

Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente¹

Priscila González Salcedo²
Alida Mireya Chaves Reyes³

1 Artículo de revisión. Recibido para evaluación: 18 de junio de 2009. Aceptado para publicación: 1 de septiembre de 2009.

2 Enfermera. Posgrado en Enfermería Cardiológica, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México. Docente, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: pgonzal@javeriana.edu.co.

3 Licenciada en Enfermería. Oficial del Cuerpo Administrativo, Teniente Coronel (r) Fuerza Aérea Colombiana. Docente de la Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: achaves@javeriana.edu.co.

Resumen

El proceso de atención de enfermería, como herramienta fundamental para brindar cuidado de calidad al paciente, familia y comunidad, está sustentado en bases científicas que permiten identificar el estado de salud del paciente, sus necesidades o problemas de salud reales o en riesgo, y proporcionar los cuidados específicos para solucionar los problemas o necesidades identificadas durante la aplicación de la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. Para el desarrollo del cuidado de enfermería se requieren procesos organizados y sistemáticos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, abordados desde el desarrollo teórico y aplicados durante la práctica clínica. La formación actual del profesional de enfermería incluye en el currículo, de manera transversal, la enseñanza del proceso de atención de enfermería (PAE), como una metodología ideal, utilizada durante la formación del estudiante, que en la práctica es aplicada en situaciones reales y de riesgo, lo que da como resultado información de calidad, útil y con criterio, reflejada en la recuperación del paciente; de igual forma, le permite al profesional de enfermería trabajar de forma estructurada en el desarrollo de su quehacer diario, y al docente, guiar y dirigir el proceso de enseñanza-aprendizaje de manera humanizada y personalizada.

PALABRAS CLAVE AUTOR: Cuidado de enfermería, proceso de enfermería, docencia.

PALABRAS CLAVE DESCRIPTOR: Atención de Enfermería, Educación en enfermería, Enfermería – Enseñanza.

Nursing Attention Process from Teaching Perspective

Abstract

The nursing attention process, as a fundamental tool, to give quality care to the patient, the family and the community; it's underpinned in scientific bases that allows to identify the health state of the patient, his or her really needs of problems or risks (real or potential problems) and provide the specific nursing care to solve the problems or needs identified during the application of the valuation (assessment) guide by functional patterns of health of Marjory Gordon. Nursing care, requires an organized and systematic process of: valuation (assessment), diagnostic (diagnosis), planning, execution and evaluation; each one is described in the content of this article, studied from the theoretical development and applied during the clinical practice. The actual professional formation in nursery (nursing), includes in the curriculum in a transversal way the teaching of the nursing attention process (PAE) as an ideal methodology, used during the student formation process and applied in real and risky situations, giving as a result: quality information, whit self and useful criterion, seen in the patient rehabilitation process, in the same way that it allows to the nursery professional, work in an structured way in his daily job development and for the teacher to guide and direct the teaching process – learning in a personalized and humanized way.

KEY WORDS AUTHOR: Nursing Care, Nursing Process, Teaching

KEY WORDS PLUS: Nursing Care, Education, Nursing, Nursing - Study and teaching

Processo de cuidados de enfermagem desde a perspectiva docente

Resumo

O processo de cuidados de enfermagem, como ferramenta fundamental para oferecer boa qualidade de serviço ao paciente, família e comunidade, está sustentado em bases científicas que permitem identificar o estado de saúde do paciente, suas necessidades ou problemas de saúde reais ou eventuais e proporcionar os cuidados específicos para solucionar os problemas ou necessidades identificadas durante a aplicação do guia de avaliação, segundo as escalas funcionais de Marjory Gordon. Para o desenvolvimento da prática de enfermagem requerem-se processos organizados e sistemáticos: valorização, diagnóstico, planejamento, execução e avaliação, abordados desde o desenvolvimento teórico e aplicados durante a prática clínica. A formação atual do profissional de enfermagem inclui no currículo, de maneira transversal, o ensino do processo de cuidados de enfermagem como uma metodologia ideal, utilizada durante a formação do estudante, que na prática é aplicada em situações reais e de risco, dando como resultado, informação de qualidade, útil e criteriosa, refletida na recuperação do paciente; da mesma forma permite ao profissional de enfermagem trabalhar de maneira estruturada em suas tarefas cotidianas e ao docente conduzir e dirigir o processo de ensino-aprendizagem, humanizada e personalizada.

PALAVRAS CHAVE: cuidados básicos de enfermagem, educação em enfermagem, docente de enfermagem, processos de enfermagem.

Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente

En el mundo, el proceso de atención de enfermería (PAE) se ha considerado una revolución en la historia de la enfermería, pues su implementación es una ventaja que suscita autonomía en el trabajo de los profesionales de enfermería, garantiza el desarrollo de una práctica clínica fundamentada en bases científicas, favorece la calidad en el cuidado brindado y facilita la atención individualizada al paciente, haciéndolo participe de su cuidado.

Ofrecer este cuidado precisa de un método ordenado y sistemático que permita recoger información; identificar problemas del individuo, su familia y su comunidad; aplicar principios y fundamentos científicos, que, en últimas, se traducen en este método, el PAE, una herramienta fundamental y necesaria en la práctica del estudiante y el profesional.

Los problemas de salud con los que se enfrenta enfermería implican la necesidad de una sistematización científica que comienza desde el mismo momento en que estos se observan, ya se trate del ambiente hospitalario, comunitario, docente o institucional. Por esto, en la actualidad, el profesional de enfermería está obligado a llevar a cabo una permanente renovación conceptual de su quehacer profesional, con el propósito de fortalecer los conocimientos científicos que garanticen la calidad del cuidado a la persona, familia y colectivos.

Desde la perspectiva docente, en la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana la aplicación del PAE se utiliza como herramienta pedagógica y facilitadora del aprendizaje en cada uno de los semestres de la carrera, pues 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. 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 PAE.

El diligenciamiento del PAE se inicia con el desarrollo de la guía de valoración del paciente, por medio de los patrones funcionales de Marjory Gordon, que les facilitan al docente y al estudiante trabajar de forma organizada, científica e individualizada, estimulando el pensamiento crítico y reflexivo. Ello permite observar, valorar, decidir, realizar, evaluar, interpretar e interactuar con otros, en la solución de problemas identificados en el paciente.

El PAE se caracteriza por que 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—, estableciendo relaciones recíprocas e interdisciplinarias; siendo dinámico y flexible; procurando en el ejercicio de la enfermería adaptarlo a los ámbitos clínico y comunitario o en áreas especializadas, y respondiendo a las necesidades actuales en políticas de salud de la población colombiana.

Generalidades del proceso de atención de enfermería

Antecedentes

El PAE tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado un proceso. Esto ocurrió con Hall, Jhonson, Orlando y Wiedenbach, quienes consideraron un proceso de tres etapas: valoración, planeación y aplicación y evaluación (1,2), donde el descongelamiento es similar a la valoración en el proceso de enfermería, en que se identifica el problema para darle solución. El desplazamiento o movimiento es la planeación y la aplicación en el proceso de enfermería y para solucionar el problema se realiza un análisis y búsqueda de alternativas. El recongelamiento es la evaluación en el proceso de enfermería y la aplicación y evaluación en el proceso de solución de problemas (1,2) (Tabla 1).

Tabla 1. Similitudes del proceso de cambio, proceso de enfermería y solución del problema

Proceso de cambio	Proceso de enfermería	Solución del problema
Descongelamiento	Valoración	Identificación del problema
Desplazamiento	Planeación y aplicación	Análisis del problema y búsqueda de alternativas
Recongelamiento	Evaluación	Aplicación y evaluación

Fuente: tomado de Vargas M. Gestión de cambio en enfermería [internet]. [citado 16-10-2009]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos20/gestion-cambio-enfermeria/gestion-cambio-enfermeria.shtml>. (3)

Uno de los primeros trabajos de enfermería que retomó el PAE fue la *identificación de las 21 necesidades de Abdellah*, que implicó la caracterización del problema, la selección de los datos y la formulación, análisis y revisión de la hipótesis (4), de lo cual se puede inferir que

Abdellah logró establecer que en cualquier intervención la enfermera debe utilizar el método científico.

El PAE apareció en la literatura de enfermería, en Estados Unidos, a principios de la década de los sesenta. En ese tiempo se conceptualizó como un proceso de resolución de problemas. A partir de 1967, Yura y Walsh (5) establecieron cuatro etapas en el PAE: valoración, planificación, realización y evaluación, y habían definido el PAE como:

El conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir objetivos de enfermería, tales como: mantener el bienestar óptimo del paciente, si este estado se altera, la enfermera deberá proveer todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar. En caso de no poder llegar al estado óptimo de bienestar, el PAE debe fomentar y promover la calidad de vida del paciente, aumentado al máximo sus recursos en el menor tiempo posible. (5)

Algunos autores más vieron la necesidad de implementar a las etapas ya mencionadas la etapa diagnóstica, que es el paso final del proceso de valoración, o la segunda fase (6). El diagnóstico de enfermería es un enunciado del problema real, o en riesgo, del paciente que requiere la intervención de enfermería con el objetivo de resolverlo o disminuirlo.

Feliú (7), en 1995, manifestó las ventajas de utilizar el PAE como método que permite al profesional de enfermería unificar criterios y organizar sus pensamientos, observaciones e interpretaciones, dirigidos a hacer más eficiente y efectiva la práctica (en cualquier situación o área de especialización), en la promoción, prevención, mantenimiento y restauración de la salud del individuo, familia y comunidad; además, ayuda a identificar con más claridad cuál es la contribución específica de enfermería en el cuidado de la salud, diferenciando las funciones propias y las de colaboración con los integrantes del equipo de salud; así como a sintetizar conocimientos (teórico-prácticos) para la realización de estándares de enfermería.

De acuerdo con Bachion y colaboradores (8), la enfermería como profesión está interesada en desarrollarse como lo exige la ciencia. Para esto define, delimita, desarrolla o profundiza en el campo de conocimientos que conducen al alcance de los objetivos específicos propios, con bases teóricas que fundamentan las acciones profesionales, en torno a la solución de problemas y necesidades del ser humano en el proceso de salud-enfermedad, a través de la aplicación del PAE.

Desarrollo del proceso de atención de enfermería en la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana

Los docentes del Departamento de Enfermería Clínica, para unificar conceptos y facilitar la comprensión y la enseñanza del PAE —que venía abordándose con la identificación de necesidades humanas de Abraham Maslow, priorizando el cuidado al paciente de forma integral y teniendo en cuenta las necesidades básicas identificadas más alteradas, lo que permitía elaborar un plan de cuidados donde se registraban las acciones que se iban a realizar con fundamento científico y, posteriormente, evaluar esta intervención con base en la evolución clínica del paciente— comenzó a elaborar, a partir de 1997, una guía de valoración de salud de la persona, donde se realizaba un examen físico: exploración cefalocaudal, examen neurológico, valoración mental y valoración por patrones funcionales, sustentada en la propuesta de Marjory Gordon (9), creada en los años setenta, para enseñarles a los estudiantes de la Escuela de Enfermería de Boston cómo realizar la valoración de los pacientes. En ese entonces Gordon planteó once patrones funcionales de salud⁴, que responden a los diagnósticos de enfermería.

Posteriormente, en la Facultad de Enfermería, en el 2000, se implementó esta guía, realizando cambios metodológicos y didácticos en la fundamentación teórica-científica de la etiqueta o problema diagnóstico —con el fin de que el estudiante integre los conocimientos de las diferentes disciplinas— y en el relacionado con las metas y resultados propuestas para el paciente y el profesional, para quienes son necesarios la planeación y la ejecución de los cuidados de enfermería.

A los patrones funcionales de salud planteados inicialmente por Marjory Gordon, el Departamento de Clínica modificó dos de ellos: actividad y ejercicio, así como nutricional y metabólico. El primero describe la actividad, el ejercicio, el ocio y la recreación, e incluye los factores que interfieren con las actividades deseadas o esperadas por el individuo, como, déficit y compensaciones neuromusculares, disnea, angina o calambres musculares con el ejercicio, y la clasificación cardíaca/pulmonar, si es adecuado. Según lo anterior se han descrito dos nuevos patrones el *patrón respiratorio* y el *patrón circulatorio*.

4 Patrón 1: percepción y control de la salud; patrón 2: nutricional/metabólico; patrón 3: eliminación; patrón 4: actividad/ejercicio; patrón 5: sueño/reposo; patrón 6: cognitivo/perceptivo; patrón 7: autopercepción/autoconcepto; patrón 8: relaciones; patrón 8: sexualidad; patrón 10: afrontamiento/tolerancia al estrés; patrón 11: valores/creencias.

El patrón circulatorio describe la valoración que realiza el profesional de enfermería del sistema cardiovascular del paciente, que comprende la historia, la exploración física, la monitorización cardíaca, el análisis de los estudios diagnósticos y los déficits producidos por la disminución del aporte de sangre (nutrición y oxigenación), que ocasionan la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar. El patrón respiratorio es la valoración de enfermería del estado de oxigenación del paciente. Comprende la historia de enfermería, la exploración física y la revisión de datos diagnósticos importantes.

En cuanto al patrón nutricional y metabólico, permite identificar a los pacientes con riesgos de malnutrición o una mala situación nutricional, e incluye los informes sobre cualquier lesión cutánea, capacidad de cicatrización, aspecto general del bienestar y estado de piel, cabello, uñas, membranas mucosas y dientes. Con lo descrito anteriormente se planteó el patrón de *defensa orgánica*, donde el profesional de enfermería valora la integridad cutánea y anexos, sistema linfático, estrategias para evitar y controlar las infecciones, por medio de la exploración física y la identificación de problemas más relevantes.

En el 2004, a partir de la reforma curricular (10), se revisaron las asignaturas, así como las herramientas metodológicas e instrumentos de valoración de enfermería en el área clínica, que permitieran la facilidad, la objetividad y la precisión de la recolección de los datos que constituyen la primera parte del proceso de atención. Esta primera parte fue el sustento indispensable para darles continuidad a las otras etapas: diagnósticos enfermeros, planeación de las actividades, ejecución y evaluación de estas.

Los profesionales de enfermería, para proporcionar cuidados de calidad, se han valido de este método, dinámico y organizado, donde se registran las respuestas del paciente tanto en la salud como en la enfermedad. Las fases del proceso de enfermería se realizan en forma continua y se relacionan entre sí. Cada fase es sustento de las otras y si una falla se afectan las demás (Tabla 2).

Tabla 2. Metodología del proceso de atención de enfermería

Etapas	Concepto	Intervención
Valoración	<p>Es la primera fase del proceso de atención de enfermería, que consiste en la recolección y organización de los datos a partir de las respuestas del paciente a problemas de salud-enfermedad, identificados y registrados en la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.</p>	<p>Recolecta la información, teniendo en cuenta la comunicación terapéutica con la persona, familia, comunidad y entorno.</p> <p>Realiza la historia de enfermería, valorando cada uno de los patrones funcionales en los aspectos subjetivos y objetivos.</p> <p>Revisa la historia del paciente, electrónica o en físico; analiza e interpreta los medios diagnósticos; actualiza, organiza y valida los datos, registrándolos en el instrumento.</p> <p>Analiza e interpreta los datos obtenidos, necesarios para la formulación del diagnóstico de enfermería.</p>
Diagnóstico de enfermería	<p>Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad, que se deriva de la recolección análisis y síntesis de datos obtenidos en la valoración.</p>	<p>Identifica los diferentes problemas para los cuales se pueden ofrecer soluciones, interpretando y analizando los datos.</p> <p>Compara los datos con los estándares normales establecidos.</p> <p>Reúne y agrupa los datos formulando hipótesis provisionales y diagnósticos según el problema identificado en la situación de salud-enfermedad.</p> <p>Registra los diagnósticos de enfermería en el plan de cuidados.</p>
Planificación	<p>Se define como la determinación de lo que debe hacerse para prevenir, reducir o eliminar problemas, identificados en el paciente.</p>	<p>Establece los objetivos y las prioridades, identificadas en concordancia con el paciente.</p> <p>Planea las actividades del cuidado de enfermería de acuerdo con la situación de salud de la persona atendida.</p> <p>Socializa el plan de cuidados a los miembros del equipo de salud, encargados de la ejecución.</p> <p>Realiza propuestas de tratamiento, integrando los conocimientos teóricos que sustentan el cuidado.</p> <p>Determina los resultados esperados y hace modificaciones inmediatas de acuerdo con la situación de salud de la persona atendida.</p> <p>Registra el plan, en la historia clínica electrónica o física.</p>

Continúa

Etapas	Concepto	Intervención
Ejecución	Son las intervenciones que desarrolla enfermería, con y para el paciente, con el fin de lograr los resultados.	<p>Valora nuevamente al paciente, estableciendo prioridades en la ejecución de su cuidado.</p> <p>Verifica la necesidad de intervención de enfermería.</p> <p>Brinda el cuidado de enfermería planeado.</p> <p>Informa qué intervenciones se han realizado y cuáles están pendientes por ejecutar.</p> <p>Registra los cuidados realizados y las respuestas del paciente a estos.</p> <p>Valora nuevamente al paciente, estableciendo prioridades en la ejecución de su cuidado.</p> <p>Verifica la necesidad de intervención de enfermería.</p>
Evaluación	La evaluación es una actividad planificada y continuada, en la cual se determina la evolución del paciente en relación con los resultados y la eficacia del plan de cuidados.	<p>Brinda el cuidado de enfermería planeado.</p> <p>Informa qué intervenciones se han realizado y cuáles están pendientes por ejecutar.</p> <p>Registra los cuidados realizados y las respuestas del paciente a estos.</p> <p>Determina si se han logrado los objetivos establecidos en cada una de las etapas del PAE.</p> <p>Evalúa con la persona atendida, los resultados del cuidado.</p> <p>Evalúa con el personal de enfermería y otros profesionales las intervenciones de enfermería, con los logros y resultados de la persona atendida.</p> <p>Revisa, modifica o finaliza el plan de cuidados según la situación de salud de la persona.</p> <p>Registra los resultados obtenidos y las modificaciones del plan de cuidados.</p>

Fuente: elaboración propia.

Valoración del paciente

La valoración es un proceso continuo que se lleva a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería y se centra en las respuestas del paciente a un problema de salud. Hay cuatro diferentes tipos de valoración:

- *Valoración inicial:* se realiza al ingreso del paciente al centro asistencial. La realiza el estudiante en el servicio de urgencias, en hospitalización, en cirugía y medicina interna, y en la comunidad, en el primer contacto que tiene con el paciente.
- *Valoración focalizada:* se lleva a cabo durante la ejecución de los cuidados de enfermería y permite identificar problemas nuevos o que pasaron inadvertidos. La realizan el estudiante con la aplicación de los instrumentos.
- *Valoración urgente:* se realiza durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente, identificando los problemas que ponen en peligro la vida. Por ejemplo, durante el turno en una emergencia hipertensiva, un choque hipovolémico, un estatus epiléptico, etc.
- *Nueva valoración:* después de un tiempo, tiene como propósito comparar el estado actual del paciente respecto a los datos obtenidos inicialmente. Se ejecuta en diferentes contextos: hospital, consulta externa o en el hogar (visitas domiciliarias). En la práctica clínica, la nueva valoración la realiza el estudiante, el personal de enfermería y el docente, todos los días, durante el recibo y entrega de turno.

La valoración es el punto de partida y base para el desarrollo de las siguientes etapas del PAE. En la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, la recolección de los datos se realiza aplicando un formato de registro *Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon*, adaptada, modificada y actualizada (2007), por los docentes del área clínica, para ser aplicada y desarrollada por los estudiantes, en cada semestre, durante la práctica clínica, desde el primer momento que tienen contacto con el paciente, de acuerdo con el ciclo vital. Esta guía de valoración consta de datos generales del paciente, motivo de consulta, descripción del problema actual, antecedentes de salud personales y valoración por los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon (9), con los datos objetivos y subjetivos específicos para cada patrón.

En la recolección de esta información se tienen en cuenta los aspectos subjetivos y los aspectos objetivos. Los primeros se determinan mediante la historia de enfermería, y los segundos, mediante el examen físico del paciente en cada uno de los patrones funcionales; para completar esta información se valoran y analizan los medios de diagnóstico específicos en cada patrón.

La importancia de este instrumento radica en la facilidad, objetividad y precisión en la recolección de la información, que constituye la primera parte del PAE, que es el respaldo indispensable para darles continuidad a las otras etapas ya mencionadas: diagnóstico, planeación de actividades y evaluación de estas.

La recolección de la información se obtiene a través de la observación; la revisión de la historia clínica; la entrevista terapéutica al paciente, familia o cuidador, y a otros profesionales del equipo interdisciplinario; el examen físico, teniendo como directriz la guía de valoración, donde se identifican los tipos específicos de datos, signos, síntomas, y la interpretación de estos, que evidencian los hábitos y costumbres del individuo y la familia. Ello determina el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo respecto al estado de salud.

La información recogida durante esta primera etapa debe ser completa, objetiva y exacta, ya que los diagnósticos enfermeros se basan en esta, al igual que en las intervenciones de enfermería. Esta información se valida con el fin de corroborar que la valoración de enfermería es exacta y completa, al igual debe registrarse en forma objetiva. Los datos subjetivos deben registrarse con las propias palabras del paciente, encerradas entre comillas. A continuación, como segunda etapa del desarrollo del PAE, tenemos el diagnóstico enfermero.

Diagnóstico enfermero

Para su formulación los profesionales de enfermería requieren habilidades de pensamiento crítico, para interpretar los datos obtenidos durante la valoración, la identificación de los problemas del paciente y los aspectos positivos de este. Las actividades que preceden a esta fase son el insumo necesario para la formulación de los diagnósticos de enfermería, así como la planificación de las intervenciones, que es tercera fase.

Definiciones de diagnóstico

Cuando se habla de proceso diagnóstico, se refiere al proceso de razonamiento, y cuando se formula el término *diagnóstico*, es un enunciado o una conclusión en relación con la naturaleza de un fenómeno. La organización NANDA Internacional ha estandarizado los diagnósticos nombrándolos como *etiquetas diagnósticas* (enunciado del problema del paciente); mientras que la etiología (la relación causal entre un problema y los factores relacionados o factores de riesgo) se denomina *diagnóstico de enfermería*. En 1990, la NANDA adoptó una definición oficial:

... un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, una familia o una comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales. Los Diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los resultados de los que es responsable el profesional de enfermería. (11)

En el 2003, la NANDA Internacional consideró algunos aspectos importantes de esta definición como: el profesional de enfermería es el responsable de emitir los diagnósticos. Los diagnósticos de enfermería sólo incluyen estados de salud que los profesionales de enfermería están capacitados y autorizados para tratar; son juicios que se emiten luego de obtener información sistemática y completa; describen de forma continua el estado de salud, las desviaciones de esta y la presencia de los factores de riesgo, y permiten descubrir áreas de enriquecimiento personal que poseen los pacientes.

Tipos de diagnósticos

Los diagnósticos de enfermería son reales, de riesgo, de bienestar, posibles y de síndrome:

Diagnóstico de enfermería real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias identificables. Se basa en la presencia de signos y síntomas asociados. Es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería. Por ejemplo: patrón respiratorio ineficaz y ansiedad, identificados en un adulto mayor luego de un procedimiento quirúrgico de colecistectomía abierta.

Diagnóstico de enfermería de riesgo: según el juicio clínico del profesional de enfermería sobre un individuo, familia o comunidad, no existe un problema; pero hay factores de riesgo que indican la probabilidad de que se presente un problema, a no ser que intervenga el profesional de enfermería. Por ejemplo: todos los pacientes que ingresan a un hospital están en riesgo de adquirir una infección; más aún, un paciente adulto mayor e inmunosuprimido presenta mayor riesgo. El profesional de enfermería para describir el estado de salud del paciente debe enunciar la etiqueta diagnóstica: *riesgo de infección*.

Diagnóstico de enfermería de bienestar: describe las respuestas humanas al bienestar de un individuo, una familia o una comunidad que tienen una disposición para mejorar y alcanzar un mayor grado de bienestar. La enfermera puede deducir esta capacidad por los deseos manifiestos de la persona, familia o comunidad. Por ejemplo: disposición para aumentar el bienestar espiritual en un adulto que va a ser sometido a un procedimiento invasivo.

Diagnóstico de enfermería posible: son enunciados que describen un problema sospechado. No son claras o son insuficientes las pruebas de que existe un problema de salud. Este tipo de diagnóstico requiere más datos para apoyarlo o refutarlo. Por ejemplo: un adulto mayor hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo se siente solo, abandonado, requiere que le estén ayudando todo el tiempo, se muestra feliz

cuando lo acompañan; pero el profesional de enfermería observa que no lo visitan. Hasta no obtener mayor información, el profesional puede enunciar un diagnóstico de enfermería: posible aislamiento social. Es muy frecuente observar en los servicios de medicina interna que los pacientes adultos mayores no son visitados por su familia, ni amigos, porque ya no los tienen, los han perdido o no se acuerdan de ellos.

Diagnóstico de enfermería de síndrome: comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que aparecen como consecuencia de acontecimientos o situaciones determinadas. Se asocian a un grupo de otros diagnósticos, donde la intervención de enfermería requiere la estandarización de los cuidados básicos que se les deben aplicar a estos pacientes. Por ejemplo: paciente con diagnóstico médico de síndrome de Guillain-Barré, con inactividad músculo-esquelética generalizada o accidente cerebro-vascular (ACV) con deterioro del estado de conciencia. Se formula como diagnóstico de enfermería: *riesgo de síndrome por desuso*.

Actualmente la NANDA tiene en su lista cinco diagnósticos de síndrome: riesgo de deterioro de la integridad tisular, riesgo de intolerancia a la actividad, riesgo de estreñimiento, riesgo de infección y riesgo de lesión. Los diagnósticos de enfermería constan de tres componentes, cada uno con una finalidad concreta: (a) el problema o la etiqueta diagnóstica, (b) la etiología y (c) las características definitorias.

Problema (etiqueta diagnóstica) y su definición: describe el estado de salud del paciente, el problema de la salud o la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería que se le están proporcionando. Tiene como finalidad guiar la formulación de los objetivos del paciente; también puede sugerir algunas intervenciones de enfermería. Las etiquetas diagnósticas tienen que ser específicas e indicar el área en la que ocurre el problema. Por ejemplo:

- Déficit de conocimientos (actividad física), déficit de conocimientos (ajustes dietéticos), déficit de conocimientos (medicamentos), para complementar el significado del enunciado diagnóstico.
- Deficiente: inadecuado en cantidad, calidad o grado; no suficiente, incompleto.
- Intolerancia a la actividad: el paciente posee insuficiente energía fisiológica para llevar a cabo o completar las actividades de la vida diaria necesarias o deseadas. Es el caso del paciente con diagnóstico médico de la insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), en la que el estudiante identifica el problema que responde al *¿qué?*: paciente, que no puede ayudarse por sí mismo, no es capaz de comer solo, ni de realizarse sus cuidados básicos.

Etiología (factores relacionados y factores de riesgo): permite identificar una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería necesario y permite al profesional de enfermería individualizar el cuidado del paciente. Siguiendo con el ejemplo anterior, la etiología del diagnóstico intolerancia a la actividad es: *reposo en cama o inmovilidad generalizada. Desequilibrio entre el aporte de oxígeno. Estilo de vida sedentario.* Se plantean diferentes etiologías y, por lo tanto, las intervenciones de enfermería son distintas. Responde a la pregunta *¿por qué?* Por ejemplo: continuando con el ejemplo anterior, para formular la etiología diagnóstica, el estudiante y el profesional deben poseer conocimientos previos de anatomía y fisiopatología de la ICC.

Características definitorias: son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica. Para los diagnósticos de enfermería reales las características definitorias son los signos y síntomas del paciente. Para los diagnósticos de enfermería de riesgo no hay signos subjetivos ni objetivos; aquí los factores de riesgo responsables de que el paciente presente una vulnerabilidad son los que constituyen la etiología del diagnóstico de enfermería de riesgo. Las características definitorias se relacionan de forma separada, de acuerdo con su naturaleza objetiva y subjetiva.

Siguiendo con el ejemplo anterior, las características definitorias del paciente con ICC son: “expresa verbalmente fatiga o debilidad, angustia, falta de aire, cansancio” (datos subjetivos). En cambio, como datos objetivos, el estudiante y el profesional de enfermería identifican y registran en los formatos las alteraciones detectadas durante la valoración, como anormalidad en la frecuencia cardiaca y tensión arterial, arritmias cardiacas en el electrocardiograma (EKG), malestar o disnea de esfuerzo, entre muchos otros.

Diferencia entre diagnóstico de enfermería y problema interdependiente: un problema interdependiente es un tipo de problema potencial que los profesionales de enfermería manejan mediante intervenciones tanto independientes como prescritas por el médico. El plan de cuidados de enfermería tendrá que contemplar la planificación de unos cuidados de enfermería que no se derivan exclusivamente de los diagnósticos identificados. Las intervenciones de enfermería independientes para la resolución de un problema interdependiente se centran fundamentalmente en la vigilancia del estado del paciente y en la prevención del desarrollo de la potencial complicación.

En las actuaciones interdependientes, las enfermeras colaboran con otro profesional en la prevención, resolución o reducción de un problema que, si se presenta, generaría un tratamiento en el que la enfermera actuaría bajo la responsabilidad directa del profesional que lo prescribe

(dimensión dependiente). El tratamiento definitivo del proceso requiere intervenciones tanto médicas como de enfermería.

Los problemas interdependientes suelen estar presentes cuando existe una enfermedad o un tratamiento específico. Se puede decir que cada enfermedad, procedimiento o tratamiento puede tener complicaciones específicas que se asocian con ellos. Por ejemplo, el enunciado de un problema interdependiente puede ser complicación potencial de neumonía: atelectasia, insuficiencia respiratoria, derrame pleural o pericarditis. El docente orienta los cuidados para prevenir las complicaciones, indicando cambios de posición.

Ejemplo de complicaciones potenciales: un paciente hospitalizado en el servicio de medicina interna con diagnóstico médico de tromboflebitis, quien tiene una posible complicación de tromboembolismo pulmonar, relacionado con desalojo del trombo. El docente, para orientar al estudiante en dicha diferenciación, aplica el conocimiento teórico y se adelanta a interpretar en forma clara los signos y síntomas presentes, para planear los cuidados del paciente según su situación actual.

Diferencias entre diagnóstico de enfermería y diagnóstico médico: el diagnóstico de enfermería guarda estrecha relación con las respuestas humanas: paciente o familiar a una enfermedad; van cambiando a medida que el paciente va evolucionando (cambian las respuestas del paciente). Estas varían mucho de una persona a otra. Un diagnóstico de enfermería es un enunciado de un juicio de enfermería y hace referencia a un trastorno que los profesionales de enfermería están en capacidad y autorizados para tratar.

Los diagnósticos de enfermería pueden aplicarse a individuos, familia y comunidad y describen las respuestas físicas, psicológicas, espirituales y socioculturales a una enfermedad o a un problema de salud. Los diagnósticos médicos describen una enfermedad concreta, permanecen sin cambios durante el tiempo que dure la enfermedad, se refieren y fijan su atención en la fisiopatología, tratamiento y curación de la enfermedad; implica tratamiento médico, y generalmente se aplica a individuos.

Los diagnósticos de enfermería guardan relación con las *funciones independientes* de los profesionales de enfermería, en áreas específicas (para el mantenimiento de la salud) que son diferentes de la práctica médica. Los profesionales de enfermería deben cumplir con los tratamientos y las prescripciones médicas, es decir, tienen funciones dependientes. Un ejemplo de diagnóstico de enfermería y de diagnóstico médico es el siguiente:

- De enfermería: disminución del gasto cardiaco. Relacionado con: alteración de la contractilidad miocárdica.

- Médico: infarto agudo de miocardio.

Una vez analizados los datos y hecha su síntesis, se formulan los enunciados de los diagnósticos de enfermería. Para los estudiantes en su práctica clínica esta acción no es tarea fácil; al igual sucede con los profesionales en su quehacer diario. Los diagnósticos de enfermería se pueden enunciar de las siguientes formas:

- Enunciados básicos de una sola parte: dentro de estos tenemos los diagnósticos de síndrome y los de bienestar. Estos enunciados no requieren una etiología, de estas etiquetas diagnósticas se pueden derivar las intervenciones de enfermería. Por ejemplo: el *riesgo de síndrome de desuso* (paciente con ACV, inconsciente) se define como la presencia de factores de riesgo de deterioro de los sistemas corporales como resultado de la inactividad músculo-esquelética inevitable.
- Enunciados básicos de dos partes: los elementos que lo conforman son:
 - ✓ El problema (P), la etiqueta diagnóstica. El enunciado de la respuesta del paciente.
 - ✓ La etiología (E), los factores relacionados, que influyen en la respuesta o pueden ser la causa de la respuesta del paciente. La NANDA ha escrito en algunas etiquetas diagnósticas que se debe especificar el tipo, el grado o simplemente dice especificar. Por ejemplo: *deterioro de la movilidad en la cama* (especificar el nivel): quedaría *deterioro de la movilidad en cama, nivel I* (requiere el uso de un equipo o dispositivo); *déficit en el manejo de la salud* (especificar el área): quedaría: *déficit en el manejo de la salud, medicación o déficit en el manejo de la salud, régimen terapéutico o déficit en el manejo de la salud, cuidados de seguimiento de la enfermedad*.
- Enunciados básicos de tres partes: este recibe el nombre de formato PES. Está conformado por los siguientes elementos:
 - ✓ Problema (P).
 - ✓ Etiología (E).
 - ✓ Signos y síntomas (S), que son las características determinantes expresadas por el paciente (características definitorias) o identificadas en la historia clínica.

La importancia de la utilización del formato PES radica en la facilidad, objetividad y precisión de la recolección de la información, que le permite al estudiante durante su práctica, junto con los hallazgos subjetivos y objetivos (signos y síntomas), formular los diagnósticos y hacer que el enunciado del problema sea más descriptivo y que oriente la planeación de las intervenciones de enfermería.

Los estudiantes de enfermería pueden agrupar los datos, registrarlos en las notas de enfermería o en registros sistemáticos. En la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana se utiliza un cuadro donde se consignan todos los pasos del PAE, cuyos enunciados son:

- Hallazgos: signos y síntomas, que son datos objetivos, y subjetivos, obtenidos a través de entrevista terapéutica con el paciente o cuidador; revisión de la historia clínica; tratamiento farmacológico, y reporte de laboratorios y medios de diagnóstico.
- Diagnósticos de enfermería: se formulan de acuerdo con la clasificación de la NANDA y se identifican según la situación de salud-enfermedad de la persona atendida. Están respaldados con conocimientos teórico-científicos, que permiten plantear las metas para el paciente, la familia y el profesional de enfermería.
- Objetivos (metas): se establecen para dirigir las acciones de enfermería, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las acciones de enfermería; se describen en el tiempo a corto, mediano y largo plazos.
- Planeación y ejecución de las actividades de enfermería: el estudiante determina las acciones que realiza con la persona sujeto de atención, familia o cuidador, aplicando los modelos conceptuales y teorías de enfermería, según el ciclo vital, para el logro de los objetivos propuestos. Evaluación: se realiza para continuar o modificar el plan de cuidados, según la situación de salud de la persona.

En la formulación de los diagnósticos de enfermería, en la práctica clínica, nos encontramos con problemas que debemos resolver, con criterios propios de la disciplina, a fin de evitar juicios clínicos inadecuados. Por lo tanto, se tienen en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Enunciar los diagnósticos, en términos de problemas, no de necesidades.
- Los diagnósticos deben ser precisos y específicos, para orientar la planeación de las intervenciones de enfermería.
- La primera parte del diagnóstico (el problema) no debe decir lo mismo que la segunda parte (factor etiológico).
- Los términos del diagnóstico de enfermería no deben emitir juicios de valor.
- La terminología que se debe usar es la de enfermería no la médica.
- El enunciado debe expresarse de forma real, evidente y aceptable (legal). Ejemplo: paciente inconsciente por un ACV. El diagnóstico de enfermería correcto es: alteración de la integridad cutánea. Relacionada con: inmovilidad, y no se debe escribir relacionada con

postura incorrecta (el abogado le va a decir: “¿por qué no acomodó en la posición adecuada o correcta a la persona?”).

Razón científica: justificación del diagnóstico enfermero

La razón científica es la fundamentación científica del diagnóstico enfermero. Este último, definido como juicio clínico de un problema real o de alto riesgo de salud, debe estar sustentado en los procesos vitales de la persona (fisiológicos, psicológicos, sociológicos, de desarrollo y espirituales), lo que exige del estudiante y del profesional de enfermería el poseer el conocimiento que lo sustente y aborde en forma crítica, que le permita asumir su rol y le facilite planear acciones de enfermería que garanticen la calidad del cuidado de la salud y la vida. Por ejemplo:

- Diagnóstico de enfermería: incumplimiento del tratamiento; régimen farmacológico. Relacionado con: etiología desconocida.
- Justificación del diagnóstico enfermero: la adherencia o cumplimiento terapéutico es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con su cuidado y mantenimiento. Es el paciente quien ejecuta o no el consumo de medicamentos y otras indicaciones médicas, como seguir dietas o practicar ejercicios físicos; es él quien decide en última instancia cómo y cuándo lo hará.
- El cumplimiento del tratamiento farmacológico y de otras terapias tendrá éxito si algunos factores, como las condiciones biopsicosociales, el conocimiento de la enfermedad y sus secuelas, se informan al paciente haciendo énfasis en el autocuidado, que permite a la persona autonomía al actuar para mantener su salud o cumplir ciertas adaptaciones a la limitación que causa la enfermedad. Además, se debe tener en cuenta el apoyo familiar, social, profesional o institucional que recibe el sujeto de acuerdo con la magnitud de sus necesidades, de tal forma que se establezca una cooperación firme, pero sin que pierda su identidad y su capacidad de decidir con responsabilidad. Las consecuencias de la deficiente adherencia terapéutica se expresan en diversas esferas de la vida del paciente, en diversos componentes del sistema de salud y en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población.

Planeación del cuidado de enfermería

Una vez concluida la etapa de valoración, donde se han identificado los problemas de salud reales o en riesgo y formulados los diagnósticos enfermeros, se procede a la planeación del cuidado. En esta etapa se determina lo que debe hacerse, para prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados en el paciente; así como establecer y ejecutar

los cuidados de enfermería, aplicando los referentes teóricos y los modelos conceptuales de Virginia Henderson y Dorotea Orem, en la adultez y vejez, que al igual que otras teoristas son abordadas en cada semestre, de acuerdo con el ciclo vital, a fin de garantizar el éxito del plan de cuidados. La planeación del cuidado de enfermería incluye cuatro componentes: (i) establecimiento de prioridades en los cuidados; (ii) determinación de los objetivos, resultados o metas esperadas; (iii) intervención de enfermería, y (iv) registro del plan de cuidados.

Establecimiento de prioridades en los cuidados

En el establecimiento de prioridades en los cuidados se seleccionan todos los problemas o necesidades que pueden presentar el paciente, la familia y la comunidad. Raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo por falta de disponibilidad del profesional de enfermería o de la familia, así como por falta de recursos económicos, materiales y humanos.

En la experiencia docente, durante el desarrollo de la práctica clínica, se le hace ver al estudiante, desde el mismo momento en que se recibe el turno, la necesidad de priorizar el cuidado de acuerdo con la situación clínica del paciente, que le permitirá planear el cuidado, durante el horario de práctica, y vislumbrar los problemas más relevantes detectados por el estudiante, el docente y el personal de enfermería del servicio.

Determinación de los objetivos

Una vez priorizados los problemas que se van a tratar, se definen los objetivos o metas respecto a cada problema, teniendo presente que estos se utilizan para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las acciones de enfermería. Se requieren las siguientes normas generales:

- Escribirlos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describirlos en forma de resultados o logros que se van a alcanzar y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos o metas cortos.
- Hacerlos específicos; cada uno se deriva de sólo un diagnóstico enfermero.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada uno de ellos (a corto, mediano y largo plazo).

Existen dos tipos de objetivos o metas, los de enfermería o criterios de proceso y los del paciente o criterios de resultado. En primer lugar, los *objetivos de enfermería* o *criterios de proceso* dirigen las acciones de enfermería hacia tres grandes áreas: ayudar al paciente, encontrando sus puntos fuertes; conocer su estilo de vida, y ayudarlo a modificar-

lo. Estos objetivos no se escriben en el plan de cuidado (a excepción de que sea para los alumnos), sino que deben responder a preguntas sobre capacidades, limitaciones y recursos del paciente que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir. Es interesante la consideración que plantea:

La identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión, de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad. (12)

Esta consideración aporta a la comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que lo rodea, esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos. Deben ser descritos en el tiempo:

- A corto plazo: aquellos resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas, no mayor de 24. Son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- Mediano plazo: para un tiempo intermedio, que va hasta las 72 horas. Se utilizan para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- A largo plazo: son los resultados que requieren un tiempo largo y que se desarrollan para el cuidado de pacientes crónicos (centros de atención geriátrica, centros de rehabilitación y cuidado en casa).

En la práctica clínica, los objetivos a largo plazo se plantean, pero no pueden evaluarse, dado que el tiempo de atención del estudiante al paciente no es continuo, por las diferentes actividades diarias programadas que deben realizar, en cumplimiento de los objetivos de su práctica. Por ejemplo:

- Diagnóstico de enfermería: patrón respiratorio ineficaz. Relacionado con: dolor agudo. S/A: neumonía.
- Objetivo o meta a corto plazo: el paciente mejorará su capacidad ventilatoria adecuada durante la inspiración y la espiración en 24 horas.
- Objetivo o meta a mediano plazo: El paciente manejará un patrón respiratorio adecuado y disminuirá el dolor en 72 horas.

- **Objetivo o meta a largo plazo:** el paciente no tendrá dolor y manejará una adecuada mecánica respiratoria que le permitirá una ventilación óptima.

En segundo lugar, los *objetivos o metas del paciente o criterios de resultado* permiten, al describirlos, observar los cambios que se esperan, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento a los problemas detectados. Estos se anotan en términos de lo que se espera que él haga.

Las principales características son tres: deben ser alcanzables, esto es, accesibles para conseguirlos; medibles, así se describen con verbos del tipo afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, y específicos en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades. Por ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto). Estas metas deben formularse en términos de conductas observables o cambios medibles, realistas y teniendo en cuenta los recursos disponibles. Deben fijarse a corto, mediano y largo plazos.

Intervención de enfermería

Las intervenciones de enfermería permiten determinar acciones específicas en el plan de cuidados. Corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para alcanzar los resultados, objetivos o metas, ya sea para enfermería o el paciente. Tales intervenciones se planean de acuerdo con los factores establecidos en la segunda parte del diagnóstico enfermero formulado (relacionado con). Las actividades propuestas se registran y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo, cómo, dónde y quién ha de hacerlo. Por ejemplo:

- *Diagnóstico de enfermería:* déficit de volumen de líquidos. Relacionado con: aumento de pérdidas intestinales (sonda nasogástrica, ileostomías, diarreas, fistulas, vómito).
- *Actividades de enfermería:* se orientarán al control del déficit del volumen de líquidos: control de líquidos administrados y eliminados cada..., control de signos vitales cada..., control de presión venosa central cada..., observar turgencia de la piel, hidratación de mucosas y estado de conciencia..., otros cuidados, según la condición clínica del paciente.

Como respaldo conceptual de las intervenciones de enfermería, para el cuidado en la adultez y la vejez, los estudiantes relacionan e integran los conocimientos teóricos de las diferentes asignaturas básicas del núcleo fundamental y aplican la teoría de necesidades de Virginia Hen-

derson, determinando el grado de intervención de enfermería (sustituta, ayuda y compañera), de acuerdo con la situación clínica del paciente y la aplicación de la teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem, seleccionando la atención de enfermería según la teoría de los sistemas (totalmente compensador, parcialmente compensador y de apoyo y educación), según los requerimientos del paciente, que sustentan en la elaboración del PAE.

Según Virginia Henderson, la intervención de enfermería, para el cuidado del paciente, se puede realizar bajo tres tipos de actividades de enfermería:

- *Dependientes*: actividades relacionadas con la práctica médica, que señalan la manera como se ha de llevar a cabo una actuación médica. Por ejemplo: administración de medicamentos con horarios establecidos, según el protocolo de la institución.
- *Interdependientes*: actividades que el profesional de enfermería realiza junto con otros miembros del equipo de salud; implican la colaboración de ellos. Por ejemplo: asistir en la realización de curaciones diarias, según la situación clínica del paciente (paciente en cuidado intensivo con el abdomen abierto, por lo tanto, interviene el equipo interdisciplinario).
- *Independientes*: actividades del profesional de enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas o problemas, que está legalmente autorizado a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico. Por ejemplo: realizar maniobras de reanimación cerebro-cardiopulmonar básicas, en situación de emergencia.

Según Dorotea Orem, la intervención de enfermería, para brindar cuidado al paciente, se hace de forma totalmente compensadora. El profesional compensa las incapacidades para el autocuidado, apoya y protege, emite juicios y toma decisiones para el paciente y por él, manteniendo las capacidades existentes.

Si es de forma parcialmente compensadora, el profesional realiza algunas medidas de autocuidado para el paciente, compensa cualquier limitación del autocuidado, ayuda al paciente según sea necesario, y si es de apoyo-educación, esta intervención le permite al personal de enfermería proporcionar educación al paciente o su cuidador. Al estudiante le ayuda a identificar los déficits de conocimientos del paciente sobre su patología y estilos de vida: en cuanto a la dieta, el ejercicio, la adherencia al tratamiento; entre tanto, en el personal del servicio identifica debilidades: de conocimientos y de actitudes de comunicación.

Para fortalecer estas debilidades, el estudiante, con la orientación del docente, durante su práctica clínica elabora ayudas didácticas

(folletos, rotafolios, carteleras, cartillas, etc.), que le facilitan brindar educación para la salud al paciente, y capacita y actualiza al personal del servicio, entregando este material al paciente y a la coordinadora de enfermería del área. Al docente, por otro lado, le permite identificar los conocimientos del estudiante, del personal del servicio, del paciente y de la familia, a fin de retroalimentar positivamente según el déficit encontrado; además, en concordancia con el estudiante, orienta la elaboración de los temas educativos, para responder a la situación identificada, en los aspectos preventivos curativos y de rehabilitación.

Registro del plan de cuidados

El último componente de la etapa de planeación del cuidado de enfermería es el registro ordenado del plan de cuidado, que se compone de los siguientes registros documentales: hoja de recibo y entrega de turno, donde están consignados los datos de todos los pacientes del servicio; esta actividad se realiza en conjunto con el personal de enfermería, estudiantes y docente, que permite conocer la evolución y situación actual del paciente. Otro tipo de registro que realiza el estudiante es la aplicación de la *Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon*, mediante la entrevista terapéutica y la comunicación con la familia o cuidador; además, revisa la historia clínica sistematizada.

Con la información obtenida hasta el momento, el estudiante identifica los hallazgos más relevantes de la valoración que le permiten formular y consignar en los registros de enfermería el o los patrones prioritarios alterados, los diagnósticos enfermeros, los objetivos o metas del paciente, las actividades de enfermería y la evaluación de cada una de las acciones ejecutadas al paciente y con él.

El docente revisa diariamente los registros elaborados y retroalimenta de forma permanente al estudiante, sobre las debilidades identificadas en la elaboración del plan de cuidado, de cada uno de los pacientes asignados durante la práctica, haciendo hincapié en la importancia de la adquisición y actualización del conocimiento, para fundamentar el cuidado.

Por lo tanto, se orienta y concientiza al estudiante de que la finalidad del plan de cuidado se dirige a fomentar cuidados de calidad, individualizados y continuos, que permitan la comunicación y la evaluación; deben servir para realizar auditoría de la calidad del cuidado que se brinda, para la investigación y docencia, y como documento legal que respalde las demandas de que sea objeto la institución o el equipo de enfermería.

Ejecución del plan de cuidados

En esta etapa el estudiante pone en práctica el plan de cuidados elaborado, bajo la supervisión directa del docente o el profesional de

enfermería que gerencia el servicio, con la colaboración del auxiliar de enfermería, responsable del paciente. La ejecución implica las siguientes actividades: continuar con la recolección y valoración de los datos obtenidos, realizar las actividades y registrar los cuidados de enfermería brindados al paciente, dar informes verbales al docente sobre lo realizado y evaluar con el paciente, con otros profesionales de la salud y con el docente los logros de la persona atendida, manteniendo el plan de cuidados actualizado.

Para ejecutar el cuidado de enfermería el estudiante requiere de ciertos conocimientos que le permitirá desarrollar destrezas y habilidades, identificar complicaciones más habituales asociadas a la realización de las actividades y preparar los recursos, materiales e insumos que necesitará para brindar un cuidado de óptima calidad.

Durante el desarrollo del componente teórico y en la inducción a la práctica clínica, el docente hace hincapié en la planeación del cuidado, orientando al estudiante en la ejecución de las intervenciones de enfermería, brindando un ambiente bienestar en el cual el paciente se sienta cómodo y seguro y teniendo en cuenta aspectos físicos y psicosociales. Entre los componentes físicos se encuentran: la intimidad, el ruido, los olores, la iluminación y la temperatura.

Para ejecutar las actividades de enfermería, el estudiante debe tener presente la seguridad del paciente. Por ejemplo: al realizar los cambios de posición, subir las barandas; tener en cuenta el grado de movilidad, por limitaciones externas como las tracciones o las inmovilizaciones, o por la necesidad de conservar la energía o el equilibrio; el déficit sensorial, caracterizado por una disminución de la percepción visual, auditiva, olfativa o táctil (por ejemplo, paciente invidente, asistirlo en la alimentación) que puede presentar riesgo de lesión, o paciente con la conciencia alterada, quien a menudo requiere una atención especial o intervenciones que fomenten su salud. Ciertas respuestas exigen adaptaciones de su entorno para evitar las lesiones (rampas, barandas, iluminación o pisos antideslizantes).

El registro de las actividades en el sistema o en físico se realiza una vez se ejecuten estas, no antes, de forma completa y exacta, porque las condiciones del paciente pueden modificarse, y no registrarlas posteriormente porque puede olvidarse información valiosa, que redundará en la evolución del paciente.

El registro de las acciones cumplidas en la ejecución se comunica tanto de forma oral como escrita. Los profesionales de enfermería comunican los informes en la entrega y recibo de turno, al grupo de enfermería, a la coordinadora, a la supervisora, a la jefe de servicio y auxiliares de enfermería, a estudiantes y otros profesionales del área de la salud. Así

mismo, los estudiantes entregan turno al finalizar la práctica de forma oral, a los auxiliares de enfermería responsables o al profesional de enfermería en ausencia de este; además, entrega al docente los registros elaborados durante la práctica clínica, socializados durante el desarrollo teórico, en cada uno de los patrones funcionales de salud, entre los cuales tenemos: hoja de recibo y entrega de turno, control de signos vitales, control neurológico, control de líquidos administrados y eliminados, notas de enfermería, control del riesgo de úlceras por presión con la escala de Braden, control de trastornos de memoria con la escala de Minimental y hoja de registro del proceso de atención de enfermería, donde consignan los datos de identificación del paciente, antecedentes, diagnóstico médico de ingreso y actual, medios de diagnóstico y exámenes de laboratorio, tratamiento farmacológico, examen físico cefalocaudal, valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y elaboración del PAE, con dos patrones prioritarios alterados.

Evaluación del cuidado de enfermería

La evaluación del cuidado de enfermería se realiza de forma continua, en cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería. En la etapa de valoración, esta comprende el significado de los datos obtenidos, que orienta la formulación del diagnóstico enfermero, y posteriormente permite reconocer que faltan datos o mantener su continuidad. En la formulación del diagnóstico enfermero, la evaluación sirve para reconocerlo o modificarlo y continuar así con el proceso o reiniciarlo nuevamente.

La planeación del cuidado se orienta en dos sentidos: uno, si los planes son adecuados para el paciente, y dos, si estos planes se ajustan a las normas preestablecidas. Cuando existen planes estandarizados o prediseñados, estos se evalúan de manera individualizada, y además si se ajustan o no a la condición particular del paciente, familia y comunidad.

En la intervención o ejecución del plan de cuidado, la evaluación es igualmente importante; se centra tanto en las acciones como en el proceso y le facilita al estudiante la autoevaluación. Entre tanto, al docente le permite evaluar la capacidad, habilidad, grado de dificultad y grado de conocimientos de quien ejecuta el plan. En cuanto al profesional, con este puede hacer el seguimiento del cuidado brindado al paciente, de acuerdo con su situación clínica. De igual forma, el paciente evalúa el cuidado brindado por el personal de enfermería en la medida en que sus necesidades y expectativas son satisfechas.

Igualmente importante es la evaluación intra e interdisciplinaria de los resultados de la intervención, que permiten tomar decisiones respecto a un nuevo planeamiento de las actividades o cambios en las prescripciones. Dentro de los objetivos de formación en la práctica clínica, el estudiante debe evaluar de forma permanente los cuidados de enfermería brindados, con el paciente asignado, teniendo en cuenta si logró alcanzar la meta planteada, si está en proceso de lograrla o si debe reevaluar y modificar las actividades planeadas.

Así mismo, desde el punto de vista pedagógico, la aplicación del método científico de enfermería, con estas características, facilita el proceso enseñanza-aprendizaje en la implementación del nuevo currículo, desde pregrado, reforzándolo y profundizándolo en la formación avanzada.

Una de las actividades que se realizan dentro de la práctica clínica es la elaboración y sustentación en grupo de un caso clínico real, seleccionado de los pacientes asignados en la rotación, donde el docente retroalimenta el proceso en cada uno de los pasos del PAE. Ello permite la discusión, análisis, interpretación, relación e integración de los conocimientos adquiridos según la situación clínica del paciente. De igual manera, presentan a diario, en el servicio de hospitalización de cirugía, durante la revista de enfermería, el PAE de cada uno de los pacientes asignados, donde el docente identifica las falencias en cada uno de los pasos del proceso y establece mecanismos que permitan al estudiante superar las dificultades. Entre tanto, en el servicio de hospitalización de medicina interna, el estudiante entrega a diario el PAE de los pacientes asignados, el cual es corregido por el docente y devuelto al estudiante, indicando las debilidades y fortalezas en su desarrollo. Uno de estos PAE es escogido para elaborar su caso clínico individual, el cual sustenta el día de la evaluación.

La realización de este ejercicio didáctico diario le sirve al estudiante como insumo para la elaboración y presentación final del caso clínico grupal. Una vez desarrollado el componente teórico, en el primer bloque, y concluida la práctica clínica, en el segundo, el docente evalúa, en conjunto con el estudiante, y determina el logro de los objetivos propuestos para esta, aplicando el formato de evaluación, donde se identifican fortalezas y debilidades que requieran ser mejoradas o reforzadas, con base en los hechos, los resultados y el comportamiento evaluado durante el desempeño de la práctica clínica.

La evaluación formativa la realiza el docente a diario, indicando al estudiante sus logros y dificultades tanto en lo personal como en lo profesional, a fin de buscar estrategias que le permitan superarse. La evaluación sumativa se realiza al finalizar la práctica, mediante el diligenciamiento del formato, que se da a conocer al estudiante al inicio de

la práctica registrando en este el puntaje obtenido, el cual hace parte de la nota final de la asignatura.

Conclusiones

Para la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, la implementación del PAE desde sus inicios ha sido una herramienta muy valiosa que nos ha permitido crecer como seres humanos, holísticos e integrales en nuestro quehacer docente y en el reconocimiento de la labor que desarrollan los estudiantes con los pacientes durante su práctica clínica.

Cada día le vemos más aplicación a esta metodología en el desarrollo transcurricular, donde se aborda a la persona según el ciclo vital en el que se encuentre. La organización del currículo ha permitido a los estudiantes recibir el sustento teórico interdisciplinario como correquisito de la asignatura (patología, farmacología, antropología, modelos y teorías, proceso de salud-enfermedad y cuidado de enfermería en la adultez y la vejez) durante el primer bloque en cada semestre (nueve semanas), pues es el requisito para poder llegar a la práctica clínica. En el segundo bloque (9 semanas), desarrollan cada uno de los pasos del PAE con intervenciones de enfermería fundamentadas en lo teórico-científico, para cumplir así los objetivos de la asignatura.

Desde la perspectiva docente, el PAE ha contribuido a comprender y adaptar en un trabajo permanente con los estudiantes la aplicación de este proceso, que seguimos construyendo diariamente con el objetivo de alcanzar la integración docencia-servicio. El PAE beneficia al paciente, porque desde la valoración 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, teniendo en cuenta la *Guía de valoración por patrones funcionales*. En esta se consignan los hallazgos más relevantes en cada patrón valorado; paso seguido de este proceso, corresponde a las intervenciones de enfermería, esto es, los cuidados que recibe el paciente de forma directa y oportuna según su situación de salud-enfermedad en que se encuentre.

Referencias

1. Iyer P, Tapich B. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. 2a ed. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 1993.

2. Marriner TA. El proceso de atención de enfermería: un enfoque científico. México: Manual Moderno; 1983.
3. Vargas M. Gestión de cambio en enfermería [internet]. [citado 16-10-2009]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos20/gestion-cambio-enfermeria/gestion-cambio-enfermeria.shtml>.
4. Kozier B, Erb G et al. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. México: McGraw-Hill Interamericana; 2005.
5. Yura H, Walsh MB. The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating. New York: Appleton-Century; 1974.
6. Feliú Escalona BM, Estrada Muñoz R. Proceso de atención de enfermería: modelo de atención de enfermería comunitaria. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1997.
7. Pérez Hernández MJ. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Rev Mex Enf Cardiol. 2002;10(2):62-6.
8. Asociación Española de Enfermería Cardiológica. Generalidades del proceso de atención de enfermería [internet]; 2006 [citado 16-10-2009]. Disponible en: www.enfermeriaencardiologia.com/revista/39.pdf.
9. Gordon M. Patrones funcionales [internet]; 2004 [citado 02-2009]. Disponible en: http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/patrones_funcionales_mgordon.pdf.
10. Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana. Documento curricular de la Carrera de Enfermería. Bogotá: Facultad; 2004.
11. Diagnósticos de enfermería de la NANDA. [citado 21-02-2009]. Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/diagnos.htm>.
12. El proceso de atención de enfermería [internet]; 2007 [citado 17-10-2009]. Disponible en: http://www.taringa.net/posts/info/960516/Proceso-atenci%C3%B3n-de-Enfermeria_PAE.html.

Bibliografía complementaria

- Ackley BJ, Ladwig GB. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de los cuidados. 7a ed. Madrid: Elsevier-Mosby; 2007.
- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería. NANDA info [internet]. [citado 12-07-2008]. Disponible en: http://www.aentde.com/modules.php?name=News&new_topic=.
- Facultad de Enfermería de la Universidad Santiago de Chile. Autocuidado en el ciclo vital [internet]. [citado 07-2005]. Disponible en: http://www.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/general/cic_frame.htm.
- Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10a ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Instituto Superior de Acreditación para el Desarrollo de la Enfermería y otras Ciencias de la Salud (ISECS). Planes de cuidado con NANDA [internet]. [citado 16-10-2009]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2003/planes_cuidados2004.htm.
- Jiménez T, Gutiérrez E. El proceso de enfermería: una metodología para la práctica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Orión; 1997.
- Luis R. Diagnósticos de enfermería. Madrid: Elsevier; 2003.

Maya A. Material de apoyo de la unidad de aprendizaje: fundamento teórico metodológico de enfermería y autocuidado II [internet]. [citado 11-2007]. Disponible en: <http://www.ugto.mx/enfermeria/proyecto2.html>.

NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier; 2006.

Pacheco E. Administración de los servicios de enfermería. Madrid: Síntesis; 1995.