

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Volumen
Volume **10**

Número
Number **2**

Mayo-Agosto
May-August **2002**

Artículo:

Operacionalización del proceso de atención de enfermería

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Mexicana de Cardiología

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Trabajo de revisión

Operacionalización del proceso de atención de enfermería

Lic. Enf. María de Jesús Pérez Hernández*

* Profesora de la Asignatura. Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

RESUMEN

El proceso de atención de enfermería es la herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico. Por ello, constituye un instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Lo que repercute en la satisfacción y profesionalización de enfermería. El presente artículo es el resultado de la compilación de diversas fuentes bibliográficas, con el fin de facilitar al personal de enfermería la comprensión de las cinco fases del proceso que son: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación. Así como servir de guía para llevarlo a cabo en las áreas donde desarrollan sus actividades profesionales.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, valoración, planificación, diagnóstico de enfermería, intervenciones de enfermería, evaluación.

INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comuni-

Recibido para publicación: 29 de julio 2002
Aceptado para publicación: 20 de agosto 2002

Dirección para correspondencia:
Lic. Enf. María de Jesús Pérez Hernández
Juan Badiano No. 1
Col. Sección XVI
Del. Tlalpan
México, D.F., C.P. 14080
Tel. 55-75-29-11 Ext. 1330 y 1316

ABSTRACT

The nursing process is the basic tool to assure the quality of the patient care. This process always must be based in scientific information and covered all aspects of the patient case. The nursing process is the structure who permit identify and individualize the real and potential necessities of the patient, family and/or community and in this way find satisfaction for both; the patient and the professional nursing.

Key words: Nursing process, valuation, planning, nursing diagnosis, nursing interventions, evaluation.

dad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por lo tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería. El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional: habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros profesionales de la salud. Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la

recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.¹

El proceso de atención tiene como propiedades: ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.²

FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso se organiza para su operacionalización en cinco fases cílicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación.

PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Para su realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas) Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.^{3,4}
2. Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.
3. Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
4. Analizar los datos obtenidos.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos-antecedentes: aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración de enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies”: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda de forma sistemática.
- Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”: se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por “patrones funcionales de salud”: la recolección de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.^{4,5}

SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento de la enfermería.^{2,6,7}

En la Novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería.⁸

Los diagnósticos se clasifican de acuerdo a sus características. Según Carpenito⁷ un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible. El bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienes-

tar. El diagnóstico real, describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que a otros en una situación igual o similar.⁹⁻¹¹

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes, los problemas y los factores de riesgo relacionados con el mismo y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, signos y síntomas).

Los siguientes ejemplos tomados de Carpenito, ilustran los componentes de los diferentes tipos de diagnósticos:^{7,9}

1. Diagnóstico de bienestar: potencial para favorecer la paternidad.
2. Diagnóstico de alto riesgo: alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema, actividades, dieta y medicamentos.
3. Diagnóstico posible: posible incapacidad para el autocuidado relacionado con la afectación en la capacidad de utilizar la mano izquierda secundaria a una vía intravenosa.
4. Diagnóstico real: alteración de la nutrición por defecto relacionado con anorexia, náuseas/vómitos persistentes y aumento del índice metabólico.

Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del paciente y la segunda describe la etiología o causa del problema, los factores o los signos y síntomas que contribuyen al mismo. Ambas partes se unen con la frase "relacionado con", la cual se indica r/c.

Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA.⁸

Cuando se emite un diagnóstico de enfermería la responsabilidad de planificar y ejecutar el plan de cuidados recae sobre el profesional que lo ha emitido, mientras en el caso de los problemas interdependientes, el profesional de enfermería colabora con el equipo de salud para el tratamiento.

Finalmente, el diagnóstico de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería en: 1) inde-

pendientes son las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería; se derivan de la visión global del paciente; 2) dependientes son aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las órdenes médicas y 3) interdependientes, son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud.^{8,10}

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Identificar, priorizar y registrar los problemas dependientes y los diagnósticos enfermeros que se derivan del análisis de los datos de la valoración.
2. Revisar y actualizar los problemas interdependientes y los diagnósticos enfermeros en función de los cambios en el estado de salud del paciente, detectados a partir de la valoración continua y el análisis de los datos.
3. Los problemas interdependientes y los diagnósticos enfermeros se reformulan con base en la evolución del paciente. Esto puede ser efectuado según las normas de la institución hospitalaria, pero se sugiere que por lo menos sea realizado al finalizar el turno.

TERCERA ETAPA: PLANEACIÓN

Esta tercera fase del proceso de atención de enfermería contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.⁵

La planeación incluye las siguientes etapas:

- 1) Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.
- 2) Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema.¹¹
Los resultados o metas, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles. Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.
- 3) Planeación de las intervenciones de enfermería. Están destinadas a ayudar al paciente a lograr las

metas del cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.⁵

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Adaptar o diseñar un plan de cuidados basados en conocimientos actualizados de las ciencias enfermeras, biológicas, sociales, físicas y comportamentales.
2. Por cada diagnóstico enfermero identificado establecer objetivos pactados con el paciente definidos de forma realista y mensurable, congruentes con el resto de tratamientos planificados que especifiquen el tiempo de consecución y dirigidos a maximizar la autonomía del paciente.
3. Prescribir y priorizar las intervenciones dirigidas a conseguir los objetivos pactados o establecidos y a favorecer la participación del paciente.
4. Prescribir y priorizar estas intervenciones con base en la aplicación de los resultados de la valoración y de los conocimientos científicos vigentes.
5. Prescribir las intervenciones con base en el servicio enfermero que se requiera.
6. Revisar y actualizar el plan de cuidados para adaptarlo a la evolución del estado de salud del paciente.
7. Determinar las áreas de colaboración con otros profesionales.

CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN

En la cuarta fase del proceso de atención se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería.

Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

- 1) Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.
- 2) Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.

3) Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.⁵

La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico, requiere un razonamiento enfermero previo. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al mantenimiento/restablecimiento de la salud del paciente o a una muerte serena.^{12,13}

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Mantener al día sus conocimientos y habilidades para llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan de intervenciones con seguridad y efectividad.
2. Realizar las intervenciones respetando la dignidad y prioridades del paciente, facilitando su participación en el plan de cuidados.^{14,15}
3. Llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan, manteniendo una actitud terapéutica.

QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN

La última fase en enfermería evalúa regular y sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, los objetivos y/o el plan de cuidados.

La evolución consta de tres partes:

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
2. Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.
3. La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados.

CONCLUSIÓN

Con base en el análisis de la información revisada se presentan las siguientes conclusiones:

La aplicación del proceso de atención de enfermería permite definir el ejercicio profesional y garantizar la calidad de los cuidados de enfermería.

Éste ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos científicos y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería en los diferentes niveles de atención y/o servicios donde enfermería proporcione cuidados al individuo, familia y comunidad. La enfermería de hoy requiere de sustentar el cuidado enfermero, siendo esto posible a través del proceso, lo que permitirá la transformación de la práctica profesional y prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, sin olvidar los componentes humanísticos.

REFERENCIAS

1. Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería*. Interamericana McGraw-Hill; México 1993: 13.
2. Roldán A, Fernández MS. *Proceso de Atención de Enfermería*. <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm>. 1-12
3. Sociedad Española de Enfermería Oncológica. *Proceso de atención de enfermería*. <http://www.seo.org/valora.htm/agosto2002.1-12>.
4. <http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm.agosto2002.3-27>
5. Carpenito LJ. *Planes de cuidado y documentación en enfermería*. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1995:5.
6. Atkinson L, Murray ME. *Proceso de atención de enfermería*. 2^a ed. México: McGraw-Hill, 1997: 32.
7. Carpenito LJ. *Manual de diagnóstico de enfermería*. McGraw-Hill, Interamericana; Madrid 1993: XXVIII.
8. NANDA. *Diagnósticos enfermeros de la NANDA*. Ed. Harcourt. Madrid 1999.
9. Carpenito LD. *Diagnósticos en enfermería*. Ed. Harla, México 1994
10. Luis MT. *Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial*. Mosby, Doyma Libros; Barcelona 1996: 6.
11. Luis MT. *Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica*. Rol de Enfermería 1991; 14: 62.
12. Phaneuf M. *Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería*. Interamericana; Madrid 1999: 139.
13. Atkinson L, Murray ME. *Proceso de atención de enfermería*. McGraw-Hill, Interamericana; 5^a ed. México 1999: 60.
14. López P. *Proceso de enfermería*. Rev Iberoamericana de Geriatría y Gerontología 1994; 10: 37-38.
15. Griffit JW, Christensen PJ. *Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos*. El Manual Moderno; México 1986: 6.