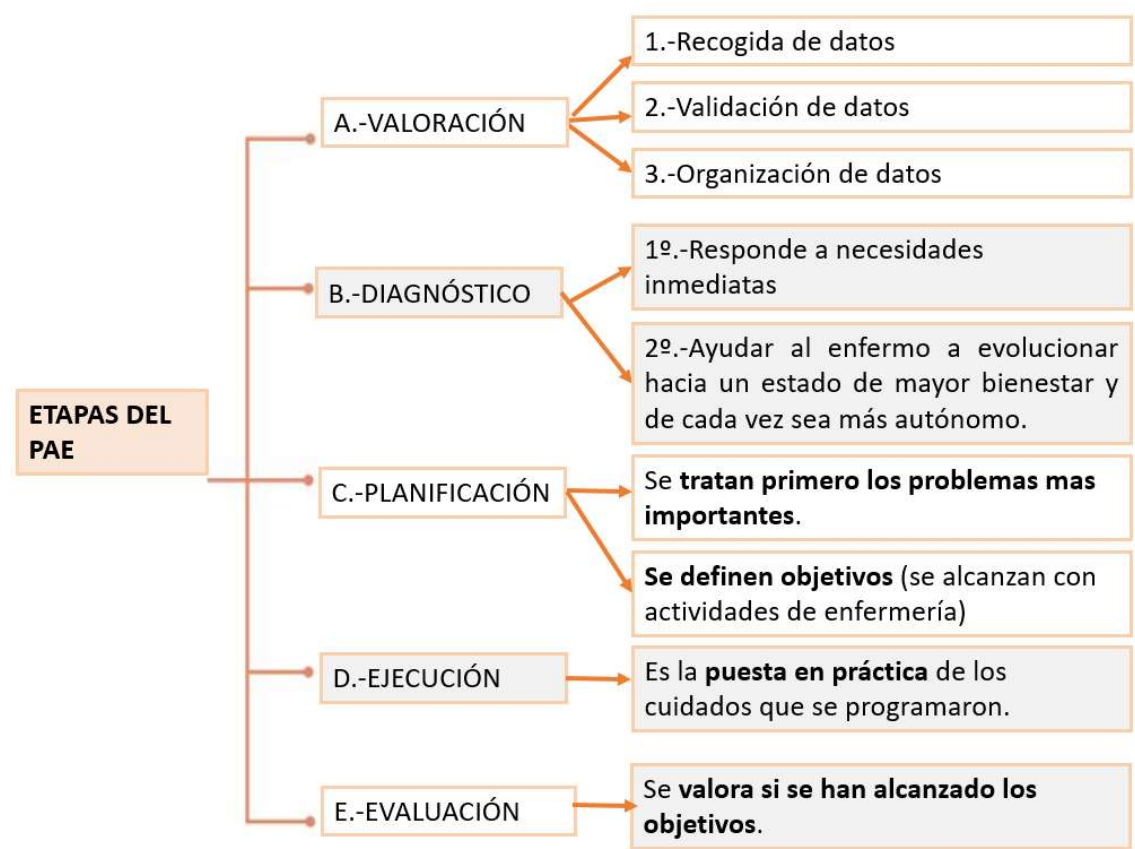


1. ETAPAS DO PAE

O PAE consta de 5 etapas consecutivas:

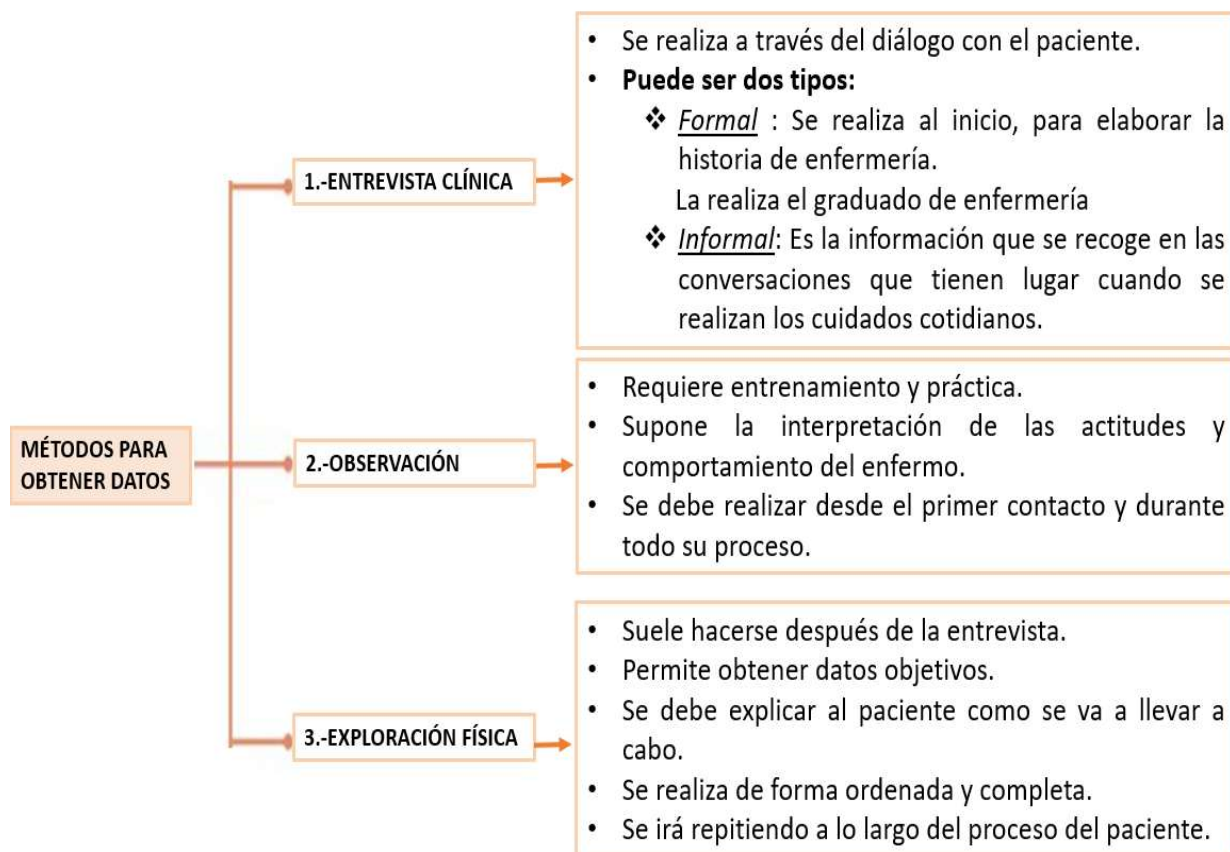


1.1 VALORACIÓN

Aquí podemos diferenciar a siguientes fases: recollida de datos, validación de datos e organización de datos.

a) Recollida de datos

Podemos diferenciar distintos métodos para a recollida de datos:



¿A que nos referimos cuando hablamos de datos?

Cuando un paciente ingresa en un hospital, la enfermera responsable de sus cuidados debe realizar un Plan de Atención de Enfermería. Para ello, valorará al paciente de tal modo que pueda determinar que necesidades básicas tienen cubiertas, cuáles puede cubrir por sí mismo o en cuáles necesita ayuda (analizando las 14 necesidades de Virginia Henderson). Para saber esto, la enfermera hablará, observará y valorará al paciente recogiendo datos.

- La recogida de datos se hace al inicio (no momento en el que el paciente llega al equipo de cuidados), durante su estancia en el hospital y a la salida.
- Al inicio es una información de orientación, breve, aunque debe ser completa para determinar todos los datos importantes de salud. Permite dos cosas:
 1. Una primera hipótesis diagnóstica.
 2. Atender las necesidades básicas del enfermo en las esferas psico-físico-sociales.

Indicaciones a tener en cuenta para la recogida de datos:

- Valorar el estado de conciencia.
- ¿Hay dificultad para respirar?
- El grado de independencia: se levanta, come por sí mismo, puede levantarse, etc.
- Dolor.
- Red de apoyo (familiares, amigos), etc.
- La recogida de datos no sólo se hace del estado físico, sino también del estado emocional o psíquico: se está deprimido, tiene ideas suicidas, etc. Esto quiere decir que la recogida de datos es integral (comprende aspectos psicológicos y físicos).
- La recogida de datos proviene de fuentes diversas:

- Do propio enfermo.
- Dos familiares e achegados (aínda que o paciente nos poida proporcionar información, a que aportan os familiares ou o seu contorno sempre nos pode ser útil, xa que o paciente pode ser menor de idade, persoa moi maior, pode ter alterado o estado psíquico, ou o estado de conciencia, etc.).
- Outros membros do equipo que interactúan co paciente (outras enfermeiras, TCAE, médicos, fisioterapeutas respiratorios, etc.).
- Historia clínica do paciente.
- Os datos que se recollen deben ser útiles para a planificación dos coidados. Recoller datos non supón saber todo dunha persoa nin violar a súa intimidade. Por exemplo, se unha enferma comenta que está triste e deprimida porque sabe que non terá fillos, a enfermeira debe investigar sobre como dorme e o apetito da paciente, pero non necesita coñecer as causas da súa esterilidade.
- A recollida de datos faise ao longo de todo o proceso de evolución da enfermidade. No primeiro contacto, a enfermeira recolle datos esenciais e algunhas impresións; despois debe examinar a recollida co fin de precisar e confirmar esas impresións, polo que debe continuar a busca de información.
- Todos os contactos co enfermo supoñen ocasións para recoller datos que completen a información inicial. Deste xeito, pódense abordar todas as necesidades do paciente e chegar a diagnósticos de enfermía apropiados. Cando se realizan os coidados ao enfermo (mentres o bañan ou lle administran medicamentos), pódese establecer unha comunicación co paciente que permita a recollida de datos sen que lle cause estrés ou reticencias.

b) Validación de datos

Hai que validar os datos recollidos, a enfermeira debe verificar os seus primeiros datos. Algunhas datos pódense medir (datos obxectivos), como a hipertermia, a frecuencia respiratoria, a tensión arterial, etc., e outros non, porque só o paciente pode sentilos (mareo, acidez de estómago, dor, etc.; datos subxectivos).

Os primeiros pódense confirmar mediante medicións novas, e os subxectivos mediante comparacións con outros datos recollidos por outros profesionais.

Ás veces os datos obxectivos e subxectivos poden contradecirse; por exemplo, unha enferma despois dunha operación cirúrxica pode negar que se atopa mal, pero ao observala percíbese que ten transpiración profusa, expresión facial crispada e, ao tomar signos vitais, pulso acelerado. Nestes casos, hai que continuar coa recollida de datos e tratar de averiguar o porqué da negación.

Hai que distinguir os hallazgos reais das interferencias.

- Os hallazgos son as observacións que realizou o enfermeiro/enfermeira, como: cor da pel, treboada na voz, etc., e a toma de constantes vitais.
- As interferencias son interpretacións persoais dos datos que se recolleron a partir do que se ve e escoita. Por exemplo, se o enfermeiro lle pregunta ao paciente se tomou o tratamento e este responde farfullando, e o enfermeiro interpreta que o paciente non seguiu ben o tratamento, isto pode ser un erro; quizais a persoa está simplemente nerviosa pola presenza da enfermeira ou molesta por ter que responder esa pregunta.

En momentos e días posteriores, continúaase recollendo datos, que serven para precisar máis e confirmar as hipóteses formuladas en principio.

Exemplo

Natalia é a enfermeira que recibe unha paciente chamada María, que foi hospitalizada de urxencia por unha infección grave.

- Natalia pregúntalle: *Como estás, María? Como te atopas?*
- María responde: *Non sei, non me atopo ben, non teño forzas*, responde de maneira abatida. *Púxenme o termómetro e teño febre.*
- Natalia, simplemente coa observación de María mentres lle realiza a valoración, comproba que María responde de forma coherente ás preguntas (está lúcida), respira e fala con normalidade, pero ten poucas ganas de falar; só contesta cando lle preguntan e non parece ter ningún *handicap*.
- Natalia toma os signos vitais de María (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria e temperatura). Mentres realiza estas técnicas e instala a María, segue facéndolle preguntas:
 - ✓ Ten María algún tipo de alerxia?
 - ✓ Toma algún tipo de tratamento? En caso afirmativo, cal ou cales?
 - ✓ Atópaste ben? Estás cómoda?
- Natalia constata que María pode comer e beber soa e suxírelle que, se ten necesidade de orinar, non ten que levantarse, que pode pedir unha cuña. Advírte que, ao contestar, está nerviosa.
- Finalmente, Natalia pregúntalle a María: *Tes algún familiar ou acompañante que che poida traer o que necesites?*
- María responde: *Non fai falta, nunca estiven enferma e non creo que me quede máis dunha noite. Nin sequera creo que precise tratamento. Nunca estiven enferma.*

Que conseguiu Natalia nesta primeira etapa?

- Satisfacer algunhas das necesidades de María e responder ás máis urxentes.
- A toma dalgúns signos vitais permitiu constatar que María ten febre.
- A observación dos seus xestos ao responder ás preguntas fai pensar que presenta ansiedade.
- Polas súas respostas, deduce que ten pánico a enfermarse ou que rexeita a enfermidade.
- Considera que María pode non coñecer ben o seu problema de saúde e que vai ser difícil que acepte o tratamento.

Natalia formula neste primeiro momento o seu primeiro diagnóstico de enfermura:

- ✓ Alteración da temperatura corporal (hipertermia).
- ✓ Ansiedade, relacionada coa súa estancia no hospital e coa súa enfermidade.
- ✓ Déficit de coñecementos.
- ✓ Risco de incumprimento do tratamento.

c) Organización dos datos

Unha vez recollidos os datos, deben ordenarse e organizarse de tal maneira que, cando sexan necesarios, sexan doados de localizar e se poida facer unha valoración rápida da evolución do paciente. Por exemplo, o

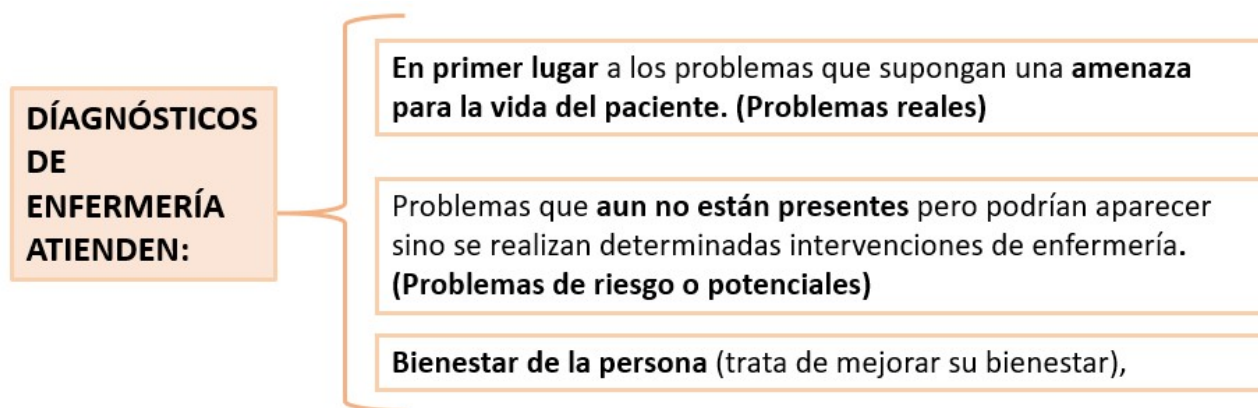
rexistro seriado das constantes vitais permitiranos saber se o paciente segue tendo febre, a que hora do día a presenta, desde hai cantos días ou, pola contra, se xa deixou de tela, etc.

Este rexistro realízase na documentación de enfermaría, que na actualidade está informatizada.

1.2 DIAGNÓSTICO

É o enunciado dun problema de saúde, real ou potencial, que pode ser tratado ou prevenido mediante actuacións de enfermaría.

Este diagnóstico realízase a partir da análise e interpretación dos datos que se recolleron.



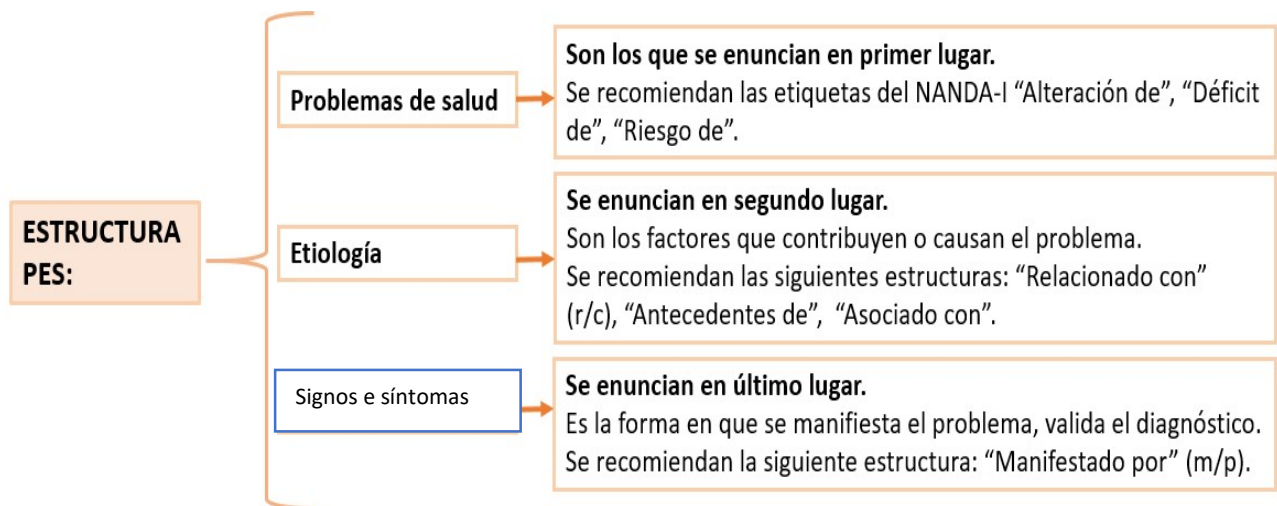
Séguese os diagnósticos universalmente admitidos, que son os propostos pola **NANDA-I** (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería Internacional).

Un problema real é aquel que reúne todos os datos necesarios para confirmar a súa existencia, en cambio, un problema potencial, aínda que non se produza no momento da valoración, pode haber indicios suficientes como para pensar que poderá aparecer posteriormente.

Os diagnósticos de enfermaría no **SERGAS** rexístranse nun programa informático denominado **Gacela**.

Se nalgún outro hospital ou centro houberse que redactar un diagnóstico, este debe seguir as seguintes indicacións:

1. Anótanse na documentación de enfermaría.
2. Debe seguir a estrutura «**PES**»:



Exemplos de diagnósticos de enfermería:

«Alteración do sono relacionada coa desorientación, que se manifesta con cadros de axitación nocturna».
«Risco de desnutrición relacionado con problemas na deglución, manifestado por unha perda de peso importante».

Hai que ter claro que o obxectivo do PAE e, polo tanto, do equipo de enfermaría, é conseguir que o paciente sexa o máis autónomo posible, tanto durante a súa estancia hospitalaria como no seu domicilio cando reciba a alta.

Para iso, debe ser capaz de cubrir todas ou o maior número posible de **necesidades básicas** que lle proporcionen benestar nas esferas **psíquica, física e social**.

Con este fin, as enfermeiras irán analizando cada unha das necesidades e, cando detecten algunha alteración en calquera delas, determinarán unha serie de actuacións para poder resolvelas (ou tentar facelo). Nalgúns casos deberán cubrilas polo paciente (por exemplo, darlle de comer porque ten os dous brazos rotos) e noutros casos axudarano a recuperalas (por exemplo, ensinalle a realizar unha hixiene íntima para previr futuras infeccións urinarias).

Os **diagnósticos de enfermería** teñen que detectar a necesidade alterada, indicar en que aspecto está alterada e por que está alterada. Isto permitirá planificar unha serie de actuacións para levar a cabo os coidados do paciente. Non esquezas que non se trata de inutilizar ao paciente facendo as cousas por el; todo o contrario: o obxectivo é que, dentro das súas posibilidades, o paciente sexa o máis autónomo posible.

Se collemos o exemplo:

«Alteración do sono relacionada coa desorientación, que se manifesta con cadros de axitación nocturna».

Ao lelo, todo o persoal sabe que este paciente dorme mal (o turno de noite debe estar pendente), que está desorientado (a desorientación implica que pode ter medo, angustia, que non recoñeza ás persoas, que non saiba onde está, que se levante para marchar, que teña un comportamento extraño, etc.) e que todo isto está a provocar episodios de axitación durante a noite. Polo tanto, existe risco de agresión para o persoal de enfermaría, de que o propio paciente se faga dano, de caídas, de molestias a outros pacientes, etc.