

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

El principal trabajo de enfermería es cuidar a las personas enfermas. Si pretendemos que esta tarea sea lo más eficaz posible, no tenemos que depender solo de la buena voluntad, de la mayor o menor capacidad técnica o de la improvisación de quien la realiza: es conveniente seguir un plan de actuación para atender de la mejor manera al paciente.

El proceso de atención de enfermería (PAE) consiste en la aplicación del método científico en los cuidados de enfermería, para lograr que esta asistencia se lleve a cabo de forma ordenada, organizada y sistematizada.

El PAE pretende solucionar los problemas de salud del paciente proporcionando cuidados de enfermería que siguen un orden lógico: identificar los problemas de salud del paciente, planear los cuidados más adecuados para su situación, llevar a la práctica el plan de cuidados y valorar los resultados.

El PAE se desarrolla en 5 etapas consecutivas:

Las 5 etapas del PAE	
Valoración	Recogemos los datos sobre el estado de salud del paciente y los analizamos.
Diagnóstico de enfermería	Obtenemos un juicio o conclusión para identificar los problemas de salud.
Planificación	Definimos los objetivos y establecemos las estrategias de actuación para alcanzarlos mediante actividades de enfermería.
Ejecución	Llevamos a la práctica los cuidados programados.
Evaluación	Valoramos la consecución de los objetivos.

Aunque con fines didácticos es útil explicar por separado cada etapa del PAE, hay que tener claro que el PAE no consta de una serie de etapas independientes que se van sucediendo una tras otras, sino que se trata de un proceso continuo en el que en la práctica se superponen pasos de dos o más fases.

Las enfermeras dirigen el proceso, pero los auxiliares, formando parte del equipo de enfermería, participan en el PAE y tienen un papel destacado en alguna de sus etapas como veremos más adelante.

Características del PAE

Es un proceso sistemático, con un planteamiento organizado y una secuencia lógica de actividades de enfermería encaminadas a conseguir los objetivos que se pretenden.

Es flexible y dinámico, capaz de adaptarse a cualquier situación (tanto en atención especializada como en atención primaria) y que puede responder a los cambios que van surgiendo en la evolución de los problemas de salud del paciente.

Centrado en el paciente, en sus problemas de salud más que en las técnicas o procedimientos de enfermería, fomenta y necesita de la participación activa del paciente.

Para conseguir un PAE de calidad es imprescindible el uso de la documentación, pues deben registrarse las actividades de enfermería en todas y cada una de sus etapas. Así queda constancia de cómo se va llevando a cabo el proceso de atención y se hace más fluida la comunicación entre los diversos profesionales que cuidan al paciente.

1 → Valoración → puede tener valor legal.

- 2 → Diagnóstico → permite la investigación y la formación
- 3 → Planificación → hace posible la evaluación y la mejora de la calidad
- 4 → Ejecución → facilita la comunicación entre el personal de enfermería
- 5 → Evaluación → queda constancia de todo lo que se hace.

Etapas del proceso de atención de enfermería.

1ª.- Etapa: VALORACIÓN, Esta primera fase del PAE consiste en la recogida sistemática de los datos sobre el estado de salud del paciente. Luego estos datos se verifican y se organizan para que las conclusiones que se obtengan puedan ser fiables.

Es fundamental que se lleva a cabo de forma completamente, detallada y exacta, pues una valoración adecuada es la base imprescindible para que funcione el proceso de atención de enfermería: si no detectamos qué le pasa al paciente no podremos cuidarlo bien para solucionar sus problemas.

La etapa de valoración puede subdividirse en tres: RECOGIDA DE DATOS, VALIDACIÓN DE LOS DATOS Y ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.

1.1.- Recogida de datos:

El personal de enfermería recoge, en el inicio del proceso y luego de forma continuada, los datos relevantes sobre los problemas de salud del paciente. En la valoración inicial la recogida de datos debe ser completa (buscar de forma deliberada todos los datos importantes sobre la salud) e integral (incluir además de los datos puramente fisiológicos los relacionados con aspectos psicológicos y sociales). A lo largo de todo el proceso de atención se seguirán recogiendo datos: confirmación de lo observado, cambios respecto a la situación inicial o aparición de nuevos datos.

Los datos pueden ser de distintos tipos. Los datos subjetivos son los que nos cuenta el paciente. Él los siente, pero nosotros no los podemos verificar: << estoy cansado, no tengo ganas de nada>>, <<me duele la cabeza>>.

En cambio los datos objetivos pueden ser percibidos, incluso medidos, por los profesionales: vómitos o fiebre, por ejemplo.

Los datos pueden clasificarse en actuales, están sucediendo en el momento (dolor en la cadera al caminar), o haber ocurrido hace tiempo, denominándose históricos o antecedentes (fracturas de fémur hace un año).

- Los métodos para obtener datos son tres:
- Entrevista clínica.
 - Observación.
 - Exploración física.

Entrevista clínica: a través del diálogo con el paciente se obtiene una gran cantidad de información. Además facilita la relación enfermera-paciente y fomenta la participación de este en todo el proceso. La entrevista formal se lleva a cabo al principio del proceso de atención para elaborar la historia de enfermería. De manera informal, en las conversaciones que tienen lugar mientras se realizan los cuidados cotidianos también se consigue información.

Etapas de la entrevista	
Iniciación	Crear un ambiente favorable para la relación.
Cuerpo	Parte central y mayoritaria para obtener información siguiendo formatos más o menos estructurados.
Cierra	Resumir lo principal y finalizar la entrevista.

Hay que cuidar el ambiente en el que se desarrolla la entrevista: un lugar agradable, tranquilo y privado. Para alcanzar el éxito conviene tener en cuenta que en la comunicación, además de los aspectos verbales, son de gran importancia los no verbales: no podemos pretender que el paciente nos cuente lo que le pasa si se lo preguntamos con un tono de voz aburrido y sin mirarle a los ojos.

Técnicas verbales	
Preguntas abiertas	¿Cómo se encuentra hoy? Permiten la expresión más libre de sentimientos, sensaciones, etc.
Preguntas cerradas	¿Toma usted algún medicamento para la hipertensión? Respuestas breves, con datos correctos.
Preguntas de aclaración	Para precisar el significado de un comentario del paciente, evitando errores de interpretación
Comentarios de reflexión	Repetir lo dicho por el paciente, para que este se explique.
Frases adicionales	Siga, siga: entiendo, etc. Sirven de estímulo para que el paciente continúe hablando.

La entrevista puede ser una potente herramienta en el trabajo de enfermería. Para ello debemos conocer las técnicas de comunicación y entrenarlas adecuadamente. No basta con que la enfermera sea una buena profesional con amplios conocimientos y gran destreza técnica: además, para establecer una relación adecuada con el paciente y conseguir toda la información posible, es necesario que posea habilidades humanas y sociales.

Observación. Usando los sentidos, de forma sistemática y deliberada, orientada a lo que nos interesa, recogemos datos de los pacientes (signos de enfermedad, estado emocional, etc.) y del entorno. Se debe hacer ya desde el primer contacto y posteriormente de forma continuada durante todo el proceso. Es una técnica que requiere capacidad de atención, perseverancia y entrenamiento práctico, así como conocimientos y madurez para saber interpretar bien los resultados.

Exploración física: mediante el examen físico se obtienen datos objetivos que completan la valoración del paciente. La exploración física ordenada y completa suele realizarse después de la entrevista, permitiendo verificar los datos ahí reunidos y añadir otros nuevos. Se le debe explicar al paciente cómo se va a llevar a cabo. También se irá repitiendo a lo largo del proceso de atención para valorar los cambios y la eficacia de las actuaciones de enfermería

Para la exploración detallada se usan cuatro técnicas: inspección (la que proporciona más datos), auscultación, palpación y percusión. Se emplean materiales o instrumentos sencillos (fonendoscopio, esfigmomanómetro, termómetro, báscula...).

- 1.2.- Validación de los datos
- Debemos asegurarnos de que los datos recogidos son correctos (son verdaderos, no falso) y completos: hay que verificarlos, pues si nos equivocamos en esta fase no podremos atender bien al paciente.
- Los datos objetivos se pueden medir. Los que no se puedan medir y resulten dudosos se contrastan comparándolos con otros datos (o con los observados por otros profesionales) y buscando que los nuevos datos los ratifiquen o, por el contrario, los anulen.

Técnicas de exploración			
Técnica	Descripción	Permite observar	Explorar
Inspección	Examen visual completo y detallado.	Color, tamaño, forma, posición, movimientos, simetría, etc.	Todo el cuerpo.
Auscultación	Escuchar sonidos corporales mediante un fonendoscopio.	Tono, intensidad, calidad, duración de los sonidos, etc.	Corazón, pulmón abdomen.
Palpación	Explorar tocando suave o profundamente con la mano o los dedos.	Textura, forma, tamaño, consistencia, temperatura, pulso, dolor, etc.	Todo el cuerpo, en especial el abdomen.
Percusión	Golpear con uno o varios dedos sobre la superficie corporal.	Sonidos según el estado de los órganos internos próximos.	Tórax y abdomen.

1.2.- Validación de los datos

Debemos asegurarnos de que los datos recogidos son correctos (son verdaderos, no falso) y completos: hay que verificarlos, pues si nos equivocamos en esta fase no podremos atender bien al paciente.

Los datos objetivos se pueden medir. Los que no se puedan medir y resulten dudosos se contrastan comparándolos con otros datos (o con los observados por otros profesionales) y buscando que los nuevos datos los ratifiquen o, por el contrario, los anulen.

1.3.- Organización de los datos.

Los datos se agrupan de forma organizada para que faciliten la identificación de los problemas de salud del paciente. El modo de hacerlo en cada centro sanitario dependerá del modelo de asistencia que se siga, aunque se suelen ordenar por necesidades humanas o por patrones funcionales de salud.

La valoración se registra en los documentos de enfermería de la historia clínica, con lo que la información no se pierde, se transmite a otros profesionales y hace posible el resto de las etapas del PAE.

2.- Etapa. Diagnóstico

Una vez recogidos y analizados los datos en la anterior etapa de valoración, se llega a la fase de diagnóstico (juicio o conclusión).

El diagnóstico de enfermería es el enunciado de un problema de salud del paciente, real o potencial, que puede ser tratado o prevenido mediante actuaciones de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería de un paciente son propuestos y verificados por las enfermeras que le cuidan, se enuncian en orden de prioridad, teniendo en cuenta la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y la opinión del paciente: en primer lugar los que supongan una amenaza para la vida del paciente, luego los que se refieran a problemas reales de progresiva menor importancia, finalmente de los riesgos o potenciales (pueden aparecer si no se llevan a cabo intervenciones de enfermería para evitarlos).

Se deben anotar en la documentación de enfermería correspondiente.

Necesidades humanas MASLOW: Fisiológicas básicas/ Seguridad/ Relación/Autoestima/ Autorealización.

Necesidades básicas según Virginia Henderson:

- ✓ Respirar con normalidad
- ✓ Comer y beber adecuadamente
- ✓ Eliminar los desechos del organismo
- ✓ Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
- ✓ Descansar y dormir
- ✓ Seleccionar vestimenta adecuada
- ✓ Mantener la Tª corporal
- ✓ Mantener la higiene corporal
- ✓ Evitar los peligros del entorno
- ✓ Comunicarse con los otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones
- ✓ Ejercer culto a Dios según la religión
- ✓ Trabajar de forma que permita sentirse realizado
- ✓ Participar en todas las formas de recreación y ocio
- ✓ Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud

Se redactan, siguiendo unas directrices definidas y aceptadas, habitualmente en dos partes:

En la primera parte se enuncia el problema de salud o la respuesta de la persona. (se recomienda utilizar las etiquetas propuestas por la NANDA)

NANDA= Asociación Norteamericana de Dcos de Enfermería
 Nort American Nursing Diagnosis Association

En la segunda parte los factores que causan o contribuyen al problema.

La primera parte se une con la segunda mediante la fórmula <<relacionado con>>, pues no siempre puede demostrarse una relación causa-efecto directa.

Los diagnósticos de enfermería no deben confundirse con los diagnósticos médicos.

	Diagnóstico de Enfermería	Diagnóstico Médico
Concepto	Problema de salud o respuesta humana a la enfermería.	Identifica una enfermedad o patología que padece el paciente.
Tratamiento	Mediante actividades de enfermería.	Dirigido por el médico.
Evolución temporal	Puede cambiar, desaparecer o surgir otros problemas en el curso de la atención.	No se modifica, permanece hasta el final del proceso.
Relacionado con	Percepción del estado de salud por parte del paciente.	Alteraciones fisiopatológicas del organismo.
Ejemplos	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la integridad cutánea relacionada con inmovilidad física prolongada. • Riesgo de aspiración relacionado con alimentación por sonda nasogástrica y bajo nivel de consciencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de Alzheimer. - Accidente vascular cerebral.

3.- Etapa: Planificación

Cuando ya hemos hecho la valoración y el diagnóstico de enfermería, la planificación consiste en elaborar un programa completo de asistencia para atender los problemas del paciente.

Para ello se deben cumplir los siguientes puntos:

Decidir las prioridades en la atención.

Concretar los objetivos a conseguir

Elaborar un plan de cuidados.

En el plan de cuidados debe quedar claramente establecidas las actividades y se ha de responder a estos interrogantes fundamentales: Qué hacer

Cómo debe de hacerse

Quién tiene que hacerlo

Cuándo debe hacerse

Plan de cuidados:

Plan individualizado: Para pacientes singulares, poco comunes.

Plan estandarizado: para situaciones habituales con protocolos de enfermería (guías que describen de forma detallada las actuaciones de enfermería en estos casos).

Cada vez se utilizan más los medios informáticos para estos planes de cuidados.

4ª Etapa: Ejecución

En esta etapa se pone en práctica el plan de cuidados y se llevan a cabo las actividades de enfermería propuestas en el plan.

El plan de cuidados es la guía imprescindible para esta etapa, pues nos indica de forma detallada cómo debemos cuidar al paciente, pero no significa que sea estrictamente inamovible.

Nos tendremos que adaptar a la capacidad del paciente para participar en sus cuidados, que irá evolucionando a lo largo del proceso.

Además deberemos tener en cuenta los recursos disponibles, tanto humanos (enfermeras y auxiliares) como materiales.

Antes de empezar con la ejecución de cada actividad de enfermería, preparamos el material necesario y le explicamos al paciente lo que vamos a hacer para que lo sepa, esté tranquilo y colabore si es conveniente. Luego lo realizamos siguiendo paso a paso fielmente las normas y protocolos del centro sanitario en el que trabajamos. Al concluir nos aseguraremos de que el paciente queda en buenas condiciones y recogeremos el material empleado.

Por último, es de capital importancia el registro de actividades que acabamos de realizar en los documentos apropiados, según lo previsto en cada centro. Hay que dejar indicado lo que se hace, quién lo ejecuta y las características relevantes que sean de interés.

5ª Etapa: Evaluación

Consiste en comparar los resultados obtenidos con los objetivos pretendidos en el plan de cuidados, determinando el grado en el que se han alcanzado los objetivos previstos e identificando los factores que favorecen o impiden su consecución.

Sirve también para controlar la calidad de la atención de enfermería.

Además de realizar la evaluación final en el momento del alta, es también necesario evaluar mientras el paciente está siendo atendido para valorar el progreso y solucionar cuanto antes los problemas que pueden aparecer.

Según los resultados de la evaluación, nos podremos encontrar en tres situaciones:

- ✓ Se han conseguido completamente los objetivos previstos, por lo que se dará por concluido el plan de cuidados.
- ✓ Se está en vías de conseguir los objetivos, avanzamos en buena dirección, pero falta aún tiempo para conseguirlos por completo: se prosigue con el plan de cuidados.
- ✓ No se consiguen los objetivos previstos o se detectan nuevas necesidades, por los que habrá que revisar el procesos de atención en sus distintas etapas.

Como en el resto de las etapas del PAE, es necesario registrar la evaluación en los documentos correspondientes.



EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PAE

Aunque son las enfermeras que cuidan al paciente las principales responsables del PAE, los auxiliares forman parte del equipo de enfermería que atiende al paciente y por lo tanto participan, bajo la supervisión correspondiente, en las diversas etapas del proceso de atención.

La etapa en la que su papel es más relevante es la de ejecución, pues son los auxiliares quienes realizan los cuidados básicos del paciente. También colaboran de forma apreciable en la etapa de valoración, recogiendo datos. En el resto de las etapas, su papel es de menor importancia.

ETAPAS DEL PAE	PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Valoración	<ul style="list-style-type: none">• Colaborará en la recogida de datos, en especial mediante la observación y la relación con el paciente.• Informará de los datos relevantes y los registrará en los documentos correspondientes.
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">• Deberán saber cuáles son los problemas del paciente
Planificación	<ul style="list-style-type: none">• Conocerá el plan de atención, en especial la parte que le atañe directamente.
Ejecución	<ul style="list-style-type: none">• Llevará a cabo las actividades que le encomiende el plan, siguiendo las normas establecidas.• Registrará las actividades que realice en los documentos apropiados.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none">• Evaluará las actividades que le encargue el plan y registrará dicha evaluación.