



Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Escuela Superior de Enfermería Cecilia Grierson
Segundo Año 2º Cuatrimestre Modalidad I T.

Rector : Lic. Prof. Jorge López

Vicerrectora TM : Lic. Prof. María Inés Díaz de Guijarro

Coordinador 2º año TM : Prof. Lic. Hugo Carrasco

Enfermería del adulto

Proceso de Atención de Enfermería

Hospital.....

Docentes : (van todos los de Enfermería)

Tema:

Alumnos Participantes

.....

.....

.....

Fecha de presentación.....

PAG. 2 . INDICE

PAG. 3. INTRODUCCION (Que sea llamativa y atrapante)

PAG. 4 . SITUACION PROBLEMA. es el momento que hicieron abordaje al paciente, es como “Tomarle una foto “ o como congelarlo” y enterarse que le sucede, se observa todo a su alrededor. Es EXPLICAR el “hoj del paciente” desde una mirada holística.

Ejemplo teórico-ilustrativo



La Sra. “Julia González” ... solo colocar siglas (J.G) de años de edad, se encuentra en la sala piso cama. en posición semiflower...lucida ubicada...nos manifiesta, que estuvo en la guardia por y hace 2 días la derivaron.....y por su su dolor permanente en el abdomen esta....., observamos que posee un acceso venoso periférico en..., tiene colocado un PHP a 21gts, está recibiendo las siguientes indicaciones medicas....., nos manifiesta que no se moviliza desde hace 4 días y.....

Otro ejemplo: Situación problema o Presentación del paciente

El día domingo 1 de octubre del 2023, ingresa por guardia del Hospital Álvarez paciente de sexo masculino de 32 años, lúcido, ubicado en tiempo y espacio, manifestando un alto dolor en el miembro inferior izquierdo.

Fue acompañado por sus amigos al hospital ya que se encontraban jugando al fútbol y en el partido un compañero le fracturó el miembro.

Es acudido y derivado al servicio de traumatología con el diagnóstico de Fractura de tibia del miembro inferior izquierdo. Luego de haberle realizado inmediatamente una tracción esquelética, que consiste con la colocación de una aguja de Kirschner en el hueso calcáneo, atravesando todo el tarso para lograr la tracción

El día martes 3 de octubre se le realiza la entrevista y anamnesis completa. El paciente se encontraba lúcido, ubicado en tiempo ,espacio y persona; en la cama 218. Refiere poco apetito y se preocupa por la pronta recuperación, desea volver a trabajar

Presenta la piel del cuerpo de color normal, e hidratada y limpia, con ausencia de hematomas.

Pag. 5. DESARROLLO

Utilizar la Guía de Valoración Integral de Enfermería del Paciente

(Esta nos va permitir, tener datos más completos, antecedentes familiares, históricos, estudios realizados, antecedentes quirúrgicos etc...)

Ejemplo

(Utilizando el formulario guía para la confección de un plan de atención aplicando las etapas de valoración del Proceso de Atención de Enfermería asignado por los docentes)

Apellido y nombre: L. T. Edad: 32 años Sexo: Masculino

Estado civil: Casado Nacionalidad: Boliviana

Servicio: Traumatología Unidad 10 y 11 Cama: 218

Fecha de ingreso: 01/010/2023

Escolaridad: secundario incompleto

Ocupación: changas en costura Obra social: No

Motivo de ingreso: dolor incesante en el miembro inferior izquierdo

Diagnóstico Médico: Fractura de tibia izquierda

Otros problemas de salud: menciona que no hay otro problema de salud

Antecedentes de enfermedad: No

Antecedentes quirúrgicos: No

Alergias: Niega tener DBT: No HTA: normotenso

Signos Vitales: - T.A.(Tensión arterial) : 120 - 70 mmHg. (normotenso)

- Temperatura axilar : 36.1° (normotérmico)

- Frecuencia Cardíaca: 74 latidos por minuto (normocardico)

- Frecuencia Respiratoria: 18 ciclos por minuto (eupneico)

* Al momento de la entrevista no presenta ninguna molestia, si un dolor muy leve luego de haber tomado la medicación, ya que se encontraba comenzando a hacer efecto.

Datos Nutricionales:

Peso: 76 kg Talla/Altura: 1,63 m estimadamente Obesidad: No

Signo de pliegue: Negativo (no presenta deshidratación) Dieta: General

Hábitos alimenticios: No es frecuente en la semana utilizar verduras,
consume por lo menos 3 frutas al día, a diario incorpora cereales y carnes.

Datos de eliminación:

Dolor abdominal: No y al miccionar tampoco

Diarrea: No

Gases: No

Etc.....

PAG. 6. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.

(Luego de conocer la Situación problema del paciente, más haber realizado la Valoración con más detalle en la Hoja o guía de recolección de datos. Ya estamos en condiciones de Analizar e interpretar, que problemas presenta el paciente y por lo tanto describir las Necesidades Satisfechas e insatisfechas y para eso utilizamos las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

Ejemplo 1:

Necesidad de respirar. Exfumador de 10 cigarrillos al día desde que se le diagnosticó un probable EPOC (no se dispone de informes ni funcionalismo respiratorio).

Sin tratamiento actual. A su ingreso vías respiratorias permeables, ritmo y profundidad normal. Eupneico. Rx de tórax sin alteraciones.

Necesidad de nutrición e hidratación A su ingreso pesa 69,4 kg y mide 170 cm. Buen aspecto de piel y mucosas. En casa sigue una dieta equilibrada en la que incluye todos los grupos alimenticios y realiza una adecuada ingesta de líquidos. No intolerancias alimenticias. Manifiesta estar preocupado y confuso acerca de qué alimentos puede comer y cuáles no, ya que las enfermeras le han comentado que a partir de ahora tiene que seguir una dieta porque tiene el K⁺ alto y su riñón no puede eliminarlo. Refiere no tener problemas para seguir una dieta si eso le va a ayudar con su enfermedad, pero no sabe si sabrá hacerlo bien: ahora que estoy ingresado me traen la dieta que debo comer, pero cuando me vaya de alta no sé si lo voy a hacer

Necesidad de.....

Necesidad	
Satisfecha	Insatisfecha
	
	

(Aquí ya podemos señalar mediante un cuadro al costado derecho cuales son las Necesidades alteradas, priorizarlas y tenerlas en cuenta para realizar nuestro diagnóstico de enfermería)

Ejemplo 2:

Necesidades Básicas de Virginia Henderson

	Necesidades Básicas	Sí	No	Justificación
1	Respirar normalmente		x	El paciente respira por sus propios medios sin dificultad alguna. Fr. Sto_2 etc
2	Comer y beber de forma adecuada		x	Dieta general e ingesta de líquidos adecuada, ingiere y mastica sin dificultad
3	Eliminar los desechos corporales	x		Se procede al uso de pañal y orinal debido a la incapacidad para concurrir al baño por permanecer en reposo con la tracción esquelética y férula de Brown

Pag. 7. CONFRONTACION BIBLIOGRAFICA

(de la enfermedad actual y tratamiento vigentes más apropiados clínicos o quirúrgicos)

Ejemplo: Si mi paciente tiene TUBERCULOSIS

Signos, Síntomas actuales en el PACIENTE . Considerando; estudios tratamiento, medicación, etc	Confrontación Bibliográfica (Texto científico // LIBRO)
Tos	Si
Dolo abdominal	No
Rx. tórax	Si
Rifampicina	Si
Etc.....	

PAG. 8. PLAN DE CUIDADOS; DEBE SER EN HOJA APAISADA u HORIZONTAL.

¿Como colocar una sola hoja vertical en horizontal (apaisada), o viceversa, sin que todas las hojas queden de una sola orientación: vertical  u horizontal  en WORD?

Les presento 2 métodos: Véase mi tutorial en YouTube

<https://www.youtube.com/watch?v=XMnZwRSo49w>



(Recuerde considerar los diagnósticos no solo reales sino de riesgo o potenciales. Organice la presentación de los diferentes diagnósticos según prioridad)

EJEMPLO DE COMO ES EL FORMATO DEL PLAN DE CUIDADOS Y EJEMPLOS DE CASOS REALES

Dato	Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica
Nombre y apellido (siglas) Edad, sexo. Signos Síntomas Farmacología Tratamiento Médico: (SNG, S. Vesical, Acceso Vascular Periférico etc.)	Problema relacionado a una causa. Diagnostico Real (P,E,S)	Los objetivos salen del problema. <u>Nota</u> : debe haber 1 solo OBJETIVO por cada Diagnostico.	Los cuidados de enfermería (independientes o interdependientes) salen de la causa. <u>Nota:</u> debe haber 5 o mas cuidados de Enfermería por cada objetivo.(enumerar) 1. 2. 3...4....5...etc	Fundamentación científica de cada cuidado de enfermería desde la búsqueda bibliográfica. Nota: deben fundamentar cada cuidado, con su respectiva enumeración 1. 2. 3...4....5...etc

Dato	Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica
Nombre y apellido (siglas) Edad, sexo. Signos Síntomas Farmacología Tratamiento Médico: (SNG, S. Vesical, Acceso Vascular Periférico etc.)	Riesgo de...r/c Factores de riesgo Diagnostico Potencial	Los objetivos salen del problema.	Los cuidados de enfermería (independientes o interdependientes) salen de la causa. IDEM	Fundamentación científica de cada cuidado de enfermería desde la búsqueda bibliográfica. IDEM

IMPORTANTE: La columna de datos debe ser enriquecida, pero con datos pertinentes al diagnóstico de enfermería

Ejemplo de Plan de cuidados en un paciente con EPOC

Plan de cuidado

VALORACION	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PLANIFICACIÓN			Ejecución	Evaluación
		OBJETIVOS	ACCIONES	FUNDAMENTO		
-Edad 60 años, femenina - Taquipnea FR= 26x' ST _{O2} = 86%, Fc =120x' - Tos productiva - dolor de pecho - Secreciones traqueo bronquiales espesas. - Sibilancias - desorientada, Ansiosa - Respiración forzada usa músculos accesorios - Cianosis en labios manos y pies. - Extabaquista de data - Uso de brasero por el frio <u>-*Diagnostico medico:</u> EPOC reagudizado <u>* Indicaciones médicas:</u> -PHP 21g + 1Clk -O ₂ por canula 6L/m -Claritromicina 500mg Ev c/12hs -NBLZ Salbutamol 15gotas c/6hs	Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Acumulación de secreciones en ambos pulmones	Mantener la limpieza eficaz de las vías aéreas	1.-Valorar y auscultar ambos campos pulmonares, una vez por turno.	1.- Esto nos permite detectar y monitorear los ruidos adventicios pulmonares (Roncus, Crepitantes o Sibilancias) determinar la suficiencia del intercambio gaseoso y el grado de obstrucción de las vías aéreas por las secreciones.	Si	
		*Otra forma más específica de expresar el Objetivo, es esta:	2.- Valorar el estado de hidratación del paciente: turgencia de la piel, membranas mucosas y lengua	2.- Nos permite ver la necesidad de líquidos y la importancia de los mismos para la fluidificación de las secreciones.	Si	
		La persona manifestara permeabilidad en las vías aéreas al cabo de 6hs de tratamiento	3.- Colocar al paciente en posición optima Fowler o Semifowler , según tolerancia del paciente.	3.- Mejora el patrón respiratorio. Se descomprime la presión intratoracica. Facilita el movimiento diafragmático y mejora la expansión pulmonar	Si	
			4.- Ayudar al paciente a realizar cambios posturales de posición	4.- Esto permite movilizar y drenar las secreciones	Si	
			5.- Administrar nebulizaciones con Salbutamol 15gotas cada 6hs.	5.- Debido a que es un fármaco Broncodilatador. Facilita el aumento del diámetro de los bronquios y disminuye así la obstrucción. Se debe valorar también los efectos secundarios en la F/ cardiaca	Si	

PAG. 9. CONCLUSIÓN

PAG. 10 ANEXOS. (Pueden anexar)

- Adjuntar una copia de la guía de valoración que utilizo
- Glosario de términos
- Descripción de la patología e Imágenes
- Farmacología de los mencionados
- Etc...

PAG. 11 BIBLIOGRAFÍAS o citación de Referencia

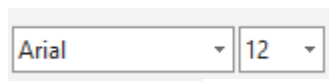
(Describirlas según normas APA)

CONSIDERACIONES SOBRE EL FORMATO DE PRESENTACIÓN DE TODOS LOS TRABAJOS PRÁCTICOS. Estas consideraciones tienen carácter obligatorio.

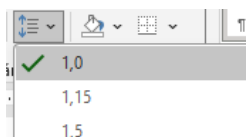
❖ Aspectos formales de escritura

- Tipo de Letra: Arial o Times New Román

- Tamaño: 12



- Interlineado 1,5



- Párrafo: justificado



- Margen: 2,5 (en todos los márgenes).
- Hoja: A4 / Posición Vertical. Plan de cuidados (horizontal)
- Nº de página: Margen inferior centrado.
- Siempre incluirá índice.
- Pie de página: con nombre del estudiante.

FIN/ TUTORIA/PAE