

INDICE: UNIDAD 3: “FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA” PARTE II EL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE (PAE)

II. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:	2
1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	2
2. VENTAJAS DEL PAE PARA EL PACIENTE Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	2
3. ETAPAS DEL PAE.....	5
A. VALORACIÓN	5
B. SEGUNDA ETAPA DEL PAE: DIAGNÓSTICO:	10
C. TERCERA ETAPA DEL PAE ES LA :PLANIFICACIÓN.....	13
D. CUARTA ETAPA DEL PAE ES LA: EJECUCIÓN.....	16
E. QUINTA ETAPA DEL PAE ES LA: EVALUACIÓN.....	17
III. PAPEL DEL TCAE EN EL PAE	18

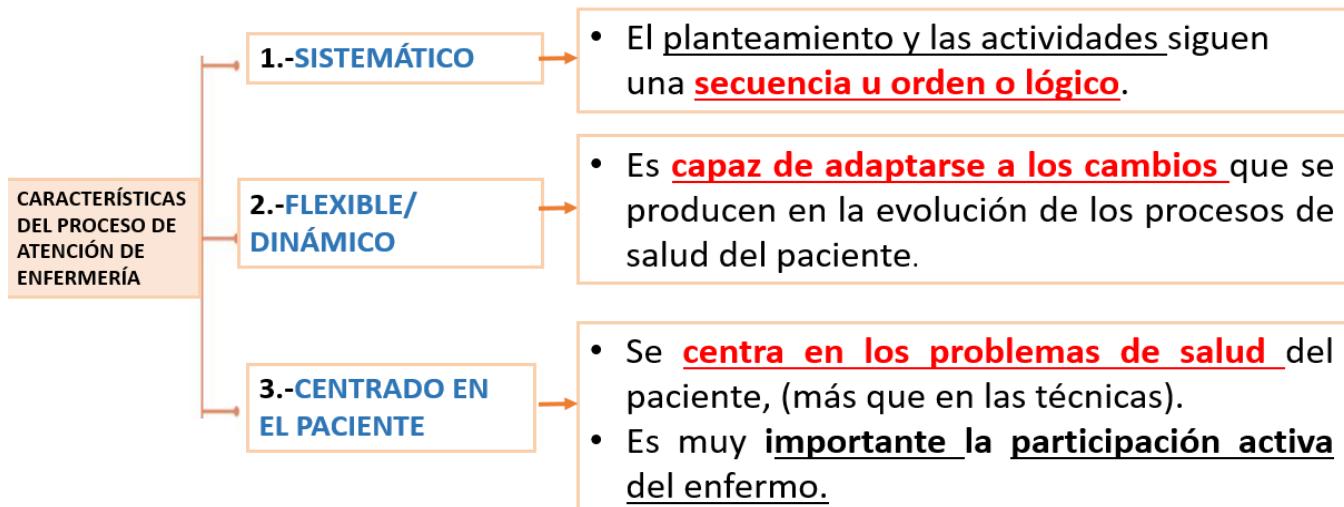
UD 3 “FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA”

PARTE II “ EL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE” (PAE)

II. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

El proceso de atención de enfermería o PAE, es un **método científico** que se aplica en los **cuidados de enfermería**, permite que la asistencia se lleve de forma ordenada, organizada y sistemática.



2. VENTAJAS DEL PAE PARA EL PACIENTE Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

a) VENTAJAS PARA EL PACIENTE

1.-Mejora la CALIDAD DE ATENCIÓN al paciente



- Paciente: **Matías Hernández Pose**

2.-Centrada en la ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA, se basa en los problemas de salud del paciente



3.-Fomenta la PARTICIPACIÓN del paciente



4.-Favorece la comunicación del enfermero con el paciente



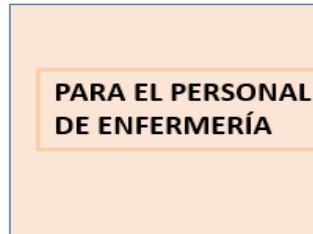
- Enfermero: Juan García Baños



- TCAE: Casandra Álvarez Cortizo

5.-Permite identificar a los responsables de los cuidados

a) VENTAJAS PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA



- 1.-los cuidados se registran con la coordinación de los miembros del equipo.
- 2.-La planificación permite el aprovechamiento del tiempo y los recursos.
- 3.-Asegura una ATENCIÓN CONTINUADA e INTEGRAL.
- 4.-Evita errores, omisiones y repeticiones.
- 5.-Permite que mejore el trabajo de enfermería, (aumenta la satisfacción personal de los profesionales).

1.-Los cuidados se registran con la coordinación de los miembros del equipo.

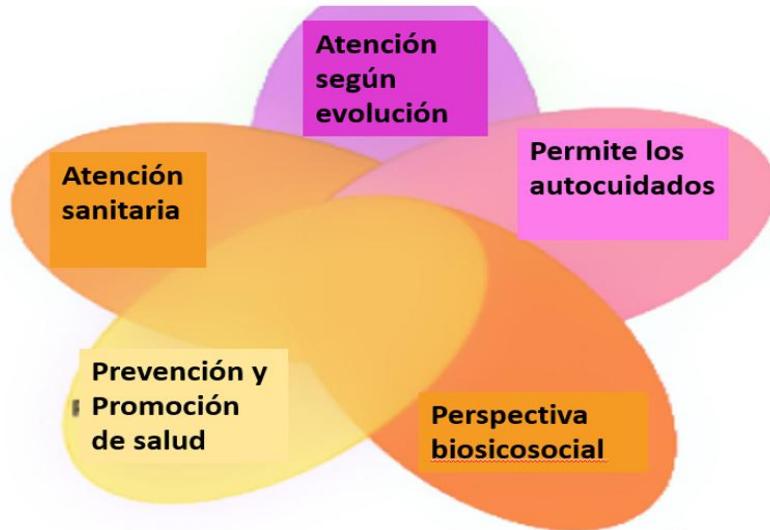
- Ejemplo: Hay ventanas para cada registro de cada miembro del equipo para cubrir :
- TCAE
- Médic@

Plan Enfermera: Baeza López, Juan Fecha inicio: 06/10/98 10:54 Tipo plan: Individualizados Ult. Modificación:	Paciente Nº Cama: 000002 Nombre: Roncero Leyva, Julia Nº Historia: 1000000001 Sexo: Mujer Nº Episodio: 1000000001 Fecha Nto.: 7/10/25 Alergia:																																				
Plan actual Planes Gráfica Agenda Peticiones Balance Comentarios Incidencias Dieta																																					
Hoja Valoración Protocolos Diagnósticos Complicaciones Acciones Comentarios																																					
Código Nombre Factores Objetivos																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Nombre</th> <th>Factores</th> <th>Objetivos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P40003</td> <td>FATIGA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P50001</td> <td>PERTURBACION DEL SUEÑO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P90004</td> <td>DOLOR</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Nombre</th> <th>Tipo</th> <th>Estimación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>O00110</td> <td>Realizar movimientos en cama sin presentar dolor</td> <td>Alta</td> <td></td> </tr> <tr> <td>O00120</td> <td>Dormir 6 h. cada noche</td> <td>Alta</td> <td></td> </tr> <tr> <td>O00121</td> <td>Manifestar sentirse tranquilo y relajado cada noche</td> <td>Alta</td> <td></td> </tr> <tr> <td>O00160</td> <td>No se quejar del dolor al movilizarse</td> <td>Alta</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Código	Nombre	Factores	Objetivos	P40003	FATIGA			P50001	PERTURBACION DEL SUEÑO			P90004	DOLOR			Código	Nombre	Tipo	Estimación	O00110	Realizar movimientos en cama sin presentar dolor	Alta		O00120	Dormir 6 h. cada noche	Alta		O00121	Manifestar sentirse tranquilo y relajado cada noche	Alta		O00160	No se quejar del dolor al movilizarse	Alta	
Código	Nombre	Factores	Objetivos																																		
P40003	FATIGA																																				
P50001	PERTURBACION DEL SUEÑO																																				
P90004	DOLOR																																				
Código	Nombre	Tipo	Estimación																																		
O00110	Realizar movimientos en cama sin presentar dolor	Alta																																			
O00120	Dormir 6 h. cada noche	Alta																																			
O00121	Manifestar sentirse tranquilo y relajado cada noche	Alta																																			
O00160	No se quejar del dolor al movilizarse	Alta																																			

2.-La planificación permite el aprovechamiento del tiempo y los recursos.



3.-Asegura una ATENCIÓN CONTINUADA e INTEGRAL.



4.-Evita errores, omisiones y repeticiones.

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

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	HORARIO
	Alimentarse sola, poco a poco, empleando utensilios especiales	Evaluar la capacidad de prensión cada 2 días 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.	10h 14h.

Después de cada acto se registra, con lo cual, a las 1º evaluamos la capacidad de prensión del paciente a las 10h y después lo registro.

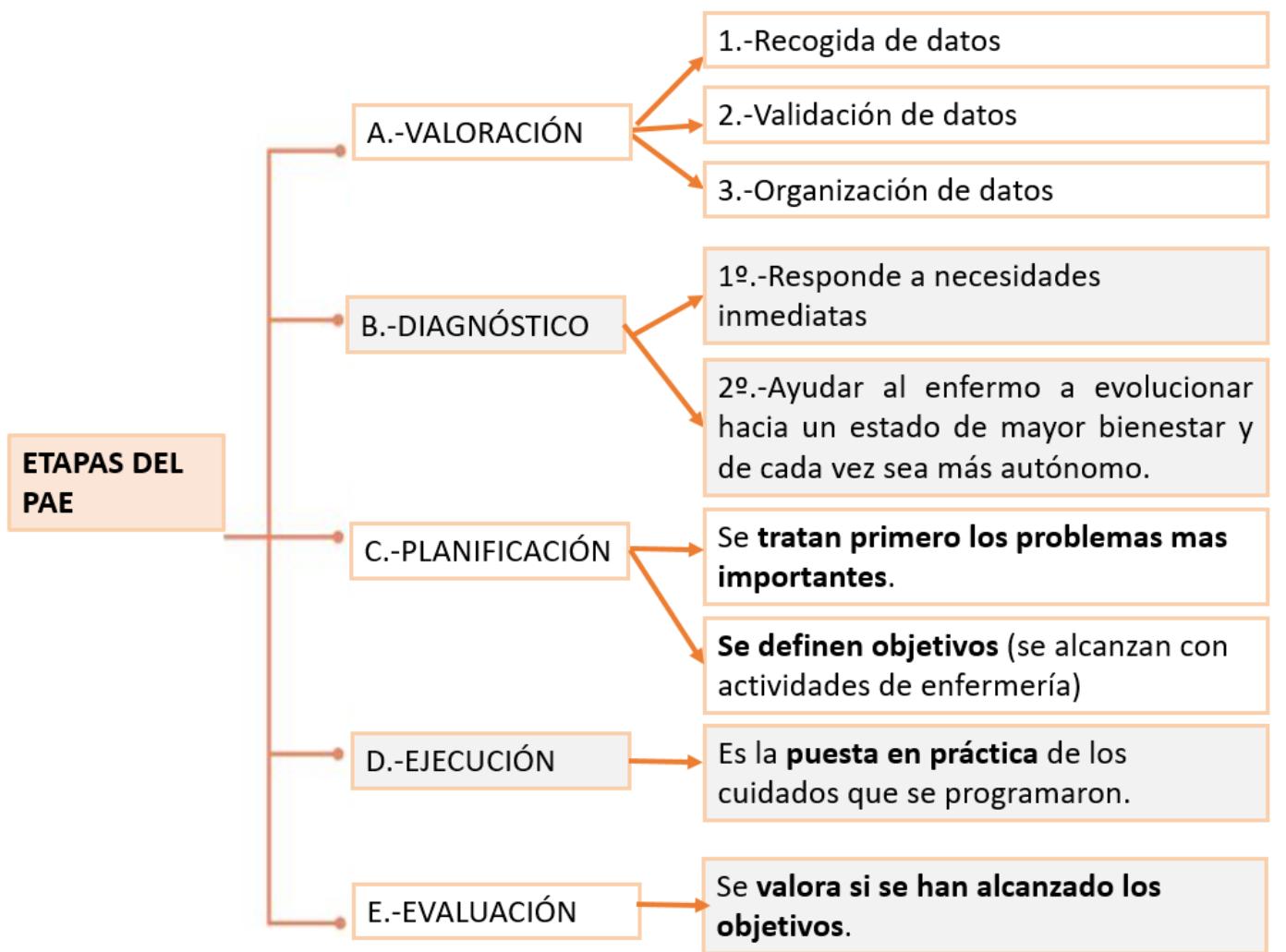
- No cometo error
- No me olvido (no cometo omisión)
- No lo repito a las 12, porque mi PAE no lo tiene programado

5.-Permite que mejore el trabajo de enfermería, (aumenta la satisfacción personal de los profesionales).



3. ETAPAS DEL PAE

El PAE consta de 5 etapas consecutivas:

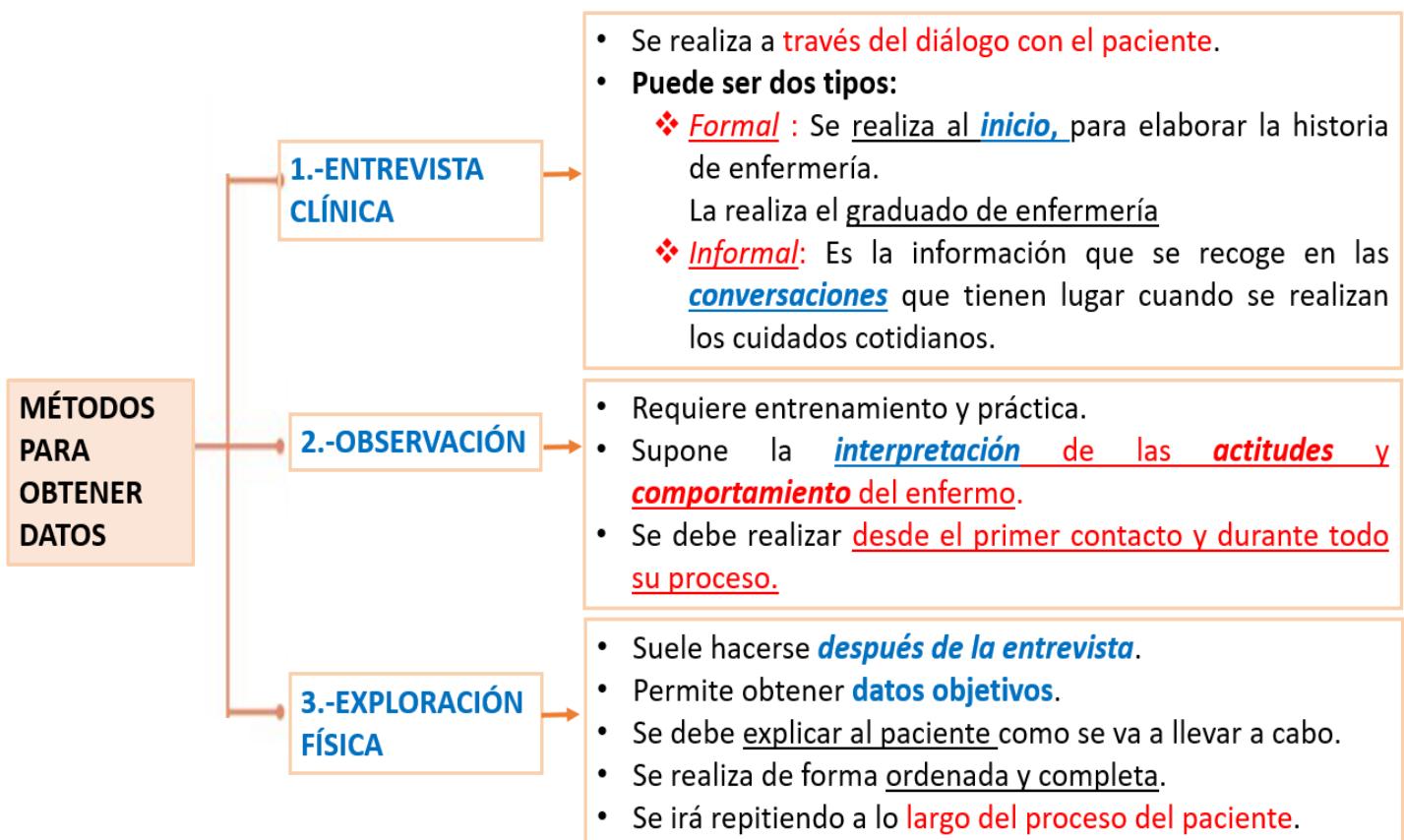


A. VALORACIÓN

1º) RECOGIDA DE DATOS:

- RECOGIDA DE DATOS.
- VALIDACIÓN DE DATOS.
- ORGANIZACIÓN DE DATOS.

- MÉTODOS PARA RECOGER DATOS



- **La recogida de datos se hace al inicio:** en el momento que el paciente llega al equipo de cuidados y despues **durante su estancia en el hospital y a la salida**.
- **Al inicio es una información de orientación, es breve**, aun así debe ser **completa** para deterinar todos los datos importantes de salud.
- **Permite dos cosas:**
 1. Una primera hipótesis diagnóstica
 2. Atender a las necesidades básicas del enfermo
Piensa que el enfermero no siempre dispone de tiempo, puede ser un ingreso de urgencias, o pueden producirse varios ingresos al mismo tiempo en la unidad.
 - Se considera estado de conciencia,
 - Dificultad para respirar,
 - Acerca de sus capacidades físicas (handicaps: vista oído, amputación), el grado de independencia: si camina, come por si mismo, para levantares etc.
 - Dolor.
 - Red de apoyo (familiares, amigos), etc.
- **La recogida de datos no solo se hace del estado físico**, sino tambien de sus estado emocional o psíquico, si esta deprimido, tiene ideas suicidas, etc. Esto quiere decir que la recogida de datos **es integral** (comprende aspectos sicológicos y físicos).
- **La recogida de datos proviene de fuentes diversas.**
 - a) Del enfermo.
 - b) Los familiares y allegados. (Aunque el paciente nos pueda proporcionar información, esta siempre nos puede ser util, en otros casos puede ser un menor de edad, persona muy mayor, el estado psiquico, estado de conciencia etc.).
 - c) Otros miembros del equipo, (otros enfermeros, TCAE, médicos, fisioterapeutas respiratorios, etc).
 - d) Historia clínica del paciente.



1. Del enfermo.
2. Los familiares y allegados.
(Aunque el paciente nos
3. Otros miembros del equipo que
4. Historia clínica del paciente.

Los datos que se recogen deben ser útiles para la planificación de los cuidados. El recoger datos no supone saber todo de una persona, ni violar su intimidad. *Ejemplo si una enferma comenta que está triste y depresiva por que sabe que no va a tener hijos, la enfermera debe investigar sobre como duerme y el apetito de la enferma, no necesita conocer las causas de su esterilidad.*

Recuerda:

Todos los contactos con el enfermo suponen ocasiones para recoger datos que complete la información inicial. *Ejemplo: Cuando se realizan los cuidados al enfermo (mientras lo bañan, o le administran medicamentos) se puede establecer una comunicación con el paciente que permite la recogida de datos, sin que le cause estrés o reticencias.*

- **La recogida de datos se hace a lo largo de todo el proceso de evolución de la enfermedad, En el primer contacto la enfermera recoge datos esenciales y algunas impresiones, después debe examinar la recogida con el fin de precisar y confirmar esas impresiones, por eso debe proseguir la búsqueda de información.**

2º VALIDACIÓN DE DATOS

En la recogida de datos, estos datos hay que validarlos, el enfermero debe verificar sus primeros datos, algunos de esos datos los puede medir, (datos objetivos), como la hipotermia, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial, etc, otros son subjetivos, los primeros se pueden confirmar mediante mediciones nuevas y los subjetivos mediante comparaciones con otros datos que hayan recogido otros profesionales.

A veces los datos objetivos y subjetivos se pueden contradecir, por ejemplo una enferma después de una operación quirúrgica puede negar que se encuentra mal, sin embargo al observarla, se que que tiene transpiración profusa, expresión facial crispada, al tomar signos vitales: pulso acelerado. En estos casos hay que seguir con la recogida de datos y tratar de averiguar el porqué de la negación.

Hay que distinguir los indicios reales de las interferencias. Los indicios son las observaciones que ha hecho el enfermero, como color de la piel, temblor de voz, etc. y toma de constantes vitales.

Las interferencias son interpretaciones personales de los datos que ha recogido a partir de lo que ve y oye. *Ejemplo el enfermero le pregunta al paciente si tomó el tratamiento y este responde farfullando, si el enfermero deduce o supone que el enfermo responde de esa manera es por que no ha seguido bien el tratamiento.* Esto puede ser un error, puede ser que la persona simplemente esté nerviosa por la presencia de la enfermera, o molesta por tener que responder a esa pregunta.

En momentos y días subsiguientes se siguen recoriendo datos, que sirven para precisar más y confirmar las hipótesis que se han formulado en un principio.

CASO PRÁCTICO:

Enfermera: Natalia

Paciente: María



Con esas preguntas y la observación de la paciente durante la conversación, ¿que consiguió Natalia?

María responde de forma coherente a las preguntas, (está lucida),

Respira y habla con normalidad, pero:

Tiene pocas ganas de hablar, solo contesta cuando le preguntan,

No parece tener ningún handicap.

Natalia: **Toma los signos vitales de María**, (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura),

Mientras realiza estas técnicas e instala a María **sigue haciendo preguntas a María**:



- ¿María tiene algún tipo de alergia?
- ¿Toma algún tipo de tratamiento?, en caso afirmativo, ¿cuáles toma?.
- ¿Te encuentras bien?,
- ¿Estás cómoda?

Natalia durante la toma de constantes hace más preguntas que le permiten conocer más cosas sobre María y además hacer sugerencias:

- María puede comer y beber sola,
- le sugiere que, si tiene necesidad de mear, no tiene que levantarse, que puede pedir una cuña.
- Advierte que al contestar está nerviosa.

Finalmente, Natalia le pregunta a María:

No hace falta,
nunca he estado enferma, y no creo que me quede más de una noche, no creo ni que precise tratamiento.
Nunca he estado enferma.

¿María tienes a **algún pariente o acompañante** que le pueda traer lo que necesite?



¿Qué consiguió Natalia en esta primera etapa?:

- Satisfacer alguna de las necesidades de María y responder a las necesidades más urgentes.
- La toma de alguno de los signos vitales ha permitido constatar que María tiene fiebre.
- De la observación de sus gestos cuando contesta a las preguntas le hace pensar que tiene ansiedad.
- Por sus respuestas deduce que tiene pánico a enfermar o que rechaza la enfermedad.
- Piensa que María puede no conocer bien su problema de salud y que va a ser difícil que acepte el tratamiento.

Natalia formula en este primer momento su primer diagnóstico de enfermería:

- Alteración de la temperatura, (hipertermia).
- Ansiedad, relacionada con su estancia en el hospital y su enfermedad
- Déficit de conocimientos.
- Riesgo de incumplir el tratamiento.

Recuerda:

Todos los contactos con el enfermo suponen ocasiones para recoger datos que complete la información inicial. Ejemplo: Cuando se realizan los cuidados al enfermo (mientras lo bañan, o le administran medicamentos) se puede establecer una comunicación con el paciente que permite la recogida de datos, sin que le cause estrés o reticencias.

- **La recogida de datos se hace a lo largo de todo el proceso de evolución de la enfermedad,** En el primer contacto la enfermera recoge datos esenciales y algunas impresiones, después debe examinar la recogida con el fin de precisar y confirmar esas impresiones, por eso debe proseguir la búsqueda de información.
- **Todos los contactos con el enfermo suponen ocasiones para recoger datos que complete la información inicial.** De esta manera se llegan abordar todas las necesidades del paciente y se llegan a diagnósticos de enfermería apropiados. Cuando se realizan los cuidados al enfermo (mientras lo bañan, o le administran medicamentos) se puede establecer una comunicación con el paciente que permite la recogida de datos, sin que le cause estrés o reticencias.

3º ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

Una vez recogidos los datos deben ordenarse, organizarse de tal manera que cuando se requieran, sean fáciles de localizar y pueda hacerse una valoración rápida de la evolución del paciente.

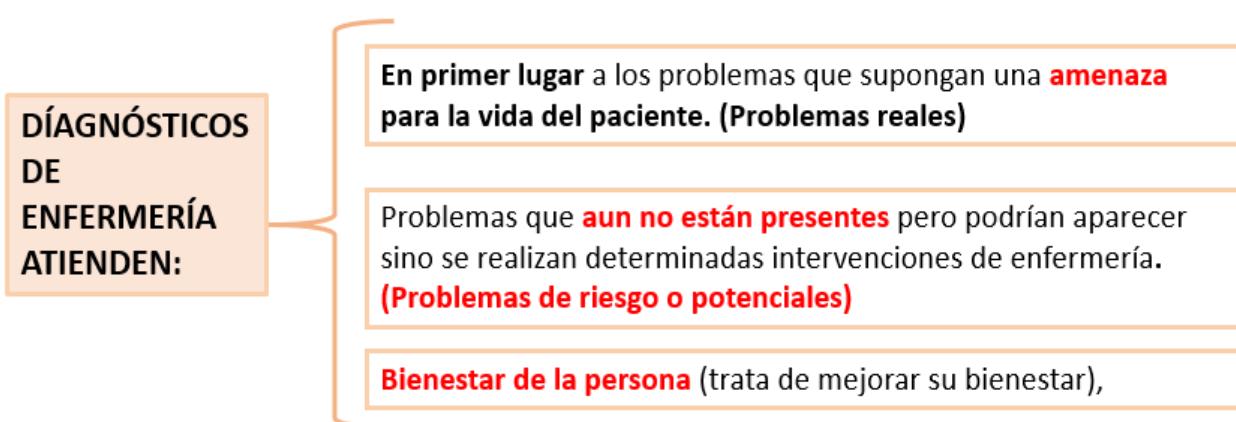
P. ej: El registro de constantes vitales seriadas, nos permitirá saber si el paciente sigue teniendo fiebre, a qué hora del día la tiene, desde hace cuantos días, o si por el contrario ha dejado de tenerla, etc...

La valoración se registra en la documentación de enfermería, actualmente informatizada.

B. SEGUNDA ETAPA DEL PAE: DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de enfermería: Es el **enunciado de un problema de salud, real o potencial**, que puede ser tratado o preventido mediante actuaciones de enfermería.

En esta etapa se produce el análisis e interpretación de los datos que se han recogido para las actividades de la vida diaria.

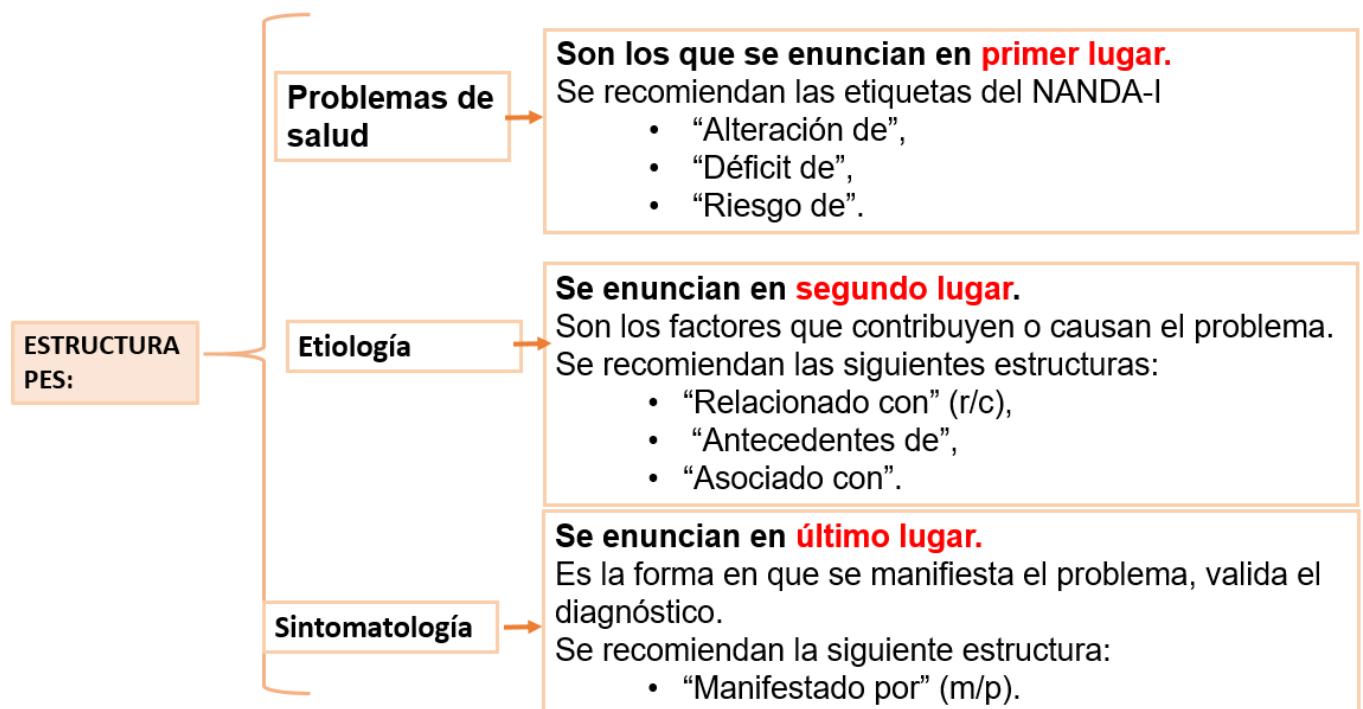


Se siguen los diagnósticos universalmente admitidos son los propuestos por el NANDA_I (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería Internacional).

Los diagnósticos de enfermería en el SERGAS se registran en un programa informático denominado Gacela.

Si en algún otro hospital o centro hubiese que redactar un diagnóstico, este debe seguir las siguientes indicaciones:

1. Se anotan en la documentación de enfermería
2. Debe seguir la estructura “PES”:



Ejemplos de diagnósticos de enfermería

- ✓ “**Alteración del sueño relacionado con desorientación que se manifiesta con cuadro de agitación nocturnos**”.
- ✓ “**Riesgo de desnutrición relacionado con problemas en la deglución manifestado por pérdida de peso importante**”.

El primer análisis e interpretaciones de los datos recogidos permiten determinar necesidades inmediatas.

- **Ejemplo 1:** Paciente que muestra **dificultad para respirar**, la enfermera emite un juicio clínico sobre la necesidad de planificar la postura especial del paciente.

En esta etapa la enfermera se pregunta por la naturaleza y las causas del problema que padece el paciente, es decir, establece uno o varios diagnósticos de enfermería y se plantea ¿que es lo que puede hacer para ayudarla? Como ayudarla para que respire mejor y así satisfacer su necesidad de respirar.

- **Ejemplo 2:** La enferma atiende a una **joven diestra** que a consecuencia de un **accidente de automóvil sufre una fractura del brazo derecho y de varias costillas en el hemitorax izquierdo**, la enfermera realiza un análisis y lo

interpreta, en seguida piensa que la joven va a necesitar ayuda para comer, aseo etc., así mismo debido a sus conocimientos, sabe que la paciente tiene dolor por las fracturas de las costillas, lo cual el propio criterio de la enfermera le dice lo que debe hacer.

En esta etapa inicial no se realiza un proceso de interpretación complejo, solo se responde a necesidades inmediatas.

- ¿Qué protección hay que proporcionar a la persona en caso de desorientación?.
- ¿Cómo hay que ayudarla a comer y beber?
- ¿Qué se debe hacer cuando tiene que ir al lavabo?
- ¿En qué lengua hay que hablarle?

Las indicaciones de este primer análisis deben quedar registradas, ya que todos los miembros del equipo deben estar informados.

Después de haber solucionado la enfermera las primeras necesidades de la enferma, llega a un razonamiento clínico más complejo. esta segunda etapa sirve para ayudar al enfermo a evolucionar hacia un estado de mayor bienestar y de cada vez sea más autónoma.

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico que no se refiere directamente a la enfermedad. Se refiere más a cómo vive la persona su proceso de enfermedad, ¿tiene ansiedad o miedo?, ¿tiene problemas para despejar las vías respiratorias, para manifestar autoestima o para alimentarse?.

*Ciertas intervenciones de mantenimiento no están recogidas en el diagnóstico de enfermería y sin embargo deben planificarse.

OBJETIVO del PAE y por tanto del equipo de enfermería es

Conseguir que el paciente sea lo más autónomo posible tanto en su estancia hospitalaria como en su domicilio cuando se vaya de alta.

- Para esto, el **paciente**: Debe ser capaz de cubrir todas o el mayor número de necesidades básicas que le aporten un bienestar en las esferas psíquicas, físicas y sociales.
- Para ello, las **enfermer@s**, irán analizando cada una de las necesidades y cuando detecten alguna alteración en cualquiera de ellas, determinaran una serie de actuaciones para poder (o intentar solucionarlas).
- Algunas veces, deberán cubrirlas por el paciente (p ej: darle de comer porque tiene los dos brazos rotos) y otras veces le ayudarán a recuperarla (p.ej: enseñarle a realizar una higiene íntima para prevenir futuras infecciones de orina).

Los Diagnósticos de enfermería tienen que detectar la necesidad alterada, decir en qué aspecto está alterada y por qué está alterada.

- Esto permitirá planificar una serie de actuaciones para realizar los cuidados del paciente.
- No te olvides de que no se trata de inutilizar al paciente haciendo las cosas por él, todo lo contrario, el objetivo es que dentro de sus posibilidades el paciente sea lo más autónomo posible.

Ejemplo de diagnóstico: “Alteración del sueño relacionado con desorientación que se manifiesta con cuadro de agitación nocturnos”. Al leerlo todo el personal sabe que:

- 1.-Este paciente duerme mal: (el turno de noche debe estar pendiente),
- 2.-El paciente está desorientado (la desorientación implica que puede tener miedo, angustia, que no reconozca a las personas, que no sabe dónde está, que se levante para irse, que tenga un comportamiento extraño,etc...) y todo esto está originando episodios de agitación por la noche, por tanto, hay riesgo de agresión para él.
- Por ejemplo, el propio paciente puede hacerse daño, puede haber caídas, puede molestar a otros pacientes, etc...

C. TERCERA ETAPA DEL PAE ES LA :PLANIFICACIÓN.

Consiste en **elaborar un programa completo de asistencia** para atender los problemas del paciente. En este programa se detallan de forma ordenada las actividades de enfermería para poder atender a los problemas de salud del paciente y alcanzar los objetivos propuestos.

En la etapa anterior “diagnóstico” se identificaron problemas, ahora se trata dar soluciones (intervenciones-acciones) para eliminar la causa, disminuir los efectos y mejorar la situación

1. Se tratan primero los problemas mas importantes, (por ello los problemas de salud están ordenados por prioridades).
2. Se definen objetivos que se han de alcanzar mediante actividades de enfermería. Estos objetivos incluyen los que debe realizar el paciente y cuales deberían ser los resultados de las esas intervenciones. (No siempre se pueden fijar objetivos para que los realice el paciente, como en el caso de un paciente inconsciente).



EJEMPLO:

Al señor López se le ha practicado una intervención de rodilla izquierda. Ha estado encamado durante cierto tiempo por indicaciones médicas, pero ahora debe levantarse.
No obstante, presenta dificultades para caminar

¿Qué tal nos encontramos hoy?
¿Caminaste un poco?



EL SEÑOR LÓPEZ:
No puedo caminar, siento la rodilla está rígida, si intento moverla me duele, Me siento cansado y débil.

Diagnóstico de enfermería: “Deterioro de la movilidad (para andar) R/C el dolor y la debilidad, M/P dificultad para caminar”.

Sabemos que **debemos de emprender algunas acciones** para mejorar la situación. Pero:
¿Hasta dónde hay que ir?

¿Qué grado de autonomía puede alcanzar realmente el señor López?

OBJETIVO QUE VAMOS A FIJAR se lo indicaremos:

- 1.-Al paciente (Señor López) y
- 2.-A los miembros del equipo de cuidados.



- **PRIMER OBJETIVO:** El Señor López será capaz de levantarse de la cama con ayuda y andar alrededor de la cama.

SEGUNDO OBJETIVO Cuando ya se encuentre mejor:

El señor López será capaz de caminar por el pasillo solo durante 10 minutos

(El objetivo fija el fin a alcanzar y los medios para conseguirlo)

Los objetivos sirven de base para la evaluación. Pueden ser:

- a) **Medibles**, como: (Hidratarse a razón de 2 litros diarios, Eliminar heces blandas cada 2, 3 días, Consumir en cada comida una ración de cada uno de los principales grupos de alimentos, etc).
- b) **No medibles**, como: Tener vías respiratorias libres de secreciones, conservar la piel intacta, Expresar su disminución de dolor, expresar su capacidad para abordar la vida de forma positiva etc.

El objetivo debe indicar un plazo preciso, este plazo depende de:

- a) **La urgencia:** Si el diagnóstico es de afectación de un signo vital el plazo para alcanzarlo será corto, ejemplos:
 - *Diagnóstico “Ineficaz limpieza de las vías respiratorias, R/C la presencia de secreciones”, se le atribuye prioridad 1 por el estado grave de la paciente, el plazo no excederá de 6-8 horas.*
 - *Diganóstico: “Duelo anticipado R/C la no aceptación de una enfermedad terminal, el objetivo: “Expresar sentimientos de miedo y tristeza”, el plazo se prolonga más 6-8 días.*
- b) **Del tiempo de que se dispone.** Ejemplo: Una persona a la que se le va a realizar una intervención quirúrgica. El objetivo fijado por la enfermera ha sido: “Verbalizar sus sentimientos frente a la intervención”, entonces el plazo debe terminar antes de la intervención
- c) **Del contexto de cuidados.** El plazo tambien varía según el servicio en el que se trabaje: urgencias, cuidados intensivos, etc
- d) **El pronóstico.** (es mas largo si el pronóstico es reservado).

Lo más eficaz es fijar objetivos a corto plazo e ir modificandolo según la evolución del paciente.

Los objetivos tambien deben incluir un pronóstico de enfermería y A evaluar (cuando se realiza la evaluación,) (ver en el aparato “ejecución” caso práctico).

3. La segunda parte de la planificación son las intervenciones

Las intervenciones **son las acciones** que lleva acabo la enfermera o por el paciente o aptitudes que hay que adoptar.

Las intervenciones pueden ser dos tipos:

- a) **Intervenciones que favorecen la autonomía del paciente.** Ejemplos:
 - ✓ “Ofrecer alimentos con alto contenido en calcio”,
 - ✓ “Reservar 10 minutos para que la persona pueda expresar su problema de....”
 - ✓ “Explicar a la persona como cambiar el opósito de forma estéril”,
 - ✓ “Informar a la persona sobre signos precursores de una crisis de ansiedad”.
- b) **Intervenciones relacionadas con cuidados técnicos y médicos.**

Los planes pueden ser de dos tipos:

1. **Individualizados:** Se hacen para pacientes pocos comunes, es decir para pacientes con singularidades.
2. **Estandarizados:** Ya están establecidos (para problemas y situaciones habituales) con protocolos de enfermería).

Son una guía en la que se describen de forma detallada las actuaciones de enfermería en estos casos. Algunos planes estandarizados permiten modificaciones para adaptarse a determinados casos.

En el plan de cuidados queda registrado las actividades diseñadas por enfermería (de observación, de cuidados etc) y **también las órdenes médicas** como por ejemplo: Administración de medicamentos, preparación para pruebas diagnósticas etc..

El plan de cuidados hoy en la mayoría de los casos queda registrado en medios informáticos, en el SERGAS queda registrado en el GACELA y debe estar hecho en un tiempo máximo de 24 horas.

D. CUARTA ETAPA DEL PAE ES LA: EJECUCIÓN.

Consiste en **poner en práctica el plan de cuidados**, con lo cual se llevan a cabo.

En la ejecución supone la realización de las diversas actividades propuestas en el plan, para ello:

- Se prepara el material necesario.
- Se explica al paciente lo que se va hacer.
- Se realiza la actividad siguiendo estrictamente las normas y protocolo de las mismas.
- Nos aseguramos de que el paciente queda bien, y recogemos todo el material.
- Y registramos la actividad. (registro de quien lo hace, de lo que se hizo y observaciones en caso de ser necesario).

CASO PRÁCTICO

Una enfermera ha anotado en las “Actividades de la vida diaria”

1. Ayudar a la Señora Martínez (porque sufre una artritis deformante):
 - A comer
 - A destapar los platos
 - A cortar alimentos
2. Y levantar con ayuda dos veces al día.

La enfermera sabe que el médico le ha prescrito a esta paciente

- Antiinflamatorios, sales de oro en inyección intramuscular (un tipo de medicamento que nunca ha administrado).
- Ótesis en mano derecha según tolerancia.

Diagnóstico de la enfermera: Deterioro de la movilidad (de las manos) R/C el dolor.

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

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

Recuerda que el proceso de cuidados es un proceso dinámico, mientras la enfermera realiza los cuidados sigue recogiendo datos, analizándolos y orientándose hacia otros diagnósticos de enfermería. Un plan de cuidados está siempre en constante evolución.

Algunas de las intervenciones del plan de cuidados la realiza el TCAE, la familia o persona que le acompañe.

E. QUINTA ETAPA DEL PAE ES LA: EVALUACIÓN.

Su fin principal es asegurar unos cuidados de calidad.

Se valora si se han alcanzado los objetivos propuestos y en qué medida.

Nos permite identificar lo que nos han favorecido o impedido la consecución de los objetivos.

Esta etapa **se realiza a lo largo de todo el proceso de evolución del paciente** y no solo en el momento de alta, lo que nos permite solucionar los errores cuanto antes.

Ejemplo de evaluación: Una persona a la que se le va a realizar una intervención quirúrgica. El objetivo fijado por la enfermera ha sido: "Verbalizar sus sentimientos frente a la intervención", A evaluar "Antes de la intervención". La enfermera mediante la

observación y preguntas debe constatar su nivel de ansiedad y determinar como se ve frente a esa situación.

En esta etapa se compara lo que pretendía el objetivo de enfermería con la situación real y actual de la paciente. La evaluación está influida por el pronóstico de enfermería propuesto con el objetivo.

La evaluación se hace mediante observación, entrevista con la persona y consulta de la historia clínica.

La evaluación se hace en el momento previsto en el plan, de forma que así algunos objetivos se conservan y otros se reemplazan o modifican. **Hay una evaluación días antes de que a la persona se le de alta**, para realizar el plan de salida, si algunos objetivos no se han cumplido, la enfermera puede facilitar algunas indicaciones para que los consiga posteriormente.

En esta etapa podemos encontrarnos en tres situaciones:

1. Se han conseguido totalmente los objetivos previstos: Se considera concluido el plan de cuidados.
2. Los objetivos previstos se han conseguido parcialmente: Estamos en la dirección correcta, proseguimos con el plan.
3. Los objetivos previstos no se consiguen: Revisión del plan de cuidados

Las causas mas frecuentes por las que no se consiguen los objetivos frecuentes son:

1. Valoración incompleta u errónea.
2. Diagnósticos de enfermería erróneos.
3. Plan de cuidados poco individualizados.
4. Objetivos mal formulados.
5. Errores en la priorización de problemas.
6. Ejecución rutinaria.

Como el resto del PAE la evaluación también se registra, sirve entre otras cosas para evaluar la calidad de atención en enfermería.

III. PAPEL DEL TCAE EN EL PAE

Los auxiliares **forman parte del equipo de enfermería**, por lo cual, participan en el proceso en la diversas etapas de atención al paciente, bajo la supervisión correspondiente.

El TCAE participa en todas las etapas del PAE excepto en el diagnóstico de enfermería, (es exclusivo de enfermería). La etapa en la adquiere **una mayor relevancia es la de ejecución**, pues es el que se encarga de los cuidados básicos de enfermería.

ETAPA DEL PAE	PAPEL DEL TCAE
1. VALORACIÓN	Colabora en la recogida de datos (observación y relación con el paciente).
	Informa y registra los datos mas relevantes.
2. DIAGNÓSTICO	Debe conocer los problemas mas relevantes del paciente.
3. PLANIFICACIÓN	Debe conocer el plan, especialmente respecto de las actividades que le corresponde.
4. EJECUCIÓN	Realizar las actividades que le corresponden del plan siguiendo las normas correspondientes.
	Registrar las actividades realizadas.
5. EVALUACIÓN	Evaluar las actividades que le encomendó el plan y Registrar dicha evaluación.