

TEORÍA DE OREM Y EL PROCESO ENFERMERO EN LAS SALAS DE URGENCIAS

OREM THEORY AND NURSING PROCESS IN URGENCY ROOMS

POR **Alba Fernández**

Profesora Titular, Escuela de Enfermería,
Universidad de Los Andes (ULA), Mérida, Venezuela.
Magíster en Gerencia Educacional. Doctora en Enfermería,
Universidad Nacional de Colombia (UN).
Postdoctora en Gerencia para el Desarrollo Humano (ULA).
Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero (ULA).

revistaehi@gmail.com

RESUMEN

Enfermería, a través de la historia, se ha caracterizado por su capacidad para responder a los cambios que la sociedad y el sistema de salud, han ido demandando. Para dar respuesta a las necesidades que en materia de salud presentan los usuarios, es preciso planificar adecuadamente y poner en práctica los cuidados de enfermería, haciendo uso del Proceso Enfermero (PE). Uniendo, el componente teórico, la Teoría de Déficit de Autocuidado de Orem al PE, se puede desarrollar el cuidado humano por parte de enfermería, de manera holística, como profesión práctica, disciplina y ciencia, acorde a las necesidades del paciente que ingresa a la sala de urgencias.

PALABRAS CLAVE: Proceso enfermero, salas de urgencias, Orem, crisis hipertensiva.

ABSTRACT

Nursing, through history, has been characterized by its ability to respond to changes in society and the health system, have been demanding. To meet the needs in health that users submit, it is necessary to properly plan and implement nursing care, using the Nursing Process (NP). Uniting the theoretical component, the Theory of Self-Care Deficit Orem to PE, you can develop human care by nurses, holistically, as a practical profession, discipline and science, according to the patient's needs entering the urgency rooms.

KEY WORDS: Nursing Process, urgency rooms, Orem, hypertensive crisis.

— INTRODUCCIÓN

Los cambios acontecidos en los patrones sociales, culturales y económicos en Venezuela, en la última década han generado transformaciones en los estilos de vida, las condiciones medioambientales, los valores y creencias, que han influido negativamente en el nivel de salud de la población. Los hábitos alimenticios, el estrés, el sedentarismo, entre otros factores desencadenantes, están propiciando el aumento y la aparición de enfermedades y patologías agudas y crónico-degenerativas.

Para hacer frente a esta situación, los seres humanos estamos adaptándonos continuamente a los cambios del medio externo e interno. Los factores del medio ambiente externo que pueden influir en el funcionamiento del cuerpo humano son de diversa índole: químicos, físicos, biológicos y psicosociales, existiendo mecanismos de defensa (medio interno) que nos protegen de estos y otros factores. Sin embargo, las defensas generadas por el organismo, no siempre son efectivas, rompiéndose el equilibrio dinámico de la persona y apareciendo la enfermedad, lo que en muchos casos amerita el traslado urgente a un centro de salud.

La terminología usada en el dominio de la atención urgente varía, no sólo dentro de este país, sino a nivel mundial, considerando el entorno socioeconómico. Así tenemos que existen diversos criterios a la hora de definir el concepto de urgencia en salud. En varios textos, como en el *Manual RCP básica y primeros auxilios* (2012), comúnmente se acepta que el término urgencia «es toda situación que plantea una amenaza inmediata para la vida o salud de una persona» (p. 4). En este manual, se observan las siguientes distinciones, atendiendo al concepto expresado sobre urgencia:

- **Urgencia subjetiva:** está fundada desde la óptica de la víctima y del gran público; surgiendo de criterios que tienen carácter de impresión, tales como el dolor agudo, sin que ese signo ponga necesariamente en peligro la vida o la salud de la persona.
- **Urgencia objetiva:** sería por tanto aquella situación que compromete la vida o la salud de la persona, y que puede ser apreciado por el personal de salud.
- **Urgencia vital:** forma parte de la urgencia objetiva y es definida como la situación en que, por fallo o compromiso de las funciones vitales respiratorias, circulatorias o cerebrales, existe a corto plazo riesgo de fallecimiento.

Específicamente, en los adultos, existen diferentes casos que son considerados de urgencias:

1. Situaciones de riesgo vital: aquellas en las cuales el tiempo necesario para garantizar la vida del paciente con medidas médico-asistenciales es mínimo, ya que las lesiones que presenta la persona enferma están comprometiendo fun-

ciones esenciales para la vida como la ventilación, la circulación o al sistema nervioso central. Entre estas situaciones se encuentran: lesiones que requieren soporte vital o reanimación cardiopulmonar (RCP), traumatismos craneoencefálicos y de columna vertebral, hemorragias, shock, intoxicaciones, grandes quemaduras, congelaciones, alteraciones agudas del patrón respiratorio, abdomen agudo, alteraciones agudas de la conciencia-coma, dolor urgente, fiebre, reacciones alérgicas, vértigo, crisis convulsivas, crisis hipertensiva, hiperglucemia, hipoglucemia, infección del tracto urinario, glaucoma, conjuntivitis, estreñimiento.

2. Lesiones músculo-esqueléticas: incluyen lesiones musculares, esguinces o lesiones ligamentosas, fracturas, luxaciones, amputaciones traumáticas, heridas, contusiones, cuerpos extraños.
3. Urgencias psiquiátricas: se refieren a un paciente hipocondríaco, ansioso, depresivo, potencial o realmente suicida, violento, psicótico descompensado.
4. Urgencias psicosociales: comprenden la agitación psicomotriz, agresión sexual, hiperventilación por ansiedad, intento de suicidio, malos tratos a mujeres o a personas mayores.

— ENFERMERÍA EN LAS SALAS DE URGENCIAS

En las salas de urgencias se justifica la necesidad del conocimiento especializado de enfermería que implique la integración de la práctica, la investigación, la educación, el desarrollo profesional, la ética y los valores humanos.

La práctica, comprende la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos o psicosociales que pueden ser episódicos, primarios y/o agudos; traducido como el Proceso Enfermero (PE) (término que se amplía más adelante). Igualmente, esta área se relaciona con la participación activa en la gestión y administración de los recursos; tiene un carácter pluridimensional, ya que se lleva a cabo junto a otros grupos profesionales: médicos, técnicos, auxiliares, asociaciones e instituciones. Es decir, en la sala de urgencias, enfermería debe estar consciente de que no trabaja sola, requiere de otros profesionales para resolver la situación de urgencia del paciente, es lo que Alfaro-Lefevre (2003), llama, práctica multidisciplinar o fomentar el cuidado en colaboración.

La investigación, es el descubrimiento y la verificación de información, en base al cual, puede avanzar el conocimiento de la profesión. Asimismo, enfermería, realiza, revisa y difunde trabajos de investigación para integrar los resultados en un proceso de mejora continua de la teoría y la práctica. Está basada en la premisa que el paciente es el

principal beneficiario. Pero, Castro (2010), en la revisión de la producción científica en enfermería de urgencias cardiacas y coronarias, encontró que, en las bases de datos nacionales (España) no se obtuvo ningún resultado al respecto. El 95 % ha sido escrito en inglés. Lo que indica que la investigación por parte de enfermería sigue siendo escasa, este hecho limita el conocimiento de los hallazgos y por lo tanto, la aplicación de estos en la práctica. Asimismo, el mismo autor, reportó que, en un 26 % de artículos publicados en revistas de enfermería, la principal temática es la médica (diagnóstico y tratamiento médico).

En la escasa investigación pueden influir diversos factores, como son: la falta de tiempo, el horario por turnos; otras responsabilidades como la familiar, la falta de medios económicos, difícil acceso al internet, el desinterés de formación después de obtener el título de pregrado, el déficit en los conocimientos en materia de investigación y documentación adquiridos durante la carrera. Aun así, resalta el autor mencionado, se está investigando más en el ámbito hospitalario (40 %), a pesar de la carga de trabajo, que en el universitario (29 %) donde los horarios son más estables y facilitaría tener más tiempo para la producción científica. Lo que indica que, hay que aumentar los trabajos enfocados en una teoría de la disciplina, que guarden relación con la prevención de las enfermedades, el autocuidado, las metodologías propias de enfermería, como el PE.

La educación, engloba la formación continua de uno mismo y de otros miembros del equipo de salud. También, se refiere a la enseñanza de los pacientes y de la familia sobre la prevención y tratamiento de alteraciones del estado de salud o de posibles complicaciones. En esta perspectiva, Orta, Rodríguez y Prieto (2007), confirman que la educación para la salud a la población supone una de las funciones de enfermería dentro del ámbito de la atención primaria, fundamental para cambiar hábitos y hacerlos más saludables. Estos autores, plantean la educación como una estrategia de enfermería, en cualquier escenario, para desarrollar en las personas sus capacidades de autocuidado, de independencia, generando cambios en el entorno que les rodea en beneficio propio y de los demás.

El desarrollo profesional, corresponde a la responsabilidad, autonomía, autoridad y liderazgo que contribuyen al crecimiento de la disciplina, a la formación y mantenimiento de relaciones interdisciplinarias. En cuanto al área de *la ética y los valores humanos*, los cuidados enfermeros se basan en conceptos éticos y filosóficos tales como el respeto por la vida y su dignidad, la autonomía e individualidad de cada ser humano y la resolución de actuar dinámicamente en relación a las creencias de las personas.

Ninguna de estas áreas se excluye, algunos de los componentes pueden estar presentes en más de una, por ejemplo, la ética es aplicable a todos los campos de acción de enfermería. En el caso de las salas de urgencias, enfermería incluye los cuidados que abarca desde la prevención hasta las intervenciones destinadas a salvar la vida

en situaciones especiales. Valora, diagnóstica, planifica, ejecuta y evalúa los cuidados a personas de todas las edades que requieren desde formación básica hasta medidas de soporte vital. Para ello, enfermería demanda conocer y utilizar los conceptos teóricos como base para la toma de decisiones en la práctica.

— TEORÍAS DE ENFERMERÍA EN LAS SALAS DE URGENCIAS

Las teorías y los modelos permiten definir el contexto en el que enfermería comprende y adopta los conceptos y sus interrelaciones, proporcionando un marco conceptual para la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los cuidados enfermeros ofrecidos al paciente. Dentro de estas teorías se mencionan a Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas del paciente, Faye Abdallah y el método de solución de problemas o la tipología de los 21 problemas, Dorothea Orem con la teoría del déficit de autocuidado, Imogene King, la teoría del logro de los objetivos, Callista Roy y el modelo de adaptación (Raile y Marriner, 2011). Estas son algunas de las teorías clásicas, pero existen las emergentes, las teorías de mediano rango, específicas, algunas de ellas, para la práctica, docencia, administración, investigación, tales como, la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel, teoría del confort de Kolcaba, teoría sobre intervención en el dolor postquirúrgico de Amil-Novak, entre muchas más, que sería un punto interesante de revisar.

Enfermería, debe implementar una práctica profesional basada en un marco conceptual propio que la identifique, que la independice de la subordinación de otras disciplinas, de ahí que, en el caso de crisis hipertensiva, que se presenta, me centraré en la Teoría de Déficit de Autocuidado de Orem (TDAO) para aplicar el PE. Al igual que, con otras teorías o modelos, las ideas, conceptos o supuestos de Orem (2001) deben interpretarse para poder ser utilizadas en la práctica. Para González y Moreno (2011) la TDAO es una de las teorías más populares y utilizadas en América Latina; con demostrado éxito en la aplicabilidad en distintos ámbitos sanitarios y en diversas edades de la población; esto se evidencia también, en la tesis de Fernández (2010) al utilizar la TDAO, como perspectiva teórica, debido a que la misma cumplía con los criterios planteados por Fawcett (2000), a saber, el hecho de estar basada en el conocimiento filosófico, teórico, científico acerca de la conducta humana; es suficientemente comprensiva en contenido y profundidad; es lógicamente congruente donde la visión de mundo de interacción recíproca es evidente; ha generado tres teorías descriptivas de mediano rango y su utilidad social está plenamente documentada en investigaciones cualitativas, cuantitativas y mixtas, desarrollo de instrumentos, programas educativos, administración de servicios de salud, en la práctica de enfermería y en otros escenarios con diversas poblaciones sanas o enfermas.

Por lo tanto, el profesional de enfermería debe abordar siempre los cuidados, haciendo uso de su herramienta práctica, el PE, bajo el enfoque de una teoría propia de la disciplina y atendiendo a la triple faceta de la persona como ser biopsicosocial. No obstante, es frecuente el hecho de centrarse exclusivamente en el problema físico, por el que finalmente se origina la demanda en el sistema de salud. Esto se hace mucho más palpable en las salas de urgencias, pues el concepto en sí implica atención prioritaria a la patología. Sin embargo, aunque es cierto que hay que asegurar las necesidades primarias, como por ejemplo, la oxigenación, no implica que en éste servicio se olvide la importancia del estado psicológico, que a diferencia del social, es asequible de abordar.

— EL PROCESO ENFERMERO

Enfermería en la práctica diaria se encuentra con problemas reales y potenciales en la persona atendida, que debe resolver, ¿por qué no abordarlos de manera metódica, con fundamento científico?, centrados en respuestas humanas, individualizadas. Un ejemplo concreto, de método científico en la práctica de enfermería, lo constituye el PE. Cada vez más la realidad de la profesión presenta desafíos y debe estar preparada para dar respuestas acertadas y coherentes a partir de un diagnóstico situacional, de esto depende en gran medida la adaptación de las respuestas a las necesidades concretas del individuo en materia de salud. Para Socorro (2010), el PE 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» (p. 17).

Lamentablemente, se ha escrito, enseñado e insistido en el uso de este instrumento, pero, aún, gran parte del personal de enfermería, refiere rechazo en la aplicación del PE, probablemente sea por desconocimiento, falta de práctica de las etapas, poca motivación o interés, inseguridad, escasa capacidad para tomar decisiones, falla en la supervisión, deficiente o nula actualización, delegación del cuidado a los familiares, insuficiente acercamiento o interacción, trato frío e impersonal, ausencia del servicio en las horas laborales, falta de tiempo. Estos motivos o comportamientos, no pueden ser aceptables ni justificables para dejar de aportar un cuidado humano de calidad, como bien lo expresan Otong y Golub (1997), enfermería, busca contribuir a la resolución de los problemas de los pacientes y no a su agudización, lo que se establece solo mediante una relación intencionada y terapéutica entre ambos protagonistas.

A los señalamientos anteriores, agrego que desde lo didáctico, en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes de Mérida-Venezuela, el PE forma parte de la carrera a partir del primer semestre, con lo fundamental o básico del mismo y a medida que el estudiante avanza en su formación, se le pormenoriza cada etapa del proceso y su aplicación, lo que, considero, le da las habilidades para su implementación durante las prácticas hospitalarias y en su futuro desempeño profesional. Aunado a

ello, varios profesores de esta escuela, son autores de textos sobre la temática (Socorro, 2009, 2010, 2013 y Sánchez, 2010, 2011), ofrecen talleres, realizan eventos, con el fin de mantener actualizado al estudiante y al profesional de enfermería.

Por ello, interesa preguntarse ¿Por qué no hacer del PE el puente entre el fantasma o el abismo de la integración docencia-servicio, de lo cual se habla mucho, pero poco se aplica? El objetivo del presente artículo, es dar a conocer a los estudiantes y al personal de enfermería la utilidad del PE en las salas de urgencias, bajo el enfoque de los conceptos de la teoría de Orem.

— APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN UNA URGENCIA DE CRISIS HIPERTENSIVA

López-Jaramillo y otros (2013), informan en su estudio que la Hipertensión Arterial (HTA), es una de las tres causas de mayor mortalidad en la población y que su control reduciría a la mitad su tasa de enfermedad cardiovascular; por tanto, sería razonable que se intensifiquen los esfuerzos para mejorar el diagnóstico y control terapéutico de esta afección, por lo cual están justificados todos los empeños para sensibilizar al personal de salud y la población en general, sobre la importancia y magnitud de este problema sanitario y socioeconómico.

Enfermería, como el primer contacto que tiene el paciente con el personal de salud, podrá encontrar diversos tipos de casos en torno a esta enfermedad:

- El que acude por otra patología y se detecta esta emergencia en ese momento. Luego, podrá ser una HTA mantenida o momentánea.
- El hipertenso que manifiesta una sintomatología por el aumento de la presión arterial. Son valores máximos de referencia para la normalidad los de 140 mmHg en la Presión Arterial Sistólica (PAS) y 90 mmHg en la Presión Arterial Diastólica (PAD).

La crisis hipertensiva se caracteriza por una subida de la presión o tensión arterial (TA) con la rapidez suficiente para no poder realizarse una acomodación por el organismo. Vásquez (2001), en su artículo sobre el manejo de enfermería en la crisis hipertensiva menciona que, esta ocurre en caso de una PAD superior a 120-130 mmHg; ésta presión mínima, revela la presión existente en el interior de la arteria cuando el corazón está en reposo y se está llenando de sangre. El mismo autor, clasifica esta situación, para su manejo terapéutico, en *urgencia hipertensiva* en la que no existe evidencia de daño agudo, el tratamiento está enfocado a disminuir cifras tensionales en las primeras 24 horas con medicamentos orales y/o sublinguales; y en *emergencia hipertensiva* donde además de subir bruscamente la tensión arterial tiene repercusiones o daño a órganos

blanco: cerebro, corazón y riñón, que requieren la inmediata disminución de las cifras tensionales con el empleo de medicamentos endovenosos y no necesariamente a valores normales.

Para Barrera, Guzmán y Lancheros (2006), los signos y síntomas más comunes (motivos por el cual el paciente acude al servicio) son: intensa cefalea, vértigos, visión borrosa, epistaxis. Por los efectos en los órganos mencionados, esta urgencia puede derivar en complicaciones como infarto al miocardio, insuficiencia renal, encefalopatía hipertensiva, hemorragias cerebrales y retinianas, epistaxis graves, aneurisma disecante de aorta. Seguidamente, se ilustran las etapas del PE con la crisis hipertensiva.

1. VALORACIÓN

En la sala de urgencias, enfermería realiza la recogida de los datos de salud del paciente de forma continua y sistemática (Valenzuela y Cámara, 2004); en esta situación planteada, considerando los elementos conceptuales de la TDAO son:

Factores básicos condicionantes descriptivos de la persona: paciente masculino de 68 años de edad, con educación primaria, trabaja como chofer, católico, viudo, vive solo, tiene tres hijos, lo visitan poco.

- *Patrón de vida:* es independiente para el autocuidado, sedentario.
- *Estado y sistema de salud:* diagnosticado con HTA desde hace 20 años, se cansa fácilmente, presenta cifras de colesterol alto y artritis desde hace 15 años. Acude esporádicamente a los controles. Ingres a la sala de urgencias por presentar fuerte dolor de cabeza, mareos, latidos en la sien, visión borrosa, sangrado por la nariz.
- *Tratamiento médico actual:* Enalapril 1 tableta, vía oral, cada 12 horas (a veces se le olvida tomar el medicamento).

Requisitos de autocuidado universales

- *Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:* frecuencia respiratoria 40 por minuto, TA 200/150 mmHg, frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, temperatura 37°C, discreta palidez cutánea.
- *Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:* ingiere poca agua, aproximadamente medio litro al día; se observa edema palpebral y en miembros inferiores; piel reseca generalizada.
- *Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos:* ausencia de cinco piezas dentarias en arcada superior, peso 97 kg, talla 1.73 cm. Refiere poco apetito y rechaza la comida sin sal, consume pocas frutas y vegetales.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: paciente con signos y síntomas de crisis hipertensiva.

2. DIAGNÓSTICO

Luego, enfermería, analiza los datos obtenidos de la valoración, basándose en el conocimiento científico, la concepción de los cuidados enfermeros, los componentes de la situación y la percepción del paciente. De esta manera formula el o los diagnósticos de enfermería. La correcta identificación de problemas y su priorización son los principios para el establecimiento posterior de una planificación adecuada de los cuidados. Un ejemplo del diagnóstico enfermero (DxE) focalizado en el problema, podría ser *Perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión e/p cifras tensionales elevadas, cefalea, mareos, visión borrosa, epistaxis, inquietud.*

3. PLANIFICACIÓN

Posteriormente, realiza un plan de cuidados, basado en el o los DxE formulados. La práctica segura y efectiva de la enfermería en la sala de urgencias, es el resultado de una adecuada planificación, que guiará las intervenciones y facilitará la consecución de los objetivos marcados. En las salas de urgencias, se puede aplicar el cuidado colaborativo, mencionado en párrafos anteriores. En las crisis hipertensivas, el modelo predictivo (PPG=Predecir, Prevenir y Gestionar) es el indicado, ya que, el enfoque del cuidado se centra en evitar o controlar en el paciente, las complicaciones potenciales (CP). Por ejemplo, en el presente caso, aplicar el PPG antes de que el paciente manifieste complicaciones cardíacas. Manteniendo presente la TDAO, se establecen los siguientes cuidados:

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio

- Medición y registro de tensión arterial cada 15 minutos durante la primera hora, posteriormente cada 30 minutos, cada hora, cada dos horas y cada cuatro horas. Hasta su estabilización o bien el reporte de cifras óptimas.
- Administrar medicamentos prescritos por vía sublingual.
- Mantener al paciente en reposo y en un lugar tranquilo.
- Posición semi-Fowler estricta.
- Administrar oxigenoterapia, si es necesario.
- Evolución de enfermería.

4. EJECUCIÓN

El personal de enfermería lleva a cabo el plan de cuidados diseñado para contribuir al mantenimiento y/o restablecimiento de la salud del paciente y al logro de los objetivos, mediante los métodos enfermeros de ayuda: actuar, guiar y apoyar a otro, proporcionar un entorno que fomente el desarrollo (TDAO).

5. EVALUACIÓN

Por último, evalúa y modifica el plan de cuidados basándose en las respuestas del paciente y en la consecución de los objetivos y resultados. El PE es un método dinámico,

flexible, que requiere evaluaciones continuas, incluye la decisión de introducir cambios en el plan de cuidados o regresar a las fases anteriores. En esta última etapa, se formula la pregunta: la agencia de autocuidado (paciente) ¿Cubre las demandas de autocuidado? ¿Ha normalizado las cifras de TA? Dependiendo de la respuesta, se debe considerar lo siguiente:

- Si = Alta del paciente (Fin del PE). Sistema de enfermería de apoyo-educativo. Se puede egresar al paciente con el diagnóstico de salud: *Disposición para mejorar el autocuidado m/p el deseo de mejorar el conocimiento de las estrategias de autocuidado*, donde se incluye el método enfermero de enseñar a otro (TDAO) para cumplir con la función de la educación para la salud, sobre dieta, actividad física, controles periódicos, como factores que hay que reforzar en el paciente para evitar las complicaciones o daños en los órganos vitales, los reingresos a los escenarios de salud y la dependencia de fármacos antihipertensivos.
- No = ¿Sistema de enfermería parcial o totalmente compensatorio? Método enfermero: actuar por otro (TDAO). Incluye las siguientes actividades: canalización de vía endovenosa, administrar medicamentos prescritos, aplicar oxígeno indicado, monitorización cardiaca, realizar electrocardiograma (ECG), tomar muestras para laboratorio, preparar para radiografía de tórax; estos y otros cuidados se planifican y ejecutan para la prevención de complicaciones cardiacas. ¿Nuevo diagnóstico? Por ejemplo: *Disminución del gasto cardíaco r/c alteración del ritmo cardíaco e/p edema, ingurgitación yugular, alteraciones en la presión arterial, cambios electrocardiográficos.*

En este caso de urgencia de crisis hipertensiva descrito, se aplicó la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA, 2015), para formular los diagnósticos que sirvieron de ejemplo, pero no se empleó ni la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) ni la Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC), debido a que la revisión de estas clasificaciones van a depender del área donde enfermería lleva a cabo la práctica diaria, como en el caso de las salas de urgencia, donde confluye una serie de condicionantes, la infraestructura, el estado de salud del paciente, la disposición de recursos humanos y materiales, el tiempo de actuación del personal y de estadía del paciente, que hacen que la aplicación del PE adquiera una connotación diferente al resto de los servicios de la institución, ameritando que los cuidados se planifiquen y ejecuten de forma rápida, efectiva y segura (planes semiestandarizados) que permitan acelerar el proceso, porque está en riesgo la vida del paciente.

— CONCLUSIONES

El PE se puede aplicar en cualquier área hospitalaria, aportando una atención de enfermería de calidad, al priorizar las necesidades inmediatas del paciente, reduciendo tiempo y costos de hospitalización. En las salas de urgencia se requiere de una interacción multidisciplinaria, colaborativa, dinámica y responsable. Mediante una estrecha vigilancia, la detección precoz y el tratamiento adecuado, se puede predecir, prevenir y gestionar las complicaciones antes que se presenten.

Se pudo integrar la teoría de Orem, como estructura conceptual en el PE, siendo seleccionada, por ser una estructura teórica con un alto nivel de desarrollo; es descriptiva, explicativa y predictiva. Además, se adapta a todos los campos de la práctica enfermera y permite analizar e interpretar las realidades con los constructos que la componen. Una de las primordiales necesidades de enfermería es investigar para divulgar los resultados, mejorar los hallazgos de la práctica y consolidar la profesión.

Los invito, aún siendo estudiantes, a la aplicación del PE, mantener una formación permanente sobre esta herramienta implementando la teoría a la práctica diaria, así como a investigar, publicar los resultados, bien sea escribiendo artículos o a través de la publicidad en eventos científicos. Estas sugerencias, contribuirían al desarrollo del propio rol de la disciplina, al crecimiento profesional, a mejorar la práctica y el quehacer diario, a la competitividad y el respeto profesional, a la autonomía, a la visibilidad ante los pares y demás profesionales, a disponer de un lenguaje propio y, lo más importante, a garantizar la calidad del cuidado y la satisfacción del paciente, de la familia y de la comunidad.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro-Lefevre, R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. (5a. ed.). Barcelona: Masson.
- Barrera, M., Guzmán, T. y Lancheros, L. (2006). *Diabetes mellitus e hipertensión arterial: aspectos médicos y nutricionales*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Castro, J. (2010). Producción científica en enfermería de urgencias cardiacas y coronarias: Análisis de la literatura. *Revista Enfermería Global* [Revista en línea], 20. Disponible: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/110981/105551> [Consulta: 2014, Noviembre 11].
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Fernández, A (2010). *Efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio de Tunja-Boyacá, Colombia*. Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

- González, S. y Moreno, N. (2011). Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando NANDA-NIC-NOC. *Revista Enfermería Global* [Revista en línea]. 10(23), 89-95. Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/docencia1.pdf> [Consulta: 2014, Noviembre 23].
- Herdman, H. (Edit.) (2015). *NANDA International Edición hispanoamericana. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. España: Elsevier.
- López-Jaramillo, P., Sánchez, R., Díaz, M., Cobos, L., Bryce, A., Parra-Carrillo, J. y otros (2013). Consenso Latinoamericano de Hipertensión en pacientes con Diabetes tipo 2 y Síndrome Metabólico. *Revista Anales Venezolanos de Nutrición*. 26(1), 40-61.
- Manual RCP básica y primeros auxilios (2012). España: Publicaciones Vértice S.L.
- Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of Practice*. (6a. ed.). St. Louis Missouri: Mosby.
- Orta, M., Rodríguez, R. y Prieto, J. (2007). Educación para la salud desde Atención Primaria. *Revista ROL de Enfermería*, 30(4), 15-17.
- Otong, D. y Golub, S. (1997). *Nursing care of the client with psychosocial and mental health problems*. St. Louis: Mosby.
- Raile, M. y Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en Enfermería*. (7a. ed.). España: Elsevier.
- Sánchez, E. (2010). *Diagnósticos Enfermeros. Interrelaciones NANDA-NOC-NIC aplicables a la práctica clínica*. Mérida: Talleres Gráficos de la Imprenta de Mérida, C.A.
- Sánchez, E. (2011). *Manual de diagnósticos de enfermería e interrelaciones NANDA-NOC-NIC*. Mérida: Universidad de Los Andes, Consejo de Publicaciones.
- Socorro, D. (2009). *Aplicación del Proceso Enfermero*. Mérida: Universidad de Los Andes, Consejo de Publicaciones.
- Socorro, D. (2010). *Enfermería Básica. Fundamentos y Procedimientos*. Mérida: Talleres Gráficos de la Imprenta de Mérida, C.A.
- Socorro, D. (2013). *Estandarización NANDA-NOC-NIC. Guía de Planes de Cuidados*. Mérida: Producciones Karol, C.A.
- Socorro, D. (2013). *NANDA-NOC-NIC. Planes de Cuidados Estandarizados*. Mérida: Producciones Karol, C.A.
- Valenzuela, A. y Cámara, S. (2004). Registro del proceso enfermero en el área de urgencias y emergencias: una aplicación práctica a través de una herramienta viva. *Revista Salud y Cuidados*. [Revista en línea], 7. Disponible: <http://www.saludycuidados.com/numero7/registros/registros.htm> [Consulta: 2014, Octubre 4].
- Vázquez, M. (2001). Manejo de enfermería en la crisis hipertensiva. *Revista Archivos de Cardiología de México*, 71(Supl. 1), 221-224.