

SAÚDE

MÉTODO CIENTIFICO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

SANDRA ACOSTA FERNANDEZ ^a

GENNER FADRAGAS CLAVELO ^b

AFONSO LOURENÇO PALANGA TCHIYOKA ^c

sandraacosta1979@gmail.com

RESUMEN

La mayor parte de las publicaciones científicas sobre Proceso de Atención de Enfermería, evalúan el método de actuación del personal de enfermería como el modelo de trabajo práctico, preciso y científico para resolver determinada situación de un paciente. El mismo consta de cinco etapas: la Evaluación Inicial, Diagnósticos de Enfermería, Planeamiento, Implementación y Evaluación Final. En la segunda etapa ocupan una función relevante las llamadas características definitorias, pues son indispensables para la observación del estado de salud de individuos, familias y comunidades. En estrecho vínculo con lo anterior están los factores relacionados los que constituyen el contexto donde tiene lugar las características definitorias. En el presente trabajo se aplica el sistema categorial antes mencionado y propuesto por la NANDA para el Proceso de Atención de Enfermería, a partir de la presentación de un caso en el que se evidencia la aplicación práctica de lo que ya es, internacionalmente aceptado, como un sistema de acciones diagnósticas y de intervención que todo profesional de enfermería debe dominar, pues son competencias necesarias para el desempeño exitoso en el área de atención y de la aplicación del Método Científico de Actuación de Enfermería. Se presenta un paciente

^a Máster en Urgencias y Emergencias Médicas. Profesora Asistente y Profesora del Instituto Superior Politécnico Sol Nascente.

^b Especialista de I grado en Cardiología y I grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Máster en Urgencias y Emergencias Médicas.

^c Técnico Medio en Enfermería, Estudiante de Medicina Tercer Año, Universidad José Eduardo dos Santos.

ingresado en la UTI, del Hospital Regional de Huambo en Angola, con el diagnóstico médico de Edema Agudo del Pulmón, y se explica la secuencia de cada una de las etapas que conforman el proceso de atención de enfermería.

Palabras claves: Diagnósticos de enfermería, acciones de enfermería y Proceso de Atención de enfermería.

ABSTRACT

Most scientific publications about nursing care process, evaluate the method of action of the nursing staff as scientific, precise and practical working model to meet a patient's specific situation. It consists of five stages: the initial assessment, nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation Final. In the second stage features defining calls, occupy a major role as they are indispensable for the observation of the State of health of individuals, families and communities. In close link with the above are related factors that you are the context where takes place the defining characteristics. In this work applies the categorical system mentioned above and proposed by the NANDA for the process of nursing care, from the presentation of a case in which there is evidence of the practical application of what already is, internationally accepted, as a system of diagnostic actions and intervention that all professional nurse must master because they are skills necessary for successful performance in the area of care and give it application of the scientific method of performance of nursing. Presents a patient entered the STU, of the Regional Hospital of Huambo in Angola, with the medical diagnosis of acute lung Edema, and explains the sequence of each of the stages that make up the process of nursing care.

Key words: Nursing diagnosis, nursing actions and Nursing care process.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la enfermería, como todos conocemos, data ya de varios siglos; sin embargo, es en 1973, en San Luis, Estados Unidos, donde se funda la Agencia Nacional para el Diagnóstico y Acciones de Enfermería (NANDA). De este modo nace de carácter oficial el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), vigente hasta hoy como proceso rector de la profesión.

El Proceso de Atención de Enfermería consta de cinco etapas: la Evaluación Inicial, Diagnósticos de Enfermería, Planeamiento, Implementación y Evaluación Final.

Los Diagnósticos de Enfermería, según la **Taxonomía II de la NANDA**, están estructurados en **dominios, clases y diagnósticos**. Pero es pertinente resaltar que el

propio grupo NANDA, propone continuar utilizando para realizar la Valoración de Enfermería y agrupar a los Diagnósticos, la tipología de Patrones Funcionales de Salud, hasta que se incorpore esta nueva clasificación y sea del dominio de todos⁽¹⁾

Diagnóstico enfermero: Juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los objetivos de los que el enfermero es responsable.

Diagnóstico enfermero real: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en una persona, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas⁽²⁾

Diagnóstico enfermero de promoción de salud: Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas. Los diagnósticos de promoción de salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar establecido. Las intervenciones se apoyan de acuerdo con la persona, familia o comunidad, para asegurar al máximo la posibilidad de alcanzar los resultados esperados⁽¹⁾

Diagnóstico enfermero de riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Está determinado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad⁽²⁾

Síndrome: Grupo de signos y síntomas que aparecen casi siempre juntos. Estos grupos representan un cuadro clínico específico

Diagnóstico enfermero de salud: Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad. Se sustentan en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas⁽³⁾

La historia clínica continúa siendo de valor fundamental en la valoración inicial de los pacientes. Horta inició su estudio y publicaciones en 1964, introduciendo el plano de cuidados como tarea facultativa a sus alumnos y terminó como el trabajo intitulado “Contribución para una Teoría de Enfermería”, en 1970. Este modelo se fundamenta en un abordaje humanista y empírico, a partir de la teoría de motivación de Maslow. Admite al ser humano como una parte integrante del universo, y de esta interacción surgen los

estados de equilibrio y desequilibrio en el tiempo y espacio. Los seres humanos tienen necesidades básicas que buscan satisfacer este proceso interactivo⁽⁴⁾

Basado en estos argumentos hemos realizado nuestro estudio, en el cual se demuestra el valor del PAE en el trabajo diario de los enfermeros.

CASO CLINICO. SU PRESENTACIÓN

Paciente masculino, de 74 años, con antecedentes de problemas de salud, valorado por cardiólogo en el Hospital Regional de Huambo, en julio del año 2015, por presentar hipertensión arterial, diabetes mellitus, e infecciones respiratorias a repetición. En la madrugada del 25 de septiembre del mismo año, comienza con disnea progresiva, tos, taquicardia con cifras de tensión arterial elevada y ansiedad marcada. Como dato de interés, el señor enviudó hace 15 días y presenta dificultades para deambular, por lo que vive ahora con la hija mayor.

Se le realizan los cuidados básicos de la emergencia, no logrando estabilizarlo. Es trasladado a la UTI del hospital, donde es ingresado y se le realizan todos los procedimientos y cuidados establecidos en los protocolos de trabajo de la unidad. Se le canaliza vena profunda, se le coloca tubo endotraqueal, sonda nasogástrica y vesical.

En este servicio se mantiene las primeras 2 horas con el mismo cuadro clínico de su ingreso; los enfermeros del servicio proceden a la evaluación inicial:

Paciente anciano.

Masculino.

Hipertenso.

Cuadro de infecciones respiratorias a repetición.

Disnea.

Tos.

Taquicardia.

Ansiedad marcada.

Viudo.

Viviendo en un nuevo hogar.

Con sonda nasogástrica, tubo endotraqueal, sonda vesical y canalización de vena profunda.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA, SEGÚN LA TAXONOMIA DE LA NANDA⁽⁵⁾

1. Débito cardíaco disminuido relacionado con frecuencia cardíaca alterada.
2. Ventilación espontánea afectada relacionada con fatiga de los músculos respiratorios.
3. Troca de gases perjudicada relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión.
4. Perfusión tisular ineficaz (cardiopulmonar) relacionada con descompensación entre la ventilación y flujo sanguíneo.
5. Desobstrucción ineficaz de las vías aéreas relacionada con enfermedad obstructiva crónica.
6. Dificultad en la deglución relacionado con alimentación por sondas y obstrucción mecánica de la vía aérea.
7. Fatiga relacionado con aumento de las quejas físicas.
8. Incontinencia urinaria total relacionada con colocación de sonda vesical.
9. Intolerancia a la actividad física relacionado con presencia de problemas circulatorios y respiratorios.
10. Movilidad física perjudicada relacionada con resistencia cardiovascular limitada.
11. Dificultad en la deambulacion relacionado con inmovilización y disnea.
12. Ansiedad marcada relacionada con amenaza de muerte.
13. Desesperanza relacionado con deterioro de su condición fisiológica.
14. Angustia espiritual relacionado con la muerte.
15. Déficit de autocuidado para alimentarse relacionado con estado de la enfermedad.
16. Déficit de autocuidado para baño e higiene relacionado con proceso de la enfermedad.
17. Déficit de autocuidado para vestirse relacionado con su enfermedad.
18. Riesgo de aspiración relacionado con alimentación por sondas.
19. Riesgo de aspiración relacionado con sonda endotraqueal.
20. Riesgo de constipación relacionado con actividad física insuficiente.
21. Riesgo de dolor agudo relacionado con agentes lesivos.
22. Riesgo de glicemia inestable relacionado con estado de la salud física.
23. Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.
24. Riesgo de integridad de la piel perjudicada relacionado con edad e inmovilización física.

25. Riesgo de lesión relacionado con movilización alterada.
26. Riesgo de disfunción neurovascular periférica relacionado con inmovilización.
27. Riesgo de nutrición desequilibrada relacionado con alimentación por sondas.

ACCIONES DE ENFERMERIA

1. Cumplir las indicaciones médicas para favorecer la recuperación del paciente.
2. Tomar muestras de sangre para la realización de los exámenes complementarios.
3. Llamar a los técnicos de rayos X para realizar radiografías, cada vez que sean indicadas.
4. Cumplir con la dieta indicada para brindar el aporte de nutrientes y calorías necesarios al paciente.
5. Colocar sonda vesical para garantizar el control estricto de la diuresis y llevar control estricto do balance hidromineral
6. Colocar sonda nasogástrica para la alimentación enteral.
7. Reclamar los resultados de los exámenes complementarios y de rayos x para facilitar el diagnóstico
8. Solicitar interconsulta con los especialistas del área de Psicología para brindar atención especializada al paciente en su esfera emocional
9. Solicitar interconsulta con el área de Fisioterapia para la realización de fisioterapia respiratoria y movimientos activos.
10. Colocar al paciente en una posición adecuada para favorecer la ventilación, proporcionar confort y bienestar.
11. Avisar al médico de inmediato, ante cualquier cambio observado.
12. Administrar oxígeno para mejorar la ventilación y aportar las necesidades requeridas de O₂ para el organismo.
13. Mantener observación estricta en la máquina de ventilación para determinar los pequeños cambios y detectar posibles complicaciones.
14. Realizar electrocardiograma y monitorización del paciente para valorar cambios en el organismo.
15. Canalizar vena profunda, para cumplir tratamiento médico inmediato.
16. Medir los signos vitales cada vez que sea necesario, con el fin de evaluar la evolución del paciente.

17. Aspirar tubo endotraqueal para evitar el acumulo de secreciones y la obstrucción de la vía aérea.
18. Realizar baño en cama para contribuir a la higiene y confort del paciente.
19. Realizar aseo de cavidades para evitar la proliferación de microorganismos y mantener al paciente limpio.
20. Cambiar la ropa de cama cada vez que sea necesario para evitar la humedad y la aparición de úlceras por presión.
21. Realizar ejercicios pasivos en la cama para mejorar la circulación.
22. Mantener la cama limpia, arreglada, evitar la humedad para proporcionar confort.
23. Brindar apoyo psicológico para que el paciente se sienta confiado y disminuir la ansiedad.
24. Alimentar al paciente por sonda nasogástrica.
25. Extremar medidas de asepsia y antisepsia para evitar infecciones cruzadas.
26. Mantener control estricto del balance hidromineral para valorar los aportes y las pérdidas.
27. Interpretar los parámetros ventilatorios y los signos vitales para detectar los cambios que acontezcan en el organismo.
28. Observación estricta del paciente, aspecto de vital importancia, ya que el personal de enfermería desempeña un papel fundamental, puesto que con ella se puede evitar cualquier complicación capaz de comprometer seriamente la vida del paciente.
29. Colocar en la hoja del proceso todos los cambios del paciente, los adelantos evolutivos que hablen a favor de la recuperación del paciente o la aparición de las posibles complicaciones.
30. Extremar las medidas en el cumplimiento de la medicación, cumpliendo con las 5 reglas: paciente correcto, dosis correcta, horario correcto, medicamento correcto y vía de administración correcta.
31. Realizar masajes de estimulación de la circulación.
32. Evitar puntos de apoyo para así prevenir las úlceras por presión.
33. Realizar fisioterapia respiratoria para remover las secreciones traqueo-bronquiales.
34. Mantener el ambiente tranquilo y limpio para brindar confort.

35. Retirar prendas, prótesis y ropas.
36. Brindar apoyo psicológico a los familiares para que se muestren confiados, calmados y permitan así, trabajar a los profesionales de la salud.
37. Mantener el carro de paro próximo del paciente y constatar que tenga todo lo necesario para actuar ante una parada cardiorrespiratoria.
38. Mantener las vías aéreas permeables.

CONCLUSIONES

En la actualidad, el Proceso de Atención de Enfermería se perfecciona y se adapta a las características de cada población; nuestro contexto en los servicios de salud, lo evidencia.

La enfermería está experimentando visibles cambios en la aplicación del método científico y en el perfeccionamiento del desempeño de sus profesionales, a favor de la prestación de mejores servicios de salud a la población.

El enfermero es capaz de, por sí mismo, identificar los problemas, categorizar los datos positivos y negativos, establecer prioridades, hacer diagnósticos de enfermería, trazar objetivos de trabajo, y ejecutar acciones independientes, valorando la respuesta del paciente, a todos estos, el Proceso de Atención de Enfermería, como método científico rector de la actividad profesional sirve de muestra, en la secuencia de acciones que conforman el caso presentado en este trabajo.

BIBLIOGRÁFICA CONSULTADA

1. Ledesma, A. Fundamentos de Enfermería. Madrid, Editora: Limusa Noriega.2011
2. Brunner y Suddarth .Text book of medical; Surgical Nursing. Universidad americana. 2010.
3. Diaz dos Santos. Los enfermeros entre el desafío y la rutina una mirada al siglo XXI. Habana, Editora: Salud. 2012
4. Heather Hendmam. Nanda Internacional. Madrid, Editora: Elsevier. 2012
5. Diccionario Mosby. Clasificación de resultados de enfermería. Madrid, Editora Elsevier. 2008

