

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES - ENFERMERÍA BÁSICA

Datos del participante (estudiante)	
Apellidos:	
Nombres:	
Nº de C.I.	Área de ubicación del usuario:
Fecha:	Profesor:

Sugerencias del Profesor: Domingo A. Socorro Sánchez.
socorros@ula.ve

**APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO – EJERCICIO: ESTUDIO DE CASO
ENFERMERÍA BÁSICA**

B RESUMEN DEL EXAMEN FÍSICO (cefalocaudal)					
VALORACIÓN	B.1.-Temp. (°C)	B.2.-Resp. (rpm)	B.3.-Pulso (ppm)	B.4.-P.A. (mmHg)	
	B.5.-PLANOS DE ORIENTACIÓN:				
	<i>Tiempo:</i>	<i>Espacio:</i>	<i>Persona:</i>		
	B.6.-PIEL:				
	B.7.-CABEZA - CARA:				
	B.8.-CEJAS – OJOS:				
	B.9.-NARÍZ:				
	B.10.-BOCA:				
	B.11.-OÍDOS:				
	B.12.-CUELLO:				
	B.13.-TORÁX:				
	B.14.-ABDOMEN:				
	B.15.-GENITALES:				
	B.16.-MIEMBROS SUPERIORES:				
B.17.-MIEMBROS INFERIORES:					

SISTEMAS Y PATRONES DE FUNCIONALIDAD:

VALORACIÓN	Sistema / Patrón de Funcionalidad I - RESPIRATORIO	
	I-1.- Frecuencia respiratoria (número de respiraciones por minuto –rpm-):	I-2.- Tos (presente o ausente):
	I-3.- Sonidos respiratorios (DLN dentro de los límites normales, limpios, audibles);(anormales, disminuidos, agregados anormales, especificar tipo y lugar):	I-4.- Secreciones (ausentes o presentes, especificar las características):
	I-5.- Tórax (DLN simétrico, normoexpansible, sin puntos dolorosos);(anormal, tiraje, drenaje, asimetría, dolor):	I-6.- PCO ₂ (resultado en número y unidad):
		I-7.- PO ₂ (resultado en número y unidad):
	I-8.- Descripción de parámetros (registro de parámetros normales y anormales que requieran mayor explicación en el momento de la valoración):	
	Sistema / Patrón de Funcionalidad II - CARDIOVASCULAR	
	II-1.- Frecuencia cardíaca (número de latidos cardíacos por minuto):	II-2.- Presión arterial (sistólica, diastólica y media – PAM-):
	II-3.- Pulso (normal, palpable y regular);(anormal, saltón, débil, irregular, ausente; especificar sitio):	II-4.- Ritmo del pulso (DLN, rítmicos);(anormales, arrítmicos):
	II-5.- Edema (ausente o presente, especificar si es necesario):	II-6.- Llenado capilar (llenado capilar en segundos):
	II-7.- Dolor torácico (ausente, presente, especificar):	II-8.- Sonidos cardíacos (normal, audible, sin agregados);(anormales, soplos; especificar sitio):
	II-9.- PVC (presión venosa central, valor en número y unidad):	II-10.- Descripción de parámetros (registro de parámetros normales y anormales que requieran mayor explicación en el momento de la valoración):
	Sistema / Patrón de Funcionalidad III - DIGESTIVO / NUTRICIÓN	
	III-1.- Tipo de dieta indicada (dieta prescrita):	III-2.- Alimentación habitual (balanceada=cantidad y calidad; no balanceada, especificar):
	III-3.- Suplementos dietéticos (no indicados. Indicados, especificar):	III-4.- Deglución (normal. Anormal, especificar):
	III-5.- Dentadura (completa o acorde a su edad. Incompleta. Deteriorada, especificar):	III-6.- Sonidos intestinales (DLN, aumentados, disminuidos, abolido):
	III-7.- Apetito (Normal o acorde a su edad, aumentado, disminuido, abolido):	III-8.- Peso (número y apreciación. Acorde a su edad/talla, sobrepeso, bajo peso):
	III-9.- Evacuaciones (Frecuencia. Número de evacuaciones por día. Cantidad, color, olor; especificar):	III-10.- Descripción de parámetros (registro de parámetros normales y anormales que requieran mayor explicación en el momento de la valoración):
	Sistema / Patrón de Funcionalidad IV - GENITO / URINARIO	
	IV-1.- Aspecto anatómico (DLN. Anormalidad, especificar):	IV-2.- Diuresis (frecuencia= número de micciones por día. Cantidad en ml. Color, especificar. Densidad= valor de la medición):

IV-3.-Balance hídrico (valor en número; cada 4, 6 o 12 horas):	IV-4.-Dolor (ausente. Presente; especificar):
IV-5.-Incontinencia (ausente. Presente= esfuerzo, urgencia, funcional y total):	IV-6.-Sonda, otros (ausentes. Presentes; especificar):
IV-7.-Secreciones (ausentes. Presentes; especificar características):	IV-8.-Edema (ausente. presente):
IV-9.-Retención (ausente, presente; especificar):	IV-10.- Descripción de parámetros (registro de parámetros normales y anormales que requieran mayor explicación en el momento de la valoración):
Sistema / Patrón de Funcionalidad V - COGNOSCITIVO / PERCEPTIVO	
V-1.-Estado emocional (tranquilo, ansioso, enfadado, introvertido, temeroso, irritable, inquieto, eufórico, otros; especificar):	V-2.-Nivel de ansiedad (ninguna. Leve, moderada, intensa, pánico):
V-3.-Vista (DLN. Anormalidad –ojo izquierdo, -ojo derecho; tipo de deterioro o daño):	V-4.-Oído (DLN. Anormalidad –oído izquierdo, -oído derecho; tipo de deterioro o daño):
V-5.-Uso de prótesis (ausente. Presente. Visual o auditiva):	V-6.-Barreras lingüísticas / lenguaje (ausente, presente; -lingüística- otro idioma. Lenguaje sin barreras, titubeante, confuso, afasia expresiva, otros):
V-7.-Molestia / dolor (ninguno, agudo, crónico; magnitud):	V-8.-Sensibilidad (normal, anormal –disminuida, aumentada, ausente, especificar lugar anatómico):
V-9.- Descripción de parámetros (registro de parámetros normales y anormales que requieran mayor explicación en el momento de la valoración):	
Sistema / Patrón de Funcionalidad VI - MOTORA	
VI-1.-Capacidad de autocuidado (independiente, dependiente; especificar tipo de ayuda):	VI-2.-Patrón actividad / ejercicio (activo, ligeramente limitado, muy limitado, inmóvil):
VI-3.-Hábitos de descanso (normal, anormal; especificar):	VI-4.-Deambulaci3n (independiente, deambula con ayuda, postrado _temporal o parcial):
VI-5.-Marcha (estable, inestable):	VI-6.-Fuerza de miembros superiores (normal, débil, ausente):
VI-7.-Fuerza de miembros inferiores (normal, débil, ausente):	VI-8.- Descripción de parámetros (registro de parámetros normales y anormales que requieran mayor explicación en el momento de la valoración):
Sistema / Patrón de Funcionalidad VII - INTEGRIDAD CUTÁNEA / LINFÁTICO	
VII-1.-Mucosa oral - conjuntiva (DLN. Anormal; especificar):	VII-2.-Características de la piel (color, temperatura, humedad, erosiones, lesiones, turgencia; especificar):
VII-3.-Anexos –cabello, uñas- (DLN. Anormalidad; especificar):	VII-4.-Presencia de catéteres, drenes u otros (ausente, presente, especificar características):

VALORACIÓN	VII-5.-Adenomegalias (ausente, presentes; especificar lugar anatómico):	VII-6.- Descripción de parámetros (registro de parámetros normales y anormales que requieran mayor explicación en el momento de la valoración):
	Sistema / Patrón de Funcionalidad VIII - NEUROSENSORIAL	
	VIII-1.-Estado mental (alerta, confuso, somnoliento, estuporoso e inconsciente o comatoso):	VIII-2.-Responde órdenes (si o no):
	VIII-3.-Pupilas (tamaño: normal, miótica o midriática); forma, especificar, reactivas o no reactivas, especificar):	VIII-4.-Fuerza de presión (normal, débil, ausente):
	VIII-5.-Valoración pares craneales (DLN. Anormal; especificar):	VIII-6.-Reflejos (normal, anormal; especificar grado y localización):
	VIII-7.- Descripción de parámetros (registro de parámetros normales y anormales que requieran mayor explicación en el momento de la valoración):	
	Sistema / Patrón de Funcionalidad IX - AFRONTAMIENTO / RELACIONES	
	IX-1.-Percepción de la salud (aceptación de su enfermedad, conciencia de riesgo, expectativas hacia su salud personal y familiar):	IX-2.-Mantenimiento de la salud (hábitos saludables. Aceptación o no del régimen terapéutico):
	IX-3.-Preocupaciones (trabajo, familia, espiritual, económicas u otras; breve descripción manifestada):	IX-4.-Experiencias relacionadas con el problema actual (hechos positivos o negativos relacionados con el problema actual):
	IX-5.-Sistema de apoyo (grupos, familia u otros que el usuario manifieste recibir apoyo. ninguno):	IX-6.- Descripción de parámetros (registro de parámetros normales y anormales que requieran mayor explicación en el momento de la valoración):
	Sistema / Patrón de Funcionalidad X - SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN	
	X-1.-Menarquia / sexarquia (edad de la primera menstruación. Edad de la primera relación sexual):	X-2.-Problemas menstruales / hormonales (ausentes, presentes; especificar):
	X-3.-Autoexploración mamaria / testicular (no la realiza. La realiza. DLN. Si es anormal especificar):	X-4.-Gestaciones (número de partos y abortos; especificar):
	X-5.-Número de hijos (especificar vivos muertos):	X-6.-Pareja (características de la relación):
	X-7.-Preocupación sexual (describir brevemente lo que manifieste el usuario. Ninguna. Rehúsa a hablar):	X-8.-Uso de anticonceptivos (ninguno. Si usa: especificar tipo, tiempo y si presenta complicaciones):
	X-9.- Descripción de parámetros (registro de parámetros normales y anormales que requieran mayor explicación en el momento de la valoración):	

	DESCRIPCIÓN (breve) DE LA PATOLOGÍA:
	FISIOPATOLOGÍA:
	SIGNOS Y SÍNTOMAS:
	MEDIOS DIAGNÓSTICOS:
	COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES:
	CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA:
	EXAMENES REALIZADOS:
	ORINA:
	HECES:
	SANGRE:
	ESPUTO:
	CULTIVOS:
	OTROS:
	Interconsultas:
	Estudios especiales:

VALORACIÓN	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (nombre del fármaco, clasificación, efecto en el organismo, frecuencia, dosis, vía de administración, precauciones en su uso):
	1.....
	2.....
	3.....
	4.....
	5.....
	6.....
	7.....
	DIETA:
	TIPO DE DIETA (según requerimientos: completa, hiposódica, hipoglucídica, hipocalórica, hipercalórica, hipograsa u otra):
TIPO DE DIETA (según consistencia: líquida, blanda u otra):	
Explique la relación de la dieta con la patología:	

DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (jerarquizados):
	DIAGNÓSTICOS REALES:
	DIAGNÓSTICOS DE RIESGO:
	DIAGNÓSTICOS DE SALUD:
	PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES:

PLAN DE ATENCIÓN

PLANEACIÓN	DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y/O PROBLEMA INTERDEPENDIENTE	RESULTADO ESPERADO USUARIO / ENFERMERO	INTERVENCIONES (HORARIO)	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
					C. P. EP.

Código de Ejecución: C = cumplido; P = pendiente; EP = en proceso ----- **Código de Evaluación:** RH = Respuesta Humana (mejoría – progresa – no progresa – en vía de cambio); FR = Factor Relacionado (abolido – disminuido – se mantiene); IE = Intervención Enfermera (apropiada – inapropiada).

PLAN DE ATENCIÓN

PLANEACIÓN	DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y/O PROBLEMA INTERDEPENDIENTE	RESULTADO ESPERADO USUARIO / ENFERMERO	INTERVENCIONES (HORARIO)	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
					C. P. EP.

Código de Ejecución: C = cumplido; P = pendiente; EP = en proceso ----- **Código de Evaluación:** RH = Respuesta Humana (mejoría – progresa – no progresa – en vía de cambio); FR = Factor Relacionado (abolido – disminuido – se mantiene); IE = Intervención Enfermera (apropiada – inapropiada).

PLAN DE ATENCIÓN

PLANEACIÓN	DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y/O PROBLEMA INTERDEPENDIENTE	RESULTADO ESPERADO USUARIO / ENFERMERO	INTERVENCIONES (HORARIO)	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
					C. P. EP.

Código de Ejecución: C = cumplido; P = pendiente; EP = en proceso ----- **Código de Evaluación:** RH = Respuesta Humana (mejoría – progresa – no progresa – en vía de cambio); FR = Factor Relacionado (abolido – disminuido – se mantiene); IE = Intervención Enfermera (apropiada – inapropiada).

PLAN DE ATENCIÓN

PLANEACIÓN	DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y/O PROBLEMA INTERDEPENDIENTE	RESULTADO ESPERADO USUARIO / ENFERMERO	INTERVENCIONES (HORARIO)	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
					C. P. EP.

Código de Ejecución: C = cumplido; P = pendiente; EP = en proceso ----- **Código de Evaluación:** RH = Respuesta Humana (mejoría – progresa – no progresa – en vía de cambio); FR = Factor Relacionado (abolido – disminuido – se mantiene); IE = Intervención Enfermera (apropiada – inapropiada).

PLAN DE ATENCIÓN

PLANEACIÓN	DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y/O PROBLEMA INTERDEPENDIENTE	RESULTADO ESPERADO USUARIO / ENFERMERO	INTERVENCIONES (HORARIO)	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
					C. P. EP.

Código de Ejecución: C = cumplido; P = pendiente; EP = en proceso ----- **Código de Evaluación:** RH = Respuesta Humana (mejoría – progresa – no progresa – en vía de cambio); FR = Factor Relacionado (abolido – disminuido – se mantiene); IE = Intervención Enfermera (apropiada – inapropiada).

PLAN DE ATENCIÓN

PLANEACIÓN	DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y/O PROBLEMA INTERDEPENDIENTE	RESULTADO ESPERADO USUARIO / ENFERMERO	INTERVENCIONES (HORARIO)	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
					C. P. EP.

Código de Ejecución: C = cumplido; P = pendiente; EP = en proceso ----- **Código de Evaluación:** RH = Respuesta Humana (mejoría – progresa – no progresa – en vía de cambio); FR = Factor Relacionado (abolido – disminuido – se mantiene); IE = Intervención Enfermera (apropiada – inapropiada).

EJECUCIÓN:	EVALUACIÓN:
<p>Explique brevemente cómo ejecutó las actividades planificadas.</p>	<p>Explique brevemente cuáles estrategias de evaluación empleó y cómo ajustó, de acuerdo a las respuestas humanas, los planes de atención.</p>