

# Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente

## Nursing Care Process from the teaching perspective

Dr.C. Ydalsys Naranjo-Hernández<sup>1</sup> \*

MSc. Lázaro González-Hernández<sup>1</sup>

Lic. Meyvel Sánchez-Carmenate<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández de Sancti Spíritus. Sancti Spíritus, Cuba.

## RESUMEN

### Fundamento:

no es posible lograr una atención completa solo con el cumplimiento de los tratamientos médicos, se necesita de un pensamiento científico donde se aplique la base teórica de la profesión, el Proceso de Atención de Enfermería.

### Objetivo:

argumentar el contenido sobre el Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente.

### Métodos:

se realizó una revisión bibliográfica a través de una búsqueda realizada entre los años 1996 al 2017, donde se consultaron bases de datos especializadas y se seleccionaron 25 publicaciones científicas sobre el tema.

**Desarrollo:**

el Proceso de Atención de Enfermería se caracteriza por tener una base teórica, pues es un proceso concebido a partir de conocimientos sólidos que le permite al estudiante y al profesional plantear y organizar sus acciones de enfermería, con la finalidad de dirigir y alcanzar un objetivo: la interacción entre enfermera-paciente, familia y comunidad, al establecer relaciones recíprocas e interdisciplinarias donde el proceso sea dinámico y flexible para lograr que en el ejercicio de la Enfermería se adapten a los ámbitos clínico y comunitario o en áreas especializadas, que respondan a las necesidades actuales.

**Conclusiones:**

el Proceso de Atención de Enfermería desde la perspectiva docente, ha contribuido a comprender y adaptar un trabajo permanente con los estudiantes para alcanzar la integración docencia-asistencia.

**DeCS:** DOCENTES DE ENFERMERÍA; INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA; EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA; PROCESO DE ENFERMERÍA; SERVICIOS DE INTEGRACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL

**ABSTRACT****Background:**

it is not possible to achieve complete attention only with compliance with medical treatments, scientific thought is needed where the theoretical basis of the profession is applied, the Nursing Care Process.

**Objective:**

to argue the content about the Nursing Care Process from the teaching perspective.

**Methods:**

a bibliographic review was carried out through a search conducted between 1996 and 2017, where specialized databases were consulted and 25 scientific publications on the subject were selected.

**Development:**

the Nursing Care Process is characterized because it has a theoretical basis, as it is a process conceived from solid knowledge that allows the student and the professional to plan and organize their nursing actions, in order to direct and achieve a goal : the interaction between nurse-patient, family and community, establishing reciprocal and interdisciplinary relationships, being dynamic and flexible, trying in the Nursing practice to adapt it to the clinical and community spheres or in specialized areas, and responding to current needs.

## Conclusions:

the Nursing Care Process from the teaching perspective, has contributed to understand and adapt a permanent work with the students building to achieve the teaching-assistance integration.

**DeCS:** FACULTY, NURSING; NURSING EDUCATION RESEARCH; EDUCATION, NURSING; NURSING PROCESS; TEACHING CARE INTEGRATION SERVICES

## INTRODUCCIÓN

Pérez Viltres M et al. <sup>1</sup> plantearon que en Cuba desde la década del 60 se viene trabajando en la búsqueda de nuevos métodos de trabajo con vista a elevar la calidad de la atención de Enfermería. En esta etapa se implantó el Plan de Cuidados de Enfermería o Plan de Atención, el cual se instrumentó mediante el kardex que no es más que el (registro utilizado para el cumplimiento de las indicaciones médicas y órdenes de Enfermería).

Fue un modo de actuación encaminado sólo al cumplimiento de los tratamientos médicos dependiente, pobre actuación colaborativa y mala actuación independiente.

Pérez Viltres M et al. <sup>2</sup> consideran que no es posible lograr una atención completa sólo con el cumplimiento de los tratamientos médicos, se necesita de un pensamiento científico donde se aplique la base teórica de la profesión, el Proceso Atención de Enfermería que sirve de guía para el trabajo práctico: permite organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones, proporciona las bases para las investigaciones, contribuye a la promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud del individuo, la familia y la comunidad, exige del profesional capacidades profesionales y culturales, para cubrir las necesidades afectadas y permite sintetizar conocimientos teóricos y prácticos. Además, permite cambiar el modo de actuación de enfermería de un modo automático a uno deliberado, responsable y profesional, que sea capaz de interpretar las necesidades afectadas del paciente para prestarle ayuda calificada.

Ponti LE et al. <sup>3</sup> abordaron que diferentes autores consideran el Proceso Atención de Enfermería como un método que debe de llevar diferentes pasos. Ida Orlando (1961) y Virginia Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases: valoración, intervención, evaluación. En 1967 Yura y Walsh crearon uno de cuatro fases: valoración, planificación, intervención, evaluación. Bloch (1974), Roy (1975) y Mundiger, Jauron y Aspinall en 1976, añadieron la fase de diagnóstico, tratándose entonces de un Proceso de cinco pasos valoración, diagnóstico de Enfermería, expectativas intervenciones de Enfermería (órdenes o Plan de Cuidados), evaluación.

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería es considerada por algunos autores <sup>1,2,3</sup> como el comienzo de la madurez profesional. La ciencia de la Enfermería se basa en un amplio marco teórico. Este proceso, es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería. Su aplicación no se ha logrado en correspondencia con los conocimientos que del mismo posee el personal de enfermería tanto técnico como profesional en Cuba considera la autora de la investigación. Con relativa frecuencia se encuentra en las diferentes unidades del Sistema Nacional de Salud en que se aplica el Proceso Atención de Enfermería, que existen dificultades en la implementación del mismo, tanto por parte del personal graduado como del personal

en formación, dificultades dadas por la diversidad de criterios e ideas existentes, incluso entre las personas encargadas de su enseñanza.

A partir de lo antes descrito, se considera pertinente argumentar sobre el Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente.

## MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica a través de una búsqueda realizada sin restricciones de idioma, desde el año 1996 en que se publica el primer estudio relacionado con el tema tratado, hasta el momento actual año 2017, al seguir en el análisis un orden cronológico. Los términos que se utilizaron para la búsqueda, localizados en el DeSC, fueron: Proceso Atención de Enfermería, docencia. Se utilizaron las bases de datos Lilacs, Medline, PubMed y SciELO en las que se identificaron 94 documentos publicados, de ellos se seleccionaron para esta revisión 20 documentos que responden de manera puntual al objetivo, entre los que se encuentran libros, tesis y artículos científicos nacionales y extranjeros, además se incluyen publicaciones de sitios Web de organizaciones internacionales. Las referencias bibliográficas de los artículos recuperados fueron también revisadas en busca de fuentes adicionales pertinentes sobre el tema tratado.

## Desarrollo

Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente

Tiga Loza DC et al. <sup>4</sup> consideraron que en el mundo, el Proceso de Atención de Enfermería se ha considerado como una revolución en la historia de la enfermería, pues su implementación es una ventaja para el trabajo de sus profesionales, garantiza el desarrollo de una práctica clínica fundamentada en bases científicas, favorece la calidad en el cuidado brindado al individuo, la familia y la comunidad, donde son partícipe de su cuidado.

Rojas Vásquez EI, <sup>5</sup> planteó que el Proceso de Atención de Enfermería se utiliza como herramienta pedagógica y facilitadora del aprendizaje durante todos los años de la carrera, pues ofrece una formación integral al estudiante, lo que le permite desarrollar el aprendizaje y adquirir habilidades, además aborda a la persona durante todo el ciclo vital y permite articular e integrar los conocimientos conceptuales, filosóficos, técnico-científicos y bioéticos en las diferentes asignaturas que hacen parte del núcleo fundamental y flexible del currículo.

Bello Fernández NL et al. <sup>6</sup> opinan que por ello, el docente de enfermería, como integrante de un contexto enmarcado por la globalización y la cultura de la seguridad del paciente, ofrece una formación integral al estudiante, lo que le permite desarrollar el aprendizaje y adquirir habilidades para diligenciar el Proceso de Atención de Enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería se caracteriza porque tiene una base teórica, pues es un proceso concebido a partir de conocimientos sólidos que les permitan al estudiante y al profesional plantear y organizar sus acciones de enfermería, con la finalidad de dirigir y alcanzar un objetivo: la interacción entre enfermera-paciente,

familia y comunidad, al establecer relaciones recíprocas e interdisciplinarias al ser dinámico y flexible, para procurar que el ejercicio de la enfermería se adapte a los ámbitos clínico y comunitario o en áreas especializadas, que respondan a las necesidades actuales.

En la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández de la Provincia de Sancti Spíritus se aplica el Proceso de Atención de Enfermería como herramienta pedagógica y facilitadora del aprendizaje en cada uno de los semestres de la carrera, pues aborda a la persona en todo el ciclo vital y permite articular e integrar los conocimientos conceptuales filosóficos, técnicos-científicos y bioéticos de las diferentes asignaturas, en función del reconocimiento interdisciplinar del campo de la misma, con una formación integral del estudiante.

El Proceso de Atención de Enfermería se caracteriza porque tiene una base teórica, pues es un proceso concebido a partir de los conocimientos sólidos que le permiten al estudiante y al profesional plantear y organizar sus acciones de Enfermería. Con la finalidad de alcanzar un objetivo: la interacción enfermera, paciente, familia, comunidad al establecer relaciones recíprocas e interdisciplinarias, es un proceso dinámico y flexible.

#### Generalidades del Proceso de Atención de Enfermería

Feliú Escalona B et al. <sup>7</sup> escribieron en su libro Modelo de Atención de Enfermería Comunitario que el Proceso de Atención de Enfermería es un método por el que se aplica la base técnica de ejercicio de la especialidad, sirve de guía para el trabajo práctico, permite organizar de manera precisa observaciones e interpretaciones, proporciona la base para la investigación; hace más eficiente y efectiva la práctica, mantenimiento y situación de salud de la persona, la familia y la comunidad; exige del profesional, capacidades cognoscitivas, técnicas y personales para cubrir las necesidades afectivas, y permite sintetizar conocimientos técnicos y prácticos para la realización de las intervenciones.

Sánchez Rodríguez JR et al. <sup>8</sup> consideraron que el Proceso de Atención de Enfermería es el método sistemático y organizado para administrar, de acuerdo con el enfoque básico en que cada persona o grupos de personas responden de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.

Iyer PW y Taptich BJ, <sup>9</sup> plantean que el Proceso de Atención de Enfermería consta de cinco etapas:

Valoración: consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnóstico de enfermería: es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

Planificación: se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.

Ejecución: es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación: donde se evalúan las respuestas de los individuos, la familia y la comunidad, de acuerdo a las expectativas u objetivos trazados.

Barrios-Gómez E et al. <sup>10)</sup> plantean que en la recogida de datos, se deberá tener presente la existencia de datos objetivos y datos subjetivos.

### Datos Objetivos

Los datos objetivos son obtenidos a través del examen físico, en el caso de las Licenciadas en Enfermería o través de la exploración clínica, según conocimientos del enfermero técnico o con pos básico para buscar información.

### Datos subjetivos

Los datos subjetivos son los aspectos reportados por el paciente, la familia, el acompañante y permiten conocer sus valoraciones acerca de lo que va a surgir, para ayudar al enfermero a incorporar esos criterios a la valoración general.

Con los datos anteriores ya recopilados de forma ordenada, el enfermero está casi a punto de emitir un juicio, pero esta información debe ser clasificada en un proceso mental, para utilizar el establecimiento de prioridades para la atención de los problemas que deben atenderse con más urgencia, se tendrá en cuenta la identidad profesional. Para emitir el juicio de enfermería, hay que partir del conocimiento de qué necesidad tiene afectada el individuo o la familia.

Vázquez Rodríguez Y et al. <sup>11)</sup> consideran que existen varias clasificaciones según distintos autores, la clasificación de Petrovski formada por: la homeostasia, nutrientes, agua, eliminación, saber comprender, descanso, sueño y recreación. Según Maslow existen cinco categorías: fisiológico, seguridad, social, estima y autorrealización. Más tarde Kalish revisó el modelo de Maslow y las divide en las necesidades fisiológicas o de supervivencia y la necesidad de estimulación citada por Bello Fernández NL. <sup>12</sup>

Las necesidades de supervivencia son: alimentos, agua, temperatura controlable, eliminación, evitación del dolor; solo cuando éstas si están satisfechas, se va en busca de otras superiores y son la seguridad y la autoestima.

Gordon M, <sup>13</sup> identifica la expresión de la integración biosico-social del individuo, la familia y la comunidad. Una vez que el enfermero tenga identificada el área afectada y la prioridad que deba darle, estará en condiciones de realizar el diagnóstico de Enfermería. Asociación Norteamericana de diagnósticos de Enfermería, <sup>14</sup> escribió la clasificación de los diagnósticos de Enfermería, al aplicar las denominaciones específicas que describen situaciones de salud que las Enfermeras podían tratar de manera legal de forma independiente.

Caballero Muñoz E et al. <sup>15</sup> escribieron los métodos para la recogida de datos son:

1. 1. La observación.
2. 2. La entrevista.
3. 3. La exploración.

Se deben utilizar en este mismo orden, ello permitirá un desarrollo lógico en la recogida e integración de la información acerca del paciente, personal allegado, entorno y relaciones existentes entre estas tres variables por parte del profesional de enfermería, para facilitar con ello el contraste, la comprobación y el análisis profundo de los datos que conducen a formular los diagnósticos con mayor eficacia.

Boon H et al. <sup>(16)</sup> plantean que la observación de Enfermería constituye uno de los elementos más importantes de esta etapa, donde el enfermero, utilizará todos los sentidos para conocer qué problemas tiene la persona que acude por ayuda.

Frómeta Matos M et al. <sup>(17)</sup> consideran que la entrevista de Enfermería se conoce que existen técnicas para la realización, se expresan en ese primer encuentro del enfermero con el paciente y la familia, que puede hacerse en el consultorio o en la visita al hogar y deberá realizarse en un ambiente propicio con el objetivo de profundizar en el conocimiento de los elementos necesarios para una buena valoración.

Las preguntas no pueden sugerir respuestas o ser inquisitivas. Por ejemplo: usted, come con exceso de sal, ¿verdad?, sino permitir que el paciente se exprese por sí mismo y preguntarle ¿qué cantidad de sal ingiere usted en las comidas?

Es importante antes de la entrevista tener previsto un pequeño guión que sirva para conducir la conversación hacia lo que se necesita conocer del entrevistado, que ayude a llevar un orden lógico en las preguntas. Hay que tener presente que algunos individuos no expresan de forma clara sus problemas porque no están capacitados, o no entienden lo que se les pregunta, o no quieren hablar de sus problemas.

Se debe conocer que en la técnica de la entrevista hay aspectos importantes que se deben considerar como son: las expresiones no verbales que ante la respuesta deben cuidar: como fruncir el ceño, abrir los ojos en expresión de admiración, cuidar el tono de la voz, escuchar de manera activa, no expresar apuro como mirar el reloj, y muchos más que pudieran hacer interminable la relación. En las expresiones verbales existen preguntas cerradas, abiertas, sesgadas, reflexión y declaraciones adicionales, que hay que tomar en cuenta.

El enfermero pondrá un especial cuidado al abordar temas que resulten delicados, como es el caso de las preguntas alrededor de las enfermedades de transmisión sexual, o ante problemas incapacitantes o estéticos.

Estos aspectos forman parte también de las respuestas de los individuos ante las situaciones de malestar, inseguridad o desconfianza, que el enfermero tendrá en cuenta a la hora de decidir qué cuidado prestar. La exploración física se concreta en el nivel de respuesta del individuo, así como la comparación de los diferentes datos que se obtienen.

El examen físico es la exploración, con el fin de reconocer las alteraciones físicas o signos producidos por la enfermedad, al valerse solo de los sentidos y de pequeños instrumentos llevados consigo mismo, como el termómetro clínico, el estetoscopio y el esfigmomanómetro, por mencionar los más usuales. Todos los métodos clásicos de exploración clínica tienen aplicación al examinar el organismo, pero algunos como la inspección y la palpación se emplean de forma sistemática, otros como la percusión y la auscultación se utiliza en situaciones específicas.

*Nurses Association Standards of nursing practice*, <sup>18</sup> abordó que el diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad.

Existen diferentes tipos de diagnósticos de enfermería:

- Diagnóstico real: describe un juicio clínico sobre la respuesta humana que el profesional ha confirmado en la persona, familia o comunidad por la presencia de sus características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas principales).
- Diagnóstico sindrómico: comprenden un grupo de diagnósticos reales o de riesgo que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada.
- Diagnóstico de bienestar: es un juicio clínico sobre la respuesta humana de la persona, familia o comunidad, en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto (estos diagnósticos son denominados también como diagnósticos de salud).

La *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, <sup>19</sup> considera las interrelaciones *Nursing Outcomes Classification NOC*, y la *Nursing Intervention Classification (NIC)* como el paso inicial en la organización de la información de enfermería y proporciona categorías significativas de datos para su análisis.

En un esfuerzo por hacer avanzar a la enfermería hacia la preparación de un registro electrónico del paciente, la *American Nurses Association* ha desarrollado un conjunto de estándares para el conjunto de datos de enfermería en los sistemas de información. Los estándares incluyen los relacionados con las nomenclaturas, las relaciones del contenido clínico, el depósito de datos y necesidades del sistema general. Los vocabularios *NANDA-NOC-NIC*, están reconocidas como nomenclaturas aprobadas por Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería.

Chaparro-Díaz L, <sup>20</sup> planteó que para el desarrollo de grandes bases de datos de enfermería locales, regionales, nacionales e internacionales, es necesario el registro por parte del personal de enfermería de los diagnósticos que tratan de las intervenciones utilizadas para resolverlos y del resultado que responde a las intervenciones en los sistemas informatizados de información.

Para resolver la eficacia de enfermería, generar hipótesis para probar con diseños de investigaciones controlados y perfeccionar las interrelaciones entre diagnósticos, intervenciones y resultados basados en evidencias clínicas o de investigación, son necesarias grandes bases de datos clínicos, esenciales para el desarrollo del conocimiento de enfermería, para la práctica basada en la investigación.

Hernández Rodríguez LC et al. <sup>21</sup> definen las *NIC* como la Clasificación de Intervenciones Enfermeras que recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que se espera obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin.



La *NIC* utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica; sino que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación.

Es cualquier tratamiento que el enfermero planea según los datos recopilados y los resultados esperados. Esta clasificación incluye las intervenciones llevadas a cabo, tanto independientes como en colaboración. Las intervenciones de la *NIC* incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales.

Moorhead S et al. <sup>22</sup> consideran que la *Nursing Outcomes Classification* (NOC), incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. También hace uso de un lenguaje estandarizado de cara a universalizar el conocimiento enfermero. Facilita la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente.

Su contenido favorece la optimización de la información para la evaluación de la efectividad de los cuidados enfermeros al completar la información aportada a través de otras clasificaciones.

NANDA Internacional, <sup>23</sup> planteó las consideraciones internacionales sobre el uso de la taxonomía de diagnósticos enfermero de *NANDA*:

- DOMINIO 1: Promoción de salud
- DOMINIO 2: Nutrición
- DOMINIO 3: Eliminación e intercambio
- DOMINIO 4: Actividad/reposo
- DOMINIO 5: Percepción/cognición
- DOMINIO 6: auto percepción
- DOMINIO 7: Relaciones de role
- DOMINIO 8: Sexualidad
- DOMINIO 9: Tolerancia al estrés
- DOMINIO 10: Reglas de vida
- DOMINIO 11: Seguridad/protección
- DOMINIO 12: Confort
- DOMINIO 13: Crecimiento/Desarrollo.

Los diagnósticos de Enfermería NANDA, clasificados por dominios: Taxonomía NANDA, Taxonomía NNN; para la práctica enfermera aparecieron por vez primera en el libro: Diagnósticos enfermeros de la NANDA, <sup>24</sup> definiciones y clasificación 2001-2002. La taxonomía se usa para la clasificación de los diagnósticos de enfermería.

Se estudió la posibilidad de desarrollar una estructura taxonómica común, el propósito de esa estructura era hacer visible la relación entre las tres clasificaciones y facilitar la vinculación entre los diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados. Se discutieron las posibilidades entre el Comité Directivo de la NANDA y los líderes del *Classification Center*.

La conferencia reunió a 24 expertos en el desarrollo, validación y refinamiento del lenguaje de enfermería para trazar el primer diseño de la estructura taxonómica común. El objetivo era desarrollar una estructura común para la práctica de enfermería que incluyera la NANDA -NIC -NOC con posibilidad de incluir también otros lenguajes. <sup>(25)</sup>

- • La Asociación diagnóstico Enfermería de Norteamérica.
- • La *Nursing Intervention Classification*.
- • La *Nursing Outcomes Classification*.

Así como la posibilidad de incluir también otros lenguajes:

- • Permite regular y desarrollar una práctica con fundamento científico firme.
- • Es un criterio para adquirir status profesional.
- • Ayudan a formular los resultados esperados para asegurar la calidad de la atención brindada.
- • Brinda estándares para medir la calidad.
- • Vocabulario común.
- • Permite esclarecer las parcelas de actuación autónoma.
- • Potencializa las investigaciones.

Estructura de la taxonomía II, <sup>(25)</sup> de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos de enfermería, conformados por 13 dominios, 46 clases y 183 diagnósticos (16 nuevos diagnósticos propuestos para el periodo 2012-2014). Un dominio es una esfera de actividad, estudio o interés. Una clase es una subdivisión de un grupo mayor una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado. Un diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familiar o comunidad a problemas de salud real o potenciales, o a procesos vitales, que proporciona la base para la terapia definitiva y el logro de objetivos de los que el personal de Enfermería es responsable.

Después del análisis histórico-lógico realizado y al tener en cuenta los referentes antes mencionados, así como la sistematización de las diferentes definiciones de Proceso Atención de Enfermería, se puede llegar en la investigación al criterio de que el método científico de Enfermería debe producir nuevos conocimientos científicos para la Ciencia que representa y fijar los criterios de verificación y demostración de lo que se afirma. <sup>(25)</sup> Además es necesario vencer el reto que supone adoptar un pensamiento en el cual el enfermero aborde los problemas que surjan durante su práctica, es decir la organización del cuidado.

## CONCLUSIONES

El Proceso Atención Enfermería desde sus inicios ha sido una herramienta muy valiosa que ha permitido crecer como profesionales, holísticos e integrales en el quehacer docente y en el reconocimiento de la labor que desarrollan los estudiantes con los pacientes durante su práctica clínica.

Desde la perspectiva docente, el Proceso Atención Enfermería ha contribuido a comprender y adaptar un trabajo permanente con los estudiantes al contribuir de forma diaria la integración docencia-asistencia.

El proceso beneficia al paciente, porque se pueden identificar factores de riesgo modificables y no modificables, situaciones que se traducen en acciones de prevención y promoción de la salud, que apoyan y educan para el autocuidado.

La aplicación del proceso repercutió de forma favorable en la esfera laboral de los enfermeros, manifestado por el mejoramiento del prestigio laboral, el desempeño y la responsabilidad profesional, el esclarecimiento de las parcelas de actuación y funciones, así como por la continuidad y calidad de la atención de Enfermería

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Viltres M, Lorente Viltres K, Rodríguez Puebla E, Herriman Olivera DL, Verdecia Olivera N. Nivel de conocimientos sobre Proceso de Atención de Enfermería en profesionales de enfermería del municipio Yara. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2016 [citado 18 Oct 2018]; 32(3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/585> [ Links ]
2. Pérez Viltres M, Lorente Viltres K, Rodríguez Puebla E, Herriman Olivera DL, Verdecia Olivera N. Nivel de conocimientos sobre Proceso de Atención de Enfermería en profesionales de enfermería del municipio Yara. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2016 [citado 24 Oct 2018]; 32(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/585> [ Links ]
3. Ponti LE, Castillo R, Vignatti R, Monaco M, Núñez J. Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. Educ med super [Internet]. 2018 [citado 18 Oct 2018]; 31(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1006/577> [ Links ]
4. Tiga Loza DC, Parra DI, Domínguez Nariño CC. Competencias en proceso de enfermería en estudiantes de práctica clínica. Rev Cuid [Internet]. Ene-Jun 2014 [citado 18 Oct 2018]; 5(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732014000100002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732014000100002&lng=en) [ Links ]
5. Rojas Vásquez EI, García Pérez LG, Riera Melián J, Fernández Rodríguez BL. La responsabilidad como eje integrador de la Farmacología con el proceso de atención de enfermería. Medisan [Internet]. 2015 [citado 18 Oct 2018]; 19(7): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/389> [ Links ]
6. Bello Fernández NL, Fenton Tait MC, Yera León A. Proceso de atención de enfermería: necesidad de cambio. Rev Cubana Enferm. 1988; 4(3): 11-27. [ Links ]
7. Feliú Escalona B, Estrada Muñoz R. Modelo atención de enfermería comunitaria [Internet]. La Habana: WALSUD; 1997 [citado 10 Ene 2015]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/183771586/modelo-atencion-enfermeria-pdf> [ Links ]
8. Sánchez Rodríguez JR, Aguayo Cuevas CP, Galdames Cabrera LG. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2017 [citado 29 Jun 2018]; 33(3): [aprox. 9 p.].

Disponible

en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091> [ [Links](#) ]

9. Iyer PE, Taptich BJ. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3a ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. [ [Links](#) ]

10. Barrios-Gómez E, Sánchez-Hernández E, Rocha-López L, Viveros-Gómez M. Resultados del proceso de atención en enfermería. El camino hacia la efectividad de los cuidados. Rev Sanid Milit Mex. 2016;70:244-53. [ [Links](#) ]

11. Vázquez Rodríguez Y, Betancourt Marrero I, Cordeiro Iglesias L. Aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes con afecciones urológicas. Rev Cubana Urol [Internet]. 2014 [citado 29 Jun 2018];2(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/136> [ [Links](#) ]

12. Bello Fernández NL. Fundamentos de enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2006. [ [Links](#) ]

13. Gordon M. Manual de Diagnósticos de Enfermería. España:Elsevier;2009. [ [Links](#) ]

14. Asociación Norteamericana de diagnósticos de Enfermería. Diagnóstico enfermeros: definiciones y clasificación 2006-2007. Madrid:Elsevier;2006. [ [Links](#) ]

15. Caballero Muñoz E, Becerra Salas R, Latrach C. Utilización del proceso de enfermería. Santiago de Chile: Universidad Mayor; 2005. [ [Links](#) ]

16. Boon H, Kania-Richmond A, Verhoef M. 2014 IN-CAM Research Symposium: The Next Wave of Complementary and Integrative Medicine and Health Care Research. Journal Of Complementary & Integrative Medicine [Internet]. 2015 Mar [cited 2016Mar 21];12(1):[about 7 p.]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=100857819&lang=es&site=ehost-live> [ [Links](#) ]

17. Frómata Matos M, Alba Igarza M, Momblanch García D, Hernández Ernesto I. Modo de actuación en proceso de enfermería. Rev Cubana Enferm [Internet]. Ago 2000 [citado 7 May 2018];16(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192000000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192000000200007&lng=es) [ [Links](#) ]

18. Nurses Association. Standards of nursing practice. 3rd ed. Saint Louis: Mosby; 1995. [ [Links](#) ]

19. NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermería Definiciones y clasificación 2015-2017[Internet]. España: Elsevier; 2015 [citado 12 Dic 2015]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/corp/nueva-edicion-de-diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2015-2017-de-nanda-international/>. [ [Links](#) ]

20. Chaparro-Díaz L. Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado. Rev Actual Enferm.2003;6(4):16-21. [ [Links](#) ]

21. Hernández Rodríguez LC, Graña León MC, González Montero L, Santana del Río M, Miranda Guerra AD. Plan de cuidados de Enfermería estandarizado para asesoramiento genético de embarazadas con alfafetoproteína alterada en Caibarien. Rev Cub de Enferm [Internet]. 2016 [citado 7 May 2018]; 32(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1330> [ Links ]
22. Moorhead S, Jonson M, Maas M, editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ta ed. Madrid: Elsevier España; 2013. [ Links ]
23. NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermería Definiciones y clasificación 2015-2017[Internet]. España: Elsevier; 2015 [citado 12 dic 2015]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/corp/nueva-edicion-de-diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2015-2017-de-nanda-international/>. [ Links ]
24. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definición clasificación 2012-2014. Barcelona: Editorial Elsevier; 2012. [ Links ]
25. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier España; 2013 [ Links ]

Recibido: 08 de Mayo de 2018; Aprobado: 21 de Julio de 2018

\*Autor para la correspondencia: [idalisin@infomed.sld.cu](mailto:idalisin@infomed.sld.cu)