



Universidad de Valladolid

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA

“DR. SALA DE PABLO”

SORIA

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**Utilización del Proceso Enfermero en
el ámbito de Atención Primaria en
España: Revisión bibliográfica.**

Estudiante: Raquel Villazán Carpintero

Tutelado por: María Ángeles Ferrer Pascual

Soria a 18 de junio de 2014

ÍNDICE

1. Resumen	1
2. Introducción	2
2.1. Características del trabajo de enfermería en atención primaria.	11
2.2. Guías metodológicas en el trabajo de atención primaria.	12
3. Objetivos	14
4. Metodología	14
4.1. Resultados	14
5. Análisis de los resultados	16
5.1. Utilización del proceso enfermero en el ámbito de atención primaria.	16
5.2. Dificultades para llevarlo a la práctica	17
5.3. Beneficios de aplicar el proceso enfermero	21
5.4. Estrategias de implantación	21
6. Conclusiones	22
7. Bibliografía	26
Anexos	29
▪ Tabla 1: Resumen de la búsqueda bibliográfica	
▪ Tabla 2: Tipo de artículos analizados	



1. Resumen

Este trabajo fin de grado se lleva a cabo mediante una revisión bibliográfica realizada en el contexto de España, con el objetivo de identificar la utilización del Proceso Enfermero (PE) en el ámbito de Atención Primaria (AP), así como la identificación de las dificultades y beneficios de su aplicación práctica. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de la Biblioteca Virtual de la salud, Cuiden y PubMed. Se analizaron un total de 13 artículos que respondían al objetivo de estudio y a los criterios de inclusión. Tras el análisis de los resultados se observa que es bajo el porcentaje de EAP que no utilizan el PE, aunque no por ello deja de ser importante, y la aplicación de este es muy variable de unos EAP a otros dando como resultado cuidados de baja calidad. Las dificultades que se identifican son: la falta de unanimidad, falta de formación, tendencia a una posición biomédica y otras condiciones que se dan en el ambiente de trabajo. Los beneficios de utilizar el PE como favorecería las personas cuidadas, los profesionales e instituciones, su aplicación, no se han encontrado datos objetivos que lo demuestren, tan solo se nombran en las justificaciones de los artículos y rasgos generales las bondades de este. Por lo tanto, como conclusión, parece necesario que los profesionales de enfermería aumenten su confianza en el PE, mediante la formación e investigación, para que puedan adoptando con el rigor que se merece y demostrar a la sociedad nuestra aportación específica.

Palabras clave: Proceso Enfermero, Atención Primaria, Metodología Enfermera, aplicación, Enfermería Familiar y Comunitaria.

Keywords: Nursing Process, Primary Care, Nursing Methodology, application, family and Community nursing.



2. Introducción

La profesión de enfermería en los últimos 50 años ha evolucionado satisfactoriamente gracias al fomento de la investigación y del desarrollo de estrategias metodológicas (PE) propias de la profesión, que nos dotan de una identidad profesional y delimitan el cuerpo de conocimientos propios. La enfermería se encuentra en un periodo de afianzamiento, pues cuenta con un saber propio y específico reconocido. Son los propios enfermeros quienes asumen las responsabilidades del cuidado de la salud, pero, ¿la enfermería está preparada para desarrollarse plenamente como disciplina o nos faltan todavía elementos esenciales para ello? Parece obvio que los profesionales de enfermería han asumido estas responsabilidades, pero ¿realmente la práctica se ha fundamentado en el cuidado con la utilización de la metodología propia como lo es el PE?

*“La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (PE), el método científico aplicado a los cuidados”*¹. Éste tuvo sus inicios en la primera mitad del s. XX en los Estados Unidos de América y Canadá. En estos años se trabajó y se desarrolló en el ámbito de la enseñanza. Fue en los años 1970 cuando se extendió en la práctica clínica, de tal forma que se crearon leyes que regulaban la práctica de las profesiones sanitarias en los Estados Unidos de América y Canadá, reconociendo así que el uso del PE es una de las responsabilidades de la profesión de enfermería.

En España también existen leyes que reconocen que el PE es parte de la profesión de enfermería, como es el Real Decreto 1231/2001, de Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería, donde:

El artículo 53 establece que: *“es responsabilidad del enfermero proporcionar cuidados propios de su competencia y que para ello tendrá los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, sus funciones biopsicosociales en el estado de bienestar de enfermedad, **del método científico aplicable**, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello de medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano referido a la prevención de*



la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayudar a una muerte digna.”².

El PE asegura cuidados de calidad, de tal modo que su aplicación está justificada en el artículo 54.1 donde reconoce que: *“Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles”*².

Con el PE se pueden individualizar los cuidados según las necesidades de las personas, teniendo en cuenta la dimensión, física, psíquica, social y espiritual de esta. Este cuidado integral e individualizado también se ve reflejado en el artículo 54.2 según el cual: *“incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención”*².

Es en los años 60 del siglo XX, cuando la profesión de enfermería avanza gracias al respaldo de la ley como se puede ver reflejado anteriormente y al esfuerzo emprendido por muchos de los profesionales dedicados a desarrollar modelos de enfermería. Estos modelos han conseguido brindar las bases para elaborar las teorías que han permitido progresar en el conocimiento de la profesión. Aunque ya en 1859 la famosa teórica Florence Nightingale expuso una visión muy acertada sobre lo que pretende ser la enfermería hoy en día. Como Florence Nightingale, todos los profesionales de enfermería tienen una visión individual de la profesión, que depende en gran medida de la formación recibida y de las circunstancias de su trabajo.

El concepto de nuestra profesión se empieza a forjar en las universidades, en estas se nos dan herramientas básicas a los estudiantes en la aplicación del método científico, de las etapas del proceso de atención de enfermería y del enfoque de calidad,



y se espera que se implementen en la práctica asistencial, algo que no siempre es así. A menudo existe una dicotomía entre la teoría y la práctica. De tal modo que como el concepto de nuestra profesión también se consolida en la práctica de enfermería, si en esta se dan las condiciones para que el PE se desarrolle con normalidad, el profesional probablemente actuará en consecuencia con este, y si de lo contrario llevar a cabo el proceso enfermero está dificultado por las condiciones del entorno, el profesional restará importancia al PE y su actitud frente a este posiblemente sea negativa.

“El PE es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo”¹.

Como metodología que es, está sistematizada y organizada en cinco fases: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, que son muestra de la aplicación del método científico en los cuidados.

1ª Etapa-Valoración: *“Proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes”¹.*

Es una de las etapas más importantes del proceso. Es donde se recopilan los datos que permiten tener una información amplia sobre el estado de salud-enfermedad de la persona. Fundamentalmente se buscan evidencias de posibles alteraciones o factores de riesgo que pueden poner a la persona en una situación de necesidad de cuidados. Al mismo tiempo que se buscan posibles recursos y capacidades en la persona para poder solventarlos.

Para la recogida de datos se debe utilizar un modelo a seguir. Esta recogida de datos puede organizarse siguiendo un modelo de enfermería como puede ser las necesidades básicas de Virginia Henderson, aparatos o sistemas corporales, patrones funcionales de salud de M. Gordon estos u otros modelos y formatos de registros pueden estar implícitos en las distintas herramientas de trabajo utilizadas para realizar la valoración y otras etapas del PE. Los programas informáticos OMI-AP, Medora,



(algunos de los más utilizados en el ámbito de Atención Primaria) están integrados en la historia clínica informatizada.

En esta primera etapa, el profesional de enfermería se orientará en cuanto al grado de autonomía o de dependencia de la persona, pero nunca determina los posibles problemas, pues no dispone de toda la información necesaria. La recogida de datos se debe hacer en más de una intervención. La primera más exhaustiva, y las siguientes (tantas como se precise) más puntuales en el tiempo. Estas últimas suelen ser para contrastar información relevante.

La obtención de los datos se realizará utilizando los siguientes métodos:

Directos:

- Entrevista: En la cual la fuente de información es la propia persona. Para que sea eficaz deben tenerse en cuenta detalles importantes como: intimidad, lugar cómodo, habilidades comunicativas del entrevistador, confianza, etc.
- Escalas y cuestionarios: Son instrumentos validados que nos dan información del estado de salud-enfermedad de la persona. Algunos ejemplos son: el Test de Barber, Norton, Barthel, la escala Zarit, etc.
- Exploración física: Mediante la cual vamos a recoger los signos de salud-enfermedad como pueden ser la recogida de parámetros biológicos tales como: la temperatura, el pulso, la tensión arterial, la antropometría, etc.
- Observación: Impresión clínica de los síntomas, comportamientos y situación de la persona que nos guiará a la hora de determinar las manifestaciones de dependencia e independencia.

Indirectos:

- Familiares y entorno de la persona: A través de ellos se complementa la información con otra perspectiva de la realidad. Útil para confirmar o contraponer los datos recogidos de la persona.
- Otros miembros del equipo de salud: Es la información aportada por otros profesionales como puede ser el médico, psicólogo, trabajador



social, fisioterapeuta etc, también encargados de la atención de la persona.

- Informes: Históricos o actuales que recogen procesos de salud-enfermedad puntuales y que complementan la información recopilada hasta el momento.
- La historia clínica: Documento imprescindible de consulta para la obtención de información, siempre que exista debemos utilizarlo, pues “comprende el conjunto de los documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”³.

Los datos recogidos deben quedar reflejados en los registros de enfermería.

Es responsabilidad de la enfermera validar toda la información de recogida para poder pasar a la etapa diagnóstica, comprobando así, que los datos son exactos, veraces, suficientes y completos.

Estos deben seguir el orden lógico del formato de valoración que previamente se haya elegido (estar agrupados por necesidades, patrones, etc). También buscan las posibles relaciones entre los distintos datos.

2ª Etapa-Diagnóstico: El Diagnóstico Enfermero es el “*Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable*”¹.

Una vez organizados los datos, hay que determinar las relaciones que existen entre estos, ver cómo la alteración de unas necesidades pueden influir en otras. Es el momento de discernir si nos encontramos ante un Diagnóstico de Enfermería (real o potencial), el cual es establecido con plena autonomía por parte del profesional de enfermería, o ante un Problema de Colaboración (real o potencial), para el cual necesitamos la intervención de otros profesionales.



Para nombrar o etiquetar estos diagnósticos se utiliza la “Taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)” que es la clasificación de todos los diagnósticos enfermeros.

Los Diagnósticos Enfermeros detectados pueden ser Reales de Riesgo o de promoción de la salud.

Diagnósticos Enfermeros (DE)

- DE Real. Es cuando el juicio sobre las respuestas humanas es un hecho patente y las características definitorias (manifestaciones del problema) se dan en el momento de la valoración.
- DE de Riesgo. Describe posibles respuestas humanas, ante la existencia de factores de riesgo, que pueden desencadenar un problema de salud de no iniciarse las medidas preventivas oportunas.
- DE de Promoción de la Salud. Se utiliza cuando el individuo, familia o comunidad se encuentra en una situación de salud, en la que se quiere aumentar la calidad de vida generalmente con la adquisición de nuevos conocimientos, potenciando así la autonomía sobre su salud.

Problemas de Autonomía.

- Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades por falta de conocimientos, fuerza o voluntad. En este caso es el profesional de enfermería el que suple al individuo llevando a cabo estas actividades o capacitando a un cuidador responsable de su cuidado.

Problemas de colaboración:

- Son complicaciones que pueden ser reales, cuando se trate de problemas presentes en el momento de la valoración, o potenciales, si existen factores de riesgo que los pueden desencadenarlos. Son derivadas de la enfermedad o el tratamiento y es el profesional de enfermería el que tiene que llevar a cabo una serie de actividades para las cuales no tiene plena autonomía, sino que dependen del juicio clínico de otros profesionales, que por lo general es el médico.



3ª Etapa-Planificación. *“Establecimiento de Prioridades para el abordaje de los problemas. Establecimiento de Resultados (objetivos) de forma clara de tal manera que orienten y guíen la actuación enfermera, formulados en términos de conducta observable del individuo”¹.*

Para clasificar los objetivos esperados se utiliza la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification).

Una vez fijados los objetivos, debemos planificar una serie de actividades e intervenciones dirigidas a actuar por un lado, si se trata de Diagnósticos Reales, sobre los factores relacionados que los causan. En caso de tratarse de Diagnósticos de Riesgo las intervenciones se centrarán en la prevención de los factores relacionados cuando se o cuando se trata de Diagnósticos de Salud las actividades irán dirigidas principalmente a aumentar los conocimientos.

Por lo tanto el Plan de Cuidados, es el registro donde quedan reflejadas las intervenciones que vamos a realizar para conseguir los objetivos que nos hemos propuesto. Estas actividades han sido pactadas previamente con la persona, fomentando así la participación en su cuidado. El registro de estos permite la continuidad de los cuidados y la comunicación entre los profesionales.

Para clasificar las intervenciones se utiliza la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (Nursing Interventions Classification).

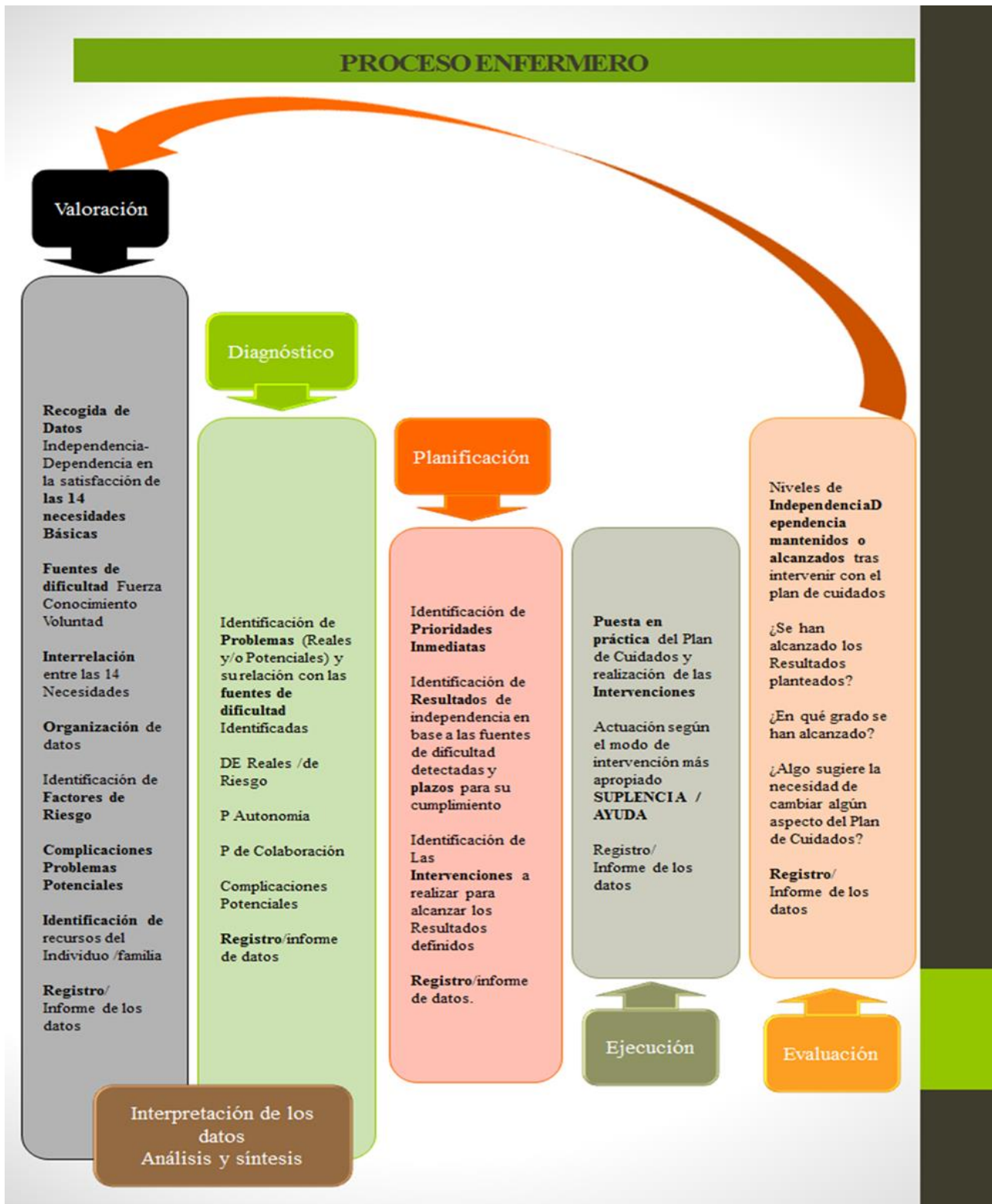
4ª Etapa-Ejecución. *“Puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los Objetivos establecidos en el plan de cuidados, con tres pasos definidos”¹.*

Para llevar a cabo el plan de cuidados, previamente se debe contar con los conocimientos y los recursos de la persona, adaptándolo a su situación. Posteriormente se realizan las actividades valorando continuamente la respuesta del individuo y la adecuación del plan de cuidados. Por último se registran las actividades y las respuestas del individuo.

5ª Etapa-Evaluación: *“La evaluación está presente en cada una de las etapas descritas, de forma continuada, y en cada una de ellas se evalúa”¹.*



Es la última etapa del PE, en esta se evalúa la consecución de los objetivos establecidos y en qué grado se han cumplido. Dependiendo de la respuesta del individuo ante una situación, se decide si es necesario introducir algún cambio en el plan de cuidados



Nota Fuente; Bellido JC, Lendínez JF. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Madrid: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. p. 25.



2.1. Características del trabajo de Enfermería en Atención Primaria.

Es necesario aplicar el PE en todos los entornos asistenciales, pero es en Enfermería de Atención Primaria donde es más fácil de llevar a cabo el PE, por las características que se describen a continuación.

La continuidad en el tiempo. La enfermera de atención primaria acompaña al individuo, familia o comunidad a lo largo de la vida. En este largo periodo en el que suceden múltiples acontecimientos vitales para la evolución y desarrollo. Donde la enfermera puede desarrollar sus cuidados orientándolos de manera que ayuden a vivirlos en toda su dimensión. Al ser continuos en el tiempo, la información disponible y el conocimiento del profesional es más amplio, por lo que el abordaje de los cuidados también es más preciso. No ocurre así en otros entornos asistenciales donde la atención es en un momento determinado del tiempo y que en la mayoría de las ocasiones la enfermera no vuelve a tener contacto con la persona.

Los cuidados se prestan donde viven y trabajan las personas. Esta situación hace que la enfermera de atención primaria, también disponga de más información del entorno en el que vive el individuo, familia o comunidad. Pudiendo así detectar el profesional más fácilmente los factores que influyen negativamente o de lo contrario aportar información de los recursos disponibles en la comunidad que pueden ayudar a satisfacer las necesidades de la población.

La participación de los ciudadanos. La enfermera de atención primaria dispone de una agenda de trabajo que gestiona en función de la “demanda” asistencial. La organización del trabajo se establece en gran parte en consenso con la persona, por esta razón se facilita la participación de los ciudadanos, y hace más fácil y eficaz su intervención a diferencia de otros entornos asistenciales en los que las actividades están más relacionadas y organizadas mediante tareas y protocolos en donde el paciente tiene poca o nula capacidad de decisión. “La población interviene en todas las fases de diagnóstico, planificación, ejecución, control y evaluación. Cuanta más capacidad de influir en las decisiones alcance la población, más eficaz, real y democrática será su participación”⁴.



Trabajo en equipo interdisciplinar. El trabajo en equipo no es una característica exclusiva de la enfermería de atención primaria, pero es destacable la relación fecunda que se da entre las distintas disciplinas, que se coordinan e interactúan los distintos agentes sanitarios. La enfermería comunitaria participa de manera específica en todas las funciones del equipo.

Aunque estas características del trabajo en enfermería de atención primaria hacen que sea más fácil utilizar el PE, estas no justifican la no utilización en otros entornos asistenciales. “Pues si el modelo conceptual es la manera de interpretar la realidad desde la disciplina, parece lógico pensar que esa interpretación ha de ser similar, independientemente del lugar donde se ejerza la profesión, siendo necesario realizar siempre una adaptación del modelo conceptual al medio en el que se va a utilizar y a partir de este llevar a cabo todo el PE”⁵.

2.2. Guías metodológicas en el trabajo de atención primaria.

Los Profesionales de Enfermería que trabajan en Atención Primaria llevan a cabo el PE integrando a su vez diversas guías metodológicas que forman parte del trabajo de enfermería de atención primaria como son: La Cartera de Servicios de Atención Primaria (CS AP) o los planes de cuidados estandarizados.

La Cartera de Servicios.

“La Cartera de Servicios de Atención Primaria (CS AP) ha sido desde los años 90 un instrumento clave para la organización de la atención y la gestión de la AP en España, así como para la introducción de criterios de calidad explícitos en las prestaciones sanitarias ofrecidas a la población desde el primer nivel de atención, y su evaluación sistemática”⁶.

La cartera de servicios es un instrumento más que utilizan los profesionales de enfermería. “Representa, en consecuencia, la respuesta que desde Atención Primaria se da a las necesidades y expectativas de salud de la población de forma equitativa y homogénea”⁷. En los servicios se describe la población diana, los criterios de inclusión y el indicador de cobertura. Estos nos ayudan a utilizar el PE, así por ejemplo, si nos



encontramos ante un paciente con un IMC mayor de 30, sabemos que está dentro de la población diana y que debemos atender ese problema a través del que correspondiese dentro de dicha Cartera de Servicios. En la etapa de valoración la Cartera de Servicios nos orienta a identificar los datos prioritarios respecto a este tema como pueden ser en el ejemplo citado anteriormente, los antecedentes personales, los hábitos tóxicos los antecedentes familiares, los tratamientos farmacológicos que realiza, la conducta alimentaria y el ejercicio físico. En la etapa de ejecución nos enfoca los dos aspectos más importantes que debemos de abordar como son: tipo de dieta, consejo sobre ejercicio físico. Así en la etapa de evaluación nos guía en cuanto a los aspectos importantes a vigilar como es el peso, la adherencia al tratamiento, consejo sobre medidas higiénico-dietéticas.

Este junto con los planes de cuidados estandarizados nos orientan a la hora de fijar prioridades en las distintas etapas del PE.

Planes de cuidados estandarizados

Los planes de cuidados estandarizados son instrumentos que pretenden servir de modelo y guía en la atención asistencial del profesional de enfermería, promoviendo así cuidados de calidad. En estos se orienta de los datos importantes que debemos valorar, los diagnósticos, objetivos e intervenciones más frecuentes respecto a una necesidad concreta. Nunca debemos de olvidar que aunque estos son estandarizados, tenemos que individualizarlos puesto que las personas, familias, comunidades y sus circunstancias varían de unas a otras.

“Los Planes de Cuidados, forman parte de las normas de varios Servicios de la Cartera de Atención Primaria, sobre todo de aquellos relacionados con discapacidades que suponen una mayor demanda de atención en los Centros de Salud y especialmente en el domicilio, para atender esta creciente demanda es necesario el establecimiento de Planes de Cuidados con unos criterios unificados y homogéneos que faciliten una buena calidad de la atención y potencien el autocuidado de esta población y de sus cuidadores”⁸.

Estos planes de cuidados con los que trabajan los profesionales de enfermería, en la mayor parte de los EAP se encuentran integrados en la historia clínica informatizada. Una de las mayores ventajas de esta es que la información se puede consultar y



actualizar más rápidamente. Con esta también se facilita la adhesión del Proceso Enfermero, puesto que la mayoría de los programas (OMI AP) incorporan las cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

3. Objetivos

Objetivo general:

- ✓ Analizar la utilización del Proceso enfermero en el ámbito de Atención Primaria en el territorio español.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar las dificultades en la aplicación del proceso enfermero en atención primaria en el territorio español.
- ✓ Identificar si la aplicación de PE conlleva beneficios para la persona cuidada, los profesionales de la salud e instituciones.

4. Metodología

Para llevar a cabo la búsqueda de los artículos se utilizaron varias combinaciones entre descriptores “proceso enfer*”, “atención primaria”, “utilización”, metodología enfer*, “método científico”, “práctica enfermera”, “uso”, “aplicación” “enfermería comunitaria”, “enfermería de familia” “centros de salud”. Los criterios de inclusión utilizados para la selección de la muestra fueron: artículos en el ámbito español, entre los años 2004 al 2013 y artículos que respondiesen en su totalidad al objetivo de la revisión bibliográfica; y, como criterios de exclusión: capítulos de libros, disertaciones, reportajes, noticias, editoriales y textos no científicos a fin de obtener la mayor muestra posible, para una investigación afortunada. La búsqueda de los artículos científicos se realizó entre Febrero y Marzo de 2014.

4.1. Resultados

Se realizaron tres búsquedas bibliográficas en el portal de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) on-line, con búsquedas en las bases de datos: LILACS (Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud), MedLine (Medical Literature



Analysis and Retrieval System Online) e IBECs (Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud).

- I. Inicialmente, la búsqueda con el descriptor “proceso enfer*” AND “atención primaria” AND “utilización”, considerando los criterios de inclusión ya descritos, resultaron 41 artículos, en la base de datos IBECs 22, en la de LILACS 17 y 2 en otras. De esos 41 artículos, se escogieron 6 artículos que contemplaban el objetivo de estudio, de las cuales 3 pertenecían a IBECs y 3 a LILACS.
- II. Posteriormente se realizó una segunda búsqueda con el descriptor “metodología enfermera” AND “atención primaria” AND “utilización” resultaron 13 artículos en la base de datos IBECs 10 y en la de LILACS 3. De estos 13 artículos, se escogieron 4 artículos que pertenecían a IBECs.
- III. Se realizó una tercera búsqueda utilizando los términos (Proceso enfer* OR metodología enfer* OR método científico OR práctica enfermera) AND utilización AND (uso OR aplicación) AND (atención primaria OR enfermería comunitaria OR enfermería de familia OR centros de salud). Resultaron 23 artículos de las cuales se seleccionaron 2 artículos de la base de datos IBECs.

También se realizó otra búsqueda bibliográfica en la base de datos específica de enfermería CUIDEN. Utilizando los mismos descriptores “proceso enfer*” AND “atención primaria”. Los criterios utilizados para la selección de la muestra fueron los mismos que los anteriores resultaron 8 artículos de los cuales un artículo contemplaba el objetivo de estudio y los otros 7 fueron descartados porque excedían los límites de tiempo.

Se realizó una última búsqueda en PubMed, buscador que permite el acceso a bases de datos bibliográficas compiladas por la National Library of Medicine (NLM). Se utilizaron los descriptores “nursing process” AND “Community nursing” AND use. Los criterios utilizados fueron los mismos, aunque se añadió el filtro de artículos de acceso libres al texto completo, para los que resultaron 25 artículos, de los cuales ninguno coincidía con el objeto de estudio, por lo que se descartaron todos.

El resumen de la búsqueda se muestra en la tabla 1.



El total de artículos analizados se recoge en la tabla 2.

5. Análisis de los resultados

5.1. Utilización del proceso enfermero en el ámbito de la Atención Primaria.

Para conocer la utilización del PE en AP hemos encontrado escasos artículos que analicen esta situación. Estos artículos analizados⁹⁻¹⁰ son realizados en el mismo año (2001) y en el mismo lugar (Madrid). En estos se observa que **hay Equipos de Atención Primaria (EAP) que no utilizan el PE**. Se pudo comprobar que en estas áreas el número de profesionales de enfermería que utilizaban el PE era bastante superior respecto a los que no lo utilizaban. Aunque si analizamos la evolución de la aplicación práctica reflejada se observa que va en aumento con el paso del tiempo.

El hecho de que no todos los profesionales asuman el PE como propio, da como resultado gran **variabilidad en el trabajo enfermero habitual**. Muestra de ello se recoge en varios artículos que tratan de la implementación práctica del proceso enfermero. En el estudio⁹ realizado en los 39 equipos de atención primaria del Área 11 de Madrid durante el año 2001 que evaluaba el porcentaje de enfermeras que utilizan DdE, frecuencia, tipo de DdE y porcentaje de etiquetas diagnósticas incluidas en la clasificación NANDA, demostró que existía gran variabilidad entre los diferentes EAP y enfermeras del área; así, mientras que hay EAP cuya media de diagnósticos por enfermera era elevada (74, 43, 31...), en otros la media era inferior (2, 3, 4...). En el estudio realizado en el Área 7 de Madrid durante los años 2000 y 2001, en el que previo a la realización de este, se evaluaron los registros enfermeros efectuados en las historias clínicas, se detectó también gran variabilidad en el trabajo enfermero habitual. “Esta diversidad se producía tanto entre profesionales de distintos Centros de Salud (CS) del Área como, en ocasiones, entre compañeros del mismo CS”¹¹.

Otro dato destacable en los diversos estudios es el incumplimiento de las etapas del PE, esto da como resultado **cuidados de baja calidad**. Existe un indicador para medir la calidad de los cuidados, este es el Indicador de Calidad Global (ICG): cumplimiento de las distintas etapas del PE: (valoración + diagnóstico + objetivos +



intervenciones + evaluación)/5. En los tres artículos⁹⁻¹⁰⁻¹¹ en los que se refiere este aspecto, vemos que el ICG es muy variable y en algunos casos muy inferior a lo deseado. En estos la etapa más realizada era la de los diagnósticos seguida de la etapa de valoración, y las que menos la etapa de objetivos y evaluación. A pesar de que los resultados no son muy ambiciosos, se observa que la tendencia con el paso del tiempo es a adherirse cada vez más al PE. No obstante como no se han encontrado estudios en más actualizados no se puede determinar cómo está la situación en estos momentos.

5.2. Dificultades para llevarlo a la práctica

Como hemos reflejado anteriormente, el PE no siempre es aplicado correctamente en la práctica del profesional de enfermería, a pesar de las bondades y beneficios que reporta. Esto es posible que se deba a una serie de dificultades que se recogen en los diversos artículos analizados, como son: la falta de unanimidad, falta de formación, tendencia a una posición biomédica y determinadas condiciones en el ambiente de trabajo que hacen difícil llevarlo a cabo.

- Falta de unanimidad

Según se indica en los artículos revisados, existe falta de unanimidad de criterios entre los profesionales para utilizarlo, ya que para cada fase del PE encontramos distintas formas de organizar los datos. Comenzando por la valoración, se refleja en el análisis que no hay unanimidad a la hora de utilizar modelos o formatos de recogida de datos. Así mientras unos utilizan el modelo de las Necesidades Básicas de V. Henderson, otros utilizan los formatos de registro de los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon. Unos y otros se utilizan en dependencia del lugar de trabajo. Quizás esta primera etapa sea la que más variedad muestre en cuanto a modelos a utilizar, ya que para las demás etapas la prevalencia es utilizar las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification), NIC (Nursing Interventions Classification). Así se muestra en los seis artículos analizados que recogen la experiencia de la aplicación del PE, donde, dos realizan la etapa de valoración con el modelo de necesidades de V. Henderson¹²⁻¹³, dos con los Patrones Funcionales de M. Gordon¹⁴⁻¹⁵, mientras que la etapa de Diagnóstico es realizada mediante la NANDA en los cuatro artículos, al igual que la etapa de planificación en la que se utiliza la clasificación NIC en los cuatro¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵. En dos de



los artículos el PE se lleva a cabo a través de la historia clínica informatizada⁹⁻¹⁰, mediante el programa OMI AP, que integra la valoración según los patrones funcionales de M. Gordon, los diagnósticos mediante la clasificación NANDA y las intervenciones mediante la clasificación NIC.

Esta riqueza teórica engrandece y consolida el cuerpo de conocimientos y la ciencia de enfermería. De esta manera no se cuestiona que el desarrollo de los modelos, teorías y taxonomías sea un obstáculo para la profesión. Lo que se cuestiona es, si el conocimiento o desconocimiento de estos, por parte de los profesionales es determinante para que se apliquen en la práctica. Parece lógico pensar que lo que no se conoce, es difícil llevarlo a cabo con el rigor que se merece. Esto es lo que se observa en el estudio¹² realizado en 11 equipos de atención primaria integrados en las áreas básicas (ABS) situados en las provincias de Barcelona, Girona, Lleida y Tarragona en el periodo de 2000-2003 en el que se compara un grupo estudio (GE) formado por enfermeras con formación y entrenamiento para prestar cuidados adoptando el modelo de Virginia Henderson y aplicando el PE en los enfermos a domicilio y por un grupo control (GC) formado por enfermeras que no han adoptado el modelo de V. Henserson. Este trabajo se realizó con el objetivo de conocer si las enfermas que cuidan, aplicando el PE, valoran y registran un mayor número de variables, circunstancia que puede hacer que las intervenciones sean más efectivas y completas que las realizadas por profesionales que emplean otras metodologías que no contemplan el modelo de enfermería. Los resultados demostraron que las enfermeras que conocían el modelo, se adherían más al PE, cumplimentando todas las etapas en mayor porcentaje respecto a las que no lo conocían.

- Falta de formación

Otro factor fundamental es recibir una buena formación de pregrado que proporcione una base sólida teórica y metodológica, que facilite la integración de los conocimientos sobre el cuidado y al mismo tiempo, potencie el desarrollo del rol independiente.

“En los planes de estudio vigentes desde el año 1977-1978 hasta la década de los noventa, la formación en DdE ocupaba un tema del programa de la asignatura de Fundamentos de enfermería. La modificación de los planes de estudio se llevó a cabo en



España para dar respuesta al Real Decreto 1497/1987 de 27 de noviembre (BOE 14 de diciembre), en el que se establecían las directrices generales comunes de todas las enseñanzas universitarias oficiales y que para el caso concreto de la enfermería se plasmaron en el Real Decreto 1466/1990 de 26 de octubre (BOE 20 de noviembre)”¹⁶.

Actualmente con la formación de grado lo que se pretende es que la formación del PE sea transversal en todas las asignaturas. “El objetivo es que se forme a enfermeras generalistas con preparación científica y humana y capacitación suficientes para valorar, identificar, actuar y evaluar las necesidades de salud y de cuidados de las personas sanas o enfermas de las familias y la comunidad”¹⁷.

En cuatro de los artículos⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹² analizados se citan como posible causa principal la falta de formación de los profesionales de enfermería en el proceso enfermero y en particular en la utilización de Diagnósticos enfermeros, pero sin datos objetivos que reflejen de qué manera es determinante la formación de pregrado recibida. Tan solo en uno de los estudios¹⁶ que investiga el total de las áreas de gestión de Atención Primaria de toda España, realizado en el año 2001, analiza la importancia que le dan las Direcciones de Enfermería a la formación recibida en Metodología Enfermera. En este se refleja que el un amplio porcentaje de las Direcciones de Enfermería consideran fundamental la formación de pregrado para facilitar la implantación de la metodología científica enfermera.

- Tendencia a una posición biomédica

Durante mucho tiempo ha existido una marcada tendencia hacia una posición biomédica. Enfermería es responsable de cuidar a la persona física, psíquica, social y espiritualmente. En la literatura analizada también se ha encontrado artículos de reflexión¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰ sobre este aspecto. En estos se cuestiona que las taxonomías respondan a este enfoque biomédico. “El discurso “oficial” del DE defiende, por un lado la utilización de un lenguaje no médico, pero al mismo tiempo está realizando unas operaciones intelectuales sobre el cuidado (el objeto de la Enfermería como disciplina) muy similares a las que el enfoque biomédico había realizado con la enfermedad (objeto de conocimiento de la Medicina como campo de saber)”.¹⁸ “Es obvio que, a pesar de las mejores intenciones y esfuerzos, la mayor parte del lenguaje sobre Diagnósticos Enfermeros está medicalizada”.²⁰ Puede que los instrumentos utilizados



por los profesionales de enfermería para realizar el PE, como son los DdE, tengan que seguir perfeccionándose pero posturas radicalmente en contra como las anteriores, de nada ayudan al avance de la profesión. *“Los detractores del binomio metodología-lenguaje común enfermero poco pueden hacer en su beneficio con las consideraciones aquí realizadas sobre las limitaciones de las definiciones y clasificación de la NANDA, ya que, con independencia de que su postura parece obedecer más a una concepción peligrosamente biomédica y reduccionista de la profesión, no solo se corrobora que la evidencia científica no les acompaña, sino que además existe un efecto dosis-respuesta entre la cantidad de aplicación del mencionado binomio y los resultados beneficiosos en los distintos ámbitos.”*¹⁹ Pero, independientemente de que los instrumentos de enfermería deban o no mejorar, la realidad es que los profesionales de enfermería tienden a centrarse en este área biológica de la persona, ya sea porque la consideren más importante, respecto a las demás o porque estén más familiarizados con este lenguaje “biomédico”. Ciertamente, que en la práctica enfermera los diagnósticos de la esfera física son los más utilizados. Muestra de ello se observa en los estudios¹⁰⁻¹⁴ analizados en donde dos de ellos reflejan un mayor porcentaje de utilización en los diagnósticos enfermeros en la esfera biológica (nutricional-metabólico, actividad-ejercicio y eliminación) frente a los diagnósticos enfermeros centrados en la esfera psicosocial (Comunicación-relación, seguridad, aprendizaje...).

- Condiciones en el ambiente de trabajo

Pero no todas las dificultades proceden de los profesionales. Existen otros factores externos a estos, como son las condiciones del ambiente de trabajo, que hacen que sea difícil el cambio. “La carga horaria de trabajo excesivo y la múltiple y variada demanda de atención en la práctica diaria, la estructura organizacional, las rutinas, el predominio de un ambiente de trabajo tenso, competitivo y de desentendimientos influyen negativamente en el proceso de trabajo como en el enfermero y su equipo”²¹. Todas estas condiciones hacen que la tarea de registrar todo el proceso sea una tarea complicada en el trabajo de enfermería y así se ve reflejada en un estudio realizado en 11 equipos de atención primaria integrados en las áreas básicas (ABS) situados en las provincias de Barcelona, Girona, Lleida y Tarragona en el periodo de 2000-2003, en la que se realizó una evaluación cualitativa mediante una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas, en donde reflejaba que: “se considera que la falta de tiempo para



registrar todo el proceso, que las etiquetas diagnósticas les parecen poco ágiles y que la falta de práctica para sintetizar toda la información obtenida”¹².

5.3. Beneficios de aplicar el proceso enfermero

En cuanto a la identificación de los beneficios de utilizar el PE no se ha encontrado ningún artículo que los evidencie con datos objetivos, tan solo se nombran en las justificaciones y a rasgos generales las bondades de este, como son algunos ejemplos que se recogen a continuación:

- ✓ “Organiza el ejercicio profesional, centra la toma de decisiones clínicas, permite clarificar la aportación específica que realiza a la población diferenciando la actuación enfermera de la de otros profesionales, desarrolla y unifica la práctica profesional”.⁹
- ✓ ”La utilización del proceso de atención de enfermería o proceso enfermero (PE) y los diagnósticos de enfermería, han facilitado esta nueva concepción integral de cuidados y han hecho posible delimitar el campo de actividades que sólo el profesional de enfermería, y no otro, está capacitado para realizar”.¹⁰
- ✓ “Desarrollo de la profesión e investigación, facilita la gestión, fomento del rol enfermero y de un lenguaje propio y universal para expresar los fenómenos de enfermería”.²²

Solo en un artículo¹⁴ se habla del coste de las intervenciones de enfermería aplicando el PE en atención domiciliaria es de 0,140 €/minuto, pero no es significativo en cuanto no se compara con el coste de la intervención de no haber utilizado el proceso enfermero.

5.4. Estrategias de implantación

En Atención Primaria se ha demostrado gran preocupación por llevar a cabo el PE, prueba de ello son las diversas estrategias que se realizan para mejorar la cobertura y la calidad de los cuidados. El estudio¹⁶ realizado en 2001 en el que se analizan el total de las áreas de gestión Atención Primaria en España, muestra que de estas la mayoría



han desarrollado alguna estrategia para la implantación del PE. La distribución del tipo de estrategias adoptadas por las distintas gerencias son en primer lugar, la realización de cursos y seminarios, en segundo lugar el desarrollo de cursos y grupos de trabajo.

Varios artículos¹⁰⁻¹¹ coinciden con el anterior en que las estrategias utilizadas se centran en talleres y en elaboración de documentos a modo de guías. En cambio uno de ellos aporta propuestas novedosas como son: desarrollar proyectos de investigación en este campo, incentivar profesional, establecimiento en los contratos de gestión de EAP de pactos de planes de cuidados, constitución de comisiones de cuidados enfermeros y a nivel informático diseño de historias clínicas informatizadas y sistemas de retroalimentación de la información.

6. Conclusiones

Nada más comenzar a realizar la revisión bibliográfica sobre el PE se intuye cuáles van a ser las conclusiones finales. Una de las primeras que se puede deducir es que este tema no atrae mucho interés en materia de investigación ya que es escaso o casi nulo lo publicado al respecto. No ocurre igual cuando buscamos artículos relacionados con otros temas de enfermería como: administración de medicación intravenosa, determinación de glucemia capilar o manejo de la obesidad. Se investiga lo que suscita curiosidad, interés, ya que es la motivación de un profesional de cualquier especialidad, la que lleva a querer conocer más la realidad con la que trabaja. ¿Cuánto más debería ser el interés, cuando de esta depende el avance o retroceso de tu profesión?

Sí queremos mostrar la especificidad de la práctica enfermera respecto a otras profesiones es necesario adoptar el PE para guiar nuestra práctica profesional. Todas las disciplinas guían sus acciones siguiendo un proceso que sistematice el trabajo. En medicina el médico valora, diagnóstica, se fija el objetivo de paliar o curar la enfermedad, administra un tratamiento y evalúa los resultados. Si nos vamos a otra profesión tan distinta como lo pueda ser la docencia, el profesor valora los conocimientos de los estudiantes antes de abordar un tema, determina cuáles son esos conocimientos, se fija el objetivo de aumentarlos, exige unas actividades, que evalúa para saber si se ha cumplido el objetivo. Esto en la práctica enfermera no siempre es tan obvio, y aunque es poco el porcentaje de no utilización del PE en los EAP, no por ello deja de ser importante.



Uno de los objetivos específicos que nos habíamos propuesto alcanzar al realizar esta revisión bibliográfica, era el de *identificar si la aplicación del PE conlleva beneficios para la persona cuidada, los profesionales de la salud y las instituciones*. En todas las justificaciones de los artículos revisados se aboga por la utilización del PE, pero es significativo que en ninguno de ellos se analice y se demuestre con datos objetivos los beneficios de este, como podrían ser el ahorro que supondría dar cuidados de calidad; la investigación que se podría desarrollar en el ámbito del cuidado, ya que la unificación conlleva a poder comparar unos resultados con otros; evidenciar el conocimiento que se tiene de nuestra profesión y que esta avanza, etc.,. Sin embargo este objetivo no se ha podido alcanzar puesto que no se ha encontrado ningún artículo que demuestre alguno de estos u otros ejemplos. Por eso se sugiere que se lleven a cabo estudios de investigación respecto a este tema, porque solo así podremos demostrar con argumentos sólidos que enfermería no solo lleva a cabo los cuidados con rigor científico, sino que además son satisfactorios para todos.

Si analizamos las dificultades que se plantean en los diversos artículos, una es la falta de unanimidad de criterios para la organización de los datos, quizás la dificultad más leve, puesto que si se conocen bien los modelos o programas utilizados el hecho de que sea distintos no implica que sea perjudicial.

No ocurre así con la formación. Los profesionales que actualmente se encuentran ejerciendo la profesión de enfermería con muchos años de experiencia recibieron formación en Metodología Enfermera muy distinta a la actual. Con la formación de grado, lo que se pretende es que el Proceso Enfermero sea transversal en todas las asignaturas. Este planteamiento en la formación de la Metodología Enfermera es relativamente joven y mientras que los profesionales no estén formados por igual, los criterios de estos tampoco serán los mismos.

Detrás de esta dificultad comentada anteriormente a veces se esconde una falta de confianza en el PE, pues el hecho de que la profesión sea distinta en la actualidad que en el momento de la formación de muchos profesionales, no justifica que no tengan que formarse y conocerlo, como así se comprometieron un día al hacer el juramento hipocrático de nuestra profesión. ¿O es que las curas de las úlceras, los dispositivos de administrar medicación, etc, no han cambiado de aquí a unos años atrás? Si los profesionales han podido formarse y adaptarse a las nuevas recomendaciones en



determinadas actividades de enfermería, también lo pueden hacer respecto a este tema. Tan solo tienen que creer en él. Y esto es lo difícil, la concienciación de los profesionales.

Otra incongruencia que se detecta es la fragmentación del PE o incumplimiento de todas sus etapas. Se refleja la prevalencia de unas sobre otras como la etapa diagnóstica, la de valoración y la de intervención que prevalecen sobre: las de objetivos y evaluación. En la bibliografía publicada hasta el momento, se observa la importancia que se le da a la etapa diagnóstica. En muchas ocasiones esta etapa se extrae del PE y se analiza como si fuese un fin en sí misma. La prueba está en la cantidad de bibliografía publicada respecto a las demás etapas. La mayoría de los artículos hablan sobre su uso, las posiciones a favor o en contra de las taxonomías NANDA, se analizan la media de diagnósticos por profesionales, como si esto fuera determinante para valorar la calidad de su trabajo, etc. Pero lo cierto es que esta no es excluyente, es importante en la medida que convive con las demás y sin estas no tiene sentido. Un sin sentido que se ve reflejado en los artículos publicados, donde el mayor porcentaje corresponde al uso de la etapa diagnóstica, implica que; hay diagnósticos a los que se ha llegado sin valoración previa, para los cuales no había ni objetivos, ni intervenciones, ni mucho menos evaluación; de igual forma, si la etapa de intervención también era predominante, esto significa que estas han sido determinadas sin unos objetivos y no han sido evaluadas. A pesar de ello los autores dan como exitosos los resultados.

Quizás sean exitosos teniendo en cuenta las dificultades externas a las que se enfrentan los profesionales y que determinan de manera importante la aplicación práctica del PE. Porque si tenemos en cuenta la carga de trabajo de los profesionales, hace difícil pensar que llevar a cabo el PE sea posible. Atención Primaria al contar con más autonomía al gestionar el tiempo de las consultas, debe ser el área de trabajo que impulse la aplicación del proceso enfermero.

A la pregunta con la que partíamos al inicio de la revisión bibliográfica: ¿La profesión de enfermería trabaja también con el método científico aplicado a los cuidados? Quizás la respuesta sea que no todo lo deseable. Puede que nuestra profesión no esté plenamente consolidada y nos encontremos actualmente en una transición, en la que muchos profesionales de enfermería luchan por el avance de su profesión. Es posible que aunque los estudios no reflejan una correcta aplicación del proceso



enfermero, cabe decir que los años sesenta, a raíz de los cuales se empezó a desarrollarse el proceso enfermero, quedan todavía muy cercanos y que serán las nuevas generaciones, las que asumiendo la responsabilidad de realizar cuidados de calidad, las que lo tomen como propio.

Y como diría una de las enfermeras más relevantes para la profesión de enfermería: *“Hay que realizar ensayos, hay que emprender esfuerzos; algunos cuerpos tienen que caer en la brecha para que otros pasen sobre ellos”*.

Florence Nightingale



7. Bibliografía

¹ Bellido JC, Lendínez JF. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Madrid: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.

² Real Decreto-ley 1231/200, del 8 de Noviembre por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Ordenación Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de la Ordenación de la actividad profesional de enfermería. Boletín Oficial del Estado, 9 de Noviembre de 2001, núm. 269, pp. 40986-40999.

³ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 15 de Noviembre de 2002, núm. 274, pp. 40126-40132.

⁴ Hernández SM. La participación ciudadana en salud: Desafíos para una sociedad en transformación. Enfermería Comunitaria [revista en internet]*2011 [acceso el 12 de Junio]**7(2). Disponible en: <http://www.indexf.com/comunitaria/v7n2/ec7201.php>

⁵ Campo MA. Especificidad de la enfermería comunitaria. En: García A, Vera M, Campo A. Enfermería Comunitaria. Bases teóricas. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2002. p. 247-260.

⁶ Ministerio de sanidad y política social, Cartera de Servicios de Atención Primaria. Desarrollo, organización, usos y contenidos. [sede web]. [acceso el 12 de Junio de 2014]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion_Primaria_2010.pdf

⁷ Junta de Castilla y León. Cartera de Servicios de Atención Primaria. [sede web]. [acceso el 12 de Junio de 2014]. Disponible en: http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?pgseed=1268581292168&idContent=710483&locale=es_ES&textOnly=false

⁸ Aguilera M, Abad A. Manual práctico. Aplicación planes de cuidados cartera de servicios. [sede web]. [acceso el 12 de Junio de 2014] Disponible en:



http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Metodolog%C3%ADa%20Enfermera/Maua_de_OMI-AP_Planes-de_Cuidados.pdf

⁹ Rivas FJ, Carrera C, López MA, Auñón A, García M, Beamud M. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: Diagnósticos enfermeros en atención primaria. *Enfermería Clínica*. 2004;14(2):70-76.

¹⁰ Pérez FJ, Ochandorena M, Snamaría JM, García M, Solano V, Beamud M, Gil de Pareja M. Aplicación de la metodología enfermera en atención Primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2006;21(5):247-254.

¹¹ García R, Martínez E, Amal R, Cañada A. Trabajar con método científico. *Rev Rol de Enfermería* 2004; 27(1):15-18.

¹² Coll M, Besora I, Icart T, Febré MA, Manito I, Ondiviela A, Pulpón A. Cuidados enfermeros según Virginia Henderson. *Ámbito de la atención domiciliaria*. *Rev Rol de Enfermería*. 2007;30(3):213-216.

¹³ Besora I, Del Olmo C, Gibert E, Ondiviela A, Solé C. Diagnósticos enfermeros estandarizados: guía para la práctica clínica en Atención Primaria. *Rev Metas de Enfermería* abril 2008;11(3):21-26.

¹⁴ Nieto E, Casado A, Domingo R, Del Pino B, Monleón M, Diz G, Villacañas E, Cantero P, Sánchez C, Domínguez M. Coste de las intervenciones enfermeras en la atención domiciliaria de atención primaria (FIS 99/0414). *Rev Metas de de enfermería* 2006;9(9):50-56.

¹⁵ Del Pino B, Casado A, Nieto E, Monleón M, Villacañas E, Sánchez E. El paciente en su domicilio. *Rev Rol de Enfermería*. 2006; 29(4):253-256.

¹⁶ Maña M, Fernández E, Mesas A. Análisis de la formación en metodología enfermera por las direcciones de enfermería de atención primaria. *Rev Enfermería Clínica* 2004;14(4):203-209.

¹⁷ Agencia nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco. Título de grado de enfermería. 2004.



¹⁸ Medina JL. El regreso a la razón. La problemática de la construcción del saber disciplinar a través del diagnóstico de enfermería. *Rev Rol de enfermería* 2006;29(7-8):523-536.

¹⁹ Del Pino F. Nuevos retos para el desarrollo de los diagnósticos enfermeros. *Rev Rol de enfermería* 2009;32(7-8)512-514.

²⁰ Watson J. Una visión crítica sobre los diagnósticos enfermeros. *Rol de enfermería* 2006; 29(7-8):494-497.

²¹ Portella J, Pereira L, Demutti F, Rutz A. Implicaciones del ambiente en el desarrollo del proceso de trabajo de enfermería: una revisión integradora. *Rev Enfermería Global* [revista en internet]*2012[acceso el 2 de Marzo]**27:379-387. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/>

²² Fernández C, Granero J, Mollinedo J, Hilda M, Aguilera G, Luna M. Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermería. *Escuela de Enfermería de USP*. 2012; 46(6):1415-22.



ANEXOS



ANEXO I: Tabla 1: Resumen de la búsqueda bibliográfica

1ª Búsqueda	BVS	Cuiden	PubMed
Descriptores	“proceso enfer*” AND “atención primaria” AND “utilización”	“Proceso enfer*” AND “atención primaria”	“nursing process” AND “Community nursing” AND “use”
Resultados	41 Artículos	8 Artículos	25 Artículos
Seleccionados	6 Artículos	1 Artículo	0 Artículos
2ª Búsqueda	BVS		
Descriptores	“metodología enfermera” AND “atención primaria” AND “utilización”		
Resultados	13 Artículos		
Seleccionados	4 Artículos		
3ª Búsqueda	BVS		
Descriptores	(Proceso enfer* OR metodología enfer* OR método científico OR práctica enfermera) AND utilización AND (uso OR aplicación) AND (atención primaria OR) enfermería comunitaria OR enfermería de familia OR centros de salud)		
Resultados	23 Artículos		
Seleccionados	2 Artículos		



ANEXO II: Tabla 2: Clasificación de los artículos analizados

Tipo de artículo	Artículo
Estudios descriptivos	Rivas FJ, Carrera C, López MA, Auñón A, García M, Beamud M. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: Diagnósticos enfermeros en atención primaria. <i>Enfermería Clínica</i> . 2004;14(2):70-76.
	Maña M, Fernández E, Mesas A. Análisis de la formación en metodología enfermera por las direcciones de EAP. <i>Enfermería Clínica</i> 2004;14(4):203-209.
	García R, Martínez E, Amal R, Cañada A. Trabajar con método científico. <i>Rol de Enfermería</i> 2004; 27(1):15-18.
	Nieto E, Casado A, Domingo R, Del Pino B, Monleón M, Diz G, Villacañas E, Cantero P, Sánchez C, Domínguez M. Coste de las intervenciones enfermeras en la atención domiciliaria de atención primaria (FIS 99/0414) <i>Metas de enfermería</i> 2006;9(9):50-56.
	Pérez FJ, Ochandorena M, Snatamaría JM, García M, Solano V, Beamud M, Gil de Pareja M. Aplicación de la metodología enfermera en atención Primaria. <i>Calidad Asistencial</i> . 2006;21(5):247-54
	Besora I, Del Olmo C, Gibert E, Ondiviela A, Solé C. Diagnósticos enfermeros estandarizados: guía para la práctica clínica en Atención Primaria. <i>Metas de Enfermería</i> abril 2008;11(3):21-26
	Fernández C, Grnaro J, Mollinedo J, Peredo MH, Aguilera G, Luna M. Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermería. <i>Esc Enferm USP [revista en internet]*</i> 2012 [acceso el 5 de Mar. de 2014]** 46(6):1415-1422.
De reflexión	Medina JL. El regreso a la razón. <i>Rol de enfermería</i> 2006;29(7-8):523-536.
	Watson J. Una visión crítica sobre los diagnósticos enfermeros. <i>Rol de enfermería</i> 2006; 29(7-8):494-497.
	Del Pino F. Nuevos retos para el desarrollo de los diagnósticos enfermeros. <i>Rol de enfermería</i> 2009;32(7-8)512-514.
Caso clínico	Del Pino B, Casado A, Nieto E, Monleón M, Villacañas E, Sánchez E. El paciente en su domicilio. <i>Rol de Enfermería</i> . 2006; 29(4):253-256.
Proyecto de investigación	Coll M, Besora I, Icart T, Febré MA, Manito I, Ondiviela A, Pulpón A. Cuidados enfermeros según Virginia Henderson. <i>Ámbito de la atención domiciliaria</i> . <i>Rol de Enfermería</i> . 2007;30(3):213-216.
Revisión bibliográfica	Portella J, Pereira L, Demutti F, Rutz A. Aplicaciones del ambiente en el desarrollo del proceso de trabajo de enfermería: una revisión integradora. <i>Enfermería Global [revista en internet]*</i> 2012[acceso el 2 de Marzo]**27:379-387. Disponible en: http://www.um.es/eglobal/

