

# INTRODUCCIÓN AL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Autor:

José Ramón González Navarro  
Escuela Universitaria Virgen de los Desamparados  
Valencia

## 1.- FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. Valoración.
2. Diagnostico
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

## 2.- ARGUMENTOS QUE JUSTIFICAN LA NECESIDAD DEL PROCESO

- 1º Proceso de profesionalización de las actividades enfermeras
- 2º Análisis de los modelos de atención
- 3º Las ventajas del modelo (Griffin Perry, A)

- Crea una base con los datos de salud
- Identifica problemas actuales i/o potenciales
- Establece prioridades en las actuaciones
- Define las responsabilidades específicas
- Permite la planificación y organización de las curas
- Posibilita innovaciones en las curas de enfermería
- Permite considerar alternativas que le permite seguir
- Proporciona un método para la información de las curas (registro cambio turno por escrito)
- Crea una autonomía para la enfermería
- Fomenta la consideración de enfermería

### 3.- DIFERENCIAS MÉTODO CIENTÍFICO / PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

#### MÉTODO CIENTÍFICO

#### PAE

##### Observación de los hechos:

##### Valoración, recogida de datos: identificación problema

Formulación del problema

- Sino es problema para el cliente no es problema
- La enfermera se ocupa de los efectos de un problema
- La valoración es la parte crucial del proceso
- La valoración determina el diagnóstico

##### Formulación de la hipótesis

##### Formulación diagnóstico enfermería

- Enunciamos un juicio

##### Diseño y planificac. de la investigación

##### Planificación de los cuidados de enfermería

- Lo que vamos hacer ya.

##### Prueba de las técnicas de recogida de recogida de datos y ejecución de la Investigación

##### Ejecución del plan

- Realizamos las acciones que hemos planificado

##### Evaluación y comparación de las conclusiones con las predicciones

##### Evaluación del plan

- Si el resultado es mayor hemos cumplido el plan
- Si el resultado es menor hemos fallado, empezar PAE
- Tiene retroalimentación, desde 1ª hora recogemos bien los datos y seguimos los puntos focalizando, especificando el problema y clasificamos basándonos en diagnósticos ya comprobados.

## 4.- COMPARACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Y PROCESO MEDICO

Diferencias:

- Partimos de una valoración los dos
- Llegamos a una conclusión distinta
- La enfermera soluciona muchos problemas del paciente y el medico solo la enfermedad

### PROCESO DE ENFERMERÍA

#### Valoración

Recogida de información; historia de enfermería  
Examen físico. Análisis datos subjetivos, objetivos  
Identificación de la fortaleza y debilidad del paciente

#### Análisis de datos

#### Posible etiología

Identificac. causas posibles del problema  
Interesa la respuesta humana.

#### Preparación de hipótesis:

#### Verificación

#### Diagnostico de enfermería

Describe una respuesta individual a un proceso  
Patológico, circunstancia o situación  
El diag. puede variar según las reacciones humanas  
Guía las atenciones propias de la enfermería

Los diag. pueden aplicarse a cualquier cambio o  
alteración que experimentan las personas  
No hay una clasificación aceptada universalmente  
Complementaria del diag. medico  
Referencia a la percepción que tiene la persona de  
Su estado de salud

#### Plan de enfermería

Identificación objetivos

#### Intervención de enfermería

Determinación, observaciones de enfermería  
Educación de salud

#### Evaluación

Determinación y descripción de objetivos

### PROCESO MEDICO

#### Valoración

Recogida de información; historia clínica  
Examen físico, resultados de laboratorio  
Radiografías y otros estudios

#### Posible etiología

Identificac. de la causa y categoría etiológica

#### Diagnostico medico

Describe una enfermedad

Permanece invariable  
Guía la practica médica aunque hay técnicas  
que realiza la enfermera  
Solo aplicables en situaciones de enfermedad

Clasificación desarrollada y aceptada por profesión  
Complementario dig. enfermería  
Referencia fisopatologica de la persona

#### Pronostico

Proyección de resultados esperados

#### Tratamiento medico

Determinación y administración del tratamiento

## 5.- MODELOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

FUNCIONAL: Organizado por tareas

### Cuidados

- Atención organizada por tareas
- Repeticiones
- Dificultades para establecer una relación de continuidad
- No hay responsabilidad en la continuidad de los actos
- No hay colaboración activa del usuario
- 

### Información

- Parcelada
- Solo recoge aspectos que destaquen
- No hay seguimiento de la evolución
- No es posible el respaldo legal
- Ligad a un alto grado de subjetividad
- 

### Profesional

- Frustración
- Menor autonomía
- Falta de continuidad en los objetivos principales
- Difícil evaluación

EQUIPO: Tareas organizadas desde la supervisión (años 80 a 90)

CENTRADO EN EL USUARIO: Responsabilidad y asignación.

### Cuidados

- Existe un plan de cuidados escrito e individualizado
- Disminuyen los errores y repeticiones
- Mas seguridad para el usuario al tener este un punto de referencia
- Quedad garantizada la continuidad
- El usuario es colaborador en activo
- 

### Información

- Continua y completa
- Permite la detección de problemas potenciales
- Deja constancia de todo lo que sucede
- Tiene respaldo legal
- Permite el intercambio y la contrastación

### Profesional

- Aumenta el grado de satisfacción
- Mayor autonomía
- Continuidad en los objetivos
- Evaluación realizada por enfermería

## 6.- VALORACIÓN

Método sistemático de recogida de datos que consiste en la apreciación del sujeto con la finalidad de identificar las respuestas que este manifiesta en relación con las diversas circunstancias que le afectan; es decir identificando las necesidades potenciales o reales de la salud.

Fases:

1. Recogida de datos
2. Análisis y síntesis
3. Identificación de la respuesta

## 7.- RECOGIDA DE DATOS; DOCUMENTO

1º Es necesario disponer de un documento que:

- Ordene y oriente la recogida de datos
  - o Identificación del sujeto
  - o La valoración del estado de salud
  - o La identificación de la percepción que tiene el sujeto de la situación que vive
- Registre la información obtenida

2º Las características de los documentos de recogida de datos:

- Completos y multifocales
- Validados por varias fuentes
- Recogidos con instrumentos adecuados
- Ser objetivos, no juzgados
- Recogidos en formato sistemático
- Reflejar información actualizada
- Registrados y comunicados adecuadamente

3º Con la sistematización y continuidad de la recogida de datos conseguimos:

- Evitar la omisión de datos
- Identificar dudas significativas
- Actualizar la información

4º Métodos

- Observación: Sentidos
- Entrevista: Dirigida / No dirigida
- Exploración física : Inspección, palpación y auscultación
- Por sistemas; por aparatos; por patrones funcionales de salud
- Consulta de documentos

## 8.- VARIABLES QUE AFECTAN A LA RECOGIDA DE DATOS

1º El sujeto que recibe nuestra atención:

- Podrá ser un individuo, familia, grupo o comunidad
- Podrá tener diferentes niveles de salud

Por lo tanto, los documentos de recogida de datos podrán ser:

- Específicos
- Generales

2º El modelo o teoría que utilicemos

- Modelo de Henderson, V.

Recogida de datos alrededor de las 14 necesidades  
Modelo de suplencia y ayuda, modelo hospital antiguo

- Modelo Orem, D

Recogida de datos alrededor del déficit de actividades  
Independencia del paciente, se parte del enfermo y sus familiares; modelo de autocuidados

- Modelo Roper, N

Recogida de datos alrededor de las actividades de vida cotidiana  
Volver a la normalidad de la vida del paciente, aunque en ocasiones las situaciones cambien la vida del paciente

## 9.- ETAPAS DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

### ETAPAS.

1º Fase de análisis (inicio valoración)

- Clasificación y agrupación de los datos :
  1. Necesidades básicas
  2. Requisitos de autocuidados
  3. Patrones de respuesta humana
  4. Patrones funcionales de salud
  5. Dominios de enfermería
- Determinación de los datos identificados (los que ponemos etiqueta) y complementarios

2º Fase de síntesis

- Elección de una etiqueta diagnóstica
- Buscar la etiología (causa) o factor relacionado (puede favorecer un problema o desencadenarlo)

### 3º Fase de registro (inicio diagnostico)

- Diagnostico de salud, promover o fomentar la salud,  
La etiqueta, es el problema del paciente
  
- Diagnostico de riesgo reducir o eliminar los factores de riesgo por que aun no se han producido  
“Riesgo de... + factor riesgo (situación que puede favorecer un problema)”
  
- Diagnostico real, describe problemas actuales con manifestación (signos y síntomas)  
“Etiqueta + Factor de riesgo + Manifestación (signo/síntoma)”
  
- Diagnósticos posibles o dudosos, signos (se pueden medir) o síntomas (no se pueden medir)  
Se sospecha el problema  
“Manifestación (signo/síntoma) + Compatible con + Etiqueta problema”

## 10.- DIRECTRICES PARA REGISTRAR CORRECTAMENTE EL DIAGNÓSTICO

- Escribir el diagnostico con palabras que expresen respuestas del individuo y no a la actuación de la enfermera
- Utilizar la expresión “ relacionado con” mejor que “debido a”
- Escribir el diagnostico sin emitir juicios de valor
- Escribir el diagnostico con expresiones convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.(Es decir, registrar de forma objetiva, sin juicios de valor)
- Evitar invertir el orden de los componentes del enunciado diagnostico. (En 1º lugar se pone el problema “Etiqueta”, a continuación se pone la causa y por ultimo las manifestaciones)
- Evitar formular dos problemas a la vez
- Evitar expresar el diagnostico y la etiología utilizando conceptos que estén dentro del campo de actuación de la enfermera

## 11.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1. Describe la respuesta humana a problemas de salud. (La enfermería trata la respuesta de la enfermedad, no la enfermería en si)
2. Describe problemas reales o potenciales
3. Es un problema que refleja un juicio de enfermedad que procede de la valoración
4. Pruebas de salud referidos a individuos, familias o grupos
5. La enfermera responsable y capacitada para realizar el diagnostico

### Destrezas necesarias para diagnosticar:

- Conocimiento de las respuestas de los seres humanos
- Conocimiento de los elementos del diagnostico de enfermería
- Conocimiento de taxonomía diagnostico ( son los términos exactos que se han empleado; vocabulario científico de enfermería)
- Conocer y reconocer los datos identificados
- Contar con la posibilidad de error diagnostico

## 12.- PLANIFICACIÓN

- Supone un análisis de resultados de la etapa del diagnóstico
- supone identificar las posibles soluciones
- establecer patrones de evaluación
- determinar las acciones necesarias o estratégicas (Para encontrar la solución)
- información al resto del equipo

*La característica de la planificación es la “eficacia” y “eficiencia”. Se trata de conseguir las cosas con el mejor coste posible. (Lo mejor es enemigo de lo bueno)*

### Fases de la planificación.

- Fase de priorización  
Formas de diagnosticar las enfermedades de los pacientes
- Fase de objetivos  
Que es lo que queremos conseguir, como y cuando queremos conseguirlo

### Clasificación:

#### En función del tiempo

- A. Objetivo a corto plazo
- B. Objetivo a medio plazo
- C. Objetivo a largo plazo

#### En función del sujeto

- A. Objetivo de proceso o de enfermera
- B. Objetivo de resultado o del sujeto

#### En función real de incidencia

- A. Objetivo área cognitiva (conocimientos o habilidades que el cliente debe aprender)
  - B. Objetivo área psicomotora (desarrollo habilidades, manejo)
  - C. Objetivo área afectiva (cambios de actitudes, sentimientos o valores, cambio de vida)
- Determinación de actividades
  - Registro del plan ( que voy hacer, con quien, cuando lo voy hacer ...)

### EL OBJETIVO: CRITERIOS.

El objetivo señala:

- Una dirección para seleccionar la estrategia a seguir
- Una base para el diseño de la estrategia u orden, los materiales que necesitamos y método a seguir
- Los recursos de que disponen, tanto el cliente como la enfermera ( EL OBJETIVO TIENE QUE SER REALISTA)



### Criterios para la formulación de objetivos:

- 1) Estándares de enfermería.(Marco legislativo o deontológico y protocolos de actuación institución)
- 2) relacionar el objetivo con la respuesta humana. ( Reducción, resolución o desaparición problema)
- 3) centrar el objetivo en el cliente
- 4) El objetivo será claro y conciso & lo que se ha de evaluar se ha de conseguir de manera inequívoca)
- 5) El objetivo describirá un comportamiento medible y observable
- 6) El objetivo será realista
- 7) El objetivo tendrá limitaciones en el tiempo. (Hay que limitar cuando se va a producir, hay que poner plazos posibles).
- 8) Los objetivos deberán establecerse conjuntamente entre enfermera y cliente.

### 13.- EJECUCIÓN (ACTIVIDADES O INTERVENCIONES)

Las actividades o intervenciones de enfermería son las estrategias específicas diseñadas para un sujeto en concreto, con la finalidad de evitar complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual, y fomentar, conservar y restaurar la salud (OMS)

#### Características intervenciones:

- **Consecuentes:** Han de estar relacionadas, tienen que ser compatibles con el tratamiento o las acciones terapéuticas
- **Seguras:** No han de realizarse con riesgo para el paciente ni la enfermera
- **Individualizadas:** Es individualizado por que cada diagnostico se ajusta a un paciente por tanto el diagnostico es totalmente individualizado
- **Realista:** Hay que contar con los recursos de la enfermera, del paciente y de la institución

#### Tipo de intervenciones:

- Realizar valoraciones para identificar nuevos problemas y ver el estado de los ya existentes
- Llevar a cabo acciones de educación sanitaria. (Actividades para llevar a cabo acciones saludables al paciente)
- Consultar con otros profesionales
- Llevar a cabo acciones específicas de tratamiento
- Acciones que ayuden al sujeto en la realización de las actividades. (Programar un soporte de apoyo, un refuerzo de la situación, etc.)

### Registro del plan.

- Todas las intervenciones se registran en el documento con fecha y firma. ( No se delega nunca la responsabilidad a otra enfermera)
- Las intervenciones quedaran expresadas mediante verbos de acción concretos serán lo mas específicos posible.( Verbos de acción medibles )  
¿Quién?, ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Con que frecuencia?...

En caso de utilizar un protocolo podemos evitar escribir el cómo? , cuándo? e incluso la frecuencia, si ya seguimos una pauta de protocolo (este debe estar admitido)

#### ➤ Verbos de acción medibles:

Identificar, coger, describir, demostrar, realizar, compartir, relatar, expresar, explicar, aumentar, enumerar ausentar, verbalizar, disminuir, ejercitar, permanecer, comunicar, sentarse, toser, discutir, caminar

#### ➤ Verbos de acción no medibles:

Saber, comprender, apreciar, pensar, aceptar, sentir

### Análisis del problema del protocolo para determinar

- Si es el recomendado por el centro
- Si tiene referencia bibliografica y constan las bases bajo las cuales ha sido elaborado. ( Un protocolo anónimo no tiene creatividad)
- Si se respeta las normas de calidad de atención que marca la ley y el centro donde trabajamos

### Adaptación del protocolo al sujeto: (en base de los recursos humanos y materiales)

- Valorar los problemas directamente de sujeto
- Comprobar si los problemas identificados están contenidos en el protocolo o si hay problemas en el que nosotros no hemos detectado en el sujeto
- Formular algunos objetivos y actividades, y compararlos con los que figuran en el protocolo para poder incorporar y/o suprimir actividades.