

UD 3: FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

BLOQUE 1: EVOLUCIÓN HISTÓRICA DA ENFERMERÍA

1. ¿CANDO APARECE A ENFERMERÍA?

A profesión de enfermería caracterízase polos coidados da saúde; polo tanto, podemos considerar que xorde coa necesidade destes coidados. Esta necesidade está na orixe da humanidade (é dicir, existe desde sempre).

A disciplina de “coidar” estivo condicionada por factores históricos e sociais. Estes factores determinaron a evolución da enfermaría tanto como profesión como no seu proceso de profesionalización e consolidación.

1.1 Factores específicos que influíron na enfermaría

- a) **Relixión:** Coidados realizados en diferentes épocas da historia por persoal relixioso (coidado vocacional). O cristianismo foi o principal impulsor dos coidados vocacionais.
- b) **Xénero:** A concepción da enfermaría como unha profesión feminina tivo unha gran transcendencia na súa profesionalización, situándoa durante moito tempo nun papel secundario.
- c) **Aspectos militares:** As guerras incrementaron as necesidades de coidados, dando lugar á aparición de organizacións para satisfacer estas necesidades.

2. RECORDO HISTÓRICO DA EVOLUCIÓN DA HUMANIDADE

Existen varias etapas na historia da humanidade, imos a centrarnos na idade contemporánea e no século XX.

No referente á enfermaría, esta foi unha época de importantes cambios que supuxeron o nacemento da enfermaría moderna grazas a:

- ✓ Elisabeth Fry
- ✓ Theodor Fliedner
- ✓ Florence Nightingale
- ✓ Virginia Henderson

2.1 Elisabeth Fry

- Foi unha enfermeira inglesa e unha gran activista a favor da reforma das prisións; denunciou as condicións das reclusas.
 - Visitou cárceres de toda Europa, quedando aterrada polas desoladoras condicións nas que vivían os prisioneiros (especialmente na prisión de Newgate).
-
- ✓ Lía a Biblia ás presas e ensináballes a coser.
 - ✓ Propuxo coidados especiais para as reclusas que tiñan fillos en prisión.
 - ✓ Avogou pola segregación por sexos nas cárceres, pola presenza de matronas para as prisioneiras, así como pola educación, o emprego e a instrución relixiosa.
 - ✓ Creou unha Asociación para a Mellora das Prisións e presionou ás autoridades.

- Loitou tamén pola profesionalización da enfermaría para que fose remunerada e exercida por persoas laicas.
- Fundou unha escola de enfermaría: **“Irmás Protestantes da Caridade Inglesas”**.

2.2 Theodor Fliedner

- Foi un teólogo e pastor protestante alemán.
- Exerceu funcións na prisión de Düsseldorf e promoveu varios cambios:
 - Instalación de capelas e servizos relixiosos regulares para os presos.
 - Viaxou polos Países Baixos e Inglaterra para formarse en enfermaría, onde coñeceu a Elisabeth Fry.
- Ao seu regreso a Alemaña:
 - Abriu unha casa de acollida para mulleres recentemente saídas do cárcere.
 - Ampliou as instalacións: hospital para persoas pobres, mulleres con enfermidades mentais, asilo de orfos, etc.
 - Fundou a primeira escola de enfermaría: **“Diaconisas de Kaiserswerth”**, innovando na súa formación.

2.3 Florence Nightingale

- Naceu o 12 de maio de 1820 no seo dunha familia británica acomodada en Florencia.
- Filla do político William Smith, firme defensor da educación das mulleres (especialmente das súas fillas) en idiomas, historia, matemáticas e estatística.
- Aos 17 anos comunicou á súa familia a súa decisión de seguir a súa vocación e dedicarse á enfermaría. Naquela época, a enfermaría estaba relegada a ordes caritativas, mulleres sen recursos, viúvas ou presas.
- Realizou numerosas viaxes por Italia, Grecia e Exipto. Nunha delas visitou a Institución das Diaconisas de Kaiserswerth (Alemaña), onde realizou unha estancia de tres meses e adquiriu coñecementos sobre alimentación, hixiene e acompañamento.
- Continuou os seus estudos en diversos hospitais de Gran Bretaña e Francia.
- Ao seu regreso a Londres, converteuse en directora dun sanatorio feminino.
- En 1854, o Reino Unido uniuse ao conflito entre o Imperio Otomán e o Imperio Ruso na península de Crimea. Este conflito transformouse nunha cruenta guerra de trincheiras, con pésimas condicións hixiénicas, frío e escaseza de alimentos. Nos hospitais de campaña había amoreamento, insalubridade e unha elevada mortalidade; morrían máis soldados por infeccións ca pola propia guerra.
- Por este motivo, Sidney Herbert, político e ministro de guerra, solicitoulle que viaxase a Crimea para avaliar a situación. Florence Nightingale desprazouse alí con 38 enfermeiras formadas por ela mesma, sendo as primeiras mulleres en servir oficialmente no exército do Reino Unido.
- En Crimea aplicou un método co que conseguiu reducir a mortalidade do 42 % ao 2 %:
 - Coidados asistenciais.
 - Medidas de hixiene: auga e aire limpos, sistemas de drenaxe eficaces, limpeza xeral.
 - Iluminación adecuada.
 - Mellora do benestar físico e tamén psicolóxico.
 - Escribía cartas en nome dos convalecentes e asegurábase de que recibisen as dos seus familiares.
 - Facilitou xogos e lecturas e axudou a enviar cartos ás súas familias.
 - Recollía datos e estatísticas para demostrar a eficacia das súas medidas.

- É considerada a primeira enfermeira en aplicar un **coidado holístico** á persoa.
- Nightingale regresou a Londres como unha heroína nacional e aproveitou a súa fama para mellorar as condicións sanitarias dos hospitais e profesionalizar a enfermaría baseada no coñecemento.
- En 1860 reuniu fondos para fundar a primeira escola de enfermaría laica do mundo: **Hospital Saint Thomas de Londres**.
- Converteuse na persoa máis influente a nivel mundial no ámbito da saúde.
- Foi membro honorario da Asociación Americana de Estatística.
- Deixou máis de 200 escritos entre artigos e libros.

<https://youtu.be/-gfULGxGOpu>

MODELO DE ENFERMARÍA PROPOSTO POR FLORENCE NIGHTINGALE:

Propuxo o primeiro modelo de enfermaría a mediados do século XIX.

Se basa en asegurar unhas condicións positivas (entorno positivo e saudable), que actúen positivamente na saúde no enfermo.

A función principal da enfermaría é asegurar ese entorno positivo e saudable para o enfermo (luz, condicións hixiénicas, tranquilidade etc.)

2.4 Virginia Henderson

- Naceu a finais do século XIX.
- Estudou enfermaría en 1920 na escola da Armada.
- Traballou como profesora en varias universidades estadounidenses, destacando a Universidade de Columbia entre 1934 e 1948.

MODELO DE ENFERMERÍA PROPOSTO POR VIRGINIA HENDERSON:

Más que un modelo é unha filosofía.

É o modelo máis extendido en todo o mundo e o de maior influencia en España.

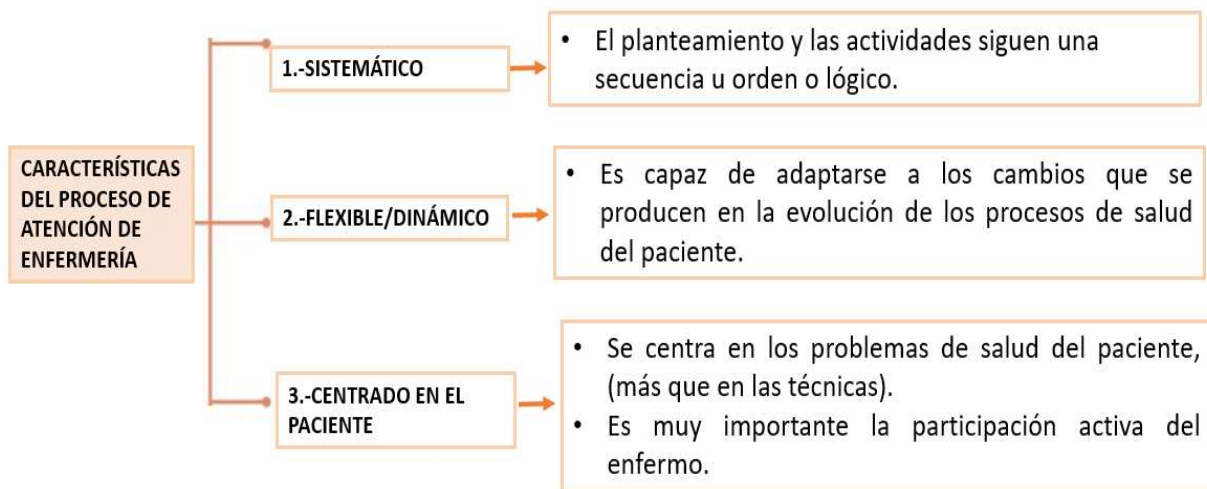
Basease en 14 necesidades básicas, as considera como un requisito para a saúde (similares a pirámide de Maslow). Cando enfermamos perdemos autonomía, pasamos a ser dependentes (non podemos realizar algunha ou todas as necesidades básicas por nos mesmos) e a enfermeira é a que debe realizar eses coidados o paciente, o mesmo tempo que logre a independencia canto antes.

O papel da enfermeira é a de axudar o enfermo en aquelas necesidades que por si so non pode realizar.

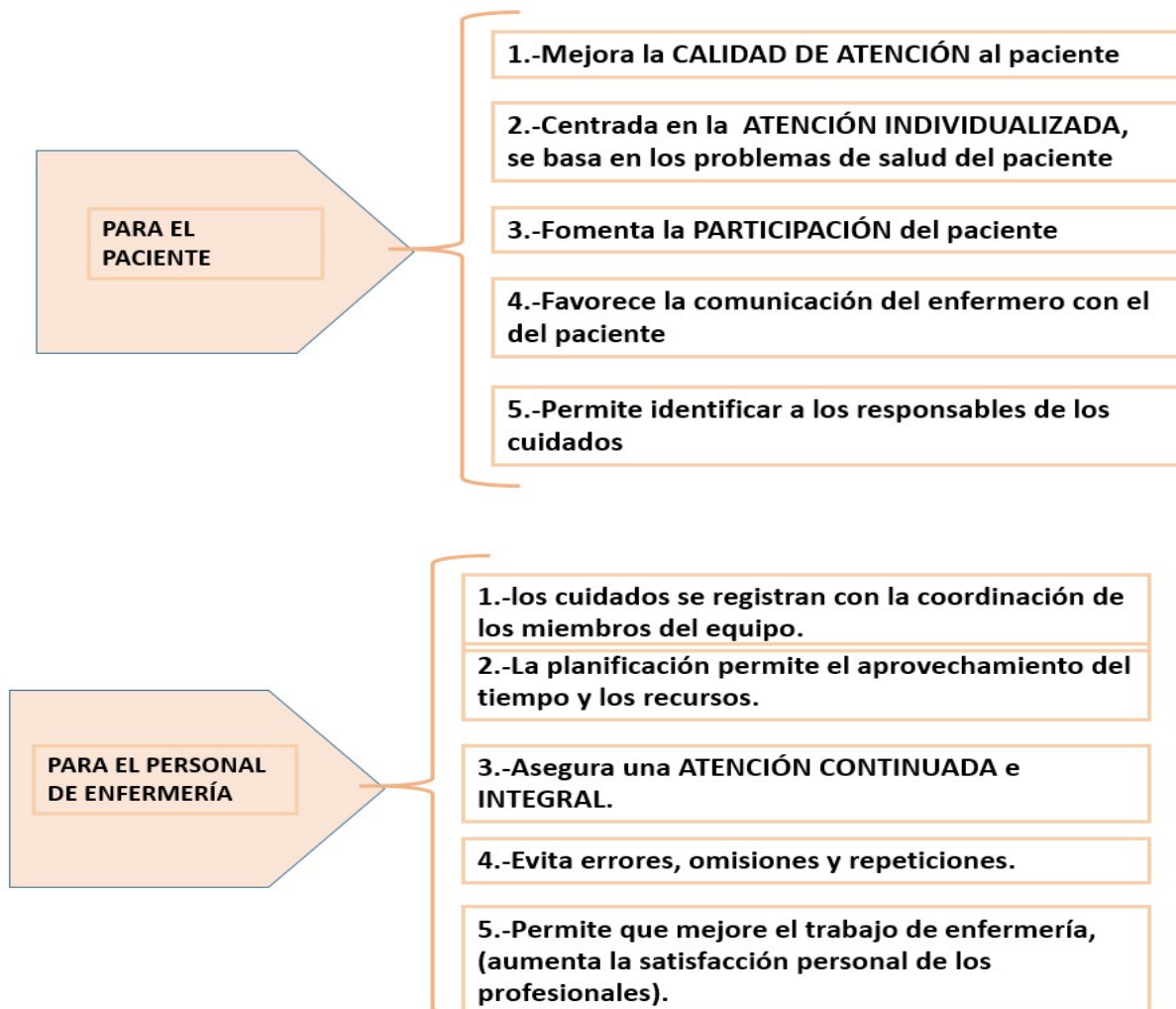
BLOQUE II: O PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA

1. DEFINICIÓN E CARACTERÍSTICAS

O proceso de atención de enfermaría (PAE) é un método científico que se aplica os coidados de enfermaría, permite que a asistencia se leve de forma ordenada, organizada e sistemática.

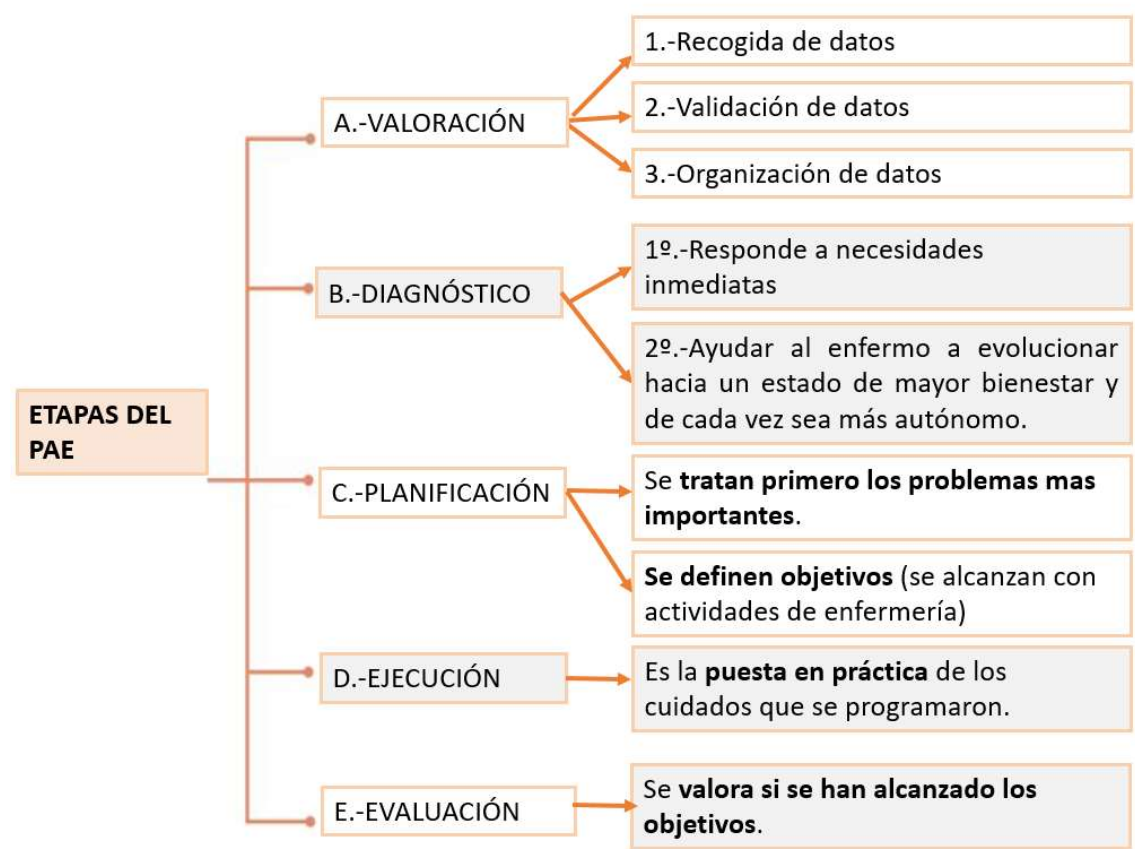


2. VENTAJAS DO PAE PARA O PACIENTE E O PERSOAL DE ENFERMERÍA



3. ETAPAS DO PAE

O PAE consta de 5 etapas consecutivas:

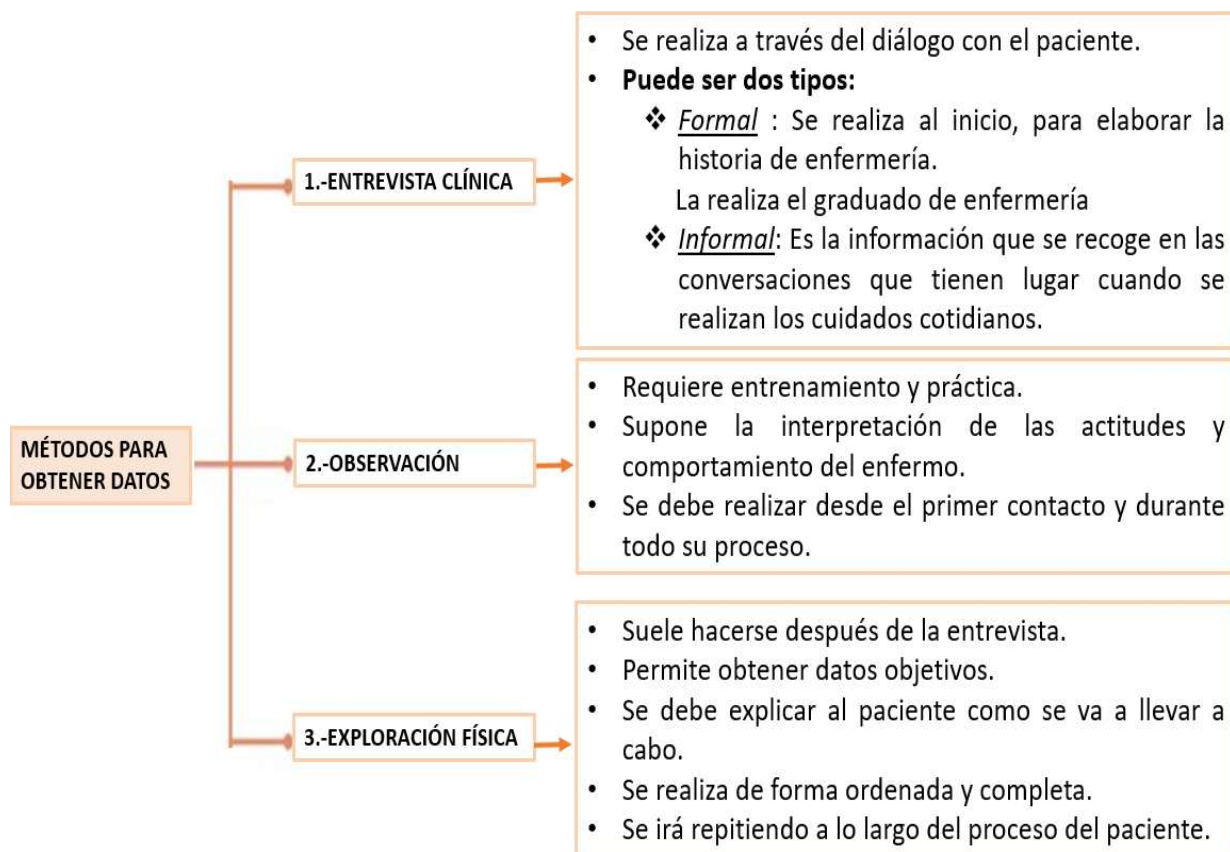


3.1 VALORACIÓN

Aquí podemos diferenciar as seguintes 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

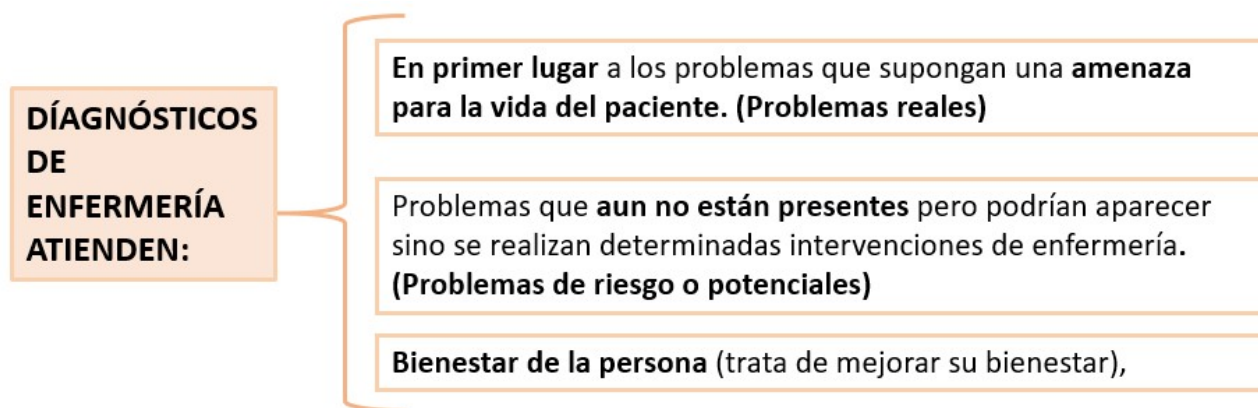
rexistro seriado das constantes vitais permitiranos saber se o paciente segue tendo febre, a que hora do día a presenta, desde hai cantos días ou, pola contra, se xa deixou de tela, etc.

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

3.2 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.



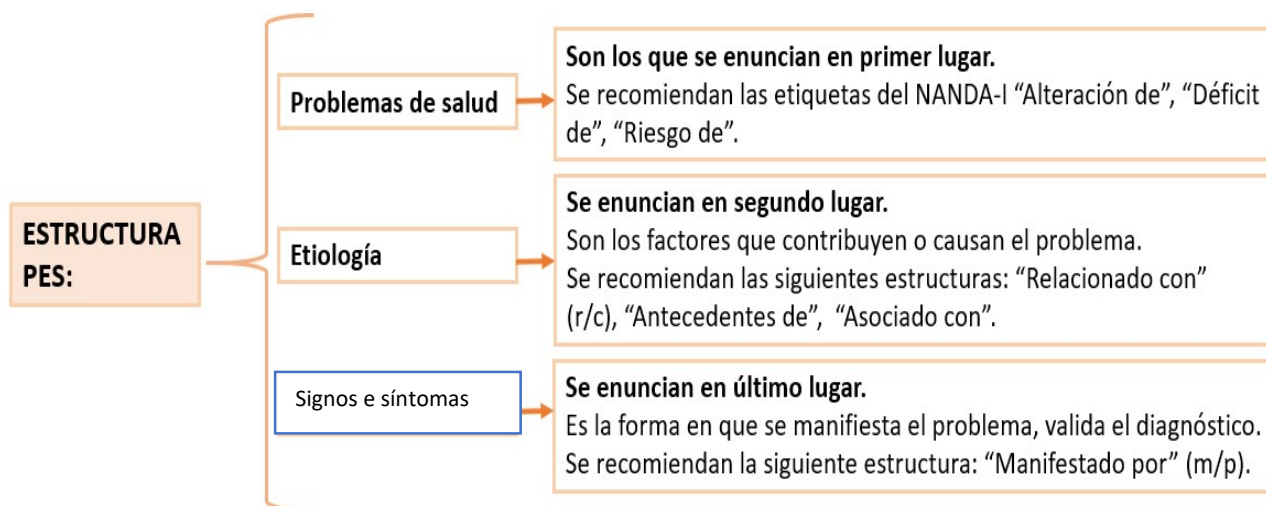
Séguese os diagnósticos universalmente admitidos, que son os propostos pola **NANDA-I** (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermaría Internacional).

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 houbese 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 enfermaría** 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.

3.3 PLANIFICACIÓN

Consiste en elaborar un programa completo de asistencia para atender os problemas do paciente. Neste programa detállanse de forma ordenada as actividades de enfermaría para poder atender aos problemas de saúde do paciente e alcanzar os obxectivos propostos.

Na etapa anterior, diagnóstico, identificáronse problemas; agora trátase de dar solucións (intervencións/accións) para eliminar a causa, diminuír os efectos e mellorar a situación.

1. Trátanse primeiro os problemas máis importantes (por iso os problemas de saúde están ordenados por prioridades).
2. Defínense obxectivos que deben alcanzarse mediante actividades de enfermaría. Estes obxectivos inclúen os que debe realizar o paciente e cales deberían ser os resultados destas intervencións (non sempre se poden fixar obxectivos para que os realice o paciente, como no caso dun paciente inconsciente).

Dentro dos obxectivos, haberá algúns que o paciente debe alcanzar por si mesmo e outros nos que só se poderá conseguir que mellore proporcionándolle axuda. Deben ser obxectivos realistas e que iremos modificando en función da evolución do paciente e á medida que se acaden as metas marcadas en primeiro lugar.

Exemplo:

Ao señor López realizóuselle unha intervención no xeonllo esquerdo. Estivo encamado durante certo tempo por indicacións médicas, pero agora debe levantarse.

Non obstante, presenta dificultades para camiñar: di que non pode, o seu xeonllo está ríxido, se tenta movelo doe, e séntese cansado e débil.

Diagnóstico de enfermaría:

Deterioro da mobilidade física relacionado con intervención cirúrxica no xeonllo esquerdo e inmovilización prolongada, manifestado por dificultade para camiñar, rixidez articular, dor ao movemento, cansazo e debilidade.

Sabemos que debemos 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 FIXAR, que indicaremos ao paciente (Señor López) e aos membros do equipo de coidados:

- O señor López será capaz de levantarse da cama con axuda e andar arredor da cama.
- Cando xa se atope mellor: O señor López será capaz de camiñar polo corredor só durante 10 minutos.

(O obxectivo fixa a meta a alcanzar e os medios para conseguila)

Os obxectivos serven de base para a avaliación. Poden ser **medibles**, como por exemplo: (hidratarse a razón de 2 litros diarios, eliminar feces brandas cada 2-3 días, consumir en cada comida unha ración de cada un dos principais grupos de alimentos, etc.). Ou **non medibles**, como: ter as vías respiratorias libres de secrecións, conservar a pel íntegra, expresar a diminución da dor, expresar a súa capacidade para afrontar a vida de maneira positiva, etc.

O obxectivo debe indicar un **prazo preciso**, e este prazo depende de:

a) A urxencia:

Se o diagnóstico implica a afectación dun signo vital, o prazo para acadalo será curto. Exemplos:

- Diagnóstico: *“Limpeza ineficaz das vías respiratorias R/C presenza de secrecións”*. Asígnaselle prioridade 1 polo estado grave da paciente, polo que o prazo non excederá de 6-8 horas.
- Diagnóstico: *“Duelo anticipado R/C non aceptación dunha enfermidade terminal”*. O obxectivo *“Expresar sentimentos de medo e tristeza”* terá un prazo máis prolongado, superior a 6-8 días.

b) Do tempo dispoñible:

Exemplo: unha persoa á que se lle vai realizar unha intervención cirúrxica. Se o obxectivo fixado pola enfermeira é *“Verbalizar os seus sentimentos fronte á intervención”*, o prazo debe finalizar antes da intervención.

c) Do contexto dos cuidados:

O prazo tamén varía segundo o servizo no que se traballe: urxencias, cuidados intensivos, etc.

d) Do pronóstico:

O prazo será máis longo se o pronóstico é reservado.

O máis eficaz é fixar obxectivos a curto prazo e modificalos segundo a evolución da persoa doente.

Os obxectivos tamén deben incluír un pronóstico de enfermaría e indicar cando se vai avaliar (momento da avaliación).

NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería (Nursing Outcomes Classification).

O NOC non é un obxectivo en sí, senon a forma estandarizada de expresar e medir os obxetivos.

Obxectivo: o que queremos conseguir.

NOC: como medimos se ese obxectivo se cumpriu.

Obxectivo: O paciente mellorará a súa capacidade de deambulación durante o ingreso.
NOC: mobilidade.

3. Intervencións

O seguinte son as **intervencións**. As intervencións son as accións que leva a cabo a enfermeira ou o paciente ou as actitudes que se deben adoptar.

As intervencións poden ser de dous tipos:

a) **Intervencións autónomas de cuidados de enfermaría** que favorecen a autonomía do paciente. Exemplos:

- Ofrecer alimentos cun alto contido en calcio.

- Reservar 10 minutos para que a persoa poida expresar o seu problema.
- Explicar á persoa como cambiar o apósito de forma estéril para cando reciba a alta.
- Informar á persoa sobre os signos precursores dunha crise de ansiedade para que poida previla, controlala ou tomar a medicación correspondente.

b) Intervencións relacionadas con coidados de enfermaría técnicos e médicos. Por exemplo: revisión do estado da vía intravenosa periférica, aspiración de secrecións das vías aéreas inferiores, administración de medicación intravenosa, etc.

O NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería), é unha clasificación estandarizada das intervencións da enfermeira. O seu obxectivo é que haxa coidados claros independentemente de quen atenda o paciente.

Exemplos de NIC según diagnóstico:

Diagnóstico de enfermaría	NIC (intervención)
Dor aguda	Administrar analxésicos segundo prescripción; aplicar calor local; ensinar técnicas de relaxación
Mobilidade física diminuída	Axuda coa mobilidade; exercicios terapéuticos; supervisión de caídas
Ansiedade	Técnicas de relaxación; apoio emocional; educación sobre o proceso de enfermidade

Cada intervención NIC ten un código ou número único que a identifica dentro da clasificación oficial.

- Facilita a documentación estandarizada.
- Permite buscar rapidamente a intervención nun manual ou base de datos.

Exemplo: NIC: Axuda coa mobilidade (0200)

Exemplo práctico

Se retomamos o exemplo anterior:

“Alteración do sono relacionada coa desorientación, manifestada por episodios de axitación nocturna”.

Como obxectivo poderíamos propoñer: **mellorar o descanso nocturno do paciente e evitar riscos relacionados coa seguridade.**

Para iso poderíanse planificar as seguintes actuacións:

- Identificarnos cada vez que entremos na habitación, saudando ao paciente e lembrándolle que está nun hospital e que estamos para coidalo: *Boas noites, Antonio, son Rita, a enfermeira da noite. Estou aquí para coidalo e axudalo no que precise. Se ten algún problema, non dubide en chamarnos.*
- Procurar que o paciente estea acompañado, se é posible, por un familiar que garantice a observación. Se non é posible, situalo nunha habitación próxima ao control de enfermaría.
- Procurar un ambiente tranquilo e reducir estímulos (diminuír ruídos, baixar o nivel de iluminación, habitación individual, etc.).

- Asegurarnos de que o paciente, unha vez deitado, está seguro e evitar accidentes utilizando os recursos dispoñibles: barandillas da cama, retirada de obstáculos no caso de que se levante, etc.
- Administrar a medicación para favorecer o sono e o descanso segundo prescripción médica.
- Vixiar o paciente periodicamente para confirmar que descansa sen interrompelo.
- No caso de que se produza un episodio de axitación, manter a calma e actuar segundo os protocolos establecidos.

Tipos de plans de coidados

Os plans poden ser de dous tipos:

1. Individualizados:

Elabóranse de forma personalizada para cada paciente. Deberían facerse sempre así, pero na práctica resulta complexo por falta de tempo. Non obstante, se o paciente presenta algunha particularidade especial, é imprescindible realízaos de forma individualizada.

2. Estandarizados:

Xa están establecidos para problemas e situacións habituais, é dicir, cubren a maioría dos problemas máis frecuentes dos pacientes hospitalizados.

Son unha guía na que se describen detalladamente as actuacións de enfermaría nestes casos. Algúns plans estandarizados permiten modificacións para adaptarse a situacións concretas.

No plan de coidados quedan rexistrados os coidados deseñados por enfermaría (observación, coidados, etc.) e tamén os derivados das ordes médicas, como a administración de medicación ou a preparación para probas diagnósticas.

Segundo criterios de calidade, considérase que **todos os pacientes deben ter un plan de coidados establecido antes das 24 horas posteriores ao seu ingreso.**

3.4 EXECUCIÓN

Consiste en poñer en práctica o plan de coidados, é dicir, levar a cabo as intervencións planificadas.

Na fase de execución realízanse as distintas actividades propostas no plan. Para iso:

- Prepárase o material necesario.
- Explícaselle ao paciente o que se vai facer.
- Realízase a actividade seguindo estritamente as normas e os protocolos establecidos.
- Asegurámonos de que o paciente queda en boas condicións e recóllese todo o material empregado.
- Rexístrase a actividade realizada (quen a realiza, que se fixo e as observacións que sexan necesarias).

Caso práctico

Unha enfermeira anotou nas “Actividades da vida diaria”:

1. Axudar á señora Martínez (porque padece artrite):
 - A comer
 - A destapar os pratos

- A cortar os alimentos
2. Levantala con axuda dúas veces ao día.

A enfermeira sabe que o médico lle prescribiu a esta paciente:

- Antiinflamatorios e sales de ouro en inxección intramuscular (un tipo de medicación que nunca administrou).
- Órtesis na man dereita segundo tolerancia.

Diagnóstico de enfermaría:

Deterioro da mobilidade (das mans) R/C artrite M/P dor.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBXETIVO	INTERVENCIÓNS	HORARIO
Deterioro da mobilidade (das mans) R/C artrite M/P dor.	Alimentarse soa, pouco a pouco, empregando utensilios especiais	Evaluar a capacidade de prensión cada 2 días	10h 14h. 20h.
		Colocar as mans nun recipiente de auga templada cada 10 minutos, e a continuación realizar exercicios pasivos cos dedos e mans durante 5 minutos.	
		Suxerir a paciente realizar exercicios activos tres veces o día durante 5 minutos.	
		Explicar que non debe insistir se ten moita dor. Se fose necesario pode realizalos na auga.	
	A evaluar o 5-05	Dar analxésico se é necesario 30 minutos antes de realizar o exercicio.	
		Enseñar cómo utilizar os utensilios especiais.	
		Explicar a importancia dun réxime especial rico en vit C y calcio.	
		Permitir que exprese a súa dor e sentimentos.	
	Pronóstico Bueno	Felicitarla polos seus esforzos.	

¿Cales serían os pasos da execución neste exemplo?

- ✓ Preparar un recipiente con auga temperada.
- ✓ Explicar á señora Martínez o procedemento que se vai realizar.
- ✓ Introducir as mans da paciente no recipiente durante 10 minutos.
- ✓ Axudala a realizar exercicios pasivos dos dedos e das mans durante 5 minutos.
- ✓ Animala a realizar exercicios activos, observando se aparece dor.
- ✓ Suspende o exercicio se a paciente manifesta dor intensa.
- ✓ Administrar o analxésico prescrito, se é necesario, 30 minutos antes dos exercicios.
- ✓ Axudala a utilizar os utensilios especiais durante a comida.
- ✓ Supervisar que a paciente se alimenta soa progresivamente.
- ✓ Escoitar á paciente, permitíndolle expresar a súa dor e sentimentos.
- ✓ Reforzar positivamente o seu comportamento, felicitándoa polos seus esforzos.
- ✓ Deixar á paciente cómoda e segura tras as actividades.
- ✓ Recoller e limpar o material utilizado.
- ✓ Rexistrar no historial os coidados realizados e as observacións (dor, tolerancia, progresos).

Lembra que o **proceso de coidados é un proceso dinámico**: mentres a enfermeira realiza os coidados, continúa recollendo datos, analizándoos e orientándose cara a outros diagnósticos de enfermaría. Un plan de coidados está sempre en **constante evolución**.

Algunhas das intervencións do plan de coidados poden ser realizadas polo **TCAE**, pola **familia** ou pola **persoa acompañante** do paciente.

3.5 EVALUACIÓN

O seu fin principal é asegurar uns coidados de calidade. Valórase se se acadaron os obxectivos propostos e en que medida. Permítenos identificar as accións/coidados que favoreceron ou impediron a consecución dos obxectivos.

Esta etapa realízase ao longo de todo o proceso de evolución da persoa paciente e non só no momento da alta, o que nos permite solucionar os erros canto antes e introducir modificacións para a mellora.

Exemplo de avaliación: unha persoa á que se lle vai 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 as preguntas, debe constatar se a persoa foi capaz de verbalizar os seus sentimentos e se isto contribuíu a reducir os seus niveis de ansiedade.

Nesta etapa compárase o que pretendía o obxectivo de enfermaría coa situación real e actual do paciente. A avaliación faise mediante a observación, a entrevista coa persoa e a consulta da historia clínica, comparando os datos obtidos antes e despois dos coidados realizados.

Durante o ingreso, a avaliación faise no momento previsto no plan, de maneira que algúns obxectivos se manteñen (aínda non foron acadados) e outros se substitúen ou se modifican. Existe unha avaliación final días antes de que á persoa se lle dea a alta, para realizar o informe de alta de enfermaría. Se algúns obxectivos non se acadaron, a enfermeira facilitará algunhas indicacións para que a persoa os consiga posteriormente no seu domicilio ou ben para que a enfermeira de atención primaria poida continuar co traballo realizado a nivel hospitalario. Por exemplo: se a persoa necesita que se lle realicen curas, rexistrarse a forma na que se estaban levando a cabo, a frecuencia, así como a evolución rexistrada ata o momento da alta.

Nesta etapa podemos atoparnos con tres situacións:

1. **Acadáronse totalmente os obxectivos previstos:** considérase concluído o plan de coidados.
2. **Os obxectivos previstos acadáronse parcialmente:** estamos na dirección correcta, proseguimos co plan, formulando novos obxectivos máis amplos ou novos e eliminando os xa acadados.
3. **Os obxectivos previstos non se acadan:** revisión do plan de coidados. Debemos formular obxectivos máis realistas en función da situación/evolución da persoa paciente.

As causas máis frecuentes polas que non se acadan os obxectivos son:

1. Valoración incompleta ou errónea.
2. Diagnósticos de enfermaría erróneos.
3. Plan de coidados pouco individualizado.

4. Obxectivos mal formulados.
5. Erros na priorización dos problemas.

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

4. PAPEL DO TCAE NO PAE

Os TCAE forman parte do equipo de enfermaría, polo que 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 enfermaría (que é exclusivo de enfermaría). A etapa na que adquire maior relevancia é a de execución, xa que é a encargada de levar a cabo parte dos coidados básicos de enfermaría.

ETAPA DO PAE	PAPEL TCAE
1. VALORACIÓN	Colabora na recollida de datos (observación e relación co paciente)
	Informa e rexistra os datos máis relevantes.
2. DIAGNÓSTICO	Debe coñecer os problemas máis relevantes do paciente
3. PLANIFICACIÓN	Debe coñecer o plan, especialmente as actividades que lle corresponden.
4. EXECUCIÓN	Realizar as actividades que lle corresponden do plan seguindo os protocolos correspondentes
	Rexistrar as actividades realizadas.
5. EVALUACIÓN	Evaluar as actividades que lle corresponden do plan. Rexistrar dita avaliación.