

FUNDAMENTOS DA ENFERMERIA

Curso 24-25



SITUACIÓN DA ENFERMERÍA EN ESPAÑA NO SÉCULO XX

1950

Crease a figura de ATS
(axudante técnico
Sanitario). Unifica as tres
profesións, e vincula os
estudios a universidade

1977

Incorporase a
universidade e créase o
título de DUE (diplomado
universitario de
enfermería)

2008

Pasa a Grao
Universitariode
Enfermería



1915

Recoñecemento oficial
do título de enfermería
(Siervas de María
Ministras de enfermos)
-Practicantes
- Matronas
- Enfermeiras

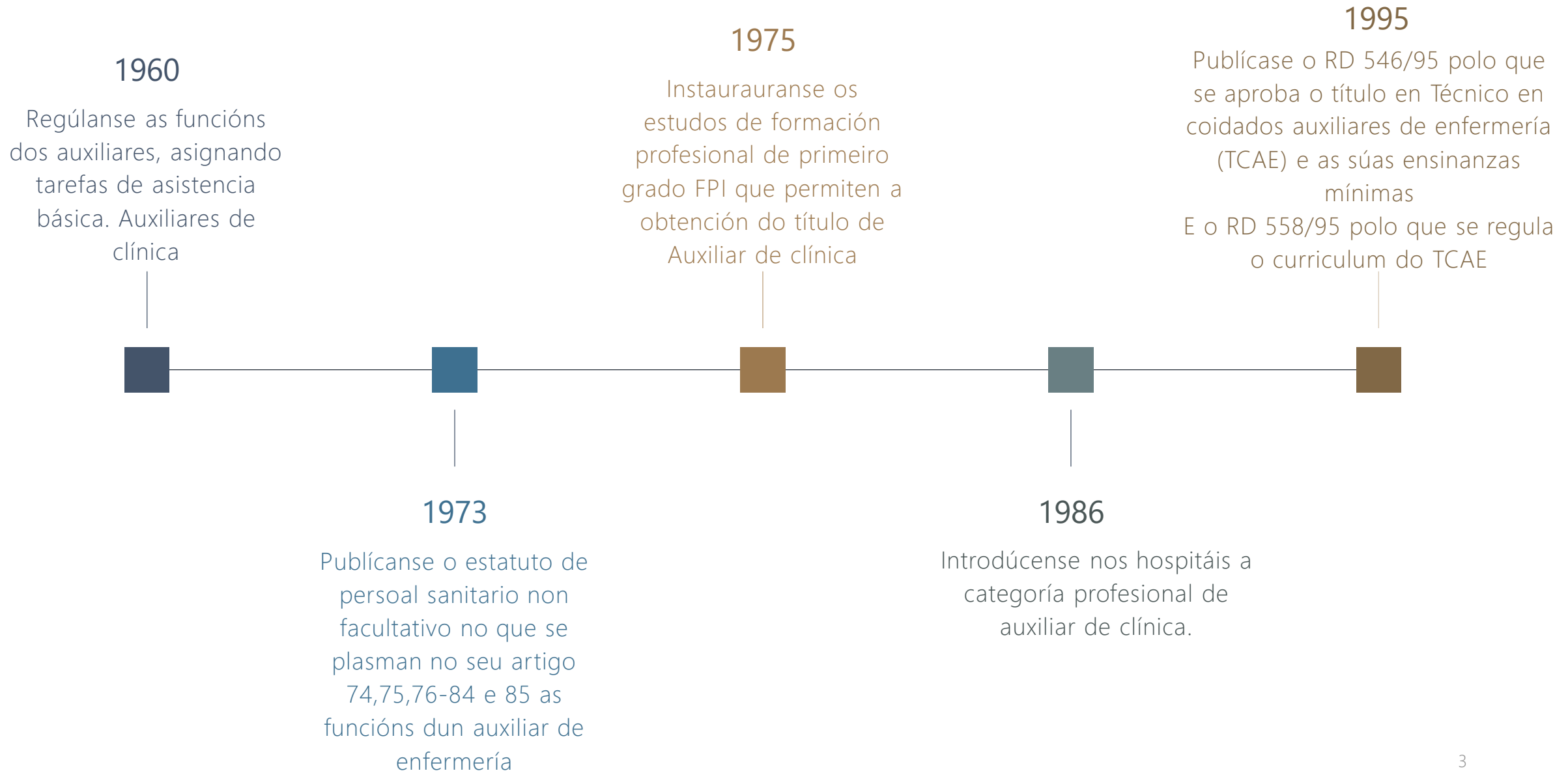
1960

Constrúense grandes
hospitais o que conleva
elevada demanda de ATS

2005

Creanse 7 especialidades de enfermería:
Obstetricia-xinecoloxía.
Saúde mental
Xeriatria xerontolóxica
Traballo e saúde laboral
Coidados médico-quirúrxicos
Familiar e comunitaria
Pediátrica

ESTUDOS DE TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA



ORDE MINISTERIAL DO 26 DE ABRIL 1973.

- Reguladas por el estatuto de personal sanitario no facultativo de la instituciones sanitarias de la seguridad social que fue aprobado por la orden de 26 de abril de 1973.
- Posteriormente fue derogado por el estatuto marco del personal Sanitario mediante la ley 55/2003 de 16 de diciembre.
- Pero... la disposición transitoria sexta (aplicación paulatina de esta ley) da validez a las antiguas funciones mientras no se formen unas nuevas.

Art. 74- Funcións xerais das auxiliares de enfermería

Corresponden a las Auxiliares de Clínica ejercer, en general, los servicios complementarios de la asistencia sanitaria en aquellos aspectos que no sean de la competencia del Personal Auxiliar Sanitario Titulada (Graduados en enfermería). A tales efectos se atenderán a las instrucciones que reciban del citado personal que tenga atribuida la responsabilidad en la esfera de su competencia del departamento o servicio donde actúen las interesadas y, en todo caso, dependerán de la Jefatura de enfermería y de la Dirección del Centro. Igualmente cumplirán aquellas otras funciones que se señalen en los reglamentos instituciones sanitarias y las instrucciones propias de cada centro, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente estatuto.

ORDE MINISTERIAL DO 26 DE ABRIL 1973.

Art. 75- Funcións nos servizos de enfermería

1. *Hacer las camas de los enfermos, excepto cuando por su estado le corresponda al DUE, ayudando a los mismos en este caso.*
2. *Realizar el aseo y limpieza de los enfermos, ayudando al Personal Auxiliar Sanitario Titulado, cuando la situación del paciente lo requiera.*
3. *Llevar las cuñas a los enfermos y retirarlas, teniendo cuidado de su limpieza.*
4. *Realizar la limpieza de los carros de cura y de su material.*
5. *La recepción de los carros de comida y la distribución de la misma.*
6. *Servir las comidas a los enfermos, atendiendo a la colocación y retirada de bandejas, cubiertos y vajilla; entendiéndose que dicha retirada se efectuará por el personal al que corresponda desde la puerta de la habitación de los enfermos*
7. *Dar la comida a los enfermos que no puedan hacerlo por sí mismos, salvo en aquellos casos que requieran cuidados especiales.*
8. *Clasificar y ordenar la lencería de planta a efectos de reposición de ropa y vestuario, relacionándose con los servicios de lavadero y planta, presenciando la clasificación y recuento de las mismas, que se realizarán por el personal de lavadero.*
9. *Por indicación del Personal Auxiliar Sanitario y Titulado colaborarán en la administración de medicamentos por vía oral y rectal, con exclusión de la vía parenteral. Asimismo podrán aplicar enemas de limpieza, salvo en enfermos graves.*
10. *Colaborar con el Personal Auxiliar Sanitario Titulado en el rasurado de los enfermos*
11. *Colaborar con el Personal Auxiliar Sanitario Titulado y bajo su supervisión en la recogida de los datos termométricos. También en datos que llamen su atención, que transmitirán a dicho personal, en unión de las manifestación espontáneas sobre sus síntomas.*
12. *Trasladar, para su cumplimiento con los celadores, las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores*
13. *En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y del DUE, en cuanto no se opongan lo establecido en el presente Estatuto. Ej.: ordenación del almacén de una planta*

ORDE MINISTERIAL DO 26 DE ABRIL 1973.

Art. 76- Funcións dos auxiliares nos departamentos de quirófanos e esterilización.

1. *El cuidado, conservación y reposición de batas, sabanillas, toallas, etc.*
2. *El arreglo de guantes y confección de apósitos de gasa y otro material.*
3. *Ayudar al Personal Auxiliar Titulado en la preparación del material para su esterilización.*
4. *La recogida y limpieza del instrumental empleado en las intervenciones quirúrgicas, así como ayudar al Personal Auxiliar Sanitario Titulado en la ordenación de las vitrinas y arsenal.*
5. *En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y del DUE, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.*

Art. 77- Funcións dos auxiliares no departamento de Tocoloxía (obstetricia)

1. *Recogida y limpieza de instrumental*
2. *Ayudar al Personal Auxiliar Sanitario Titulado en las atenciones a las enfermas y en la limpieza de aparatos.*
3. *Acompañar a las enfermas Y recién nacidos a los servicios y plantas que les sean asignados, atendiéndolos y vigilándolos hasta que estén instalados en donde les corresponda.*
4. *Vestir y desvestir a las embarazadas, así como el aseo y limpieza de estas.*
5. *Pasar a las camas a las parturientas, ayudadas por el Personal Auxiliar Sanitario Titulado.*
6. *Cambiar las camas de las enfermas en los departamentos de dilatación, con la ayuda de la matrona, cuando el estado de la enferma lo requiera.*
7. *Poner y quitar cuñas. Limpieza de las mismas.*
8. *Colaborar en el rasurado de las parturientas y en la aplicación de enemas de limpieza.*
9. *Cambiar la ropa de cama y compresas y ropas de las parturientas con ayuda del DUE, cuando se requiera.*
10. *En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y del DUE, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.*

ORDE MINISTERIAL DO 26 DE ABRIL 1973.

Art. 78- Funcións dos auxiliares no departamento de Radio-electrografía

1. *Ayudar al Personal Auxiliar Sanitario Titulado en las atenciones a los enfermos.*
2. *Ayudar en la preparación de los chasis radiográficos, así como al revelado, clasificación y distribución de las radiografías y a la preparación de los aparatos de electromedicina.*
3. *En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y del DUE, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto*

Art. 79- Funcións dos auxiliares no departamento de Laboratorio

1. *Realizar la limpieza y colaborar con el Personal Auxiliar Sanitario Titulado en ordenación de la frasería y material utilizado en el trabajo diario y, en general, todas aquellas actividades que, sin tener carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y del DUE*

Art. 80- Funcións dos auxiliares no departamento de Admisión

1. *Acompañarán a los enfermos a las plantas y Servicios que les sean asignados, siempre que no sean trasladados en camilla, y, en general, todas aquellas actividades que, sin tener carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y del DUE.*

Art. 81- Funcións dos auxiliares no departamento de CCEE.

1. *Ayudar al Personal Auxiliar Sanitario Titulado en su contenido respecto a aquellos enfermos susceptibles de hospitalización y, en general, realizarán todas aquellas actividades que, sin tener carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y del DUE*

ORDE MINISTERIAL DO 26 DE ABRIL 1973.

Art. 82- Funcións dos auxiliares no servizo de Farmacia.

1. *Colaborar con el Personal Auxiliar Sanitario Titulado o Auxiliar de Farmacia en la ordenación de los preparados y efectos sanitarios*
2. *Contribuir al transporte de los Preparados y efectos sanitarios siempre que su volumen y su peso no excedan de los límites establecidos en la legislación vigente*
3. *Atender a las demás relaciones de la Familia con plantas de Enfermería y Departamentos y servicios de la institución.*
4. *En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y DUE, en cuanto no se oponga en lo establecido al presente estatuto*

Art. 83- Funcións dos auxiliares no departamento de Rehabilitación

1. *El aseo y limpieza de los pacientes.*
2. *La limpieza y ordenación del material utilizado en la Unidad, bajo la supervisión del Personal Auxiliar Sanitario Titulado.*
3. *Ayudar a dicho personal en la colocación o fijación del paciente en el lugar especial de su tratamiento.*
4. *Controlar las posturas estáticas de los enfermos, con supervisión del Personal Auxiliar Sanitario Titulado.*
5. *Desvestir y vestir a los pacientes cuando lo requiera su tratamiento.*
6. *Recoger y reponer las ropas de uso en la Unidad.*
7. *En general, todas aquellas actividades que, sin tener carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y del DUE.*

ORDE MINISTERIAL DO 26 DE ABRIL 1973.

Art. 84- Funcións dos auxiliares nas institucións sanitarias abertas (ambulatorios)

1. *La acogida y orientación personal de los enfermos.*
2. *La recepción de volantes y documentos para la asistencia de los enfermos.*
3. *La distribución de los enfermos para la mejor ordenación en el horario de visita.*
4. *La escritura de libros de registro, volantes, comprobantes e informes.*
5. *La limpieza de vitrinas, material e instrumental.*
6. *La preparación de ropas, venda, apósitos y material de cura.*
7. *Recogida de datos clínicos, limitados exclusivamente a los termométricos y a aquellos signos obtenidos por la inspección no instrumental del paciente, para cuya obtención hayan recibido indicación expresa del DUE, así como orientación del Médico responsable.*
8. *Recogida de los signos y manifestaciones espontáneas de los pacientes sobre sus síntomas, y limitándose a comunicarlos al Médico o DUE de quien dependan.*
9. *En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario vienen a facilitar las funciones del Médico y del DUE, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto*

Art. 85- Prohibicións referidas os auxiliares de enfermería

1. *Administración de medicamentos por vía parenteral.*
2. *Escarificaciones, punciones o cualquier otra técnica diagnóstica o preventiva.*
3. *La aplicación de tratamientos curativos de carácter no medicamentoso.*
4. *La administración de sustancias medicamentosas o específicas, cuando se requiere instrumental o maniobras cuidadosas.*
5. *Ayudar al personal médico en la ejecución de intervenciones quirúrgicas.*
6. *Auxiliar directamente al Médico en las consultas externas.*
7. *En general realizar funciones de la competencia del Personal Auxiliar Sanitario titulado, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.*





OS MODELOS DA ENFERMERIA

A ENFERMERÍA

O concepto principal da enfermmería centra o seu interés no coidado da persoa que en contínua interacción co seu entorno vive súas experiencias de saúde.

A enfermmería o longo do tempo desenvolveuse como ciencia e como profesión, porén ten que ser respaldada por unha teoría (que lle de un sentido, cunha metodoloxía.) e por suposto por unha práctica (o que lle fai funcional e útil)

Debido o constante cambio na profesión é necesario unificar os criterios que unifiquen e sistematicen a práctica.



MODELOS E TEORÍAS

Un modelo es una representación simplificada de algún sistema o proceso, mientras que una teoría es un conjunto de principios o ideas que se utilizan para explicar un fenómeno o conjunto de hechos



FLORENCE NIGHTINGALE: TEORÍA DEL ENTORNO

Propuso a primeira th de enfermería a mediados do século XIX.

Basease en asegurar unhas **condicións positivas**: entorno positivo e saudabel que actúen na saúde do paciente.

FUNCIÓN DA ENFERMEIRA: Asegurar ese entorno positivo e saudabel para o enfermo. Luz, condiciones hixiénicas, tranquilidade, ventilación,

Tamén considerar aspectos sociais como as relaciones interpersonales e aspectos emocionais como música, lecturas...



1897- 1996 en EEUU

VIRGINIA HENDERSON: TEORÍA DAS NECESIDADES HUMANAS

Estuda enfermérica en 1920 na escola da Armada, traballa como profesora en varias universidades americanas e especialmente na de Columbia entre 1934 e 1948.

-É o modelo máis extendido e o de maior influencia en España. Máis que un modelo considerase unha filosofía.

-Baséase nas **14 necesidades básicas**, que o considera como requisito da saúde. Similares as necesidades da pirámide de Maslow.

Que ocorre nun enfermo?: Perde forza física de autonomía: como ton muscular, capacidade psicomotriz... ou psíquica (capacidade intelectual, cognitiva, afectiva....). Falta de coñecementos (grao de percepción da situación, falta de recursos internos e externos, falta de información...)

FUNCIÓN DA ENFERMEIRA: Suplencia ou axuda nas funcións que non poida realizar. Lograr a independencia do paciente na menor brevedade posibel.

TEORÍAS DAS 14 NECESIDADES BÁSICAS



1. RESPIRAR NORMALMENTE

Objetivo: Conocer la función respiratoria de la persona.



Valorar patrón respiratorio
Permeabilidad de la vía aérea
Hábito Tabáquico
Factores medioambientales...



2. COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

Objetivo: Conocer los hábitos de nutrición e hidratación de la persona, teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según edad, sexo y estado de salud.



Valorar tipo de dieta
Inapetencias
Problemas para comer
Peso - IMC...



3. ELIMINAR LOS DESECHOS CORPORALES

Objetivo: Conocer la efectividad de la función excretora de la persona (orina, heces, piel, respiración pulmonar y menstruación).



Valorar patrones de eliminación



4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Objetivo: Conocer las características de la actividad y ejercicio habituales de la persona.



Actividad diaria
Actividad física
Limitaciones



5. DORMIR Y DESCANSAR

Objetivo: Conocer la efectividad del sueño y reposo habitual de la persona.



Valorar hábitos de sueño
Problemas de conciliación
Ayudas para dormir



6. ELEGIR LA ROPA ADECUADA

Objetivo: Conocer capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas, así como capacidades y habilidades físicas suficientes para ponerse y quitarse la ropa.



Capacidad para vestirse y desvestirse
Elección adecuada de la ropa

TEORÍAS DAS 14 NECESIDADES BÁSICAS



TEORÍAS DAS 14 NECESIDADES BÁSICAS

	12. AUTOREALIZACIÓN Objetivo: Conocer la capacidad de actuar del individuo para que se sienta satisfecho consigo mismo y con el rol que le toca desempeñar.		Rol laboral Deseo de superación Autoestima
	13. OCIO Y RECREO Objetivo: Conocer las aficiones y actividades de entretenimiento de la persona.		Actividades de ocio realizadas Tiempo dedicado al ocio
	14. APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD Objetivo: Conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para su salud, así como las limitaciones para el aprendizaje		Valorar conocimientos, capacidades y limitaciones



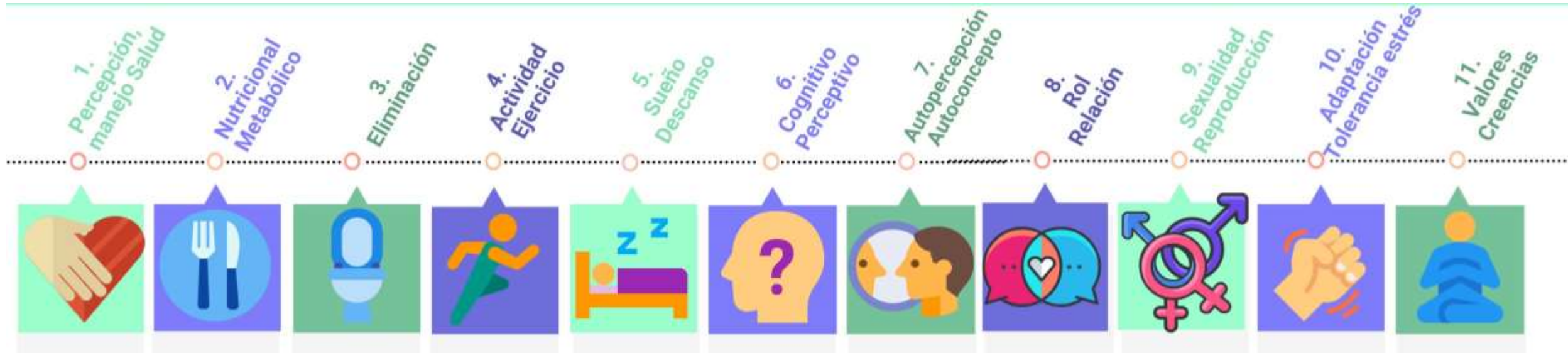
MARJORY GORDON: TEORÍA DOS PATRÓNS FUNCIONAIS

Foi unha teórica e profesora estadounidense, que creou a teoría da valoración de enfermía que se usa actualmente: *Gordon's functional health patterns* ou a *Teoría dos patróns funcionais de M. Gordon*.

Foi a primeira presidenta do NANDA e membro da Academia Americana de Enfermería dende 1977.

1931- 2015 en EEUU

OS PATRÕES FUNCIONAIS DE MARJORY GORDON



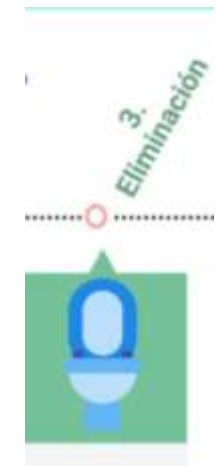
OS PATRÓNS FUNCIONAIS DE MARJORY GORDON



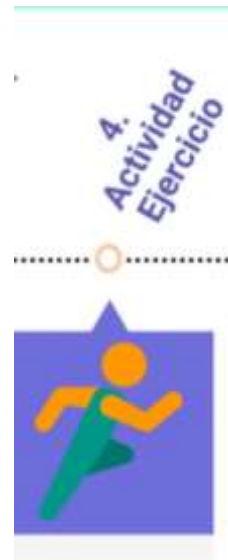
Patrón de saúde e benestar percibido polo individuo e/ou polo coidador principal: inclúe a percepción do estado de saúde, actividades da vida cotiá e comportamentos como hábitos tóxicos, adherencia terapéutica...
Na valoración tamén se presta atención o risco de sobrecarga do coidador principal, a aparencia do domicilio, risco de caídas...



Valoración da inxesta de alimentos e bebidas dependendo do estado metabólico. Inclúe:
- Intolerancias alimentarias, hábitos dietéticos.
- Estado da pel, mucosas, pelo, uñas e dentes
- R/C actividade e exercicio e o autocoidado e autoconcepto.
Valorase o IMC e o tipo de alimentación (parenteral, IV...)

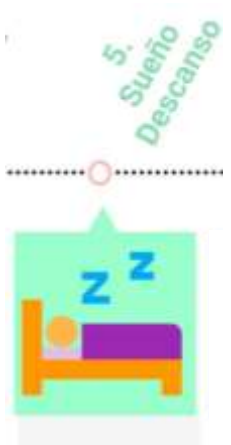


Valora os hábitos de eliminación intestinal, urinaria e cutánea e os cambios detectados (frecuencia, cantidade, características...)
Se inclúe o uso de medidas auxiliares (sondaxe...) ou uso habitual de laxantes.
Se procede se valora o lugar de eliminación dos refugallos no fogar ou na comunidade.

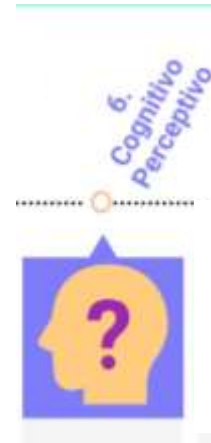


Valoración do tempo libre, exercicio, ocio...Actividade física diaria (cociñar, hixiene, comprar, comer...), cantidade e calidade do exercicio e tamén ter en conta o déficit neuromuscular, riscos cardiopulmonares...
Uso de cuestionarios como ABVD (actividades básicas da vida diaria). Identificar tamén a ventilación ineficaz.
Grado de mobilidade, tono muscular, frecuencia cardiaca, pulso...

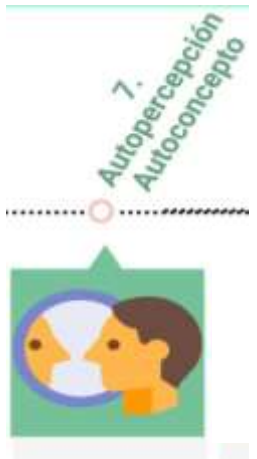
OS PATRÓNS FUNCIONAIS DE MARJORY GORDON



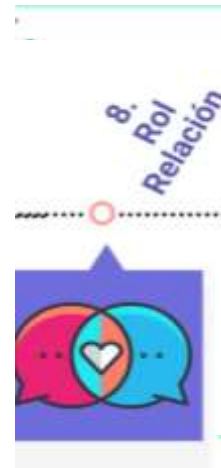
Inclúese os patróns de sono, percepción de cantidade e calidade do sono e necesidade de axuda para durmir. Dende a perspectiva do enfermo ata a do coidador.



Inclúense os patróns sensitivo-perceptuales e cognitivos. Inclúense os órganos dos sentidos (vista, oído, gusto...) e o uso de próteses. Tamén a percepción da dor. E as capacidades cognitivas como a memoria, linguaxe, xuízos e a toma de decisións. Identificar as descrições subxectivas, as activades compensatorias e a capacidade de autocoidados. Test de Pfeiffer (para as capacidades cognitivas) e a escala de EVA (Dor).



Descríbese como se percibe o paciente (físico, cognitivo e afectivo). Inclúense o patrón emocional xeral, o autoconceito pola enfermidade e a postura corporal e movemento ante o contacto visual, conversación... Identificar os factores que se perciben como ameazas ou autoavaliacións negativas. Pódese usar a escala de Golberg no caso de alteracións no estado de ánimo e ansiedade.



Avaliase o patrón de compromisos de rol. Inclúense a percepción da persoa do seu rol e responsabilidades. Tamén a satisfacción e relacións familiares e r/c tolerancia o estres. Se identifican os riscos e problemas percibidos polos datos recollidos. Se se sospeita de risco familiar usase a escala APGAR. Se se sospeita de deterioro das relacións sociais ou illamento usase a escala Gijón; e se é cansazo do rol do coidador a escala Zarit

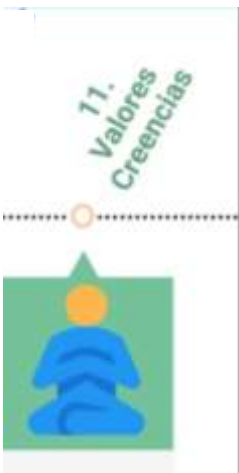
OS PATRÓNS FUNCIONAIS DE MARJORY GORDON



Describe os patróns de satisfacción ou insatisfacción da sexualidade. Inclúense o estado reprodutor das mulleres (menopausa, amenorrea...). Importante a expresión da percepción dos problemas a casqueira idade.



Describe o patrón xeral de respostas de adaptación dun individuo ante acontecementos, enfermidades ou tratamentos. Inclúe a capacidade para aceptar os cambios e o uso de actividades que poidan axudar (exercicios de relaxación, grupos de axuda...). Pódese usar o Test EADG-subescala de ansiedade de Golberg.



Describe o sistema de valores e crenzas (espiritualidade tamén). Valorase se existe discrepancias entre o sistema de crenzas e as necesidades de saúde.

VALORACIÓN
DIAGNÓSTICOS
RESULTADOS
INTERVENCIONES
AVALIACIÓN

O PROCESO DE
ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA

NOTA: EN ENFERMERÍA ACÉPTASE O FEMININO COMO TÉRMINO QUE ENGLOBA A TODO Ó COLECTIVO,
POLO QUE SE FALA DE ENFERMEIRAS

DEFINICIÓN E CARACTERÍSTICAS

O **proceso de atención de enfermería ou PAE**, é un método científico que se aplica nos coidados de enfermería, e permite que a asistencia se leve a cabo dunha forma ordeada, organizada e sistemática.

CARACTERÍSTICAS DO PAE

SISTEMÁTICO

O plantexamento e as actividades seguen un orden lóxico

FLEXIBLE/DINÁMICO

Se adapta os cambios que producense na evolución dos procesos de saúde

CENTRADO NO PACIENTE

Céntrase nos problemas de saúde do paciente (non nas técnicas)

Da importancia a participación activa do paciente

VANTAXES DO PAE

Para o paciente

- Mellora a calidade de atención o paciente
- Centrada na atención individualizada, baseada nos problemas de saúde do paciente
- Fomenta a participación do paciente
- Favorece a comunicación do enfermeiro co paciente
- Permite identificar os responsables dos coidados

Para o persoal de enfermería

- Permite coordinar os membros do equipo
- A planificación permite o aproveitamento do tempo e dos recursos
- Asegura a atención continuada e integral
- Evita erros, omisións e repeticións.
- Permite que mellore o traballo da enfermería, (aumenta a satisfacción personal dos profesionais)

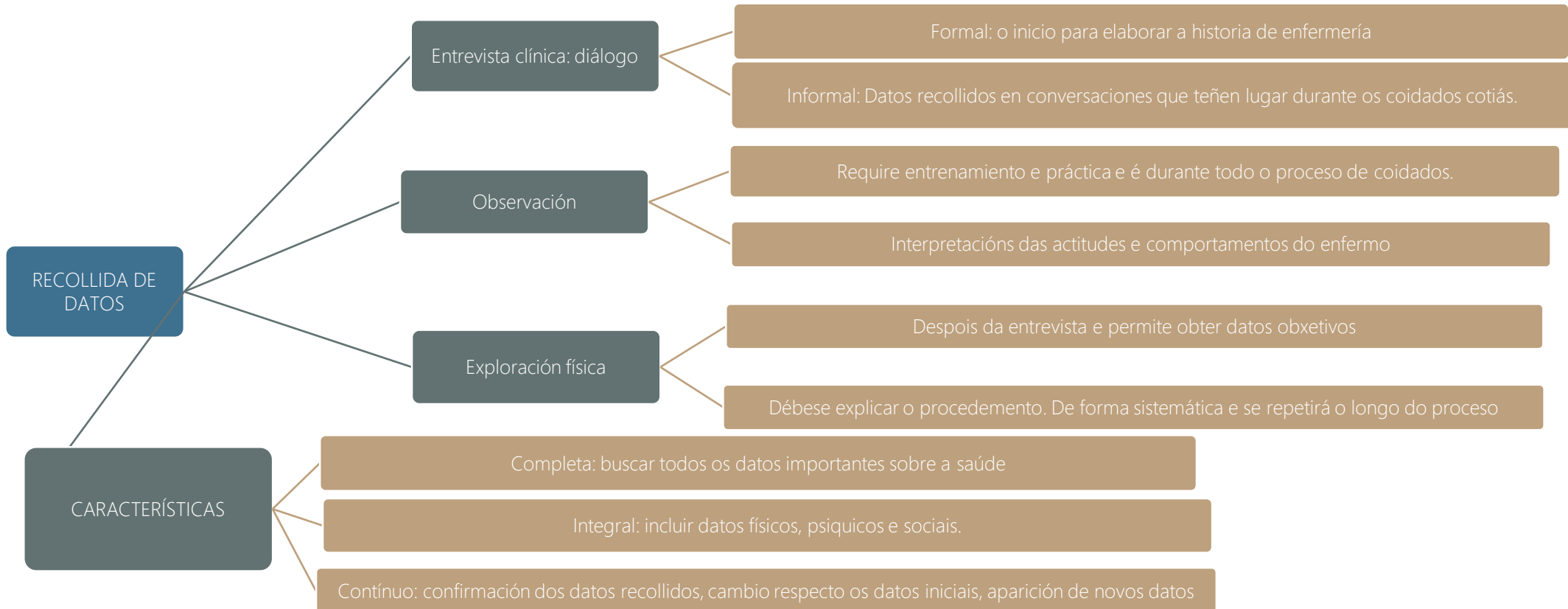
ETAPAS DO PAE



1. VALORACIÓN

1. VALORACIÓN

É a parte máis importante na realización dos Plans de Coidado, xa que nunha boa valoración inicial, detectaranse os **Problemas de Saúde** que se traducirán posteriormente nos Diagnósticos Enfermeiros.



1. VALORACIÓN

A RECOLLIDA DE DATOS

1. Faise o inicio e durante toda a estancia do paciente no hospital.
2. Esta valoración inicial é de orientación e breve pero aínda así debe ser COMPLETA e SISTEMÁTICA.
 1. Facer unha primeira valoración diagnóstica
 2. Atender as necesidades básicas do enfermo de **forma integral** (físico, psíquico e social)
 3. Valorase: consciencia, respiración, grado de independencia, dolor, rede de apoio.
3. Fontes da recollida:
 1. Do enfermo.
 2. Dos familiares e achegados (sobre todo en nenos, ancián, problemas cognitivos, estado de consciencia...)
 3. Outros membros do equipo que interactúan co paciente
 4. Historia clínica do paciente.
4. Datos útiles para aplanificación dos coidados: *Imaxina un paciente triste porque non pode ter fillos, o importante é saber como esa tristeza esta a afectar o sono, alimentación... pero non é función do TCAE as causas da infertilidade.*
5. O longo de todo o procesoda evolución da enfermidade: confirma impresións, coller mais datos ou cambiar de impresión nalgún deles.
6. Todos os contactos do enfermo poden proporcionar información

1. VALORACIÓN

A VALIDACIÓN DOS DATOS

A enfermeira debe verificar os seus datos.

1. Datos obxetivos: se poden medir (temperatura, TA, FC, talla, peso, FR...). Pódense confirmar mediante novas medicións.
2. Datos subxetivos: son valorables polo paciente (dor, acidez, mareos, náuseas...). Podense comprar cos datos recollidos por outros profesionais.

Importante:

- ✓ Interferencias: Interpretacións persoais dos datos recollidos.
- ✓ Achados: Observacións feitos pola enfermeira (cor da pel, tremor da voz)

Para validar as hipótesis é necesario seguir recollendo datos.

1. VALORACIÓN

ORGANIZACIÓN DOS DATOS

Importante para que se poidan valorar cando se precisan. .

- ✓ Escribir os datos das constantes de forma seguida, xa que deste modo podemos valorarlos todos xuntos.
- ✓ O rexistro se fai nos documentos de enfermería que actualmente está informatizada.

LOGO		[ETIQUETA IDENTIFICATIVA]	
Hospital Nombre Nombre...		Apellido: _____	
Dirección		Nombre: _____ Sexo: ☐ V ☐ M Fecha nac: ____/____/____	
Tfno.: 92X XXX XXX		N.º de Historia: _____ N.º de Expediente: _____	
Cof. Post. Ciudad, Localidad		Servicio: _____ Planta: _____ Cama: _____ Tipo pac: _____	
ALERGIAS: _____		G.S. _____ R.H. _____	
FECHA			
DÍAS ESTANCIA			
DÍAS POSTOPER.			
PA	PC	PR	T*
180	62		
300	140	60	41
250	120	50	40
200	100	40	39
150	80	30	38
100	60	20	37
50	40	10	36
0	20	0	35
P.V.C.			
PESO / TALLA			
DIETA			
B E N G E S T A			
A L T F L U I D O T E R A P I A			
R A P O R T A C I O N E N D O G			
S A L I N E S			
D I U R E S I S			
D E P O S I C I O N			
V O M I T O S			
A S P I R A C I O N			
D R E N A J E S			
P E R D I D A S M E N S U R A S			
E N T R A D A S			
S A L I D A S			
B A L D A N O			
A C U M U L A D O			
M E T R O S			
N A T O			
R E C I			
O L C			
GLUCEMIA			
GLUCOSURIA			
CETONURIA			
GLUCOSA PP			
INSULINA			
GRÁFICA DE CONSTANTES XX.XX			

ACTIVIDADE

Nome: González Rodríguez, Maruxa. Idade: 72 anos.

Paciente que acode a consulta de enfermería programada, para seguimento programa *Diabetes Mellitus*.

Episodios activos: Diabetes Mellitus, Tabaquismo, HTA, Obesidade.

Refire que dende a última consulta atópase mareada, algo desorientada e cansa.

Paciente diagnosticada de *Diabetes Mellitus* hai 2 anos, anteriormente tomaba antidiabéticos orais (Metformina® e Rosiglitazona ®), actualmente presenta pauta de insulina rápida subcutánea segundo glucemia capilar.

Na cartilla onde a paciente anota a cantidade de insulina que administrou aparece que todos os días foron 12 unidades á noite. Non está anotada a glucemia capilar. Refire non facer diariamente a medición, pois non entendeu ben como facíase e non foi quen de levar a cabo a técnica no domicilio, por iso todos os días administrou a dose que o médico lle calculou para o primeiro día de tratamento. #Ante a petición de que faga unha demostración da administración da insulina obsérvase que a paciente realiza a técnica incorrectamente. Cando se atopou mareada tomou sacarosa, leva sempre un sobre encima tal e como se lle aconsello.

Ao preguntarlle sobre a dieta refire non cumprila do todo, come boería industrial a diario e outros alimentos desaconsellados.

Fuma 2 paquetes de tabaco ao día desde hai 20 anos. 42 anos fumando. Comenta non querer deixalo, pero tal vez si fumar algo menos.

Incrementou o exercicio diario nos últimos días, agora camiña 30 min ao día como mínimo, pero con dificultade “debido ao peso”, refire.

Leva a cabo todos os días o coidado dos pés. Fainos unha demostración e faio correctamente. Pel hidratada. Exploración de pés: sen presenza de zonas de presión, rozaduras etc. Sensibilidade en pés correcta.

ACTIVIDADE

FACER UNHA VALORACIÓN POR PATRÓNS FUNCIONAIS DE SAÚDE:

Patrón I: percepción e control da saúde

- Motivo do ingreso. Información sobre a súa enfermidade, e a percepción
- Historia de enfermidades e antecedentes quirúrxicos.
- Alerxias
- Consumo de alcohol, tabaco e drogas
- Consumo de fármacos

Patrón II: Nutricional/metabólico

- Modelo de inxesta de sólidos e líquidos: se o fai so, necesita axuda, dietas especiais, ganancias ou perdas de peso, dentición, vómitos ou nauseas, pirosis.
- Medición e valoración de datos antropométricos
- Pel e mucosas,
- Necesidades de axuda na hixiene: Frecuenciam pliegues cutáneas, hidratación xeral, seuquedade...
- Medicación habitual.

Patrón III: Eliminación

- Evacuación intestinal e urinaria: frecuencia, características, sudoración, menstruación, hemorroides, control de esfínteres...
- Alteracións e cambios.

Patrón IV: Actividade e exercicio

- Valoración do estado cardiovascular: FC, PA cambios no ECG
- Estado respiratorio: : disnea, antecedentes familiares respiratorios, tose nocturna, expectoración, indicación de fatiga...
- Valoración de mobilidade: debilidade xeral, cansancio, estilo de vida, AVD...

ACTIVIDADE

FACER UNHA VALORACIÓN POR PATRÓNS FUNCIONAIS DE SAÚDE:

Patrón V: Sono/ descanso

- Valorar signos ou síntomas de sono insuficiente: nerviosismo, ansiedade, irritabilidade, letarxia, apatía, bostezos...
- Valorar modelo de sono/descanso: Factores que afectan o sono
- Antecedentes de trastorno do sono

Patrón VI: Cognitivo/perceptivo

- Valorar a presenza de indicadores non verbais de dor (Taquipnea, posición de defensa, diaforesis (sudoración intensa)...) • Valoración da dor: Comunicación verbal, intensidade, (utilizar unha escala), descrición da dor, localización, carácter, frecuencia e signos e síntomas asociados: Nauseas, insuficiencia respiratoria etc.
- Medidas de alivio utilizadas
- Fármacos utilizados
- Valoración sensorial e reflexos: déficit sensorial, cognitivo, dificultades de aprendizaxe, desorientación, alteración do proceso de pensamento, conflito de decisións.

Patrón VII: Autopercepción e autoconcepto

- Ansiedade, Temor
- Alteración da autoestima
- Valoración do grao de ansiedade: aparición de signos de ansiedade, angustia e temor, nerviosismo, cefaleas, tensión muscular, movementos inquietos, mareos, hipoventilación, insomnio, somnolencia, cansazo, etc. • Valoración do coñecemento e percepción da súa enfermidade, solicitude de información.

Patrón VII: Función e relación

- Valoración da comunicación e patrón de interacción social: Ambiente familiar, ambiente laboral, etc.
- Valoración de cambios de conduta: dependente, retraída, esixente, manipuladora etc.

ACTIVIDADE

FACER UNHA VALORACIÓN POR PATRÓNS FUNCIONAIS DE SAÚDE:

Patrón IX: Sexualidade e reprodución

- Número de fillos, abortos etc., preguntar se procede e no momento adecuado, por algún trastorno nas relacións sexuais.
- Muller: Uso de anticonceptivos, menarquia, FUR, menopausa, revisións periódicas, autoexámen de mama, etc.
- Home: Problemas de próstata, disfuncións sexuais etc.

Patrón X: Adapatación y tolerancia al estrés

- Afrontamiento da enfermidade: Verbalización da incapacidade de afrontamiento ou de pedir axuda, alteración na participación social, cansazo
- Cambio dos patróns de comunicación: Manipulación verbal
- Tabaquismo excesivo e/ou Consumo excesivo de bebida
- Falta de apetito
- Uso excesivo de tranquilizantes prescritos.
- Alteración das condutas de adaptación
- Grupos de apoio: familia, amigos

Patrón XI: Valores ou crenzas

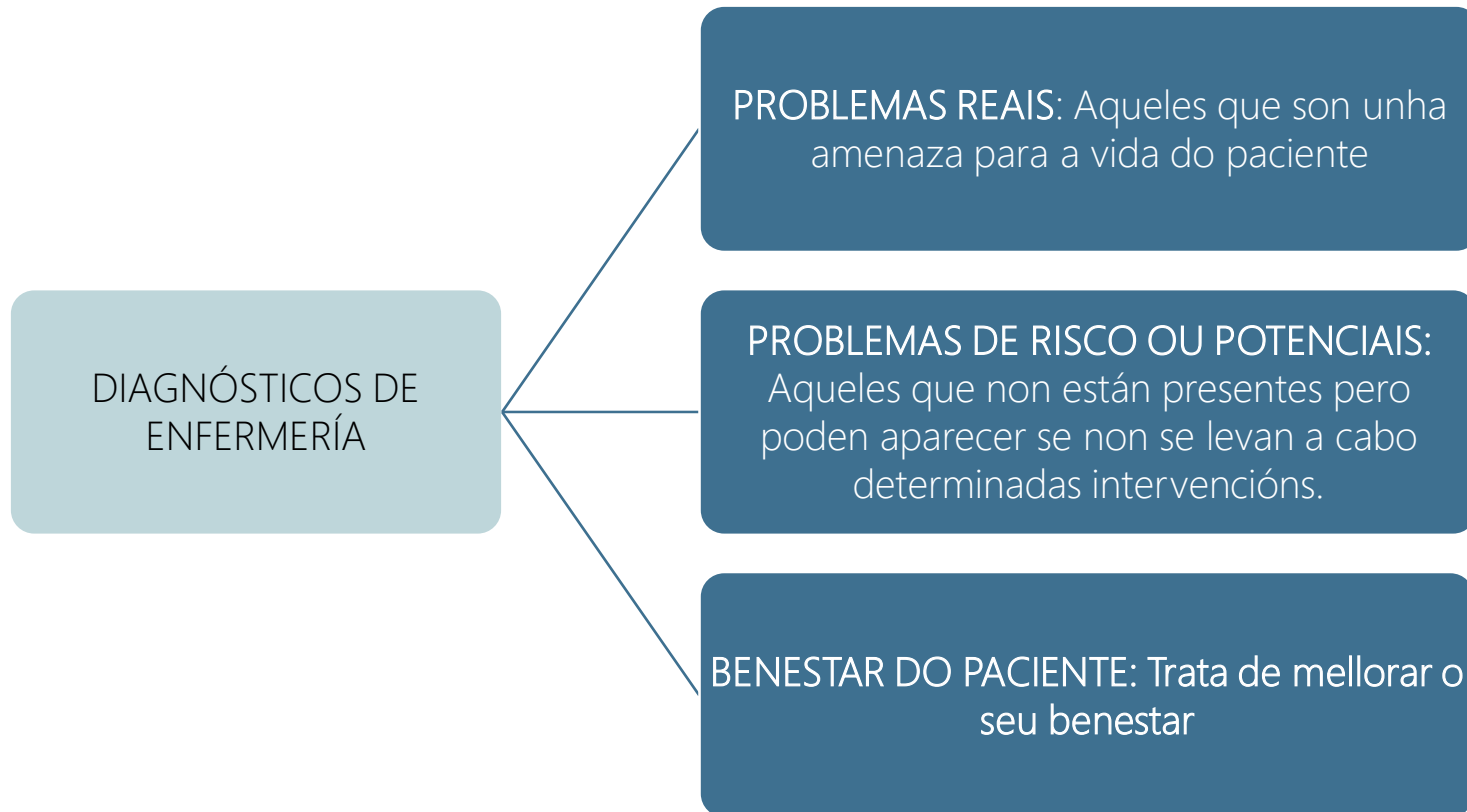
- Interferencias da enfermidade ou da hospitalización en: Prácticas relixiosas habituais, prácticas ou crenzas habituais, tradicións familiares, etc.
- Desexo de contactar co capelán do hospital ou con sacerdotes da súa relixión.

2. DIAGNÓSTICO

2. DIAGNÓSTICO

É o enunciado dun problema de saúde, real ou potencial, que pode ser tratado ou previsto mediante as actuacións de enfermmería.

Os diagnósticos se fan mediante os datos recollidos e organizados.



2. DIAGNÓSTICO

CARACTERÍSTICAS DOS DIAGNÓSTICOS

1. Os diagnósticos son admitidos universalmente: taxonomía NANDA I (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería Internacional)

NANDA International é unha organización profesional de enfermeiras interesadas na terminoloxía estandarizada de enfermmería, que foi fundada oficialmente en 1982 e desenvolve, investiga, difunde e perfecciona a nomenclatura, os criterios e a taxonomía dos diagnósticos de enfermmería.

2. No SERGAS rexístrase nun programa denominado GACELA.

Respiración		
CÓDIGO NANDA	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
00029	DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO	La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.
00030	DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES	Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación del dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar.



**NURSING
DIAGNOSES**
Definitions and Classification
2021–2023
Twelfth Edition

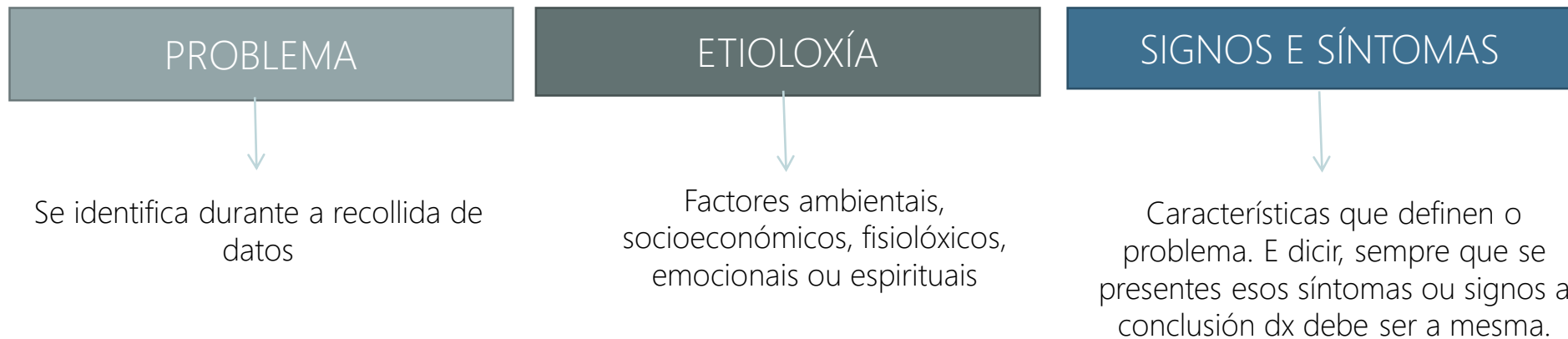


2. DIAGNÓSTICO

NORMATIVA XERAL DE REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS

NORMATIVA XERAL DE REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS: PES ou PE

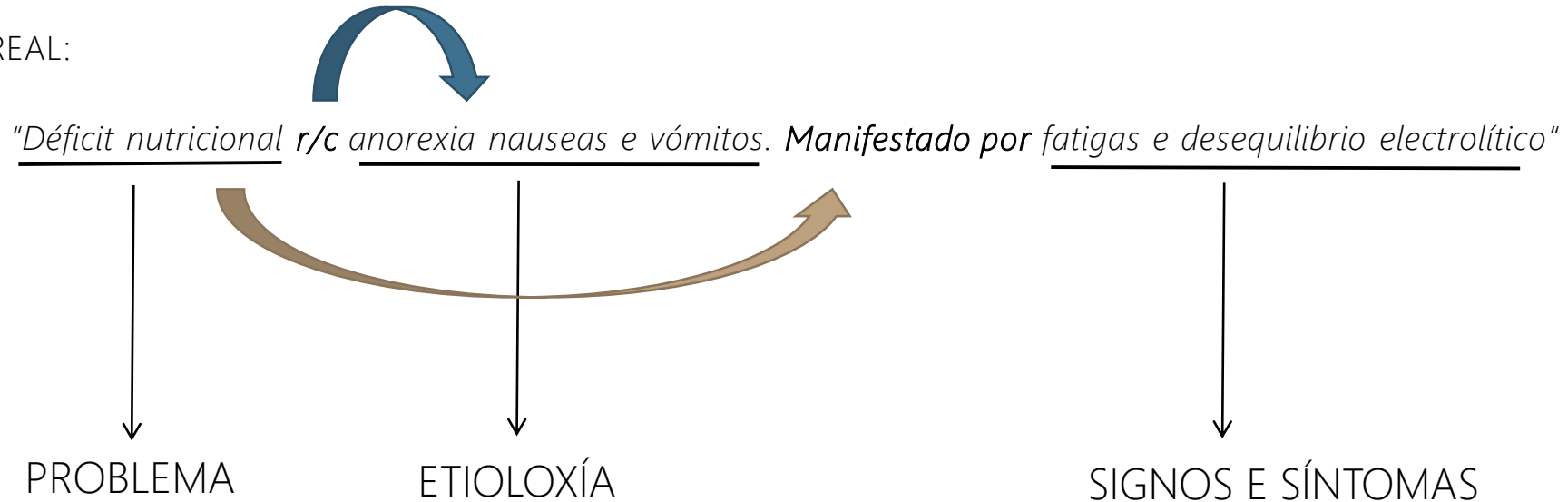
1. PROBLEMA DE SAÚDE: Enuncianse en primeiro lugar. Recomendase seguir as etiquetas do NANDA I: "Alteración de...", "Déficit de..." "Risco de..."
2. ETIOLOXÍA: Enúncianse en segundo lugar e son factores que causan ou contribuen o problema. Empleanse estruturas como "r/c relacionado con" "antecedentes de " ou "Asociado con"
3. SIGNOS E SÍNTOMAS: Enuncianse a continuación e é a forma en que se manifesta o problema, e que valida o diagnóstico. Empregase "Manifestado por m/p"



2. DIAGNÓSTICO

NORMATIVA XERAL DE REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS: EXEMPLOS

✓ DIAGNÓSTICO REAL:



✓ DIAGNÓSTICO POSIBLE

"Risco de desnutrición r/c problemas na deglución m/p pérdida de peso importante"

2. DIAGNÓSTICO

NORMATIVA XERAL DE REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS

A hora de redactar os diagnósticos debemos:

- ✓ Ter en conta o obxectivo do PAE → **facen autónomo o paciente** (no hospital e no domicilio)
- ✓ Cubrir o maior nº de necesidades básicas no ámbito psíquico, físico e social.
 - ✓ Analizar de forma sistemática todas as necesidades para detectar unha alteración en calquera delas.
 - ✓ Decir cal está alterada e porqué está alterada
 - ✓ Determinar as actuacións: pode ser que as deban cubrir polo paciente ou axudar a recuperar a función.

"Alteración de sono r/c desorientación m/c cuadro de agitación nocturna"

O personal de noite sabe que o paciente durme mal, que está desorientado el polo tanto pode ter medo, angustia, que se levante para irese, que teña comportamento extraños... todo esto se manifesta con agitación nocturna que por haber risco de agresión, pode sufrir caídas, ...

ACTIVIDADE

Nome: González Rodríguez, Maruxa. Idade: 72 anos.

Paciente que acode a consulta de enfermería programada, para seguimento programa *Diabetes Mellitus*.

Episodios activos: Diabetes Mellitus, Tabaquismo, HTA, Obesidade.

Refire que dende a última consulta atópase mareada, algo desorientada e cansa.

Paciente diagnosticada de *Diabetes Mellitus* hai 2 anos, anteriormente tomaba antidiabéticos orais (Metformina® e Rosiglitazona®), actualmente presenta pauta de insulina rápida subcutánea segundo glucemia capilar.

Na cartilla onde a paciente anota a cantidade de insulina que administrou aparece que todos os días foron 12 unidades á noite. Non está anotada a glucemia capilar. Refire non facer diariamente a medición, pois non entendeu ben como facíase e non foi quen de levar a cabo a técnica no domicilio, por iso todos os días administrou a dose que o médico lle calculou para o primeiro día de tratamento. #Ante a petición de que faga unha demostración da administración da insulina obsérvase que a paciente realiza a técnica incorrectamente. Cando se atopou mareada tomou sacarosa, leva sempre un sobre encima tal e como se lle aconsello.

Ao preguntarlle sobre a dieta refire non cumprila do todo, come bojería industrial a diario e outros alimentos desaconsellados.

Fuma 2 paquetes de tabaco ao día desde hai 20 anos. 42 anos fumando. Comenta non querer deixalo, pero tal vez si fumar algo menos.

Incrementou o exercicio diario nos últimos días, agora camiña 30 min ao día como mínimo, pero con dificultade “debido ao peso”, refire.

Leva a cabo todos os días o coidado dos pés. Fainos unha demostración e faio correctamente. Pel hidratada. Exploración de pés: sen presenza de zonas de presión, rozaduras etc. Sensibilidade en pés correcta.

ACTIVIDADE

1. Dos seguintes diagnósticos cales os podemos atribuir a Maruxa?
2. Podes clasificalos en: Problemas reais, de risco ou ptenciais ou de benestar?

1. 00146- Ansiedade r/c dificultad para respirar e para conciliar o sono m/p inquietude durante a noite.
2. 00078- Xestión ineficaz da propia saúde R/C: Déficits de coñecementos. Complexidade do réxime terapéutico. M/P: Expresa desexo de manexar a enfermidade. Expresa ter dificultades cos tratamentos prescritos. Fracaso ao emprender accións para reducir os factores de risco.
3. 00204- Perfusión tisular periférica ineficaz r/c diabetes mellitus m/p diabetes mellitus.
4. 00068- Preparación para un maior benestar espiritual m/p desexo do paciente de falar cun sacerdote
5. 00079- Incumprimento do réxime terapéutico: Dieta prescrita R/C: Forzas motivacionais M/P: Conduta indicativa de incumprimento. Verbalización do paciente.
6. 00044- Deterioro da integridade tisular r/c deterioro da mobilidade física, factores mecánicos e/ou alteración da circulación m/p 1 úlcera por presión.
7. 00035- Risco de lesión r/c alteración da mobilidade m/p dor lumbar.
8. 00109 - Déficit de autocuidado: vestido r/c dor m/p mobilidade reducida

ACTIVIDADE

1. 00146- Ansiedade r/c dificultad para respirar e para conciliar o sono m/p inquietude durante a noite. **REAL**
2. 00078- Xestión ineficaz da propia saúde R/C: Déficits de coñecementos. Complexidade do réxime terapéutico. M/P: Expresa desexo de manexar a enfermidade. Expresa ter dificultades cos tratamentos prescritos. Fracaso ao emprender accións para reducir os factores de risco. **REAL**
3. 00204- Perfusión tisular periférica ineficaz r/c diabetes mellitus m/p diabetes mellitus. **REAL**
4. 00068- Preparación para un maior benestar espiritual m/p desexo do paciente de falar cun sacerdote. **BENESTAR**
5. 00079- Incumprimento do réxime terapéutico: Dieta prescrita R/C: Forzas motivacionais M/P: Conduta indicativa de incumprimento. Verbalización do paciente. **REAL**
6. 00044- Deterioro da integridade tisular r/c deterioro da mobilidade física, factores mecánicos e/ou alteración da circulación m/p 1 ulcera por presión. **REAL**
7. 00035- Risco de lesión r/c alteración da mobilidade m/p dor lumbar. **RISCO**
8. 00109 - Déficit de autocuidado: vestido r/c dor m/p mobilidade reducida. **REAL**

3. PLANIFICACIÓN

3. PLANIFICACIÓN

Que é a planificación?

Elaborar un programa completo de asistencia para atender os problemas do paciente. E dicir, dar solucións (intervencións - accións) para eliminar a causa, diminuír os efectos e mellorar a situación. Sirven de base para a avaliación.

Debénse detallar de **forma ordeada** as actividades de enfermería para poder atender os problemas de saúde do paciente e acadar os obxetivos propostos.

1. Prioridades de atención: ordenanse os problemas para tratar primeiro os máis importantes.
2. Obxetivos que se deben conseguir.
3. Programar un plan de coidados: Se programan de forma ordeada e detallada as actividades para conseguir os obxetivos. É importante que sexa eficaz, organizado e adaptado as necesidades do paciente.

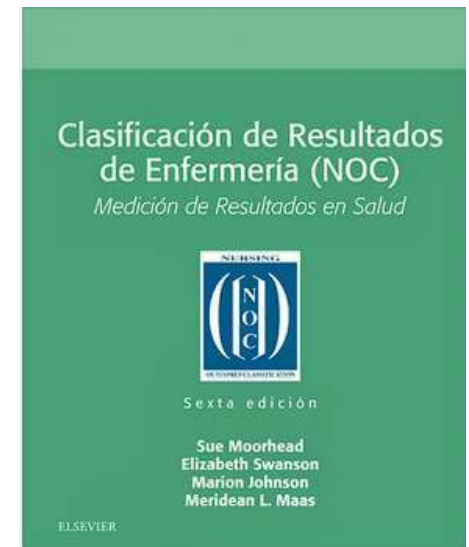
3. PLANIFICACIÓN

Como facelo?

1. Defínense os obxetivos según la taxonomía NOC (*Nursering outcomes classification*). Estes obxetivos son aqueles que posteriormente serán avaliados.

1. Deben ser obxetivos claros, concisos e realistas (Modifícanse segundo a evolución do paciente→ obxetivos a corto prazo)
2. Alguns que debe realizar o paciente por si mesmo e outros nos que debemos axudalo nos.
3. Poden ser medibles(exemplo: beber 2 L de auga) ou non medibles (exemplo: manter a pel intacta)
4. Indicar un prazo preciso que vai depender de: Da urxencia (Exeplo: "ineficaz limpeza das vías respiratorias r/c presencia de secreccións" prioridade 1 debido a gravidade, polo que non excederá 6-8 h); do tempo do que se dispón (nun paciente que se vai operar "verbalizar os seus sentimentos fronte a intervención"), do contexto dos coidados (exemplo: na UCI, na planta...) e do pronóstico.

Os obxetivos tamén deben incluír un pronóstico de enfermmería e *A Avaliar*(cando se realiza a avaliación)



3. PLANIFICACIÓN

Exemplo:

Ao señor López practicóuselle unha intervención de xeonllo esquerdo. Estivo encamado durante certo tempo por indicacións médicas, pero agora debe levantarse. Con todo, presenta dificultades para camiñar: *Di que non pode, o seu xeonllo está ríxida, se tenta movela dóelle, sente canso e débil.*

Diagnóstico de enfermía: "Deterioro da mobilidade (para andar) R/C a dor e a debilidade.

Sabemos que debemos de emprender algunhas accións para mellorar a situación.

Pero:

- Ata onde hai que ir?
- Que grao de autonomía pode alcanzar realmente o señor López?

Este é o OBXECTIVO QUE IMOS A FIXAR, indicaremosllo ao paciente (Señor López) e aos membros do equipo de coidados.

- 1º: O Señor López será capaz de levantarse da cama con axuda e andar ao redor da cama.
- 2º O señor López será capaz de camiñar polo corredor só durante 10 minutos.

(O obxectivo fixa o fin para alcanzar e os medios para conseguilo)

3. PLANIFICACIÓN

Como facelo?

Intervencións (NIC): Accións que leva a cabo a enfermeira ou o paciente ou actitudes a adoptar.

1. Intervencións:

1. Intervencións de coidados que favorezan a autonomía do paciente: Exemplo "Ofrecer alimentos con alto contido en calcio" "explicar o paciente como cambiar o apósito cado sexa dado de alta"...
2. Intervencións relacionadas con coidados técnicos de enfermería e médicos. Exemplo: "Revisión do estado da vía intravenosa periférica" "aspiracións de secrecións vías aéreas inferiores..."

5240-Asesoramiento

5247-Asesoramiento antes de la concepción

5244-Asesoramiento en la lactancia

5246-Asesoramiento nutricional

5248-Asesoramiento sexual

6750-Asistencia al parto por cesárea

7180-Asistencia en el mantenimiento del hogar

2400-Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)

7380-Asistencia para los recursos financieros

Exemplos NIC



3. PLANIFICACIÓN

Exemplo: Dx: *"Alteración do sono r/c desorientación m/c cadros de axitación nocturnos"*.

1. Identificarnos cada vez que entremos na habitación saudando ao paciente , lembrándolle que está nun hospital e que lle estamos coidando: *Boas noites Antonio, son Rita, a enfermeira da noite, estou aquí para coidarlle e axudarlle no que necesite, se ten algún problema non dubide en chamarme,...*
2. Procurar que o paciente estea acompañado , se é posible, por un familiar que garanta a observación, e se non é posible, poñelo nunha habitación próxima ao control de enfermería para telo controlado.
3. Procurar un ambiente tranquilo e reducir estímulos (diminuír ruídos, baixar o nivel de iluminación, cuarto individual,#etc...)
4. Asegurarnos de que o paciente unha vez deitado, está seguro e tratar de evitar accidentes, utilizando para iso os recursos dispoñibles: varandas da cama, retirar obstáculos por se se levanta, #etc...
5. Administrar medicación para favorecer o soño e descanso segundo prescripción médica.
6. Vixiar ao paciente cada pouco tempo para confirmar o seu descanso sen interrompelo.
7. No caso de que se produza un episodio de axitación, manter a calma e actuar en base a protocolos.

3. PLANIFICACIÓN

Como facelo?

Plans de coidados: Cando xa temos os diagnósticos (NANDA) + Obxetivos (NOC) + Intervencións (NIC), se establece o plan de coidados. No sergas se fai co programa GACELA. Poden ser:

1. Individualizado (PCI): Realízanse persoalizados para cada paciente. Pero na práctica so se fan así se o paciente teñen alguna particularidade.
2. Estandarizados (PCE): Xa están establecidos (para problemas e situacións habituais). Algúns plans estandarizados permiten facer modificacións e adaptarse a determinados casos.

En base a criterios de calidade, considérase que todos os pacientes, deben ter un plan de coidados establecido antes de 24h tras o seu ingreso. <https://enfermeriavirtual.com/planes-de-atencion-de-enfermeria/>

EXEMPLO PLAN DE COIDADOS



Planes de atención de enfermería para trastornos de ansiedad y pánico

Planes de Atención de Enfermería

ENFERMERÍAVIRTUAL

www.enfermeriavirtual.com

[HTTPS://ENFERMERIAVIRTUAL.COM/PAE-TRASTORNOS-DE-ANSIEDAD-Y-PANICO/](https://enfermeriavirtual.com/pae-trastornos-de-ansiedad-y-panico/)

4. EXECUCIÓN

4. EXECUCIÓN

Consiste en poñer en práctica o plan de coidados.

Na execución supón a realización das diversas actividades propostas no plan, para iso:

- ✓ Prepárase o material necesario.
- ✓ Explícase ao paciente o que se vai facer.
- ✓ Realízase a actividade seguindo estritamente as normas e protocolo das mesmas.
- ✓ Asegurámonos de que o paciente queda ben, e recollemos todo o material.
- ✓ E rexistramos a actividade. (rexistro de quen o fai, do que se fixo e observacións en caso de ser necesario).

4. EXECUCIÓN

CASO PRÁCTICO

Unha enfermeira anotou nas “Actividades da vida diaria”

1. Axudar á Señora Martínez (porque sofre unha artrite deformante):

- A comer
- A destapar os pratos
- para cortar alimentos

2. E levantar con axuda dúas veces ao día.

A enfermeira sabe que o médico lle ha prescrito a esta paciente

- Antiinflamatorios, saes de ouro en inxección intramuscular (un tipo de medicamento que nunca administrou).
- Órtesis en man dereita segundo tolerancia.

Diagnóstico da enfermeira: *Deterioración da mobilidade (das mans) R/C a dor.*



Exemplo de ortesis

4. EXECUCIÓN

CASO PRÁCTICO: Plan de cuidados

EL PLAN DE CUIDADOS QUE DISEÑÓ LA ENFERMERA PARA LA SEÑORA MARTÍNEZ:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	HORARIO
<i>Deterioro de la movilidad (de las manos) R/C el dolor.</i>	<i>Alimentarse sola, poco a poco, empleando utensilios especiales</i>	<i>Evaluar la capacidad de prensión cada 2 días</i>	<i>10h 14h. 20h.</i>
	<i>A evaluar el 0 5-05</i>	<i>Colocar las manos en un recipiente de agua templada, 10 minutos) y a continuación realizar ejercicios pasivos de los dedos y manos durante 5 minutos.</i>	
		<i>Sugerir a la paciente realizar ejercicios activos tres veces al día durante 5 minutos.</i>	
		<i>Explicar que no debe insistir si tiene dolores importantes.</i>	
	<i>Pronóstico Bueno</i>	<i>Si fuese necesario los puede realizar dentro del agua.</i>	
		<i>Dar analgésico si es necesario 30 minutos antes de realizar el ejercicio.</i>	
		<i>Enseñar cómo utilizar los utensilios especiales.</i>	
		<i>Explicar la importancia de un régimen especial rico en <u>vit</u> C y calcio.</i>	
		<i>Permitir que exprese su dolor y sentimientos.</i>	
		<i>Felicitarla por sus esfuerzos.</i>	

Lembra que o proceso de cuidados é un proceso **dinámico**, mentres a enfermeira realiaza os cuidados segue recollendo datos, analizándoos e orientándose cara a outros diagnósticos de enfermmería. Un plan de cuidados está sempre en **constante evolución**.

Algunhas das intervencións do plan de cuidados realízaa o TCAE, a familia ou persoa que lle acompañe.

5. AVALIACIÓN

5. AVALIACIÓN

O seu fin principal é asegurar uns coidados de calidade. Valórase se se alcanzaron os obxectivos propostos e en que medida.

Permítenos identificar as accións/coidados que **favoreceron** ou **impediron** a consecución dos obxectivos.

Nesta etapa compárase o que pretendía o obxectivo de enfermería e coa situación real e actual da paciente.

Como se fai?

- Mediante observación, entrevista coa persoa e consulta da historia clínica. E comparando os datos obtidos antes e despois dos coidados realizados.
- Esta etapa **realízase ao longo de todo o proceso** de evolución do paciente e non só no momento de alta, o que nos permite solucionar os erros canto antes e introducir modificacións para a mellora. Algúns obxectivos: mantéñense (aínda non foron alcanzados) e outros se substitúen ou modifican.
- Hai unha avaliación final días antes de que á persoa se lle de alta, para realizar informe de alta de enfermería, se algúns obxectivos non se alcanzaron, a enfermeira facilitará algunhas indicacións para que o paciente consígaos posteriormente no seu domicilio ou ben a enfermeira de atención primaria poida continuar co traballo realizado a nivel hospitalario

5. AVALIACIÓN

Nesta etapa podemos atoparnos en tres situacións:

1. Consegúronse **totalmente os obxectivos previstos**: Considérase concluído o plan de coidados.
2. Os obxectivos previstos **consegúronse parcialmente**: Estamos na dirección correcta, proseguimos co plan. Expóndonos novos obxectivos máis amplos ou novos e eliminando os xa conseguidos.
3. Os obxectivos previstos **non se conseguen**: Revisión do plan de coidados. Debemos expornos uns obxectivos máis realistas en base á situación/evolución do paciente

As causas mais frecuentes polas que non se conseguen os obxectivos frecuentes son:

- ✓ Valoración incompleta ou errónea.
- ✓ Diagnósticos de enfermmería erróneos.
- ✓ Plan de coidados pouco individualizados.
- ✓ Obxectivos mal formulados.
- ✓ Erros na priorización de problemas.
- ✓ Execución rutineira

Como o resto do PAE a avaliación tamén se rexistra, serve entre outras cousas para avaliar a calidade de atención en enfermmería.

5. AVALIACIÓN

EXEMPLO

Unha persoa á que se lle vai a realizar unha intervención cirúrxica.

O obxectivo fixado pola enfermeira foi: *"Verbalizar os seus sentimentos fronte á intervención para reducir os niveis de ansiedade",*

A avaliar *"Antes da intervención"*.

A enfermeira mediante a observación e preguntas debe constatar se o paciente foi quen de verbalizar os seus sentimentos e se isto contribuíu a reducir os seus niveis de ansiedade.

FUNCIÓN DO TCAE NO PAE

Os auxiliares forman parte do equipo de enfermería, polo cal, participan no proceso nas diversas etapas de atención ao paciente, baixo a supervisión da enfermeira.

O TCAE participa en todas as etapas do PAE excepto no diagnóstico de enfermería, (é exclusivo de enfermería). A etapa na que adquire unha maior relevancia é **a de execución**, pois é a que se encarga de parte os coidados básicos de enfermería.

FUNCIÓNS DO TCAE NO PAE

1. VALORACIÓN

1. Colabora na recollida de datos (observación e relación co paciente).
2. Informa e rexistra os datos máis relevantes.



2. DIAGNÓSTICO

Coñecer os problemas máis relevantes do paciente

3. PLANIFICACIÓN

Coñecer o plan, especialmente fronte as actividades que lle corresponden



4. EXECUCIÓN

1. Realizar as actividades que lle corresponden do plan seguindo as protocolos correspondentes.
2. Rexistrar as actividades realizadas.

5. AVALIACIÓN

1. Avaliar as actividades que lle corresponden no plan.
2. Rexistrar dita avaliación.

