

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

*Amparo Roldán de T.^a
María Stella Fernández de S.^b*

Resumen

La enfermería diagnostica y trata las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud; para ello, se basa en un amplio marco teórico. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica profesional; asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en este campo. En la presente compilación se exponen la conceptualización y los pasos del proceso de atención de enfermería.

Palabras clave

*Proceso de enfermería
Cuidados de enfermería
Diagnóstico de enfermería
Planificación de atención al paciente*

THE NURSING ATTENTION PROCESS

Summary

Nursing is the diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems. To do this, the nursing science is based on a wide theoretical framework. The

^a Enfermera Magister en Docencia. Profesora titular Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

^b Enfermera Magister Desarrollo Educativo Social. Profesora titular Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

nursing process is the method to apply this framework to the nursing practice. First, it ensures care quality for the patient's attention. Second, it gives the basis for the operative control and the way to systematize and research in this area. In this review, the authors expose the concepts and steps of the nursing attention process.

Key words

Nursing process

Nursing care

Nursing diagnosis

Patient care planning

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanente como sujeto de atención.¹ Esto le ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable y, a través de la práctica, necesaria.

La diferencia entre la enfermería y las demás disciplinas sanitarias, con las que se relaciona, reside en la profundidad y amplitud de foco de la enfermería. Las demás disciplinas se centran en algo más limitado que la enfermería. Es cierto que el especialista en nutrición sabe más de nutrición y el farmacéutico de farmacología terapéutica que cualquier enfermera. Sin embargo, cada enfermera aporta conocimientos de nutrición y farmacología a las relaciones con los sujetos de atención. El grado de estos conocimientos es suficiente en muchos casos; cuando resulta insuficiente, entonces hace falta una consulta. Ninguna otra disciplina posee esta variedad de conocimientos, lo cual explica por qué han resultado costosos y finalmente un fracaso los intentos por sustituir la enfermería por otras disciplinas.²

Profesión es la acción y el efecto de profesar. Esta definición indica el compromiso con principios y teorías científicas, a los cuales se profesa un afecto sincero, es decir, la adhesión a un conjunto de prácticas, aceptadas, que involucran un código de ética profesional, el dominio del conjunto de conocimientos científicos y la relación con otras profesiones. La sociedad le concede a la profesión un reconocimiento, le demanda un trabajo específico y le otorga la autonomía para poderlo realizar. Esta decide qué hacer, cómo hacerlo y quién debe hacerlo.

A partir de la Segunda Guerra Mundial la enfermería inicia su transformación, pues busca crear un marco conceptual que le sea propio. De allí nacieron las teorías de enfermería; una teoría es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos; estos conceptos y enunciados teóricos se

*interrelacionan y están sujetos a comprobación.*³ La teoría, además, es útil como soporte del quehacer profesional.

Quienes han teorizado tienen una filosofía de lo que es la profesión y su quehacer; dicha filosofía constituye el fundamento de su teoría y refleja el estado del conocimiento científico de la época en la cual fueron elaboradas. Los productores de teorías tuvieron como base, entre otras, las siguientes fuentes: 1) su propia educación, 2) su experiencia, 3) la observación, 4) la interacción con profesionales de enfermería y otras disciplinas y 5) los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.

Las teorías sirven de guía en los procesos de atención y son el fundamento para la aplicación del proceso científico. Brindan autonomía profesional porque orientan las funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina. Cada teoría proporciona los criterios para dirigir la valoración; la organización y el análisis de los datos; la elaboración de diagnósticos; y la planeación, ejecución y evaluación de la intervención de enfermería.

Proceso de atención de enfermería

*Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud,*⁴ para ello, se basa en un amplio marco teórico. *El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería.*⁵

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

Importancia del proceso de enfermería

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y

hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.⁴

Ventajas del proceso de atención de enfermería

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. A la otra parte, el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional; permite asignar los sujetos de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.

En resumen, el uso del proceso de atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención.⁶

Indicadores del proceso de enfermería

El propósito del proceso es *dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral*⁵. Se organiza en cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente. El proceso de atención tienen como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.

Fases del proceso de atención de enfermería

Como se mencionó anteriormente, el proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación.

La primera fase es la de recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas —presentes, potenciales o posibles— en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro: facilita entonces la intervención de enfermería, y se logra a través de las siguientes etapas:

1. Recolección de la información de fuentes variadas (sujeto de atención, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio

y otras pruebas diagnósticas).⁹ Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.

2. Organización de los datos, validación de los mismos e identificación de las alteraciones. Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.

Los datos recolectados y organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, la familia o la comunidad. Esto tiene varios propósitos como lo anota Iyer P:

...establece una forma mecánica de comunicación entre los miembros del equipo de salud...; la anotación completa ayuda a eliminar la repetición de interrogatorios y exploraciones realizados por el personal de salud; y ...Permite al profesional de Enfermería desarrollar diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería.⁵

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.

En la novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición:

un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.⁷

La formulación de diagnósticos de enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos en forma eficaz. En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la *creación de una taxonomía diagnóstica propia*.

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

Los diagnósticos se clasifican según características. Según Carpenito un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible.⁷ El de bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar. El diagnóstico real describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar. El posible señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.⁷

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

Los siguientes ejemplos, tomados de Carpenito, ilustran los componentes de los diferentes tipos de diagnósticos:⁷...

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

El diagnóstico de enfermería tiene un componente estructural: problema, etiología, y signos y síntomas y un componente taxonómico, cuya base son los criterios para organizar la información recolectada, de acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería, según el marco o modelo conceptual escogido: teoría de autocuidado de D Orem; necesidades humanas de A Maslow, o patrones funcionales de M Gordon.

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

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

Es necesario valorar los patrones de normalidad del sujeto de atención para poder ubicar sus respuestas dentro del contexto, pues esta normalidad depende de la cultura, la educación, el trabajo y las experiencias anteriores de cada individuo. En algunos casos un problema evidente tiene causa desconocida, entonces se formula el diagnóstico de enfermería con el problema identificado r/c causa desconocida, lo cual genera actividades de búsqueda de la etiología.⁸

Cuando se va a elaborar el diagnóstico de enfermería se deben tener en cuenta algunas reglas: 1) usar términos técnicos; 2) evitar juicios de valor, supuestos o deducciones; 3) escribir el diagnóstico como respuesta o problema del sujeto de atención; 4) la primera parte sólo debe enunciar problemas del sujeto de atención; 5) escribir *con relación a* o *relacionado con* en vez de *debido a*; 6) la primera y segunda parte deben ser diferentes; 7) evitar invertir las dos partes del enunciado; 8) no utilizar el diagnóstico médico y 9) el problema y la etiología deben expresar lo que se debe modificar. Antes de registrar un diagnóstico conviene verificar su exactitud con el sujeto de atención.⁵

Al redactar el diagnóstico se pueden cometer errores como: escribir más de un problema en un solo enunciado; elaborar diagnósticos confusos; expresar problemas de enfermería y no problemas del sujeto de atención; hacer enunciados muy extensos o imprecisos e inespecíficos; omitir la perspectiva del sujeto de atención sobre sí mismo y su salud, e invertir los componentes.

Si se siguen las reglas mencionadas anteriormente y no se comenten estos errores, se obtendrá un buen diagnóstico y con este las siguientes ventajas:

1. Facilita abordar el cuidado del sujeto de atención en forma individualizada
2. Facilita la comunicación profesional
3. Ayuda a determinar resultados en el sujeto de atención
4. Ayuda al profesional de enfermería a articular con claridad el ámbito de la práctica.

La tabla 1 muestra las diferencias entre el diagnóstico de enfermería y el diagnóstico médico.

*En la práctica clínica el médico centra su atención en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o, cuando esto no es posible, en el control de los signos y síntomas.*⁹ Los profesionales de enfermería, por el contrario, dirigen su atención a la identificación de las respuestas del sujeto de atención a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.

Tabla 1. Diferencias entre los diagnósticos de enfermería y médico

| Diagnóstico de enfermería | Diagnóstico médico |
|---|---|
| Describe una respuesta humana a los problemas de salud. | Describe una situación patológica o de enfermedad. |
| Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención. | Se mantiene en tanto la enfermedad esté presente. |
| Es tratado por la enfermera en el entorno de la práctica de enfermería. | Es tratado por el médico en el entorno de la práctica médica. |
| La mayoría de las veces tiene que ver con la autopercepción del sujeto de atención. | La mayoría de las veces tiene que ver con los cambios fisiopatológicos. |
| Puede aplicarse a alteraciones de individuos o colectivos. | Se aplica solamente a las enfermedades de individuos o colectivos. |

Un diagnóstico médico puede sugerir o generar uno o varios diagnósticos de enfermería. Por ejemplo, el diagnóstico médico úlcera péptica puede producir el diagnóstico de enfermería, dolor relacionado con úlcera péptica.

El diagnóstico de enfermería es esencial porque es un juicio que encadena la recolección de la información con el planeamiento del cuidado.

Quando se emite un diagnóstico de enfermería la responsabilidad de confeccionar y ejecutar el plan de cuidados recae sobre el profesional que lo ha emitido, mientras en el caso de los problemas interdependientes, el profesional de enfermería colabora con el equipo de salud para el tratamiento.⁹

Finalmente, el diagnóstico de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería en 1) *independientes* (las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería; se derivan de la visión global de su sujeto de atención); 2) *dependientes* (aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las órdenes médicas); o 3) *interdependientes* (son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud).⁵

La tercera fase del proceso de atención es la planeación de la atención de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).⁵

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas; determinación de objetivos con el sujeto de atención y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarlo a lograr los objetivos.¹⁰

1. Establecimiento de prioridades

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera y el paciente determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Además, la determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos. Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de forma simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.¹⁰

El siguiente criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades: la jerarquización de las necesidades se hace según la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería. Por ejemplo, utilizando la teoría de Maslow para guiar el suministro de atención de enfermería, el profesional debe 1) aliviar el dolor del sujeto de atención (una necesidad fisiológica) antes de fomentar la higiene matutina (autoestima); 2) satisfacer las necesidades que el sujeto de atención siente más importantes, siempre y cuando no interfieran con el tratamiento médico o con la supervivencia y 3) considerar el efecto de problemas potenciales futuros al establecer prioridades.¹⁰

2. Determinación de objetivos (metas esperadas). *Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.*¹¹ Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.⁵

3. **Planeación de las intervenciones de enfermería.** Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.⁵

Antes de enunciar la cuarta fase se mencionarán las características de las órdenes de enfermería. Estas deben ser coherentes con el plan de atención, estar basadas en principios científicos, ser individualizadas para cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleva a cabo la acción, indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever, indicar la hora, el intervalo, la continuidad y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería.

Siempre deben quedar escritas porque además de facilitar la comunicación son un elemento de control para verificar el cumplimiento de las metas. Pueden escribirse varias acciones para el logro de una meta y a medida que el sujeto de atención va mejorando o empeorando su estado, van modificando cuantas veces sea necesario.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia de la enfermera y cuáles son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.¹⁰

La ejecución es la cuarta fase de las cinco que componen el proceso de enfermería. La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería. Consiste de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.¹⁰

1. **Validación del plan de atención.** Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con

el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.

2. **Documentación del plan de atención.** Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados. Los primeros son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes estandarizados con modificaciones, que permiten la individualización, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar. Los planes de cuidado computarizados se pueden elaborar en la terminal del cuarto del sujeto de atención o en un control central, una vez validada e introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o cuando se necesite. Los planes computarizados permiten elaborar planes individualizados y estandarizados con modificaciones.⁵

Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de enfermería puede proceder a dar la atención como se planeó. La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería.¹¹ En Colombia la información se consigna en la hoja de observaciones de enfermería. Además, se utilizan las hojas para otros registros como control de líquidos y signos vitales, entre otros.

Existe una forma adicional, la forma de documentación por problemas o evolución de enfermería basado en SOAPIER: S, signos subjetivos; O, signos objetivos; A, valoración (assessment); P, plan; I, implementación, intervenciones; E, evaluación; R, revaloración.

3. **Continuación con la recolección de datos.** A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continúa la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.⁵

La quinta, y última, fase es la evaluación. Esta es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.

1. **La evaluación del logro de objetivos.** Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan

de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Lo cual puede ocurrir de dos formas. La primera un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. La segunda es un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.

El resultado debe quedar escrito en la historia dentro del plan. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el profesional de enfermería indicará en el plan que el objetivo se logró. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación.

2. **La revaloración del plan.** Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones: 1) que las prioridades hayan cambiado su orden, 2) que haya surgido un nuevo problema, 3) que el problema haya sido resuelto, 4) que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe y 5) que el objetivo no se logró o sólo se logró en forma parcial.

Ante cualquiera de los anteriores resultados el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones como cambiar el orden de prioridad de los problemas; elaborar nuevos diagnósticos de enfermería con base en los nuevos problemas; eliminar los diagnósticos de los problemas resueltos; replantear nuevas metas y acciones para solucionar el problema persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logró o sólo se logró parcialmente.

En cuanto a este último punto, las razones más frecuentes para no alcanzar el resultado enunciado son: el diagnóstico de enfermería, del cual se deriva el objetivo, es inadecuado; el diagnóstico es adecuado pero el objetivo es irreal para las capacidades del sujeto de atención para los recursos con que se cuenta; el diagnóstico y el objetivo son adecuados pero las acciones de enfermería no lo son para alcanzarlo; y el diagnóstico, el objetivo y las acciones son adecuados pero las circunstancias del hospital cambiaron o del sujeto de atención cambiaron, o se indicaron nuevas órdenes médicas opuestas al plan de atención de enfermería.¹¹

3. **La satisfacción del sujeto de atención.** Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que

el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla con él.¹²

Es importante resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de enfermería, esto se hace en la revaloración del plan. La evaluación y revaloración ayudan al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención; y permiten diseñar protocolos de atención de enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente.

Finalmente, se presenta un ejemplo de aplicación del proceso de enfermería.

Hombre de 64 años de edad, viudo, jubilado de Mancesa S.A., donde desempeñó el oficio de pulidor de baldosas por 35 años. Natural de Amagá, residente en Itagüí hace cuarenta y seis años, católico, escolaridad tercero de primaria. Vive con una nieta de veinte años en casa propia, recibe pensión de jubilación por un salario mínimo.

Consultó por “dificultad para respirar desde hace dos días” la cual ha venido aumentando hasta presentar disnea de reposo que le impide realizar hasta las actividades de autocuidado. Relata fiebre subjetiva, expectoración amarilla, viscosa, tos poco productiva, ansiedad, cefalea y confusión mental desde hace ocho días.

Tiene antecedentes de gripas frecuentes, bronquitis crónica diagnosticada médicamente; fumador de una cajetilla de cigarrillos diaria por 35 años hasta hace nueve años.

Signos vitales:

Presión arterial: 150/90

Pulso: 124 por minuto

Temperatura: 38,5 °C

Frecuencia respiratoria: 28 por minuto

Gases artificiales y pH:

pH 7,32

Ejemplo de aplicación del proceso de atención de enfermería

| Problema | Diagnóstico de Enfermería | Meta | Órdenes de enfermería | Evaluación | Revaloración |
|---|---|--|--|--|---|
| Incapacidad para eliminar secreciones | Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c abundancia y viscosidad de las secreciones | Mejorará la permeabilidad de las vías aéreas en 72 h | Aumentar la ingesta de líquidos a 2 o 3 L al día, si no hay contraindicación Enseñar el método correcto para la tos eficaz | Utiliza el método correcto para realizar la tos eficaz La tos es productiva | Si las intervenciones de enfermería no resuelven totalmente el problema, agregar la realización de drenaje postural, percusión y vibración Revisión médica |
| Incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) | Intolerancia de la actividad r/c inadecuada oxigenación y fatiga | En una semana será capaz de realizar las AVD sin manifestar fatiga | Evitar actividades y factores que aumentan la demanda de oxígeno (temperatura extrema, estrés y otros) Recomendar técnicas de ahorro de energía Acompañarlo en las actividades que demandan esfuerzo Aumentar gradualmente las actividades según tolerancia Enseñar técnicas de respiración eficaz Después de la actividad buscar respuestas anormales al aumento de la actividad (taquipnea, taquicardia, hipotensión o vértigo) | Realiza las AVD sin fatiga No presenta respuestas anormales con las AVD Coordina las actividades con la respiración eficaz | |
| Ansiedad | Ansiedad r/c dificultad para respirar | En dos días expresará sentirse más tranquilo | No dejarlo solo durante los periodos de dificultad respiratoria Animarlo a usar las técnicas respiratorias durante los momentos de ansiedad aguda Enseñarle técnicas de relajación cortas y sencillas Proporcionar un ambiente tranquilo y seguro | Expresa aumento en su nivel de bienestar psicológico y fisiológico Se observa Tranquilo | Si no se logra la meta: reducir estímulos ambientales para favorecer la relajación Ofrecer ayuda si la necesita Enseñarle a concentrarse en la respiración diafragmática con labio fruncido |

PaCO₂ 44 mmHg

HCO₃ 26 mEq/L

SaO₂ 75%

Exceso de bases: -4

Además de los diagnósticos de enfermería desarrollados en el ejemplo, deben explorarse otros problemas comunes en las personas con esta enfermedad, de los cuales pueden surgir otros diagnósticos de enfermería como por ejemplo: 1) riesgo de alteración de la nutrición (por defecto r/c anorexia secundaria a disnea, halitosis y fatiga), 2) alteración de la comunicación verbal r/c disnea, 3) trastornos del patrón del sueño r/c tos e incapacidad para adoptar la posición de decúbito y 4) riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud r/c conocimiento insuficiente del problema, tratamiento farmacológico, prevención de la infección, tratamiento nutricional, descanso y actividad, ejercicios respiratorios y cuidados domésticos. Después de identificar y priorizar los problemas, se debe recurrir a una lista actualizada de diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA, para proceder a elaborar los diagnósticos pertinentes.

Referencias bibliográficas

1. Marriner A. *Modelos y teorías de enfermería*. Barcelona: Ediciones Rol; 1989:305.
2. Carpenito LJ. *Planes de cuidado y documentación en enfermería*. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1994:5.
3. Griffitt JW, Christensen PJ. *Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos*. México: El Manual Moderno; 1986:6.
4. López P. Proceso de Enfermería. *Rev Iberoamericana de Geriatria y Gerontología* 1994; 10:37-38.
5. Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. México: Interamericana McGraw-Hill; 1993:13.
6. Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 1983:7.
7. Carpenito LJ. *Manual de Diagnóstico de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993:XXVIII.
8. Luis MT. *Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial*. Barcelona: Mosby, Doyma Libros; 1996:6.
9. Luis MT. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica. *Rol de Enfermería* 1991; 14:62.
10. Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.
11. Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 2ª ed. México: McGraw-Hill, 1983:32.
12. Phaneuf M. *Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería*. Madrid: Interamericana; 1993:139.

Fecha de recepción: octubre de 1998