**Pautas para la presentación de PAE**

A.- CONSIDERACIONES SOBRE EL FORMATO DE PRESENTACIÓN DE TODOS LOS TRABAJOS PRÁCTICOS. Estas consideraciones tienen carácter de sugerencia y no se consideran obligatorias.

A. 1. Aspectos formales de escritura

a- Tipo de Letra: Arial

b- Tamaño: 12

c- Interlineado 1,5

d- Margen: 2,5 (en todos los márgenes).

e- Hoja: A4 / Posición Vertical.

f- Nº de página: Margen inferior centrado.

g- Siempre incluirá índice.

h- Pie de página: con nombre del estudiante.

i- Citación de referencias: según normas APA (American Psychological Association).

A. 2. Portada /Carátula

a- Hoja con membrete (logo de la escuela).

b- Nombre de la institución.

c- Nombre carrera.

d- Nombre de la materia.

e- Año y Turno.

f- Autoridades: Vicerrector/a; Jefa/e de año.

g- Tema del trabajo práctico.

h- Docentes.

i- Estudiante/s.

j- Fecha de entrega.

A. 3. Estructura de los trabajos prácticos

Los trabajos prácticos de las materias que los solicitaran se respetará el formato básico único, que constará de:

• Carátula

• Índice

• Introducción

• Desarrollo

• Conclusiones

• Bibliografía

• Anexo/s (si fuera pertinente).

**1. Introducción**

En este apartado se espera que el estudiante presente el tema del T.P., explicando cuál es su objetivo y el marco de la asignatura en el cual se elabora el trabajo.

En el caso del Proceso de Atención de Enfermería, podrán versar sobre el PAE en tanto método científico para brindar cuidados, su importancia para el ejercicio profesional, sus ventajas, etc.

También podrá el alumno mencionar qué circunstancias facilitadoras y/o qué obstáculos se presentaron en la elaboración del trabajo.

**2. Desarrollo**

El “Desarrollo” es el cuerpo principal del trabajo práctico, donde se tratará en profundidad –según lo solicitado por el/la docente- el tema a trabajar.

En el caso de un T.P. referido a un PAE, constará de los siguientes aspectos;

• Presentación sintética del caso

• Valoración

- Datos de observación (relato actual de lo observado)

- Datos de entrevista

- Datos de examen físico (por aparatos y sistemas)

- Datos de fuentes secundarias (resultado de estudios, laboratorios, informes, y tratamiento farmacológico).

Debe tenerse en cuenta que, al asignarse un caso, se trabajará con los datos contemplados en el mismo y que otros, como el relato del paciente a través de la entrevista, pueden estar ausentes. El o la estudiante deberá incluir solo los datos que el caso facilite.

2.1. Presentación sintética del caso

Breve exposición que caracteriza al paciente presentado sus datos principales que definen su situación de salud, el tipo de paciente y cuál es su nivel de dependencia y complejidad; como así también algún rasgo específico o diferenciador que tuviera y su contexto.

2.2. Valoración

En primer lugar se consignarán los datos de identificación del paciente.

El alumno contará con planillas guía para la valoración que podrá presentar como anexo del TP.

Al tratarse de un caso asignado, deberá completarse la guía de valoración extrayendo los datos del caso mismo. Tener en cuenta que muchos de los datos solicitados por la guía pueden estar ausente.

Tipos de datos:

1. Datos de observación (relato actual de lo observado).

2. Datos de entrevista.

3. Datos de examen físico (por aparatos y sistemas, en sentido cefalocaudal o por necesidades básicas)

Debido a basarse en un caso, debe tenerse en cuenta que algunos de estos datos pueden encontrarse incompletos o estar ausente.

4. Datos de fuentes secundarias

Incluye resultado de estudios, laboratorios, informes y tratamiento farmacológico indicado. En el caso asignado, puede que estos datos no se encuentren completos o se encuentren ausentes.

5. Se realizará el procesamiento de datos clasificándolos de acuerdo al modelo de necesidades de Virginia Henderson. El estudiante presentará los datos en un cuadro identificando las necesidades insatisfechas y estableciendo prioridades (al final del caso asignado se cuenta con un cuadro para esto).

2.3. Confrontación Teórica:

- Fisiopatología (desarrollo de la patología a partir del diagnóstico médico)

- Terapéutica (tratamiento de la patología, que puede ser clínico, quirúrgico y/ farmacológico)

- Implicancias en los cuidados enfermeros (acciones básicas o generales que puedan nombrarse de acuerdo a la patología)

- Ficha Farmacológica (desarrollo de las características principales de los medicamentos que el o la paciente del caso presentan)

Se le entregará al alumno un formato específico de la ficha farmacológica que alumno incorporará al PAE.

Constará de los siguientes aspectos:

1. Nombre de la droga

2. Acción terapéutica

3. Contraindicaciones

4. Efectos adversos

5. Vías de administración

6. Dosis mínima / máxima

7. Cuidados de enfermería: específicos relacionados a la administración de cada fármaco y sus implicancias.

2. 4. Plan de cuidados

2.4.1. Diagnóstico enfermero

Es un Juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos redactados deben cumplir con el formato de formulación y tener coherencia con las acciones planificadas.

Los componentes del Diagnóstico Enfermero son en base al formato

P E SS (basarse en las 14 necesidades de Virginia Henderson):

• P: Problema de salud (Etiqueta). Descripción concisa del Problema.

• E: Etiología. Factores que causan el problema.

• SS: Signos y Síntomas y/o Manifestaciones clínicas que se evidencian.

Ej: Incontinencia de urgencia r/c Disminución de la capacidad vesical manifestado por la incapacidad de retener la orina.

Ej: DOLOR AGUDO R/C TRAUMA EN REGIÓN LUMBAR manifestado por verbalización del sujeto de atención y facies de dolor

El término “manifestaciones” es más abarcador ya que engloba signos, síntomas y otros tipos de datos (por ejemplo: datos de tipo psico-afectivos o sociales).

2.4.2. Objetivos

Surge de la primera parte del diagnóstico (Problema) y comienza con un verbo en infinitivo.

Incontinencia r/c Disminución de la capacidad vesical manifestado por la incapacidad de retener la orina

Ej. de Objetivo: Recuperar la continencia…

2.4.3. Acciones

Responden a la etiología o a las manifestaciones clínicas, es decir surgen a partir del segundo y/o tercer componente del diagnóstico.

Cada acción deberá tener su correspondiente **fundamentación científica**.

Las “intervenciones” de enfermería agrupan conjuntos de acciones específicas relacionados a un tema.

La fundamentación científica es la explicación de porqué realiza esa acción específica de enfermería y no otra con profundidad (basarse en bibliografía oficialmente reconocida). Cada intervención de enfermería debe contar con su propia fundamentación.

Formato del PAE:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos de la valoración** | **Diagnóstico Enfermero** | **Objetivo** | **Acciones/Intervenciones/Cuidados** | **Fundamentación científica** |
| Sólo los datos alterados (signos y síntomas) que tengan relación entre sí. | Por orden de prioridad y en formato **PES** | Un objetivo general para cada diagnóstico | Todas las intervenciones posibles (dependientes, independientes e interdependientes). Debe ser exhaustivo y cubrir todos los aspectos del paciente, incluyendo recomendaciones y educación para el alta involucrando a la familia como aliado en el proceso de recuperación del paciente. | Debe explicar por qué y para qué implementa cada cuidado basándose en la **bibliografía científica**. |

Link de video para confeccionar tabla de plan de cuidados de PAE:

https://youtu.be/Qq9d9mqtKbI

**3. Conclusiones**

Se espera que el estudiante redacte una reflexión sobre el caso clínico, situación de salud sobre la que realizó el PAE. Que aprendizajes puede identificar, qué dificultades tuvo que superar, etc.

Reflexiones sobre el trabajo práctico en sí mismo.

La aspiración es que en la conclusión muestre una reflexión crítica de lo realizado y de la experiencia vivida en torno al TP.

**4. Bibliografía**

La bibliografía respetará el formato APA, numerado en base a las referencias del texto principal (este tema se puede desarrollar en las reuniones sincrónicas).

**5. Anexo/s**

En este apartado se deben adjuntar las hojas de Valoración de enfermería, registro de enfermería y balance según corresponda (no es un ítem obligatorio).

Otros documentos, gráficos, fotos, etc . sólo si aportan al trabajo.