

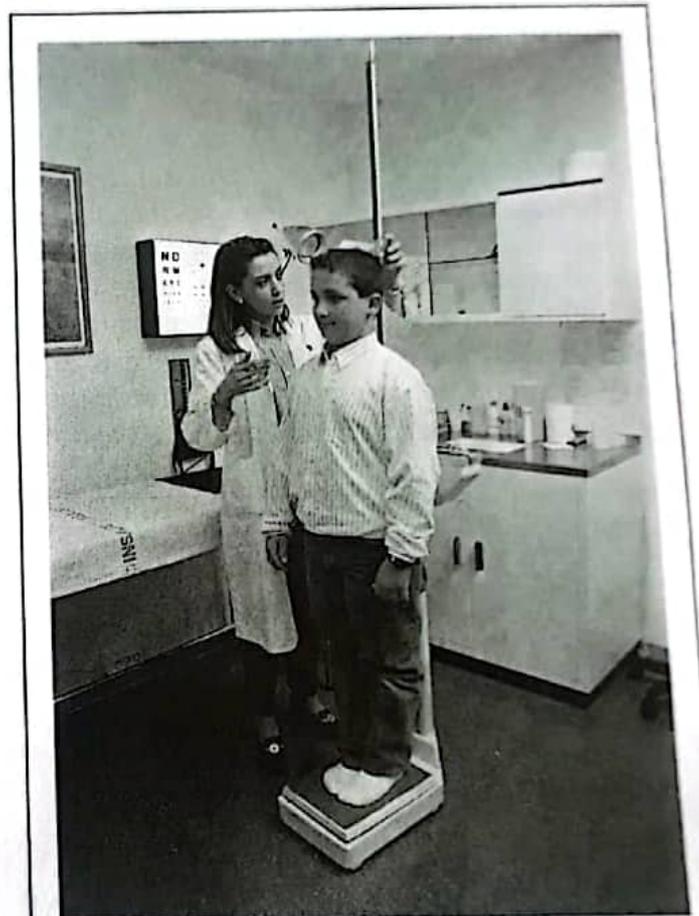
Proceso de atención de enfermería

Los objetivos y características de la atención de enfermería son muy diversos y variados, tanto como lo son las personas, familias o comunidades destinatarias de la misma, sus necesidades específicas y los eventuales problemas de salud que presenten. Desde una perspectiva holística, que toma en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno, se deben tener en cuenta, pues, las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano. Cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya sea interno (individual) o bien externo (ambiental), priva al individuo de su total autonomía y puede requerir una actuación de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio.

Niveles de actuación

La labor de enfermería está orientada no solamente hacia la atención del individuo enfermo, que requiere unas actividades concretas para el alivio de sus padecimientos y la recuperación de la salud, sino también hacia el individuo sano, en el área de la promoción de la salud. Simplificadamente, se acepta que la labor de enfermería comprende tres niveles:

- *Nivel primario*, encaminado al mantenimiento y promoción de la salud y la prevención de



La atención de enfermería tiene entre sus objetivos primarios la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tanto desde una perspectiva asistencial como desde una vertiente pedagógica, detectando los posibles factores de riesgo y brindando la información más oportuna para evitar los peligros que pueden amenazar la salud de un individuo, una familia o una comunidad.



la enfermedad. Este nivel, de prevención básica, implica una actividad de enfermería tanto asistencial como pedagógica y se centra en la concienciación acerca de la importancia de la salud y sobre la responsabilidad individual, familiar o comunitaria para mantenerla, así como en la oportuna información sobre los eventuales peligros que pueden amenazar la salud y los medios que pueden emplearse para conservar un estado óptimo de bienestar físico, psicológico y social.

- *Nivel secundario*, correspondiente a las intervenciones asistenciales o curativas que tienen por objeto tratar los problemas de salud ya establecidos o potenciales y prevenir su eventual agravamiento, mediante la elaboración e instauración de un plan de actuaciones de enfermería destinado también a evitar o reducir el riesgo de posibles complicaciones.
- *Nivel terciario*, dirigido a la rehabilitación y correspondiente a las intervenciones de enfermería orientadas al apoyo del paciente en su adaptación a determinadas dificultades ocasionadas por un problema de salud y la superación de los efectos de eventuales secuelas. El objetivo de este nivel consiste en la consecución de un grado de satisfacción óptimo de las necesidades personales básicas a

pesar de las limitaciones temporales o permanentes impuestas por el estado de salud.

En cualquiera de los niveles definidos, toda labor de enfermería debe basarse en un conjunto de pautas elementales que constituyen un auténtico proceso, más o menos complejo según las características de cada caso, pero siempre sometido a las reglas de un método concreto que posibilite la adecuada formulación de los cuidados requeridos y su correcta instauración.

Metodología

Para cumplir sus cometidos fundamentales, la enfermería práctica requiere la concepción y aplicación de un modelo o método a partir del cual se puedan estructurar de una manera eficaz todas las intervenciones, desde el primer contacto con el paciente hasta la finalización de las actividades encuadradas dentro de su ámbito de responsabilidades. El modelo plenamente aceptado en la actualidad corresponde al método científico, considerado el más idóneo para la solución de problemas y basado en una secuencia elemental: la comprensión del problema, la recogida de da-



El nivel secundario de actuación de enfermería corresponde al conjunto de tareas asistenciales o curativas encaminadas al tratamiento de los problemas de salud, potenciales o ya establecidos, mediante la aplicación de unos métodos planificados en cada caso particular con el objetivo de solventar la alteración que presente el paciente, prevenir su agravamiento y evitar o reducir al máximo las posibles complicaciones.



La metodología que usualmente se aplica en el proceso de enfermería corresponde al modelo científico, pero siempre sobre la base de una perspectiva holística, que toma en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno, atendiendo a sus necesidades fisiológicas y también a las psicológicas, sociales, culturales y espirituales.

tos, la formulación de hipótesis de trabajo, la comprobación de las hipótesis y la formulación de conclusiones.

Este método científico general, basado en el conocimiento procedente de la información y la experiencia así como en la racionalización, aplicado al campo de la enfermería hace posible los siguientes puntos esenciales:

- Una mejor aproximación a los problemas y necesidades del paciente.
- Un adecuado establecimiento de prioridades en todo lo referente a las necesidades del paciente.
- La adecuada formulación de las estrategias de actuación oportunas para cubrir las necesidades del paciente.
- Una máxima eficacia y continuidad en el trabajo asistencial.
- Una óptima coordinación de las diferentes intervenciones del equipo sanitario.

Bases del proceso de enfermería

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente, es indispensable establecer una serie de pautas que, en su conjunto, constituyen el *proceso de atención de enfermería*. Se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente. Cabe destacar, sin embargo, que tales etapas, aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cu-



brir los requerimientos del paciente no sólo desde una dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

Sucintamente, el proceso de enfermería abarca, por una parte, la recogida, el análisis y la interpretación de los datos precisos para determinar las necesidades del paciente, y por otra, la planificación de los cuidados oportunos, su ejecución y su evaluación global. A fines didácticos, pueden distinguirse cinco fases, cada una de las cuales debe ser adecuadamente cumplimentada para el logro satisfactorio de los objetivos: valoración, diagnóstico, planificación de cuidados, ejecución y evaluación.

FASE DE VALORACIÓN

La etapa inicial del proceso de enfermería, de cuya correcta cumplimentación depende en buena parte su desarrollo global, corresponde a la recogida de datos. Mediante la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista al paciente así como en toda otra fuente disponible, se pretende elaborar un inventario de todo aquello referente al enfermo que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

En este paso de valoración, pues, se intenta averiguar tanto como sea posible, dentro de las limitaciones que imponga cada situación específica, sobre el propio paciente, su familia y su entorno, a fin de poder identificar sus necesidades, problemas y preocupaciones.

Obtención de datos

La labor de recopilación y posterior análisis de datos se basa unas veces en la observación directa, ya sea en forma de signos clínicos o bien de referencias verbales claras recogidas en el curso de la entrevista o la exploración, mientras que en otras ocasiones deriva de un proceso de deducción, a partir de la interpretación de expresiones y referencias indirectas.

Entre los datos a obtener, pueden diferenciarse unos que son objetivos, detectados di-



La fase de valoración es la etapa inicial del proceso de enfermería y requiere la máxima exactitud posible tanto en los datos obtenidos del paciente como en los resultados de los análisis y demás estudios que se efectúen para evaluar su estado de salud y sus necesidades.

rectamente por el personal de enfermería, y otros que son subjetivos, facilitados por el propio paciente y dignos también de toda consideración. En cualquier caso, la recogida de datos siempre supone un esfuerzo de comprobación, selección y clasificación, puesto que toda la información recabada, incluyendo la subjetiva, debe ser contrastable y admitida también por el resto del equipo de salud que participe en la atención del paciente.

En la etapa de valoración, además de averiguar todo lo relacionado específicamente con el motivo de consulta, debe procurarse la obtención de datos que, a modo de sugerencia, recojan información sobre los siguientes ámbitos:

- *Información de carácter general:* nombre, edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, etcétera.

- **Características personales:** idioma, raza, religión, nivel socioeconómico, nivel de educación, ocupación, etcétera.
- **Hábitos:** estilo de vida, tipo de alimentación, hábitos de defecación, pautas habituales de ejercicio o actividad física, hábitos de descanso, relajación y sueño, higiene personal, ocio y actividades recreativas, etcétera.
- **Sistemas de apoyo:** familiar, comunitario y social.
- **Antecedentes personales y familiares relacionados con la salud:** antecedentes hereditarios, enfermedades pasadas y actuales, embarazos, intervenciones quirúrgicas, accidentes, etcétera.
- **Estado físico:**
 - Constantes vitales: pulso, temperatura corporal, presión arterial, frecuencia respiratoria.

- Peso y talla.
- Funciones fisiológicas: estado de conciencia, patrones de respiración, alimentación, excreción, sueño, movimiento, etcétera.
- Datos procedentes de los diversos métodos de exploración física general (inspección, auscultación, palpación, percusión) que reflejen la situación actual del paciente.
- **Datos biológicos:** grupo sanguíneo y Rh, déficit sensoriales o motrices, alergias, uso de prótesis, resultados de pruebas disponibles, etcétera.
- **Datos psicosociales:** nivel de estrés, ansiedad, sufrimiento o confort, estado emocional y mental, situación de crisis, grado de autonomía, nivel de comunicación, adaptación personal y cultural, etcétera.

Fuentes de información

Los datos útiles requeridos para la valoración del estado del paciente y sus necesidades pueden provenir de diversas fuentes, si bien, cuando resulta posible, se considera que la información primaria debe obtenerse a partir del propio paciente, a través de la entrevista y el examen físico, los datos de laboratorio y los resultados de las pruebas complementarias. La entrevista es un método de comunicación que constituye una auténtica técnica de observación, en la cual se plantean preguntas directas sobre los puntos de interés pero, donde también se brinda al paciente la oportunidad de expresarse libre y espontáneamente, animándolo asimismo a manifestar sus sentimientos y preocupaciones. El cuestionario debe cubrir diversas áreas de interés, y para que sea completo conviene recurrir al uso de formularios preestablecidos, en especial si no se tiene suficiente experiencia. No obstante, se trata no sólo de preguntar y escuchar con atención las respuestas del paciente, sino también de mirar sus expresiones faciales y gestos, así como de advertir la forma en que habla y traduce de forma no verbal sus emociones, puesto que todo ello puede brindar una información de inestimable importancia que, de otra manera, podría llegar a pasar inadvertida. También debe tenerse en cuenta la información procedente de fuentes secundarias, co-



La exploración física, en la cual se combinan los procedimientos básicos de inspección, auscultación, palpación y percusión, es un paso crucial para determinar las constantes vitales del paciente y establecer la situación actual de su estado de salud.



La obtención de datos para la fase de valoración tiene como base la entrevista al paciente, de quien, siempre que sea posible, surge la información primaria, pero también se debe aprovechar la información procedente de otras fuentes, como son las aportaciones de familiares y acompañantes que complementan las averiguaciones y que, en determinados casos, constituyen la única fuente veraz disponible.

mo son las aportaciones de familiares e integrantes del entorno del paciente (datos indispensables en ciertos servicios: urgencias, pediatría, psiquiatría), así como los datos registrados en la historia clínica actual o en alguna anterior y los informes derivados de los demás miembros del equipo de salud.

Como complementación, cabe recurrir al material bibliográfico oportuno que permita adquirir o reforzar los conocimientos indispensables para elaborar un análisis crítico de la información obtenida (libros, revistas especializadas), así como recabar la información conveniente de expertos o profesionales con conocimientos específicos en determinados ámbitos.

La recogida de datos, aun constituyendo el punto de partida de la actuación de enfermería, debe ser continua mientras persista la relación con el paciente. A lo largo de su trabajo, pues, el personal de enfermería no debe dejar de observar, indagar, consultar, cuestio-

nar y recopilar datos relativos al paciente a su cargo, dado que de este modo probablemente se adquiera una información capaz, incluso, de aconsejar una modificación o el replanteamiento del proceso de enfermería en cualquier punto de su desarrollo.

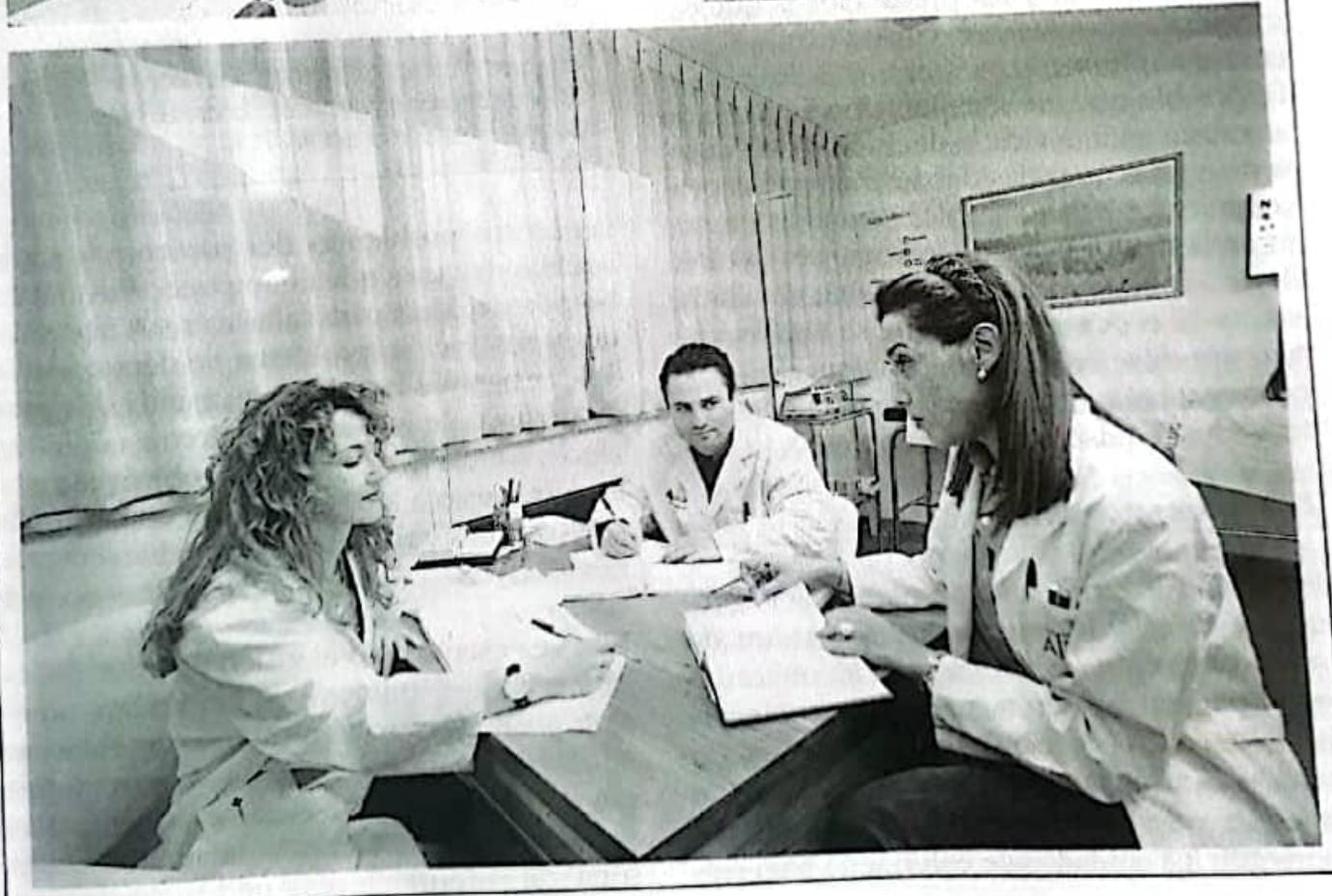
FASE DE DIAGNÓSTICO

La segunda fase del proceso de enfermería corresponde al análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa. Su finalidad consiste en determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan. Se trata, pues, de elaborar el *diagnóstico de enfermería*, punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos. Gracias a esta fase del proceso, en definitiva, pueden sacarse conclu-

siones válidas acerca de los problemas que presenta el paciente y, consecuentemente, es posible diseñar un plan de atenciones adaptado a sus necesidades. Por otra parte, la precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto del equipo sanitario. Básicamente, en esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que ase-

guran las necesidades del ser humano. De este modo, pueden determinarse las alteraciones presentes en el paciente o que el propio enfermo experimenta, los problemas actuales y los potenciales, aparentes y no aparentes, que permitan conformar un cuadro global de la situación. Para ello, hay que considerar atentamente los hechos, comportamientos, signos y síntomas; identificar las relaciones existentes entre los diversos elementos; determinar el grado de autonomía

La recopilación de datos procedentes del interrogatorio y la exploración del paciente debe ser metódica y tan completa como sea posible en cada ocasión, a fin de poder efectuar una valoración basada en un cuadro completo de la situación, siendo conveniente complementar la información con las aportaciones de otros integrantes del equipo de salud y expertos en determinados ámbitos, cuya participación en esta fase del proceso de enfermería permite elaborar un análisis crítico mejor fundamentado.





del paciente; indagar las causas que provocan las dificultades que presenta el enfermo; establecer prioridades y prever posibles consecuencias. Siempre debe tenerse en cuenta que todo cambio desfavorable en la satisfacción de alguna necesidad fundamental (de orden biológico, psicológico, social, cultural o espiritual) que se manifiesta a través de signos observables, directos o indirectos, resulta de utilidad para la formulación del diagnóstico de enfermería.

En el siguiente capítulo, dedicado específicamente al diagnóstico de enfermería, se profundizará en todas estas cuestiones.

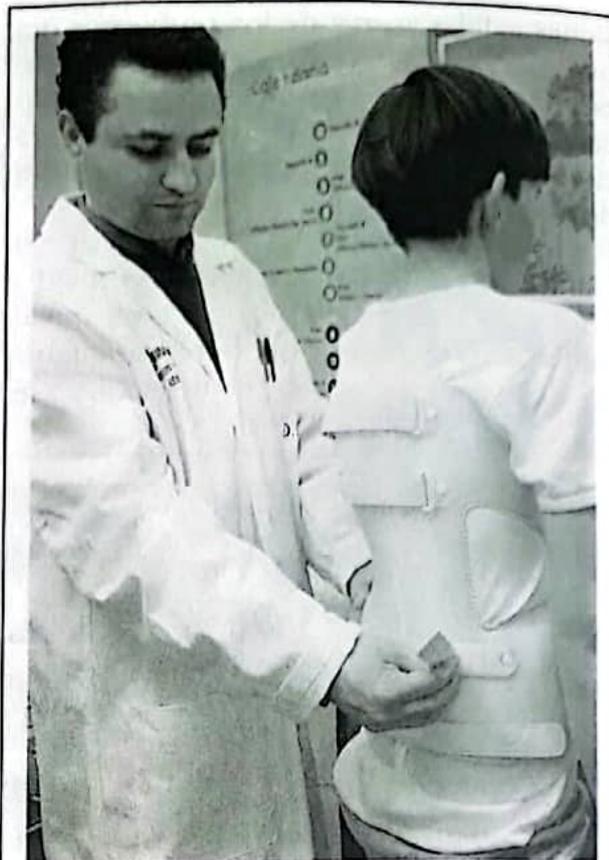
FASE DE PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

En esta fase, sobre la base de los datos recabados en la etapa de valoración y en el diagnóstico de enfermería establecido, se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados previamente. Es una etapa orientada a la acción, ya que se trata de establecer un plan de actuación y determinar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponde adoptar en el curso de todo el proceso de enfermería.

Es posible que en una situación aguda o de amenaza para la vida la decisión de las intervenciones requeridas deba ceñirse a los procedimientos indispensables e inmediatos, pero en la mayor parte de los casos es posible llevar a cabo una planificación más detallada; en aquellas ocasiones en que se impone actuar sin dilación, la planificación global se postergará al momento en que se cuente con todos los requisitos indispensables.

Prioridades y objetivos

En primer lugar, la fase de planificación requiere el establecimiento de un orden de prioridades entre las necesidades identificadas en el paciente, diferenciando los problemas actuales de los potenciales, y los comunes, de otros más raros. A partir de tal jerarquización, pueden estipularse los objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería para sol-



La fase de planificación de cuidados es una etapa fundamental del proceso de enfermería en la cual se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados y se determinan los pasos básicos para alcanzar los objetivos propuestos y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecución.

ventar los problemas del paciente y suplir aquellos factores que él no puede llevar a cabo por sí mismo para satisfacer sus necesidades y resolver su problema de dependencia. Tales objetivos pueden ser de muy diferente naturaleza: de índole psicomotriz, cognitiva, afectiva, etc. Puede tratarse de objetivos a corto, a medio o a largo plazo, así como de objetivos circunstanciales o de objetivos permanentes, según sean las características de cada caso.

Una vez establecido el orden de prioridades, se intenta determinar, con la máxima precisión posible, el conjunto de intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos. En este sentido, deben contemplarse las acciones que tendrá que realizar el personal de enfermería para poder conseguir el



bienestar del paciente y su mejoría, así como las acciones que deberán demandarse al propio enfermo y sus familiares, asegurando la ayuda y las enseñanzas oportunas, en un intento de lograr la mayor independencia del enfermo.

También deben planificarse los elementos de vigilancia y evaluación, para lo cual es necesario que los objetivos de intervención sean personalizados y mensurables.

El plan de cuidados, además de ser una herramienta básica para el trabajo del profesional que tiene a su cargo al enfermo, constituye también un instrumento de comunicación y de unificación de las intervenciones del equipo de salud, lo que resulta de suma utilidad para potenciar la actividad coordinada de todos los miembros y garantizar la eficacia y continuidad de los cuidados.

Participación del paciente

La formulación del plan de actuaciones debe contemplar, siempre que sea posible y en función de su estado de salud física y mental, la colaboración del paciente. La cooperación del propio enfermo en la confección del plan de atenciones, tanto en lo referente a la estipulación de prioridades como en lo que respecta a la determinación de los cuidados oportunos, resulta de la máxima utilidad a la hora de solicitar su participación activa durante el curso del proceso.

En muchas ocasiones, el personal de enfermería, en una labor eminentemente pedagógica, puede resolver la falta de conocimientos del paciente o enseñarle cómo resolver problemas mediante instrucciones, ejemplos y supervisión de ensayos, de tal modo que incrementa su independencia y se encarga de cubrir parte de los cuidados incluidos en la planificación global. Lo mismo cabe decir respecto de los familiares, que pueden colaborar de una manera activa y eficaz si se hacen partícipes del plan de actuaciones.

En cualquier caso, siempre debe informarse al paciente y a sus allegados del plan de enfermería, describiendo las intervenciones que se desarrollarán y solicitando una colaboración activa cuando sea factible, preciso o conveniente.

FASE DE EJECUCIÓN

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir el paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En tales actuaciones, dependiendo de cada situación, pueden intervenir, según sean las necesidades, posibilidades y disponibilidades, el paciente, el equipo de enfermería y la familia del enfermo.

Dentro de lo posible, se intenta que sea el propio paciente, con la debida ayuda y supervisión, quien lleve a cabo el máximo de los cuidados planificados, aunque tal ideal no siempre es accesible. De todos modos, aun cuando en un primer tiempo los cuidados hayan de quedar exclusivamente en manos del personal de enfermería, a medida que se produzca una evolución positiva se intentará que la responsabilidad pase progresivamente al paciente, que de este modo irá adquiriendo independencia, a la par que se reduce la suplencia proporcionada por el personal de enfermería.

En esta fase, la relación entre personal de enfermería y el paciente adquiere su máxima significación. En este sentido, no sólo se debe tender a la resolución de los problemas de salud concretos del paciente, sino que también resulta fundamental conceder la debida atención a su dimensión como persona, incluyendo sus preocupaciones, temores y ansiedades. Siempre debe tenerse presente que tan importantes como la aplicación de las técnicas médico-quirúrgicas son factores tales como la comunicación, la comprensión y el apoyo psicológico y emocional de la persona que sufre.

Durante la fase de ejecución, la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente, verbal o no verbal, adquiere una importancia excepcional. Deben explicarse con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecución, las rutinas del centro, las exploraciones y los tratamientos a que debe someterse. En todo momento, debe intentarse una comunicación pedagógica, con intención de enseñanza, ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene, prevención de enferme-



La fase de evaluación, que constituye la última etapa del proceso de enfermería, corresponde a una actividad constante y compleja de cuyo cumplimiento depende la oportuna reorientación del plan terapéutico, con la introducción de las modificaciones necesarias en función de los resultados obtenidos con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados recibidos.

dades y recursos para potenciar la salud) o bien de actuaciones específicas relacionadas con el padecimiento concreto del paciente y sus limitaciones.

Cabe destacar que, a lo largo de esta fase, el plan de actuaciones previo se utiliza sencillamente como guía, puesto que se continúan obteniendo informaciones sobre el estado del paciente y su respuesta a las atenciones y ello puede imponer una modificación o complementación de las estrategias. Para que así pueda suceder, resulta fundamental registrar correctamente todas las prácticas implantadas, los resultados obtenidos y las respuestas del paciente ante su aplicación, dado que sólo de esta forma podrá evaluarse de manera idónea la eficacia del plan.

FASE DE EVALUACIÓN

La última fase del proceso de enfermería, la de evaluación, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta qué punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado del paciente. Cabe destacar que las consecuencias de la instauración de intervenciones suelen ser positivas, pero también pueden resultar negativas o incluso inesperadas, y ello obliga a una evaluación

constante que permita modificar oportunamente la planificación de cuidados en beneficio del enfermo.

Se trata de una etapa compleja, dado que deben juzgarse diversos elementos, y requiere una recopilación de nuevos datos, su análisis y una profunda reflexión, para poder determinar si se han logrado los objetivos propuestos o si han surgido nuevas necesidades. Para que tal labor sea eficaz, es preciso tener previstos y respetar ciertos plazos de evaluación, diversos según sean los objetivos (cada tantas horas, cada tantos días), dado que sólo así pueden determinarse las tendencias de la evolución del paciente y de los resultados de las actuaciones.

En conjunto, la fase de evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y también las reacciones del paciente a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso desarrollado.

En el momento de la evaluación, puede comprobarse el logro de objetivos propuestos, pero a la par pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso, que requieran nuevos objetivos y ejecuciones o la modificación del plan preestablecido. Así, se completa un proceso cíclico y continuo, poniendo en marcha un mecanismo de retroalimentación que constituye un factor esencial de toda la actividad de enfermería.