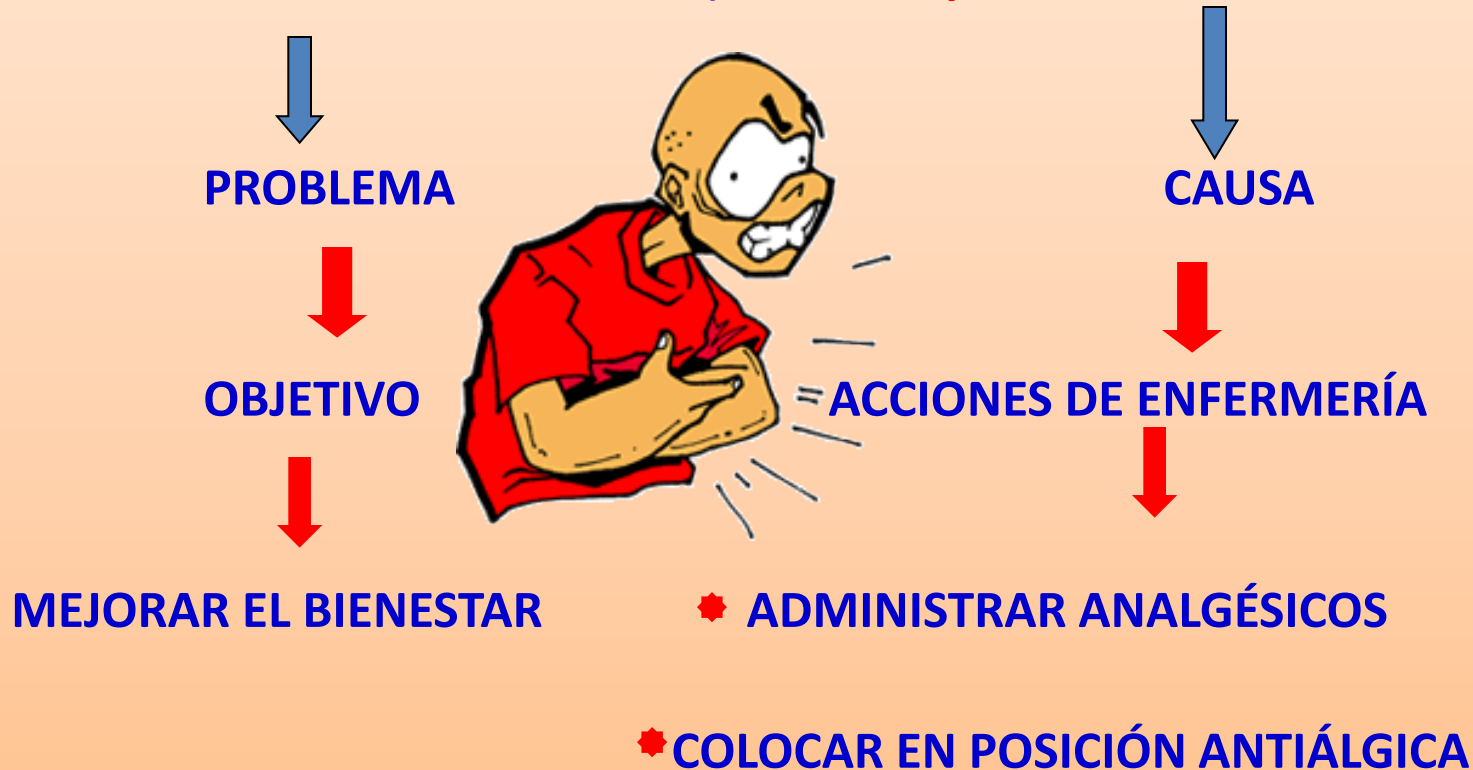
CAUSA

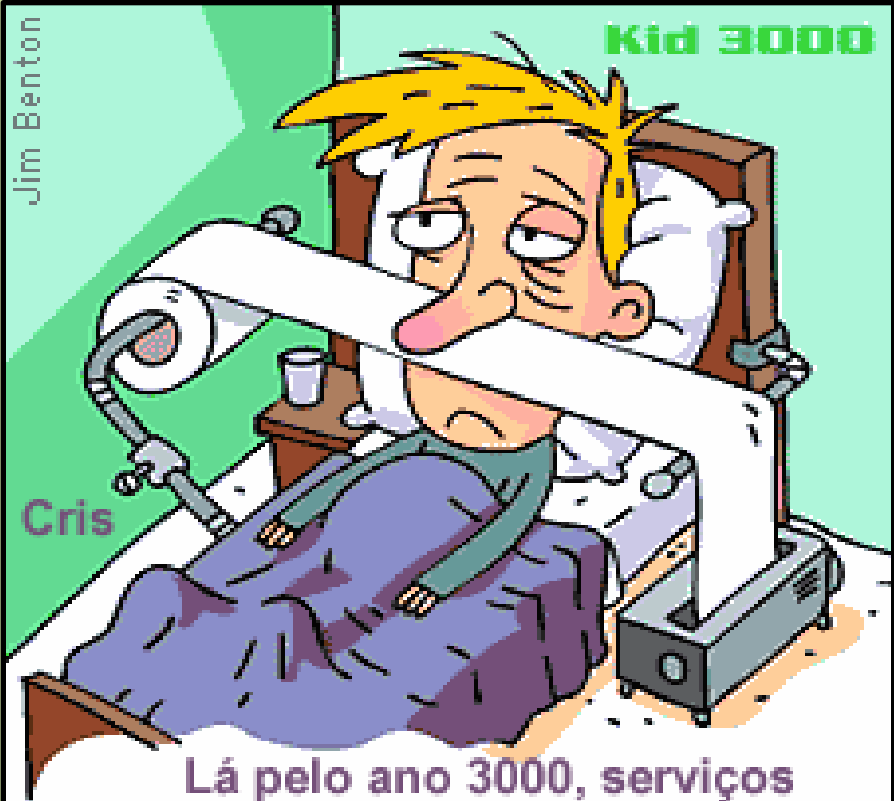
ACCIONES DE ENFERMERÍA

**AYUDAR AL PACIENTE A HACER
CAMBIOS POSTURALES C/2 HS.**

Caso: PACIENTE MASC. 39 AÑOS. CURSANDO POST OPERATORIO INMEDIATO. REFIERE DOLOR EN ZONA DE INCISIÓN QUIRÚRGICA

- **ALTERACIÓN DEL BIENESTAR, DOLOR. R/C HERIDA QUIRÚRGICA**



DATOS	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
Catarro en vías aéreas superiores. Abundante secreción	Alteración de la permeabilidad de las vías aéreas superiores <i>r/c</i> abundancia de secreciones	Mejorar la permeabilidad de las vías aéreas superiores	Controlar la frecuencia respiratoria. Auscultar ambos campos pulmon... Nebulización con solución salina según prescripción medica Colocar al paciente en posición semi fowler Aconsejar la ingesta de líquidos	el control de la fr y la auscultación permite valorar el estado de la ventilación pulmonar La solución salina favorece la fluidificación de las secrec. y amplía la luz bronquial Las secreciones se movilizan por la gravedad. Se descomprime la presión intratorácica, facilitando el movimiento diafragmático, favoreciendo la expansión pulmonar. Los líquidos fluidifican y aclaran las secreciones y pueden ser expectoradas con mayor facilidad	
 Jim Benton Kid 3000 Cris Lá pelo ano 3000, serviços especiais cuidarão de seu nariz, quando ficar resfriado. NOTA: tener en cuenta que las acciones de enfermería abarcan todos los niveles de atención. Nivel de prevención: 1º, 2º y 3º					

Presentación de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE)



Prof. Lic. Enfermero Hugo Carrasco

Necesidades de Maslow: Mnemotecnia

...UN DIA MASLOW, VIAJABA CON SU AUTO POR LA AUTOPISTA OESTE Y UN CAMIÓNERO SE LE CRUZO CON MUCHA IMPRUDENCIA, Y ESTO FUE LO QUE DIJO MUY ENÉRGICAMENTE: ...



Determinación de Prioridades : Niveles

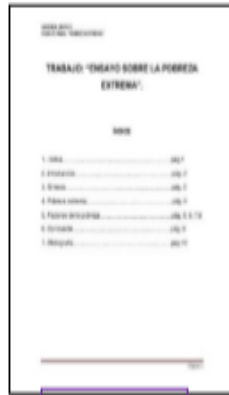
LA PIRÁMIDE DE MASLOW



Presentación de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE)



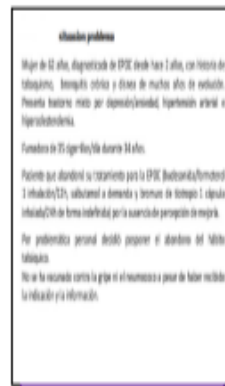
1. CARATULA



2. INDICE



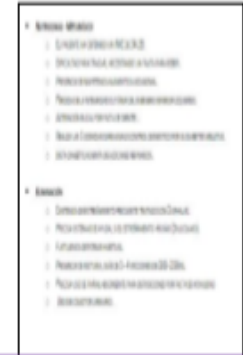
3. INTRODUCCION



4. SITUACION PROBLEMA



5. DESARROLLO



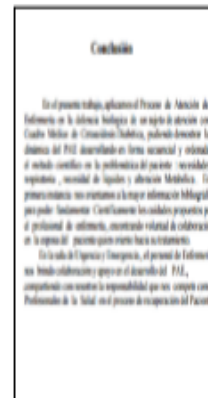
6. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Información (Subjetiva)	Observación (Objetiva)
Identificación (Nombre, Apellido)	Nombre: [Nombre]
Edad	Edad: [Edad]
Sexo	Sexo: [Sexo]
Estado civil	Estado civil: [Estado civil]
Profesión	Profesión: [Profesión]
Religión	Religión: [Religión]
Historia clínica	Historia clínica: [Historia clínica]
Examen físico	Examen físico: [Examen físico]
Examen de laboratorio	Examen de laboratorio: [Examen de laboratorio]
Examen de imagen	Examen de imagen: [Examen de imagen]
Examen de diagnóstico	Examen de diagnóstico: [Examen de diagnóstico]
Examen de tratamiento	Examen de tratamiento: [Examen de tratamiento]
Examen de seguimiento	Examen de seguimiento: [Examen de seguimiento]
Examen de evaluación	Examen de evaluación: [Examen de evaluación]

7. CONFRONTACION BIBLIOGRAFICA

VALORACION	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	PLANIFICACION		FUNDAMENTOS
		OBJETIVOS	ACCIONES	

8. PLAN DE CUIDADOS



9. CONCLUSION



10. ANEXOS



11. BIBLIOGRAFIA

Presentación de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

1. CARATULA

- ☐DEPENDENCIA
- ☐NOMBRE DE LA INSTITUCION
- ☐AUTORIDADES
- ☐ASIGNATURA
- ☐TEMA
- ☐DOCENTES
- ☐INTEGRANTES
- ☐FECHA



Gobierno
de la
ciudad de
Buenos Aires

ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERÍA CECILIA GRIERSON

(Autoridades)

Rectora

Vicerrectora

Jefe coordinadora de 2º año

.....

(Asignatura)

Enfermería Adulto Anciano (II)

(Tema). "Proceso de atención de Enfermería en

DOCENTES

.....

.....

ALUMNOS (INTEGRANTES)

.....

.....

FECHA.....

Presentación de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

2.INDICE

☐ MARGEN IZQUIERDO TODOS LOS ITEMS

☐ MARGEN DERECHO NUMERO DE PAGINA

ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVOS	3
VALORACIÓN	4
EXPLORACIÓN FÍSICA	5
HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA	9
RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO	18
DIAGNÓSTICOS	23
EVALUACIÓN	28
BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXOS	30
GLOSARIO	31

Presentación de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

3.INTRODUCCIÓN

❑ BREVE PRESENTACION DEL TRABAJO

❑ DONDE EL ELECTOR DEBE IDENTIFICAR
LOS PUNTOS SALIENTES DEL TRABAJO

❑ EL LUGAR DONDE SE LLEVO A CABO

❑ OBJETIVO DEL TRABAJO

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de enfermería se diseñó para una paciente femenina de 55 años con factores de riesgo visibles en alimentación y déficit de conocimientos importantes como mujer.

Está integrado con los objetivos que se pretenden lograr con la femenina, obtenidos a partir de la exploración física y la historia clínica que están incluidos en el mismo. Al igual de los cuatro diagnósticos realizados de diferente tipo(real, de riesgo, educación para la Salud y bienestar) incluyendo los resultados esperados y las intervenciones de enfermería que se deben de implementar.

En el último apartado se presenta la evaluación que está directamente relacionada con el logro de los objetivos planeados. Agregando como complemento un glosario de términos y un material didáctico utilizado.

- No olvidar incluir el lugar donde se llevo a cabo

Presentación de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

4.SITUACIÓN PROBLEMA

☐ DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

☐ EN EL MOMENTO DE LA ATENCIÓN MENCIONAR LAS NECESIDADES BÁSICAS DETECTADAS

☐ DATOS RELEVANTES:CLINICOS. FACTORES PSICOLOGICOS

☐ GRADO DE DEPENDENCIA.....

SITUACION PROBLEMA:

Paciente de sexo masculino de 72 años de edad, en el servicio de emergencia, con diagnóstico médico: Hemoptisis, D/C TB Neumonía, paciente refiere "no puedo respirar siento que me ahogo" lucido y orientado en tiempo, espacio y persona. Estado emocional irritable, enojado, ansioso. Se cansa con facilidad, se encuentra en posición fowler, en mal estado general, higiene corporal regular, piel pálida, cabello ligeramente sucio, disminución de la visión y disminución de la audición, pupilas isocóricas, fosas nasales permeables con presencia de cánula binasal a 5 litros, Cavidad bucal dentadura ausente, mucosas orales secas, presencia de secreciones blanquecinas en poca cantidad con tos inefectiva, disnea al ejercicio, cuello cilíndrico. Abdomen blando depresible a la palpación, miembros superiores móviles, y miembros inferiores con presencia de movimiento, disminución de la fuerza muscular.

FUNCIONES VITALES

- FC: 73X'
- FR: 26X'
- T°: 35.8°C
- P/A: 130/70 mmHg
- Saturación de O2: 75% r

Presentación de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

DESARROLLO

□ UTILIZAR LA HOJA DE VALORACION

- RECOLECCION DE DATOS
- EXAMEN FISICO
- TRATAMIENTO MEDICO
- LABORATORIO Y ESTUDIOS

CUADRO APLICANDO LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA (PAE)
Etapas I-Valoración / II-Diagnóstico de enfermería / III-Plan de cuidados / IV-Ejecución / V-Evaluación.

VALORACION
A-RECOLECCION DE DATOS
I- Datos personales (Además paciente/familiar): Fecha de recolección de datos
Apellido y nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Estado Civil _____
Servicio _____ Casa _____ Fecha de ingreso _____ Ingreso prop/agencia _____
Nacionalidad _____ Profesión _____ Domicilio actual _____
Excedencia _____ Ocupación _____ Cobertura de salud _____
II- Motivo de ingreso _____
III- Diagnóstico médico e hipótesis diagnóstica: _____

IV- Otros problemas de salud.
Antecedentes patológicos con relevancia: Alergias - DHT - HTA - Obesidad - Chagas - Inseguridad en su vida sexual - Asma _____
V- Momento de la recolección de datos: primera impresión, Situación principal y problemas que refiere durante la entrevista, descripción de la situación problemática actual _____

VI- Indicaciones médicas y plan terapéutico: _____

Exámenes complementarios _____ Otros registros o informes _____
VII- Situación actual: Observación general: Estrecho, Examen físico: inspección, auscultación, palpación, percusión (de cabeza a pies - por aperturas o orificios) _____
I.- Datos de respiración (Cardio-respiratorio):
• Respiración
Frecuencia _____ Ritmo _____ Profundidad _____ Simetría _____ Patrón _____
Vía aérea permeable _____ Secreciones _____ Tipo _____ color _____ olor _____
Expiración _____ Hipo ventilación _____ Uso mucosa _____
Cianosis _____ Asimetrías: maxilar - ventral - abdominal - costal - escapular - torácica - gástrica _____
Crepitantes: Mucosa ventral _____ Fiebre _____ Talla en T _____ Otro _____
Vía aérea artificial: Tubo de sujeción - tubo endotraqueal - traqueostomía - Otro _____
ABDM - tipo de resp. _____ Modo vent. controlado _____ asistido _____ IMV _____ PEEP _____ otro _____ Fiebre _____
Frecuencia respiración _____ presión de trabajo _____
Osmosis pleural _____ Autocentrado resp. _____
Cianosis en labios _____ Cianosis _____ Pul y mucosas _____ cianosis _____

• Condición
Frecuencia Cardíaca _____ Ritmo _____ Intensidad _____ Tensión _____ Amplitud _____
Módulo: _____ ECG: normal - alterado - ritmo _____
Color: si no localización _____
Pulso periférico _____ Ruidos cardíacos _____ Latido de punto _____
Tensión arterial _____ Insuficiencia yugular _____
Coloración de piel y muc: rosado, pálido, cianosis, lívidos, ictericia, etc. _____ Temperatura _____ Humedad _____
Temperatura: Ax. Rectal _____ Edemas _____
Cianosis: PVC _____ Col Swen Ganz _____
Reflejo capilar _____ Acorde vascular: tipo y localización _____ v. central o v. periférica _____
Indicaciones cardiacas y drogas relacionadas _____

2- Datos de neuropercepción y actividad: Nivel de conciencia (lindo, confuso, delirante, estuporoso, coma) _____
Escala de coma de GLASSGOW: Puntaje _____

Agitación verbal	Respuesta ocular	Respuesta verbal		
orientado	4	obedece órdenes	6	Orientado conciencia
al estímulo verbal	3	localiza estímulos	5	Confuso
al estímulo doloroso	2	4	Palabras inapropiadas	
	1	Responde inapropiada	3	Responde inapropiada

Presentación de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

6. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

❑ ES NECESARIO ORGANIZAR LOS DATOS PARA EL ANALISIS E INTREPRETACION, A FIN DE LLEGAR A UN JUICIO CLINICO Y ELABORAR EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

❑ EXISTEN MUCHAS FORMAS DE ORGANIZARLOS:

❖ SEGÚN "GRUPOS DE NECESIDADES:

- 1.DATOS DE OXIGENACION
- 2.DATOS DE SENSOPERCEPCION Y ACTIVIDAD.
3. DATOS NUTRICIONALES.
4. DATOS DE ELIMINACION
- 5.DATOS DE ASEO, PIEL Y MUCOSAS
- 6.DATOS DE REPOSO Y SUEÑO
- 7.DATOS PSICOSOCIALES
- 8.DATOS DE SEXUALIDAD
- 9.DATOS CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD Y DE MANTENIMIENTO DE SALUD
- 10.FACTORES DE RIESGOS

❖ SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M. GORDON (11 ITEMS)

Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon

Guía rápida

- **Patrón 1: Percepción - manejo de la salud**
(enfermedad, hospitalización, Cirugía, fármacos, riesgos y prevención, estilo de vida)
- **Patrón 2: Nutricional – metabólico**
(Temperatura –fiebre-, dieta, metabolismo, hidratación, piel, heridas)
- **Patrón 3: Eliminación**
(Estreñimiento, Diarrea, disuria, incontinencias, sonda vesical, estomas)
- **Patrón 4: Actividad – ejercicio**
(Signos Vitales Cardio Resp: TA, FC, FR, Patrón resp, Autocuidado, Movilidad)
- **Patrón 5: Sueño – descanso**
(Insomnio, Somnolencia, cansancio)
- **Patrón 6: Cognitivo – perceptual**
(Dolor, discomfort, Estado conciencia, Valoración Neurológica)
- **Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto**
(tristeza, depresión, autoimagen, autoestima)
- **Patrón 8: Rol – relaciones**
(Roles de cuidador, Abandono, familia, problemas laborales)
- **Patrón 9: Sexualidad – reproducción**
(Gineco obstetricia: Embarazo, Parto, puerperio,)
- **Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés**
(nerviosismo, miedo, duelo, afrontamiento)
- **Patrón 11: Valores – creencias**
(Sufrimiento moral, sufrimiento espiritual, religiosidad)

Marcar con una X

Patrones funcionales	X	X	X	X
	5	6	7	8
	9	10	11	

Presentación de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

7. CONFRONTACIÓN BIBLIOGRAFICA

Tabla de Confrontación de Datos

Información Bibliografía : Cetoacidosis Diabética	Datos obtenidos por la Valoración del Paciente
Diabetes Mellitus tipo I	Presenta
Hiperglucemia	Si / 6,50gr/L
Piel seca y Caliente	Presenta
Infección	Neumopatía
Ph Acido	Presenta (7,10)
Disminucion del Bicarbonato	Presenta
Abandono del tratamiento	Si
Letargo, estupor o Coma	Estuporoso, inconciente
Ingesta Alcohólica	Presenta
Taquicardia	Si / 125x' irregular
Arritmia	Presenta
Hipotensión	Si / 90/50mmHg
Taquipnea	Si / 32x'
Respiracion rapida	Presenta
Hiponatremia	Presenta
Nauseas o Vómitos	Presenta
Aliento cetónico	Presenta aliento frutal
Deshidratacion	Presenta
Diarreas	No presenta
Dolor abdominal	No evaluado
Poliuria	Si , 3000ml en 8hs
Polidipsia	Presenta
Cetonuria	+++
Cetonemia	+++
Hiponatremia	Presenta
Hipopotasemia	Presenta
Aumento del hematocrito	No presenta
Perdida de peso	No presenta
Leucicitosis	Si / 13000/mm3

Presentación de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

8.PLAN DE CUIDADOS

☐ DEBE CONFECCIONARSE EN HOJA APAISADA

VALORACION	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	PLANIFICACION		FUNDAMENTOS
		OBJETIVOS	ACCIONES	

¿CÓMO CONFECCIONAR, BIEN EL PLAN DE CUIDADOS?

1. **Formato o sentido de la hoja** .Debe estar en forma “Apaisada” (horizontal)
2. **En la columna de Valoración**(recolección de datos), no coloque todos los datos recolectados, sino, aquellos que son pertinentes (relevantes; sobresalientes, destacados), a la necesidad alterada.
Ej. En **Necesidad de Respiración**, los datos: Tos, oxigenoterapia, Nblz, FR= 30 rpm, Puff de Salbutamol, estos son relevantes.
Pero, datos como: micción escasa, “tiene sonda vesical”,
“ toma diuréticos (furosemida) , hace 6 días no elimina materia fecal”, no encuadra en esta necesidad, Estos datos tendrían que trabajarse en **Necesidades de Eliminación**.
3. **Diagnósticos** : la catedra les solicita 2 Diagnósticos Reales y 2 Diagnósticos Potenciales
4. **Objetivos** : Solo coloque 1 solo objetivo (general o especifico)por cada 1 Diagnóstico, entonces si son 2 Diagnósticos Reales , habrá 2 Objetivos , luego por los otros 2 Diagnósticos Potenciales , habrán otros 2 Objetivos.
5. **Planificación (de las acciones)**, coloque una tilde () en la columna de **Ejecución** como realizado.
6. **Ejecución (intervenciones)** . todas las intervenciones o ejecuciones deben ser , fundamentadas científicamente, es decir explicar ¿Por qué se hace? , ¿Qué importancia tiene hacerlo? ¿ Que efecto produce?. ¿ cuales son los mecanismos fisiológicos que suceden con tal intervencion? Consideraciones a tener en cuenta, etc.
7. **Evaluación**. Se supone que después del tratamiento y cumplir con los objetivos del tratamiento, se deben esperar resultados positivos o quizás “No”, lo que hace realizar un nuevo plan, pero como no podemos observar los resultados. No se hace la columna de Evaluacion. Ni tampoco , se escribe “Supuestos”

La hoja del Plan de cuidados de Enfermería

VALORACIÓN (Recolección de datos)	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	PLANIFICACIÓN		EJECU- CION	FUNDAMENTOS
		OBJETIVOS	ACCIONES		
Datos (1)	Dg (1) Real Prob R/c Etiología	Objetivo (1)	1. 2. 3. 4.	✓ ✓ ✓ ✓	1. 2. 3. 4.
Datos (2)	Dg (2) Real Alterac..... R/c Causa	Objetivo (2)	1. 2. 3. 4.	✓ ✓ ✓ ✓	1. 2. 3. 4.
Datos (3)	Dg (1) Potencial Riesgo R/c factor de Riesgo	Objetivo (1)	1. 2. 3. 4.	✓ ✓ ✓ ✓	1. 2. 3. 4.
Datos (4)	Dg (2) Potencial Riesgo R/c factor de Riesgo	Objetivo (2)	1. 2. 3. 4. 5.	✓ ✓ ✓ ✓ ✓	1. 2. 3. 4. 5.

Presentación de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

9. CONCLUSIÓN

Conclusión

En el presente trabajo, aplicamos el Proceso de Atención de Enfermería en la dolencia biológica de un sujeto de atención con Cuadro Médico de Cetoacidosis Diabética, pudiendo demostrar la dinámica del PAE desarrollando en forma secuencial y ordenada el método científico en la problemática del paciente : necesidades respiratoria , necesidad de líquidos y alteración Metabólica . En primera instancia nos orientamos a la mayor información bibliográfica para poder fundamentar Científicamente los cuidados propuestos por el profesional de enfermería , encontrando voluntad de colaboración en la esposa del paciente quien oriento hacia su tratamiento.

En la sala de Urgencia y Emergencia , el personal de Enfermería nos brindo colaboración y apoyo en el desarrollo del PAE., compartiendo con nosotros la responsabilidad que nos compete como Profesionales de la Salud en el proceso de recuperación del Paciente.

Presentación de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

ANEXO DE FISIOPATOLOGÍA

Fisiopatología

La invasión del tracto gastrointestinal por patógenos es causa de diarrea por:

1. producción de enterotoxinas que estimulan la secreción de agua y electrolitos,
2. invasión y destrucción directa de las células del epitelio intestinal,
3. inflamación local e invasión sistémica de los organismos.

Las alteraciones más graves e inmediatas asociadas a la enfermedad diarreica grave son: Deshidratación, acidosis y choque.

Manifestaciones clínicas de la diarrea.

- Diarrea leve: unas pocas deposiciones blandas cada día, sin otros signos de enfermedad.
- Diarrea moderada: varias deposiciones sueltas o acuosas al día. Temperatura normal o elevada. Náuseas e irritabilidad. No suele haber signos de deshidratación.
- Diarrea grave: deposiciones numerosas o continuas. Signos evidentes de deshidratación. Hanto sin fuerza, irritabilidad, movimientos sin objetivo y respuestas inapropiadas a las personas y cosas familiares. Puede volverse letárgico, moribundo o comatoso.

Tratamiento para la diarrea y deshidratación

El tratamiento de la diarrea se basa en corregir el equilibrio hídrico y tratar la causa subyacente.

Diarrea leve-moderada: valoración del déficit de líquidos y electrolitos; rehidratación (por VO); mantenimiento del tratamiento hídrico; reintroducción de las nutrientes normales.

Diarrea grave: aconseja la hospitalización, una evaluación amplia y tratamiento parenteral con líquidos.

Una vez que el paciente está hidratado se inician las medidas diagnósticas y terapéuticas para detectar y tratar la causa de la diarrea.

A modo de conclusión el motivo por el que ingresa el paciente es diarrea. Esto se produce a causa de la infección en el catéter implantable de la quimioterapia. El *Staphylococcus* (bacteria gram positiva) colonizó el tracto digestivo, provocando así la diarrea. Al producirse una gran cantidad de pérdidas mediante la eliminación intestinal y a su vez, no ingresar la misma cantidad de líquidos por vía oral, el paciente se deshidrata. Sumado a esto, el niño valorado tiene como patología de base leucemia, por lo que está inmunosuprimido y por ésta característica, es un paciente propenso a adquirir infecciones.

10.

ANEXOS

ANEXOS.

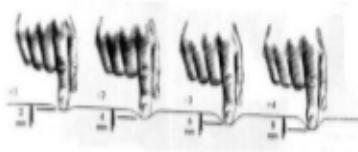


Tabla 1. Escala de Glasgow

Apertura ocular	Respuesta motora	Respuesta verbal			
Externo	4	Externo, normal	5	Orientado	5
A la voz	3	Localiza al tacto	5	Confuso	4
Al dolor	2	Localiza al dolor	4	Palabras inapropiadas	3
Ninguna	1	Desorientado	3	Responde incomprensibles	2
		Desorientado	2	Ninguna	1
		Ninguna	1		

Anexo de farmacología

Vancomicina

La vancomicina es un antibiótico glicopeptídico para uso parenteral. Es eficaz solo contra bacterias gram-positivas. La vancomicina se absorbe bastante mal por vía oral aunque ocasionalmente, se utiliza para tratar infecciones del tracto digestivo. Aunque la vancomicina se ha utilizado clínicamente desde 1956, se sigue manteniendo como antibiótico de reserva para utilizar solo en aquellos casos en que se han producido resistencias a otros antibióticos o cuando los pacientes son alérgicos a los antibióticos b-lactámicos. **Mecanismo de acción:** la vancomicina es bactericida y parece ejercer sus efectos uniéndose a los precursores de la pared celular de las bacterias, impidiendo la síntesis de estas. El resultado final es una alteración de la permeabilidad de la pared celular de la bacteria incompatible con la vida. Además, la vancomicina inhibe la síntesis del ARN bacteriano, siendo quizás este mecanismo dual el responsable de que la resistencia a la vancomicina sea muy poco frecuente. Los organismos gram-negativos no son sensibles a la vancomicina, probablemente debido que las porinas que forman los canales en la pared bacteriana son demasiado pequeñas como para dejar pasar las moléculas de gran tamaño de vancomicina. La mayor parte de las cepas de *Staphylococcus aureus* y *S. epidermidis* son susceptibles a la vancomicina, al igual que los estreptococos (incluyendo los enterococos), los *Corynebacterium*, y *Clostridium*. La vancomicina es particularmente útil en las infecciones producidas por estafilococos resistentes a las penicilinas y en las infecciones por gérmenes gram-positivos en los pacientes alérgicos a las penicilinas.

Farmacocinética: en general, la vancomicina se administra solo por vía intravenosa, aunque la administración oral es importante para tratar algunas infecciones del tracto digestivo como la colitis pseudomembranosa. La absorción oral de la vancomicina es demasiado pequeña como para que el fármaco alcance en el plasma unos niveles suficientes para ser bactericida. Sin embargo, con el tiempo, los pacientes con colitis tratadas con vancomicina muestran niveles detectables del antibiótico después de su administración oral, en particular si está presente una insuficiencia renal. La vancomicina se une en un 55% a las proteínas de plasma en los voluntarios sanos con una función renal normal. En los pacientes con infecciones, esta unión es algo menor (33-40%) dependiendo del grado de disfunción renal y del grado de hipalbuminemia. En los pacientes con la función renal normal, la semi-vida de la vancomicina en el plasma es de unos 4-6 horas. Esta semi-vida aumenta en los ancianos y en los pacientes con insuficiencia renal pudiendo alcanzar hasta las 146 horas. En los prematuros, el aclaramiento de la vancomicina disminuye a medida que la vida postconcepcional es menor. En todos estos casos, las dosis de vancomicina se deben espaciar.

La vancomicina no se metaboliza. Se excreta por filtración glomerular, recuperándose en la orina de 24 horas el 80% de la dosis administrada y una pequeña cantidad en las heces. Cuando se administra por vía oral, debido a la muy baja biodisponibilidad de este antibiótico, la mayor parte se elimina en las heces.

Indicaciones y posología: Los siguientes microorganismos son considerados susceptibles a la vancomicina: *Bacillus cereus*; *Bacillus sp.*; *Bacillus subtilis*; *Clostridium difficile*; *Clostridium*

Presentación de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

11. BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

- Informes y registros: enfermería médica I, apuntes del centro de estudiantes de enfermería universitaria; año 2003.
- Infecciones intrahospitalarias: enfermería médica I, apuntes del centro de estudiantes de enfermería universitaria; año 2003.
- Tratado de Pediatría, decimotercera edición, Richard E. Behrman y Victor C. Vaughan III. Editor: Waldo E. Nelson. Año 1986. Estados Unidos.
- Enfermería pediátrica, Waley Wong, cuarta edición, año 1995- editorial Mosby
- Fibra dietética: Dietoterapia, apuntes del centro de estudiantes de enfermería universitaria; año 2005.
- Ibuprofeno 600 mg- Prospecto farmacológico: Laboratorio Biotenk.
- Enfermería MÉDICO-QUIRÚRGICA, Patricia Gaunlett Beare- Judith L. Myers. Tercera edición. Editorial Harcourt.
- Enfermería pediátrica, apuntes del centro de estudiantes de enfermería universitaria; año 2007.

RECORDANDO... LOS TIPOS DE DATOS



Análisis e Interpretación (I)

Datos

- ☐ Sequedad de la piel
- ☐ Signo de pliegue
- ☐ Perdidas aumentadas (diarrea por gastroenteritis)
- ☐ Ingestión insuficiente de líquidos
- ☐ Disminución de la diuresis: ritmo diurético 35ml/h
- ☐ Anorexia
- ☐ Orina concentrada
- ☐ PHP SF y D5% alternado 3000 ml/ 24hs
- ☐ 76años
- ☐ Letárgico
- ☐ Taquicardia
- ☐ Hipotensión

Se deduce

que:



EL PACIENTE TIENE UNA DISMINUCIÓN DE VOLUMEN DE LIQUIDOS O ESTA DESHIDRATADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (REAL)

DEFICIT DE VOLUMEN RELACIONADO CON AUMENTO DE LAS PERDIDAS

| PROBLEMA |

| CAUSA O FACTOR ETIOLOGICO |

Análisis e Interpretación (II)

Factores de riesgo
presentes

- ☐ Edad avanzada (74años)
- ☐ Inmovilidad prolongada por ACV
- ☐ Falta de estímulo para la movilización por ausencia de la compañía
- ☐ Déficit nutricional

Se deduce

que:



Los factores presentes, hacen vulnerables a que el paciente presente lesiones de la piel por inmovilidad y déficit nutricional

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (Riesgo)

Riesgo de alteración de la integridad cutánea R/c inmovilidad y déficit nutricional

{ PROBLEMA }

{ FACTORES DE RIESGO }

PROBLEMAS RELACIONADOS CON DIFERENTES CAUSAS O FACTORES DE RIESGO.

Alteración de la nutrición en menos R/C

1. Dificultad en la deglución
2. Anorexia
3. Sensación de soledad



Riesgo potencial en la eliminación intestinal: estreñimiento R/C

1. Inmovilidad prolongada
2. Ingesta disminuida
3. Cambio en la dieta



LOS OBJETIVOS COMO CRITERIOS DE RESULTADOS

Por ejemplo en una persona que refiere dolor en hipocondrio derecho de intensidad , según escala 1/10 de 6 pts, se Diagnostica “Dolor r/c proceso inflamatorio abdominal “y se plantea el siguiente objetivo, en el cual diferenciaremos las siguientes características.

❑ CONDICIONES

- ❖ Surgen de la primera parte del diagnostico
- ❖ Centrarse en la persona
- ❖ Breves y claros
- ❖ Comprobables y medibles
- ❖ En un plazo determinado
- ❖ Realista
- ❖ Tiempos verbales (futuro)



La persona manifestará disminución del dolor (2/10) después de 60' de iniciado el tratamiento

Centrado
en el
cliente

Tiempo
verbal
futuro

Plazo de tiempo realista

Medible y comprobable

Directrices para la formulación de Diagnósticos de Enfermería (I)

1. Escribir el Diagnostico con términos que se refieran mas a las respuestas que a las necesidades

Incorrecto

Necesita nutrición adecuada

Correcto

Alteración de la nutrición por exceso, relacionada con la sobre ingesta calórica

2. “relacionado con” mejor que “debido a “ o “causado por”

Incorrecto

Riesgo de lesión, causado por alteración mental

Correcto

Riesgo de lesión, en relación con del alteración mental

3. Utilizar términos convenientes o aconsejables desde el punto de vista medico-legal

Incorrecto

Riesgo de lesión, relacionado con una tracción incorrecta de la piel

Correcto

Riesgo de lesión, relacionado con los inconvenientes de la tracción de la piel

4. Escribir el diagnostico sin emitir juicios de valor

Incorrecto

Problema de paternidad relacionado con un vinculo defectuoso con el hijo

Correcto

Problema de paternidad relacionado con separación prolongada del hijo

Directrices para la formulación de Diagnósticos de Enfermería(II)

5. Evitar invertir el orden de las frases (Problema-Causa) en la categoría diagnóstica

Incorrecto	Estado de confusión mental, relacionado con una alteración del patrón sueño
Correcto	Alteración del patrón sueño, relacionado con estado de confusión mental

6. Deben quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresen lo mismo

Incorrecto	Incapacidad de comer por si mismo, relacionado con problemas para alimentarse
Correcto	Incapacidad para el autocuidado(alimentación), en relación con el dolor a los dedos

7. El problema o la etiología se deben expresar utilizando conceptos que estén dentro del campo de actuación de enfermería

Incorrecto	Alteración en el bienestar, dolor, relacionado con herida quirúrgica
Correcto	Alteración del bienestar, dolor, relacionado con los efectos de una intervención quirúrgica.

8. No se debe incluir el diagnóstico médico en la categoría diagnóstica de enfermería

Incorrecto	Patrón de respiración ineficaz, en mas, relacionado con enfisema.
Correcto	Patrón de respiración ineficaz, en mas, relacionado con retención de secreciones

Guía Esencial del Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Las 5 Etapas del Ciclo de Cuidado



Valoración y Diagnóstico

Recolección de datos (objetivos y subjetivos) para identificar respuestas humanas y problemas reales.



Planeación y Ejecución

Establecimiento de objetivos medibles y puesta en práctica de intervenciones con fundamento científico.



Evaluación Final

Comparación de los resultados obtenidos frente a los objetivos planificados para el paciente.

Fundamentos para la Identificación de Problemas



Las 14 Necesidades de Virginia Henderson

Marco fundamental para evaluar la independencia del paciente, desde la respiración hasta el aprendizaje.



Priorización según Maslow

Jerarquización de la atención comenzando por necesidades fisiológicas básicas antes que las superiores.

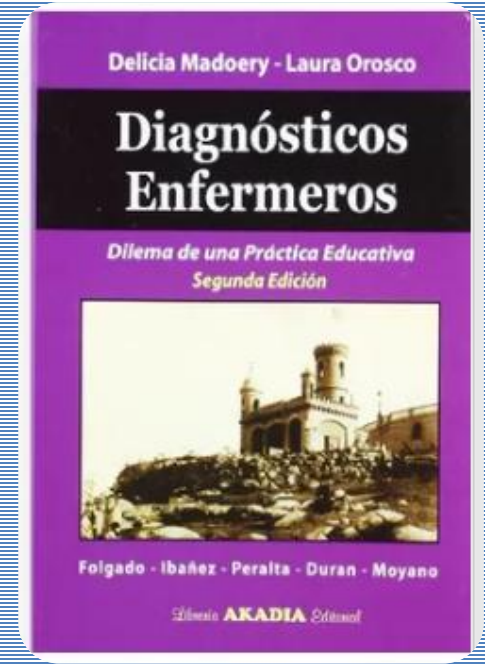
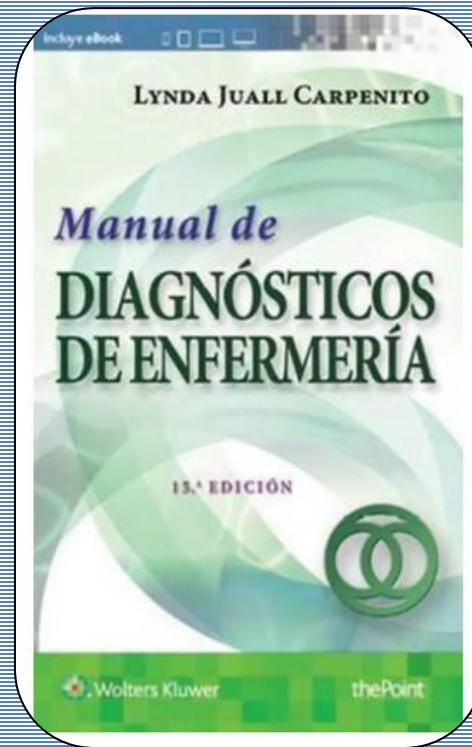
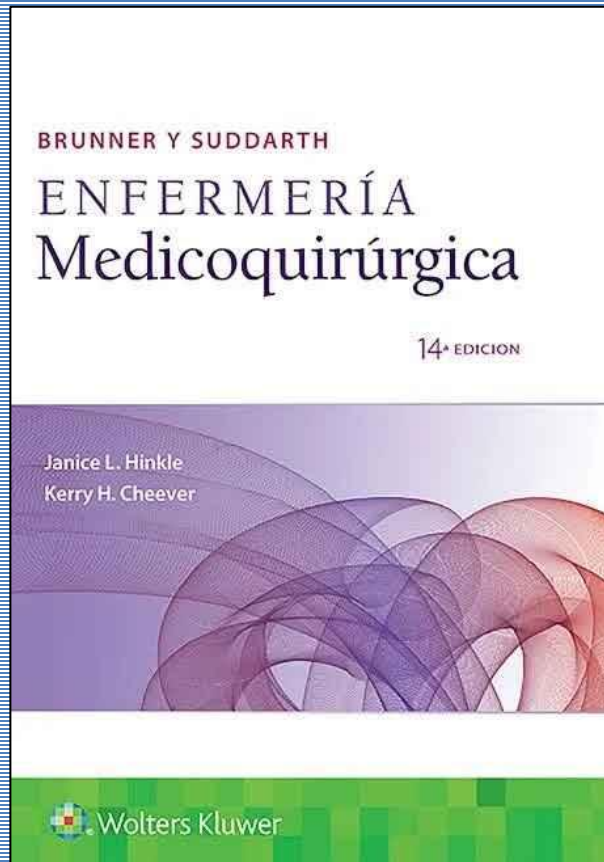


El Formato PES para Diagnósticos Reales

Estructura crítica: Problema (etiqueta), Etiología (causa r/c) y Signos/Sintomas (manifestado por m/p).

	Típo	Componentes Clave	Ejemplo
	Real	Problema + Etiología + Signos/Sintomas	Dolor crónico r/c proceso degenerativo m/p alteración de actividad.
	De Riesgo	Problema + Factores de Riesgo	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad.
	De Salud	Disposición para el bienestar	Disposición para mejorar el autocuidado.

Bibliografías recomendadas



P or

A hora

E sto...

Es... todo



Prof. Lic. Enf. HUGO CARRASCO