



Nombre del alumno: Emilly Cruz Martínez

Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez

Nombre del trabajo: Proceso de Atención de Enfermería

Materia: Práctica Clínica De Enfermería II

Licenciatura: Enfermería

Parcial: I

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.)

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	Dolor agudo	PLANEACIÓN		
<p>Mujer de 63 años, con un peso de 83 kl y talla de 1.60 con 3 días de dolor agudo, en el momento de ingreso maneja FC: 78 Ltp T: 36.5 TA: 140/85</p>	<p>Etiqueta (problema) (p)</p> <p>Dolor agudo Factores relacionados (causas) (E)</p> <p>Agentes lesivos</p> <p>Características definitorias (Signos y síntomas)</p> <p>Conductas expresivas (p.ej. gemidos, llanto), expresión facial, observación de evidencias de dolor, expresa dolor.</p>	DOMINIO:12 confort	CLASE: 1 confort físico		
		CRITERIO DE RESULTADOS:			
		INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad y factores desencadenantes. 2. Observar signos no verbales de molestias, específicamente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente. 3. Asegurar que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondiente. 4. Animar al paciente a vigilar su propio dolor. 5. Mediar antes de una actividad para aumentar la participación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado. 2. Prestar atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente. 3. Utilizar agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor. 4. Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momento de tensión. 5. Alivio del dolor u disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente logra estabilizar la tensión arterial al parámetro normal. • Hay disminución de dolor y estabilidad. • Manifiesta ánimos al mejorar, con una conducta centrada y atenta. 	

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.)

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	Deterioro de la mucosa oral	PLANEACIÓN			
<p>Mujer de 63 años, con un peso de 83 kl y talla de 1.60 con una semana de deterioro de la mucosa oral, con labios resecaos, en el momento de ingreso maneja FC: 65 Ltp T: 35.9 TA: 125/83</p>	<p>Etiqueta (problema) (p) Deterioro de la mucosa oral Factores relacionados (causas) (E) Factores mecánicos (p.ej. intubación endotraqueal o sondaje oral) Características definitorias (Signos y síntomas) Halitosis, lesiones orales, malestar oral.</p>	DOMINIO: 11 seguridad/protección	CLASE: 2 Lesión física			
		CRITERIO DE RESULTADOS:				
		INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN		
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una rutina de cuidados orales 2. Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario. 3. Animar al paciente a que aumente la ingesta de agua. 4. Instruir al paciente y familiares sobre los signos y síntomas de estomatitis. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimiento y fomento de la higiene bucal y la salud dental del paciente con riesgo de desarrollar lesiones bucales o dentales. 2. Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes. 3. Ayudar a realizar actividades de vida diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente ya no persiste sequedad, irritación y las molestias bucales. • El paciente logra tener una rutina de cuidados bien. • Comienza a disminuir la irritación de las mucosas orales. 		

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.)

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	Deterioro de la deglución	PLANEACIÓN	
		DOMINIO:2 nutrición	CLASE: 1 ingestión	
		CRITERIO DE RESULTADOS:		
		INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Mujer de 63 años, con un peso de 65 kl bajo de lo normal y talla de 1.60 con problema de deterioro de la deglución, en el momento de ingreso maneja FC: 70 Ltp T: 36.2 TA: 126/85</p>	<p>Etiqueta (problema) (p)</p> <p>Deterioro de la deglución</p> <p>Factores relacionados (causas) (E) Lesión cerebral (p.ej. Deterioro cerebrovascular, enfermedad neurológica, traumatismo)</p> <p>Características definitorias (Signos y síntomas) Dificultad para deglutir, alteración en la postura de la cabeza, retraso en la deglución</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. 2. Evaluar la presencia de disfagia. 3. Mantener equipo de aspiración disponible. 4. Proporcionar alimentación en pequeñas cantidades. 5. Controlar la capacidad de deglutir del paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar la ingesta nutricional al paciente ya que no puede alimentarse por sí mismo. 2. Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración. 3. Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de una sonda de aspiración en la vía aérea oral, nasofaríngea o traqueal del paciente. 4. Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente comienza a sentir apetito. • Ingiere comida y líquidos sin dispositivo o ayuda. • Degluciones apropiadas y sin esfuerzos. • Manifiesta ánimos mejores, mostrando una conducta feliz y atenta.

BIBLIOGRAFÍA

- Libro nanda, nic y noc
- Libro Fisiología Humana
- Libro bases científicas de enfermería