ESPACIO ENFERMERÍA · GUÍA DE ESTUDIO



# PAE
# *sin miedo*

El Proceso de Atención de Enfermería explicado como me hubiera gustado que me lo explicaran: paso a paso, con fundamentos, un caso resuelto y un plan de cuidados que se entiende.

01 Valoración

02 Diagnóstico

03 Planificación

04 Ejecución

05 Evaluación

**Lic. Eliana Rosal**
Licenciada en Enfermería · Navegación de pacientes
elianarosal.com.ar

Incluye EVA · Gordon · Henderson
NANDA-I · PES · NOC · NIC

ANTES DE EMPEZAR

# Una carta para vos

DE ELIANA

*Cuando cursaba, el PAE me parecía un idioma aparte: siglas, códigos, columnas que había que llenar sin saber muy bien para qué. Con los años entendí que no es un trámite. Es nuestra forma de pensar como enfermeras y enfermeros.*

*Hoy trabajo como navegadora de pacientes, y el PAE es exactamente eso: una carta de navegación. Primero escuchamos y miramos (valoración), después ponemos nombre a lo que encontramos (diagnóstico), trazamos el rumbo (planificación), navegamos (ejecución) y revisamos si llegamos a puerto (evaluación).*

*Escribí esta guía para que no le tengas miedo. Cada concepto viene con su historia, su porqué y un ejemplo. Leela con calma, subrayala y usala en tus prácticas.*

Lic. Eliana Rosal

## Contenido

**01** ¿Qué es el PAE?
Definición, historia, por qué funciona y sus 5 etapas

**02** Valoración
Datos, métodos, escala EVA, Gordon y Henderson

**03** Diagnóstico enfermero
Historia de NANDA-I, etiología, formato PES y priorización

**04** Planificación
Objetivos, NOC y NIC

**05** Ejecución y evaluación
Registros y cierre del proceso

**06** Caso resuelto
De la valoración a la evaluación, completo

**07** El plan de cuidados explicado
Columna por columna, con plantilla para practicar

**08** Glosario, checklist y bibliografía

01

CAPÍTULO UNO

# ¿Qué es el PAE?

El **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)**, también llamado *proceso enfermero*, es el método científico que usa la enfermería para brindar cuidados de forma **organizada, individualizada y evaluable**. Permite identificar las respuestas de una persona, familia o comunidad ante su situación de salud y planificar cuidados para resolverlas.

### UN POCO DE HISTORIA

- **1955.** Lydia Hall describe por primera vez la enfermería como "un proceso".
- **1959-1963.** Dorothy Johnson, Ida Orlando y Ernestine Wiedenbach lo desarrollan en tres etapas, centradas en la relación enfermera-paciente.
- **1967.** Helen Yura y Mary Walsh lo organizan en cuatro etapas: valoración, planificación, ejecución y evaluación.
- **1974-1976.** Autoras como Bloch, Roy y Aspinall incorporan el **diagnóstico** como etapa propia. Así nace el PAE de **cinco etapas** que usamos hoy.
- **1973.** La Asociación Americana de Enfermeras (ANA) incluye el proceso en sus estándares de práctica, y desde entonces se adopta en la formación y la práctica de todo el mundo.

## ¿Por qué se vio que era bueno?

**Para la persona**

- Recibe cuidados pensados para ella, no genéricos.
- Participa en las decisiones sobre su cuidado.
- Hay continuidad: todo el equipo sabe qué se busca.

**Para la enfermería**

- Ordena el pensamiento clínico.
- Deja registro de lo que hacemos y por qué.
- Hace visible y medible nuestro aporte y respalda nuestra autonomía profesional.

## Sus características

- **Sistemático:** sigue un orden lógico.
- **Dinámico y cíclico:** las etapas se superponen y se revisan cada vez que la persona cambia.

- **Centrado en la persona:** se ocupa de sus *respuestas humanas*, no solo de la enfermedad.
- **Basado en evidencia:** cada intervención tiene un fundamento.

## Las 5 etapas de un vistazo

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| **Valoración** | **Diagnóstico** | **Planificación** | **Ejecución** | **Evaluación** |
| *¿Qué le pasa?* | *¿Qué problema de cuidado tiene?* | *¿Qué quiero lograr?* | *¿Cómo lo hago?* | *¿Lo logré?* |
| Recolecto datos. | Le pongo nombre. | Objetivos e intervenciones. | Actúo y registro. | Comparo y decido. |

**LA IDEA MÁS IMPORTANTE DE ESTA GUÍA**

El médico diagnostica y trata la **enfermedad** (por ejemplo, una fractura de cadera). La enfermera diagnostica y trata la **respuesta de la persona** a esa situación: el dolor, la dificultad para moverse, el miedo, el riesgo de caerse. Si tu diagnóstico enfermero se parece a un diagnóstico médico, revisalo.

02

ETAPA 1

# Valoración

Es la recolección **sistemática, organizada y continua** de datos sobre la persona. Todo el PAE se apoya en esta etapa: si la valoración es pobre, el diagnóstico y el plan también lo serán.

## Tipos de valoración

| Tipo | Cuándo se hace | Ejemplo |
|---|---|---|
| **Inicial** | Al primer contacto. Es completa y sirve de línea de base. | Ingreso a internación. |
| **Focalizada** | Sobre un problema ya identificado, para ver cómo evoluciona. | Revalorar el dolor después de la analgesia. |
| **De urgencia** | Ante una situación que amenaza la vida. Breve y rápida. | Valorar vía aérea, respiración y circulación. |
| **Continua** | Durante todo el cuidado. | Controles de cada turno. |

## Datos, fuentes y métodos

**DATOS SUBJETIVOS**

Lo que la persona **dice o siente**. Se registran con sus palabras, entre comillas.

"Me duele mucho cuando me muevo."

**DATOS OBJETIVOS**

Lo que se **observa o se mide**.

TA 150/90 mmHg · FC 98 lpm · EVA 8/10 · facies de dolor.

- **Fuentes:** la persona (fuente primaria), la familia o cuidadores, la historia clínica, otros profesionales.
- **Métodos:** la **entrevista** (preguntas abiertas y escucha activa), la **observación** y la **exploración física** con sus cuatro técnicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.
- **Validar los datos:** confirmar lo dudoso antes de usarlo. Por ejemplo, volver a medir una tensión arterial alterada.
- **Organizar los datos:** agruparlos según un modelo de enfermería. Para eso existen los patrones de Gordon y las necesidades de Henderson, que vemos en las próximas páginas.

## La escala EVA: cómo medir el dolor

La **EVA (Escala Visual Analógica)** es la herramienta más usada para medir la intensidad del dolor que refiere la persona. Se presenta una línea horizontal de **10 cm**: en un extremo dice *"sin dolor"* y en el otro *"el peor dolor imaginable"*. La persona marca un punto sobre la línea, y la distancia en centímetros desde el extremo "sin dolor" es el valor de su dolor (de 0 a 10).




### ¿Por qué se usa?

Porque el dolor es **subjetivo**: solo la persona sabe cuánto le duele. La EVA transforma esa experiencia en un número que permite comparar antes y después de una intervención. Por eso se dice que el dolor es el **"quinto signo vital"**.

### ¿Cuándo se usa?

- Al ingreso y en cada control.
- Antes de administrar analgesia y entre 30 y 60 minutos después, para evaluar su efecto.
- Ante cualquier queja de dolor.

**NO LA CONFUNDAS**

La **ENA (Escala Numérica Analógica)** le pide a la persona que diga un número del 0 al 10, sin línea. En niños pequeños se usa la escala de caras de **Wong-Baker**, y en personas que no pueden comunicarse se usan escalas conductuales. La EVA requiere que la persona entienda la consigna y pueda marcar la línea.

02

VALORACIÓN · MODELO 1

# Los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon

### ¿QUIÉN, CUÁNDO Y POR QUÉ?

**Marjory Gordon** (1931-2015) fue enfermera y profesora en el Boston College, y presidió la asociación que dio origen a NANDA desde 1973 hasta 1988. A mediados de la década de 1970 propuso la valoración por **patrones funcionales de salud**, que desarrolló en sus libros de los años 80: once áreas que describen cómo vive una persona y cómo interactúa con su entorno.

Se vio que era bueno porque es **holístico** (mira a la persona completa: cuerpo, mente, relaciones, valores), sirve con **cualquier modelo de enfermería**, se adapta a todas las edades y ámbitos, y sus patrones se relacionan directamente con los diagnósticos NANDA-I. Un patrón puede ser funcional si la persona lo resuelve bien, o disfuncional si aparece un problema.

| N.º | Patrón | Qué se valora | Preguntas o datos guía |
|---|---|---|---|
| 1 | **Percepción y manejo de la salud** | Cómo percibe su salud y qué hace para cuidarla. | ¿Cómo describe su salud? Hábitos, alergias, vacunas, adherencia a tratamientos. |
| 2 | **Nutricional-metabólico** | Ingesta de alimentos y líquidos, estado de la piel, temperatura. | Peso, talla, IMC, apetito, dificultad para tragar, heridas, edemas. |
| 3 | **Eliminación** | Función intestinal, urinaria y de la piel. | Frecuencia, características, incontinencia, uso de sondas o pañales. |
| 4 | **Actividad-ejercicio** | Movilidad, autocuidado, respiración y circulación. | Capacidad para moverse, bañarse, vestirse. Signos vitales, disnea. |
| 5 | **Sueño-descanso** | Patrón de sueño y descanso. | Horas de sueño, si descansa, si usa medicación para dormir. |
| 6 | **Cognitivo-perceptivo** | Conciencia, orientación, sentidos, memoria y **dolor**. | Orientación en tiempo y espacio, visión, audición. **Aquí se registra la EVA.** |

| N.° | Patrón | Qué se valora | Preguntas o datos guía |
|---|---|---|---|
| 7 | **Autopercepción-autoconcepto** | Cómo se ve y se siente consigo misma. | Estado de ánimo, miedos, imagen corporal. |
| 8 | **Rol-relaciones** | Vínculos familiares, sociales y laborales. | ¿Con quién vive? ¿Quién la cuida? ¿Cómo afecta la enfermedad a su rol? |
| 9 | **Sexualidad-reproducción** | Salud sexual y reproductiva. | Etapa reproductiva, preocupaciones, cambios. |
| 10 | **Adaptación-tolerancia al estrés** | Cómo afronta las situaciones difíciles. | ¿Qué la ayuda cuando está preocupada? Cambios recientes importantes. |
| 11 | **Valores-creencias** | Creencias, espiritualidad y lo que es importante para ella. | ¿Hay algo de sus creencias que debamos respetar en su cuidado? |

**NOTA DE ELIANA**

*No hace falta preguntar los once patrones como si fuera un cuestionario. Conversá. Muchas respuestas aparecen solas cuando la persona se siente escuchada.*

02

VALORACIÓN · MODELO 2

# Las 14 Necesidades de Virginia Henderson

### ¿QUIÉN, CUÁNDO Y POR QUÉ?

**Virginia Henderson** (1897-1996), enfermera estadounidense conocida como "la primera dama de la enfermería", formuló su definición de enfermería en **1955** y la difundió en **1960** en *Principios básicos de los cuidados de enfermería*, publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras.

Su definición: la función propia de la enfermera es **ayudar a la persona, sana o enferma, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), que haría por sí misma si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios**, y hacerlo de modo que recupere su independencia lo antes posible.

Se vio que era bueno porque define con claridad el **rol propio de la enfermería**, es simple y aplicable en cualquier servicio, y permite medir el grado de **independencia** de la persona en cada necesidad.

### Conceptos clave

- **Independencia:** la persona satisface sola su necesidad.
- **Dependencia:** necesita ayuda para satisfacerla.

### Fuentes de dificultad

La dependencia aparece por falta de **fuerza** (física o psíquica), de **conocimiento** o de **voluntad**. Identificar la causa orienta la intervención.

| N.º | Necesidad | Qué observar |
|---|---|---|
| 1 | **Respirar normalmente** | Frecuencia, ritmo, saturación, tos, disnea. |
| 2 | **Comer y beber adecuadamente** | Apetito, dieta, hidratación, deglución, peso. |
| 3 | **Eliminar los desechos corporales** | Diuresis, catarsis, sudoración, continencia. |
| 4 | **Moverse y mantener posturas adecuadas** | Deambulación, cambios de posición, equilibrio. |
| 5 | **Dormir y descansar** | Horas, calidad, interrupciones. |

| N.° | Necesidad | Qué observar |
|---|---|---|
| 6 | **Vestirse y desvestirse** | Si puede hacerlo sola, si necesita ayuda parcial o total. |
| 7 | **Mantener la temperatura corporal** | Temperatura, abrigo, adecuación al ambiente. |
| 8 | **Mantener la higiene y proteger la piel** | Higiene, estado de la piel, heridas, riesgo de lesiones por presión. |
| 9 | **Evitar los peligros del entorno** | Riesgo de caídas, de infección, seguridad en la medicación. |
| 10 | **Comunicarse con los demás** | Expresión de emociones, necesidades y temores; acompañamiento. |
| 11 | **Vivir según sus creencias y valores** | Espiritualidad, decisiones sobre su cuidado. |
| 12 | **Ocuparse para realizarse** | Trabajo, rol, sentirse útil. |
| 13 | **Participar en actividades recreativas** | Ocio, entretenimiento, distracción. |
| 14 | **Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad** | Qué sabe de su situación, qué necesita aprender para cuidarse. |

## ¿Gordon o Henderson? Según el caso

| Situación | Conviene | Por qué |
|---|---|---|
| Persona internada, con dependencia para actividades básicas (posoperatorio, adulto mayor, paciente crítico). | Henderson | Muestra con claridad qué puede hacer sola y en qué necesita ayuda. |
| Consulta ambulatoria, atención primaria, comunidad, salud mental, educación para la salud. | Gordon | Explora hábitos, afrontamiento, relaciones y valores en profundidad. |
| Trabajo práctico o examen. | El que pida tu cátedra | Los dos son válidos; lo importante es usarlo de forma completa y ordenada. |

ETAPA 2

# 03 Diagnóstico enfermero

NANDA Internacional lo define como un **juicio clínico sobre una respuesta humana a condiciones de salud o procesos vitales, o la vulnerabilidad a esa respuesta**, de una persona, cuidador, familia, grupo o comunidad. Es la base para elegir las intervenciones de las que la enfermera es responsable.

### ¿DESDE CUÁNDO Y POR QUÉ?

- **1953.** Vera Fry usa por primera vez la expresión "diagnóstico de enfermería" para describir el juicio propio de la enfermera.
- **1973.** Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin organizan en Saint Louis (EE. UU.) la primera conferencia para clasificar los diagnósticos de enfermería.
- **1982.** El grupo adopta el nombre **NANDA** (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería). Marjory Gordon lo presidió desde sus inicios, en 1973, hasta 1988.
- **2002.** Pasa a llamarse **NANDA Internacional (NANDA-I)** por su alcance mundial. Su Taxonomía II organiza los diagnósticos en **13 dominios** y se actualiza periódicamente.

**¿Por qué se implementó?** Para que la enfermería tuviera un **lenguaje propio, común y estandarizado**: que todas las enfermeras nombren igual el mismo problema, que los cuidados se puedan registrar, comparar e investigar, y que quede claro qué parte del cuidado es responsabilidad y competencia de la enfermería.

## Cómo está armado un diagnóstico en el libro NANDA-I

| Componente | Qué es |
|---|---|
| **Etiqueta y código** | El nombre del diagnóstico y su número. Ejemplo: *Dolor agudo (00132)*. |
| **Definición** | Qué significa, para usarlo con precisión. |
| **Características definitorias** | Signos y síntomas que confirman el diagnóstico. Son el **"manifestado por"**. |
| **Factores relacionados** | Las causas o factores que contribuyen al problema. Son la **etiología**, el **"relacionado con"**. |
| **Factores de riesgo** | Lo que aumenta la vulnerabilidad, en los diagnósticos de riesgo. |

| Componente | Qué es |
|---|---|
| **Población en riesgo** | Grupos más propensos (por edad, por ejemplo). No se modifican con intervenciones de enfermería. |
| **Condiciones asociadas** | Diagnósticos médicos, procedimientos o tratamientos relacionados. **No se escriben como etiología**, porque la enfermería no puede modificarlos de forma independiente. |

## Tipos de diagnóstico

| Tipo | Cuándo se usa | Ejemplo |
|---|---|---|
| **Focalizado en el problema** (real) | El problema ya está presente y tiene signos y síntomas. | Dolor agudo. |
| **De riesgo** | El problema todavía no está, pero la persona es vulnerable a desarrollarlo. | Riesgo de caídas del adulto. |
| **De promoción de la salud** | La persona expresa el deseo de mejorar su bienestar. | Disposición para mejorar el autocuidado. |
| **Síndrome** | Un grupo de diagnósticos que aparecen juntos y se abordan juntos. | Síndrome de fragilidad del anciano. |

### DIAGNÓSTICO ENFERMERO, MÉDICO Y PROBLEMA DE COLABORACIÓN

El **diagnóstico médico** identifica la enfermedad (*fractura de cadera*). El **diagnóstico enfermero** identifica la respuesta humana que la enfermera trata de forma independiente (*dolor agudo*). Los **problemas de colaboración** son complicaciones fisiológicas que la enfermera vigila y trata junto con el médico (*complicación potencial: hemorragia*). Este modelo "bifocal" fue descripto por Lynda Juall Carpenito.

03

DIAGNÓSTICO · CÓMO SE ESCRIBE

# La etiología y el formato PES

## ¿Qué es la etiología?

La **etiología** es la **causa** o el conjunto de factores que provocan o mantienen el problema. En NANDA-I se llama **factores relacionados** y se escribe después de *"relacionado con" (r/c)*.

Es la parte más importante para planificar, porque **las intervenciones apuntan a la etiología**: si sabemos por qué ocurre el problema, sabemos dónde actuar. Por eso tiene que ser algo que la enfermería **pueda modificar**.

**ERROR FRECUENTE**

Mal Dolor agudo **r/c fractura de cadera**. La fractura es un diagnóstico médico: enfermería no la puede modificar.

Bien Dolor agudo **r/c agentes lesivos físicos** (procedimiento quirúrgico). La fractura queda como condición asociada.

## ¿Qué es el formato PES?

Es la forma estandarizada de **redactar** un diagnóstico enfermero. Fue propuesto por **Marjory Gordon** y se enseña en todo el mundo. Sus siglas nombran sus tres partes:

**P**
Problema
La etiqueta NANDA-I.

+

**E**
Etiología
"relacionado con" (r/c): los factores relacionados.

+

**S**
Signos y síntomas
"manifestado por" (m/p): las características definitorias.

**¿Por qué se usa?**

Porque obliga a **justificar** el diagnóstico: dice qué pasa, por qué pasa y cómo lo sabemos. Cualquier colega que lo lea entiende la situación y puede continuar el cuidado.

**¿Para qué sirve?**

La **P** orienta el **objetivo**, la **E** orienta las **intervenciones** y la **S** da los datos para **evaluar** si el problema mejoró.

## ¿Cuándo se usa cada formato?

| Tipo de diagnóstico | Formato | Ejemplo completo |
|---|---|---|
| **Focalizado en el problema** | P + E + S | **Dolor agudo** r/c agentes lesivos físicos (procedimiento quirúrgico) m/p autoinforme de intensidad 8/10 en EVA y expresión facial de dolor. |
| **De riesgo** | P + E | **Riesgo de caídas del adulto** r/c deterioro de la movilidad, dolor y efectos de la medicación analgésica. *No lleva m/p porque todavía no hay signos.* |
| **De promoción de la salud** | P + S | **Disposición para mejorar la gestión de la salud** m/p expresa deseo de aprender a manejar su medicación al alta. |

## Cómo construir un PES en 5 pasos

1. Agrupá los datos alterados de la valoración que tienen relación entre sí.
2. Buscá en NANDA-I la etiqueta cuya **definición** describe ese grupo de datos.
3. Confirmá que la persona tenga al menos algunas de sus **características definitorias**: esas serán tu **S**.
4. Elegí entre los **factores relacionados** la causa que enfermería puede modificar: esa será tu **E**.
5. Escribilo completo y leelo en voz alta: tiene que contar la situación de esa persona en una sola oración.

## ¿Qué atiendo primero? La priorización

Cuando hay varios diagnósticos, se ordenan según su urgencia. Una guía útil es la **pirámide de necesidades de Maslow**: primero lo fisiológico y lo que amenaza la vida (vía aérea, respiración, circulación, dolor intenso), después la seguridad (riesgo de caídas, de infección), luego lo emocional y social. Los diagnósticos reales suelen ir antes que los de riesgo, salvo que el riesgo sea grave e inminente.

04

ETAPA 3

# Planificación: objetivos, NOC y NIC

Planificar es decidir **qué queremos lograr** con la persona y **qué vamos a hacer** para lograrlo. Para cada diagnóstico priorizado se plantea un objetivo, se eligen intervenciones y se fundamenta cada una.

## El objetivo

Describe el resultado esperado **en la persona**, no lo que hace la enfermera. Tiene que ser realista, medible y con un plazo.

| Sujeto | Verbo | Condición | Criterio | Tiempo |
|---|---|---|---|---|
| La persona | Medible: referirá, caminará, demostrará | Con qué ayuda o en qué situación | Cuánto: ≤ 3/10, 20 metros | En cuánto: 24 h, al alta |

"La paciente **referirá** un dolor ≤ 3/10 en la escala EVA **dentro de las 24 horas**."

## NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería

**ORIGEN**

La **NOC** (*Nursing Outcomes Classification*) fue desarrollada por un equipo de la **Universidad de Iowa**, liderado por Marion Johnson y Meridean Maas, y publicada por primera vez en **1997**. Surgió para que los resultados de los cuidados de enfermería pudieran **medirse** con un lenguaje común.

Cada resultado NOC tiene una **etiqueta**, un **código**, una **definición** y una lista de **indicadores**. Cada indicador se puntúa con una **escala Likert de 5 puntos**, por ejemplo:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Gravemente comprometido | Sustancialmente comprometido | Moderadamente comprometido | Levemente comprometido | No comprometido |

Se registra una **puntuación basal** (cómo está la persona hoy) y una **puntuación diana** (a dónde queremos llegar en el plazo fijado). En la evaluación se compara la puntuación alcanzada con la diana.

## NIC: Clasificación de Intervenciones de Enfermería

**ORIGEN**

La **NIC** (*Nursing Interventions Classification*) también nació en la **Universidad de Iowa**, con el equipo de Joanne McCloskey y Gloria Bulechek, y se publicó por primera vez en **1992**. Reúne los tratamientos que realiza la enfermería, tanto independientes como en colaboración.

Cada intervención NIC tiene una **etiqueta**, un **código**, una **definición** y una lista de **actividades**. Vos elegís las actividades que corresponden a tu paciente y las adaptás.

| Tipo de intervención | Qué significa | Ejemplo |
|---|---|---|
| **Independiente** | La enfermera la decide y la realiza por su propio criterio profesional. | Enseñar técnicas de relajación. |
| **Interdependiente** (de colaboración) | Se realiza junto con otros profesionales. | Plan de movilización con kinesiología. |
| **Dependiente** | Requiere una indicación médica. | Administrar la analgesia indicada. |

**NANDA-I, NOC Y NIC TRABAJAN JUNTAS**

El **diagnóstico** (NANDA-I) dice qué le pasa a la persona, el **resultado** (NOC) dice qué queremos lograr y la **intervención** (NIC) dice qué vamos a hacer. A esta unión se la conoce como lenguaje **NNN**.

**Fundamentación científica:** cada intervención se justifica con el **porqué**, apoyado en bibliografía o evidencia. Es lo que convierte una tarea en un cuidado profesional.

05

ETAPAS 4 Y 5

# Ejecución y evaluación

## Ejecución

Es poner el plan en práctica. Tiene tres momentos:

1. **Preparación:** revalorar a la persona, revisar el plan, preparar el material y el ambiente, explicar lo que se va a hacer.
2. **Intervención:** realizar las actividades planificadas, con seguridad y respetando la intimidad y la autonomía de la persona.
3. **Registro:** anotar qué se hizo, cuándo, cómo respondió la persona y cualquier cambio.

**NOTA DE ELIANA**

*Lo que no se registra, no se hizo. El registro protege a la persona, porque asegura la continuidad, y te protege a vos, porque es tu respaldo legal y profesional.*

## Evaluación

Es comparar el estado actual de la persona con el objetivo planteado. Se usan los mismos indicadores y escalas de la valoración: la EVA, la puntuación NOC. Hay tres resultados posibles:

| Resultado | Qué significa | Qué hago |
|---|---|---|
| Logrado | Se alcanzó la puntuación diana o el criterio del objetivo. | Mantener o dar por resuelto el diagnóstico. |
| Parcialmente logrado | Hubo mejoría, pero no se alcanzó el criterio. | Continuar, ajustar intervenciones o plazos. |
| No logrado | No hubo cambios o la persona empeoró. | Revisar todo el proceso: ¿la valoración fue completa?, ¿el diagnóstico era correcto?, ¿el objetivo era realista? |

La evaluación vuelve a iniciar el ciclo: con los datos nuevos se revalora, se actualizan los diagnósticos y el plan. Por eso el PAE es **cíclico**.

06

TODO JUNTO

# Caso resuelto

**SITUACIÓN CLÍNICA**

Sra. M., 78 años, cursa el **primer día posoperatorio** de una cirugía de cadera derecha por fractura. Refiere: *"Me duele mucho cuando intento moverme, tengo miedo de caerme"*. EVA 8/10, facies de dolor, se niega a movilizarse en la cama. TA 150/90 mmHg, FC 98 lpm, FR 20 rpm, T 36,8 °C, $SatO_2$ 95 %. Herida quirúrgica limpia y seca. Tiene indicada analgesia. Vive sola; antes de la caída caminaba sin ayuda. Su hija la visita a diario.

## Valoración por patrones de Gordon

| Patrón | Datos de la Sra. M. | Estado |
|---|---|---|
| 1. Percepción y manejo de la salud | Conoce su diagnóstico. Sin alergias conocidas. | Funcional |
| 2. Nutricional-metabólico | Apetito disminuido. Herida quirúrgica limpia. | A vigilar |
| 3. Eliminación | Diuresis conservada. Sin deposiciones desde la cirugía. | A vigilar |
| 4. Actividad-ejercicio | No se moviliza en la cama. Depende para higiene y vestido. TA 150/90, FC 98. | Disfuncional |
| 5. Sueño-descanso | Refiere que no durmió por el dolor. | Disfuncional |
| 6. Cognitivo-perceptivo | Orientada. **Dolor EVA 8/10** al movilizarse. | Disfuncional |
| 7. Autopercepción-autoconcepto | "Tengo miedo de caerme". | A vigilar |
| 8. Rol-relaciones | Vive sola. Su hija la acompaña a diario. | Funcional |
| 9 a 11. Sexualidad, afrontamiento, valores | Sin alteraciones referidas. | Funcional |

Con Henderson, los mismos datos mostrarían **dependencia** en las necesidades 4 (moverse), 5 (dormir), 6 (vestirse), 8 (higiene) y 9 (evitar peligros), con **falta de fuerza** como fuente de dificultad principal, debida al dolor y a la cirugía.

## Diagnósticos priorizados

1. **Dolor agudo (00132)** r/c agentes lesivos físicos (procedimiento quirúrgico) m/p autoinforme de intensidad 8/10 en EVA, expresión facial de dolor y conducta de protección.
2. **Deterioro de la movilidad física (00085)** r/c dolor y miedo al movimiento m/p dificultad para cambiar de posición en la cama.
3. **Riesgo de caídas del adulto (00303)** r/c deterioro de la movilidad, edad avanzada y efectos de la medicación analgésica. En ediciones anteriores de NANDA-I figura como *Riesgo de caídas (00155)*.

¿Por qué el dolor primero? Porque es el problema que hoy impide todo lo demás: mientras duela, la Sra. M. no se va a movilizar, no va a descansar y su riesgo de complicaciones aumenta.

06

CASO RESUELTO · PLAN

# Plan de cuidados de la Sra. M.

## Diagnóstico 1 · Dolor agudo (00132)

| Resultado (NOC) | Intervenciones (NIC) y actividades | Fundamentación |
|---|---|---|
| **Nivel del dolor (2102)**<br>Indicadores:<br>· Dolor referido<br>· Expresiones faciales de dolor<br><br>Basal: **2** · Diana: **4** en 24 h<br>Escala: 1 Grave … 5 Ninguno | **Manejo del dolor (1400)**<br>· Valorar el dolor con EVA cada 4 h y ante cada queja.<br>· Enseñar técnicas de respiración y distracción.<br>· Favorecer el descanso y un ambiente tranquilo.<br><br>**Administración de analgésicos (2210)**<br>· Administrar la analgesia indicada según orden médica escrita.<br>· Revalorar el dolor entre 30 y 60 min después y registrar la respuesta. | La valoración periódica con una escala validada permite objetivar el dolor y ajustar el tratamiento. Las técnicas no farmacológicas potencian el efecto de la analgesia. Controlar el dolor favorece la movilización temprana y previene complicaciones de la inmovilidad. |

## Diagnóstico 2 · Deterioro de la movilidad física (00085)

| Resultado (NOC) | Intervenciones (NIC) y actividades | Fundamentación |
|---|---|---|
| **Movilidad (0208)**<br>Indicadores:<br>· Movimiento articular<br>· Ambulación<br><br>Basal: **2** · Diana: **3** en 48 h<br>Escala: 1 Gravemente comprometido … 5 No comprometido | **Terapia de ejercicios: deambulación (0221)**<br>· Movilizar en bloque con almohada entre las piernas, previa analgesia.<br>· Sentar en la cama y luego en el sillón, según indicación y tolerancia.<br>· Coordinar con kinesiología el inicio de la deambulación con andador.<br>· Explicar cada movimiento para disminuir el miedo. | La movilización precoz disminuye el riesgo de trombosis, neumonía y lesiones por presión, y acelera la recuperación funcional. Explicar el procedimiento reduce la ansiedad y mejora la colaboración. |

## Evaluación a las 24 horas

La Sra. M. refiere **EVA 3/10** en reposo y 5/10 al movilizarse. Expresión facial relajada. **Nivel del dolor**: puntuación 4, igual a la diana: **Logrado**. Tolera los cambios de posición con ayuda y logra sentarse en el borde de la cama. **Movilidad**: puntuación 3 a las 48 h: **Logrado**. Se continúa el plan para alcanzar la deambulación con andador y se mantienen las medidas de prevención de caídas.

Los códigos pueden cambiar entre ediciones de NANDA-I, NOC y NIC: verificalos con la edición vigente.

07

PASO A PASO

# El plan de cuidados, columna por columna

El plan de cuidados es la **hoja donde se escribe el PAE**. Cada columna responde a una pregunta. Si sabés qué pregunta responde cada una, completarla deja de ser un misterio.

| Columna | Pregunta que responde | Qué escribir | Ejemplo breve |
|---|---|---|---|
| **1. Datos de valoración** | ¿Qué encontré? | Solo los datos **alterados** que sostienen este diagnóstico, separando subjetivos (entre comillas) y objetivos (con valores). | "Me duele mucho". EVA 8/10, facies de dolor. |
| **2. Diagnóstico (PES)** | ¿Qué problema tiene y por qué? | La etiqueta NANDA-I con su código, r/c la etiología y m/p los signos y síntomas. | Dolor agudo (00132) r/c... m/p... |
| **3. Resultado (NOC)** | ¿Qué quiero lograr? | El resultado NOC con su código, 1 a 3 indicadores, la escala, la puntuación basal, la diana y el plazo. O el objetivo redactado con la fórmula. | Nivel del dolor (2102). Basal 2, diana 4 en 24 h. |
| **4. Intervenciones (NIC)** | ¿Qué voy a hacer? | La intervención NIC con su código y las actividades concretas, adaptadas a la persona, con frecuencia y forma. | Manejo del dolor (1400): valorar EVA cada 4 h... |
| **5. Fundamentación** | ¿Por qué lo hago? | La razón científica de cada intervención, con su fuente. | La valoración periódica permite ajustar... |
| **6. Evaluación** | ¿Lo logré? | La puntuación alcanzada comparada con la diana, el resultado (logrado, parcial, no logrado) y la decisión: continuar, modificar o finalizar. | EVA 3/10, puntuación 4: logrado. |

**EL HILO CONDUCTOR**

Las columnas tienen que **conversar entre sí**: los datos de la columna 1 aparecen en el "m/p" de la columna 2; el problema de la columna 2 se mide con el resultado de la columna 3; las intervenciones de la columna 4 atacan la etiología ("r/c"); y la evaluación de la columna 6 usa los mismos indicadores de la columna 3.

07

PARA PRACTICAR

# Plantilla de plan de cuidados

Completá una plantilla por cada diagnóstico. Podés imprimir esta página las veces que necesites.

### 1. Datos de valoración · ¿Qué encontré?

Subjetivos (entre comillas)

Objetivos (con valores)

### 2. Diagnóstico enfermero · ¿Qué problema tiene y por qué?

**P**
Etiqueta NANDA-I y código

**E**
r/c

**S**
m/p

### 3. Resultado NOC · ¿Qué quiero lograr?

Resultado y código · Indicadores · Escala · Puntuación basal · Puntuación diana · Plazo

### 4 y 5. Intervenciones NIC y fundamentación · ¿Qué voy a hacer y por qué?

Intervención y código · Actividades

Fundamentación de cada actividad

### 6. Evaluación · ¿Lo logré?

Puntuación alcanzada · **Logrado** **Parcialmente logrado** **No logrado** · Decisión

08

PARA TENER A MANO

# Glosario y checklist

| Término | Significado |
|---|---|
| **PAE** | Proceso de Atención de Enfermería. |
| **EVA** | Escala Visual Analógica del dolor, de 0 a 10. |
| **NANDA-I** | NANDA Internacional: clasificación de diagnósticos enfermeros. |
| **NOC** | Clasificación de Resultados de Enfermería. |
| **NIC** | Clasificación de Intervenciones de Enfermería. |
| **PES** | Problema + Etiología + Signos y síntomas: formato para redactar diagnósticos. |
| **r/c** | "Relacionado con": introduce la etiología. |
| **m/p** | "Manifestado por": introduce los signos y síntomas. |
| **Etiología** | La causa del problema; en NANDA-I, los factores relacionados. |
| **Puntuación basal y diana** | El valor NOC inicial y el valor que se quiere alcanzar. |

## Checklist antes de entregar tu PAE

- [ ] La valoración usa un modelo completo (Gordon o Henderson) y tiene datos subjetivos y objetivos.
- [ ] Cada diagnóstico usa una etiqueta NANDA-I de la edición vigente, con su código.
- [ ] La etiología es modificable por enfermería: no es un diagnóstico médico.
- [ ] Los diagnósticos de riesgo no llevan "manifestado por".
- [ ] Los diagnósticos están priorizados y sé explicar por qué.
- [ ] Cada objetivo es medible, está centrado en la persona y tiene plazo, o el NOC tiene puntuación basal y diana.
- [ ] Cada intervención tiene actividades concretas y su fundamentación.
- [ ] La evaluación usa los mismos indicadores que el objetivo.

08

PARA SEGUIR APRENDIENDO

# Bibliografía recomendada

1. Herdman, T. H., Kamitsuru, S. y Lopes, C. T. (eds.). *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación.* Elsevier. Usá la edición vigente.
2. Moorhead, S. y otros (eds.). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).* Elsevier. Edición vigente.
3. Butcher, H. K. y otros (eds.). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).* Elsevier. Edición vigente.
4. Gordon, M. *Nursing Diagnosis: Process and Application.* McGraw-Hill, 1982.
5. Henderson, V. *Principios básicos de los cuidados de enfermería.* Consejo Internacional de Enfermeras, 1960.
6. Alfaro-LeFevre, R. *Aplicación del proceso enfermero: fundamento del razonamiento clínico.* Wolters Kluwer.
7. Carpenito, L. J. *Diagnósticos de enfermería: aplicación a la práctica clínica.* Wolters Kluwer.
8. Ley Nacional 24.004 de Ejercicio de la Enfermería (Argentina) y su Decreto reglamentario 2497/93.

**PARA CERRAR**

*El PAE no es para la cátedra. Es para la persona que tenés enfrente. Cada vez que valorás con atención, nombrás bien un problema y evaluás si tu cuidado sirvió, estás ejerciendo la enfermería con toda su autonomía. Escuchar, educar, orientar y acompañar: eso también es el PAE.*

Lic. Eliana Rosal



PAE sin miedo · Guía de estudio de la Lic. Eliana Rosal · elianarosal.com.ar
Material educativo. Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización de la autora.