

MODELOS DE CUIDADOS EN **ENFERMERÍA** NANDA, NIC Y NOC

SARA E. TÉLLEZ ORTIZ
MARTHA GARCÍA FLORES



MODELOS DE CUIDADOS EN
ENFERMERÍA
NANDA, NIC Y NOC

MODELOS DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA NANDA, NIC Y NOC

SARA ESTHER TÉLLEZ ORTIZ

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Maestra en Ciencias de Enfermería con énfasis en Administración. Diplomada en Educación en Enfermería, Docencia para la Educación a distancia, Desarrollo organizacional y aplicación docente de las Tecnologías de la información y de la comunicación (TIC). Especialidad postécnica en Administración de hospitales. Titular de la Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería del Hospital General de México (HGM). Catedrática de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en el Sistema de Universidad Abierta (SUA) y Educación a Distancia (ED)

MARTHA GARCÍA FLORES

Licenciada en Enfermería. Maestra en Administración de hospitales y Salud pública. Especialidad postécnica en Docencia en Enfermería médico-quirúrgica y Medicina crítica y terapia intensiva. Subdirectora de Enfermería del Hospital General de México (HGM). Asesora de Proyectos especiales en el HGM



MÉXICO • BOGOTÁ • BUENOS AIRES • CARACAS • GUATEMALA • MADRID • NUEVA YORK
SAN JUAN • SANTIAGO • SÃO PAULO • AUCKLAND • LONDRES • MILÁN • MONTREAL
NUEVA DELHI • SAN FRANCISCO • SIDNEY • SINGAPUR • ST. LOUIS • TORONTO

Director editorial: Javier de León Fraga
Editor de desarrollo: Manuel Bernal Pérez
Supervisora de producción: Alejandra Díaz Pulido

NOTA

La medicina es una ciencia en constante desarrollo. Conforme surjan nuevos conocimientos, se requerirán cambios de la terapéutica. El(los) autor(es) y los editores se han esforzado para que los cuadros de dosificación medicamentosa sean precisos y acordes con lo establecido en la fecha de publicación. Sin embargo, ante los posibles errores humanos y cambios en la medicina, ni los editores ni cualquier otra persona que haya participado en la preparación de la obra garantizan que la información contenida en ella sea precisa o completa, tampoco son responsables de errores u omisiones, ni de los resultados que con dicha información se obtengan. Convendría recurrir a otras fuentes de datos, por ejemplo, y de manera particular, habrá que consultar la hoja informativa que se adjunta con cada medicamento, para tener certeza de que la información de esta obra es precisa y no se han introducido cambios en la dosis recomendada o en las contraindicaciones para su administración. Esto es de particular importancia con respecto a fármacos nuevos o de uso no frecuente. También deberá consultarse a los laboratorios para recabar información sobre los valores normales.

Modelos de cuidados en enfermería. NANDA, NIC y NOC

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra,
por cualquier medio, sin autorización escrita del editor.

DERECHOS RESERVADOS © 2012, respecto a la primera edición en español por,
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



Editado, impreso y publicado, con autorización del Hospital General de México



Educación

Editado por McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.

A subsidiary of the McGraw-Hill Companies, Inc.

Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A, Piso 17, Col. Desarrollo Santa Fe,
Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01376, México, D.F.

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana Reg. No. 736

ISBN: 978-607-15-0655-9

1234567890

Impreso y hecho en México

1345678902

Printed in Mexico

Colaboradores

María Elena Galindo Becerra

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Maestra en Administración de Instituciones de Salud. Subdirectora de Evaluación de los Servicios de Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud, México.

Rosa Albertina Garrido Gómez

Licenciada en Enfermería y Obstetricia con Postécnico en Docencia en Enfermería médico-quirúrgica. Maestra en Administración Pública. Asesora de Proyectos Especiales en la Subdirección de Enfermería del Hospital General de México.

Ana Laura Pacheco Arce

Licenciada en Enfermería. Maestría en Enseñanza superior. Especialista en Salud pública. Diplomada en Educación a Distancia y en Salud, Seguridad y Protección Civil. Jefa de la División de SUA y ED de la ENEO-UNAM.

María de Jesús Posos González

Licenciada en Enfermería con especialidad postécnica en Enfermería médico-quirúrgica. Maestra en Desarrollo Organizacional. Coordinadora Normativa de la Dirección de Enfermería, Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs).

Claudia Leticia Ramírez Tabales

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Especialista en Atención al Adulto en Estado Crítico, Superior Universitario en Administración de Empresas. Catedrática de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza, UNAM.

Juan Gabriel Rivas Espinosa

Maestro en Ciencias de Enfermería (UNAM). Catedrático de la carrera de Enfermería en la FES Zaragoza (UNAM) y Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Xochimilco.

Severino Rubio Domínguez

Licenciado en Enfermería. Director de Actividades Deportivas y Recreativas de la UNAM.

Contenido

Prólogo	ix
---------------	----

Capítulo 1

Ana Laura Pacheco Arce

Enfermería, ciencia y arte del cuidado	1
--	---

Capítulo 2

Severino Rubio Domínguez

La práctica profesional en México	13
---	----

Introducción	13
--------------------	----

Profesionalización de la enfermería en México	24
---	----

Capítulo 3

Sara Esther Téllez Ortiz

Método de enfermería: herramienta importante para la aplicación de teorías de enfermería	29
--	----

Introducción	29
--------------------	----

Proceso de atención en la praxis de enfermería	30
--	----

Fases del proceso de atención de enfermería	35
---	----

Capítulo 4

Martha García Flores

Rosa Albertina Garrido Gómez

Estado del arte de la aplicación del método de enfermería	57
---	----

Introducción	57
--------------------	----

Aplicación del método enfermero en el HGM	60
---	----

Secretaría de Salud y la aplicación del método de enfermería	66
--	----

Futuro previsible en la aplicación del método de enfermería	67
---	----

Capítulo 5

María Elena Galindo Becerra

Método de enfermería: contribución de la enfermería en las estrategias nacionales de salud	69
---	-----------

Capítulo 6

Claudia Leticia Ramírez Tabales

Sara Esther Téllez Ortiz

Aplicación taxonómica: NANDA, NIC y NOC en los planes de cuidados de enfermería	87
Introducción	87
Antecedentes de la taxonomía NANDA, NIC y NOC.	89
Clasificación de las intervenciones de enfermería	91
Vinculación: NANDA, NIC y NOC	99
Vinculación del proceso de atención de enfermería <i>versus</i> NANDA, NIC y NOC	100
Conclusión.	114

Capítulo 7

María de Jesús Posos González

Sara Esther Téllez Ortiz

Metodología para la implementación de modelos de atención de enfermería.	117
Introducción	117
Metodología para la implementación	118

Capítulo 8

Juan Gabriel Rivas Espinosa

Modelos de cuidados de enfermería, un hecho real para la práctica profesional: el ser y hacer de la enfermería actual.	137
---	------------

Índice	149
-------------------------	------------

Prólogo

Son pocas las ocasiones en las que se puede presentar a la comunidad de enfermería un documento tan importante como el presente. No porque no hubiera el suficiente talento humano en el ámbito de la enfermería nacional, sino porque son muy pocos, desafortunadamente, los documentos de tipo didáctico que unen los puntos de vista de tan importantes actores de la vida académica y asistencial. Ésa es la trascendencia del libro, reunir a expertos en la materia eje de la enfermería profesional: el cuidado de enfermería y los modelos que sustentan la aplicación en la práctica profesional.

El análisis que hacen los autores abarca dos perspectivas: la teórica y la práctica. Desde la perspectiva teórica se abunda en ofrecer a los lectores una visión completa, detallada, histórica y actualizada respecto de conceptos vitales para el entendimiento y comprensión de la enfermería como ciencia y como arte. Las disertaciones sobre los diferentes enfoques presentados a los lectores se constituyen en una gran oportunidad para conocer, ampliar y reflexionar sobre las grandes posibilidades que hoy se tienen para contribuir a documentar y consolidar ambas concepciones.

Sobre el cuidado de las personas en forma individual y colectiva, durante el desarrollo de los capítulos, cada autor hace una nueva aportación a lo ya expresado. Existe, sin embargo, una gran coincidencia, una muy especial, la de identificar a Florencia Nigthingale como la pionera, la gran visionaria que dio paso al nacimiento de la enfermería profesional y al cuidado que la enfermería otorga, tanto a personas enfermas como en estado de salud, lo que le confiere la característica distintiva de otras profesiones. Esto último como una propuesta que cada vez más cobra mayor relevancia en el currículo de los planes y programas de estudio de las instituciones educativas.

Fueron muchos años en los que el proceso de atención de enfermería y la aplicación práctica de los modelos sustentados en la teoría eran sólo tema de aula, por ello son muy importantes las aportaciones que los autores presentan desde la perspectiva práctica.

Los autores muestran un gran conocimiento de las circunstancias que prevalecen en los servicios asistenciales y comparten su experiencia para iniciar, establecer y evaluar los cambios generados por la incorporación de nuevas metodologías de trabajo. Manifiestan la complejidad y los factores que dificultan estos cambios, coincidiendo nuevamente todos en identificar como el común denominador a la gran heterogeneidad en la composición del contingente operativo de enfermería, no sólo desde el punto de vista de la formación académica, sino de la diversidad en los esquemas organizacionales del sistema de salud.

Mostrar ante un público crítico y conocedor las dificultades que implican los cambios y las formas que les resultaron exitosas es una expresión madura y generosa

que habla mucho en favor de quienes la comparten. Aceptar que la práctica nada es totalmente nuevo, que siempre hay alguien o algunos que ya han avanzado y que es un deber ético reconocerlo, constituyen verdaderos ejemplos y muestras fehacientes de la transformación que experimenta la profesión de enfermería en México. También, ha sido la oportunidad de mostrar —y así lo ha hecho el Hospital General de México— que sí es posible llevar a cabo el cambio, independientemente de esa heterogeneidad que puede significar un reto mayor.

Cuando ya hay un camino recorrido y se comparten los *cómo*, se ofrece una ayuda invaluable para aquellos que pretenden iniciar este proceso cuyo objetivo primordial es el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad para los pacientes y las personas que requieren servicios de salud.

Por ello, no es casualidad que la obra esté coordinada por personal de enfermería de un hospital de tan alto prestigio como el Hospital General de México, cuna de la enfermería mexicana y que hoy es referente indispensable cuando se pretende hablar de la evolución y desarrollo de la profesión de enfermería, pues fue y sigue siendo un hospital-escuela por la que han transitado miles de enfermeras y enfermeros durante el proceso de formación y que hoy ejercen un liderazgo transformador y compartido.

Es mediante este tipo de estrategia que se hace presente la anhelada vinculación docencia-asistencia porque, indudablemente, la presencia de la Universidad Nacional Autónoma de México a través de los docentes y autores en esta obra, quienes participan y comparten con los expertos clínicos del hospital, hacen que esta experiencia sea apreciada y reconocida por la riqueza intelectual de su aportación para el desarrollo de empresas similares.

En efecto, como se menciona en el libro entre los antecedentes más valiosos y que sirvieron para la integración del marco técnico normativo que la Comisión Permanente de Enfermería diseñó para la elaboración de los Planes de Cuidados de Enfermería, se encuentra la aportación que hicieron los expertos designados por el Hospital General de México. Gracias a esa colaboración y a la de otros muy reconocidos expertos, la tarea resultó mucho más ágil y muy enriquecedora. Fue también el reconocimiento al esfuerzo, a la experiencia, a la capacidad y talento, que existe en la enfermería mexicana, que se emprendió el gran proyecto, la institucionalización del Proceso de Atención de Enfermería y la estandarización de los Planes de Cuidados de Enfermería, como una estrategia que coadyuvará a garantizar la calidad en la prestación de los mismos, así como a reducir la incidencia de eventos adversos generados por deficiencias teóricas y metodológicas en el personal operativo.

Hoy por hoy, a la enfermería mexicana se le reconoce en el ámbito internacional por ese espíritu emprendedor y transformador de su práctica.

Debido a todo ello, con profunda satisfacción, propongo y recomiendo ampliamente la lectura y aplicación de la metodología contenida en este libro, misma que será una magnífica herramienta que guía y complementa los aspectos prácticos y gerenciales que conforman el Lineamiento para la elaboración de los PLACE, publicado por la Dirección de Enfermería en colaboración con la Comisión Permanente de Enfermería.

En hora buena felicito a sus autores y a las autoridades del Hospital General de México por la inteligencia para convocar y seleccionar a los mejores y más calificados académicos y gerentes clínicos de enfermería para conformar esta obra, la que no queda duda se constituye en referente para la formación de los futuros enfermeros y enfermeras y para los directivos en el ámbito nacional e internacional.

Juana Jiménez Sánchez

Maestra en Administración de organizaciones de salud, Universidad La Salle

Directora Nacional de Enfermería

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería

Enfermería, ciencia y arte del cuidado

Ana Laura Pacheco Arce 

*Miro hacia el día en que no habrá enfermeras
de la enfermedad, miro hacia el día en que habrá
enfermeras del bienestar*

F. Nightingale

Hablar de enfermería hoy es hablar de ciencia, disciplina, vocación, humanismo, excelencia y cuidado dirigido a la vida, la salud y la enfermedad de la persona y la sociedad, porque esta disciplina trasciende a partir de cuidar más allá de la parte física del ser humano y participa de manera positiva en el desarrollo de estilos de vida, al educar para el autocuidado de la salud, y llegar a intervenir en el fomento de una mejor calidad de vida de la persona y la población.

La enfermería contribuye al desarrollo humano y lleva consigo una tradición que se remonta al origen mismo de la sociedad, es mucho más que un oficio, es una ciencia en la que se conjugan —como dice Patricia Donahue en su libro *Historia de la enfermería*— “el conocimiento, el corazón, la fortaleza y el humanitarismo, su verdadera esencia reside en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que constituyen el fundamento real de los cuidados de enfermería”.

Esta disciplina parte de la investigación científica, ya que es un conjunto de acciones planificadas que permite resolver total, o de manera parcial, un problema científico determinado; rechazar los supuestos de una teoría ya existente, crear y validar nuevas teorías; por tanto, cabría entonces decir que la enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo xx que posee un cuerpo teórico conceptual propio, mismo que sustenta sus principios y objetivos, ya que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica y posee, además, un método científico propio de actuación —el proceso de atención de enfermería (PAE)— que incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud y la vida de las personas.

Es importante resaltar que la investigación de enfermería sustenta la relación dialéctica que existe entre teoría y práctica en la formación de los conocimientos científicos, pues es allí, en la práctica, donde se obtienen los datos y se confirman los supuestos teóricos de las nuevas teorías.

Así pues, la enfermería es entendida como arte y ciencia. Es arte porque emana de los valores, sentimientos, actitudes con sensibilidad y creatividad para ofrecer cuidados, cuando la persona lo solicita o no puede valerse por sí misma (como dice Medina), “acuden al hospital en demanda de algo que les hace falta” y a veces eso es la posibilidad de un interlocutor que entienda y atienda sus sentimientos, emociones y no por fuerza una enfermedad, de modo que la enfermería también posee elementos filosóficos y axiológicos, pues se ocupa y centra su cuidado a través de los valores y los juicios valorativos.

En este sentido se hace necesario recordar que la axiología estudia tanto aquellos valores negativos como positivos, analizando sus primeros principios que son los que permitirán determinar la valía o no de algo o alguien, para luego formular los fundamentos del juicio, tanto en el caso de ser positivo como negativo.

Por otro lado, la axiología, junto con la deontología, es el principal fundamento y pilar con el cual cuenta la ética, elementos todos del cuidado de enfermería.

Cuando se habla del cuidado, objeto de estudio de esta disciplina, la axiología permite ver un valor como aquella cualidad que permitirá ponderar el valor ético y estético de las cosas, es decir, se trata de aquella característica especial que hace que las cosas o las personas sean estimadas en un sentido negativo o positivo, condición necesaria del cuidado integral y humano de la persona.

Cabe distinguir entre distintas clases de valores. Los valores objetivos son aquellos que resultan ser por ellos mismos la finalidad, como el bien, la verdad y la belleza. Por otro lado existen valores subjetivos que serán aquellos que representan un medio para llegar a tal o cual fin, y que la mayoría de las veces se encuentran seguidos de un deseo de tipo personal.

Además, y en un nivel más abajo, se pueden distinguir los valores entre fijos, es decir, aquellos que a pesar de todo permanecen, y los dinámicos, que son los que no están sujetos a permanecer, sino que cambian a medida que el ser humano cambia, por lo que la enfermera debe reconocer que los valores son la forma de resistirse al conformismo respecto de eso que existe y que se supone que no se puede cambiar, que es proveniente de los impulsos dominantes del mismo ser humano; ya que los valores son una fuerza directiva de acción, le dan sentido y significado al ser para dar y reconocerse a sí mismo, como reconocer a los demás, proviene de la historia de la vida del sujeto, por su reflexión personal, vivencia, convivencia y aceptación del testimonio a juicio de otros; por tanto, la posesión del valor debe satisfacer alguna de las más hondas exigencias del individuo, ya que casi siempre surgen en momentos de crisis (Savater, 2000).

De igual manera, los valores pueden ser distinguidos de acuerdo con la importancia que ostenten para las personas, y entonces estar concebidos conforme a una jerarquía preestablecida en la cual unos poseerán una posición más alta que otros.

Debido a todo lo anterior, también se constata que otra parte de la enfermería como ciencia posee un cuerpo de conocimientos teóricos y filosóficos propios que le

permiten adaptarse de manera asertiva y dinámica a las constantes transformaciones de una sociedad cambiante y de un mundo globalizado, como en el que hoy se vive, por lo que en este contexto, la disciplina de enfermería con frecuencia se enfrenta a la investigación de nuevos temas, interrogantes y acciones, porque su principio de actuar parte también de la ética y asume el reto de un proceso de aprendizaje permanente, al enfrentar a diario el reto de cuidar el cuerpo, la mente y el entorno con integralidad, y siempre en armonía, con el respeto que debe tenerse a la dignidad del ser humano.

Así, se considera a la filosofía de enfermería como el sistema de creencias y valores de la profesión, lo que incluye también una búsqueda constante de conocimientos y, por tanto, determina la forma de pensar sobre los fenómenos y, en gran medida, de su manera de actuar, lo que constituye un elemento de vital importancia para la práctica profesional (Leddy, 1995).

El pensamiento filosófico permite determinar otros dos elementos del concepto esencial de la filosofía. Al primero se le conoce con la expresión “concepción del yo”, al segundo se le llama “concepción del mundo”. La filosofía es ambas cosas; una concepción del yo y una concepción del mundo, por lo que en todo conocimiento se pueden distinguir cuatro elementos: El sujeto que adquiere el conocimiento, el objeto conocido, la intervención misma de conocer y el resultado que se obtuvo, que es la información recabada acerca del objeto (Gutiérrez, 1998).

Dicho de otra manera, el sujeto se pone en contacto con el objeto y obtiene una información acerca del mismo. Cuando existe congruencia o adecuación entre el objeto y la representación interna correspondiente, se dice que se está en posesión de una verdad (Gutiérrez, 1998) y, así, la enfermería se relaciona, emite y mantiene relación y comunicación con las personas sujetas de cuidado.

El arte del cuidado es así, la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado.

El arte de la enfermería es el más imaginativo y creativo sentido del conocimiento al servicio del ser humano. Para ello, el profesional de enfermería debe integrar los conocimientos de las artes, las humanidades, las ciencias sociales y conductuales en la asistencia humana (Fuerbringer, 1995).

La estética en la enfermería se define mejor como el arte de la percepción, porque supone desde la filosofía y la psicología la forma en que se perciben las cosas, y como son para el ser humano, tanto si coincide la percepción con la realidad, como si no. Pero no se detiene ahí, ya que la estética se ve obligada a estudiar y definir qué formas han de tener las cosas para que sean percibidas como bellas por la mayoría. Y aquí se tiene un nuevo elemento que a veces se distorsiona; la percepción de la mayoría induce a determinar que la sensación que percibe cada uno tiene más altas garantías de objetividad que cuando varios coinciden en una misma forma de percepción.

Por ello, la enfermería se define también como ciencia, porque parte de la observación, identificación, descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos naturales. En este sentido, puede definirse como la doctrina del co-

nocimiento, ya que los primeros trabajos sobre la filosofía de la disciplina se refieren al análisis, el razonamiento y los argumentos lógicos para identificar los fenómenos y los conceptos teóricos que rodean la acción de cuidar.

En este sentido, la enfermería también recurre a la epistemología, que es la teoría del conocimiento, la cual permite una explicación o interpretación filosófica del conocimiento humano y se ocupa de la definición del saber y de los conceptos que se relacionan, del origen, los criterios, los tipos de conocimiento posible y el grado con el que cada uno resulta cierto, así como la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido, se define así porque “una práctica es científica cuando sus actuaciones se basan en teorías que fueron desarrolladas científicamente, y se aplican con un método sistemático para resolver los problemas de su área de competencia” (Fuerbringer, 1995).

El conocimiento que se genera de la ciencia de enfermería procede, en muchos casos, del método hermenéutico o fenomenológico, ya que no interesa llegar a un conocimiento objetivo, sino llegar a un conocimiento consensuado. Lo que importa es ponerse de acuerdo en la interpretación de lo que se estudia, donde el límite de lo que sería un buen o mal conocimiento se obtiene a través de la interpretación y la cercanía que se tiene con la realidad que se investiga, concediéndole absoluta primacía a la conciencia, la cual construye tanto el mundo objetivo como la intersubjetividad, que se basa en la experiencia de los otros.

Otro de los métodos que se utilizan en la obtención del conocimiento de enfermería es el socio-crítico, que se fundamenta en la ciencia de la acción, ya que el conocimiento se centra “en” y “para” la acción, y la construcción de la realidad comienza a manifestarse a través de la acción reflexiva de las personas y las comunidades.

Se hace necesario reconocer también que, desde el surgimiento de la enfermería profesional con Florence Nightingale, quien enseñó que una de las funciones más importantes en la disciplina era crear las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre el paciente, han transcurrido más de 100 años y esta concepción sigue vigente, asimismo, recordar que en ese sueño ambicioso, expresó también en sus escritos su anhelo de “la enfermera de sanos en contraposición a la enfermera de enfermos”.

Es Nightingale la primera en tener una visión del entorno y su influencia en el paciente, así como en diferenciar a la enfermería de la medicina bajo una perspectiva diferente del concepto de salud, ella aseguraba, desde entonces, que la enfermera no necesitaba saber todo sobre los procesos de enfermedades, pero sí debía entender la influencia que el medio ambiente ejercía sobre el enfermo.

Desde entonces, muchos de sus escritos reflejan el cuidado ofrecido a aquellos que sufrían los efectos del medio social y económico y, al leerlos, surgen pistas e ideas que de acuerdo con su momento histórico, reflejan el hecho de considerar las necesidades del paciente y los principios de un cuidado integral, tanto para el individuo sano como para el enfermo, así como su agudeza en el concepto de una buena planeación del cuidado cuando refería:

“Todos los resultados de la buena enfermería [...] pueden ser negativizados por un defecto, es decir [...] por no saber cómo conseguir que lo que tú haces cuando estás ahí sea [...] hecho cuando no estés”.

Para Nightingale, todo el ambiente físico era de vital importancia, así como la observación aguda y detallada por parte de la enfermera en relación con su actitud con el paciente, todo esto debía formar parte de la información necesaria para una aguda valoración de necesidades y problemas.

En sus notas también puede apreciarse la importancia que daba a la psicología en el manejo del paciente, por lo que se observa que existía una concepción que no sólo incluía el elemento de la compasión, sino también de la observación, experiencia, datos estadísticos, conocimiento de la higiene pública, nutrición y competencias administrativas.

La actividad de enfermería estaba dirigida hacia la persona y su entorno, con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de las infecciones y heridas, la enseñanza de enfermería iba dirigida a todos, enfermos y gente sana, sin distinción de clase económica, creencias, diferencias biológicas y enfermedades.

Nightingale consideró en sus “Leyes de salud del cuidado del enfermo”, los factores del “entorno” y la “salud”, no sólo como lo opuesto a la enfermedad y al “cuidado” como un arte y una ciencia, por lo que insistió en que la enfermería requería de una formación académica.

Por otra parte, se debe recordar que ha transcurrido más de un siglo desde los postulados de Nightingale, durante ese tiempo varias enfermeras han estudiado y aclarado la esencia y misión de la enfermería, mediante la elaboración de un marco conceptual, una teoría y una filosofía del cuidado del ser humano, intentando concretar su propio campo de investigación y de la práctica del cuidado a la persona y colectivos (Nightingale, 1990).

Estas enfermeras, llamadas teorizadoras y meta-teóricas, pretendieron delimitar el campo de la disciplina de enfermería, según su perspectiva específica y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, dado que las disciplinas profesionales tienen por objetivo desarrollar los conocimientos que sirvan para definir y guiar la práctica.

Tales aportaciones, que se derivan de la investigación permiten que la enfermería se desarrolle como ciencia y como profesión, pero todo cambio, en aras de consolidar resultados válidos, debe ir respaldado por una teoría, que le da sentido y una metodología, que además, le da orden lógico, secuencia, continuidad y sistematicidad para así tener una práctica útil y de calidad (Marriner, 2007).

Por lo que la enfermería ha tratado de explicar y abordar la realidad a través de un modelo de cuidados, ya que de no hacerlo sistemáticamente, significaría un simple ejercicio intelectual, es así que aplicar el PAE sin un modelo teórico de referencia, sólo sirve para realizar actividades aisladas que únicamente tienen significado para quien aplica el proceso. Este proceso de enfermería aplicado, tanto en el nivel asistencial como en el comunitario, incluye la identificación y análisis del problema, las estrategias de intervención (desarrollo comunitario, planificación social, y acción social) y la evaluación del resultado.

Por otro lado, el objetivo del enfoque de comunidad para elevar la calidad de salud es alterar el entorno del sujeto de atención, de manera que se disminuyan los riesgos de salud y se incrementen las oportunidades para una vida sana, ya que la

comunidad se refiere no sólo a donde vive el sujeto, sino también al entorno en donde enfermera y persona interactúan en una situación de enfermería, y el proceso total del cuidado está incrustado en un contexto social determinado, por lo que se hace necesario que la enfermería identifique y mida las diferentes variables inherentes a las formas de vida para, de verdad, dar un cuidado integral.

La enfermería tiene a su cuidado la vida, salud y enfermedad, por ello, debe ampliar su concepción de la vida en una dualidad con la muerte, ya que es en estos hechos, donde el cuidado de enfermería debe volcarse no sólo para el enfermo, sino también para el sano, donde la medida está en la calidad, estilo, condiciones y potencial de vida; elementos que desde el punto de vista filosófico se unen a la ciencia para respetar la vida como parámetro para medir la vida misma.

En este sentido, la enfermería tiene que partir de una investigación exhaustiva de todos esos factores con los cuales la persona interacciona, es decir, biológicos, ecológicos, económicos, políticos, sociales, psicológicos y culturales; es así como la salud debe considerarse tanto para la misma enfermera, como para el tipo de cuidado que ofrece, como un valor filosófico. Por desgracia, y dado el contexto socioeconómico del país, la enfermedad también se hace presente en este fenómeno, por lo que esta última se considera como un estado de desequilibrio del ser humano con su medio, que puede ser transitorio o permanente, que limita parcial o por completo las capacidades de vida y que, desde luego, está determinada por condiciones histórico-sociales de la sociedad donde los sujetos viven y se desarrollan. Por tanto, la organización social a la que se pertenece, va a determinar las condiciones de vida de los sujetos, el estilo de vida de éstos y su calidad de vida, la enfermera, entonces, debe tener muy clara una siguiente categoría conceptual: el significado de la vida, para trabajar con ella misma y con los sujetos que estén bajo su cuidado, para que así se pueda trabajar con reciprocidad en el cuidado de la vida y la salud.

Existe un siguiente elemento, el potencial de vida con el que se nace, categoría que también el individuo y la comunidad tendrá que trabajar junto con la enfermera, para tener un equilibrio entre su salud y su enfermedad; por tanto, el cuidado de enfermería requiere, por fuerza, de una investigación profunda acerca de las necesidades de la realidad social que tiene que realizarse día a día a través de observaciones y diagnósticos de una gama de situaciones para poder planear, ejecutar y evaluar las intervenciones que la enfermería realiza, por tanto, entre sus capacidades está el poseer humanismo, calidad científica y técnica, pero también pensamiento crítico y reflexivo en donde se considere a la salud como un fenómeno social, cambiante, y como un asunto de orden político y comunitario.

De estos planteamientos se deriva el hecho de que los conceptos de esta disciplina deben ser claros para todos los que se dedican a la enfermería; el pensamiento entonces se conforma como un acto del ser que se esfuerza por recordar la existencia en donde no basta con la información científica y técnica que se da en la escuela, sino también con los valores humanos que se deben reconocer y practicar en el ser humano mismo y para los demás, es decir, la honestidad, respeto, dignidad, valentía, responsabilidad y, sobre todo, el amor.

También se puede plantear que es una ciencia que requiere destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplican a través de un método científico de actuación, con carácter teórico-filosófico, que guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional.

Aunque existen varias vías para enriquecer el cuerpo de conocimientos de la ciencia de enfermería, es la investigación el proceso principal, a través del cual se llega al conocimiento científico.

La investigación permite a la enfermería contar con un sistema de conocimientos, que abarca leyes, teorías e hipótesis, y que se encuentra en un proceso continuo de desarrollo, lo que significa que ésta perfecciona continuamente su propio marco teórico y le permite describir, abordar, tratar y hasta predecir los fenómenos que ocurren en la práctica.

La investigación se logra mediante la aplicación de procedimientos detallados y de rigor metodológico, donde se concreta lo que se conoce como un método científico de investigación. Por lo que a partir de la investigación científica se parte de considerar que se trata de un “conjunto de acciones planificadas que permite: resolver total o parcialmente un problema científico determinado, rechazar los supuestos de una teoría ya existente, crear y validar nuevas teorías” (León, 2006).

Es importante resaltar que la investigación sustenta la relación dialéctica que existe entre teoría y práctica en la formación de los conocimientos científicos, pues es allí, en la práctica, donde se obtienen los datos y se confirman los supuestos teóricos de las nuevas teorías.

Varios autores plantean que la práctica es la base y el criterio de la realidad, ya que es justo en la práctica donde se aplican la observación de los fenómenos, los instrumentos y se evidencian los resultados, los cuales se verifican con la experiencia práctica para llegar a la transformación de dichos fenómenos (Jiménez, 1998).

El profesional de enfermería, entonces, debe utilizar en sus investigaciones los elementos nuevos que encuentra de manera cotidiana en su práctica clínica, pues ésta debe verse como la fuente del conocimiento y, así, el conocimiento científico será el resultado de la investigación, lo que permite la consolidación del marco teórico y constituye los cimientos de la ciencia y su desarrollo.

Las investigaciones en enfermería deben utilizar este método científico en su actuación, lo que permitirá una práctica basada en la evidencia científica y posibilitará afirmar los supuestos anteriores acerca de los fenómenos estudiados o sustentar la necesidad de desechar las suposiciones anteriores, ya que esta disciplina tiene el gran reto de sustentar con elementos sólidos nuevas teorías, desarrollando la revolución y consolidación en la ciencia. Gracias a la manera particular con que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno, es que se clasifica el campo de la disciplina científica de la enfermería.

El cuidado es la razón de ser de la profesión, y constituye su objeto de estudio, por lo que se hace necesario convertirlo en el centro de interés de la investigación en la enfermería; esto permitirá consolidar científicamente su cuerpo de conocimientos, así como los fundamentos y principios en los que se basan la educación, la gestión y el cuidado holístico de enfermería.

Los cuidados de enfermería, por tanto, deben acompañar todas las etapas de la vida, y no sólo en la enfermedad, ya que los tratamientos nada más se dirigen a los efectos nocivos que la causan, es decir, no se puede vivir sin cuidados, curar no puede reemplazar el cuidar, ya que debe haber un enfoque que anticipe el daño (Colliere, 1993).

Entonces, la naturaleza de los cuidados dependerá de la finalidad que se propongan asegurar, según lo que sea necesario despertar y desarrollar de las capacidades físicas, afectivas, mentales y sociales de la persona, familia y colectivos para asegurar la continuidad de la vida, mejorar su calidad, evitar los riesgos y los daños.

Debido a todo lo anterior, la enfermera es responsable de su propio desarrollo profesional y debe considerar que en esta época de rápidos cambios en todas las áreas de la sociedad, del conocimiento y de la tecnología, debe poseer una actitud de aprendizaje constante para toda la vida, donde no sólo es necesario conocer, sino hacer y ser para poder convivir con otros seres humanos, por lo que la evaluación de las acciones realizadas debe ser motivo de una revisión diaria, con honestidad, justicia y amor para que los beneficiarios del cuidado mediante evidencias confiables puedan tener los resultados que desean, es decir, dar a los demás lo que se desea para sí mismo.

Para esto es necesario que el pensamiento de enfermería transforme el futuro de los escenarios de la enfermedad a los de la salud, no basado en la compasión, sino en la observación y la experiencia para valorar el entorno del ser humano, comprenderlo y cuidarlo en toda su integridad, considerando todos los componentes de la persona, es decir, lo físico, intelectual, emocional, espiritual y social, así como poniendo toda su capacidad y responsabilidad para modificar, junto con el depositario de sus cuidados la situación existente para el fomento de la calidad de vida.

Es así que el saber y el hacer de enfermería debe orientarse hacia su objeto de estudio; es decir, el cuidado de las necesidades de salud de la persona con una visión integral donde lo biológico, psicológico, social, cultural y espiritual tienen un mismo nivel, tanto para cuidar al sano como al enfermo.

De modo que, en el momento actual, como refiere Colliere, resulta imprescindible apropiarse del sentido original de los cuidados, centrados en lo que ayuda a vivir y, por eso mismo, se hace evidente el valor de “la función de cuidar, que no depende de la práctica médica sino que requiere del juicio, seguridad y decisiones propias para diferenciarla del curar” y explicitar las funciones profesionales que la enfermería puede y debe realizar de manera conjunta con todo el equipo de salud.

En el decenio de 1950-1959 la utilización del término “ciencia de la enfermería” en la bibliografía especializada era poco común, pero se generalizó la idea de que la base de conocimientos para el ejercicio era inadecuada e incompleta y que el desarrollo de una base científica para la práctica profesional era una prioridad; derivado de ello resurgió una filosofía de la enfermería humanística como una combinación de ciencia y arte.

Cabe resaltar que tiempo después, en la década de 1960-1969 y los primeros años del decenio de 1980-1989, Abdellah consideró a la enfermería “como un arte y una ciencia, que moldea la actitud, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas individuales de la enfermera en el deseo y la capacidad de ayudar a las personas a afrontar sus necesidades de salud, tanto sanas como enfermas” (Marriner, 2007), re-

tomando lo ya dicho por Nightingale, al compararla con otras ciencias en desarrollo y decir que la enfermería se hallaba en la primera fase de evolución científica.

En forma paralela, en 1985, Meleis concluyó que la teoría había dejado de ser un lujo en la enfermería y que el uso de una teoría se equiparaba con el de un sistema conceptual. Hoy en cambio, la teoría pasó a formar parte del método habitual de la educación, la administración y el ejercicio profesional de la enfermería.

La cuestión de si la enfermería tiene un conocimiento esencial, sustantivo, que pueda llamarse ciencia, ha sido y es una preocupación para la enfermería, y en su discusión han entrado a opinar sobre otras profesiones de salud y ciencias sociales para deliberar acerca de la diferencia que hace que enfermería sea o no sea una ciencia, ya que no se trata de un mero capricho de estatus profesional, más bien, la razón deriva del papel que hoy tiene la ciencia en el desarrollo de toda profesión. Debido a lo anterior cabe aclarar que la ciencia tiene tres aplicaciones generales dentro de la sociedad:

1. Control y mantenimiento de la calidad, de los servicios y productos que se prestan a la sociedad.
2. Transformación del conocimiento y de la educación.
3. Progreso de la investigación y el desarrollo social.

Las dos últimas se relacionan con el progreso de la práctica profesional, para que logre metas de excelencia y haga evidente la relación entre tecnología y desarrollo.

El desarrollo de la ciencia de enfermería cada vez toma mayor claridad, en la medida que se definen la naturaleza, la meta y los elementos del cuidado, de acuerdo con el énfasis que se da en los enfoques teóricos que estudian el cuidado científico y humanizado, por eso hoy se acepta que la disciplina es una ciencia aplicada, que toma principios y leyes de otras ciencias para adaptar el cuidado conforme el proceso, métodos y resultados de su propia disciplina, acorde con el desarrollo y construcción de su conocimiento.

En este sentido, se acepta también que la enfermería es una ciencia de la salud, para el acompañamiento a lo largo de la vida; es una ciencia humana porque el centro de su responsabilidad, de la atención, del cuidado que ofrece, es la persona y colectivos en todas sus dimensiones. Claro que con cierta frecuencia es preciso restaurar su salud para una mejor condición de vida, aplicando tecnologías para el cuidado, fortaleciendo a la persona en su aspecto físico, psíquico, familiar e, inclusive, espiritual.

Toma y aplica los principios de las ciencias sociales y humanas y los valores humanos para explicar las intervenciones específicas que propone, los fundamentos y la relación enfermera-paciente, familia, comunidad, proceso en el cual ocurre el cuidado que ofrece.

Las investigaciones en la disciplina se dirigen a relacionar conceptos que se fundamentan en otras disciplinas, y a descubrir las diversas formas de comportamiento humano, predecir cambios en las respuestas y comportamientos de la persona frente al proceso salud-enfermedad en la experiencia de vida de los sujetos, y a la falta de conocimiento para cuidar la salud, a los riesgos, a los resultados de conductas saludables y a probar las intervenciones del cuidado de enfermería.

Dichas intervenciones se originaron en la observación de la realidad, en el ensayo y error, y algunas se comprobaron en investigaciones cuantitativas y cualitativas relacionadas con la salud de las personas y colectivos, donde son evidentes los avances en la investigación para describir las formas de cuidado e identificar los efectos de las intervenciones de enfermería en la persona y colectivos.

Es así que el desarrollo actual de las teorías de la disciplina presenta un componente teórico con diferentes enfoques, niveles de desarrollo y con distintos grados de comprobación de su utilidad práctica.

Tal es el caso que Rogers, en 1967, planteó: “Sin la ciencia de la enfermería no puede existir la práctica profesional, las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de Salud” (Marriner, 2007). Es así que en el momento actual, la enfermería, como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico.

Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica en el PAE, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad.

Todo lo anterior ratifica la idea de establecer una clara distinción entre la medicina, entendida como el arte de curar, y la enfermería, que se comprende como el arte de cuidar; en su proceso evolutivo, es difícil, puesto que desde sus inicios estuvieron estrechamente entrelazadas y caminaron en paralelo; por lo que la práctica de enfermería puede concebirse como un campo de experiencia, donde se incluyen las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio clínico que lleva a una intervención reflexionada.

Cabe decir, entonces, que una práctica es científica cuando sus actuaciones se basan en teorías que se desarrollaron de manera científica, y que se aplican mediante un método sistemático para resolver los problemas de su área de competencia.

También es posible afirmar que es una ciencia que requiere destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplican a través de un método científico de actuación, con carácter teórico-filosófico, el cual guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional.

Aunque existen varias vías para enriquecer el cuerpo de conocimientos de la ciencia de enfermería, es la investigación el proceso principal, a través del cual se arriba al conocimiento científico y, por eso, la enfermería en las últimas tres décadas se ha dado a la tarea de validar, a través de la investigación, la relación dialéctica que existe entre teoría y práctica en la formación de los conocimientos científicos, pues es allí, en la realidad, donde cuida la vida y salud de las personas, donde se genera la información y se confirman los supuestos teóricos de nuevos elementos del conoci-

miento real. Es ahí donde se aplica la observación de los fenómenos y hay evidencias de los resultados, los cuales se verifican en la experiencia práctica a través del cuidado, la persona, la salud y el entorno, paradigma que ayer y hoy ha estado presente para cuidar la vida de los seres humanos desde la disciplina científica de la enfermería.

El cuidado, entonces, sigue siendo la razón de ser de esta profesión y constituye su objeto de estudio, por lo que seguirá siendo el centro de interés de la investigación en la enfermería, misma que ocupará su puesto como líder por excelencia en el cuidado de la vida y salud de la persona, su familia y colectivos.

Lecturas recomendadas

- Ariza Olarte C.** *La enfermería como ciencia*. http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/revista10_1_2007/Memorias_CONgreso.htm
- Ariza Olarte C.** *La excelencia del cuidado un reto para enfermería*, <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8105-Editorial.htm>
- Benavent MA et al.** *Fundamentos de enfermería*. España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería, 21;2002.
- Colliere M.** *¿Una nueva enfermera?*, en Promover la vida. España. McGraw-Hill, 1993.
- Enfermeras, Teóricas <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias6.htm>
- Fuerbringer M.** *Enfermería, disciplina científica*. México. Ed. Universitaria Potosina, 1995.
- Gutiérrez Sáenz R.** *Introducción a la filosofía*. Editorial Esfinge, 1998.
- Iyer P.** *Proceso de enfermería y diagnóstico en enfermería*. México. Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1997.
- Jiménez R.** *Metodología de la investigación. Elementos básicos para la investigación clínica*. Editorial Ciencias Médicas, 1998.
- Kérrouac S.** *El pensamiento enfermero*. España. Masson S.A., 1996.
- Leddy S.** *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. OPS-OMS. Washington D.C. 1995.
- León Román CA.** *Rev Cubana Enfermer* 2006;22(4), http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm
- Marriner Tomey A, Raile Alligood M.** *Modelos y teorías de enfermería*, 5a. ed. Madrid. Harcourt, 2007.
- Nightingale F.** *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es*. Salvat, 1990.
- Orozco B.** *El mundo de los valores*, SEP Gob. Edo. Jalisco. gob.mx/Srias/educación/c/entre.html
- Rodríguez J.** *Fundamentos de Enfermería Especializada*. México. Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1997.
- Savater F.** *Los caminos de la Libertad*, cuadernos de la Cátedra Alfonso Reyes del ITESM, Ed. Ariel. México, 2000.

La práctica profesional en México

Severino Rubio Domínguez 

Introducción

La enfermería es una práctica milenaria humanitaria si se considera que la enfermedad, el dolor y el sufrimiento son condiciones que se vinculan con la lucha por la vida y situaciones que siempre enfrenta el ser humano. Se estima que es una actividad a la cual se dedicaban personas con atributos de benevolencia y caridad, pero el desarrollo y complejidad científico-tecnológico que lograron las prácticas de atención a la salud exigieron de la enfermería un servicio profesional con la preparación académica, técnica y práctica necesaria. Así, la enfermería es una profesión joven, en relación con la historia de las profesiones, pero que se ha establecido como práctica estratégica en el sistema de salud de la sociedad moderna.

Enfermería

El gremio de enfermería constituye el sector más numeroso en las instituciones de salud, más de la mitad de los profesionistas que prestan sus servicios en el sector son enfermeras y enfermeros, por ello y con razón se acepta que para garantizar calidad en la atención institucional, es necesario asegurar la calidad de la fuerza laboral de enfermería.

Enfermería es también práctica especializada, en particular en campos de servicio experto como la enfermería neonatal, cuidados intensivos, urgencias, quirófano, cardiología, neurología, salud mental, rehabilitación, cancerología, pediatría, salud pública y promoción de la salud, entre otros, actividades a la que se dedican más de 40 000 enfermeras que realizan un servicio de apoyo y una práctica en la que deben tomar decisiones clínicas y técnicas de alto nivel, de las cuales con frecuencia dependen la salud y la vida de las personas que se encuentran a su cuidado.

Recientemente se reconoce que la enfermería es una disciplina científica que constituye un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos que guían la docencia, la práctica y la investigación, así como metodologías específicas de investigación y un grupo de investigadores activos y reconocidos institucionalmente, que contribuyen a la solución de problemas de salud pública y al avance del conocimiento de las ciencias de la salud y del conocimiento de la propia enfermería.

La enfermería es, entonces, un servicio que se desarrolló, hasta que ahora se reconoce la necesidad de su regulación y control, en virtud de ofrecer a la sociedad un servicio libre de riesgos y con garantía de calidad. Es por ello que se establecieron los sistemas de acreditación de programas académicos, la certificación profesional y, como garantía de interés público, el sistema de registro de licencias y grados académicos que aseguren a la sociedad que quien ofrece servicios de enfermería en México, es una persona que realizó estudios formales en instituciones educativas de excelencia, que se obtuvo licencia de práctica profesional de validez en el territorio nacional, y que adicionalmente se encuentre certificada por los representantes de la profesión, que evaluaron los atributos esenciales para reconocer la suficiencia y calidad de su ejercicio profesional.

Enfermería, arte antiguo, ciencia humana nueva, práctica humanitaria que evolucionó desde que se reconoce la importancia de asegurar la continuidad de la vida y enfrentar la enfermedad y la muerte, hasta hoy en día, que se le aprecia como una disciplina humanística, un servicio con obligaciones de colaboración en el equipo de la salud, pero también con responsabilidades exclusivas y específicas en relación con la continuidad de la vida y la conservación del bienestar físico y mental, aun y cuando se enfrenta la enfermedad y el sufrimiento. En este proceso de desarrollo de la enfermería —y coincidiendo con Madame Colliere— es factible identificar cuatro grandes periodos, por los cuales también se ha transitado para lograr la construcción de la carrera y profesión de enfermería que se necesita en México.

El primer periodo, que comprende desde el periodo colonial hasta la independencia, también se identificó como el estadio religioso-vocacional que se derivó de la tradición de servir y cuidar a los más necesitados, y que trajo como consecuencia la organización de enfermería por órdenes religiosas, cuya labor se centraba en el dolor y el sufrimiento, la fuerza espiritual, la higiene y las tareas de apoyo al médico en la atención del enfermo.

El segundo, que se ubica desde finales del siglo XIX hasta el inicio de la Segunda Guerra Mundial, y que marcó en América Latina el inicio de la profesionalización, la organización del sistema de educación y de servicios con un consecuente control sobre el reclutamiento y preparación del personal. Surgen las enfermeras prácticas, las auxiliares y los ayudantes para compensar el déficit de atención profesional. Este periodo también identificado como el estadio laico-laboral derivado de un nuevo estatus de la mujer y su incorporación al trabajo, se caracteriza porque la enfermería tiene un enfoque de auxilio social, capacitada en el conocimiento de la enfermedad y destrezas técnicas, para el cuidado de enfermos.

El tercer periodo, que se inicia en la Segunda Guerra Mundial hasta la época contemporánea, consolida la enfermería militar y la organización piramidal de jerarquías

en la profesión; se acentúa el interés y responsabilidad por el control de planes y programas de formación, se hace más consistente la integración o surgimiento de escuelas de enfermería, aunque en las universidades e instituciones de educación superior la enfermería se desarrolla en la desventaja de la incertidumbre. ¿Es una carrera profesional o sólo requiere capacitación técnica? Sin duda esta circunstancia llevó a un periodo largo de transición porque socialmente se identificaba a la enfermera aún como auxiliar de la medicina, hasta que la influencia del desarrollo que alcanzaba en otros países sensibilizó el necesario reconocimiento de su superación académica y la consiguiente autonomía en cuanto al diseño y conducción de sus propios proyectos educativos.

Es a partir del decenio de 1970-1979 que se inicia una transición al proceso de independencia y responsabilidad por la salud individual y colectiva del pueblo de México, y hacia la búsqueda del estatus de profesión. Esta etapa acelerada de desarrollo, que se deriva también del avance en cobertura institucional de la salud, determinó concentrar la práctica en hospitales, donde el avance tecnológico y la especialización médica también requirieron de enfermeras en áreas muy específicas de profundización. De esta manera se iniciaron los cursos de especialización posttécnica en la década de 1950-1959, que constituyen el antecedente de los programas de posgrado.

Debido a todo lo anterior ahora coexiste en la práctica personal sin preparación o habilitado en un trabajo formal como auxiliares de enfermería debido, sobre todo, a la escasez de enfermeras profesionales, al menos de nivel técnico auxiliar como las que ahora egresan del sistema de bachillerato bivalente. Se reconoce un número aún significativo de enfermeras prácticas, técnicas y universitarias de nivel técnico que son profesionistas de alto nivel, pero que se retirarán del servicio en los próximos años. Y se aprecia un incremento significativo de profesionistas egresadas de nivel superior y especialistas de posgrado, así como el número de enfermeras con maestría y doctorado. Aún no hay en la práctica una diferenciación clara de responsabilidades en el desempeño de funciones profesionales y auxiliares, de especialistas de posgrado y de diplomadas en curso posttécnicos, lo cual se agudiza en turnos nocturnos y fines de semana por el déficit de enfermeras profesionales en México.

La cuarta etapa, la que debe consolidar la profesión y que atraerá a las nuevas generaciones, se ubica en la época moderna, se deriva del compromiso de construcción disciplinar y durante la cual surgen los preceptos teóricos-científicos de los cuidados enfermeros, se caracteriza por una profunda preocupación de reglamentar el ejercicio profesional, distinguir funciones profesionales de las auxiliares, centrar la práctica y la formación en un concepto holístico de hombre y de salud, así como en los contenidos científicos que fundamentan el cuidado del proceso vital humano desde un enfoque integrador para el ejercicio profesional; la **dignidad de la vida**, que implica el estudio de variables importantes como: **significado de vida**, **calidad de vida** y **satisfactores de vida**, tendencia a considerar en los sistemas de salud, y que entre otros componentes favorece un reencuentro con la naturaleza de la enfermería, su compromiso social en las diferentes culturas, con su filosofía, su arte y ciencia.

Esta cuarta etapa, que ya se inició en el siglo XXI, marcará la identidad de grupos de investigación específicos y para asuntos exclusivos de enfermería, centrados en el

desarrollo de los servicios y en la sistematización de la evidencia científica para tomar decisiones técnicas, clínicas, tecnológicas y de promoción a la salud, en beneficio de la salud individual y colectiva de la sociedad mexicana. Investigación para el avance profesional y especializado de los servicios, para contribuir a resolver problemas que afectan a la población, con especial énfasis en los grupos de alta vulnerabilidad, y los que se encuentran afectados por la situación de marginación y pobreza.

La enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo xx y posee un cuerpo teórico conceptual propio que sustenta sus principios y objetivos, y que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica; posee, además, un método científico propio de actuación —el PAE— que incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud de las personas.

Como es evidente, la enfermería ha evolucionado de manera significativa, aunque todavía enfrenta importantes desafíos para lograr su estatus de profesión. En este proceso es determinante la función de la educación formal universitaria, desde donde se conformó un esquema de superación académica y un conjunto de acciones al servicio de la profesión y las necesidades de salud en México.

A más de 100 años del nacimiento como profesión es conveniente reflexionar sobre la historia, en particular acerca de las circunstancias, características, influencias y aspiraciones que están presentes en el desarrollo institucional de la enfermería. Para este análisis es interesante valorar el contexto de su origen, como proyecto de carrera y como instituciones educativas, a fin de reconocer y actualizar las raíces y el compromiso que se asume frente a la sociedad en su conjunto.

Orígenes de la enfermería profesional y la formación de enfermeras

La enseñanza formal de enfermería se inicia en la transición al siglo xx; aunque, precisamente cuando en México apenas se estaba gestando la idea de preparar enfermeras de carrera, en Europa y Estados Unidos de América (EUA) ya existían enfermeras profesionales egresadas de escuelas que se crearon con ese propósito. Es común suponer que en México el sistema de enseñanza fue determinado por la experiencia de enfermeras británicas y estadounidenses; sin embargo, se sabe de una fuerte influencia de la estrategia europea, en particular, la francesa, en el surgimiento del sistema de formación profesional mexicano.

Inglaterra

El origen de la enfermería profesional tiene lugar a partir de la implantación del sistema de Florencia Nightingale en 1860, en el Hospital St. Thomas de Londres. Es en particular citada la escuela de las diaconisas de Kaiserswerth, Alemania, donde la misma Florencia se entrenó.

Este primer sistema de formación profesional de enfermeras, modelo Nightingale, centraba el proceso educativo en la práctica, estableciendo una fusión escuela-hospi-

tal. Las aspirantes trabajaban con las estudiantes más avanzadas, bajo la dirección de la jefa de piso, quien tenía un gran prestigio. Las alumnas, personal del hospital, rotaban cada tres meses por los diferentes servicios, alternando turnos diurnos y nocturnos con la finalidad de adquirir una amplia gama de experiencias que les permitieran enfrentar diversas situaciones.

La escuela gozaba de autonomía derivada de la legitimidad institucional que se confería a la Jefa de enfermeras, quien dirigía tanto los servicios de enfermería como la escuela, sustentada en sus cualidades personales, morales y, sobre todo, profesionales, que provenían de su propia formación.

En este sistema la enfermera ocupaba un lugar específico que no se confundía con el del médico ni con otro tipo de personal. Sus funciones y cualidades eran determinadas desde la misma escuela: puntualidad, orden, limpieza, método, habilidad técnica en curaciones, vendajes, etc., dando relevancia a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

El sistema Nightingale tuvo amplia difusión, tanto en Europa como en EUA, aunque con diferentes niveles de asimilación. Según Jacques Saliba se implantó con más facilidad en EUA por la afinidad cultural en relación con una mentalidad individualista y una concepción precisa del deber, a diferencia de las características que se pueden identificar en los países latinos, Francia y México.

Francia

En Francia, la primera escuela “profesional” de enfermería se establece el 1 de abril de 1878 en el Hospital Salpêtrière como una de las estrategias del Estado para proporcionar asistencia médica a los enfermos sin recursos, con la reestructuración paralela de los servicios hospitalarios que se inició a partir de la separación Iglesia-Estado en el siglo XVIII, y la cual se acentuó con el desarrollo de la medicina a finales del siglo XIX.

Cada vez se valoraba más el papel de la enfermera como responsable del cuidado directo de los enfermos y colaboradora disciplinada, pero inteligente, del médico y del cirujano, delegando el trabajo burdo, como la cocina y limpieza, en otro tipo de personal. Para ello se hacía necesaria su preparación técnica que le hiciera sentirse orgullosa por su nivel científico.¹ Este sistema, modelo republicano, basado en la separación Iglesia-Estado, legitima a la enfermera en función del mérito derivado de sus capacidades y cualidades desarrolladas en el proceso de instrucción, que culminaban con la distinción de un diploma obtenido a través de su examen como una medida “objetiva” de sus capacidades.

La escuela aceptaba al personal de servicios que trabajaba en los hospitales y a jóvenes humildes, exigiendo como requisitos contar con instrucción general mínima y buena salud. El programa de estudios obligatorio fue establecido por la Asistencia Pública, e incluía cursos teóricos y prácticos de anatomía, fisiología, técnicas de cuidados, asepsia e higiene, entre otros, los cuales eran impartidos por médicos y cirujanos, pero también por los que aplicaban las “ventosas” y daban los baños, con lo que transmitían su “saber hacer”. Las prácticas consistían en lecciones sobre vendajes, el

registro de los signos vitales, el tendido de camas y la preparación de material y equipo quirúrgico. También, como en el caso Nightingale, el internado era obligatorio para las alumnas con el fin de inculcar la disciplina y responsabilidad para el servicio, así como la “devoción a los enfermos”.²

Bourneville aconsejaba a las alumnas del siguiente modo: “sigan estrictamente las prescripciones médicas, que jamás deben modificar, y las órdenes de la administración; apoyándose fraternalmente unas a otras y, sobre todo, sean bondadosas, desinteresadas y devotas con los enfermos”.³

Estados Unidos de América

En EUA hubo varias iniciativas para formar enfermeras desde principios del siglo XIX; sin embargo, es hasta la siguiente mitad de ese siglo cuando se fundan las escuelas que se consideran las pioneras en la formación de enfermeras; la del Hospital de Mujeres de Filadelfia, en 1861, y la del Hospital de Mujeres y Niños de Nueva Inglaterra, atendido por mujeres médicas reunidas para contrarrestar la discriminación femenina.

En 1872 se estableció el programa formal de un año, siguiendo el ejemplo de las diaconisas de Kaiserworth. Su duración era de un año con enfoque central en la experiencia práctica, que se dividía en cuatro periodos: cirugía, medicina, maternidad y asistencia domiciliaria. También se impartían clases teóricas por las doctoras, entre las cuales se incluían temas como conducta en los hogares de los pacientes, fisiología, alimentación para enfermos, enfermería quirúrgica y de niños encamados, desinfectantes y enfermería general. La jefa de piso enseñaba a las novatas a registrar los signos vitales, vendajes y diversos procedimientos de enfermería, a la cabecera del enfermo.

Como consecuencia de la Guerra de Secesión, que hizo evidente la necesidad de enfermeras, se acrecentó el interés por su formación, de modo que en 1873 había ya tres escuelas bien organizadas, que se basaban en el Modelo Nightingale, el cual se conocía en EUA como el sistema Bellevue; para 1900 ya había alrededor de 400 escuelas, con programas de dos o tres años y un total de 11 000 estudiantes.⁴

Con el nuevo siglo iniciaron también cambios en la formación de las enfermeras; las estudiantes empiezan su preparación fuera de los servicios para contar con las bases de la materia antes de enfrentar la práctica real. Se impartían cursos “clínicos” de seis meses, clases teóricas y prácticas clínicas de anatomía, fisiología, higiene y ciencias domésticas en el laboratorio de dietética. Existía ya una estrecha supervisión y una evaluación cuidadosa, que exigió la presencia de la instructora de tiempo completo, responsable de la docencia de la enfermería. Por ello es que desde 1899 contaban con un curso avanzado para la formación de enfermeras graduadas para dirigir escuelas y servicios de enfermería.⁵

Formación de enfermeras en México

A finales del siglo pasado los establecimientos de la beneficencia pública se caracterizaban por serias deficiencias, tanto en sus propias instalaciones como en la atención

que brindaban. Los hospitales no tenían los recursos materiales y humanos adecuados para el cuidado de los enfermos, ni en lo que respecta a los servicios médicos, ni mucho menos a los de enfermería más desprotegidos a raíz de la expulsión de las órdenes religiosas, sobre todo de las Hermanas de la Caridad, en 1874, fecha a partir de la cual con seguridad se acentuó aún más la crisis en la atención hospitalaria, ya que ésta quedó bajo la responsabilidad de personas sin preparación específica, de mala imagen y sin otra motivación que la de un trabajo remunerado.

Esta situación, junto con los avances científicos en el campo de la salud, hacía evidente la necesidad de mejorar los servicios hospitalarios, proceso que se inició como respuesta a las demandas de salud de una población creciente y que implicó, entre sus proyectos iniciales, el establecimiento del Hospital General de México. Como es bien sabido, el doctor Eduardo Liceaga tuvo un papel central en la concreción del proyecto y muchos avances que se introdujeron en la nueva institución fueron fruto de su esfuerzo; entre esas innovaciones y desde el punto de vista de la historia de la enfermería, es crucial el proceso de preparación de las enfermeras.

Desde el inicio del proyecto, en 1882, se destacó “[...] la necesidad de capacitar enfermeras profesionales y de crear una escuela de enfermería anexa al hospital, como ya sucedía en Londres y Nueva York.”⁶ Para ello se consideró la posibilidad de enviar a algunas jóvenes a prepararse a EUA o a Europa; sin embargo, no hay registro de que haya ocurrido algo así durante esos años, lo cual no sorprende sobre todo si se toma en cuenta el bajo nivel educativo de quienes ocupaban los puestos de enfermeras. Baste citar que para finales del siglo XIX, 9.3% de la población tenía acceso a la instrucción, misma que sólo estaba al alcance de las clases privilegiadas.⁷

La estrategia para capacitar al personal de enfermería fue contratar enfermeras estadounidenses licenciadas que hablaran español; existen evidencias al respecto en documentos en el HSSA a partir de 1896.

En acuerdo con el presidente Porfirio Díaz, en 1898 se fundó la primera “Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros” que se estableció en el Hospital de Maternidad e Infancia;⁸ como su propia denominación lo indica, estaba pensada para personas de ambos sexos que trabajaran en los hospitales o que reunieran los siguientes requisitos: “bastante cultura social, revelada por sus sentimientos humanísticos, su trato afable con los enfermos, instrucción primaria” y, en el caso de las mujeres, “estudios de normal u obstetricia”, para los hombres se solicitaban “algunos cursos de la Escuela preparatoria o haber desempeñado un empleo en las oficinas públicas.”⁹

Los primeros profesores de esta escuela fueron Alfredo y Lillie Cooper; ambos estudiaron en la Escuela Médico y Quirúrgica de Entrenamiento para Enfermeros, en Battle Creek, Michigan, e impartían un curso que incluía higiene doméstica, electricidad, masajes y otros agentes higiénicos, así como el cuidado de los pacientes en todas las ramas de la enfermería general, quirúrgica y obstetricia; esta última sólo la cursaban las mujeres.

El doctor Liceaga seleccionó más tarde a dos enfermeras estadounidenses para ocupar el puesto a partir de 1900. La primera, Rose Crowder, egresó de la Escuela de Enfermeras del Hospital del Este, Illinois, donde se preparó en administración gene-

ral, asepsia general y quirúrgica, obstetricia, administración, medicina, enemas, baños, masajes, enfermería general y cirugía.¹⁰

En su plan de lecciones Crowder señalaba que la enseñanza de la enfermería debía iniciarse inculcando el orden, la limpieza y el uso del uniforme para continuar con los procedimientos: preparación de la unidad del paciente, tendido de camas, observación de síntomas especiales, registro de los signos vitales, reporte de enfermería, baños y cambio de ropa, preparación y administración de alimentos y medicamentos, enemas, duchas, asepsia, esterilización, preparación y manejo de material quirúrgico, cirugía menor, curaciones, actuación en la sala de operaciones; así como, el cuidado en cirugía abdominal y craneal.

La segunda enfermera, Rose Warden, estableció con el doctor Liceaga el plan de trabajo y el reglamento que guiarían la preparación de las jóvenes en el cuidado de los enfermos, el modo de informar a los médicos y de administrar los pabellones. También acordaron que además de las prácticas en el Hospital de Maternidad e Infancia, las estudiantes asistirían al Hospital de San Andrés tres días a la semana, por la tarde, para recibir las clases teóricas y prácticas impartidas por la propia señorita Warden, quien además de enviar el programa y las copias de cada una de las lecciones al doctor Liceaga, debía informarle a diario y por escrito lo que ocurría.¹¹

Según palabras del doctor Liceaga, siempre apoyó a la señorita Warden en todo lo que le pidió para el correcto funcionamiento de la escuela; sin embargo, hubo problemas con las iniciativas de ella, los cuales fueron considerados por el doctor como actos de “insubordinación”, por lo que le solicitó su renuncia en marzo de 1904.¹² La nueva profesora fue Maude Dato quien después recibió el apoyo de Gertrud Friedrich.

Durante estos años la enseñanza “formal” estuvo a cargo de manera exclusiva de enfermeras, e incluía los contenidos y procedimientos de enfermería contemplados en el modelo Nightingale, que por su influencia en los programas instruccionales de la época, se incluían en Francia y EUA. En el modelo docente actual, muy semejante al que se estableció a principios de este siglo, la profesora-enfermera (instructora) es la responsable de impartir la teoría y práctica de enfermería en las aulas de la escuela y en los servicios hospitalarios donde, además, las alumnas aprenden trabajando simultáneamente con el personal.

Así que existe correspondencia entre lo que hacían estas primeras docentes estadounidenses y lo que en la actualidad ocurre. No obstante, una diferencia sustancial es que ellas eran extranjeras y, aunque hablaban español, sin duda se dieron muchas interferencias para la comunicación e identificación como mujeres y practicantes de la enfermería. Fue una relación de dos grupos de personas pertenecientes a dos mundos distintos; sin embargo, se estableció un sistema de autoridad jerárquica tipo estadounidense, donde el que “ordenaba” era el médico y director —representados ambos en la persona del doctor Liceaga— pero, a su vez, las profesoras enfermeras tenían que “hacerse obedecer”. Como es evidente, dicho modelo permanece vigente.

Después de las enfermeras Crowder y Warden, se contrataron dos enfermeras alemanas que radicaban en México, cuya labor concluyó en 1906. La Escuela de enfermería se inauguró el 9 de febrero de 1907, en el Hospital General de México, determinándose el programa para cursar en tres años. Las asignaturas básicas fueron: a) Ana-

tomía, fisiología y curaciones; *b*) Higiene y curaciones en general y, en el tercer año, *c*) Pequeña farmacia, curaciones y cuidados de los niños, parturientas y enajenados. El libro de texto fue *El Manual práctico de la enfermera*, de Bourneville.

El proyecto educativo tenía claras semejanzas con el francés, sobre todo si se considera que en la época era común que los médicos se capacitaran en Europa, como ejemplo de ello pueden citarse la residencia de enfermeras anexa al hospital como en Francia e Inglaterra, y la aplicación del concepto “cuidados”, que es una influencia de Nightingale para distinguir las funciones independientes de la enfermera profesional. En 1908, la Escuela de enfermería se registró en la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Formación de enfermeras en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Al conmemorarse, en 1910, el centenario de la Independencia y con la reapertura de la UNAM el 22 de septiembre de ese año, las escuelas profesionales de enfermería se integraron a la UNAM. El 16 de diciembre de 1911 la Escuela de enfermería quedó bajo la jurisdicción de la Escuela de medicina, donde se modifica el esquema de formación. En 1912 se estableció el primer plan de estudios de dos años con cuatro cursos básicos: 1) anatomía, 2) fisiología, 3) higiene y 4) clínica para enfermeras, donde se enseñaba la aplicación de cataplasmas, sinapismo, embrocaciones, vejigatorios, ventosas secas y escarificadas, patología, farmacia y terapéutica. El segundo curso de clínica comprendía la práctica de procedimientos para la atención de enfermos en el hospital. Lo siguiente era la carrera de obstetricia, misma que se formalizó antes en México, desde 1867, la cual se impartía en dos años de teoría y clínica obstétrica.

Con algunas adiciones transitorias de contenidos, pero sobre todo con énfasis en las destrezas, disciplina y valores fundamentales, se formó a las enfermeras, quienes adquirieron la responsabilidad de los servicios en las primeras instituciones hospitalarias. A partir de 1935 y por influencia tanto del avance científico como del mejoramiento en los niveles de instrucción básica, se estableció el requisito de secundaria para ingresar a la carrera, así como la obligación de cumplir con la formación de enfermera antes de realizar la carrera de partera. En esta época la enseñanza de enfermería se orientaba ya a la labor social que el gobierno mexicano pretendía y se preparaba el sistema para la formación de enfermeras especialistas.

Como resultado de la estabilidad política que se consolidaba en México, surgieron nuevas instituciones, se desarrolló la industria y hubo una mejoría en las oportunidades de servicios de salud y educación. Así, en 1944 se logró una real sistematización del conocimiento y prácticas para la formación profesional con una reestructuración del proyecto educativo de la Escuela, apareció el estudio de la microbiología, psicología y ética; se formalizó el compromiso social de la profesión con asignaturas de trabajo social y prácticas de higiene en la comunidad, enfermedades transmisibles, higiene mental, higiene infantil y dietética, y se integró, también, la enseñanza de áreas especializadas de enfermería, con una orientación de congruencia a las necesidades de personal de las diversas instituciones de salud que se fundaban en la época.

En enero de 1945 se establece el Estatuto General de la UNAM y con ello la separación de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina. Surge la Ley General de Profesiones que regula el ejercicio de enfermería y obstetricia en México y, por consiguiente, se establece una reforma del proyecto educativo de enfermería, la cual se inicia en 1947.

En dicho plan se refuerza la base científica de la medicina, el contenido humanista, prácticas avanzadas como enfermería quirúrgica y fisioterapia; se establecen los primeros laboratorios, y en la carrera de obstetricia se amplían las prácticas de maternidad. Un hecho también relevante a destacar, es que se inicia la vocación por la salud, al incorporar la asignatura de medicina preventiva, y se marca el interés por las capacidades de administradora de servicios, labor sobre la cual ha sido muy efectiva la enfermera profesional.

El 14 de agosto asume la dirección la doctora Leija Paz de Ortiz, después de que el doctor Everardo Landa había iniciado una etapa de desarrollo de infraestructura física y académica. La doctora Leija busca generar una identidad propia a la enseñanza de la enfermería, y se interesó por mejorar la vinculación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) con instituciones de salud.

En 1949, reorganizó el plan de estudios y, en 1950, promovió de nuevo una ampliación de contenidos, sobre todo para reforzar el conocimiento de las enfermedades infecciosas y patologías emergentes, se interesa por la enfermería rural y por desarrollar la capacidad de educadora para la salud, que ha sido una característica importante en el perfil académico-profesional. En esta época, entre el Hospital Juárez y el Hospital General, la escuela sólo disponía de 10 instructoras, quienes funcionaban como tutoras. A fin de promover la profesionalización de la docencia en enfermería, en 1952 se inició con los cursos de formación de instructoras, a través de los cuales la ENEO ha contribuido con el desarrollo de sistemas de docencia.

La doctora Leija consiguió sentar las bases de avance institucional con equipamiento e instalaciones más favorables para la tarea educativa; otorgó mayor responsabilidad a las instructoras enfermeras en la planeación de la enseñanza, con quienes analizó sistemas y métodos de educación moderna para enfermería. Así, después del seminario de Zimapán, de nuevo se promovió una reestructuración curricular que fue referencia para las escuelas de enfermería en México.

En este proyecto se observa una ampliación del contenido humanista y el interés por las ciencias sociales, apareció la enfermería sanitaria, que alcanzó un notable desarrollo en beneficio de la salud de comunidades, a través de la cual las enfermeras egresadas contribuyeron a fortalecer los servicios de centros de salud. Se consideró también el aprendizaje de la deontología y legislación, y así también la importancia de la historia de la enfermería, precisando un orden lógico al contenido de formación específica de la carrera.

Este plan se inició en 1958, cuando ya estaba como director el doctor López de Nava, quien también influyó en el enfoque profiláctico que caracteriza la formación, además de que reforzó el aprendizaje de farmacología y terapéutica en la carrera de obstetricia.

La década de 1960-1969, que sacudió a los sistemas de enseñanza de la UNAM, también impactó la conciencia de docentes enfermeras que trabajaron arduamente por su superación profesional. Es también una época de conquista y formalización de la enfermera como académica, de compromiso e interés por desarrollar la carrera en el nivel de las exigencias de la UNAM y a la altura de las necesidades de salud en las que enfermería estaba participando para resolver. Es una etapa de grandes cambios y del inicio de un proceso acelerado de desarrollo.

En 1968 se suprimió la carrera de obstetricia, la cual se integra para complementar la carrera de Licenciado en enfermería y obstetricia que, no obstante los acontecimientos de la época, aún reflejaba formas tradicionales de entender la tarea educativa, y un enfoque biomédico para la enseñanza de la enfermería universitaria, que se orientaba más al estudio de las enfermedades y sus formas de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención para deducir las acciones de enfermería.

En las últimas décadas, la formación de enfermeras profesionales por la UNAM ha tenido un desarrollo trascendental, con las directoras enfermeras licenciadas Marina Guzmán, Esther Hernández y Graciela Arroyo, quienes impulsaron el mejoramiento de la tarea educativa de enfermería, para en esa época aspirar a continuar en las posibilidades de un sistema superior y avanzado de formación de enfermeras universitarias, lo que permitió sentar las bases para una enseñanza dinámica, con ejes del proceso vital humano para la formación específica, una organización por áreas de conocimiento que incorpora con verdadero énfasis la formación para la investigación, y una cierta flexibilidad en licenciatura a través de la selección de asignaturas por áreas de especialidad.

En la actualidad, ese proceso participativo culminó con una importante transformación del plan de estudios que, entre otras cosas, diferencia perfiles de nivel técnico y licenciatura, restablece una identidad profesional, valora la formación universitaria y fortalece el compromiso social de la enfermería con las necesidades de salud de las mayorías a través de aplicar y estudiar el enfoque de riesgo, con experiencias de aprendizaje donde el alumno aplica el conocimiento de enfermería para evitar daños a la salud. Se concibe a la docencia no sólo como una forma de transmisión de conocimientos objetivos o destrezas prácticas, sino también, como lo afirma Savater, “esta labor requiere acompañarse de un ideal de vida y de un proyecto de sociedad, con insatisfacción creadora, ya que educar es conservar y transmitir el amor intelectual a lo humano y el humanismo que se debe desarrollar. Comprende la capacidad de crítica, de análisis, la curiosidad, el sentido de razonamiento lógico, la sensibilidad para apreciar las más altas realizaciones del espíritu humano y la visión de conjunto ante el panorama del saber”.

En este sentido, las tendencias en el proyecto de formación se orientan hacia la modernización de las condiciones para el aprendizaje, un proceso flexible donde las enfermeras se comprometan más con su formación y con el desarrollo de las habilidades de pensamiento formal analítico, una mayor y más eficaz colaboración con las instituciones de salud y con facultades, centros e institutos de la universidad, fortalecer el trabajo colegiado para desarrollar la vida académica, fomentar la investigación y, sobre todo, consolidar una estrategia de educación superior a fin de consolidar el

subsistema de investigación y de posgrado, lo que permitirá contribuir al avance y producción del conocimiento para la profesión.

Profesionalización de la enfermería en México

La profesionalización debe entenderse desde dos vertientes:

1. el esfuerzo organizado y sistemático de los miembros de la profesión (colegios, asociaciones, enfermeras, instituciones educativas y de salud) para que la enfermería cumpla con los estatutos de profesión —es decir, formación profesional en conformidad con las características universales del sistema de educación, investigación disciplinar y participación en investigación multidisciplinaria e interdisciplinaria con transferencia de conocimiento de enfermería a la solución de problemas de salud, publicaciones, acreditación de programas académicos, certificación de los profesionistas, reglamentación y autorregulación como garantía de interés público, consolidación del sistema de estímulos y reconocimientos, entre otros—; y
2. la profesionalización como el compromiso de las enfermeras para alcanzar el nivel académico profesional con título y licencia de la Dirección General de Profesiones, de preferencia en el nivel académico que caracteriza a los profesionistas que desde 1945 se encuentran regulados por la ley, esfuerzo en el que participan las instituciones educativas y de salud, pero sobre todo las propias enfermeras, quienes se comprometen con el avance de la profesión y con el desarrollo de su imagen pública, tema al que se hace referencia en esta síntesis sobre la experiencia de México.

Elevar el estatus de enfermería a profesional y, por consiguiente, promover que toda persona que desempeña esta delicada tarea adquiera la certificación de estudios en instituciones especializadas en su formación, es un esfuerzo que se inició en México el 9 de febrero de 1907 al constituirse la primera escuela oficial para la educación de enfermería, como resultado del movimiento que se había desarrollado en Europa y en muchas partes del mundo. En 1911 la escuela que sólo estableció como requisito la primaria y gozar de buena salud para ingresar a la carrera, se incorpora a la recién reabierto UNAM. Desde entonces se ha experimentado un crecimiento de escuelas de enfermería, que en buen número ahora son facultades a partir de cumplir con los requisitos que se establecieron en las universidades para tal fin.

En 1945, la Ley General de Profesiones determinó que era imprescindible regular a la enfermería a fin de evitar improvisación y charlatanería en su práctica, pero sobre todo para impulsar el naciente sistema de salud, lo que también dio un impulso al crecimiento de escuelas de enfermería en el sistema universitario. Sin embargo, las condiciones del nivel de estudios promedio en la mujer para aquella época, obligó a mantener la oferta de nivel técnico (ingreso a carrera profesional con requisito previo de estudios de secundaria), plan académico con exigencias de nivel superior en contenidos, créditos y experiencias de formación profesional.

Hasta el momento, en las instituciones de salud, en el gremio de enfermería y en el sector académico de la profesión, son valoradas aquellas enfermeras que egresaron de los sistemas universitarios y de escuelas de prestigio, mismas que por lo general aplicaban los planes de estudio de las universidades de su región, generaciones que se especializaron en cursos posttécnicos de las diferentes ramas clínicas, en docencia, en administración y en salud pública, durante el periodo de consolidación de la enfermería en México (1945-1985). Se trata de enfermeras especialistas que en la actualidad son el eje de la práctica avanzada de enfermería en el sector salud.

La carrera de licenciatura en enfermería se inició en 1967, pero su desarrollo fue lento, de una transición prolongada, baja demanda y de un índice también bajo en la relación ingreso-egreso y la titulación. Las primeras generaciones se ubicaron en la docencia y en la investigación. De manera transitoria en los hospitales, pero finalmente frente a los pacientes, predominaba la participación de enfermeras técnicas y auxiliares de enfermería. Debido a lo anterior se consideró urgente la profesionalización de enfermeras destacadas, con amplia trayectoria, incluso con especialización, para desarrollar la imagen y el valor de la enfermería profesional, pero sobre todo para ubicar enfermeras con una formación de nivel superior en el cuidado de los pacientes.

En 1975, por recomendación de la Organización Panamericana de la Salud se inició el proyecto para profesionalizar enfermeras en el nivel superior, en reconocimiento de que el plan académico de la carrera de nivel técnico comprendía las mismas disposiciones de contenidos y prácticas del primero al sexto semestres. En el caso de la UNAM, el nivel técnico de la licenciatura, en organización curricular, sólo se diferenciaba por el séptimo y octavo semestres (área de enfermería avanzada).

Así, se creó el curso especial transitorio para obtener la licenciatura en enfermería, con duración de un año, y que mediante un acuerdo con la Secretaría de Educación Pública (SEP) tendría una vigencia de sólo 10 años, lo que permitió profesionalizar a las enfermeras líderes del sistema, la mayoría profesoras y jefas de enfermeras en las instituciones de salud. En 1987, la Lic. Graciela Arroyo de Cordero pretendía renovar el convenio, pero las autoridades universitarias indicaron que debía hacerse mediante el procedimiento de ingreso a años posteriores al primero. Este sistema innovador dio la oportunidad de profesionalización en un principio a aquellas enfermeras que ocupaban puestos jerárquicos, sin embargo, poco a poco la matrícula se fue incrementando hasta llegar entre los años 1997 a 2010 a profesionalizar a poco más de 3 000 enfermeras que ya se encontraban insertas en el mercado laboral, pero que por alguna causa no habían logrado un nivel académico profesional.

Con el desarrollo de las nuevas tecnologías aplicadas a la educación, la maestra Ana Laura Pacheco Arce —quien se hizo cargo del Sistema de Universidad Abierta de la ENEO en los últimos años— terminó de sentar las bases para dar inicio a una nueva era de formación profesional: la educación a distancia, con la idea de hacer justicia social a todas aquellas enfermeras auxiliares y técnicas que por circunstancias territoriales, etnográficas, económicas, sociales, culturales y hasta de género, no habían tenido acceso a la formación universitaria.

Otras universidades han seguido la iniciativa de la UNAM para impulsar este sistema de “nivelación”. Las más destacadas son la Universidad Autónoma de Puebla,

la Universidad Autónoma de Morelos, la Universidad de Guanajuato, la Universidad Veracruzana, la Universidad de Guadalajara y la Universidad Iberoamericana, pero el programa que continúa vigente y de muy amplia demanda sigue siendo el de la UNAM, con una presencia nacional (egresadas en todos los estados de la República Mexicana) y que consiguieron llegar en la época actual hasta la profesionalización de enfermeras que están en el cuidado de los pacientes, principalmente en áreas rurales.

El proyecto fue ampliamente aceptado y, en consecuencia, las egresadas promovieron también la adecuada integración de las licenciadas en enfermería jóvenes a la estructura ocupacional del sector salud. Desde 1990 se ha visto con agrado la reestructuración de los perfiles del puesto, incorporando el requisito de la carrera de nivel licenciatura para las posiciones de jerarquía en que se organiza la profesión, y con satisfacción se observa también que ha adquirido impulso el sistema de posgrado en enfermería (maestría y doctorado) que forma enfermeras para la investigación y docencia en alto nivel.

Recientemente se logró que la enfermería fuera retirada de la lista de salarios mínimos y que en la Secretaría de Salud se reconozca el nivel profesional (código C y D) para enfermeras con licenciatura. También ocurrió lo propio con las especialistas de posgrado que egresan del Plan Único de especialidades en enfermería. En ambos niveles existe, en consecuencia, incremento en la demanda, pues las egresadas ingresan de inmediato a una plaza de trabajo que les permite y exige aplicar los atributos adquiridos en su formación profesional y especializada.

En 1985, la Dirección General de Profesiones sólo registraba 5 900 títulos de licenciatura en enfermería, en 1995 ya se superaba la cifra de 16 000 registros, al corte de abril del 2006, se superaron los 28 000 registros de títulos de nivel superior, pero en la actualidad, de 327 831 títulos del registro histórico (1945 a noviembre del 2009), 57 254 son de licenciatura, lo que promueve los siguientes resultados:

1. Se ha mejorado la imagen y el valor social de la enfermería profesional.
2. Se ha aumentado la demanda de ingreso a la carrera de licenciatura (p. ej., más de 2 000 solicitudes en la ENEO para 120 lugares en cada promoción después que hasta 1990 la mayoría de los alumnos fue reubicada de su primera opción), de modo que ya no es una carrera de baja demanda.
3. Prácticamente hay cobertura de enfermeras docentes con licenciatura en el sistema de educación, lo que impulsa a las enfermeras a estudiar maestrías y doctorados, con la consiguiente elevación del nivel académico y de la investigación. Se incrementaron las plazas de profesor investigador de tiempo completo en las escuelas y facultades, hasta en 35% respecto del total.
4. Se actualizaron los profesiogramas y los requisitos para los niveles de jerarquía en enfermería, entre los cuales ya se exige la licenciatura en enfermería, o bien tiene un valor en los concursos o asignaciones de jefe de servicios, supervisoras, coordinadoras y directivas de enfermería, lo que influye notablemente en la demanda de ingreso en el nivel profesional.
5. En la Secretaría de Salud se ha diferenciado el valor de la práctica de enfermería de nivel técnico y licenciatura, con las plazas: enfermera general A y B (para egresadas de nivel técnico) y C y D (para egresadas de nivel licenciatura), lo que está

impulsando la eficiencia terminal en la carrera (56% en tiempo curricular y hasta 67% en tiempo reglamentario) y la titulación.

6. Se iniciaron los estudios de posgrado en 1982, en Monterrey, Nuevo León. En la ENEO se inició el año 2000 con el plan de especialidades, y la maestría en el 2002, pero en los últimos cinco años se incrementó la demanda de ingreso para ambos programas y ya se estableció también en la Secretaría de Salud la plaza A y B para especialista de postécnico y la C y D para especialista de posgrado. Las egresadas de maestría y doctorado tienden a ubicarse en tareas clínicas y de investigación, aunque de manera incipiente. Las especialistas se posicionan en la práctica avanzada de la enfermería.
7. Las enfermeras en ejercicio también se han comprometido con su crecimiento vertical y por lo general son quienes financian su propio desarrollo.
8. En el IMSS, más de 20% de las enfermeras tienen ya la licenciatura y hay condiciones para los acuerdos de retabulación entre autoridades y sindicato.
9. El programa de profesionalización se ha constituido en factor de retención de enfermeras en la práctica clínica, en las instituciones y, sobre todo, de retención en México, pues se ha observado que son enfermeras de bajo perfil de formación las que emigraron a otros países.

En la actualidad están emigrando licenciadas en enfermería en casos aislados; por ejemplo, jóvenes jubiladas del IMSS, pero con formación de nivel superior, lo que les permite regularizar vida profesional en otro país conforme los niveles académicos de formación internacional. Enfermeras mexicanas obteniendo reconocimiento de la Comisión de Graduados de Escuelas de Enfermería (CGFNS) y licencia como RN (*registered nurse*) son lo que prestigia a México en cuanto a calidad académica en enfermería.

Debe destacarse, entonces, que la profesionalización de enfermeras ha logrado cobertura nacional, establece bases para acuerdos de retabulación y reorganización del sistema de enfermería para los pacientes, está contribuyendo a mejorar la práctica de enfermería clínica y la gestión de servicios de enfermería, promueve el avance de enfermeras a estudios de posgrado, fortalece la enseñanza clínica y la tutoría clínica para estudiantes de enfermería y está desarrollando la autoestima, la identidad con la enfermería profesional y con los principios y valores de la enfermería humanista, visión que sólo se adquiere cuando se concluyen los estudios de nivel superior.

Referencias

1. **Saliba, Jaques, Brigitte et al.** *Les Infirmières ni nonnes, ni bonnes*, Paris, Syros, 54-49:1993.
2. *Idem*, pp. 56-60.
3. **Bourneville D.** *Manual de la gorde-malade et de l'infirmière*. En *idem*, p. 59.
4. **Rush SL.** Nursing Education in the United States, 1898-1910: a time of Auspicious Beginnings. *Journal of Nurse Dec*, 31(9):409-414, noviembre 1992 (pp. 409-413).
5. **Rush, Susan L.** *Op. cit.*, pp. 410.
6. **Malaco, Luis.** Alocución pronunciada en la Junta del Hospital General, México, Tipografía Literaria de F: Mata, 1882, p. 20. En: De Kuri y Viesca, Hospital General, p. 50.
7. **Alatorre Wynter E.** *El proceso histórico de la educación en México*, p. 49.
8. Archivo histórico de la Secretaría de Salud (HSSA), F : BP, S :HG, Exp :2, f 4.
9. *Idem*, Exp : 24, f 1.
10. *Idem*, Exp : 8, f 10.; f. 13.
11. *Idem*, f. 49.
12. *Idem*, exp. f 35.

Método de enfermería: herramienta importante para la aplicación de teorías de enfermería

Sara Esther Téllez Ortiz 

Introducción

La enfermería existe desde que el ser humano camina por la Tierra, es tan antigua como la humanidad misma, y de la misma forma, se encuentra en constante evolución, por tanto, la enfermería ha tomado como suyo el campo de acción en la atención de la salud desde la perspectiva del *cuidado enfermero*, por lo que proporciona un servicio indispensable a los individuos sanos o enfermos.

De forma global, las grandes estudiosas de la enfermería consensuaron que la práctica se centra en el **cuidado** de la **persona** (individuo, familia, grupo o comunidad) que, en continua interacción con su **entorno**, vive experiencias de **salud**. Suzanne Kéroutac (1996) afirma que en el acto que une el *qué* y el *cómo* de la interacción persona-enfermera en el cuidado, se llevan a cabo diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico y la intuición. Como antecedente, ya desde 1859 Florence Nightingale —quien con justa razón es llamada la fundadora de la enfermería profesional— afirmó que los cuidados enfermeros se basan no sólo en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos y el conocimiento; asimismo, por medio de sus escritos y en los planes de estudios de las escuelas de enfermería que fundó, destacó la necesidad de que las aspirantes se prepararan con estudios formales para que pudieran realizar en forma adecuada sus funciones. Antes de la reforma Nightingale, la práctica de enfermería se basaba en reglas, tradiciones y en la experiencia que se tenía sobre cómo cuidar, la cual se transmitía de una generación a otra con la demostración de dicha práctica.

Nightingale también explicó que la ciencia de enfermería era diferente a la ciencia médica. Derivada de esta idea describió una función propia de la enfermería: “situar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”, de tal ma-

nera que la enfermera basara sus conocimientos en la persona y su entorno. A partir de este legado, la enfermería es la única de las profesiones del área de la salud cuyo objeto de estudio es el *cuidado de la persona en su totalidad*, con la cual interactúa en forma permanente como sujeto de atención. Esto le ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable y, a través de la práctica, necesaria.

Hoy en día, la enfermería es diferente, pero aún conserva las bases que legó Nightingale. A mediados del siglo XIX inició su transformación, pues empezó la búsqueda de un marco conceptual que le fuera propio. De allí surgieron las teorías de enfermería que dan soporte científico para describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos propios de la profesión que en la actualidad se considera como una disciplina científica. 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 fue elaborada. Las teorías sirven de guía en los procesos de atención y también como fundamento para la aplicación del proceso científico. Más de una decena de teorías coinciden en que la teoría brinda autonomía profesional porque orienta las funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina.

Es importante destacar que cada propuesta teórica 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. Por tanto, las teorías de enfermería sólo pueden aplicarse a través de lo que ahora se conoce como proceso de atención de enfermería, o método de enfermería (ME). Por lo que se puede concretar que para establecer un Modelo de cuidados que guíe la práctica profesional se requiere de dos pilares sustanciales: 1) la teoría, misma que necesariamente debe aplicarse a través del 2) método de enfermería.

Proceso de atención en la praxis de enfermería

Antes de iniciar el abordaje de los contenidos de este capítulo, es preciso recordar que existe una vasta y variada fuente de información respecto del Proceso de Atención de Enfermería, y que cada autor lo estudia y describe de acuerdo con su contexto, área de formación y experiencia en la práctica y en la docencia; sin embargo, en su mayoría logran un consenso en cuanto a los componentes o elementos esenciales que comprenden cada una de las etapas de esta metodología, por tanto, en la presente obra éstos se describen de forma superficial con la intención de, por una parte, iniciar a aquellas enfermeras que se encuentren en proceso de formación, proporcionándoles los elementos sustanciales de la metodología de enfermería y, por la otra, servir de recordatorio a aquellas profesionales que ya se encuentran insertas en la práctica profesional de enfermería y requieren de una guía de información.

Luego entonces, entrando en materia, la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método que se conoce como Proceso de Atención

en Enfermería (PAE), que tiene sus orígenes cuando por vez primera fue considerado como un proceso en las propuestas teóricas de Lidia Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963). Algunas de ellas, consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución), pero en los trabajos de Yura y Walsh (1967) se establecen cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); sin embargo, después Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunas autoras más, establecieron las cinco etapas que en la actualidad se conocen al añadir una de las etapas más importantes, la del diagnóstico de enfermería.

De esta forma, se considera desde entonces como el método por el cual se logra que el profesional de enfermería concentre lo esencial de sus conocimientos para ayudar a resolver los problemas del paciente y los que se generan a partir de éstos. Es así como por medio del PAE se lograron aplicar las bases teóricas al ejercicio práctico de la enfermería, pues es una excelente herramienta para resolver los problemas que atañen a la salud y al bienestar de las personas, basado en la reflexión, pero que además exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales de las enfermeras que lo emplean.

Según Yura y Walsh, el proceso de enfermería constituye un conjunto de pautas organizadas de actuación que se dirigen a cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo; y si este estado es alterado por alguna circunstancia, promover entonces todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso de enfermería debe orientarse a promover la calidad de vida de la persona, al aumentar al máximo sus recursos para conseguir la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible.¹

Hay una variedad de definiciones en relación con qué es y qué no es el proceso de enfermería, pero la mayoría de los autores coincide en que es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas reales o potenciales del individuo, la familia y la comunidad, y que su finalidad es la de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Así, desde otra perspectiva, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería. También existe consenso entre ellos, en que el empleo del PAE exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con los individuos. Asimismo, para su aplicación 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 empleo del PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque se orienta a mejorar y resolver las respuestas humanas que se derivan de los problemas de salud o de la pérdida del bienestar. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: *valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación*.

Como todo método, sus etapas son sucesivas y se relacionan entre sí. Aunque el estudio o análisis de cada una de ellas se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica se superponen; por tanto, ninguna es

ajena a las demás, por el contrario, se relacionan, de manera directa, una con la otra. Su ejecución permite la humanización e integralidad de los cuidados, pues tienen en cuenta los intereses y necesidades que el usuario manifiesta, así como de sus personas significativas o aquellas que se encuentran involucradas con su cuidado. En cierto sentido, este método incorpora un enfoque que en la práctica cotidiana muchas enfermeras realizan, esto es, en muchas ocasiones se hacen especulaciones acerca de los problemas que se piensa tiene el paciente; se cree conocer las soluciones y entonces se actúa sobre esta base; sin embargo, en pocas ocasiones se lleva a cabo una evaluación sistemática de la eficacia de aquellas acciones, por el contrario, se cae en patrones rutinarios de conducta o costumbres.

En la actualidad, el uso del proceso de enfermería como herramienta habitual en todas las actividades que se relacionan con la enfermería, se ha vuelto una práctica importante y sustancial para la profesión. Siendo un método que incluye la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación en su desarrollo, el PAE es flexible, adaptable y aplicable en todas las situaciones, esto es en el proceso de pérdida de la salud o en el mantenimiento de la misma. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica que logra el principal propósito de la enfermería: promover, mantener o recuperar el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y maximizar la utilización de todos los recursos disponibles para lograr el o los objetivos.

La definición que dio la Organización Mundial de la Salud (OMS) resume las características del proceso de enfermería, y resalta que muchas de ellas cuentan con actividades intelectuales, una eficaz resolución de problemas y la toma de decisiones. Kosiere (1995) la cita de esta forma: “El proceso de enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, familias y comunidades. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades del paciente/cliente/familia o comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor frecuencia al proporcionar cuidados de enfermería; incluye también la planificación para cubrir sus necesidades, la administración de unos cuidados y la evaluación de los resultados. La enfermera o enfermero, con la colaboración de los miembros del equipo de salud, y con el individuo o grupos a los que atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza recursos. Entonces, él o ella proporciona unos servicios de enfermería directa o indirectamente. Con prioridad, evalúa los resultados; la información recibida de la evaluación deberá ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en situaciones similares de cuidados de enfermería. De este modo, la enfermería se convierte en un proceso dinámico que se presta a la adaptación y mejoría”²

Tal definición incluye y describe cada una de las etapas del ME que diversas autoras establecieron como básicas, por ejemplo, si se retrocede un poco en el tiempo, Yura y Walsh, en 1967, retomando estos conceptos, establecieron cuatro etapas en el proceso de la asistencia (valoración, planificación, realización y evaluación), por lo que en ese mismo año La *Western Interstate Comisión on Higher Education* (WICHE) definió el proceso de enfermería como “[...] la relación que se establece entre un pa-

ciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas de comportamiento y acción del paciente y la enfermera, y la interacción resultante”,³ además de reconocer las cuatro etapas antes mencionadas. En 1973 la *American Nurses' Association* (ANA) publicó los estándares del ejercicio de la enfermería que describen cinco pasos del proceso al incluir el diagnóstico. Más tarde Bloch, en 1974, Roy en 1975, Aspinall, en 1976, y algunos autores más, retomaron el término *diagnóstico de enfermería* con lo cual alcanzó un considerable reconocimiento en la literatura de enfermería, ya que se aplicó para la identificación de los problemas o necesidades del paciente. Por último, la ANA, en 1980, declaró que “la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales”.²

Se reconoce que el ME tiene algunas características importantes, entre las que se encuentran: 1) sistemático, 2) dinámico, 3) flexible, 4) posee una base teórica y 5) tiene una finalidad.

La sistematización del ME permite al profesional organizar el trabajo, lo cual evita los problemas que conllevan el sólo hacer uso de la intuición o el uso y la costumbre, y así brindar cuidados con calidad y orientados al logro de objetivos.

La característica del dinamismo se reconoce porque el proceso de cuidados evoluciona según las respuestas del paciente, esto dirige al profesional a llevar a cabo un cambio continuo e interactivo, pues se da una influencia recíproca paciente-profesional de enfermería, que parte de la información que el primero proporciona y de la participación que le brinda el segundo al validar con él los diagnósticos de enfermería y los objetivos por alcanzar.

La flexibilidad del proceso queda demostrada, ya que la práctica de cuidados puede desarrollarse en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Por otra parte, ésta se reconoce debido a que sus etapas pueden aplicarse en forma sucesiva o conjunta.

Exige fundamentación teórica, y se reconoce como la herramienta a través de la cual puede aplicarse cualquiera de los modelos teóricos de enfermería. Por último, su propósito es explicar los fundamentos del ejercicio de la enfermería y servir de ayuda para realizar estudios sobre el ser y quehacer de la disciplina, así como para comparar resultados que se derivan de la aplicación de diversas corrientes teóricas y monitorear cuidados y pautas terapéuticas que se desarrollan con su aplicación.

La aplicación del ME tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y la enfermera. Desde el punto de vista profesional, el manejo del proceso de enfermería permite sistematizar el campo de actuación del profesional de enfermería y definir su papel ante los usuarios del servicio y otros profesionales sanitarios, pues se trascienden las funciones dependientes e interdependientes. Adoptar un método de trabajo unificado permite el establecimiento de normas y la realización de estudios sobre el campo del saber y del hacer en la profesión de enfermería, y permite hacer auditoría mediante el examen de los cuidados de enfermería proporcionados, y su comparación con los estándares o normas.⁴

Respecto de la persona de cuidado y su familia, se le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, además de que recibe atención individualizada, continúa y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. Por otro lado,

éstos resultan beneficiados con la aplicación del ME, porque orienta al profesional de enfermería a involucrar al paciente y su familia en participar activamente en éste, al proporcionar los datos necesarios para la identificación de los problemas o necesidades, conocen los datos de la evaluación, participan en la elaboración de los diagnósticos aceptándolos o no, participan en la elaboración de los objetivos y comprueban el cumplimiento de los mismos; asimismo, se les estimula en participar de manera activa en la realización de las actividades necesarias para el logro de los objetivos de cuidado y, por último, comprueban los resultados que se obtuvieron.

Por otra parte, cuando el ME se registra en los formatos de enfermería, fomenta la continuidad de los cuidados al dar a conocer el estado de salud en el que se encontró en un inicio a la persona, los problemas de salud reales y potenciales que se identificaron, la terapéutica planeada y ejecutada en coordinación con la persona cuidada y la evaluación del logro de los objetivos planteados, por tanto, favorece un ambiente seguro y terapéutico al permitir la continuidad del cuidado. También aumenta la satisfacción en el trabajo y potencia la excelencia del profesional; estimula el pensamiento crítico y reflexivo, la creatividad y las innovaciones a la hora de solucionar los problemas que se generaron en el cuidado, así como el desarrollo de habilidades interpersonales, cognoscitivas y técnicas; e incrementa la capacidad para la observación precisa de las respuestas del paciente y la realización de las acciones pertinentes.

El proceso de enfermería hace aportes a la investigación relacionados con la validación de diagnósticos existentes, la identificación de diagnósticos aún no definidos, y precisa conductas o acciones de enfermería que permitan el desarrollo de planes estandarizados.

El objetivo principal del ME, entonces, es constituir una estructura que permita:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Su finalidad es mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente; si dicho nivel decae, proporcionarle la calidad y cantidad de cuidados necesarios para restituirlo, y en el caso de que no pudiera lograrse el bienestar del paciente, el ME debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como sea posible durante el mayor tiempo.

Para su adecuada aplicación es indispensable que el profesional de enfermería cuente con las siguientes cualidades:

- a) Interpersonales. Son la comunicación, la capacidad de escuchar, transmitir interés, compasión, conocimientos e información, generar confianza y obtener datos de una forma que favorezca la individualidad del paciente y promueva la integridad de la familia.
- b) Técnicas. Se manifiestan en el buen uso de los equipos y la realización de los procedimientos.
- c) Intelectuales. Incluyen la solución de problemas, el pensamiento crítico, hacer juicios de enfermería y la toma de decisiones que deben estar implicados en cada uno de los componentes del Método de Enfermería.

En resumen, el uso del ME da como resultado un plan de acción profesional que describe las necesidades de cuidados y las acciones de enfermería planeadas, sistematizadas y organizadas para cada sujeto de atención.⁵

Fases del proceso de atención de enfermería

De acuerdo con Koziere,² el ME es una adaptación de las técnicas de solución de problemas y de la teoría de sistemas. Puede verse paralelo, pero distinto del proceso médico. En el enfoque médico se examina, diagnostica, planifica e intenta tratar o curar los procesos de enfermedad, mientras que en el enfoque del ME se recolectan datos de las necesidades y respuestas humanas, diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa el logro de los objetivos que se establecieron de común acuerdo con el paciente.

Como ya se mencionó, dicho proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

1. Valoración;
2. Diagnóstico de enfermería;
3. Planeación;
4. Ejecución-intervención, y
5. Evaluación.

Cada una de sus etapas se relaciona de manera estrecha con la otra y en su aplicación; de hecho muchas veces se superponen, de modo que en ocasiones la evaluación que se considera como la última etapa, puede llevarse a cabo también en las otras cuatro, ya que no sólo se evalúa el resultado o logro de los objetivos alcanzados, sino que también la forma en que se desarrolla cada una de las etapas. Otro ejemplo está en la etapa de valoración, ya que ésta puede llevarse a cabo también durante la ejecución y evaluación, dependiendo de las respuestas humanas de los individuos durante el proceso de cuidado.

Valoración

Es la primera fase del ME,^{6,7,8,9,10} la cual puede definirse como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud de la persona a través de diversas fuentes: éstas incluyen al individuo, familia o comunidad como fuente primaria, y al expediente clínico, la familia o cualquier otra persona que dé información del paciente como fuente secundaria. La finalidad de la valoración inicial del estado de salud o bienestar consiste en identificar los parámetros de **funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual**, que indiquen la presencia de necesidades de salud.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cuatro áreas ya mencionadas para ser capaz de identificar las competencias y/o limitaciones del individuo, y de esta forma ayudarlo a alcanzar un nivel adecuado de salud o bienestar.

Para que el profesional de enfermería realice una adecuada valoración debe poseer ciertos valores, conocimientos y cualidades que le permitan integrar de forma lógica, analítica y reflexiva la información necesaria para el logro de los objetivos de cuidado, entre los cuales se pueden mencionar:

- **Identidad profesional.** Conforman la actitud y las motivaciones del profesional, es decir, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el ser humano, la salud, la enfermedad, el entorno, los aspectos sociales e inclusive religiosos, etc. Estas convicciones incluyen los valores y los aspectos éticos de la propia profesión y de la enfermera como ser humano que se formó para cuidar de la vida de otro ser humano.
- **Conocimientos.** Es preciso contar con una base de conocimientos sólida que le permita efectuar, sin dificultad, una adecuada valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben ser tan completos que permitan a la enfermera dar solución a los problemas identificados, realizar un proceso de análisis, síntesis y reflexión para la toma de decisiones que en muchos de los casos es continua.
- **Habilidades.** En la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible una buena recolección de datos, así como una adecuada ejecución de las intervenciones planeadas.
- **Comunicación eficaz.** Implica conocer y manejar las teorías de la comunicación y del aprendizaje.
- **Observación sistemática.** Implica la agudización de todos los sentidos, así como del uso de alguna guía o formulario que le permita identificar todos los datos necesarios para reconocer los problemas, respuestas humanas o necesidades de salud del individuo.
- **Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones.** Un signo es un hecho que se percibe a través del empleo de los sentidos, y una inferencia es el juicio o interpretación de los signos. Es muy común que las enfermeras realicen inferencias extraídas con poco o ningún sustento que las apoyen, lo que puede dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados o limitados para dar solución a los problemas de salud.

Seguir un orden en la valoración es primordial, de tal forma que, en la práctica, la enfermera debe adquirir un hábito que se traduzca en no olvidar u obviar algún dato, obteniendo la máxima información en el menor tiempo necesario.

La sistemática a seguir puede basarse en diversos criterios, entre los más comunes o que se emplean más a menudo cabe mencionar los siguientes:

- a) Seguir un orden: de “cabeza a pies”. Este criterio establece un orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, iniciando desde la cabeza hasta las extremidades inferiores, y considera desde el aspecto anatómico hasta el funcionamiento fisiológico, de forma sistemática.
- b) Considerar un orden por “sistemas y aparatos”: de inicio, se valora el aspecto general, que incluye las constantes vitales, y a continuación cada sistema o apa-

rato de forma organizada, pero independiente, enfocando la atención en las zonas de mayor afectación.

- c) Valoración por “patrones funcionales de salud”: los parámetros funcionales contienen algunos aspectos que son relevantes para la salud de todas las personas, estos parámetros establecidos por Gordon son 11 patrones que sirven para valorar diferentes cosas, pero siempre se busca mantener una óptica integral del ser humano. La identificación de estos patrones pone de manifiesto los hábitos y costumbres de la persona, determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo respecto de su estado de salud.

Esta etapa debe contar con una valoración inicial en donde se deben identificar:

- Las respuestas humanas ante las preocupaciones para el mantenimiento de la salud o a los problemas de salud reales o potenciales.
- Factores directos o indirectos que contribuyen, en forma importante, en los problemas de salud.
- Factores que pueden ser generadores de problemas, pero que aún no están presentes.
- Factores que pueden coadyuvar al mantenimiento de la salud o a recuperarla, en su caso.

La etapa de valoración se lleva a cabo en forma inicial y en forma continua durante todas las fases del proceso, por consiguiente, en las valoraciones subsecuentes se debe tener en cuenta:

- La posibilidad de confirmar o validar los problemas de salud que en forma previa se identificaron.
- El análisis y comparación del progreso o retroceso del estado de salud o bienestar de la persona valorada.
- Determinación de la continuidad o replanteamiento del plan de cuidados establecido, de acuerdo con las nuevas respuestas humanas o problemas identificados.
- Obtención de nuevos datos que den informe del estado de salud de la persona.

Es preciso, en este momento, considerar que un dato es una información concreta que se obtiene del paciente o persona de cuidado, referido a su estado de salud o a sus respuestas humanas (éstas pueden ser: signos, síntomas, conductas, sentimientos o manifestaciones verbales o no verbales) como consecuencia de su estado. Lo que interesa saber son las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades, factores personales o del ambiente potenciales de provocar algún problema o daño en la salud.

En esta etapa, los datos a obtener se clasifican en:

- a) Subjetivos. Aquellos que no se pueden medir y son propios de la persona, esto es, todo aquello que la persona dice que siente o percibe.

- b) **Objetivos.** Son observables y se pueden medir a través de cualquier escala o instrumento (por ejemplo, las cifras de los signos vitales).
- c) **Datos históricos o antecedentes.** Son los hechos que ocurrieron con anterioridad y comprenden situaciones de pérdida de la salud, que inclusive en algún momento de su vida le llevaron a solicitar los servicios de salud o a hospitalizaciones previas, presentando enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.) que pueden considerarse fuera de lo normal. Estos datos son de gran ayuda para referenciar los hechos en el tiempo.

Métodos para obtener datos

A) ENTREVISTA CLÍNICA

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella se obtiene el mayor número de datos en forma directa. En la mayor parte de la bibliografía relacionada se identifica que existen al menos dos tipos de entrevista, formal e informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente y, por lo general, se establece un plan de entrevista que puede ser en la mayor parte de los casos apoyada con instrumentos que la guían. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

Cabe precisar que la entrevista es un proceso que tiene varias finalidades, entre las que se pueden mencionar:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar y fomentar la relación enfermera/paciente.
3. Permitir al paciente mantenerse informado, así como participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de los objetivos.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren de un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: apertura, cuerpo y cierre:

- a) **Apertura.** Inicia con una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva. Existen autoras, como Joyce Travelbee, quien afirma que un encuentro original (de primera vez) indica la posibilidad y la necesidad de establecer una relación terapéutica conforme avanza el proceso de interacción, especificando que el encuentro original se caracteriza por las primeras impresiones que tienen la enfermera y el paciente, en donde después se deberá establecer la revelación de identidades que se caracteriza porque el profesional de enfermería y la persona enferma empiezan a verse mutuamente como individuos únicos, pero que esta revelación de identidades dará pauta al establecimiento de una interacción de empatía.¹¹
- b) **Cuerpo.** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo por el cual la persona

solicita los servicios de salud, y se amplía a otras áreas como historial de salud, información sobre la familia, la vivienda, el trabajo y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados para la recolección sistemática y lógica de la información pertinente sobre el paciente, en caso contrario el profesional de enfermería debe elaborar un diseño de valoración de acuerdo u orientado con la filosofía, teoría o marco conceptual teórico que apoye su práctica profesional y que pueda integrarse en el formato de registros clínicos de enfermería.

- c) Cierre. Es la fase final de la entrevista, en donde ya no es conveniente introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos porque de esta información se deriva la formulación de las demás etapas de la metodología.

La enfermera debe tomar en cuenta que la entrevista puede verse interrumpida por algunas interferencias que el profesional debe considerar de antemano para que resulte exitosa:

- Interferencias cognitivas. Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por la enfermera por falta de información o formación.
- Interferencia emocional. En muchas ocasiones puede presentarse una reacción emocional adversa del paciente hacia la enfermera, o viceversa. Los estados emocionales extremos, como la ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, estados de enojo, molestia y estrés causados por las excesivas cargas de trabajo, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, e incluso falta de responsabilidad de las obligaciones.
- Interferencia social. En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

A fin de que una entrevista sea exitosa, la enfermera debe cumplir con las siguientes cualidades: empatía, calidez y respeto.

- Empatía. Se entiende por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta el interlocutor, no basta con comprender a la persona, si no se es capaz de transmitirle esa comprensión.¹¹
- Calidez. Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa sólo a nivel no verbal.
- Respeto. Es la capacidad del entrevistador para transmitir a la persona entrevistada que sus problemas le interesan, y que se preocupa por él, preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos.

B) OBSERVACIÓN

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos a través de la observación, la cual continúa con el establecimiento de la relación enfermera-paciente.

Puede decirse que es el segundo método básico de la etapa de valoración. La observación sistemática implica recolectar datos con el empleo de los cinco sentidos.

Aunque se dice que se observa de manera primordial a través de la vista, cuando se pretende llevar a cabo una buena observación, ésta implica el poner en alerta todos los sentidos.

La observación tiene dos aspectos: notar los estímulos y seleccionar, organizar e interpretar los datos (es decir, percibirlos), luego entonces las percepciones deben relacionarse con las condiciones en las que se encuentra la persona,² por ejemplo, si se obtiene la información de que existe un dolor abdominal se debe dirigir la observación a la región en donde se puede encontrar un abdomen globoso. La observación es una cualidad que puede agudizarse en forma consciente y deliberada, que se desarrolla sólo con la utilización de los sentidos para la obtención de información, tanto del paciente como de cualquier otra fuente de información significativa de él mismo o del entorno. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos identificados mediante la observación después deberán ser validados o descartados a través de otras fuentes de información.

C) EXPLORACIÓN FÍSICA

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir su consentimiento para efectuarlo.

La exploración física se centra en determinar a profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. Para tal efecto, la enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

1. Inspección. Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
2. Palpación. Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que ayudarán en la valoración.
3. Percusión. Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal a fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que se pueden diferenciar son: *a)* sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos; *b)* mates, se presentan sobre el hígado y el bazo; *c)* hipersonoros, cuando se percute sobre el pulmón normal lleno de aire, y *d)* timpánicos, que se escuchan al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
4. Auscultación. Consiste en escuchar los sonidos que producen los órganos del cuerpo a través de algún instrumento. Se utiliza el estetoscopio para determinar características sonoras de pulmón, corazón e intestino.¹²

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que se utilicen, mismos que varían en *a)* desde la cabeza a los pies, *b)* por sistemas/aparatos y *c)* por patrones funcionales de salud.

Validación de los datos

Cuando se ha obtenido la suficiente información de las condiciones, respuestas humanas y/o estado de salud de la persona, es de suma importancia verificar que los datos sean correctos, esto significa que se debe asegurar que la información que se reunió es verdadera. En comunicación existen técnicas de reformulación que ayudan a comprender más los mensajes del paciente, con lo que se evitan las interpretaciones.

Se consideran como datos verdaderos aquellos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, como peso, talla, etcétera.

Los datos que se observan y que no son mensurables, en principio, se someten a validación, confrontándolos con otros datos o buscando nueva información que apoye o se contraponga a los primeros, se puede hacer uso de otras fuentes de información, como la familia, el expediente clínico o cualquier otro documento o persona que confirme lo que ya se obtuvo.

Organización de los datos

Cuando se logró obtener todos los datos, se agrupan de forma tal que permitan la identificación de problemas. La forma de organizar los datos va a depender del sustento teórico o modelo conceptual que se emplee, así se tiene, por ejemplo, que los datos se pueden organizar por necesidades humanas (14 necesidades de Henderson), por patrones funcionales (Gordon,) o por requisitos de autocuidado (Orem), etc. Cuando la información ya se recogió y se validó, el siguiente paso es organizar los datos mediante categorías de información. Éstas ya se vieron en el apartado de examen físico y como se apuntó, para el establecimiento de la agrupación se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada institución de salud.

Los componentes de la valoración del paciente que se seleccionaron como necesarios hoy en día son:

- a) Datos de identificación.
- b) Datos culturales y socioeconómicos (*habitus exterior*).
- c) Historia de salud: diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- d) Valoración física.
- e) Problemas identificados.

Documentación y registro de la valoración

Es el segundo componente de la fase de valoración en el registro de la información, y las razones que justifican su uso son las siguientes:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo de salud.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (las que estableció la institución de salud, o que emitió el sector salud, como en el caso de los indicadores de calidad).

- Permite una evaluación para la gestión de los servicios de enfermería, incluida la gestión de la calidad.
- Son una prueba de carácter legal:
 - Permite la investigación en enfermería.
 - Permite la formación de pregrado y posgrado.

Los datos que se recolectaron y organizaron indican el estado actual de satisfacción de necesidades, es decir, alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben registrarse en un documento apropiado para beneficio del paciente, la familia, la comunidad y el propio profesional de enfermería. 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

Las normas que Iyer establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:⁵

- a) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas) la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- b) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- c) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, normal, regular, estable, entre otros.
- d) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, especificando forma, tamaño, longitud, color, consistencia, etcétera.
- e) La anotación debe ser clara y precisa.
- f) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble.
- g) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usan sólo las abreviaturas de uso común.

En este sentido, es preciso que la enfermera tome en cuenta la normatividad establecida por la institución de salud en donde trabaje o en donde se encuentre realizando prácticas de enfermería, ya que ésta puede variar en algunos aspectos específicos, pero en lo general, las notas de enfermería en relación con los hallazgos de la valoración deben ser claras, precisas y, sobre todo, se debe tener la seguridad de que son correctas y verídicas.

Diagnóstico

Es la segunda fase del ME. El diagnóstico de enfermería es el enunciado que explica y describe el estado de salud, problema real y/o potencial en los procesos vitales de una persona que requiere intervención de un profesional de enfermería debidamente formado para dar solución a los problemas identificados o, en su defecto, para mantener

o mejorar su bienestar físico, psicológico, social y espiritual.¹³ No debe confundirse con 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.¹³

La formulación de diagnósticos de enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, 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 de la *creación de una taxonomía diagnóstica* que cada determinado tiempo se actualiza.

El diagnóstico de enfermería define con claridad la práctica profesional, pues su uso establece qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud.

Por otro lado, ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los elementos del equipo de salud 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.

Para poder emitir un diagnóstico de enfermería se debe seguir una serie de pasos y son los siguientes:

- Preguntar a la persona cuál es su principal problema o preocupación.
- Previo a la elaboración del diagnóstico se debe llevar a cabo una valoración completa o focalizada con base en el modelo teórico que adoptó la institución en donde se labora.
- Redactar una lista completa con los problemas reales o de riesgo o de salud que se identificaron. Es preciso hacer una jerarquización de los problemas de acuerdo con varios criterios: *a)* si se encuentran comprometidas las funciones vitales; *b)* las principales manifestaciones verbales de la persona o paciente, y *c)* de acuerdo con la priorización que se dé con base en los conocimientos de la enfermera.
- Una vez que se localiza el problema principal, relacionarlo con uno de los diagnósticos aprobados por la NANDA. Para ello, verifique que se cumple, al menos, con una de las características definitorias. Enlazar el problema encontrado en un determinado patrón, con el diagnóstico que la NANDA agrupa también en esos mismos patrones.
- Determinar la causa o etiología del problema (su factor relacionado).
- Identificar los factores de riesgo.
- Formular el diagnóstico.

Tipos de diagnósticos de enfermería

Los diagnósticos se clasifican de acuerdo con sus características. Al respecto, también, dependiendo de las autoras, existe una clasificación de tipos de diagnósticos; los básicos —que se emplean en el Hospital General de México— son los que determinó la Comisión Permanente de Enfermería, a saber, los reales, de riesgo y de salud o bienestar. El diagnóstico real describe un juicio clínico que el profesional confirmó por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. El de riesgo es una afirmación sobre problemas de salud que la persona todavía no tiene, pero que está en un riesgo más que normal de desarrollarlo en un futuro cercano, y el de bienestar describe un aspecto de la persona que pudiera estar en un bajo nivel de bienestar o una situación de bienestar.

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de dos partes (problema y características definitorias), los de alto riesgo constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo), el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores relacionados o etiología, y signos y síntomas o características definitorias) (cuadro 3-1).

Existen algunos formatos para estructurar los diagnósticos, el más sencillo y que se emplea con mayor frecuencia es el formato PES (P, Problema; E, Etiología y S, signos y síntomas). Los diagnósticos de la NANDA tienen esta estructura, por ejemplo, a la etiología la denominan factor relacionado, y a los signos y síntomas como características definitorias. Es así como el enunciado del Diagnóstico se estructura de la siguiente forma:

Problema + Etiología + Signos y síntomas

Cabe subrayar que un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de un diagnóstico médico.

Si las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán con un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico, que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera se refiere a aquellos problemas o situaciones en cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estas situaciones se describirán como problema colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

Cuadro 3.1 Diferentes tipos de diagnóstico.

Diagnóstico real (elementos que lo conforman)		
Etiqueta diagnóstica	Factores relacionados	Características definitorias
Nombre del problema	Son los factores etiológicos que tienen una relación directa o indirecta con el diagnóstico	Son los signos y síntomas observables y verificables
Perfusión tisular inefectiva r/c	Deterioro del transporte de oxígeno Interrupción del flujo arterial m/por segundo	Alteraciones de las características de la piel (vello, uñas, humedad) Alteración de la presión arterial en las extremidades Alteraciones de la sensibilidad
Diagnóstico de riesgo (elementos que lo conforman)		
Riesgo de infección r/c	Enfermedades crónicas Alteración de las defensas primarias (rotura de la piel, traumatismo de los tejidos, disminución de la acción ciliar, estasis de los líquidos corporales, cambios del pH de las secreciones, alteración del peristaltismo) Insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos	
Diagnóstico de bienestar (elementos que lo conforman)		
Disposición para mejorar el bienestar espiritual		La expresión verbal de deseos de reforzar la alegría, el amor, el propósito de la vida, la esperanza, el perdón de sí mismo, etcétera

- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que se reconoce legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.¹⁴

El diagnóstico de enfermería tiene un componente estructural: problema (etiqueta diagnóstica de la NANDA), etiología (factor relacionado), signos y síntomas (características definitorias) 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; 14 necesidades básicas de Henderson, o patrones funcionales de M Gordon, etcétera.

Al enunciar cada diagnóstico se debe tener en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del sujeto de cuidado, y la segunda describe el factor relacionado, esto es, la etiología o causa del problema, las características definitorias o los signos y síntomas que contribuyen al mismo. Ambas partes se unen con la frase *relacionado con*, la cual se indica r/c y manifestado por; m x.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, se pueden encontrar en el capítulo 6, Aplicación taxonómica NANDA, NIC y NOC en los planes de cuidados de enfermería (*clasificación de intervenciones* [NIC, *Nursing Intervention Classification*] y la clasificación de resultados [NOC, *Nursing Outcomes Classification*]).

Los componentes de los diagnósticos de la NANDA incluyen: una etiqueta diagnóstica, su definición, características definitorias y factores relacionados.

1. Etiqueta diagnóstica. Ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. Definición. Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. Características definitorias. Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que da el significado del diagnóstico, el título es sólo sugerente.
4. Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en 80-100% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
5. Factores relacionados. Se organizan en torno de los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

A la hora de escribir un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico puede llevar a un enunciado confuso.
- Tener presente que en la primera parte del diagnóstico es incorrecto mencionar signos y síntomas.
- Sin duda, se deberá evitar describir el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- Es del todo inconveniente escribir un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.
- Se deberá evitar describir dos problemas al mismo tiempo, ya que esto dificulta la formulación de los objetivos.

Cuadro 3.2 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
Casi siempre tiene que ver con la autopercepción del sujeto de atención	Casi siempre tiene que ver con los cambios fisiopatológicos
Puede aplicarse a alteraciones de individuos o colectivos	Se aplica sólo a las enfermedades de individuos o colectivos

- Escribir *en relación con o relacionado con* en lugar de *debido a*.
- El problema y la etiología deben expresar lo que se debe modificar.

Al redactar el diagnóstico es factible 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 ya mencionadas y no se comenten estos errores, se obtendrá un buen diagnóstico y con éste las siguientes ventajas:

- a) Permite que se lleve a cabo el cuidado en forma individualizada.
- b) Facilita la comunicación profesional.
- c) Permite determinar y prever resultados.
- d) Facilita al profesional de enfermería articular con claridad el ámbito de la práctica.

El cuadro 3-2 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. Los profesionales de enfermería, por el contrario, deben dirigir su atención en la identificación de las respuestas humanas a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.

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

blemas interdependientes, el profesional de enfermería colabora con el equipo de salud para el tratamiento".¹⁵

Planeación

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).¹⁶

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando una persona tiene varios problemas; determinación de objetivos en coordinación con el sujeto de cuidado y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarlo a lograr los objetivos.¹⁷

Establecimiento de prioridades

Durante el proceso, la enfermera y el sujeto de cuidado deben establecer una coordinación para establecer las prioridades, siempre que sea posible, esto es, 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 tratarse en un momento posterior. Por otra parte, la determinación de prioridades tiene por objeto establecer un orden en la forma en que se proveerán los cuidados de enfermería, de tal forma que aquellos problemas que en un momento determinado amenazan o ponen en riesgo la vida deberán ser abordados antes que aquellos que no ponen en peligro la integridad y funcionamiento fisiológico del individuo. Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros.

En general, es posible abordar, de forma simultánea, varios de ellos. En ocasiones, cuando un problema es generador de otros más, atenderlo primero permite descartar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.¹⁷

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, en el Hospital General de México se tiene como fundamento teórico, en la mayor parte de los servicios de atención, a la *Teoría del autocuidado* de Dorothea E. Orem, por tanto, si se utiliza esta teoría para guiar el suministro de atención de enfermería, el profesional debe 1) atender el déficit de volumen de líquidos (una necesidad fisiológica del requisito agua suficiente) que forma parte de los Requisitos Universales de acuerdo con la clasificación que propone Orem, antes de fomentar la higiene matutina (autoconcepto y aceptación); 2) satisfacer las necesidades que la persona siente y considera más

importantes, siempre y cuando no interfieran con las funciones vitales o el tratamiento médico, y 3) considerar el efecto de problemas potenciales futuros al establecer prioridades.¹⁷

La enfermera debe tener siempre presente que no sólo ha de resolver los problemas de las personas en estado de enfermedad, sino de igual forma atender y resolver sus necesidades en los estados de salud o de bienestar, aunque le parezca extraño o de poca importancia al lector; al contrario, es preciso recordar que existe un primer nivel de atención y que uno de los objetivos de la prevención es mejorar y mantener los estados de salud, así como prevenir los estados de enfermedad cuando aún se goza de salud, pero si las personas no cuentan con los conocimientos suficientes de cuáles son las prácticas de fomento a la salud pueden llegar a perder muy fácilmente ésta, en cualquier momento.

Determinación de objetivos (metas esperadas)

Es el resultado que se espera de los cuidados de enfermería; lo que se desea lograr con la persona y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en los diagnósticos de enfermería.¹⁸ Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería, esto es, del problema; debe haber un registro de ello con el fin de que todo el personal que atiende a la persona conozca lo que se estableció que se deberá lograr y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

Los resultados esperados, o metas, deben centrarse en el comportamiento de la persona, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben limitarse en el tiempo a corto y mediano plazos, y ajustarse a la realidad.

En la elaboración de los objetivos se deben aplicar, de preferencia, las tres áreas de acción, la cognitiva, la afectiva y la psicomotriz, que les permita, tanto a la enfermera como al paciente comprender hacia qué dirección se enfocan los esfuerzos para resolver el problema, esto quiere decir que el objetivo deberá redactarse en función de lo que debe lograr el paciente y no la enfermera.

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.¹⁶

El capítulo 6 explica cómo se efectúa la vinculación de los diagnósticos de la NANDA con la clasificación de intervenciones y la clasificación de resultados, esto es, la vinculación de estos estándares con el ME.

Planeación de las intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería se destinan a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan al factor que está provocando o del que se deriva el problema, esto es, el factor relacionado o etiología que corresponde a la segunda parte de la estructura del diagnóstico de enfermería; por tanto, se dirigen a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de cuidado como ya

se mencionó, y la intervención la realiza el profesional de enfermería en colaboración con el paciente y el equipo de salud.

Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos: acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería. En la clasificación de intervenciones NIC se desglosan las acciones que corresponden a cada intervención.

En el caso de las indicaciones de enfermería, deben ser coherentes con el plan de atención, basarse 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.

Es preciso tomar muy en cuenta que en todo momento debe quedar un registro de las indicaciones de enfermería, ya que 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 cuidado mejora o empeora su estado, se deberán modificar cuantas veces sea necesario.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de la 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.¹⁷

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 en la ejecución de las actividades para lograr los objetivos ya planteados. Las acciones deben sustentarse en principios científicos para asegurar unos cuidados de calidad. Es en esta etapa cuando se toma la decisión sobre la mejor alternativa de ejecución. Para llegar a esta alternativa, la enfermera tomará decisiones de carácter independiente, de esta manera dispondrá de sus propias capacidades y de sus colaboradores. Esta fase consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.^{17,19}

Preparación del plan de atención

Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con aquellos colegas que tengan mayor experiencia, con otros miembros del equipo de salud y con el propio paciente. 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.

Para la elaboración de un plan de cuidados es preciso reconocer que las actividades coincidan con las necesidades, respuestas humanas y características de la persona. También se deberá llevar a cabo el análisis del nivel de conocimientos, habilidades y capacidades que se requieren para realizar la actividad planeada, ya que todo ello debe realizarse con pleno conocimiento, por otra parte, es preciso prevenir las posibles complicaciones que pudieran presentarse en el momento de llevar a cabo las intervenciones de enfermería, así como preparar, en forma previa, el material y equipo que se va a requerir, preparar un ambiente agradable, confortable y seguro para el paciente, para que se ejecute el plan.

Las intervenciones pueden consultarse en la NIC para dar mayor seguridad de lo que se planteó la enfermera.

Documentación del plan de atención

El registro de enfermería es un documento específico que forma parte importante del expediente clínico de cualquier institución de salud, y también de la historia clínica, en el cual debe describirse cronológicamente la situación, evolución del estado de salud, intervenciones de promoción de la vida y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que los profesionales de enfermería y los demás miembros del equipo de salud proporcionan a la persona, familia y comunidad.

Es considerado como un documento médico-legal, por lo que los registros deben realizarse de forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin la utilización de siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma de quien llevó a cabo el plan de cuidado, esta es una recomendación que se hace, pero se deben seguir las normas establecidas en cada institución.

Para la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) esto tiene un nivel de importancia elevado debido a que es un documento de tipo legal. La NOM-168-SSA1 del expediente clínico lo define como “conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias”,²⁰ por tanto, juega un papel muy importante al ser considerado un instrumento jurídico, por lo que se utiliza como evidencia entre usuarios y prestadores de servicios de salud al permitir evaluar la actuación de los miembros del equipo de salud.

En la actualidad se utilizan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados y computarizados.

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.

Es necesario considerar que a lo largo de la etapa de ejecución el profesional de enfermería debe continuar con la recolección de datos, ya que como se mencionó al inicio, las etapas del ME son continuas y se superponen unas a las otras, por tanto, es preciso seguir realizando una valoración del estado de salud y de las respuestas humanas de la persona de cuidado. Esta información es de utilidad para determinar si los objetivos planteados pueden ser o están en vías de ser alcanzados, así como para establecer cambios en el plan de cuidados, de acuerdo con su evolución.

En el Hospital General de México la etapa de ejecución se caracteriza por estar sustentada en la clasificación de intervenciones NIC, información que también se presenta en el capítulo 6.

Evaluación

La quinta y última fase es la evaluación; se trata de 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 de la persona de cuidado 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 de la persona cuidada.

Evaluación del logro de objetivos

Es un juicio sobre la capacidad de la persona que recibe el cuidado 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, ocurre cuando la persona está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no como se especificó en el enunciado. Cuando la persona o paciente no consiguió el resultado esperado se afirma que no hubo logro.

El resultado debe quedar escrito dentro del plan. Si el problema del paciente 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.

Revaloración del plan

Es el proceso de cambiar o modificar aquellos diagnósticos de enfermería que no fueron funcionales o adecuados, los objetivos y las intervenciones con base en los datos que proporciona el paciente. Aunque los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista, la mayor parte de ellos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa el cuidado. 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.

Cuadro 3.3 Plan de cuidados (PLACE) del servicio de: *Pediatría 505 área de especialidades*.²³⁻²⁸

Plan de cuidados (PLACE) del servicio de: <i>Pediatría 505 área de especialidades</i>				
Dominio: 11 Seguridad/ protección	Resultados NOC	Indicadores	Escala de medición Likert	Puntuación diana
Clase: 2 Lesión física Etiqueta diag- nóstica: Deterioro de la mucosa oral	1. Hidratación	• Membranas mu- cosas húmedas. • Ingesta adecuada de líquidos. • Sed.	• Gravemente comprometido 1 • Sustancialmente comprometido 2 • Moderadamente comprometido 3	Mantener a: Aumentar a:
	2. Integridad tisular: piel y membranas mucosas	• Hidratación. • Lesiones de la membrana mucosa. • Lesiones cutáneas.	• Levemente comprometido 4 • No compro- metido 5	
Factores relacio- nados (etiolo- gía): Deshidratación, disminución de la salivación Características definitorias (sig- nos y síntomas) Palidez de la mucosa oral, lengua saburral, halitosis	3. Higiene bucal	• Limpieza de la boca. • Limpieza de la lengua. • Humedad de la mucosa oral y de la lengua. • Integridad de la mucosa oral. • Halitosis.		

(continua)

Al realizar la revaloración se pueden presentar las situaciones siguientes:

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 persiste, y
5. Que el objetivo no se logró o se logró de manera 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 diag-

Cuadro 3.3 Plan de cuidados (PLACE) del servicio de: *Pediatría 505 área de especialidades*.²³⁻²⁸
(Continuación)

Intervenciones	Actividades	Intervenciones	Actividades
1) Restablecimiento de la salud bucal	• Utilizar un cepillo de dientes suave para la extracción de restos alimenticios • Fomentar enjuague frecuentes de la boca con cualquiera de las siguientes sustancias: solución de bicarbonato de sodio, solución salina normal o solución rosa • Observar si hay sequedad de la mucosa oral • Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis • Aumentar los líquidos en las comidas	2) Mantenimiento de la salud bucal	• Establecer una rutina de cuidados bucales • Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario • Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes • Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario • Observar si persisten la sequedad, irritación y molestias bucales
3) Fomentar la salud bucal	• Inspeccionar la mucosa bucal con regularidad • Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como rutina • Ayudar con el cepillado de los dientes y enjuague de la boca, de acuerdo con la capacidad de autocuidados del paciente • Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal, si es necesario	4) Manejo de la nutrición	• Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico • Animar al paciente a que obtenga cuidados dentales

nósticos de las situaciones resueltas; 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: que el diagnóstico de enfermería, del cual se deriva el objetivo, es inadecuado; el diagnóstico es adecuado, pero el objetivo es incongruente para las capacidades del paciente y 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 o del paciente cambiaron, o se indicaron nuevas órdenes médicas opuestas al plan de atención de enfermería.

Satisfacción de la persona de cuidado

Al evaluar este aspecto es necesario tener en cuenta que la persona receptora del cuidado no siempre tiene el conocimiento de lo que implican los cuidados profesionales y, a veces, por esa falta de información puede llegar a sentirse satisfecho aunque reciba cuidados insuficientes o, al contrario, sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de cuidados eficaces y eficientes de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación y discutirla entre enfermera y paciente.^{21,22}

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 a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del paciente; proporcionan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas identificados; 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.

Por último, se considera conveniente mencionar que en el Hospital General se desarrollaron planes de cuidados de enfermería estandarizados de acuerdo con las especialidades de atención y con base en el lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería estandarizados emitido por la Comisión Permanente de Enfermería, que es órgano regulador de la práctica de enfermería en México. A fin de demostrar su aplicación se presenta el cuadro 3-3.

Para finalizar, cabe concluir que el ME es la herramienta indispensable para la aplicación de los modelos conceptuales, teorías y microteorías que se desarrollaron para guiar y orientar la práctica profesional de enfermería, además de que constituye la metodología ideal para sistematizar, organizar, dirigir, controlar y hasta estandarizar los cuidados que día con día se ofrecen a las personas que requieren del servicio.

Referencias

1. **Phaneuf M.** *Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería.* Madrid. Interamericana, 139:1993.
2. **Koziere, B.** *Conceptos y temas en la práctica de enfermería.* Editorial Interamericana McGraw-Hill, 2a. ed. México, 106-101:1992.
3. "Defining Clinical Content, Graduate Nursing Programs, Medical and Surgical Nursing. Western Interstate Commission on Higher Education, Boulder, Colorado, 6:1967.
4. **López P.** Proceso de Enfermería. *Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 10, 37-38: 1994.
5. **Iyer P.** *Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería.* Madrid: Editorial Interamericana, 1-30, 47:1989.
6. **Yura H, Walsh MB.** *El proceso de enfermería: valoración, planeación, intervención, evaluación.* 3a. ed. Editorial Alambra, 84-94:1982.
7. **Fernández, FC. y cols.** *Enfermería fundamental.* Ed. Masson, Madrid, 207-226:2000.
8. **Koziere B, Erb G.** *Enfermería fundamental conceptos, procesos y práctica.* Tomo I, 2a. ed. Ed. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 112-128:1990.
9. **Marriner, A.** *Proceso atención de enfermería un enfoque científico.* 2a. ed. Ed. Manual Moderno, México, 52-55, 1979.
10. **Morán AV, Mendoza RA.** *Proceso de Enfermería Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE y CRE.* 2a. ed. Ed. Trillas, México, 94-118, 2006.
11. **Marriner, A.** *Teorías y Modelos de enfermería.* 6a. ed. Ed. Elsevier. pp. 296, 297, 2007.
12. **Sanders.** *Cuidados de Enfermería.* Vol. I, Ed. McGraw-Hill Interamericana. 101-104. 2006.
13. **Carpenito JL.** *Diagnóstico de Enfermería.* Madrid: McGraw-Hill, Interamericana. 4, 5, 47. 1993.
14. **Perfiles de Enfermería.** Secretaría de Innovación y Calidad. pp. 6, 7.
15. **Luis MT.** Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica. *Rol de Enfermería.* 14:62. 1991.
16. **Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D.** *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería.* México: Interamericana McGraw-Hill. 13. 1993.
17. **Atkinson L, Murray ME.** *Proceso de Atención de Enfermería.* 5a. ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 60. 1996.
18. **Atkinson L, Murray ME.** *Proceso de Atención de Enfermería.* 2a. ed. México. McGraw-Hill, 32. 1983.
19. **López P.** Proceso de Enfermería. *Rev. Iberoamericana de Geriatría y Gerontología.* 10:37-38. 1994.
20. **Norma Oficial Mexicana NOM-168-ssa1-1998,** del expediente clínico. Citdo. en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
21. **Phaneuf M.** *Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería.* Madrid. Interamericana, 139. 1993.
22. **Griffit JW, Christensen PJ.** *Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos.* México: El Manual Moderno, 1986.
23. **Johnson M, Maas M, Moorhead S.** *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)* 3a. ed. Editorial Elsevier-Mosby. España, p. 845. 2000.
24. **McCloskey DJ, Bulechek GM.** *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).* 4a. ed. Ed. Elsevier-Mosby. España, p. 1072. 2005.
25. **NANDA.** *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2007-2008.* Ed. Elsevier. España, 2008.
26. **Gauntlett B, Myers J.** *Enfermería Médico-quirúrgica.* 5a. ed. Hancourt. Madrid, España. 2001.
27. **Smeltzer SC, Bare BG.** *Enfermería Médico-Quirúrgica-Volumen I y II de Brunner y Suddarth;* 10a. ed. McGraw-Hill. México, 2005.
28. **Tucker S, Canobbio M, Paquette E, Wells M.** *Normas de Cuidados del Paciente; Guía de planificación de la práctica asistencial conjunta.* 6a. ed. Barcelona, España. Harcourt/Océano, 2003.

Estado del arte de la aplicación del método de enfermería

Martha García Flores ■■

Rosa Albertina Garrido Gómez ■■

Introducción

A partir del año 2000 en el Hospital General de México (HGM) se decidió avanzar en la profesionalización del cuidado, con miras a llegar a un nivel de excelencia, con la convicción del *objeto de estudio* y de la *razón de ser* de la profesión; lo que conllevó a profundizar en el marco conceptual que guía y orienta el pensamiento y la acción de la enfermería moderna.

El avance en este aspecto se derivó de la observación de la existencia de un cambio paradigmático mundial, con nuevas teorías y modelos de enfermería, que iniciaron en Alemania, a mediados del siglo XIX, con Florence Nightingale, quien escribió en su libro *Notes of Nursing: What it is and what is not* (Notas de Enfermería: Lo que es y lo que no es), que contiene los principios de la práctica enfermera, y en donde se encuentran integrados los que más adelante, en el decenio de 1950-1959 se definieran como los elementos del metaparadigma de enfermería, con los aspectos matemáticos, estadísticos, filosóficos y religiosos que marcan su propuesta de lo que debe ser una enfermera.

Enfermería es una ciencia que se reconoce desde mediados del siglo XX porque posee un cuerpo teórico conceptual propio, sustenta sus principios y objetivos, los que se encuentran en constante renovación a través de la investigación científica; posee, además, un método científico propio de actuación —el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)— que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas, considerado como uno de los valores más altos de la humanidad.

Lucila Cárdenas, en su libro *la Profesionalización de la enfermería en México*, cita a Elliot, quien afirma que: “Las profesiones que tienen tras ellas un cuerpo de conoci-

mientos más sustancial y teórico, están más capacitadas para convencer a la sociedad de la necesidad de sus servicios particulares y quizá de persuadirla de su derecho de hacerse responsable de ellos”.¹

A pesar de que se inició la enseñanza formal de la enfermería en el HGM, en 1907, no es sino hasta los inicios de la década de 1990-1999 cuando cobra importancia el poseer no sólo un cuerpo de saberes, sino de identificar y delimitar el objeto de estudio y trabajo que debe constituir el eje de la profesión y es hasta el año 2000 en que se instrumentan estrategias para avanzar en la metodología científica.

La *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud* que se implantó en el sexenio 2000-2006, de la cual se apropió el HGM, logró el impulsó necesario para avanzar en el cuidado profesional que se proporciona a los pacientes y familias.

En la actualidad, y ya con buen avance, la inclusión en el *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, que sitúa la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, con el Programa SICalidad, el cual marca un itinerario muy claro de *Mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente*, con siete líneas de acción y que en la sexta contempla la atención basada en la evidencia, donde se ubican las Guías de práctica Clínica (GPC) y los planes de cuidados de enfermería (PLACE), sin duda permitió un gran avance para la Enfermería mexicana y, sobre todo, para la enfermería del HGM.

El arte y la ciencia en enfermería

El arte y la ciencia son dos de las áreas principales de la creatividad humana, que con frecuencia se perciben por separado, pero que al combinarlos se obtiene lo mejor de ambos y se benefician todas las áreas, es decir, se consigue un producto diferente y superior de la actividad humana, que incluye la enfermería.

León Tolstoi mencionó que: “Lo que distingue al arte de las demás formas de actividad mental, es que su lenguaje lo comprenden todos, y que todos pueden sentirse por él conmovidos”, y agregó que: “La ciencia verdadera enseña a los hombres los conocimientos que deben tener más importancia para ellos y dirigir su vida. El arte transporta estos conocimientos desde el dominio de la razón al del sentimiento”. En este mismo sentido asentó: “Que así como el arte significa el modo de transmisión de todos los sentimientos posibles, y sólo es arte serio, aquel que transmite a los hombres sentimientos que les importa conocer; así la ciencia, de un modo general, es la expresión de todos los conocimientos posibles, pero sólo es para nosotros verdadera ciencia, la que nos da conocimientos útiles”.²

Por eso se coincide con lo que dice el grupo de cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia que: “El cuidado de la salud es una ciencia y un arte”. Como ciencia ha sido construida por la riqueza teórica conceptual y la investigación rigurosa de la enfermería, conjugada con la práctica en los diferentes escenarios de salud. También mencionan que: “Como arte, exige destrezas particulares y capacidad para establecer vínculos significativos, determinar el curso apropiado de la acción, conducir la práctica dando sentido a lo cotidiano y buscando crecimiento de los seres humanos”.³

Ante la posibilidad de que el HGM cuente con un modelo conceptual que responda a lo que antes se mencionó y a las inquietudes profesionales sobre el cuidado de los pacientes, se abrió a la perspectiva de la profesionalización y la capacitación, en virtud de la heterogeneidad en la formación y porque se coincide con lo que dice John McWhirter, autor del *Developmental Behavioral Modeling* (DBM) Modelado Conductual Desarrollativo, sobre que el estudio formal de todo el abanico del modelar, incluye la estructura y la función de los modelos, ya que la esencia consiste en que: “Todo lo que hemos aprendido es la base para todo lo que hacemos. Somos las habilidades que hemos aprendido. Tener más habilidades significa tener una base mejor para enfrentar los retos de la vida. Si tenemos habilidades que nos capaciten para aprender en cualquier situación, entonces la vida como un todo se convierte en un proceso de aprendizaje.”⁴

Al respecto, McWhirter establece que “el profesional trae conocimientos, habilidades y el deseo de explorar y crear, a efecto de mejorar las cosas y que el cliente trae una situación que le gustaría que se mejorase. Los dos aportan, por tanto, una base que, a su vez, sirve para hacer funcionar conjuntamente otra base para la solución de problemas y la creatividad, que reafirma la vida. Las dos partes idealmente se ven potenciadas mediante la experiencia. La combinación de arte y ciencia ofrece el mayor valor, tanto para el profesional, como para el cliente.”⁴

En diferentes momentos, y de acuerdo con los referentes profesionales, enfermería usa la denominación de cliente, usuario, o derechohabiente para referirse a los pacientes, lo que no desliga de la responsabilidad, al contrario, obliga a poner todo el conocimiento al servicio del ser humano en sus condiciones de salud-enfermedad, desde el nacimiento hasta la muerte.

Como asevera Juana Hernández Conesa, “La ciencia de enfermería deberá: experimentar, descubrir, medir, observar e inventar y explicar el cómo y el porqué de los fenómenos enfermeros, además de inventar técnicas y herramientas, proponer y disponer, hacer hipótesis y ensayar, crear conjeturas, refutar, confirmar o no confirmar, separar lo verdadero de lo falso, lo que tiene sentido de lo que no lo tiene. De este modo nos dirá cómo llegar y, en definitiva, cómo hacer lo que queremos hacer. Será, entonces el impulso por saber, el que moverá a la ciencia de enfermería para seguir avanzando.”⁵

Se considera, entonces, que la práctica de enfermería en el HGM debe estar respaldada por el conocimiento científico, que establece bases sólidas para ejecutar los cuidados, con un método sistemático para definir, organizar, implementar y evaluar las intervenciones de enfermería, dado el carácter humanístico de la profesión, que se enfoca a potenciar el estado de salud y bienestar del ser humano, en un entorno de respeto a la dignidad, los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad, en el que se promueve la responsabilidad y excelencia profesional, tanto en las actividades autónomas como en las interdependientes.

El paradigma filosófico de enfermería guía y desarrolla la comprensión de enfermería como ciencia, desde un punto de vista epistemológico, que es el eje fundamental para una visión integral de esta disciplina, como se revisó en el capítulo 1.

El arte del cuidado se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permite crear el cuidado.

Aplicación del método enfermero en el HGM

Situación inicial

Ante el cambio paradigmático mundial que inició con el surgimiento de modelos y teorías en enfermería y que a nivel nacional en México se lleva a cabo sobre todo en la academia, con referentes de otros países, se decidió utilizar las estrategias directivas necesarias para implementar en el HGM esta nueva metodología, y avanzar hacia la excelencia en el cuidado, para que la práctica se fundamentara en la evidencia científica y para que en enfermería existiera responsabilidad ética de este nuevo rol ampliado, con modelos eclécticos.

Esta nueva metodología que antes se denominaba PAE y que en la actualidad se denomina “Método de Enfermería” (ME), es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados humanísticos, técnicos y científicos, centrados en sus objetivos, por lo que se tomó la decisión de apegarse a ella para llegar a la excelencia en el cuidado, proporcionando las bases para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en las áreas de asistencia, educación, capacitación y gestión.

El ME es sistemático, porque involucra una serie de acciones que conllevan a la eficiencia, y es dinámico porque se pueden combinar las cinco etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) para conseguir el resultado deseado, y se centra en objetivos de acuerdo con los requerimientos específicos, lo que le permite plantear resultados de la manera más eficiente.

Fase inicial: Compromiso directivo y desarrollo de la idea

La subdirección de enfermería en el 2000 partió de los siguientes preceptos:

- Identificar los principios filosóficos y normativos institucionales, en donde se apreciara con claridad la Misión, la Visión de lo que la práctica de enfermería del hospital debería ser, con el compromiso gerencial para iniciar cambios, a través de una estructura organizacional con objetivos, prioridades, funciones y autoridad bien definidos, que produjeran el efecto en “cascada” hacia todo el personal.
- Elaborar un diagnóstico situacional, que indicara la situación y problemática del momento, y que permitiera trabajar en la planeación para fundamentar la ruptura de paradigmas que en el presente caso, habían permanecido durante varias décadas.

- Hacer un Diagnóstico Estratégico con la herramienta FODA, que permitió apreciar lo que limita la profesionalización del cuidado, con un análisis objetivo de los problemas internos y externos, identificar las fortalezas y debilidades, así como las amenazas y oportunidades del entorno, para responder a un futuro previsible y deseado.
- Realizar el despliegue estratégico para definir las grandes áreas de interés: la gestión del cuidado, la gestión de recursos humanos, la gestión en educación, capacitación e investigación.
- Analizar el Plan Rector y los planes tácticos, con los aspectos más destacados que enmarcan las acciones e incluyen la misión, visión, resultados del análisis estratégico, objetivos y políticas estratégicas y proyectos, así como su congruencia con las políticas de salud.

Segunda fase: Integración de un grupo de trabajo (Planeación 2001)

En esta etapa se designó a un profesional con talento y conocimientos idóneos para integrar un equipo de trabajo, incentivar, capacitar, coordinar los esfuerzos, establecer las posibles alternativas y consecuencias, revisar los recursos disponibles, establecer y mantener relaciones de colaboración entre los miembros de la organización a la cual se le designó como coordinadora de modelos de atención de enfermería (MAE), que estaría en continua interacción con el nivel directivo.

Este grupo de trabajo de alto rendimiento inició el proyecto de trabajo con un estudio de factibilidad dada la heterogeneidad académica del personal y la magnitud del hospital.

A fin de dar sustento científico y metodológico, llevó a cabo el afrontamiento bibliográfico y la selección de la propuesta teórica para planear el modelo operativo, tomando en cuenta las distintas fases por las que se cursa en un proceso de cambio y analizó, con el nivel directivo, cómo avanzar a través de cada una, desde el nivel directivo al operativo, para determinar y poner en práctica las estrategias para el cambio en la nueva metodología del cuidado y controlar las actividades para todo el hospital.

Derivado del análisis de las características de los usuarios y de la propia institución, se llegó a la conclusión de considerar dos sustentos teóricos para la implementación de los MAE:

- El modelo conceptual del autocuidado, de Dorothea E. Orem, compuesto por tres subteorías interrelacionadas que describen: 1) el autocuidado (cómo y por qué se cuidan las personas); 2) el déficit de autocuidado (por qué la enfermería puede ayudar a las personas), y 3) los sistemas de enfermería (qué relaciones deben crearse y mantenerse para que exista la enfermería).
- La teoría de Sor Callista Roy de la Adaptación, que se centra en el concepto de adaptación de la persona y precisa la capacidad del ser humano para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su

vida, su salud o bienestar, para fortalecer sus capacidades y evitar secuelas que repercutan en la calidad de vida.

Tercera fase: Desarrollo del proceso (Implementación 2002)

Una de las primeras acciones fue la capacitación del grupo directivo y del líder, lo que permitió la unificación de criterios para sistematizar el trabajo. Se inició por etapas, así que el Departamento de Gestión del Cuidado, responsable de la organización de 1 795 enfermeras, en un trabajo planeado y de colaboración junto con la coordinación de modelos, organizaron los servicios —como se muestra en el cuadro 4.1— e iniciaron con el servicio de gineco-obstetricia, pues era el grupo más homogéneo en cuanto a su nivel académico; esto favoreció la sensibilización e interés del personal de los demás servicios.

Dada la variedad de referentes académicos y experiencia clínica se buscó homogeneizar el conocimiento del personal operativo en los servicios correspondientes de cada etapa en todos los turnos, para lograr la generalización en todo el hospital. Por otro lado, para dar mayor apoyo al proyecto se asignó el papel de auditor clínico al personal supervisor en todos los turnos, intentando con esto generar un sentido de compromiso pero, sobre todo, de responsabilidad directa a este grupo de trabajo.

En 2004 se realizó una investigación en 29 servicios, cuyo objetivo fue describir la situación del conocimiento y aplicación del ME y qué factores influían en la no aplicación, los resultados obtenidos fueron: que 78% lo conocía y 22% no, del personal que sí lo conocía, sólo 5% lo aplicaba y 95% no lo aplicaba.⁶

En 2006, estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), realizaron una investigación para saber sobre el *Conocimiento de la teoría* de Dorothea E. Orem y método enfermero que aplica el personal de enfermería en los servicios de cirugía general del HGM, y encontraron que de 84 enfermeras 98% conocía las etapas del ME, mientras que de la Teoría de Orem sólo 67% la conocía. El promedio general de conocimiento fue de 79.7%, tanto en la teoría como en dicho método.⁷

Todo esto permitió observar que la evolución no sigue un proceso uniforme y que se requiere cerrar brechas entre la investigación, la teoría y la práctica para reafirmar valores del *ser*, centrado en el cuidado, para entonces establecer el acercamiento cada vez mayor al *deber ser* que deriva del cuidado brindado por la enfermera.

El grupo coordinador de MAE en su Programa de Trabajo 2009-2010,⁸ explica que la implementación de modelos de cuidado, implica sensibilizar y guiar la práctica de la enfermería en el hospital, y ha representado una importante contribución para el desarrollo del personal de los servicios.

Dicha sensibilización se dirige hacia una nueva práctica sistemática que se enfoca en resolver problemas, es la denominada metodología científica, que recibe el nombre de “método (o proceso) enfermero”, ya que es un “método sistemático de brindar cuidados científicos, éticos y humanísticos”, además de promover en el personal de enfermería el análisis crítico de lo que hace y lo ayuda a reflexionar sobre cómo puede mejorarlo.

Cuadro 4.1 Organización de servicios por parte del Departamento de Gestión del Cuidado.

FECHAS	ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4	ETAPA 5	ETAPA 6
2001	Gineco- obstetricia Geriatría Nefrología					
2004		Medicina Interna Cirugía general Hemodiálisis				
2006			Ortopedia Urología Cardiología			
2007/8				Neumología Pediatria Cirugía plástica		
2008/9					Dermatología Oftalmología	
2010/ 2011						Reumatología Endocrinología Hematología Otorrinolaringología Gastroenterología Neurología Infectología Oncología Urgencias Consulta externa

La estrategia adoptada es conceptual y de gestión para el cambio, por lo que se invitó a personal profesional y no profesional de enfermería a aceptar el compromiso con las características de su rol ampliado, con lo que se logró ubicar a la enfermería institucional como ejemplo de liderazgo en la atención de calidad en México, liderazgo que se asume como responsabilidad colectiva de quienes en la actualidad trabajan en el hospital.

El *objetivo general* que se plantea en el programa de trabajo 2009-2010 consiste en: continuar con el establecimiento y consolidación de los MAE y de la aplicación del

método en el HGM, que permita perfeccionar las prácticas cotidianas dirigidas a la atención holística de los pacientes, a través del empleo de un marco conceptual teórico y de los Planes de Cuidados para lograr que este último sea establecido como indicador de la calidad del cuidado de enfermería.

Los objetivos específicos se precisaron de la siguiente forma:

- Identificar los factores relacionados con la estructura, proceso y resultados de la atención que brinda el personal de enfermería, para incidir en los factores que puedan interferir en la implementación de los modelos.
- Homogeneizar el conocimiento teórico y metodológico del personal de enfermería, para favorecer la implementación, desarrollo y evaluación del modelo de atención establecido por cada área de atención.
- Establecer y auditar la implementación de los PLACE como herramienta indispensable para mejorar la aplicación de los modelos de atención.
- Consolidar la aplicación de los modelos de atención en todos los servicios.
- Evaluar la aplicación de los PLACE como indicador de atención.

El grupo coordinador de MAE ante el desarrollo de un modelo de atención basado en el ME, reconoce al personal operativo como dueño del proceso, al ser experto en la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, además de contar con los elementos de juicio crítico, análisis, deducción y conocimiento para implementarlo; esta metodología, al favorecer y mejorar la calidad del cuidado del paciente y su familia, inevitablemente repercute en la mejora de la calidad de los servicios de salud.

Dichos modelos de organización resultan útiles en la práctica clínica, ya que evalúan y auditan la actuación autónoma del personal de enfermería; que se basa en los conocimientos científicos existentes, así como en el empleo de recursos y estándares para la mejora de los cuidados y calidad de enfermería.

El grupo coordinador de modelos, al realizar el diagnóstico situacional para implementar los modelos de atención y determinar la factibilidad de su aplicación, tomó en cuenta los siguientes elementos:

- a) Determinación del usuario;
- b) Determinación del área;
- c) Análisis de las teorías (marcos conceptuales);
- d) Nivel de conocimientos del personal, y
- e) Apoyo de las autoridades.

Cuarta fase: El proceso de evaluación de la aplicación del método de enfermería

Para conocer el alcance de objetivos y metas en esta metodología, la subdirección de enfermería del HGM, planeó con la coordinación de modelos un *Proceso de evaluación de la calidad de la aplicación del ME*, para lo cual se consideró indispensable desarrollar un protocolo de investigación denominado “Validar y confiabilizar un

instrumento para evaluar la aplicación del ME en el HGM”, el cual se diseñó a través de un riguroso proceso de evaluación, asesorado y registrado en la Dirección de Investigación de esta institución, es así que se emitieron los Resultados de la aplicación del instrumento para evaluar la aplicación del ME para la mejora continua del cuidado por el profesional de enfermería en el Hospital General de México.⁹

A partir de la validación del instrumento, el proceso de evaluación se sistematiza y se instrumenta bajo la supervisión y asesoría de la coordinación de MAE de forma semestral y permanente, que utiliza el instrumento elaborado ex profeso, y cuyos resultados son un reflejo de la calidad de los cuidados de enfermería, lo que permite la elaboración de estrategias de mejora del proceso, con la finalidad de que los cuidados brindados por los profesionales de enfermería sean oportunos, eficientes, seguros, éticos y sustentados en la metodología establecida por la comunidad científica de enfermería.

Como ejemplo, cabe citar que en marzo de 2009, una de las evaluaciones se llevó a cabo con una muestra de 222 enfermeras de los diferentes turnos, de un universo de 528 (esto es sólo 29% del total de la plantilla de personal). Participaron 40 evaluadores (supervisores de los cuatro turnos, jefes de enfermeras, personal encargado de servicios y tres integrantes de la coordinación de MAE).

Se seleccionaron los servicios en los que el personal de enfermería aplica las cinco etapas del ME (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) en el cuidado individualizado al paciente.

Para la evaluación se consideró lo siguiente:

1. La observación directa de la aplicación de las cinco etapas del ME durante el cuidado de los pacientes.
2. Interrogatorio al personal evaluado.
3. Reporte diario de supervisión.
4. Distribución diaria enfermera/paciente.
5. Personal de enfermería adscrito al servicio.

Requisitos que deben cumplir los gerentes de enfermería para fungir como aplicadores del instrumento de evaluación:

- a) Poseer las características gerenciales para la evaluación, en la que destaque la objetividad y confiabilidad.
- b) Conocer las cinco etapas del ME.
- c) Conocer la metodología para la evaluación del indicador: aplicación del ME.
- d) Seguir las instrucciones de llenado del instrumento de medición.

Son ellos los gerentes de enfermería quienes informan al personal de enfermería que se llevará a cabo la medición del indicador, a través de la observación e interrogatorio.

Para evitar sesgos en la información, el aplicador necesita:

- Registrar la información obtenida por los dos métodos directamente en las casillas del instrumento.
- Entregar la información en tiempo y forma al responsable.

Cuadro 4.2 Rangos de semaforización para determinar el grado de cumplimiento en cada etapa.

Rango	Semaforización	Cumplimiento
80 a 100%	Verde	Satisfactorio
70 a 79%	Amarillo	Parcial
< 69%	Rojo	No satisfactorio

Se determinaron los rangos de semaforización para determinar el grado de cumplimiento en cada etapa, como se muestra en el cuadro 4.2.

Los indicadores que se desarrollaron para evaluar la aplicación del ME fueron los siguientes:

$$\frac{\text{Número de PLACE elaborados, implementados y evaluados en un mes, que cumple con todos los criterios}}{\text{Total de PLACE elaborados, implementados y evaluados en el mismo lapso}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de formatos de registros clínicos de enfermería acordes con los PLACE concluidos en un periodo de tres meses}}{\text{Total de formatos de registros clínicos de enfermería acorde con los PLACE programados para su elaboración en el mismo periodo}} \times 100$$

En el 2010 el instrumento para la evaluación se modificó, de emplear respuestas dicotómicas “Sí” y “No”, a utilizar la escala tipo Likert para una mayor objetividad en la evaluación.

Secretaría de Salud y la aplicación del método de enfermería

A mediados de 2008 la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Permanente de Enfermería, consideró necesario disponer de una herramienta metodológica con base en el PAE para estructurar planes estandarizados que contribuyeran en la mejora de la calidad del cuidado y seguridad de la persona, familia y comunidad, en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. Precisó sus objetivos como sigue:

Objetivos

- Contar con lineamientos para la estructura, elaboración, implementación y evaluación de planes de cuidados estandarizados de enfermería.
- Identificar el lenguaje disciplinar estandarizado a fin de que exista una comunicación eficaz y eficiente entre los profesionales de enfermería en México.

- Permitir la reflexión crítica en la atención individualizada de los pacientes.

Con metas claras para contar con:

- El lineamiento general para la estructuración de Planes de Cuidados de Enfermería estandarizados.
- El Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería, en su página web.
- Realizar difusión a través de SICalidad y página web de la Comisión Permanente de Enfermería.
- Conformar un grupo interinstitucional que capacite y valide los Planes de cuidados de enfermería.

A fin de lograr que la práctica de enfermería se desarrolle mediante un proceso planeado, sistemático y permanente, sustentado en métodos que apoyen la toma de decisiones encaminada a satisfacer de forma efectiva las expectativas y necesidades de todo aquel que solicite sus servicios, los orientó a desarrollar un programa de capacitación al personal directivo de enfermería de todos los estados y el Distrito Federal, en donde el grupo coordinador de los modelos del HGM no sólo colaboró en la capacitación para homogeneizar la nueva metodología, la que se pretende generalizar en todo el país, sino que también por el destacado desarrollo de la metodología que desarrollaron para la aplicación de los MAE y con ello la aplicación del ME, en el HGM participaron en forma activa e ininterrumpida en el desarrollo del Lineamiento general para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería estandarizados.

Futuro previsible en la aplicación del método de enfermería

Ante este panorama se proyecta lo siguiente:

- Contar con nuevos conocimientos para ejercer, de manera satisfactoria, el cuidado holístico, en donde la sensibilidad de enfermería le permita percibir, sentir e interpretar las expresiones, los sentimientos, las creencias y los valores, para ser congruentes con el lema “Enfermería al cuidado de la vida, la dignidad y la salud del ser humano”.
- La sistematización del cuidado de enfermería como estrategias de mejora continua en la calidad y seguridad en la atención de los pacientes, en el HGM, pero también en los diferentes ámbitos de acción de la enfermera en el nivel nacional.
- La proyección del desarrollo de la ciencia de enfermería a través de teorías desarrolladas en México para describir, explicar o predecir un fenómeno en el que el profesional de enfermería desarrolle las habilidades prescriptivas y acciones apropiadas, de acuerdo con la cultura y con la población.
- Que el impacto de la implementación estandarizada de la nueva metodología sea testimonio del coste-beneficio que los cuidados de enfermería tienen en la recuperación de la salud del paciente y familia, así como para el mejoramiento conti-

nuo de la calidad de los servicios de salud, contemplado dentro del Sistema de Salud.

- Un avance disciplinario de relevancia, con una mayor masa crítica de profesionales interesadas en la investigación, con nivel de doctorado y posdoctorado, pero con una mayor integración interdisciplinar e interprofesional, con un lenguaje cohesivo y común, para una aplicación de alto impacto del conocimiento procedente de la investigación de enfermería.
- Usar el conocimiento innovador para evaluarlo desde un punto de vista asistencial crítico; así como por otros en el que se amplíe el espectro investigativo a otras líneas o temáticas, lo que propiciará una enfermería integradora dentro del mundo global asistencial, académico y científico/humanista.

Referencias

1. **Cárdenas Becerril L.** *La profesionalización de la Enfermería en México*. Ediciones Pomares, Barcelona. 2005.
2. **Tolstoi LN.** *¿Qué es el arte?* Lecturalia. Red Social de Literatura, comunidad de lecturas y comentarios de libro www.groppelibros.com.mx
<http://www.ciudadseva.com/textos/teoria/opin/tolstoi1.htm>
3. **Grupo de Cuidado.** *El arte y la ciencia del Cuidado*, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. 1a. ed. Bogotá, Colombia. 2002.
4. **McWhriter J.** *El DBM y lo que aporta a este campo*. SCT- Systemic Consultancy and Training. <http://www.sctsystemic.com/masallpnldbm.htm>
5. **Hernández Conesa J.** *Fundamentos de la Enfermería, Teoría y Método*. Madrid. España, Editorial Interamericana McGraw-Hill. 1999.
6. **Castro SE.** Conocimiento y aplicación del método enfermero en el Hospital General de México.
7. **GRUPO UAEM.** Investigación del Conocimiento de la Teoría de Dorothea E. Orem y Método Enfermero del personal de Enfermería de los Servicios de Cirugía General del Hospital General de México, O.D. p. 103. 2006.
8. Coordinación de Modelos de Atención, Programa de Trabajo 2009-2010, pp. 3.
9. **Téllez OSE.** *et al.*

Lecturas recomendadas

- Kérrouac S.** *El pensamiento enfermero*. España: Ed. Masson. 1996.
- Luis Rodrigo MT.** *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI*. Ed. Masson. 3a. ed. Barcelona, España. 2005.
- Marriner Tomey A, Raile Alligood M.** *Modelos y teorías de enfermería*, 4a. ed. Madrid: Harcourt. 2000.

Método de enfermería: contribución de la enfermería en las estrategias nacionales de salud

María Elena Galindo Becerra 

Durante las últimas décadas los sistemas de atención a la salud en México han hecho grandes esfuerzos por incorporar la calidad en la atención a los pacientes, sin embargo, este intento se ha visto afectado por múltiples factores que se encuentran dentro de la organización.

Los primeros pasos se dieron en 1956 cuando en el Hospital General de la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se inició la evaluación y análisis del expediente clínico. En 1957 se conformó una Comisión de Supervisión Médica del IMSS y en 1959 se integró la auditoría médica.¹ En la década de 1980-1989 se diseñó e implementó un procedimiento para la Evaluación Integral de las Unidades Médicas, mismo que fue retomado para conformar un documento normativo que sirviera de base para un modelo de evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud.² El IMSS inició diferentes programas de evaluación de la calidad de la atención mismos que lo convirtieron en la institución pionera, principalmente en los sistemas de auditorías.³

A partir del decenio de 1990-1999, se realizaron grandes esfuerzos en diferentes instituciones de salud a nivel nacional para incorporar estrategias dirigidas a mejorar la calidad de la atención, por ejemplo, continuaban las evaluaciones del expediente clínico, círculos de calidad, programas de capacitación para directivos y operativos de enfermería con temas de calidad, garantía de la calidad y calidad total, planeación estratégica, reingeniería de procesos, entre otros. También se dio inicio a evaluaciones externas y autoevaluaciones de unidades médicas, con la finalidad de obtener la acreditación, se implementaron encuestas de satisfacción de los clientes, usuarios o pacientes relacionada con los servicios recibidos.

Destacadas enfermeras del IMSS y de otras instituciones formaban parte fundamental de estos grupos de trabajo que diseñaron e implementaron nuevas estrategias,

lo que dio paso a la incorporación de una cultura de calidad dentro de las instituciones de salud.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 contempló un segundo reto derivado de la heterogeneidad en los niveles que las distintas unidades de atención ofrecen a los ciudadanos, cuyo esfuerzo debía responder de manera adecuada a las expectativas de los pacientes mediante servicios de salud efectivos que ofrece en un marco de respeto a la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. A fin de definir las estrategias de calidad se realizó un diagnóstico basal, mismo que resaltó que los problemas incluían al sector público y privado; no sorprendió que el usuario de los servicios de salud mostrara insatisfacción con la calidad de los servicios.

“El camino a seguir” del Programa Nacional de Salud está integrado por cinco objetivos, los cuales se concretan con 10 estrategias, cada una con sus respectivas líneas de acción. La estrategia número cuatro está encaminada a “Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud” en donde la calidad debía entenderse como el grado en que los servicios mejoran la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes.

La Cruzada Nacional por los Servicios de Salud se apoya en el marco aportado por el doctor Avedis Donabedian, uno de los principales expertos en la materia, quien propone dos dimensiones a la calidad: atención técnica y el manejo interpersonal.

La primera busca alcanzar los mayores beneficios con los menores riesgos a la aplicación del conocimiento de cada una de las disciplinas que coadyuvan a la resolución de los problemas de salud; la dimensión interpersonal se refiere a la interacción que se da entre el profesional de la salud y el paciente al momento de proporcionar la atención. Ambas dimensiones son inseparables y ocurren de manera simultánea cada vez que una persona entra en contacto con los servicios de salud. Para alcanzar lo anterior la Cruzada propuso: a) mejorar la calidad de los servicios de salud al abatir las desigualdades entre entidades, instituciones y niveles de atención; b) garantizar un trato digno a los usuarios, proporcionándoles información completa y atención oportuna, y c) ofrecer mayores oportunidades de realización profesional a los médicos, enfermeras y todos aquellos trabajadores de la salud que participan en los procesos de atención.

Las líneas de acción que permitirían desplegar la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud fueron:

1. Definir códigos de ética para los profesionales de la salud.
2. Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos.
3. Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias.
4. Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño.
5. Desarrollar un sistema de información por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores.
6. Promover el uso de guías clínicas.
7. Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud.
8. Reforzar el arbitraje médico.⁴

La Cruzada fue propuesta con una imagen visual con gran poder de representar el futuro deseado para los servicios de salud, imagen compuesta por sonrisas que representan con tanta claridad la expresión de satisfacción, y el gesto del trato amable, tradujo las dimensiones de la calidad en trato digno y atención médica efectiva en el acrónimo nemotécnico “SONRIA”.

“SONRIA” corresponde a la **S**eguridad que significa para el enfermo estar en manos del personal de la salud; **O**portunidad con la que se atienden las necesidades del paciente; **N**ecesidades satisfechas; **R**espeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona; **I**nformación completa, veraz, oportuna, entendida por el paciente y **A**mbilidad con la que se proporciona la atención.

Incluye las dimensiones fundamentales de la calidad que corresponden a la **calidad interpersonal**, entendida como trato digno, cuyas características son: respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona, información completa, veraz, oportuna y entendida por los pacientes, interés manifiesto por las personas y amabilidad. Asimismo, se considera la **calidad técnica** cuyas características son: resultados, indicadores y atención médica efectiva.⁵

A fin de lograr lo anterior, destacan como imperativos la eficiencia, competencia y calidad profesional de los recursos humanos de la salud, responsables directos de otorgar y administrar los servicios, motivo por el cual y dada la importancia de esto, se hacía necesario identificar la problemática inherente de los profesionales de enfermería, así como generar un plan de acción tendente a dar respuesta a los retos prioritarios del Programa Nacional de Salud 2001-2006.

La maestra Graciela Arroyo de Cordero, que se había integrado a la Secretaría de Salud en la administración anterior, formó un pequeño grupo de enfermeras y con su equipo elaboró el diagnóstico situacional sobre las debilidades y fortalezas de enfermería nacionales, mismo que fue presentado al grupo de transición que se integraría en la administración 2001-2006. Fue invitada por el doctor Enrique Ruelas Barajas, subsecretario de Innovación y Calidad, como asesora de enfermería y coordinadora general de la Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE) sin estructura organizacional pero con dependencia directa de esa subsecretaría, sin embargo, dada la necesidad de contar con una representación de enfermería nacional dentro de la Secretaría de Salud, el director general de Calidad y Educación en Salud, doctor Miguel B. Romero Téllez inició la gestión para incorporar dentro de la dirección la estructura de la Dirección de Enfermería.

La CIE fue conformada por representantes de enfermería de las instituciones del sector salud: IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Armada de México, Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos, además de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y Junta de Asistencia Privada; reconociendo que la situación de enfermería también debía ser analizada a través de la óptica del sector educativo y de las asociaciones gremiales invitó a representantes de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional, Colegio Nacional de En-

fermeras, A.C., Federación de Religiosas Enfermeras Mexicanas, A.C., Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A.C., Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, Confederación Nacional de Enfermería Mexicana, A.C., Instituto de Estudios Sindicales y de la Seguridad Social, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y Escuela de Enfermería de la Universidad Panamericana.

Para el 2001 la CIE elaboró y presentó el “Plan Rector de Enfermería”, que incluyó misión, visión, resultado del análisis estratégico, y el propio plan rector con sus objetivos, estrategias y políticas de acción, factores críticos de éxito y los proyectos a desarrollar que fueron:

- Código de ética.
- Evaluación sistematizada de los servicios de enfermería.
- Perfiles profesionales.
- Profesiogramas.
- Suficiencia del recurso humano.
- Estructura organizacional.
- Servicio civil de carrera.
- Satisfacción del profesional.
- Satisfacción del usuario.
- Certificación profesional.
- Sistema de información administrativa de recursos humanos en enfermería (SIARHE).
- Lineamientos para regular la apertura y funcionamiento de instituciones educativas de enfermería.
- Vinculación docencia-servicio.
- Certificación de programas e instituciones educativas de enfermería.

Estos tres últimos serían trabajados en coordinación con la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS).⁶

Al mismo tiempo la CIE retomó y concluyó una iniciativa asumida por el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería (COMLE) titulada “Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México”, como un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional exigiendo excelencia en los estándares de la práctica y el mantenimiento de una estrecha relación con la ley del ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas.⁷

En 2003 publicó el documento “Modernización de la estructura de enfermería en las unidades hospitalarias” que sirvió como modelo de organización en enfermería para hacer más efectiva la gestión de los servicios en la responsabilidad del cuidado de la salud y en el ejercicio de su liderazgo para la toma de decisiones inherentes a la atención de los usuarios. Este documento presenta una propuesta de modificación de la estructura organizacional en enfermería y las funciones de competencia de cada uno de los niveles jerárquicos que se incluyen (figura 5-1a, b).⁸



Figura 5.1 Portadas de a) “Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México”; b) “Modernización de la estructura en enfermería en las unidades hospitalarias”.

En este mismo año se elaboró y publicó la “Guía técnica para la dotación de recursos humanos en enfermería”, que es una guía para que las instituciones hospitalarias cuenten con lineamientos que permitan determinar los recursos humanos en enfermería, así como los procedimientos mediante los cuales se facilite y asegure que la dotación de los mismos se calculen con base en criterios previamente determinados, tales como la complejidad del cuidado, el grado de preparación académica del personal de enfermería, condiciones de infraestructura física y tecnológica, estructura organizacional de enfermería, nivel de atención y operación del establecimiento.⁹

La CIE en su carácter propositivo definió como prioridad el desarrollo de un proyecto de evaluación sistematizada que permitiera al personal de enfermería cumplir con las siguientes metas: mejorar la calidad técnica e interpersonal, incorporar la cultura de la medición de la calidad, avanzar en la estandarización y unificar criterios para la supervisión operativa del cuidado de enfermería. En una primera etapa se seleccionaron tres indicadores de importancia para el control de riesgos y daños innecesarios al usuario de los servicios, además de ser de los más frecuentes en la práctica diaria y de responsabilidad directa de enfermería:

- Cumplimiento de criterios básicos para la ministración de medicamentos.
- Vigilancia y control de venoclisis instalada.
- Trato digno.

Tales indicadores fueron incluidos en el documento titulado “Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. 3 Indicadores”,¹⁰ e integrados en 2004 al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), herramienta que permitía incorporar los resultados en forma graficada y semaforizada, consultarlos a nivel nacional, estatal, por institución del sector público o privado y por unidad médica, con lo que era posible hacer seguimiento del porcentaje de cumplimiento de cada uno de los indicadores evaluados. La CIE define a la Calidad de los Servicios de Enfermería como la “Atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios”.¹¹

En 2003 se logró la estructura de la Dirección de Enfermería dependiente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud como figura representativa nacional.

En 2004 se publicó el “Lineamiento para la mejora continua de los servicios de enfermería” para que el personal de enfermería contara con los elementos técnico-administrativos que le permitieran identificar áreas de oportunidad para estructurar programas de mejora continua con acciones preventivas y correctivas tendentes a lograr la calidad de los servicios otorgados. En el lineamiento se establece que enfermería entienda la “Mejora continua” de la siguiente manera:

“Proceso que permite a los directivos y personal operativo, ejercer acciones de cambio encaminadas a lograr que las intervenciones, servicios o productos de la actividad profesional sean consistentes con los estándares de calidad. Dicho proceso está constituido por una serie de etapas y actividades que se complementan entre sí. Es considerado como una nueva forma de trabajo en la que se involucran y comprometen todos los trabajadores que integran la organización, a fin de lograr la satisfacción de los usuarios por el trato recibido, y de los prestadores del servicio por la calidad técnica de su actividad profesional” (figura 5-1c, d).¹²

Ante la necesidad de que el área de enfermería contara con perfiles que delimitaran las funciones, acciones y responsabilidades que cada quien debe asumir y que motiven el desarrollo del potencial del personal de enfermería, la CIE propone un perfil académico profesional que lo define como “La conjunción del nivel del dominio disciplinar, resultado de una formación académica y del grado de competencia para el ejercicio laboral, traducido en una categorización de funciones, intervenciones y acciones que puede y debe realizar el personal de enfermería”. Lo anterior queda plasmado en el documento publicado en 2005 denominado “Perfiles de enfermería” (figura 5-2a).¹³

En ese mismo año se trabajó y publicó el “Modelo de atención de enfermería obstétrica” (figura 5-2b) que tiene como propósito aprovechar el potencial del personal de enfermería, en especial del licenciado en enfermería y obstetricia y del especialista en enfermería perinatal. Esto a fin de extender la cobertura de atención profesional a la mujer gestante, mejorar la calidad de la atención y de esta manera contribuir a resolver los problemas de morbilidad y mortalidad materna en México, sobre todo en las regiones con mayor incidencia de defunciones maternas. Este modelo de atención



Figura 5.1 Portadas de c) “Guía técnica para la dotación de recursos humanos en enfermería” y d) “Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería”.



Figura 5.2 Portadas de a) “Perfiles de enfermería”; b) “Modelo de atención de enfermería obstétrica”.

está a disposición de las instituciones de salud y educativas con la finalidad de que sirva de directriz para la práctica y la formación de los profesionales de la enfermería obstétrica.¹⁴

Es importante destacar que en la década de 1990-1999 los efectos indeseables derivados de la atención a los pacientes y el índice de eventos adversos iban en aumento dentro de las instituciones de salud, tomando dimensiones epidémicas y fue en 1999 que el Instituto de Medicina en Estados Unidos de América (EUA) publicó una de las investigaciones realizadas por Australia, EUA y Gran Bretaña titulada: *To err is human: building a safer health system (Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro)* en donde se estimó que en EUA fallecían anualmente entre 44 000 y 98 000 estadounidenses por errores prevenibles en la práctica médica, cifras mayores que por muertes a causa de SIDA, cáncer de mama o accidentes automovilísticos.¹⁵

Debido a que el problema tomaba dimensiones casi epidémicas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 55a. Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 2002, aprobó una resolución sobre el tema en la que instaba a los Estados miembros a prestar “la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente” y a establecer y consolidar “sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología”. En dicha resolución se pedía a la OMS que tomara la iniciativa para definir normas y patrones mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los Estados miembros para concebir y poner en práctica normas de actuación en la materia, por lo que en 2004 se lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad Clínica del Paciente, con la finalidad de reducir las enfermedades, lesiones y muertes de pacientes al recibir la atención médica. Las acciones planteadas fueron:

- Abordar el problema de las infecciones asociadas con la atención de salud en una campaña denominada “Atención higiénica es atención más segura”.
- Formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos. Identificar y divulgar las “mejores prácticas”.
- Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos.
- Lograr la participación plena de pacientes y familiares en la labor de la alianza.^{16, 17}

Por lo anterior las instituciones de salud internacionales empezaron a preocuparse por la creación de una cultura de calidad y seguridad del paciente, la implementación de prácticas seguras y el interés por capacitar al factor humano para que existieran medidas preventivas para evitar los errores que suceden a diario en las instituciones de salud.

En México la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud diseñó e impartió varios cursos taller sobre “Seguridad del paciente” dirigidos al personal médico y paramédico de hospitales, principalmente de la propia Secretaría, preparando instructores con la finalidad de difundir dicha información nacionalmente,

al mismo tiempo iniciaron publicaciones trimestrales dentro de las cuales se encuentran 10 importantes acciones de seguridad del paciente dirigidas al:¹⁸

1. Manejo de medicamentos (cinco correctos).
2. Identificación del paciente.
3. Comunicación clara.
4. Uso de protocolos y/o guías diagnósticas.
5. Cirugías y procedimientos (cuatro correctos).
6. Caídas de pacientes.
7. Infecciones nosocomiales.
8. Factores humanos.
9. Clima de seguridad.
10. Haga corresponsable al paciente.

También se diseñó una plataforma informática sobre un “Sistema nacional de registro y aprendizaje de eventos centinela” en el cual los prestadores de servicio de salud podían ingresar en forma anónima a los eventos adversos, cuasi fallas o eventos centinela, con la finalidad de detectar los puntos vulnerables del sistema de salud, aprender de ellos y establecer estrategias de prevención.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico emite varias publicaciones en las que la CIE tuvo una importante participación entre las que se encuentran:

- a) Recomendaciones para mejorar la atención de enfermería.
- b) Recomendaciones específicas para enfermería sobre el proceso de terapia endovenosa.
- c) Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización.
- d) Carta de los derechos generales de las pacientes y los pacientes.¹⁹
- e) Recomendaciones para enfermería en la administración de medicamentos.
- f) Recomendaciones para enfermería en el cuidado del paciente hipertenso hospitalizado.
- g) Recomendaciones para enfermería en el cuidado del paciente con pie diabético.²⁰

Para el 2006 la CIE publicó otro documento denominado “Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente”, mismo que abordaba los siguientes temas (figura 5-2c):

- Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada.
- Prevención de caídas en pacientes hospitalizados.
- Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

Con el propósito de que fueran evaluados y diseñar estrategias para evitar riesgos y daños innecesarios al paciente, contribuir en la disminución de los procesos infecciosos durante la estancia hospitalaria de los pacientes, reducir costos en la atención, mejorar la seguridad de los profesionales y de la institución, pero más importante



Figura 5.2 Portada de c) “Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente”.

aún, fortalecer la seguridad de los pacientes; estos indicadores también fueron incorporados al sistema INDICA.²¹

Se iniciaron importantes trabajos para mejorar la calidad de los servicios de enfermería que impactaría en la seguridad de los pacientes, como es el caso del Instituto Nacional de Cardiología, en el que un grupo de profesionales de enfermería publicaron en 2006 un *Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería: estrategias para su aplicación* e incorporaron 10 indicadores para la evaluación de los cuidados de enfermería con un enfoque en la prevención de eventos adversos, un sustento teórico y normativo, una metodología que permite el análisis y facilita la detección de puntos críticos.²²

El Programa Nacional de Salud 2007- 2012 refiere que los sistemas de salud deben ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes, además de responder de manera adecuada a las expectativas de los usuarios, con una enorme atención en la seguridad de los pacientes, como lo establece el objetivo 3: “Prestar servicios de salud con calidad y seguridad” y la estrategia 3 de “Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”, contando con la prestación de servicios efectivos, seguros y eficientes a través de un sistema sectorial de calidad que incorpore la medicina basada en evidencia, el modelo de calidad total, la difusión de buenas prácticas y la orientación de los servicios hacia el usuario, vinculando los esfuerzos para la mejora de la calidad percibida. La estrategia 3 cuenta con ocho líneas de acción a desarrollar, como se muestra en el cuadro 5.1.

Cuadro 5.1 Estrategia 3. Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.²³

Líneas de acción
3.1 Implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el Sistema Nacional de Salud.
3.2 Incorporar programas de calidad en la formación académica de técnicos y profesionales de la salud.
3.3 Impulsar la utilización de las guías de práctica clínica y protocolos de atención médica.
3.4 Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas.
3.5 Proteger los derechos de los pacientes mediante el arbitraje y la conciliación.
3.6 Diseñar e instrumentar una Política Nacional de Medicamentos que promueva el desarrollo de modelos para el suministro eficiente y oportuno de medicamentos e insumos para la salud.
3.7 Fortalecer la vinculación de la bioética con la atención médica.
3.8 Actualizar el marco jurídico en materia de servicios de atención médica.

La CIE quedó oficialmente instalada en el Acuerdo de Creación de 2007, donde cambió su nombre por “Comisión Permanente de Enfermería” conformado por representantes de enfermería de instituciones que conforman el sector salud, instituciones del Sistema Nacional de Salud, públicas y privadas, instituciones educativas, asociaciones gremiales y coordinaciones estatales, y quedó como un cuerpo colegiado asesor de la Secretaría de Salud, la cual tiene por objeto conducir y analizar las acciones y actividades que se emprendan en materia de enfermería, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, desarrollo y superación del personal de enfermería.²⁴

A fin de dar respuesta al compromiso de integrar la calidad y seguridad en los servicios que se otorgan en el Sistema de Salud, el 27 de diciembre de 2007 se creó el Comité Nacional por la Calidad en Salud como un órgano asesor de la Secretaría de Salud, cuyo objetivo era unificar los criterios para la aplicación de las políticas en materia de calidad y seguridad en la atención a los pacientes, coordinar acciones en el Sistema Nacional de Salud enfocadas a mejorar la calidad en la atención a la salud, difundir la medicina basada en la evidencia, formular recomendaciones, así como efectuar el seguimiento de los indicadores sustantivos de calidad técnica y calidad percibida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Está incorporado en el programa sectorial de salud,²⁵ del cual forma parte la CPE.

El Comité Nacional por la Calidad en Salud elaboró un programa estratégico integral denominado Sistema Integral de Calidad (SICalidad), cuyas acciones y programas se conformaron desde la perspectiva de la calidad percibida, la calidad técnica, seguridad del paciente y la institucionalización de la calidad. Su objetivo, proyectos e indicadores forman parte de los compromisos a favor de la calidad de las organizaciones y servicios que prestan atención y cuidado a la salud en México. También busca

convertirse en una estrategia nacional que “Sitúe la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”.²⁶

La CPE bajo la coordinación general de la Dirección de Enfermería da continuidad a los proyectos de Calidad y Seguridad en coordinación con la estrategia de SICalidad del “Programa de acción específico 2007-2012”.

Después del lanzamiento de la campaña “Está en tus manos” realizado por el doctor José Ángel Córdova Villalobos,²⁷ la CPE realizó una difusión intensiva a nivel nacional en donde se promovió la higiene de las manos en todas las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de disminuir las infecciones intrahospitalarias. La práctica de la adecuada higiene de las manos fue una medida impulsada por la OMS y que fue asumida por México el 21 de septiembre de 2007 al firmar la Declaratoria Conjunta del Primer Reto de la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes “Una atención limpia es una atención segura”. La CPE llevó a cabo la difusión y la capacitación de la higiene de las manos a través del lavado de manos o de la antisepsia incluidas en las directrices de la OMS basadas en una estrategia multimodal que contiene un conjunto de acciones que pueden llevarse en secuencia lógica en “Cinco momentos clave de la higiene de las manos”.²⁸

El segundo reto que impulsó la OMS fue lanzado en México el 9 de diciembre de 2009: la campaña “Cirugía segura salva vidas”, donde la participación de la CPE es muy activa, pues forma parte de la revisión de la lista de verificación propuesta por la OMS para ser adaptada al contexto mexicano, misma que representa una herramienta para prevenir los eventos adversos con los procedimientos quirúrgicos. Nacionalmente se oficializó la participación de México a través de la carta de adhesión a la campaña sectorial, cuyo compromiso de las directivas de enfermería fue el de participar activamente en el proceso de difusión, sobre todo entre el personal involucrado en dichos procesos, así como en el llenado correcto y la aplicación de la lista de verificación (antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión de la piel y antes de que el paciente salga de quirófano); también en el apoyo y participación de la evaluación sobre el seguimiento de la campaña sectorial “Cirugía segura salva vidas” establecida por SICalidad.²⁹

La valoración del riesgo es una de las medidas que pueden prever los eventos adversos, como es el caso de las caídas que poco a poco se están convirtiendo en un grave problema de salud por las lesiones que producen —como la tan temida fractura de cadera— y por las complicaciones que frecuentemente se presentan, motivo por el que la CPE elabora y difunde el “Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados”, con el que podrán en forma más objetiva identificar los riesgos y evitar las caídas de los pacientes, utilizando una escala de valoración de riesgo de caídas del paciente hospitalizado y las acciones conducentes para su manejo (figura 5-3a).³⁰

Dada la magnitud y trascendencia de las úlceras por presión, se les considera también un problema de salud pública. La CPE se encuentra elaborando el “Protocolo para la prevención y manejo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados”, en el que se establecen los lineamientos generales y específicos de enfermería para la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las úlceras por presión con base en la evidencia científica. En este protocolo se incluye la escala de Braden modificada



Figura 5.3 Portada de a) “Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados”.

para la población mexicana, con la que se identifica el grado de riesgo de los pacientes hospitalizados para desarrollar úlceras por presión y, con base en ello, establecer el plan de atención correspondiente para reducir o eliminar los factores de riesgo.

La tercera campaña sectorial lanzada el 23 de junio de 2011 fue denominada “Bacteriemia cero”, y uno de sus objetivos principales es la implementación de medidas para la reducción drástica de la infección relacionada con catéteres; en apoyo a esta campaña la CPE elaboró el “Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente”. También se está trabajando en la creación e implementación nacional de clínicas de catéteres cuya finalidad es:

- a) Estandarizar y monitorear el cuidado de los pacientes con terapia de infusión intravenosa.
- b) Reducir las complicaciones clínicas y el impacto en la morbilidad/mortalidad de los pacientes con terapia de infusión intravenosa.
- c) Mejorar la práctica clínica de los cuidados de enfermería.

Otro documento que —al tiempo de escribir estas líneas— junto con los dos anteriores está a punto de difundirse nacionalmente como una herramienta importante para fortalecer las medidas de seguridad de los pacientes por los profesionales de enfermería es “Lineamientos y acciones para la identificación correcta de pacientes hospitalizados” cuyos objetivos son:

- Emitir las medidas de seguridad para la correcta identificación de los pacientes atendidos en los diferentes servicios de las instituciones de salud.
- Establecer un sistema homogéneo que coadyuve a normalizar la información contenida en dispositivos de seguridad para la identificación de pacientes.
- Estandarizar los métodos para la identificación correcta del paciente en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud, en respuesta a la propuesta emanada de la OMS.

Dentro de la perspectiva de la calidad técnica-seguridad de los pacientes del programa estratégico de SICalidad se encuentra la línea de acción # 9, denominada “Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)”, en donde la CPE retoma este proyecto como una prioridad debido a la gran diversidad en los sistemas de trabajo, con lo que se hace necesario establecer un método con criterios unificados y homogéneos encaminados a mejorar la calidad de la atención y seguridad de los pacientes. Para lograr tal fin se constituye un grupo de trabajo con representantes de enfermería de diferentes entidades federativas de instituciones de salud, educativas y de organización profesional, quienes propusieron criterios y metodología con un objetivo principal:

“Fortalecer la cultura de calidad en los servicios de enfermería de los establecimientos de salud y la estandarización de los cuidados de enfermería, mediante la aplicación de procesos de atención en enfermería o planes de cuidados”.

Además, incluye tres objetivos específicos:

1. Identificar las mejores prácticas en la atención de pacientes para promover su generalización en el ámbito interinstitucional y nacional.
2. Compartir hallazgos de experiencias exitosas sobre la aplicación de planes de atención de enfermería en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud, destinados a mejorar la calidad de la atención de enfermería.
3. Promover la implementación de planes de atención de enfermería en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de estandarizar los cuidados de enfermería.

Después de varias sesiones el grupo de trabajo decidió diseñar el “Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería” (figura 5-3b), en el cual se incorporó el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como herramienta metodológica, que permite otorgar los cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada, con sus etapas de valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación, cuyos pasos sucesivos que se relacionan entre sí alcanzan el objetivo principal de constituir una estructura capaz de cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales, y la incorporación de sistemas estandarizados de lenguaje y diagnósticos propios incluyendo las taxonomías *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, por sus siglas en inglés), *Nursing Interventions Classification* (NIC, por sus siglas en inglés) y *Nursing Outcomes Classification* (NOC, por sus siglas en inglés), que contienen criterios de resultado sensibles a la práctica de enfermería con indicadores específicos.

El objetivo general del lineamiento es: disponer de una **herramienta metodológica** con base en el PAE que permita estructurar planes de cuidados de enfermería es-



Figura 5.3 Portada de b) “Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados en enfermería”.

tandarizados que contribuyan en la mejora de la calidad del cuidado y seguridad de la persona, familia y comunidad, en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

Los objetivos específicos son:

- Contar con un lineamiento para la estructura, elaboración, implementación y evaluación de planes de cuidados de enfermería.
- Identificar el lenguaje disciplinar estandarizado a fin de que exista una comunicación eficaz y eficiente entre profesionales de enfermería en México.
- Permitir la reflexión crítica en la atención individualizada de los pacientes.
- Homologar los criterios para la construcción de planes de cuidados de enfermería con base en el PAE y con la aplicación de las taxonomías NANDA, NIC y NOC.
- Conformar un catálogo de planes de cuidados de enfermería para su difusión en el Sistema Nacional de Salud.

En el lineamiento también se incluye paso a paso la metodología propuesta para la elaboración del Plan de Cuidados de Enfermería, además de una propuesta de evaluación de la estructura e implementación, así como recomendaciones generales para la construcción, desarrollo, implementación y evaluación de los mismos.³¹

Se dio inicio a la difusión a nivel nacional del Lineamiento General de planes de cuidados de enfermería, además de una serie de talleres para la elaboración de los

mismos, con lo que fue integrándose el “Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería”, retomando el concepto de Griffith-Kenney y Christensen:

“Instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”. Se emitió del primer tomo un catálogo con 25 planes estandarizados que retoman el concepto de Mayers “Protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.³²

Los planes estandarizados de cuidados de enfermería se constituyen en un instrumento técnico normativo que permite a los profesionales de enfermería en México, documentar y comunicar la situación del paciente y la evaluación de los cuidados, ambos documentos constituyen el resultado de un trabajo intersectorial que ayudará a homogeneizar la práctica de la enfermería en las instituciones de salud, con el propósito de conformar un ejercicio profesional de mayor capacidad que integre las mejores prácticas documentadas con las experiencias de enfermeros y enfermeras en su desempeño clínico, con lo que se convirtió en una herramienta accesible y de fácil aplicación que permitirá brindar un cuidado individualizado.

Las enfermeras y enfermeros de México cuentan ahora con un instrumento de referencia para la elaboración e implementación de planes de cuidados de enfermería que les permitirán encauzar sus propuestas a las necesidades particulares de sus instituciones, generando intervenciones en enfermería cada vez más seguras y de mejor calidad para los pacientes.

Referencias

1. **Aguirre GH.** “Evaluación de la Calidad de la calidad de la Atención Médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas”. *Salud Pública de México*. vol. 32(2):170-180. 1990.
2. **Aguirre GH.** “Calidad de la Atención Médica”. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. 1993.
3. **Ruelas E, Vidal PL.** “Unidades de garantía de la calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica”. *Salud Pública de México*, 32(2):25-231. 1990.
4. **Secretaría de Salud.** *Programa Nacional de Salud*. Primera edición 2001. 52-56 pp., 73-82, 109-115. 2001.
5. **Secretaría de Salud.** *Ecoss de Calidad. Revista de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud No. 1*. Subsecretaría de Innovación y Calidad. 2005.
6. **Secretaría de Salud.** Comisión Interinstitucional de Enfermería. *Plan Rector de Enfermería*. México. 2001. p. 14.
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/

- index.php?option=com_remository&Itemid=90&func=select&id=35 Consultado 15 de julio de 2011.
7. **Secretaría de Salud.** Subsecretaría de Innovación y Calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México. 2001. p. 27.
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_remository&Itemid=90&func=select&id=35 Consultado 15 de julio de 2011.
8. **Secretaría de Salud.** Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Modernización de la Estructura de Enfermería en las Unidades Hospitalarias. México. 2003. 29 http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_remository&Itemid=90&func=select&id=35 Consultado 15 de julio de 2011.
9. **Secretaría de Salud.** Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Guía técnica para la dotación de recursos humanos en enfermería. México. 2003. p. 25.
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_remository&Itemid=90&func=select&id=35 Consultado 15 de julio de 2011.
10. **Secretaría de Salud.** Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería 3 Indicadores. 2003.
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_remository&Itemid=90&func=select&id=35.
11. **Secretaría de Salud.** Dirección General de Calidad y Educación en Salud, INDICAS Sistema Nacional de Indicadores de Salud. Indicadores de calidad por enfermería. <http://dgc.es.salud.gob.mx/enfermeria/index.php> Consultado 15 de julio de 2011.
12. **Secretaría de Salud.** Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. *Lineamiento para la mejora continua de los servicios de Enfermería*. México 2004.
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_remository&Itemid=90&func=select&id=35 Consultado 15 de julio de 2011.
13. **Secretaría de Salud.** Subsecretaría de Innovación y Calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Perfiles de enfermería. México 2005. pp. 20.
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_remository&Itemid=90&func=select&id=35 Consultado 15 de julio de 2011.
14. **Secretaría de Salud.** Subsecretaría de Innovación y Calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Modelo de atención de enfermería obstétrica. México 2005. p. 40.
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_remository&Itemid=90&func=select&id=35 Consultado 15 de julio de 2011.
15. **Ruelas BE.** “El error médico y la seguridad del paciente”. Décimo simposium CONAMED. *Revista Conamed* vol. 11, No. 4 oct-dic, 2005.
16. **El Boletín Informativo de la Organización Panamericana de la Salud.** Por la Seguridad de los Pacientes.
http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm Consultado 18 de julio de 2011.
17. **Comunicado de Prensa Organización Mundial de la Salud.** 27 de octubre de 2004 | Ginebra/Washington.
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr76/es/> Consultado 18 de julio de 2011.
18. **Seguridad del paciente.** 10 acciones de Seguridad del paciente. No 1. Sep. 2005 Subsecretaría de Innovación y Calidad. Secretaría de Salud.
http://www.conamed.gob.mx/interiores_2010.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/&destino=recomendaciones.phpb. Consultado 15 de julio de 2011.
<http://conamed.gob.mx/prensa/pdf/recomendaciones.pdf> Consultado 1 de agosto de 2011.
19. **Secretaría de Salud.** Subsecretaría de Innovación y Calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente. México 2006. p. 54.
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_remository&Itemid=90&func=select&id=35 Consultado 15 de julio de 2011.
20. **Ortega, Suárez, et al.** *Manual de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Estrategias para su aplicación*. Ed. Panamericana, 2a. ed. México, pp. 195. 2009.
21. **Programa Nacional de Salud 2007-2012.** Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud. México. 1a. ed. pp. 84, 102-106.
22. **Secretaría de Salud.** Acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería. Diario Oficial, jueves 25 de enero de 2007.

23. **Subsecretaría de Innovación y Calidad.** Programa de acción específica 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD, México. 2007.
24. **Secretaría de Salud.** Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud. Diario Oficial, lunes 24 de diciembre de 2007.
25. **Secretaría de Salud. México Sano.** Año 1, no.5, octubre 2008.
http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/period_mexsano/mexicosano_oct08.pdf Consultado 10 agosto de 2011.
26. **Word Alliance for Patient Safety.** Global Patient Safety Challenge 2005-2006. Clean Care is Safer Care.
<http://www.who.int/gpsc/5may/en/index.html> Consultado 10 de agosto de 2011
http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/instruccion_201.pdf
http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/sp_diptico_cssv.pdf
http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/instruccion_205.pdf Consultado 12 de agosto de 2011.
27. **Secretaría de Salud.** Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de calidad y Educación en Salud. Dirección de Enfermería. Comisión Permanente de Enfermería. Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. México 2010. p. 50.
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_remository&Itemid=90&func=select&id=35 Consultado 10 de agosto de 2011.
28. **Secretaría de Salud.** Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Dirección de Enfermería. Comisión Permanente de Enfermería. Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. México 2011. p. 49.
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_remository&Itemid=90&func=select&id=35 Consultado 10 de agosto de 2011.
29. **Secretaría de Salud.** Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Dirección de Enfermería. Comisión Permanente de Enfermería. Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería. México 2011. p. 340.
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_remository&Itemid=90&func=select&id=35 Consultado 10 de agosto de 2011.

Aplicación taxonómica: NANDA, NIC y NOC en los planes de cuidados de enfermería

Claudia Leticia Ramírez Tabales ■■
Sara Esther Téllez Ortiz ■■

Introducción

En cualquier profesión, el lenguaje que se emplea y sus sistemas de clasificación son fundamentales porque la caracterizan y, en cierta forma, establecen el alcance de la misma. En este sentido, la profesión de enfermería ha logrado avanzar en forma considerable al iniciar la codificación de la praxis de la disciplina, logrando de esta manera universalidad en un lenguaje común. Al respecto, el desarrollo de sistemas de clasificación que habilitan la identificación, aplicación y comprobación de términos e intervenciones comunes, dio la pauta para que a escala mundial se construyeran diagnósticos de enfermería con una metodología propuesta por la *North American Nursing Association* (ANA).

La taxonomía de los diagnósticos de enfermería creada por esta asociación se desarrolló con la participación de estudiosas de la enfermería del mundo anglosajón. Incluye problemas, intervenciones y resultados que tratan de dar respuestas a los individuos en un entorno social y legal específico. Con base en los esfuerzos de la ANA, la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) ha trabajado en forma significativa para el desarrollo y perfeccionamiento continuo de los diagnósticos, ya que en su última propuesta se incrementaron 21 nuevos diagnósticos, se retiraron seis por la dificultad en su uso y se encuentran en revisión nueve diagnósticos de enfermería más.

Es indudable que con la creación de un lenguaje enfermero común o estandarizado, se dio un gran paso que posibilita a los profesionales mantener un pensamiento crítico y alcanzar un buen nivel de calidad en la realización de los planes de cuidados, ya que este lenguaje facilita la recolección sistemática de la información necesaria para la toma de decisiones y asegura la comunicación de la información acerca de

la efectividad de los cuidados proporcionados al vincular la taxonomía NANDA con la clasificación de intervenciones (*Nursing Intervention Classification*, por sus siglas en inglés NIC) y la clasificación de resultados (*Nursing Outcomes Classification*, por sus siglas en inglés NOC). Es cierto que NANDA, NIC y NOC, al presentarse como constructos estandarizados de la práctica, permiten controlar la variabilidad; sin embargo, en lo que quizá no se tenga del todo claro, es si los juicios clínicos de la NANDA y las intervenciones que de ellos se derivan en forma de intervenciones (NIC), producen resultados efectivos (NOC). Otro cuestionamiento fundamental es si esas intervenciones y sus resultados pueden medirse en términos de beneficios producidos por los cuidados a los pacientes.

Se puede encontrar una cantidad importante de resultados de investigación que dan evidencia de la efectividad de ciertas intervenciones de enfermería al aplicar la clasificación, pero, por otra parte, hay poca investigación sobre la eficacia de los constructos NANDA, NIC y NOC. Hay muchas experiencias profesionales, pero escasez de investigación clínica centrada en implementación y evaluación de su efectividad.¹

Debido a ello, es recomendable que se lleve a cabo un análisis profundo de la conveniencia de emplearlas en forma conjunta, ya que la “dificultad” para vincular la taxonomía con las dos clasificaciones se ha hecho manifiesta, sobre todo cuando se intenta implementar sin un sistema informático de registros clínicos de enfermería.

En este capítulo se revisan en forma muy breve los antecedentes de la aplicación de la Taxonomía de diagnósticos de la NANDA y la forma en que se desarrollaron las clasificaciones NIC y NOC como herramientas para:

1. la elaboración de planes de cuidados de enfermería,
2. el desarrollo de investigaciones que han tenido la finalidad de explorar las asociaciones entre diagnósticos, resultados e intervenciones y las características organizativas que podrían influir en la consecución de resultados, y
3. para las gestoras y administradoras en la evaluación de los cuidados de enfermería.²

A pesar del gran debate que durante los últimos tiempos hay en torno a su uso y aplicabilidad, sobre todo por la opinión de algunas colegas sobre su limitación para el desarrollo de una práctica individualizada, debido a que “encasilla” los cuidados, la finalidad de incluirlos en esta obra radica en su valiosa utilidad —desde la experiencia de su uso en el Hospital General de México (HGM)— para la implementación de Modelos de cuidados, porque permiten la organización y sistematización de los cuidados que proporciona el profesional de enfermería, cuidados que de ninguna manera dejan de ser individualizados. Además, sirven como guía para desarrollar e implementar planes de cuidados coherentes con los modelos creados independientemente de la base teórica seleccionada y, por último, porque a través de estas clasificaciones es factible establecer un lenguaje común que facilite el establecimiento de un criterio universal para todas las intervenciones y resultados de enfermería, con lo que se garantiza un servicio asistencial de calidad en condiciones similares en cualquier escenario de la práctica de enfermería.

Antecedentes de la taxonomía NANDA, NIC y NOC

A lo largo de las tres últimas décadas del desarrollo científico de enfermería, se ha considerado consolidar una metodología de trabajo para evidenciar la práctica diaria, así como la creación de un lenguaje común que genere en el profesional la capacidad de análisis y juicios clínicos específicos para identificar respuestas humanas y problemas de salud en los sujetos de cuidado. Este escenario impulsó la incorporación de grupos de enfermeras preocupadas por lograr establecer estándares para la práctica. Es así como ANA se dio a la tarea de desarrollar el lenguaje estandarizado de los diagnósticos de enfermería. Con ello, y con el fin de establecer la estructura y clasificación para su identificación, Gebbie y Lavin (1973) convocaron a una conferencia para analizar la clasificación de los Diagnósticos de enfermería, a partir de la cual se constituye el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería. Es en 1982 cuando la NANDA perfiló la estructura organizativa y establece los planes de trabajo del grupo para el desarrollo y expansión de los diagnósticos de enfermería.

A partir de entonces, la NANDA ha logrado con su trabajo un impacto internacional en la utilización de diagnósticos de enfermería, rompiendo paradigmas de la profesión con responsabilidad, capacidad, autonomía y pensamiento crítico para tratar al individuo. Por otro lado, la taxonomía que se creó se considera como una herramienta a través de la cual el profesional de enfermería logra comunicarse, sin importar las barreras idiomáticas o culturales.

Los diagnósticos NANDA incluyen: una etiqueta diagnóstica, su definición, características definitorias y factores relacionados.

La importancia de contar con diagnósticos de enfermería radica en que:

- Establece una clasificación de diagnósticos de enfermería.
- Facilita la obtención de conocimientos.
- Genera una terminología común para las enfermeras.
- Favorece la comunicación multidisciplinar.
- Aborda a la persona de forma humana y holística.
- Genera calidad del cuidado.
- Garantiza la seguridad del individuo, familia y comunidad.
- Constituye una base y estructura para la investigación.

En 1990 la NANDA estableció la definición de Diagnóstico enfermero como: el “juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o sociales a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para elegir las intervenciones de enfermería para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.”³

La primera propuesta de la NANDA fue la *Taxonomía I*, la cual se fundamenta sobre criterios conceptuales elaborados por teóricas que definen a la taxonomía como: “el estudio teórico de la clasificación sistemática, incluyendo sus bases, principios, reglas y procedimientos, en definitiva es la ciencia de cómo clasificar e identi-

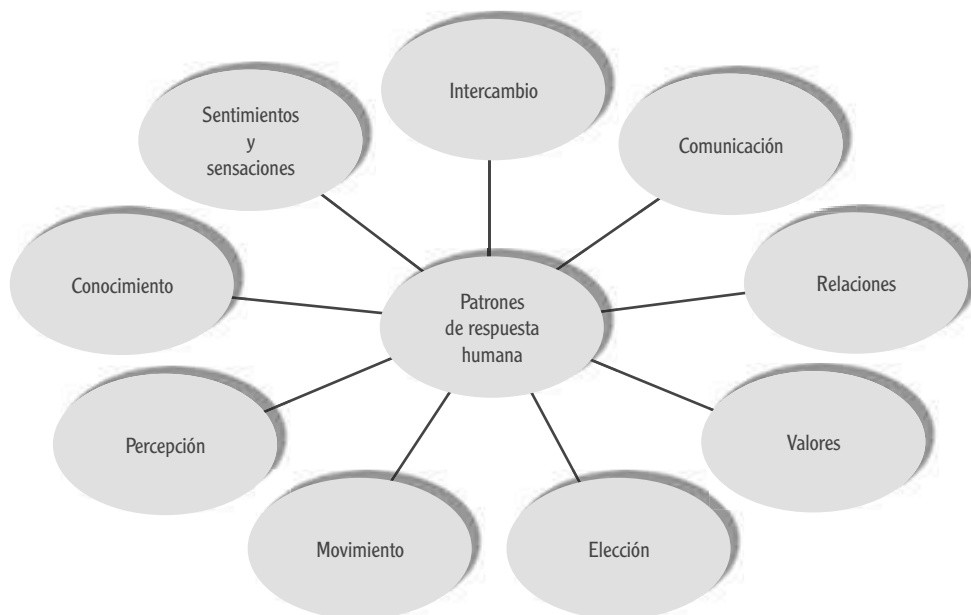


Figura 6.1 Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

car”; esta categorización taxonómica centra su trabajo en el análisis de las etiquetas diagnósticas y en los nueve patrones del hombre unitario.⁴

Al observar y hacer la descripción de los diferentes niveles de abstracción de las etiquetas diagnósticas, el grupo de trabajo consideró modificar la terminología, supliendo la expresión patrones del hombre unitario por patrones de respuesta humana, los cuales comprenden los campos mencionados en la figura 6.1.

Debido a la necesidad de generar un número mayor de diagnósticos, hace alrededor de una década, la NANDA creó la *Taxonomía II*, la cual tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la *National Library of Medicine* (NLM), por lo que su estructura es multiaxial con tres niveles, los cuales integran: dominios, clases y diagnósticos enfermeros (cuadro 6.1).

La última clasificación de la taxonomía se asemejaba menos a la propuesta de Gordon, pero logró reducir casi a cero los errores de clasificación y las redundancias, acercándose, en mucho, a la estructura taxonómica ideal.³

Cuadro 6.1 Estructura de la Taxonomía II.

a) Dominios (13)

b) Clases (46)

c) Diagnósticos (167)

Se realizaron las definiciones de cada dominio y clase cotejando la ubicación de cada diagnóstico para asegurar la máxima coherencia entre dominios, clases y diagnósticos (figuras 6.2 y 6.3).

Es importante detallar que los dominios, clases y diagnósticos de enfermería, así como el sistema multiaxial que integran la *Taxonomía II*, permiten hacer adiciones y modificaciones con facilidad.

En comparación, si se emplea la *Taxonomía I* es necesario considerar que los criterios con los que se estructuran los diagnósticos de enfermería son a través de ejes, que para propósitos de esta taxonomía, se define como la “Dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico”.

Existen siete ejes que se representan en las etiquetas o códigos de los diagnósticos por sus valores:³

- Eje 1. Concepto diagnóstico.
- Eje 2. Sujeto del diagnóstico (persona, familia y comunidad).
- Eje 3. Juicio (deteriorado o inefectivo).
- Eje 4. Localización (vejiga, auditivo, cerebral, etcétera).
- Eje 5. Edad (lactante, niño, adulto).
- Eje 6. Tiempo (agudo, crónico, intermitente).
- Eje 7. Estado del diagnóstico que puede ser real, de riesgo, de salud, de promoción de la salud.

La NANDA, al establecer una alianza con el Centro de Clasificación del Colegio de Enfermería de la Universidad de Iowa, llevó a cabo un estudio para analizar la posibilidad de desarrollar una estructura taxonómica común, donde existiera una relación entre las tres clasificaciones (NANDA, NIC y NOC) ya existentes, para con ello facilitar la vinculación entre los diagnósticos de enfermería, las intervenciones y los resultados.

La ventaja de ser un lenguaje enfermero que se reconoce internacionalmente, permite que este sistema de clasificación sea aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil, que agilice la labor diaria.

Clasificación de las intervenciones de enfermería

Al tener la necesidad de establecer un lenguaje común tanto en diagnósticos, resultados e intervenciones, se estableció el proyecto denominado *Iowa Interventions Project*, que en la actualidad se ocupa del desarrollo de la NIC y que es definida como: la “Organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual”.⁵

Se trata de una clasificación de las intervenciones que realizaron los profesionales de enfermería, la cual tiene gran utilidad para la documentación clínica, la comunicación de cuidados efectuados en situaciones diversas, la investigación eficaz y para la

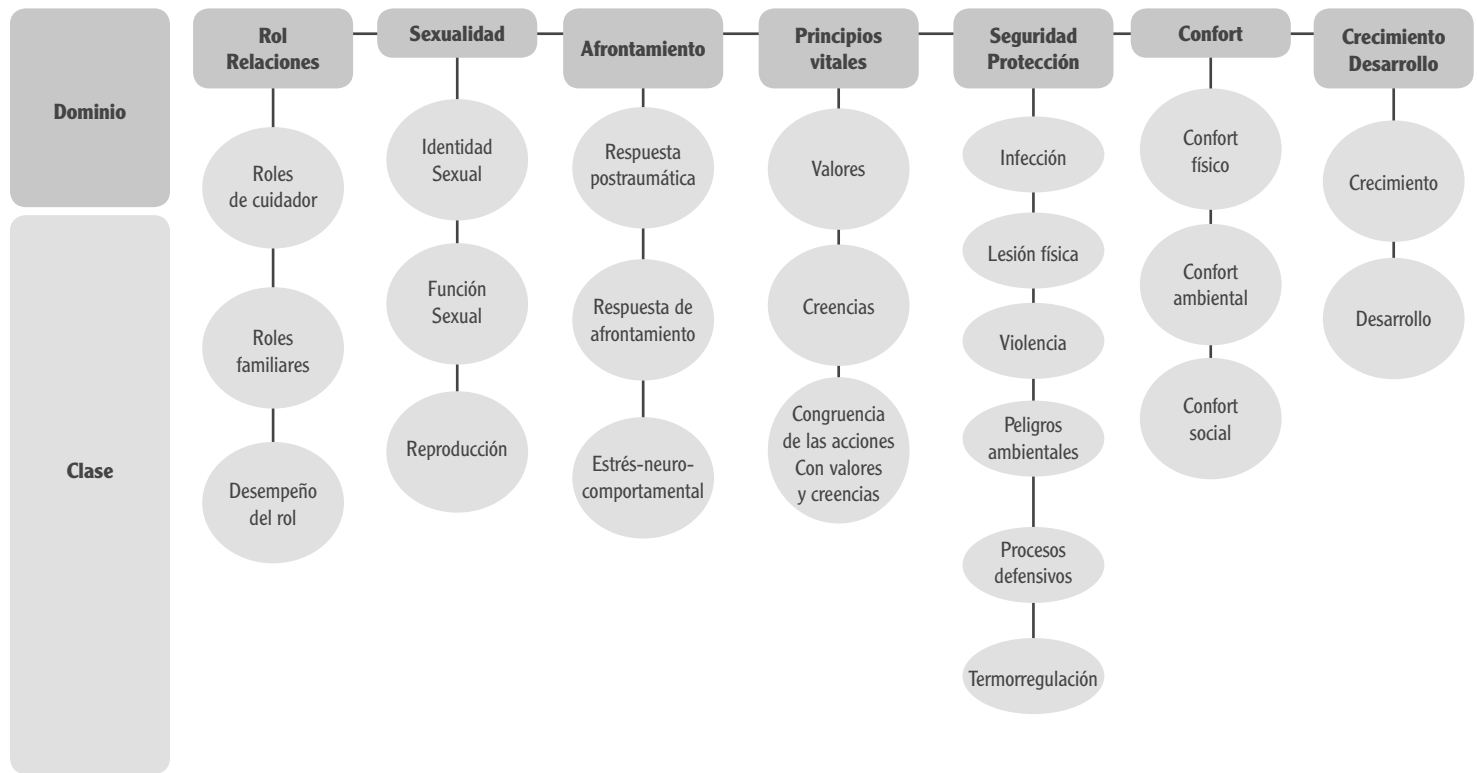


Figura 6.2 Taxonomía II. a) Clasificación de los dominios y clases.

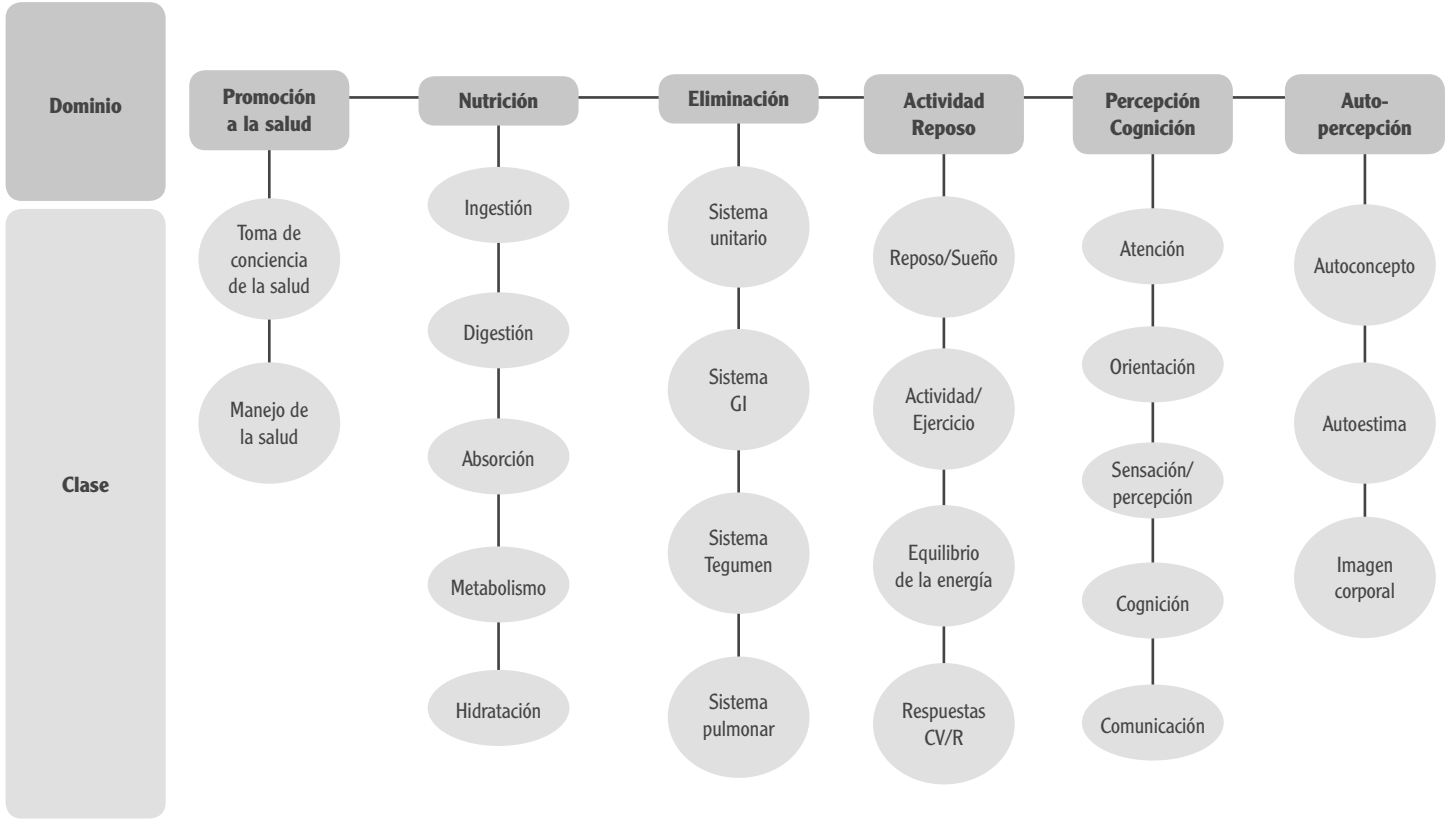


Figura 6.3 Clases y dominios en la Taxonomía II. b) Clasificación de los dominios y clases.

gestión para cuantificar la productividad y la evaluación de competencias. Incluye las intervenciones tanto independientes como de colaboración, además de los cuidados, directos e indirectos.⁵

Para su creación se tomaron en cuenta todos los niveles de actuación de enfermería, por lo que puede ser de utilidad en la clínica (incluyendo cualquier especialidad), así como en la comunidad. Comprende tanto la esfera fisiológica como la psicosocial, de tal forma que contiene intervenciones y actividades específicas para situaciones de enfermedad, para la prevención de la misma y para el fomento a la salud.

Cada intervención que se incluye en la clasificación se cataloga con una denominación, una definición y una serie de actividades propuestas para llevar a cabo la intervención. Es preciso aclarar que los códigos numéricos que en ella se incluyen tienen como finalidad facilitar su uso informático y una manipulación sencilla de los datos, además de aumentar su articulación con otros sistemas codificados, por lo que no es indispensable su uso, sobre todo, si no se cuenta con un sistema informático.

Las intervenciones se clasifican en tres niveles. El nivel 1 lo constituyen siete campos: fisiológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad. El nivel 2 lo conforman 30 clases, cada una de ellas corresponde con alguno de los siete campos del nivel 1; por último, el nivel 3 cuenta con 514 intervenciones que corresponden con los campos y clases de los niveles 1 y 2 y cuenta con más de 12 000 actividades (cuadro 6.2).

Cuando se toma la decisión de emplear la NIC se recomienda revisar y analizar las siguientes definiciones debido a que facilitan la comprensión de la integridad de la clasificación.⁵

Clasificación de las intervenciones de enfermería. “Orden y disposición de las actividades de enfermería en grupos en función de sus relaciones y la asignación de denominaciones a estos grupos.”

Intervención de enfermería. “Cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente.”

Actividad de enfermería. “Actividad o acciones específicas que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención y que ayuda al paciente/cliente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades.”

Clasificación de resultados de enfermería

Es por todos sabido que la evaluación tiene como propósito determinar en qué medida se están cumpliendo las metas de calidad que se fijan en los estándares, en este sentido, la evaluación permite obtener información válida y confiable sobre las consecuencias de acciones específicas para así optimizar los esfuerzos. Esa fue una de las razones por las que surge la NOC; la otra tiene que ver con el intento de establecer una metodología para la elaboración de planes de cuidados estandarizados. A raíz de esto, se conformó el *Iowa Outcomes Project* (NOC), de donde surge la clasificación

Cuadro 6.2 Tres niveles de intervenciones.

Nivel 1 Campos	Campo 1 Fisiológico básico	Campo 2 Fisiológico complejo	Campo 3 Conductual	Campo 4 Seguridad	Campo 5 Familia	Campo 6 Sistema sanitario	Campo 7 Comunidad
Nivel 2 Clases	Control de actividad y ejercicio	Control de electrolitos y ácido-base	Terapia conductual	Seguridad	Cuidados de un nuevo bebé	Mediación de sistemas sanitarios	Fomento de la salud de la comunidad
	Control de eliminación	Control de fármacos	Terapia cognitiva	Control en casos de crisis	Cuidados de crianza de un nuevo bebé	Gestión de sistemas sanitarios	Control de riesgos de la comunidad
	Control de inmovilidad	Control neurológico	Potenciación de la comunicación	Control de riesgos	Cuidados de la vida	Control de la información	
	Apoyo nutricional	Cuidados perioperatorios	Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles				
	Fomento de la comodidad física	Control respiratorio	Educación de los pacientes				
	Facilitación de los autocuidados	Control de la piel/heridas	Fomento de la comodidad psicología				
		Termorregulación					
		Control de la perfusión tisular					
Nivel 3	Intervenciones de enfermería						

de resultados enfermeros.⁶ Dicha propuesta cuenta con una clasificación propia que, al igual que las intervenciones, se divide en tres niveles; sin embargo, los dominios y clases de los niveles 1 y 2 no coinciden del todo con los de la NIC (cuadro 6.3).

- a) Nivel 1 = Dominios (7).
- b) Nivel 2 = Clases (31), cada clase tiene un grupo específico de resultados.
- c) Nivel 3 = Resultados de enfermería (330) para cada clase.

Los resultados están integrados por una serie de indicadores que se sugiere, puede seleccionar la enfermera, en conjunto con el paciente o persona de cuidado, familia o comunidad, con base en el problema o respuesta detectados por ella ante una situación dada.

Al igual que con la NIC, para entender esta clasificación se requiere tener en cuenta los conceptos básicos de los que está compuesta.

Resultado. “Estado, conducta o percepción de un paciente o cuidador familiar sensible a intervenciones de enfermería y conceptualizado a niveles medios de abstracción, cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que se utiliza para determinar el estado del paciente en relación con el resultado.”

En la tercera edición de la NOC se pueden encontrar 330 resultados esperados, cada uno de ellos contiene:

- Una etiqueta.
- Una definición.
- Un destinatario de los cuidados.
- Fuente de datos.
- Puntuación diana del resultado con orden de aparición de:
 - ◆ Mantener a_____ Aumentar a_____
- Una lista de indicadores.
- Una escala tipo Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente.
- Referencias bibliográficas.

Indicador. Estado, conducta o percepción de un individuo, familia y comunidad más específico que sirve como base para medir un resultado.

- Su propósito es ayudar a determinar el estado de salud del paciente.
- Selección de indicadores importantes para el paciente.

La NOC tiene escalas de medidas cuantitativas.

La escala **tipo Likert** de cinco puntos cuantifica el estado del resultado, del menos al más deseable, y proporciona una puntuación en un momento dado.⁷

He aquí un ejemplo de este tipo de escala:

- Gravemente comprometido = 1
- Sustancialmente comprometido = 2
- Moderadamente comprometido = 3
- Ligeramente comprometido = 4
- No comprometido = 5

Cuadro 6.3 Clasificación de resultados enfermeros (NOC).

Nivel 1 Dominios	Dominio 1 Salud funcional	Dominio 2 Salud fisiológica	Dominio 3 Salud psicosocial	Dominio 4 Conocimiento y conducta de salud	Dominio 5 Salud percibida	Dominio 6 Salud familiar	Dominio 7 Salud comunitaria
Nivel 2 Clases	• Mantenimiento de la energía • Crecimiento y desarrollo • Movilidad • Autocuidado	• Cardiopulmonar • Eliminación • Líquidos y electrolitos • Respuesta inmune • Regulación metabólica • Neurocognitiva • Nutrición • Respuesta terapéutica • Integridad tisular • Función sensitiva	• Bienestar psicológico • Adaptación psicosocial • Autocontrol • Interacción social	• Conducta de salud • Creencias sobre la salud • Conocimientos sobre la salud • Control del riesgo y seguridad	• Salud y calidad de vida • Sintomatología • Satisfacción con los cuidados	• Ejecución del cuidador familiar • Estado de salud de los miembros de la familia • Bienestar familiar • Ser padre	• Bienestar comunitario • Protección de la salud comunitaria
Nivel 3 Resultados	RESULTADOS DE ENFERMERÍA PARA CADA CLASE						

Aquí, el número menor (1) determina mayor compromiso vital y el número mayor (5) el menor compromiso vital, por tanto, se espera llevar al sujeto de cuidado del número menor al mayor. Se proponen diferentes escalas, pero todas se orientan a que el quinto o último punto refleje la situación más deseada para el paciente. En vista de lo anterior es factible identificar 13 escalas de medidas, las cuales permiten:

- Medir el resultado en cada punto de un continuo desde el más negativo al más positivo.
- Controlar el progreso o no progreso de la salud del paciente vía la escala de medición (cuadro 6.4).

Los resultados esperados ofrecen cuantitativamente una forma de monitorear el cuidado enfermero y evaluar si existen cambios fisiológicos, psicológicos, emociona-

Cuadro 6.4 Tipos de escala Likert.

Código/ puntuación	1	2	3	4	5
a	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
b	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
f	Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado
g	Mayor de 10	7-9	4-6	1-3	Ninguno
h	Extenso	Sustancial	Moderado	Escaso	Ninguno
i	Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso
k	Nunca positivo	Raramente positivo	A veces positivo	Frecuentemente positivo	Siempre positivo
l	Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy intenso
m	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
n	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
r	Escasa	Justa	Buena	Muy buena	Excelente
s	No del todo satisfecho	Algo satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
t	Siempre demostrado	Frecuentemente demostrado	A veces demostrado	Raramente demostrado	Nunca demostrado

les y espirituales a través de los indicadores establecidos durante la etapa de planeación, por tanto, cuando se elaboran Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE) se genera una herramienta útil para agilizar y garantizar la práctica diaria.²

En una diversidad de artículos de investigación se ha hecho evidente que estas clasificaciones ofrecen un gran apoyo para el desarrollo adecuado del trabajo de enfermería, lo que repercute de manera positiva en la calidad de los cuidados otorgados, por ello se considera necesario la creación de guías que les permitan a aquellos estudiantes y profesionales de enfermería que no han tenido contacto con estas clasificaciones, entender y obtener fácil acceso a los Diagnósticos de enfermería y vincularlos con los resultados e intervenciones propuestos, a fin de incorporar en su práctica diaria su empleo. Además, cuando se incorporan a los planes educativos, es posible generar en el alumno el razonamiento crítico y la agilidad para la aplicación del proceso de enfermería y con ello llevar a la práctica el contenido teórico.

Para los fines de esta obra, es necesario aclarar que la determinación del empleo o incorporación de la Taxonomía de diagnósticos y ambas clasificaciones NOC y NIC en la práctica profesional diaria, no supone que se retomen tal y como éstas se ofrecen, puesto que en las mismas, las autoras especifican que no son un producto terminado y que su uso puede modificarse de acuerdo con las necesidades de quien las emplea, por tanto, es necesario considerar que son una excelente “guía de consulta” para la práctica profesional diaria y que de ninguna manera se busca llevar a cabo una práctica mecanizada sin considerar las necesidades y respuestas humanas de los sujetos de cuidado.

Hacerlo de ese modo sería inapropiado y poco coherente, puesto que en la ciencia de enfermería se reconoce que cada persona es individual, indivisible y especial, por lo que se considera inadecuado llevar a cabo el “mismo” plan de cuidados a todos aquellos individuos que presentan un problema de salud similar, ya que sus respuestas humanas y necesidades de cuidados pueden ser por completo diferentes. Por tanto, la estandarización es para el lenguaje, no para el cuidado proporcionado, luego entonces, se centra en tener en consideración las definiciones y clasificaciones ofrecidas con la finalidad de que al momento de desarrollar e implementar un Modelo de cuidados, se cuente con un catálogo de Planes de cuidados estandarizados que oriente al profesional de enfermería.

Vinculación: NANDA, NIC y NOC

Como ya se mencionó, la vinculación de las taxonomías NANDA, NIC y NOC, permite homologar el lenguaje dentro de la práctica clínica y genera ciertas capacidades como la reflexión, razonamiento clínico, toma de decisiones y autonomía, incluso confianza en sí mismo y motivación profesional, por mencionar algunas.

Entre las ventajas que pueden considerarse se encuentran las siguientes:

- Emplear un lenguaje común para dar prioridad y planificar los cuidados.
- Adquirir autonomía y seguridad para hacer juicios clínicos que generan motivación al comprobar su utilidad.

- Describir la cultura enfermera.
- Estructurar el pensamiento y el proceso en la toma de decisiones.
- Facilitar la memorización y la comunicación del profesional de enfermería, al proporcionar consistencia a los cuidados.
- Adaptar a los nuevos modelos de cuidados y a las exigencias de los cambios y demandas sociales.

Su empleo en conjunto facilita y en buena medida garantiza la planificación de los cuidados, debido a que el razonamiento clínico que utiliza la enfermera al determinar un diagnóstico debe coincidir con los resultados y el estado real del paciente, de tal forma que se asegura un plan dirigido e individualizado con el objetivo de dar respuesta a las necesidades humanas del individuo, de la familia y la comunidad.

Con el uso de las taxonomías se espera agilizar el trabajo en los distintos niveles de la salud como: prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, así como en las áreas hospitalarias, en las comunidades, en las escuelas y hasta en las áreas laborales con el autocuidado, es por eso que enfermería tiene un reto importante que lograr.⁸

Vinculación del proceso de atención de enfermería *versus* NANDA, NIC y NOC

Como ya se analizó, el Proceso de atención de enfermería (Método de enfermería) permite a las profesionales prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Este proceso es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La figura 6.4 muestra cómo se relaciona el proceso de atención de enfermería y la utilización de las taxonomías.

Metodología para la vinculación

Llevar a cabo la valoración del paciente

A fin de llevar a efecto la valoración es preciso recordar que ésta debe orientarse o sustentarse en una propuesta teórica, sea que se le llame filosofía, modelo conceptual o teoría de enfermería, de acuerdo con la clasificación propuesta por Marriner (2006). Con base en una exhaustiva revisión de reportes de investigación, es factible mencionar que las propuestas teóricas de mayor aplicación son las de las 14 necesidades humanas básicas de Virginia Henderson y la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, no obstante, hay quienes deciden no aplicar una propuesta teórica de enfermería y orientan la valoración con los patrones funcionales de Marjory Gordon, esta propuesta incluye nuevas tendencias, y resulta ser específica para la valoración que se realiza a los pacientes (cuadro 6.5).⁹

Algunas teorías proponen, ya sea en forma explícita o implícita, las diferentes dimensiones o áreas de importancia en las que la enfermera debe enfocar la atención

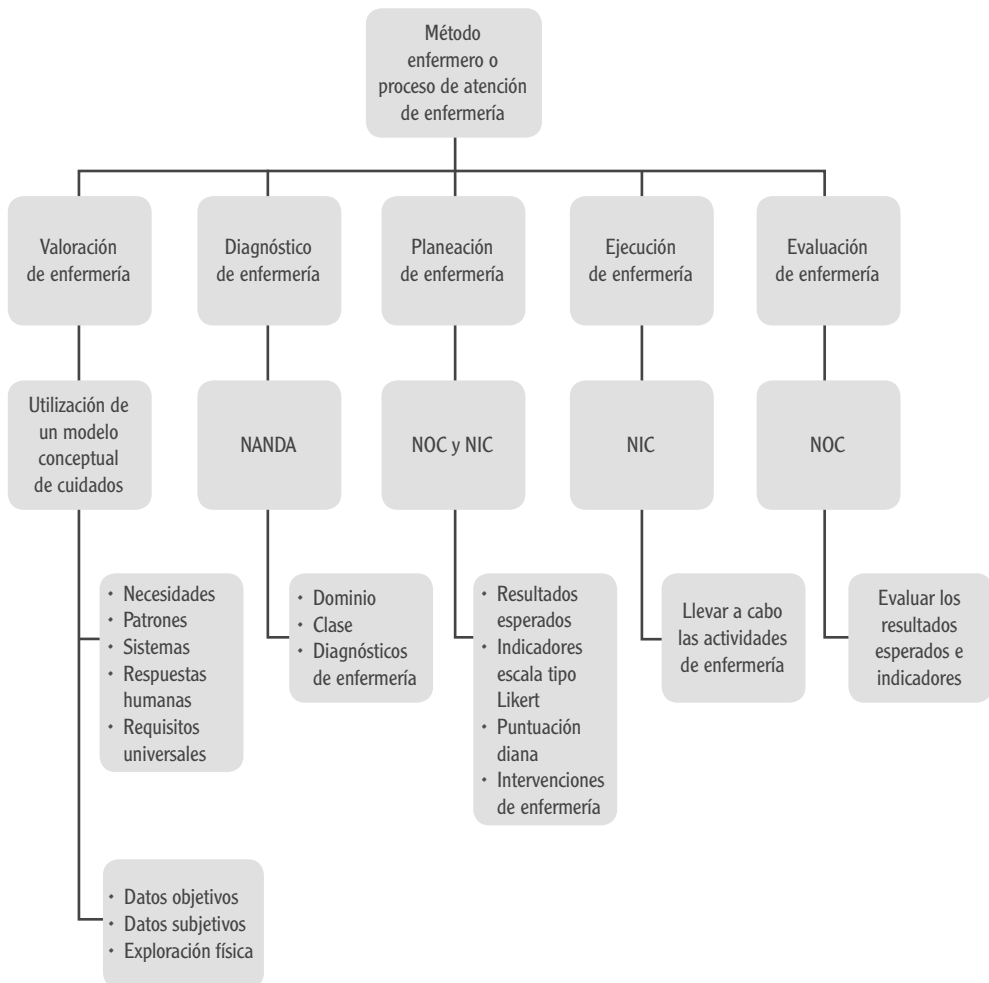


Figura 6.4 Relación entre el proceso de atención de enfermería y la utilización de las taxonomías.

al momento de realizar la valoración o la identificación de las respuestas humanas, el desarrollo de la planeación y la ejecución de las intervenciones, con el objetivo de orientar el cuidado para dar solución a la problemática que se identifica en los individuos, familias o comunidades. Por tanto, es preciso conocer a detalle dicha propuesta, debido a que deberá describirse en forma muy explícita al momento de construir un Modelo de cuidados. Como ejemplo, es posible citar que en el servicio de medicina interna, del HGM, posterior a la realización del análisis minucioso del perfil de los pacientes atendidos en esa área y a la profundización del estudio de algunas propuestas teóricas, se determinó aplicar la Teoría general del déficit de autocuidado.

La enfermera sabe entonces que su valoración debe orientarse a identificar elementos de importancia relativos a los factores condicionantes básicos (edad, sexo,

Cuadro 6.5 Diversas propuestas teóricas de amplia aplicación.

Por sistemas	Requisitos universales, desviación a la salud y desarrollo de Dorotea Orem	Respuesta humana
1. Respiratorio 2. Digestivo 3. Urinario 4. Cardiovascular 5. Reproductor 6. Neurológico 7. Endocrino 8. Músculo-esquelético 9. Inmunológico	1. Factores condicionantes básicos 2. Requisitos de autocuidado de desarrollo 3. Requisitos de autocuidado universales 4. Requisitos de desviación a la salud	1. Intercambio 2. Comunicación 3. Relaciones 4. Valores 5. Elección 6. Movimiento 7. Percepción 8. Conocimiento 9. Sentimientos
Necesidades de Virginia Henderson		Patrones funcionales de salud
1. Oxigenación 2. Nutrición 3. Eliminación e hidratación 4. Movimiento/posición adecuada 5. Descansar/dormir 6. Vestido 7. Termorregulación 8. Higiene corporal 9. Evitar peligros del entorno 10. Comunicación, emociones y miedos 11. Creencias y valores 12. Autorrealización 13. Recreación y ocio 14. Desarrollo de la normalidad y atención de la salud		1. Patrón de percepción/mantenimiento de la salud 2. Patrón nutricional metabólico 3. Patrón de eliminación 4. Patrón de actividad/ejercicio 5. Patrón reposo/sueño 6. Patrón cognitivo/perceptual 7. Patrón autoimagen/autoconcepto 8. Patrón de rol/relaciones 9. Patrón de sexualidad/reproducción 10. Patrón de afrontamiento/tolerancia al estrés 11. Patrón de valores/creencias

ocupación, religión, etc.), a los requisitos universales (mantenimiento del aporte suficiente de aire, alimentos, agua, del equilibrio entre la actividad y reposo, interacción social y soledad, prevención de peligros para la vida, potencial humano, limitaciones y deseo), los requisitos de desarrollo y los de desviación de salud, con base en lo que propone Orem.

De la misma forma, esto se llevó a cabo con los pacientes del servicio de geriatría, este análisis permitió definir la pertinencia de la aplicación de la Teoría de la adaptación de Sor Callista Roy para orientar la valoración y el cuidado del paciente geriátrico. Los aspectos que la enfermera sabe que debe valorar son los que corresponden al modo adaptativo del desempeño de roles, conocidos como los roles que asume la

persona o que se espera que haga en sociedad. De tal forma que la enfermera valora el rol primario (determinado por la edad, el sexo y la fase de desarrollo), el rol secundario (son los que asume una persona para completar la tarea que se asocia con una fase del desarrollo, por ejemplo, la religión, nivel educativo, ocupación, etc.) y el rol terciario (normalmente son temporales y las personas los eligen libremente, incluye actividades como aficiones personales y pertenencia a grupos sociales).

Cada propuesta teórica puede o no ofrecer una particular manera de orientar la forma en que las enfermeras deben llevar a cabo la valoración de los individuos, esto es, determinar su perfil funcional y la identificación de aquellos patrones, necesidades, requisitos, roles, sistemas, entre otros, que pudieran estar alterados o en peligro de alteración, para después determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.⁹

Una vez que se establece qué teoría o modelo utilizar, y tras definir los datos de la valoración (objetivos y subjetivos), se procede a formular los **diagnósticos**, utilizando la Clasificación de los diagnósticos enfermeros de la NANDA.

Elaboración de los diagnósticos de enfermería

Ya se mencionó que los diagnósticos de enfermería pueden ser reales, de riesgo, de salud y de promoción de la salud, los cuales se redactan utilizando sus diferentes elementos (cuadro 6.6).

Componentes de un diagnóstico

La intención de incluir en esta obra el empleo de la taxonomía NANDA, vinculada con las clasificaciones NOC y NIC, radica en el interés de unificar o estandarizar el

Cuadro 6.6 Elementos de los diagnósticos de enfermería.

Método PES	NANDA	Conectores
P	Etiqueta diagnóstica Factores relacionados Características definitorias	Relacionado con = R/C Relacionado a = R/A Secundario a = S/A
E		Manifestado por = M/P Manifestado con = M/C
S		

desarrollo de los Planes de cuidados de enfermería, empleando un lenguaje común y universal. Con base en lo anterior, los componentes con los que debe contar un diagnóstico de enfermería según la NANDA son:

1. **Etiqueta diagnóstica.** Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de clave relacionada; en ocasiones incluye modificadores.
2. **Características definitorias.** Claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de bienestar.
3. **Factores de riesgo.** Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia y/o comunidad ante un evento no saludable.
4. **Factores relacionados.** Factores que muestran algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden ser utilizados previo al factor relacionado con conectores como: antecedentes de, asociados con, relacionado con, contribuyentes a o coadyuvantes al diagnóstico.³

Ya se mencionó que la estructura de un diagnóstico puede ser a través de varias propuestas, entre las cuales se encuentra la de su integración a través del formato PES (Problema + Etiología + Signos y síntomas).

Cuando se decide aplicar el pensamiento crítico para la redacción de los diagnósticos con el formato PES resulta complicado estandarizar su estructura, porque cada profesional de enfermería puede hacer la deducción clínica del diagnóstico a través del conocimiento científico y experiencia profesional propia, por esta razón se considera una estructura válida y útil, pero para los fines de esta obra se recomienda relacionarlo con la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

Entonces, los componentes de cada tipo de diagnóstico son los siguientes:

- a) **Diagnóstico real.** Se describe como las respuestas humanas a procesos vitales/ estados de salud que existen en una persona, familia y/o comunidad. Para su estructura se requiere de tres elementos o enunciados:

- Identifique la etiqueta diagnóstica.
- Seleccione y agregue el(los) factor(es) relacionado(s).
- Identifique y agregue la(s) característica(s) definitoria(s).

Se deben utilizar los conectores necesarios para ligar un enunciado con otro (considere el cuadro 6.7).

- b) **Diagnóstico de riesgo.** Se describe como las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia y/o comunidad vulnerables. Para su estructura se requiere de dos elementos o enunciados:

- Identifique la etiqueta diagnóstica.
- Seleccione y agregue el(los) factor(es) que contribuya(n) al aumento de su vulnerabilidad.

Cuadro 6.7 Conectores necesarios entre un enunciado y otro ejemplificando un diagnóstico real.

P Etiqueta diagnóstica NANDA	Conector	E Factor relacionado	Conector	S y S Características definitorias
Disminución del gasto cardíaco	relacionado con	alteración de la frecuencia cardíaca	manifestado por	arritmias y bradicardia

Para su adecuada redacción, es importante que la expresión “Riesgo de” preceda a cada diagnóstico, empleando un solo conector para ligar un enunciado con otro (cuadro 6.8).

- c) **Diagnóstico de promoción de la salud.** Se describe como el juicio clínico sobre motivaciones y deseos de una persona, familia y/o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas, como la nutrición y el ejercicio.

Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren de ningún nivel específico de bienestar. Esta disposición se apoya en características definitorias.

- Identifique la etiqueta diagnóstica.
- Seleccione y agregue la(s) característica(s) definitoria(s). En este tipo de diagnóstico no existe etiología causante del problema.
- Seleccione y agregue el(los) factor(es) relacionado(s) que puede no tenerlo (cuadro 6.9).

- d) **Diagnóstico de salud.** El diagnóstico de salud describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia y/o comunidad que están en disposición de mejorar. Esta disposición se sustenta en las características definitorias (cuadro 6.10).³

- Identifique la etiqueta diagnóstica.
- Seleccione y agregue la(s) característica(s) definitoria(s).

Cuadro 6.8 Empleo de diagnóstico de riesgo.

P Etiqueta diagnóstica NANDA	Conector	E Factor relacionado
Riesgo de caída	relacionado con	medicación, consumo de agentes antihipertensivos

Cuadro 6.9 Ejemplo de diagnóstico de promoción de la salud.

P Etiqueta diagnóstica NANDA	Conector	E Factor relacionado	Conector	S y S Características definitorias
Gestión ineficaz de la propia salud	relacionado con	déficit de conocimiento	manifestados por	verbaliza dificultad con los medicamentos prescritos

Identificación del dominio y clase

Es importante identificar el dominio y la clase a la cual corresponde el diagnóstico de enfermería seleccionado. Se debe buscar en la *Taxonomía II*, ya que es preciso determinar a qué grupo corresponde dicho diagnóstico.

Considere los pasos para identificar el dominio y clase de los diagnósticos de enfermería en la NANDA (cuadro 6.11):

- Agrupar las respuestas humanas/fisiopatologías en dominios y clases de la *Taxonomía II*.
- La taxonomía contiene 13 dominios y 46 clases en la *Taxonomía II*.
- Determine la etiqueta diagnóstica en relación con la respuesta humana presentada.
- Determine cuál es el dominio que se encuentra alterado por el problema de salud.
- Determine la clase en la cual se ubica la problemática.

En la parte posterior de la NANDA (busque como Taxonomía II con el año de la edición del libro), se establece la tabla correspondiente a la *Taxonomía II* que es la clasificación de los diagnósticos de enfermería por dominio y clase [los puntos anteriores establecen la metodología para identificar el dominio y la clase letras *a*, *b* y *c*] (cuadro 6.12).

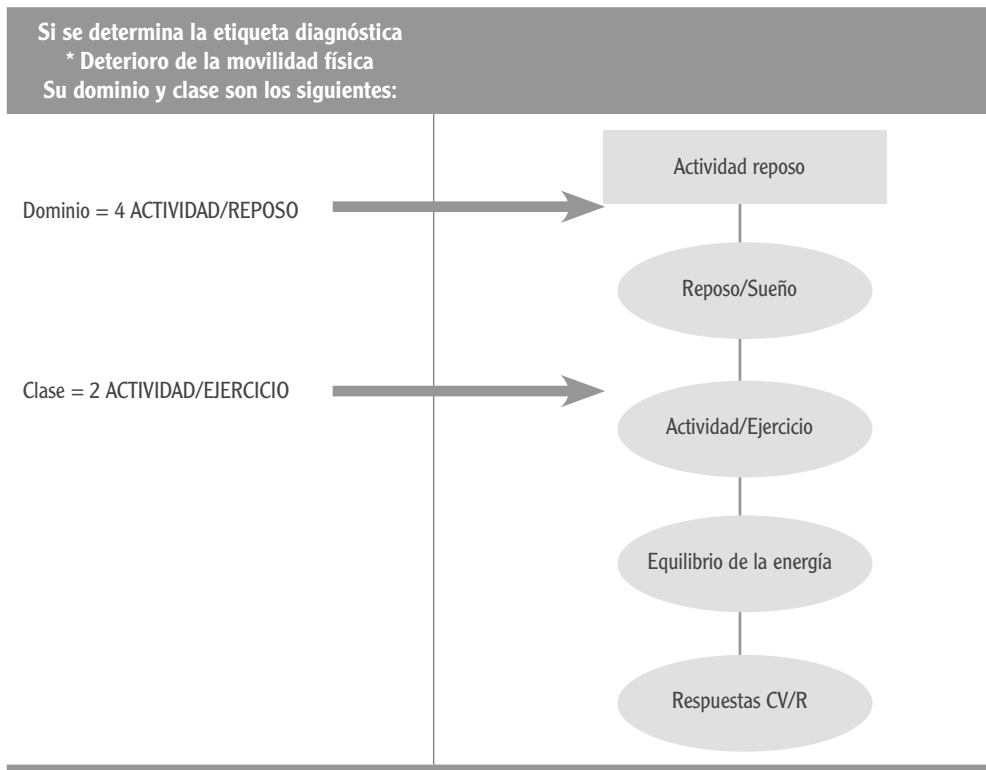
Planificación de los cuidados

Tras formular los diagnósticos enfermeros e identificar su dominio y clase, inicia la etapa de **planeación**, durante la cual se establecen los resultados y los indicadores

Cuadro 6.10 Ejemplos de diagnóstico de salud.

P Etiqueta diagnóstica NANDA	Conector	S y S Características definitorias
Disposición para mejorar el afrontamiento	manifestado por	Es consciente de los posibles cambios ambientales, busca soporte social, utiliza recursos espirituales

Cuadro 6.11 Ejemplo del procedimiento para identificar el dominio y clase de los diagnósticos de enfermería en la NANDA.



específicos de acuerdo con el diagnóstico de enfermería. La NOC es una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente, se utiliza para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras (objetivos esperados).

A fin de seleccionar un resultado y su indicador, la enfermera puede seguir estos pasos:

1. Localice en el libro de la NOC la etiqueta diagnóstica ya seleccionada, esto lo puede hacer en la cuarta parte del libro *Relaciones NOC-NANDA* (parte posterior de la NOC).
2. Una vez que se identificó la etiqueta diagnóstica, seleccione el resultado que considere más adecuado. La NOC propone una lista de resultados sugeridos y una de resultados opcionales (cuadro 6.13).
3. Cuando se ha seleccionado el resultado sugerido u opcional, debe remitirse a la tercera parte del libro denominada “Resultados” para buscar por orden alfabético el resultado seleccionado (cuadro 6.14).
4. Es preciso elegir los indicadores del resultado que, de acuerdo con su consideración son los más apropiados para lograr los objetivos del plan, lo que deberá co-

Cuadro 6.12 Metodología para identificar el dominio y la clase letras c), d) y e) en la *Taxonomía II*.

Ver al final de la NANDA Taxonomía II		
c	DOMINIO 4 ACTIVIDAD/REPOSO Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos	<u>Clase 1: Reposo/sueño</u> Sueño, descanso, tranquilidad o inactividad a) De privación de sueño b) Disposición para mejorar el sueño ← e c) Insomnio
	d →	<u>Clase 2: Actividad/ejercicio</u> Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia a) Riesgo de síndrome de desuso b) Deterioro de la movilidad física c) Deterioro de la movilidad en la cama d) Deterioro de la movilidad en silla de ruedas e) Deterioro de la habilidad para la traslación f) Deterioro de la capacidad de ambulación g) Déficit de actividades recreativas h) Retraso en la recuperación quirúrgica

Cuadro 6.13 Listas de resultados sugeridos y de resultados opcionales de la NOC.

RESULTADOS ESPERADOS		
1	LIMPIEZA INEFICAZ DE LA VÍA AÉREA	Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables
RESULTADOS SUGERIDOS ← 2 → RESULTADOS OPCIONALES		
2.1	• Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias • Estado respiratorio: ventilación • Prevención de la aspiración • Respuesta de la ventilación mecánica: adulto	• Autocontrol del asma • Cognición • Nivel del dolor • Control de síntomas • Control del riesgo: consumo de tabaco • Estado neurológico • Estado respiratorio: intercambio gaseoso • Nivel de ansiedad • Resistencia • Respuesta al destete de la ventilación mecánica • Severidad de la infección

responder con el juicio establecido en su diagnóstico de enfermería (cuadro 6.14).

5. Al seleccionar el indicador, éste le proporcionará la escala de medición tipo Likert, la cual le será de utilidad para determinar la puntuación diana del resultado (cuadro 6-14).
6. La primera puntuación diana, denominada “Mantener a _____”, se refiere al valor que emitirá (que le proporciona la escala Likert) al inicio de su valoración de acuerdo con el estado en el que se encuentre el paciente. La segunda, denominada “Aumentar a _____”, alude a la puntuación que emitirá al finalizar las intervenciones, por tanto, la puntuación diana le permite medir el estado inicial y final de salud del paciente durante su plan de intervención (cuadro 6-14).

Recuerde que el criterio para otorgar valor a la puntuación diana va de 1, que es lo más crítico o menos deseado, hasta 5, que es lo óptimo o lo que más se desea.

A manera de ejemplo considere lo siguiente: posterior a la valoración de enfermería, se identifica que la persona presenta secreciones abundantes y sonidos respiratorios tipo estertores, el diagnóstico que se determina es la **limpieza ineficaz de la vía aérea**, por tanto, la selección del resultado será estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias, como se muestra en los cuadros 6.13 y 6.14.

A fin de seleccionar el resultado se deben considerar:

- Los factores relacionados y las características definitorias del diagnóstico.
- Las características que presenta la persona, las cuales pueden afectar al resultado.
- La asociación entre los resultados y el diagnóstico de enfermería.
- Las condiciones de la persona, familia o comunidad.

Los indicadores deben ser observables, medibles y realistas con la situación de la persona, familia o comunidad, así como de la infraestructura de la unidad médica.

Planificación de las intervenciones

Una vez que se ha determinado cuáles son los resultados esperados de acuerdo con el problema identificado, se procede a establecer el plan de intervenciones y las actividades que se llevarán a cabo para lograr los objetivos planteados. Esta determinación se hace con base en la NIC, la cual ofrece identificar las intervenciones de enfermería que le ayudarán a mejorar y mantener la salud de los individuos en cualquier área de intervención del profesional de enfermería (figura 6.5).

¿Cuál es la mejor manera de seleccionar una intervención de enfermería con sus actividades? Existen diferentes formas de identificar una intervención de enfermería:

- a) **Por orden alfabético.** Si conoce el nombre de la intervención y se desea ver la lista completa de actividades y su bibliografía.
- b) **Taxonomía NIC.** Si se desean identificar intervenciones relacionadas con áreas temáticas concretas.

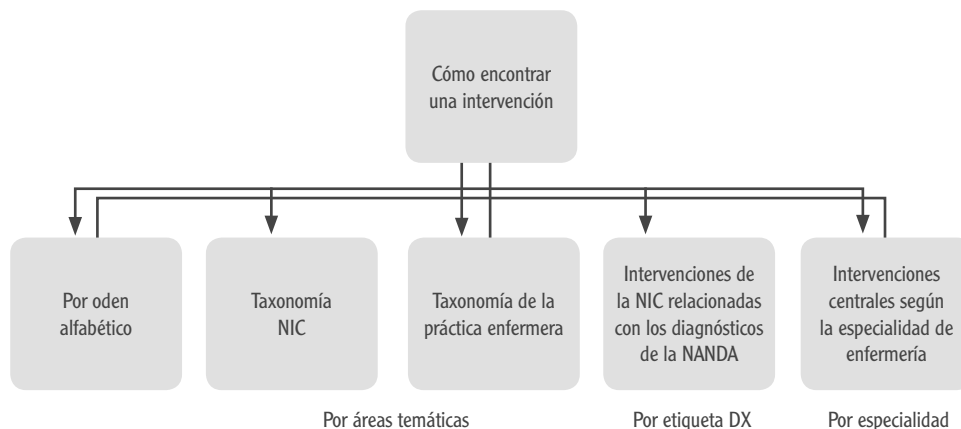


Figura 6.5 Establecer el plan de intervenciones y las actividades relacionadas.

- c) **Taxonomía de la práctica enfermera.** Una segunda opción para localizar intervenciones relacionadas por áreas temáticas.
- d) **Relaciones con los diagnósticos de la NANDA.** Si se dispone de diagnósticos de la NANDA y se desea tener una lista de intervenciones sugeridas, entonces se considera la etiqueta diagnóstica para realizar la búsqueda (ésta es la forma que se emplea en el HGM).
- e) **Intervenciones centrales según la especialidad de enfermería.** Si se está diseñando un curso o sistema de información para un grupo concreto de especialistas, ésta es la mejor opción.⁵

A fin de llevar a cabo la selección de las intervenciones y sus respectivas actividades se debe remitir a la cuarta parte del libro *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* denominada “Intervenciones de la NIC relacionadas con los Diagnósticos de la NANDA” (parte posterior del libro), en la quinta edición se deberá hacer la búsqueda en la sección denominada Taxonomía de las intervenciones de enfermería (segunda parte) o intervenciones centrales según especialidades de enfermería (cuarta parte); los pasos a seguir son:

1. Localice en esta sección del libro de la NIC la etiqueta diagnóstica ya seleccionada.
2. Si se utiliza la 4a. edición, una vez identificada la etiqueta diagnóstica, seleccione la intervención de enfermería sugerida u opcional. Esta clasificación también proporciona una lista de intervenciones sugeridas y una de intervenciones opcionales.
3. Cuando se ha seleccionado la intervención adecuada se debe llevar a cabo su búsqueda por orden alfabético en la tercera parte del libro que se denomina “Clasificación”.
4. Por último, seleccione las actividades específicas según sea el caso.

Cuadro 6.14 Pasos a seguir para establecer el resultado esperado, indicador, escala de medición y puntuación diaria.

ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD DE LA VÍA RESPIRATORIA						
Dominio: salud fisiológico (II)		3				
Clase: Cardiopulmonar						
Definición: Vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire.						
Puntuación Diana:	Mantener a: 2		Aumentar a: 4			5
INDICADORES	Gravemente comprome- tido	Sustan- cialmente comprome- tido	Moder- damente comprome- tido	Levemente comprome- tido	No comprome- tido	No aplica
Facilidad respiratoria	1	2	3	4	5	N/A
Frecuencia respiratoria	1	2	3	4	5	N/A
Ritmo respiratorio	1	2	3	4	5	N/A
Movilización del esputo hacia afuera de la vía aérea	1 4	2	3	4	5	N/A
Eliminación de obstáculos de la vía aérea	1	2	3	4	5	N/A

A manera de guía y siguiendo el ejemplo supracitado, la etiqueta diagnóstica es “limpieza ineficaz de las vías aéreas”, por tanto, los pasos a seguir son los que se esbozan en los cuadros 6.14 a 6.16.

Ejecución

Etapas que se lleva a cabo una vez terminada la planeación de los resultados e intervenciones de enfermería con base en los diagnósticos determinados a través de la valoración.

La etapa de ejecución se divide en pasos, que se detallan de la siguiente manera (figura 6.6).

Preparación. Antes de elaborar un plan de cuidados se debe **revisar** que las actividades coincidan con las necesidades, respuestas humanas y características del usuario, además de que deberán ser compatibles con las intervenciones de los otros profesionales de la atención a la salud. Llevar a cabo un **análisis** del nivel de conocimientos, habilidades y capacidades que se requieran para realizar la actividad planeada, en caso de considerar cierta limitación, es indispensable solicitar asesoría. Identificar **complicaciones**, que se pueden presentar al momento de ejecutar cada actividad de

Cuadro 6.15 Pasos a seguir para establecer la etiqueta diagnóstica es “limpieza ineficaz de las vías aéreas” (1).

Intervenciones de enfermería	
1	LIMPIEZA INEFICAZ DE LA VÍA AÉREA Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables
INTERVENCIONES SUGERIDAS	INTERVENCIONES OPCIONALES
2.1 → • Administración de medicamentos: inhalación 2.1 → • Aspiración de la vía aérea • Ayuda a la ventilación • Cambios en la posición • Destete de la ventilación mecánica • Etcétera.	• Apoyo emocional • Control de las infecciones • Cuidados al drenaje torácico • Cuidados en la emergencia • Etcétera

enfermería, por tanto, es importante prevenirlas. Reunir el **material y equipo** necesarios para ejecutar de manera adecuada cada intervención. Fomentar un **ambiente agradable** y, sobre todo, **cómodo** y **seguro** para el usuario durante la realización de cada actividad.

Intervención. Se deben realizar las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes o de colaboración planeadas, esto incluye determinar las capacidades de la enfermera para llevar a cabo los cuidados y con ello lograr los objetivos establecidos, considerando la capacidad física, psicológica y personal del usuario durante la ejecución para que éste participe. En este sentido, se deben revalorar en forma constante las respuestas humanas y la evolución del problema de salud del paciente,

Cuadro 6.16 Pasos a seguir para establecer intervenciones y actividades de enfermería (Sección del libro NIC, 4a. edición, denominada Clasificación; puntos 3 y 4).

3	ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS
Definición: Extracción de las secreciones de la vía aérea mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y/o tráquea del paciente	
ACTIVIDADES: • Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración • Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración • Seleccionar un catéter de aspiración de acuerdo con el diámetro correspondiente • Aspirar la nasofaringe con una sonda de aspiración • Limpiar la zona después de terminar con la aspiración • Etcétera	

4



Figura 6.6 Algunas maneras de identificar una intervención de enfermería.

para replantear, si es necesario, el plan de intervención e incluso los propios diagnósticos de enfermería, aplicando el pensamiento crítico.

Documentación. Esta parte se refiere al registro que debe realizar la enfermera en los formatos de registros clínicos de enfermería. Es preciso puntualizar que las notas de enfermería tienen un carácter de tipo legal, por lo que deben realizarse en la forma más completa, especificando una a una las actuaciones de enfermería con el paciente, esto es, las intervenciones de tipo independiente y las interdependientes o de colaboración. Como es sabido, las notas deben ser completas, claras, sin tachaduras ni borrones, legibles y verídicas. Por otra parte, también es preciso recordar que entre los objetivos de los registros clínicos de enfermería se encuentran: mantener la comunicación entre pares y equipo de salud, generar investigación, informar, mantener un registro histórico y que se dirija hacia la mejora de la calidad de los cuidados.¹⁰

Evaluación

En esta etapa se evalúa el proceso de cuidados en su totalidad con la finalidad de establecer su efectividad y determinar las conclusiones. Este proceso evaluativo permi-

te a la enfermera replantear correcciones durante la asistencia o la práctica. Las tres posibles conclusiones a las que se arriba son las siguientes:

- El paciente alcanzó los resultados esperados.
- El paciente está en proceso de lograr los resultados esperados y puede conducir a replantear otras actividades que coadyuven al logro de los objetivos.
- El paciente no logró los resultados esperados y quizá no lo consiga.

En este caso la recomendación es llevar a cabo una nueva revisión de los problemas detectados, de los resultados esperados, de las intervenciones de enfermería y las actividades efectuadas. Por tanto, es preciso considerar que el proceso de atención es cíclico y permanente, por lo que la actividad de evaluación debe llevarse a cabo no sólo al final, sino en cada etapa del proceso.

Conclusión

El uso de las taxonomías es una herramienta útil que genera y desarrolla la capacidad de análisis y reflexión en el profesional de enfermería; además, le permite la toma de decisiones para dar solución a los problemas de salud y respuestas humanas identificadas, emitir juicios y brindar cuidados de calidad, previo a realizar una planeación efectiva de resultados e intervenciones de enfermería.

La vinculación taxonómica genera en las diferentes áreas de aplicación (hospitalarias, comunitaria, investigativa y docencia) cambios favorecedores como: actitud positiva, calidad en el cuidado otorgado, crecimiento institucional, desarrollo profesional, proyección y reconocimiento dentro de las áreas de la salud, en el gremio un liderazgo proactivo; así como la implementación de programas informáticos de gestión de cuidados que estandaricen e individualicen el cuidado (indicadores de cuidado), ejecución de procesos de mejora continua.

De igual forma, se puede decir que facilita el trabajo, forja calidad en el registro clínico de enfermería, crea apertura en la comunicación interpersonal y profesional, evita duplicidad de los cuidados otorgados, favorece la evaluación, mantiene el desarrollo competitivo hacia la autonomía. Respecto de la sociedad, genera cambios ideológicos, rompiendo esquemas y paradigmas que se han forjado a lo largo de la historia de la profesión, lo que garantiza ganarse un estatus y la confianza de la sociedad a la que se atiende.⁸

Referencias

1. Redacción Evidentia. IV Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia. NANDA-NIC-NOC "De la perplejidad a la generación de conocimiento". Consenso de congresos. *Evidentia*. 2007 mar-abr; 4(14). Consultado el 8 de marzo de 2010 en: <http://www.index-f.com/evidentia/n14/341articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
2. **Johnson M, Bulechek GM, Butcher H, Maas ML, McCloskey Dochterman J, Moorhead S.** *Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2a. ed. 2006.
3. NANDA Internacional. *Diagnósticos Enfermeros -Definiciones y Clasificación 2007-2008*, Elsevier. España. pp. 149, 344, 345.
4. **García H AM.** *NANDA North American Nursing Diagnosis Association*. Desde su Nacimiento Hasta Nuestros Días. *Rev. de Enfermería*, No. 0. p. 24. Agosto 2007.
5. **McCloskey JC, Bulechek.** *Clasificación de Intervenciones de Enfermería. NIC*. 4a. ed. Madrid: Mosby Elsevier. p. 3, XXXIX. 2005.
6. **Flores Martín JA.** Creación de una Web de ayuda a la decisión en la creación de planes de cuidado. Candidatura premio SEEI 2008. Consultado en: http://www.seei.es/premios/nanda_es.pdf
7. **Moorhead S, Johnson M, Maas M (Eds).** *Clasificación de Resultados de Enfermería NOC*. 3a. ed. Mosby Elsevier. Madrid, 2005.
8. **Álvarez Rodríguez T, Fernández Lamelas MA, Álvarez Aragón F, López Vale C, Lago Lemos A.** *Asumiendo competencias desde la aplicación NANDA, NIC, NOC en la práctica clínica*. *Enfermería Global* No. 10. pp. 1-7. Mayo 2007.
9. **Oreja Vázquez M, Alegre De Vega C.** *Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Metodología Enfermera. A propósito de un caso*. *Norte de salud mental* no. 31. p. 20-21. 2008.
10. **Rodríguez S, Bertha A.** *Proceso Enfermero. Aplicación Actual*. 2a. ed., editorial Cuéllar. Guadalajara, Jal. México. pp. 36, 89 y 90.
11. **Berdayes Martínez D, Rivera Michelena N.** *El proceso de atención y el diagnóstico de enfermería. ¿una proyección didáctica?* *Rev Cubana Educ Med Super* 14(3). pp. 230-35. 2000.

Metodología para la implementación de modelos de atención de enfermería

María de Jesús Posos González ■■
Sara Esther Téllez Ortiz ■■

*El futuro pertenece a los atrevidos, a los que se arriesgan,
rompen reglas y crean otras nuevas.
El futuro pertenece a los que aprovechan la posibilidad de crearlo.*
Funky Business ■■

Introducción

Como se ha revisado en capítulos previos, el cuidado está presente de forma permanente en la historia de la humanidad, ya que es la garantía para la continuidad de la especie humana. Con el tiempo, el concepto de *cuidado* se ha diferenciado, y de percibirse como una actividad empírica, se convirtió en un concepto que implica responsabilidad profesional, al grado de concebirse como el objeto de estudio y la esencia de la enfermería.

En Latinoamérica, Norteamérica y Europa, se implementan modelos de cuidados, contruidos, algunos, a partir de la concepción del cuidado; en otros casos, para determinar la relación entre *cuidado, persona, salud y enfermería*, cuatro conceptos que conforman el que hasta ahora se considera metaparadigma de la ciencia de enfermería, propuesto por Fawcett,¹ y que soportan su desarrollo en el ámbito disciplinar y profesional.

La concepción de *enfermería* también se ha modificado con la evolución de los conceptos que conforman el marco de referencia que antes se señaló. Estos cambios se ven reflejados en los diferentes modelos de enfermería, que en función de cómo interrelacionan y expresan los cuatro conceptos, proponen distintas formas de orientar la práctica profesional.

Los modelos inician su desarrollo a partir de las propuestas que elaboró Florence Nightingale, pero no es sino hasta el decenio de 1950-1959 (apenas hace 60 años), que inician su verdadero desarrollo como resultado de los trabajos de maestría y doctorado de las estudiosas de enfermería, quienes iniciaron la verdadera construcción teórica de la disciplina. Como consecuencia, emergió una cantidad considerable de modelos conceptuales y teorías de enfermería, que desde la concepción y contexto de sus creadoras definen la disciplina y explican su razón de ser, sus principios científicos y filosóficos, así como sus valores. Con su aplicación, se expandieron al grado de convertirse en la base científica para el desarrollo de teorías de mediano alcance, creadas con la intención de operacionalizar conceptos de áreas muy específicas del cuidado, para facilitar su aplicación en la práctica.²

Ya en el terreno de la práctica, cuando ésta se lleva a cabo con pleno conocimiento de los principios científicos y filosóficos que la sustentan, entonces se puede asegurar que es autónoma y de calidad, además de dar sustento a la validación del conocimiento teórico. Estos principios se ven reflejados en el quehacer profesional, y como consecuencia, en la actitud que los profesionales de la enfermería adoptan frente a cada una de las situaciones que se les presentan, al identificar los beneficios de esta relación para el cuidado del paciente, la familia, y para el propio crecimiento personal, lo que lleva consigo la mejora de la calidad del cuidado en los diferentes escenarios. Por otra parte, al unificar criterios frente a la interpretación de las situaciones de cuidado se favorece la aplicación del proceso de enfermería, y con esto la comunicación entre los profesionales.³

Con las bases anteriores, es factible considerar que implementar un Modelo de Atención de Enfermería (MAE), o un modelo de cuidado, engloba hacer uso de un conjunto de conocimientos que califican y perfeccionan la *praxis* de la enfermería.⁴ Es por ello que en este capítulo, con base en la experiencia en el Hospital General de México (HGM) —en donde se implementan otros modelos desde el año 2002, con la obtención de resultados satisfactorios—, se proponen las etapas que sistematizan su desarrollo y aplicación, a saber, planeación prospectiva, desarrollo, implementación y evaluación. Así se describen las estrategias y metodología para su implementación, ya que en la bibliografía consultada, así como en una exhaustiva revisión del desarrollo de este tipo de trabajos en México y otros países, no se especifica su metodología ni su instrumentación, pese al gran trabajo que se ha realizado en países como EUA, España y Canadá, entre otros.

Metodología para la implementación

A fin de implementar un modelo de cuidados es necesario realizarlo a través de una metodología; esto es, desarrollar una serie de criterios y decisiones que organiza de forma global el logro de los objetivos trazados.

La metodología es la parte conceptual o explicativa de cómo se realizará este proceso; en otras palabras, la manera como se describe la realización de algo, y la instrumentación o el medio, constituyen el método. Entonces, un modelo conceptual se

define como un conjunto de abstracciones relativas y conceptos generales que orientan el fenómeno central de interés de la disciplina.⁴

La implantación de MCE en una institución de salud, sea pública o privada, implica no sólo tomar en cuenta los puntos ya mencionados, sino también otros aspectos, como la estructura organizacional —pilar que brinda el soporte, la seguridad, la fortaleza y la oportunidad para llevar a cabo dicho proyecto—. Asimismo, se sugiere tomar en cuenta aquellos factores que impulsan el cambio, como la cultura corporativa, en la que los valores, la misión, la visión, la normatividad, el compromiso, involucramiento y las políticas, juegan un papel determinante para promover el cambio planeado, es decir, de una situación en donde se retoman estructuras, procedimientos, comportamientos, actitudes, etc., para adquirir otras que permitan la adaptación al nuevo escenario de la enfermería, y lograr que faciliten la eficacia y la efectividad de la ejecución de las acciones.⁵

El cambio planeado implica, entre otras circunstancias, que el personal gerente de enfermería impulse, estimule y guíe a aquellos que operarán el modelo de cuidados; hacer énfasis en el dominio del conocimiento, en la capacidad de una comunicación efectiva y resolución de problemas; la habilidad en la toma de decisiones, en ejercer su liderazgo para conducir al personal a su cargo hacia el cumplimiento de los objetivos; la inteligencia para gestionar los resultados planeados, la actitud de servicio y de generar un clima laboral responsable, comprometido y armónico; aprovechar cada una de las áreas de oportunidad de mejora para el cumplimiento de la meta. Sin embargo, es importante tomar en cuenta todas y cada una de las habilidades que el gerente de enfermería deberá desarrollar y aplicar.⁵

De esta manera, habrá seguridad de que, desde la perspectiva de una “organización” de salud, la institución está en la posibilidad de considerar que cuenta con los elementos organizacionales necesarios para llevar a cabo el objetivo de implementación de los MCE que les permitan sistematizar científicamente el cuidado, aplicando modelos conceptuales, teorías o microteorías de enfermería, a través de la metodología propia de la disciplina, que es el Método de enfermería o Proceso de atención de enfermería.

En la implantación de un modelo de cuidados es preciso establecer los objetivos, los cuales es necesario considerar que deben tener una razón de ser, ya que el cambio no se propone por el hecho de cambiar, sino que tiene que estar bien definido, delimitado y aceptado.

Entre los objetivos propuestos cabe mencionar los siguientes:

- Estimular el conocimiento y el desarrollo de enfermería, que favorezca un cuidado diferenciado y específico.
- Mejorar la calidad del cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad.
- Sistematizar el cuidado de enfermería, al proporcionar un trato individualizado, eficiente y oportuno.
- Estandarizar la atención de enfermería a través de planes de cuidados que permitan el logro de los objetivos y las metas de recuperación, bienestar y calidad de vida de las personas o grupos que presentan alteraciones de salud.

- Verificar la seguridad y satisfacción de la persona de cuidado.
- Impulsar el desarrollo y aplicación del pensamiento crítico.
- Favorecer en el profesional de enfermería la autonomía de acción.
- Ubicar los valores éticos y morales inherentes a la práctica clínica de enfermería.
- Satisfacer las necesidades básicas y/o problemas de salud de la persona, familia o comunidad sana o enferma.
- Considerar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, culturales y ambientales que afectan el desarrollo y el mantenimiento de la salud y bienestar de los seres humanos.
- Estructurar e implementar formatos de registros clínicos de enfermería, basados en modelos de cuidados.
- Identificar la importancia y mejorar la calidad de los registros clínicos de enfermería.
- Mejorar la productividad del profesional de enfermería, a través de la excelencia en el cuidado.
- Motivar y colaborar en el desarrollo profesional de la enfermería.
- Fortalecer el conocimiento disciplinar de la enfermería, en consecución de autonomía, visión del cuidado profesional y de la práctica independiente.
- Impulsar al profesional de enfermería a involucrarse en los nuevos escenarios de la práctica.
- Involucrar al profesional de enfermería en la planeación del cambio.

La lista podría ser interminable, pero el propósito es dar una idea global de la necesidad de establecer objetivos bien definidos a fin de determinar, al momento de la evaluación, si éstos se lograron en su totalidad, sólo en forma parcial o si definitivamente no se lograron, de modo que así será posible establecer programas de mejora continua o mantenimiento de la calidad alcanzada.

Fases de implementación

Fase de planeación

Para la implementación de un modelo de cuidados se requiere, al menos, de tres fases: planeación, implantación y evaluación (cuadro 7.1).

El primer paso es *planear para planear*. En esencia, planear consiste en evaluar dónde se encuentra la organización en el momento presente y decidir dónde debe estar en el futuro y cómo llevarla allá.⁶ En esta parte es donde se aplica una gran responsabilidad de la alta dirección y del equipo coordinador, para demostrar y sustentar la importancia y el impacto que tendrá el proyecto en beneficio de mejorar la práctica profesional de enfermería, la satisfacción y seguridad de la persona, familia o comunidad, y el proceso de cuidado que brinda el profesional de enfermería.

Los objetivos de la planeación deben considerar elementos como: factibilidad, recursos, comunicación, coordinación, adaptación a un entorno cambiante, objetivos realistas, metas, misión, visión, políticas, tiempos de cumplimiento, responsables, etcétera.

Cuadro 7.1 Fases del Modelo de cuidados.



En esta parte es importante tomar en cuenta que la Planeación estratégica se traduce como el esfuerzo sistemático y formal, en este caso de la institución de salud, para establecer sus metas organizacionales, propósitos, objetivos, políticas y el desarrollo de planes para implementar las estrategias, que le permitan lograr los fines planteados. También es un proceso para decidir de antemano qué tipo de esfuerzos de planeación deben hacerse, cuándo y cómo deben realizarse, quién los llevará a cabo, y qué se hará con los resultados. La planeación estratégica es sistemática, en el sentido de que es organizada y conducida con base en una realidad entendida.⁷

Conformación de un equipo de trabajo

Se sugiere que para la planeación, implantación y evaluación de MAC se tomen en consideración los siguientes aspectos:

- Los directivos de enfermería u homólogos de cada institución deberán participar activamente en la planeación e impulso del proyecto, para asegurar una gestión efectiva a través de un cambio planeado, que dará como resultado beneficios para una práctica de enfermería libre de riesgos y en pro de la calidad de los servicios de salud (cuadro 7.2).
- Conformar un grupo de trabajo capaz de liderar, y coordinar la elaboración y aplicación del proyecto; de no contar con este equipo de trabajo, se recomienda establecer un vínculo entre las instituciones de salud y/o educativas que tengan la experiencia en dicha implantación.
- El número de integrantes dependerá de la decisión de los directivos de enfermería u homólogos, y del tipo y magnitud de la institución en donde se pretenden implementar los modelos de cuidados (demanda de atención, número de camas, total de personal de enfermería, entre otros).
- Los directivos de enfermería u homólogos definirán las funciones del equipo efectivo de trabajo o equipo coordinador encargado de planear, implantar y

Cuadro 7.2 Perfil de los miembros del grupo de trabajo.

Perfil de los miembros del grupo	
• Profesionales de enfermería formados y capacitados en aspectos teóricos y metodológicos, con el poder del conocimiento como herramienta de batalla y competencia • Capacidad de construir estrategias o alternativas de cambio futuro que permitan crear las condiciones de gestión del conocimiento, para abonar el terreno deseado y cumplir con los objetivos planeados • Capacidad de desarrollar escenarios futuros y cultura de trabajo en equipo, para integrar a los diferentes departamentos o unidades como parte de un todo, bajo la visión de la cultura organizacional de la institución • Cualidades como visión prospectiva, entusiasmo, imaginación, dinamismo y valores, entre otros	 • Capacidad de organizar, gestionar y conseguir los recursos necesarios para llevar a cabo el proyecto • Sentido de pertenencia con la misión y visión institucionales • Capacidad de movilizar a intelectuales para el cumplimiento de la meta

evaluar el éxito de la implementación de dichos modelos de cuidados de enfermería.

Diagnóstico situacional (o análisis situacional)

A fin de lograr lo anterior y como parte de la planeación estratégica, se requiere llevar a cabo un diagnóstico situacional que permita a los gerentes y autoridades de la institución saber en qué condiciones se encuentran las áreas de interés. Dicho diagnóstico se refiere al análisis de datos pasados, presentes y futuros, que proporcionan una base para seguir el proceso de la planeación estratégica.

Uno de los principales objetivos consiste en identificar y analizar las tendencias, fuerzas y fenómenos que tienen un impacto potencial en la formulación e implementación de estrategias en un servicio, unidad o institución donde se planea un cambio, tomando en cuenta el macroambiente y el microambiente de la organización en cuestión, ya sea en un medio hospitalario o comunitario.⁸

En la búsqueda de referentes bibliográficos no se encontró una opinión universal acerca del contenido de un análisis de situación; sin embargo, como resultado de la experiencia se determinan algunos puntos, mismos que se muestran en el cuadro 7.3, que hasta el momento ofrecen buenos resultados.

Implícitos en el diagnóstico situacional se encuentran los elementos de estructura, elementos sustantivos y elementos de proceso, los cuales se describen en la Planeación de la implementación (figura 7.1).

Cuadro 7.3 Diagnóstico o análisis situacional en la implementación de los modelos de cuidados de enfermería.

Diagnóstico o análisis situacional
Introducción
Breve introducción del contenido del diagnóstico o análisis situacional.
Justificación
Descripción del panorama general de la situación, referente al método de trabajo de la profesión de enfermería que actualmente se desarrolla en la institución, así como el impacto en el cliente y lo que se pretende al obtener la información arrojada.
Antecedentes históricos
Descripción de los antecedentes históricos sobre la implementación de modelos de atención o cuidados y el método de enfermería en la institución y en otras instituciones de salud.
Marco jurídico
Mencionar de manera breve la normatividad que rige a la empresa como institución de salud, entre ellas las normas oficiales que le proporcionan el marco jurídico referente a la atención de la salud del individuo, familia o comunidad.
Objetivo
Son las acciones destinadas a conseguir el propósito y la meta del proyecto, guiada por la política y filosofía institucional, en donde la alta dirección es el principal actor, impulsando al personal a la consecución de los objetivos.
Misión
Es la meta a conseguir, que exprese el propósito; ésta puede ser de un área, unidad, servicio o institución en donde se aplicará el modelo de cuidados.
Visión
Es una imagen mental basada en el poder de la imaginación para ver algo que no es visible en la realidad. Al realizar la planificación estratégica, la visión prospectiva se plantea como el futuro deseado. En sí, es la filosofía que expresa una declaración de las creencias y valores que orientan el trabajo del equipo, del proyecto y la institución.
Valores
Representan la valía, la utilidad o la importancia de algo dentro de la institución, por eso los directivos de enfermería u homologos, y el personal a cargo del proyecto, deben determinar en qué consisten sus valores institucionales, para establecer acciones compatibles con ellos, ya que la visión es un instrumento de planificación que sustenta el sentido de pertenencia y la cultura organizacional del equipo de trabajo, que los guía hacia donde quieren llegar.
Factores humanos, físicos y materiales
El factor humano con el que cuenta la organización o la institución en plantilla, es sumamente importante para determinar los objetivos y la meta del cambio.
En esta sección se debe analizar la fortaleza que posee la fuerza laboral para el cumplimiento de la meta, como conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos. No olvidar el indicador “enfermera-paciente”.

(continúa)

Cuadro 7.3 Diagnóstico o análisis situacional en la implementación de los modelos de cuidados de enfermería. (Continuación)

Diagnóstico o análisis situacional
Factores humanos, físicos y materiales Factores físicos: áreas físicas en donde se provee el cuidado, además de las que se requieren para llevar a cabo las estrategias de planeación, implantación y evaluación. Factores materiales: la disposición de aquellos recursos materiales que apoyen el desarrollo del proceso de cuidado, y los requeridos para la implementación del modelo de cuidados.
Matriz FODA El análisis FODA o análisis DAFO (SWOT [<i>strengths, weaknesses, opportunities, threats</i>]) es una metodología de estudio de la situación competitiva de una empresa o institución en su mercado, y de las características internas de la misma, a efecto de determinar sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. La situación interna se compone de dos factores controlables: fortalezas y debilidades, mientras que la situación externa se compone de dos factores no controlables: oportunidades y amenazas.⁵ Estos componentes están determinados por su correspondiente combinación de factores, que exigen una cuidadosa consideración para marcar el rumbo de la organización y que, además, deberá asumir el futuro deseable. En este punto se obtienen resultados de la fuerza laboral, eficiencia y clima organizacional, costos implicados y beneficios esperados, entre otros.
Estrategias, líneas de acción e indicadores Es el conjunto de intervenciones a gestionar y desarrollar, para el cumplimiento del objetivo; en este caso para la implementación del modelo de cuidados.

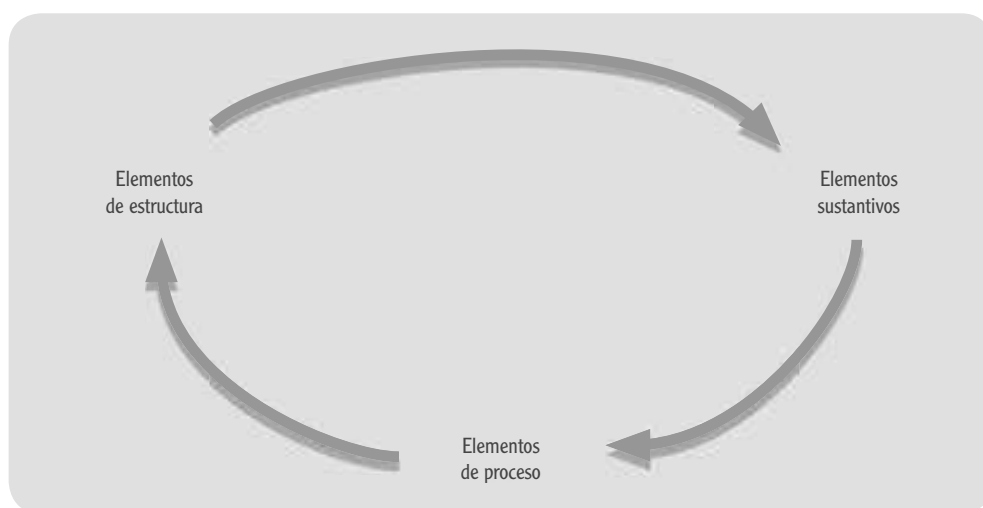


Figura 7.1 Contenido de un análisis de situación.

Planeación de la implementación

Una vez que se determina cuál es la situación en la que se encuentra el área de enfermería (quién es y cómo está) en el sistema general de la institución de salud en la que se pretenden implementar los modelos de cuidados, y de haberse realizado las medidas pertinentes para resolver los problemas o situaciones organizacionales identificadas en el diagnóstico situacional, que pudieran impedir su implementación, entonces se debe llevar a cabo la Planeación de la implementación.

A fin de lograr lo anterior es importante que las personas involucradas tengan un amplio conocimiento de lo que tiene en mente la alta gestión y cómo operará el sistema. Por otra parte, en la planeación estratégica deben contemplarse los elementos de estructura, los sustantivos y los de proceso.

Elementos de estructura

Los elementos de estructura son los cimientos que le dan fortaleza y seguridad al proyecto durante todo el proceso de implementación. El término *estructura* hace referencia a todos los atributos (materiales y organizacionales) relativamente estables del medio en el que se proporciona el cuidado (figura 7.2).⁵

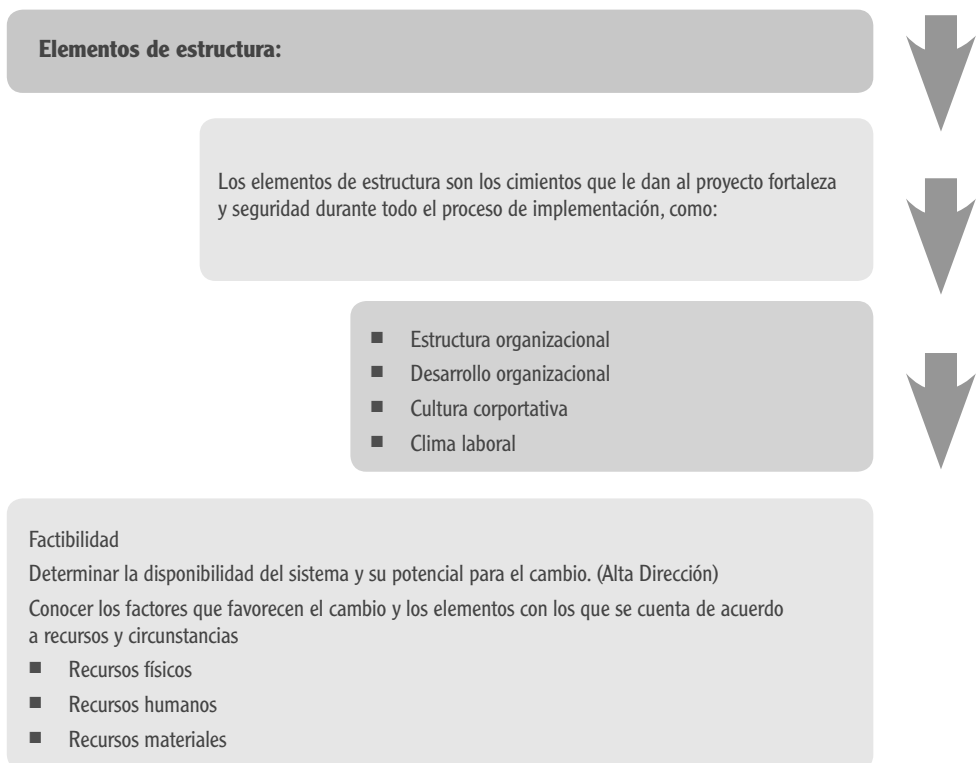


Figura 7.2 Elementos de estructura.

Elementos sustantivos

Son aquellos que permiten saber dónde y cómo se imparte el cuidado (figura 7.3). Implican hacer la transferencia de cada uno de los componentes de la estructura jerárquica del conocimiento al mundo real de la práctica; esto conlleva definir al usuario de cuidado, los medios en donde se lleva a cabo el cuidado, establecer la concepción de salud que guiará el cuidado y determinar el proceso metodológico para llevarlo a cabo.⁹

Elementos de proceso

Son aquellos que permiten comprender las acciones o etapas que se requieren para implementar una nueva forma de trabajo (figura 7.4).

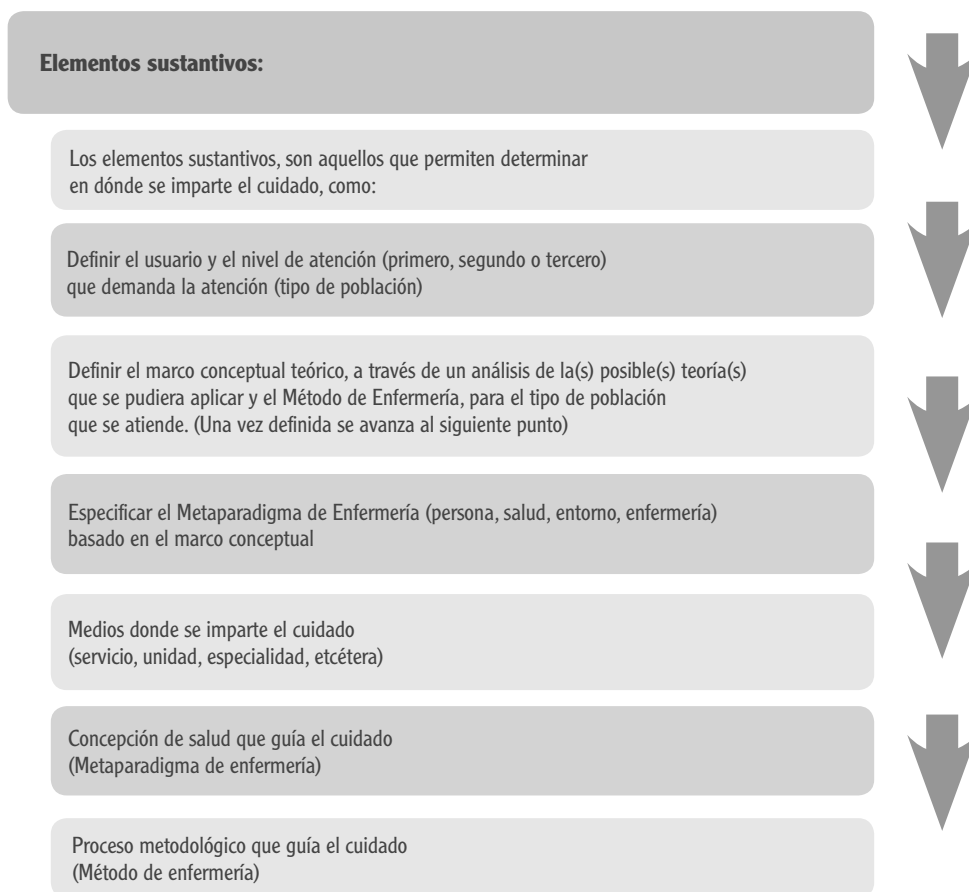


Figura 7.3 Elementos sustantivos.

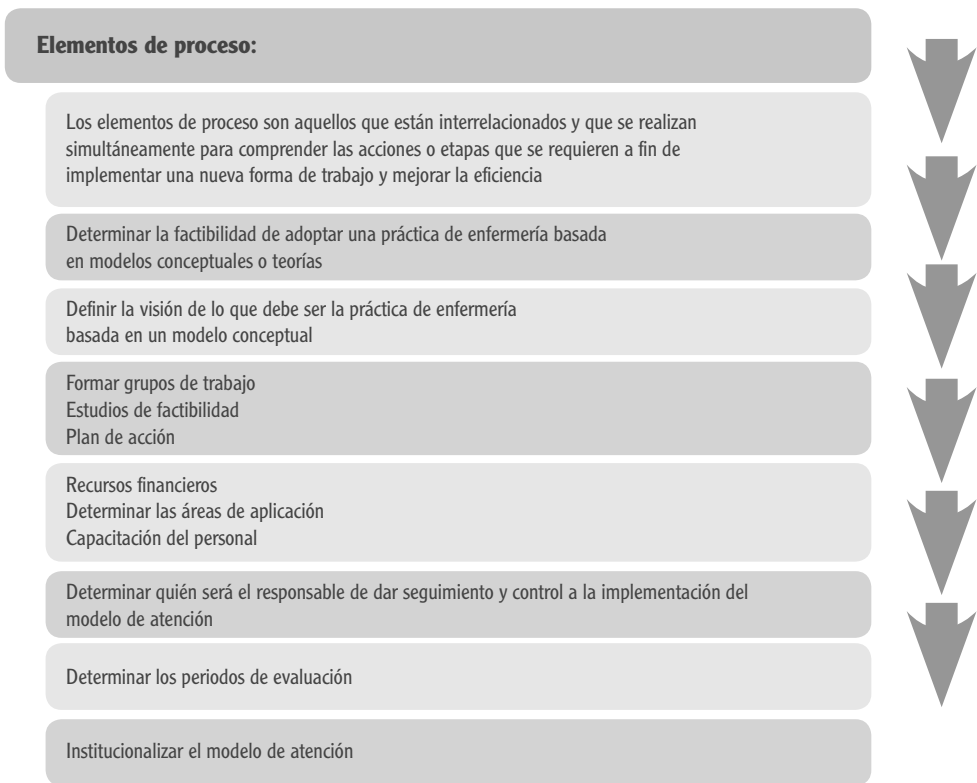


Figura 7.4 Elementos de proceso.

Fase de implementación

Capacitación

El objetivo es ayudar a los profesionales de enfermería a “aprender a aprender” de manera autónoma en esta cultura del cambio, lo que implica guiarlos a promover el **desarrollo de competencias cognitivas y personales**, mediante actividades críticas y aplicativas a través del pensamiento que, aprovechando la inmensa información disponible, colaboren a reconstruir su propio conocimiento.¹⁰

En esta etapa es importante que el equipo de trabajo establezca un programa de capacitación. Para planear su cumplimiento se deberá considerar el número de personal en plantilla y del área o áreas en donde se iniciará la aplicación del modelo de cuidados, la cantidad de personas que impartirán la capacitación, los recursos materiales y físicos que se requieren, y la disposición del personal en relación con la dinámica de trabajo que demanda el área en la que está asignado.

Es importante considerar que la capacitación debe llevarse a cabo en cascada, es decir, inicia con el grupo de la alta dirección de enfermería, sea que se les denomine subdirectora, coordinadores, supervisores y jefes de área, para dar continuidad con el personal operativo de las áreas de cuidado.

También es importante tomar en cuenta que existirán dificultades que es preciso afrontar y que son de carácter común cuando se pretende realizar un cambio de manera satisfactoria, como la resistencia al cambio, que no es más que la actitud poco o nada colaborativa de las personas involucradas; por tanto, el cambio planificado debe vencer ciertas resistencias, cuyas fuentes pueden ser muy diversas. Rodríguez señala que la resistencia al cambio proviene de:

- a) La necesidad de seguridad, de la cual Maslow demostró que se puede traducir en una preferencia a lo conocido, antes que a lo desconocido.
- b) Los intereses particulares que pueden verse amenazados.
- c) La falta de visión y claridad respecto de los eventuales beneficios del cambio.
- d) La inercia que hace preferible mantener un mismo ritmo antes que hacer un esfuerzo adicional por cambiarlo.
- e) Interpretaciones contradictorias respecto del cambio, sus alcances, objetivos, etcétera.
- f) La falta de recursos (un aspecto muy común en los servicios de salud), que puede hacer difícil o imposible mantener una innovación.⁷

Así pues, es preciso considerar que todo cambio efectivo es un cambio estructural y, al mismo tiempo, un cambio de actitud; por esta razón, se considera conveniente iniciar con el proceso de sensibilización al cambio, a través de informar al personal las razones para ello, lo que puede reducir después las resistencias, en especial cuando se sustentan y refuerzan las ventajas del cambio.

La comunicación honesta con el personal acerca de los cambios, el ofrecimiento de un esfuerzo específico, expresar la necesidad de la organización para afrontar la situación y reconocer sus contribuciones para la introducción de los cambios, pueden disminuir su resistencia. La finalidad no es sólo que asimilen el cambio en la metodología de trabajo, sino destacar el compromiso, estimular la disponibilidad, la actitud positiva, comunicación asertiva y el trabajo de equipo, entre otros valores, escarbar en su interior el sentido de pertenencia a su institución de trabajo.¹¹

Los cambios suponen comienzos, transiciones y conclusiones, por lo que las personas involucradas se sienten afligidas y amenazadas por algo que desconocen y cómo lo llevarán a cabo, así que pueden cursar por un proceso difícil o de duelo, en el que se pueden reconocer tres etapas: protesta, desesperación y reorganización, a las que el personal gerente deberá estar sensibilizado y considerar como un proceso normal.¹¹ La experiencia ha mostrado que ante una situación de este tipo, se altera el equilibrio, las personas insisten en recordar “viejos tiempos” y manifiestan su deseo de continuar realizando el antiguo trabajo, resistiéndose a las nuevas metodologías, por lo que se requerirá tiempo, paciencia y la aplicación de estrategias para favorecer el cambio.

Al respecto, el facilitador del conocimiento, en coordinación con los gerentes de enfermería, deberá desarrollar un trabajo entre grupos, con el único objetivo de guiar al equipo al cumplimiento de la meta.

La capacitación es un proceso educativo destinado a generar cambios de actitud y comportamiento. Previo al desarrollo del programa de capacitación, el equipo de trabajo, con base en la determinación de los elementos sustantivos, como ya se revisó

antes, deberá determinar la(s) teoría(s) y/o modelo teórico a adoptar en el modelo de cuidados y el área o unidad en la que se dará inicio la implementación, ya que este conocimiento deberá incluirse en el programa educativo.

El siguiente paso, entonces, es programar la capacitación. Es recomendable realizar poco a poco la capacitación, esto es, por etapas, debido a que se debe considerar que la demanda de los servicios de salud siempre es muy alta, lo que imposibilita en muchos de los casos llevar a cabo lo planeado, sobre todo si la institución es de grandes dimensiones; es por ello que además se deberá considerar en la planeación la cantidad de personal disponible para ello y el proceso de gestión en las áreas involucradas.

Indicadores empíricos: diseño de instrumentos (formatos de registros clínicos de enfermería e instructivos, estándares de la práctica, criterios de evaluación)

Formatos de registros clínicos de enfermería

Dado que un registro clínico es la comunicación por escrito de hechos esenciales para conservar la historia de los sucesos durante un periodo determinado acerca de la persona de cuidado,¹² es necesario tener en cuenta que los registros clínicos de enfermería, en la actualidad, forman parte esencial del expediente clínico. Dicho expediente es definido por la NOM-168-SSA1-1998, como el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud debe hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias en cualquier institución de salud, los cuales serán considerados como un documento médico-legal.¹³

El formato de registros clínicos de enfermería tiene como finalidad integrar en un solo documento el mayor número de datos recolectados acerca de las condiciones y/o necesidades de la persona de cuidado (valoración), los diagnósticos de enfermería que se derivan de la valoración, los objetivos del plan de intervenciones, las acciones llevadas a cabo para el logro de los objetivos trazados en la planeación, y la evaluación de los resultados logrados, deberán obtenerse y registrarse bajo la propuesta teórica que antes se estableció en el modelo de cuidados.

La metodología aceptada por la comunidad científica de enfermería, y que en la experiencia del trabajo realizado en el HGM dio buenos resultados, además de ser la recomendada por la Comisión Permanente de Enfermería en el Lineamiento General para Planes de Cuidados de Enfermería,¹⁴ es el Proceso de atención de enfermería que se conoce también como Método de enfermería (diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; figura 7.5); el cual por excelencia permite sistematizar el proceso de cuidado. Sin embargo, es decisión de los gerentes de enfermería y del grupo de trabajo de la institución su empleo; no obstante, es imprescindible adoptar una metodología ya que, como es sabido, el sustento teórico requiere por fuerza aplicarse a través de un método determinado.

Así, los registros clínicos de enfermería son un elemento de suma importancia en la práctica ya que requieren notable atención en su realización, puesto que a través de

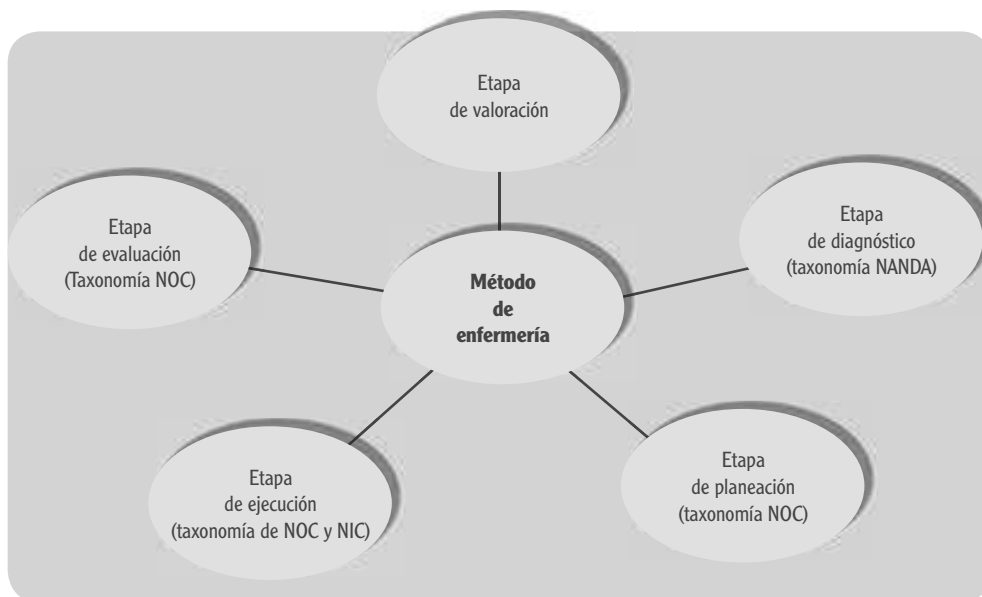


Figura 7.5 Etapas del Método de la enfermería.

ellos se documenta la planeación, ejecución y evaluación del logro de los objetivos del proceso de cuidado que provee enfermería, así como determinar si éste fue eficaz, veraz, eficiente y oportuno. Por tanto, en la reingeniería que se lleve a cabo con estos formatos se deben especificar los elementos sustanciales del modelo o teoría de enfermería, en cada una de las etapas del proceso de atención.

En el siguiente ejemplo se presenta un formato de Registros Clínicos de Enfermería, elaborado por el área de hospitalización del servicio de ginecoobstetricia, empleando el Método de enfermería para llevar a cabo el proceso de cuidados, de una manera ordenada, lógica y sistematizada. Se aplicó el modelo conceptual de Dorothea E. Orem, y se estableció como objetivo fundamental la adecuada valoración, planificación, ejecución y evaluación de los cuidados e intervenciones oportunos de enfermería; aplicando, a su vez, las tres taxonomías con las que se cuenta en la actualidad: diagnósticos de enfermería de la NANDA, clasificación de intervenciones (NIC) y de resultados esperados (NOC). El cuadro 7.4 presenta la etapa de valoración del servicio de ginecoobstetricia.

Estándares de la práctica

Los estándares son criterios para la práctica profesional; representan una medida descriptiva, específica y explicativa de lo que debe ser la enfermería. También proporcionan directrices del rol de la profesión, o establecen el desempeño mínimo y máximo aceptable de un servicio otorgado.¹⁵ Son de gran utilidad en la determinación del valor cuantitativo y cualitativo de la práctica, y pueden emplearlos todos los miembros

Cuadro 7.4 Etapa de valoración en el área de hospitalización del servicio de ginecoobstetricia.

FORMATO DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA: GINECO-OBSTETRICIA																											
Filtro				Hrs:		Admisión				Hrs:		Labor				Hrs:											
																Sí											
Paciente ginecológica:						Paciente obstétrica:						Caso médico legal				No											
FACTORES CONDICINANTES BÁSICOS																											
Nombre:								Edad:								Fecha:											
Expediente no.								Religión:								Estado civil:											
Nivel educ.:								Gpo. y Rh:								Peso:											
Talla:																											
Antecedentes familiares				Diabetes				Hipertensión				Obesidad				Cáncer				Cardiopatías							
				Otras:								Identidad															
Procedencia:				Domicilio				Otra inst.				Otro				Cuál:											
REQUISITO DESVIACIÓN DE LA SALUD																											
Antecedentes personales								Hipertensión				Obesidad				Cáncer				Diabetes							
Desviación de salud actual (Dx Médico)																											
Lleva control terapéutico				Sí				No				Comprende su estado de salud actual				Sí				No							
Consumo de drogas				Sí				No				Alergias:															
Limitaciones para el autocuidado								Movilidad en la cama				Baño				Uso del W.C.											
Antecedentes gineco-obstétricos								IVSA				No. P.S.				Menarca				FUM							
Enfermedades:				Condilomas				Herpes				Displacias				Otras:											
G				P				A				C				Embarazos ectópicos				Partos pretérmino				Óbitos			
REQUISITOS DE DESARROLLO (AGENTE OBSTÉTRICA)																											
DX Médico																				SDG							
Membranas:				Íntegras				Rotas				Hora:				Características:											
Borramiento:								Dilatación								Presentación:											
Amniorresis:								Hora:				B.P.D.				Hora:				Anestesiólogo							
TP efectivo								No efectivo								Tipo de pélvis											
Producto				V				M				Único				Múltiple				Observaciones							
REQUISITOS UNIVERSALES																											
Hora:																											
F/C																											
T																											
F/R																											
T/A																											
FCF																											
LAB/GAB				F:								A:								L:							
EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO																											
Horas																											
Dilatación cervical																											
Borramiento:																											
Contracciones				D																							
Uterinas								I																			

de la profesión, aportando un marco para la consecución de cuidados de calidad. Además, proporcionan una referencia a otros profesionales del equipo de salud, instituciones y cuerpos reguladores, de lo que se espera de la profesión de enfermería en los diferentes escenarios de cuidados.

Los estándares incrementan la responsabilidad de la profesión ante el público, mediante la articulación, el apoyo y la protección del derecho de los pacientes. A nivel ético, ayudan a asegurar una práctica basada en el código de ética de enfermería, de tal forma que concentran su atención en el comportamiento de los profesionales de enfermería.

Entre los estándares que pueden desarrollarse o adoptarse para fines del monitoreo y evaluación de la aplicación de modelos de cuidados, se pueden mencionar los de la aplicación de la metodología de enfermería, aunque también se pueden desarrollar estándares, como el de la comunicación, ética y valores humanos y, por supuesto, todos los que se relacionan con las prácticas de cuidados.

En el HGM se desarrollaron los estándares del cuidado de las áreas en donde se implementaron los modelos de cuidados, como cirugía general, medicina interna y ginecoobstetricia, entre otros. Tales estándares se modificaron con base en la propuesta de la Comisión Permanente de Enfermería para la realización de Planes de Cuidados Estandarizados (propuesta en la que el hospital colaboró para su desarrollo), por lo que se adoptó el formato propuesto. El cuadro 7.5 presenta un ejemplo de Plan de cuidados de enfermería estandarizado.

Elaboración de cédulas de evaluación

La finalidad es la construcción de instrumentos orientados a la evaluación, tanto de los elementos de proceso como de resultados, de acuerdo con el marco conceptual actual y con el enfoque evaluativo, analizando la coherencia entre aprendizajes esperados e indicadores de resultados.

Estas herramientas constituyen los instrumentos que mostrarán el desempeño, la productividad, eficiencia y aplicación del modelo de cuidados, y deberá estar implícito en ellos la intencionalidad y conciencia de impactar en cada una de las acciones las cuales, en conjunto, propiciarán la aproximación a lo deseado. Un ejemplo de esto sería:

- Cuestionarios para evaluar nivel de conocimientos.
- Cédulas de seguimiento (monitoreo) y evaluación de la aplicación del método de enfermería.
- Instrumento para evaluar los registros clínicos de enfermería.

Objetivos:

- Aumentar la eficiencia y oportunidad de los cuidados de enfermería.
- Mejorar las habilidades de los profesionales de enfermería.
- Evaluar el conocimiento teórico (conceptual) metodológico.
- Cambiar las actitudes y comportamiento de los profesionales.
- Mejorar la calidad del cuidado que brinda enfermería.

Implantación del MCE

Una vez que se desarrollan las etapas precedentes, la gerencia de enfermería está en posibilidad de llevar a cabo la implantación del o los modelos de cuidados. Es preciso

Cuadro 7.5 Ejemplo de Plan de cuidados de enfermería estandarizado.

Plan de cuidados de enfermería: obstrucción de la vía respiratoria																				
Dominio: 4. Actividad y reposo Clase: 4. Respuestas cardiovasculares/ respiratorias		Diagnóstico de enfermería de la NANDA Etiqueta (problema)(p): Patrón respiratorio ineficaz Factores relacionados (causas) (E) Hiperventilación Fatiga de los músculos respiratorios. Características definitorias (Signos y síntomas) Disnea Taquipnea Uso de los músculos respiratorios para respirar Ansiedad			<table><tr><th>Resultados (NOC)</th><th>Indicadores</th><th>Escala de medición</th><th>Puntuación diana</th></tr><tr><td rowspan="3">Estado respiratorio: Permeabilidad de la vía respiratoria</td><td>Facilidad respiratoria</td><td>1. Gravemente comprometido</td><td>Mantener a __5__</td></tr><tr><td>Frecuencia respiratoria</td><td>2. Sustancialmente comprometido</td><td>Aumentar a __5__</td></tr><tr><td>Ritmo respiratorio</td><td>3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido</td><td></td></tr></table>		Resultados (NOC)	Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana	Estado respiratorio: Permeabilidad de la vía respiratoria	Facilidad respiratoria	1. Gravemente comprometido	Mantener a __5__	Frecuencia respiratoria	2. Sustancialmente comprometido	Aumentar a __5__	Ritmo respiratorio	3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	
Resultados (NOC)	Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana																	
Estado respiratorio: Permeabilidad de la vía respiratoria	Facilidad respiratoria	1. Gravemente comprometido	Mantener a __5__																	
	Frecuencia respiratoria	2. Sustancialmente comprometido	Aumentar a __5__																	
	Ritmo respiratorio	3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido																		
Intervenciones Oxigenoterapia Monitorización respiratoria Manejo del asma		Actividades independientes Ministrar oxígeno Controlar la eficiencia de la respiración (oximetría, gasometría) Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio Auscultar sonidos pulmonares Mantener la vía respiratoria permeable Actividades de colaboración Micronebulizaciones Ministrar medicamentos prescritos Referencias bibliográficas: 1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008, Editorial Elsevier. Madrid, España 2008. 2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3a. ed. Editorial Elsevier-Moby. Madrid, España 2005. 3. McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4a. ed. Editorial Elsevier-Moby. Madrid, España 2005.																		

considerar que este proceso impacta a todos los niveles, pero sobre todo a las áreas en donde el cambio está programado. La implantación de la estrategia por parte de la gerencia representa lograr y/o mantener el posicionamiento, liderazgo, eficacia y eficiencia del proceso operativo, en el que los gerentes de enfermería, en específico, desempeñan un papel primordial para su éxito. Se requiere de una serie de herramientas y habilidades para llevar a cabo esta tarea de manera responsable, como la aplicación del pensamiento crítico e intelectual, una buena intuición, comunicación efectiva y asertiva, habilidades de motivación y analíticas, de compromiso, sentido de pertenencia y liderazgo, todas en tal equilibrio, que propicien un clima laboral de confianza y seguridad para el profesional de enfermería operativo.

En este proceso de operatividad, tanto los gerentes como el profesional asistencial del cuidado, deben participar desde el inicio y de manera directa. No debe olvidarse

que el más competente es el personal que día con día está de manera directa trabajando con el modelo de cuidados, y es quien a través de sus aportaciones puede mejorar y retroalimentar el desarrollo del mismo.

Es significativo que de manera constante y a razón de los objetivos, se comuniquen los avances del proyecto, como: logros, productos, áreas de oportunidad, amenazas, acciones de mejora, etc., con la finalidad de involucrar al personal para que participe de manera proactiva. En este tenor, los gerentes de enfermería tienen la responsabilidad de impulsar los procesos cognitivos y competitivos en el profesional de enfermería de su tramo de control, con la visión de comparar sus esfuerzos contra los mejores, de manera que su escenario se convierta en un reto profesional personal.¹⁶

Como ya se mencionó, la implementación del modelo implica llevar a la práctica el sustento teórico a través de la metodología de enfermería (Método de enfermería), con sus cinco etapas (valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación). Cuando la práctica se basa en la teoría, se retroalimenta y por refinamiento metodológico conduce a una práctica autónoma y creativa, de acuerdo con Durán, quien al respecto afirma que la teoría refuerza la comprensión de los hechos, ya que facilita la explicación de experiencias y fenómenos que, a su vez, tienen influencia sobre el comportamiento.

Durán también menciona que aprender a pensar de manera distinta, en relación con un problema o situación, conlleva a ensayar con nuevas alternativas de comportamiento, o a alterar la manera de actuar para ajustar el entendimiento de la realidad, ganado a través de la perspectiva teórica;¹⁷ con esto es factible argumentar que con la aplicación de un modelo de cuidados no sólo se transforma la práctica de enfermería, sino el comportamiento, actitud, forma de pensar y, por supuesto, de actuar de la propia enfermera, al generar así una práctica eficaz, eficiente, razonada, autónoma, creativa, juiciosa, oportuna, de calidad, satisfactoria, entre otras.

Retroalimentación/asesoría

La retroalimentación se lleva a cabo una vez que se implementa el modelo de cuidados. Es conveniente que el personal gerencial mantenga autoridad y responsabilidad para la monitorización de los resultados, proporcionando la retroalimentación (*feedback*) a través de facilitar la comunicación abierta, el comportamiento asertivo y el control del personal en el menor tiempo y esfuerzo, y considerando, desde luego, la coordinación con el personal supervisor del área.⁴

El asesoramiento y la retroalimentación es una relación de ayuda entre el que posee la información o conocimiento y el que le consulta a fin de mejorar su nivel de comprensión, aumentando el entendimiento, autocontrol, confianza en sí mismo y su capacidad de trabajar en forma eficaz en el desempeño de sus tareas. El asesoramiento debe cumplir con diferentes funciones; proporciona una oportunidad para dar consejos, ofrecer tranquilidad, mejorar la comunicación, liberar la atención emocional, aclarar ideas y reorientar al personal acerca del conocimiento y aplicación del marco conceptual y del Método de enfermería.

Es necesario establecer desde sus inicios que la asesoría puede ser incidental o programada, individual o grupal, y siempre con comunicación asertiva, destacando el compromiso, la factibilidad y la buena práctica de enfermería. Se recomienda que la asesoría sea proporcionada por el jefe de servicio o área y el personal supervisor, compartiendo la responsabilidad entre ambos gerentes.

Fase de evaluación

Es un proceso que constituye un sistema periódico y formal para evaluar la forma en que el personal desarrolla sus tareas en un periodo de tiempo determinado.

Como ya se mencionó, su objetivo consiste en verificar el sumario de la evaluación, tanto de los elementos de proceso como de resultados, de acuerdo con el marco conceptual actual y con el enfoque evaluador, analizando la coherencia entre aprendizajes esperados e indicadores de resultados.

El éxito de la implementación o ejecución del cambio planeado dependerá del interés, esfuerzo y aprendizaje de las nuevas formas de trabajo que proporcionan los instructores para ejecutar las nuevas tareas, así como de la concientización de la visión del futuro deseado, que no sólo ofrece la imagen sino la realidad como resultado de esfuerzos conjuntos (alta dirección, gerentes de enfermería y personal asistencial), asimismo, del sentido de pertenencia, clima laboral y de la facilidad y disposición para los cambios y la innovación en la nueva forma de cuidar.¹⁸

No puede haber ni habrá una planeación efectiva en una organización, mientras la alta dirección no dé apoyo firme ni se asegure de que todos los implicados entiendan sus responsabilidades; cada situación de implementación con seguridad será diferente y acorde con su escenario. En el Hospital General de México existen lecciones que se basan en la experiencia, lo que ha permitido establecer lineamientos útiles para evaluar los modelos de cuidados, y si ha existido un acercamiento a la meta, indudablemente que todo fue a través de ensayo y error, así como también ha permitido perfeccionar las funciones de cada uno de los actores del nuevo escenario de la práctica de enfermería.

Los propósitos de un proceso de evaluación permiten obtener mejores resultados, como el establecimiento de acciones de mejora; esto implica desarrollar un programa de mejora para lograr los objetivos que por alguna razón no se hayan alcanzado, puesto que el proceso de implementación debe ser progresivo. Entre las acciones que pueden considerarse, se encuentran dar a conocer los resultados de la evaluación al personal involucrado, la programación de reuniones de trabajo, por lo menos una vez por semana para monitorear los avances, establecer una buena coordinación con personal experto para mejorar las oportunidades de cambio planeado, programar retroalimentación en el conocimiento de la teoría empleada, la metodología de enfermería, la aplicación del modelo, la instrucción de los registros clínicos, etcétera.

Las acciones de mejora deberán estar diseñadas de manera coordinada entre la enfermera, el jefe de servicio, personal supervisor y personal operativo, lo que desarrollará un mayor compromiso y responsabilidad en la aplicación de las mismas.

Para concluir, es preciso acentuar que las acciones de mejora corresponderán a la situación muy particular de cada unidad, servicio o institución de salud; de la misma

manera, es recomendable, cuando así se preste el caso, aplicar lo que en la administración contemporánea se conoce como *Benchmarking*, con la finalidad de contar con la oportunidad de intercambio de aquellas “mejores prácticas” que conduzcan al ejercicio de un proceso positivo, proactivo y estructurado. El establecimiento de los propósitos operacionales, sustentados en las mejores prácticas posibles, es un componente sustancial para el éxito de toda empresa.

Referencias

1. **Fawcett J.** The metaparadigm of nursing: Current status and future refinements. *Image* 16. 1984.
2. **Tolley K.** Theory from practice for practice: Is this a reality? *Journal of Advanced Nursing* 21(1):185. 1995.
3. **Moreno FM.** Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la facultad de enfermería de la Universidad de la Sabana. *Aquichan* año 5. Vol. 5. No. 1 (5)44-55, Chia, Colombia. 2005.
4. **Kuerten RP, Lenise PM.** *Modelo de cuidado: ¿Qué es y cómo elaborarlo?* Index Enferm [revista en la Internet]. 2008 Jun. [citado 2010 Feb 11]; 17(2):128-132. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=es.
5. **Pérez LF.** *Desarrollo Organizacional*. Editorial Trillas. 3a. ed. México, pp. 181-187, 213. 2007.
6. **Steiner GA.** *Planeación Estratégica. Lo que todo Director debe Saber. Una guía paso a paso*. Compañía Editorial Continental. Trigésima tercera reimpresión, México, pp. 366, 123-147. 2006.
7. **Rodríguez D.** *Gestión organizacional, elementos para su diagnóstico*. Editorial Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. p. 124. 1995.
8. **Jones GR, Jennifer MG.** *Administración contemporánea*. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 4a. ed. México, DF. p. 265. 2006.
9. **Gallegos CE.** *Modelos y Teorías aplicadas a enfermería*. Mecanograma. Nuevo León, México, 1999.
10. **Pérez LF.** *Desarrollo Organizacional*. Editorial Trillas. 3a. ed. México, 2007. pp. 181-187, 213.
11. **Merriner TA.** *Guía de Gestión y Dirección de Enfermería*. Editorial Harcourt, Mosby Madrid, España. pp. 53-7, 187-205, 6536. 2004.
12. **Martínez Ques AA.** Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. *Revista Gallega de Actualidad Sanitaria* Vol. 3(1):54-59. Marzo, 2004.
13. **Norma Oficial Mexicana-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.** Diario Oficial de la Federación, 1998.
14. **Comisión Permanente de Enfermería.** Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_content&task=view&id=87&Itemid=48
15. **García HML, Arana GB et al.** Propuesta de validación de indicadores y estándares para el manejo del dolor en el paciente. *Revista Pesquisa ja Mar* 13(1):84-90.
16. **Fred RD.** *Conceptos de Administración Estratégica*. Editorial Pearson. 9a. ed. México D.F. p. 330. 2003.
17. **Durán VMM.** *Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo*. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. pp. 117-118. 1998.
18. **Gómez Dantes O, García NJ.** Monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar. *Revista Salud Pública de México*, vol. 36(2):180-189. 1994.

Modelos de cuidados de enfermería, un hecho real para la práctica profesional: el ser y hacer de la enfermería actual

Juan Gabriel Rivas Espinosa 

La enfermería, como ya se mencionó, es una disciplina que puede ser conceptualizada desde la óptica de profesión, ciencia o arte, donde cada una de estas posturas se sustentan en cuerpos de conocimientos que las delimitan, tiene una proyección hacia el ser y hacer de la enfermera. Al hablar de la enfermera se alude a cualquier profesional de enfermería, independientemente del sexo, ya que por connotaciones sociales y culturales es común que en México se vincule a la mujer con la profesión de enfermería.

El “ser”, a través de los diferentes paradigmas en que ha transitado la enfermería ha cambiado, nunca ha sido estático, siempre se ha movido hacia el crecimiento y madurez, con base en los conocimientos previos y existentes. Aquí se parte de la clasificación que hace Suzanne Kerohuak para abordar el análisis desde una retrospectiva y culminar con la situación actual, tomando como eje central de discusión el ser y hacer de enfermería; de modo que es necesario primero definir y conceptualizar lo que es enfermería desde una perspectiva de disciplina.¹

Se entiende por disciplina al conjunto de conocimientos que delimitan el “ser” y “hacer” de una profesión y, asimismo, permite conocer su enfoque de estudio o núcleo. Para que surja una disciplina es necesario adquirir conocimientos propios derivados de su objeto de estudio, donde éste es el elemento conceptual en que se centra la atención y permite delimitar de forma precisa su concepción, ya que incluye elementos filosóficos, éticos y científicos que son empleados en la práctica.

El objeto de estudio de la enfermería es el cuidado humano y es en torno a tal cuidado que debe aplicar métodos, teorías, modelos o cualquier otro elemento conceptual dirigido a cumplir con su objetivo (figura 8.1).

Cuidar es la acción pensada de la enfermera, la cual es inherente a la humanidad ya que toda persona necesita ser cuidada y cuidar a otros, sin embargo, el cuidado profesional se deriva de un cúmulo de conocimientos y experiencias previas que permiten a la enfermera enlazar las diferentes variables que subyacen en torno a la

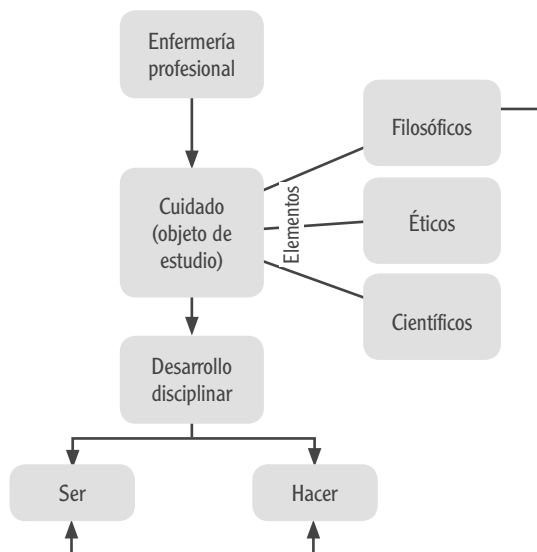


Figura 8.1 El objeto de estudio de la enfermería es el cuidado humano.

disciplina y componentes del metaparadigma. Este último se refiere a un constructo conceptual en el que se incorporan elementos en que convergen las diversas fuentes teóricas, como lo menciona Marriner Tomey.² Para el caso de enfermería hay cuatro conceptos principales: *enfermería*, *entorno*, *cuidado* y *salud*; sin embargo existen otras posturas que señalan que los elementos del metaparadigma no pueden ser estáticos y deben corresponder a los paradigmas vigentes, tal es el caso del concepto de *necesidad*.

De acuerdo con Kerouak,¹ la enfermería ha transitado por tres paradigmas a partir de la enfermería moderna, entendiéndose como la resultante de la aparición en la historia de Florence Nightingale, ya que fue la primera pensadora que define a la enfermería, a la propia enfermera y el efecto que tiene la manipulación del entorno en la persona para el manejo de la salud. En este primer corte histórico se hace referencia a una etapa de categorización, donde la enfermería comienza a definir su propio campo de conocimiento y es necesario separar y clasificar los diferentes fenómenos para su estudio, de ahí el nombre de paradigma de *categorización*, el cual tiene los siguientes componentes:

1. La persona es vista como suma de partes, lo que corresponde a una visión biologicista, separa los componentes humanos y los reduce a la interacción del cuerpo biológico, no integra los aspectos sociales, culturales, psicológicos ni espirituales. La concepción de la enfermera es definida y orientada al hacer práctico, situado en la secuencia de técnicas y procedimientos que le aportan a otras disciplinas.
2. La enfermera es concebida como una ayudante, la formación es dirigida por instituciones de salud desde un enfoque médico.

3. La práctica se torna institucionalizada, la enfermera pierde independencia al centrar su hacer dentro de una institución, que la ve como la ayuda de otros.
4. El trabajo por funciones impera como una proyección de la forma de producción en masa que es llevada a un servicio de salud. El avance científico y tecnológico permite crear formas de trabajo sistematizadas para proveer de atención a un número creciente de usuarios a los diferentes sistemas de salud a nivel mundial.
5. La formación de enfermería estaba dirigida por la disciplina médica y los planes y programas de estudios llevaban un corte biologicista basado en funciones del hacer.

Con los puntos ya señalados se observa una situación de codependencia al propio sistema y a otra disciplina, sin embargo, al ser una profesión naciente, tenía que comenzar a conocer y delimitar su campo de conocimientos. Este paradigma comenzó desde 1860 y terminó en 1960, al surgir las primeras fuentes teóricas disciplinares, ya que las enfermeras comenzaron a incursionar en otras ramas del conocimiento como son la educación, la administración, la sociología o la psicología, en estudios avanzados que les permiten incorporar estos conocimientos y adaptarlos al ser y hacer de la enfermería.

El creciente desarrollo de la disciplina de enfermería tiene como consecuencia la utilización de bases conceptuales que le permiten entender desde una nueva óptica su práctica profesional, sin embargo, ha sido lenta la incorporación teórica, dado el carácter práctico de enfermería.

La parte metodológica en este primer paradigma tiene sus características definidas, ya que se habla de la primera generación del proceso enfermero, el cual surgió a mediados del siglo pasado y se caracterizó por basarse en la identificación de problemas. Su nombre radicó en la visión y enfoque del ser y hacer de enfermería, ya que la formación se orientaba a resolver situaciones muy específicas de salud en la persona, lo que promovía una práctica institucional y se perdía de vista la prevención y la educación para la salud; de modo que el proceso de enfermería estaba dirigido a corregir problemas biológicos, por lo que si alguna persona se encontraba en un proceso fisiológico normal, no tenía cabida en la atención. Este modelo perduró por décadas dado su enfoque biológico, las etapas del proceso de enfermería excluían al diagnóstico y muchas veces en la etapa de planeación se omitía la redacción de metas u objetivos de enfermería (figura 8.2).

El ser de enfermería o ser enfermera, era catalogado como oficio, no entraba en la categoría de profesión, la educación de enfermería estaba compuesta con un nivel máximo de estudios a nivel técnico, por tanto, su hacer estaba circunscrito hacia la ejecución de procedimientos orientado a resolver problemas.

Cabría decir que el modelo que imperaba en esta época tomaba como base el método de resolución de problemas, no era malo, funcionó en su momento para mover todo un sistema de salud que nacía, aunque la limitante fue el impresionante reduccionismo del ser de enfermería y el gran peso orientado al hacer.

En esta primera etapa no se utilizaban de manera consciente los marcos conceptuales disciplinares, ya que comenzaban a difundirse y a conocerse fuera de Estados Unidos, la sistematización del hacer de enfermería estaba organizada en una serie de

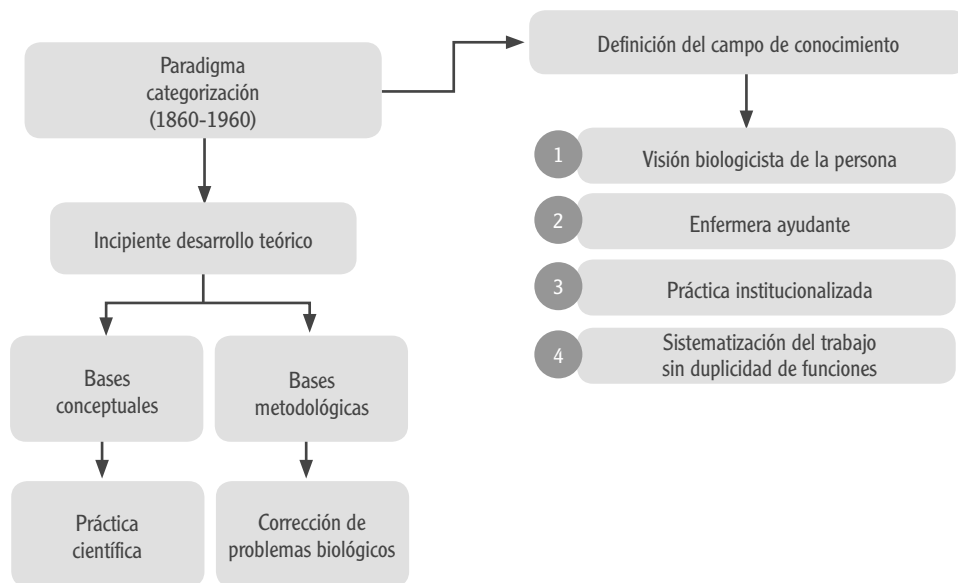


Figura 8.2 Paradigma de categorización.

funciones a desempeñar. ¿Quién era una buena enfermera? La respuesta se intuye, obviamente quien desempeñaba de manera impecable sus funciones dentro de una organización, la otra interrogante es: ¿cómo era esa enfermera? Era un ser con una capacidad impresionante de servicio que fue aprendido por la proyección social y reforzado en su formación.

Como ya se explicó, la enfermera trabajaba de forma parcial para que en un conjunto se integrara el cuidado de enfermería. Este modelo permitía sistematizar el trabajo, no duplicar funciones y la eficacia se medía de acuerdo con la ejecución eficiente de cada enfermera; sin embargo, al repartir funciones, ningún integrante del equipo conocía la totalidad de su labor, misma que era evaluada con base en el resultado del proceso de producción del cuidado.

La vigencia del conocimiento era duradera, por lo que la sistematización del hacer práctico también lo fue, no requirió cambios por décadas pues parecía que todo estaba escrito, que nada nuevo podría llegar y que la manera de ser y hacer enfermería era un acto mecánico. A consecuencia de esto se propició el establecimiento de rutinas como uno de los temas de actualidad que impactan a los servicios de salud y, en especial, a la propia enfermería.

Cabe decir que el hacer práctico en enfermería se basaba en la ejecución de actividades, pero éste por sí mismo era el modelo que permeó en todo el mundo a consecuencia de la tendencia de producción en serie que se llevó al plano de los servicios de salud.

El paradigma de *integración* se caracteriza por amalgamar los conocimientos existentes de la misma disciplina con los de otras y, al tener mayor apertura y visión del

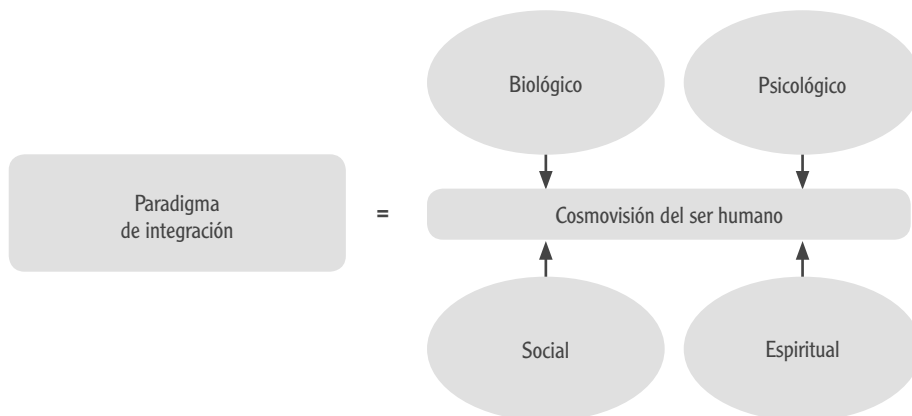


 Figura 8.3 Paradigma de integración.

mundo, propone diferentes concepciones de cómo entender a la persona, al entorno, a la salud y al cuidado. Una de sus principales características es la manera de actuar y concebir a la persona en forma multidimensional al incorporar los planos físico, mental, cultural, social y espiritual, de modo que es el punto de partida del modelo de trabajo que ha sido denominado “cuidado integral” (figura 8.3).

Al hablar de integración, a la persona se le atribuyen aspectos biológicos, sociales, psicológicos y espirituales para que en su conjunto sea posible tener una cosmovisión en que la participación de enfermería no queda limitada sólo a un hacer práctico y dependiente. La incursión en los otros aspectos humanos permite una intervención de enfermería más amplia, compleja y pensada, el cuidado integral no significa poseer todos los conocimientos, más bien quiere decir que la enfermería es capaz de interactuar con aspectos diversos y es conocedora de la respuesta humana desde varios enfoques.

La educación profesional para enfermeras se centra en la adquisición de conocimientos amplios de otras disciplinas para interpretar la naturaleza humana, por lo que es imprescindible la participación multidisciplinar, sin embargo, es necesaria la dirección de enfermería, pues ésta organiza el currículum y se encarga de integrar los conocimientos de las otras profesiones a la enfermería.

Tal paradigma se caracteriza por el trabajo en equipo, que permite a la enfermera interactuar y explotar las máximas capacidades de cada integrante, pero no deja de ser una proyección de la forma de trabajo por funciones, lo que delimita el estar con el paciente; que significa una compenetración de persona a persona y el cuidado de enfermería sigue siendo parcializado.

El modelo de trabajo en equipo proyecta el hacer de la enfermera y el ser mismo, ya que es capaz de tomar decisiones y vincula la participación con otros profesionales de la salud.

El proceso de enfermería como método disciplinar ya integra las cinco etapas para su resolución y son utilizados diversos marcos conceptuales disciplinares que

dan dirección a la práctica, a su vez, son creados otros elementos de clasificación para dar orden al lenguaje de enfermería como son la *North American Nursing Association* (NANDA), la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Estas tres clasificaciones comienzan a permear de manera incipiente en la docencia e investigación, son probadas y aceptadas por la originalidad y pertinencia disciplinar al incorporar un lenguaje propio.

La vinculación taxonómica en este paradigma no tiene gran impacto, ya que la enfermera está conociendo e incorporando conocimientos de otras disciplinas a su hacer, aún no hay una conciencia clara del porqué o para qué se debe estandarizar el lenguaje de enfermería, pero los cambios políticos y sociales que repercuten en la economía mundial darían la respuesta, misma que se vincula con el hecho de homologar criterios, donde lo primero es poner “*nombre*” a los fenómenos de interés de la enfermería.

La globalización impacta a todas y cada una de las disciplinas, la tendencia a la estandarización, derivada de normas nacionales e internacionales crea un movimiento generalizado que busca estar acorde con las nuevas tendencias.

Durante el surgimiento de este modelo, la especialización toma auge y es necesaria la incursión, elaboración y diseño de planes de estudio que permitan la interacción de la enfermera con los avances científicos y tecnológicos que predominan dentro de las instituciones de salud. El objeto de estudio de la enfermería está consolidado, permite crear conciencia del ser y hacer de la enfermera, el tránsito de este paradigma es crucial por los cambios en el orden mundial desde los puntos de vista económico, político, social y cultural.

El cuidado integral se aborda en una forma incipiente, sin embargo, las instituciones de salud no están preparadas para este cambio, no cuentan con los recursos materiales ni humanos para darle poder a esta tendencia, es por ello que a finales del siglo xx tuvo su mayor despegue y se incorporaron modelos de trabajo institucionales que permitieron a la enfermera alcanzar los siguientes objetivos:

- a) Un dominio del ejercicio profesional al delimitar su objeto de estudio, en gran parte propiciado por el surgimiento de las teorías y modelos de enfermería.
- b) Plantear modelos de atención tomando como base las competencias profesionales que permiten orientar el ejercicio profesional hacia una independencia y, a su vez, conocer el trabajo de colaboración dentro de un equipo multidisciplinario.
- c) El proceso de enfermería forma parte del currículum, funcionando como eje horizontal, lo cual da pie a crear conciencia del hacer con base en un orden metodológico.
- d) Las técnicas y procedimientos de enfermería son concebidas como una parte esencial del cuidado, y el orden en los procedimientos es caracterizado por tener un sustento de evidencia disponible.
- e) Las teorías y modelos de enfermería son utilizadas y probadas dentro de la formación profesional y en los diversos escenarios en que participa la enfermera, como la investigación y la gestión.
- f) En la práctica de enfermería la utilización de modelos conceptuales es limitada, sin embargo, se comienza a fundamentar el hacer de la enfermera, lo que trans-

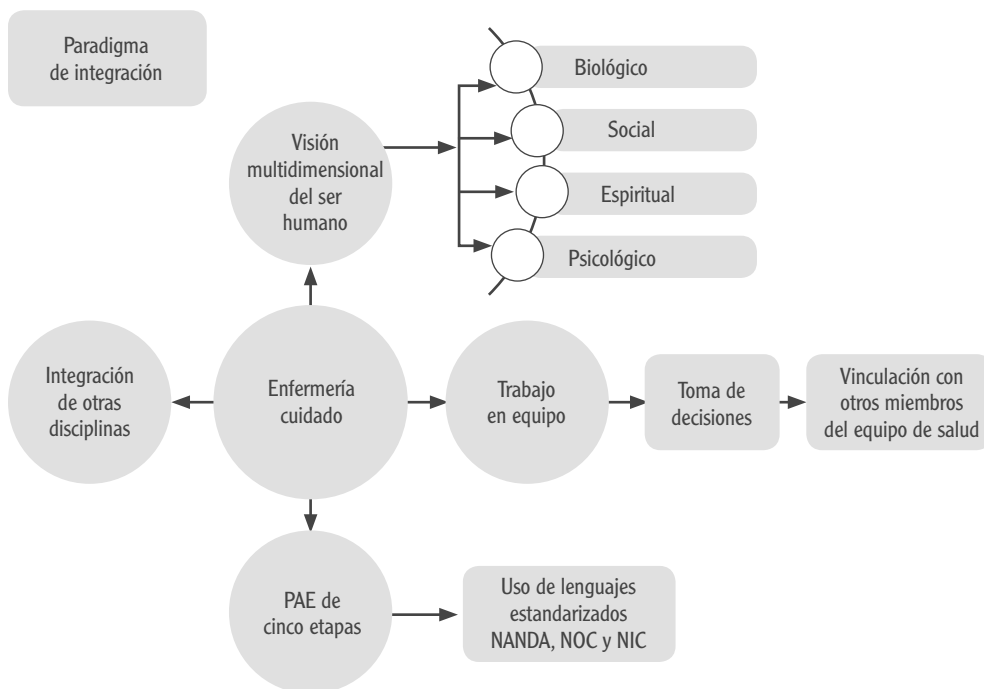


Figura 8.4 Paradigma de integración y su relación con los componentes del metaparadigma de enfermería.

forma una rutina de servicio en modelos de atención y permite la estandarización del cuidado de enfermería de manera local.

Hablar de cuidado integral no significa integrar todo, como suele pensarse, más bien, es estar consciente de que el ser humano es multidimensional y que la enfermería es compleja por el simple hecho de que incluye la interacción recíproca de persona a persona, ya que implica crear una empatía (lo que tiene que ver con el patrón estético mencionado por Carper).³

Como se aprecia, el paradigma de integración y su relación con los componentes del metaparadigma de enfermería rompe por completo la visión anterior, creando una enfermería compleja, la cual requiere de diversos conocimientos, capacidades, aptitudes y actitudes que le permitan integrar todos estos elementos para proporcionar el cuidado de enfermería (figura 8.4).

El tercer paradigma es denominado de *transformación*, mismo que intenta dar respuesta a varias interrogantes que surgen al tener una visión clara del acto profesional de cuidar. Los conceptos de la enfermería moderna comienzan a ser rebasados y es necesario un nuevo orden para dar paso a otras nuevas formas de reflexión, como es el caso de la incursión y aceptación de la investigación cualitativa y la inclusión del holismo por parte del hacer de enfermería para estar con y actuar con la persona.

El paradigma de transformación plantea una nueva visión del cuidado de enfermería y acepta que esta disciplina es altamente compleja por la misma interacción humana, como lo expone Ferrer,⁴ quien retoma la teoría de la complejidad para dar respuesta al hacer de enfermería, ya que habla de la relación en redes que están entrelazadas y cualquier cambio en alguno de los sistemas afectará al otro.

Pareciera que para el ejercicio de la práctica de enfermería desde esta perspectiva es prácticamente imposible incluir cualquier planteamiento de estandarización, ya que por su propia naturaleza filosófica, el cuidado es único, la persona es única y cada momento es irrepetible, de modo que la interacción de la enfermera con la persona en un solo plano y el patrón estético —de acuerdo con Carper—³ es el conocimiento que gobierna y dirige la intervención.

La transformación no sólo se refiere a cambios en la manera de aproximarse a los fenómenos de estudio de enfermería desde otros enfoques metodológicos tendentes a la comprensión más que a la empatía. Comprender a otro es sobrepasar el plano físico y ser conscientes de la existencia de planos superiores intangibles, por tanto, se incorpora la metafísica en este paradigma a fin de conocer y actuar más allá de la materia, asimismo, se incluye el conocimiento de las leyes universales, para proyectarse en un cuidado con enfoque holístico.

El cuidado holístico ha sido mal interpretado, en ocasiones partiendo de la premisa de que al integrar conocimientos sobre aspectos biológicos, sociales, psicológicos y espirituales ya es posible brindar dicho cuidado. Desafortunadamente no es tan simple ni se reduce a una buena intención proveniente del anterior paradigma de integración, el cuidado holístico tiene una connotación para ser trascendente y sobrepasa una actividad cotidiana del cuidado. Las interrogantes son: ¿cómo es ese cuidado?, ¿cómo se hace? Si se habla de una visión innovadora que incluye no sólo la parte tangible evidente sino también la intangible, el cuidado abarca la comprensión de la esencia humana y su proyección metafísica, en otras palabras; el manejo y manipulación consciente de la energía como fuente de vida que influye en el cuerpo físico y no sólo en el entorno, esto quiere decir que los cuatro conceptos del metaparadigma de enfermería deben incorporar otros aspectos más amplios que permitan su comprensión desde una perspectiva de cosmovisión.

A los ojos de algunos quizá pudiera parecer ciencia-ficción este paradigma, pero no es así, de hecho, ya entre las clasificaciones internacionales de enfermería se incorporan nuevos conceptos para ser llevados a la práctica, tal es el caso de la etiqueta diagnóstica NANDA “Perturbación del campo de energía”, que se define como la desorganización del flujo de energía que rodea a una persona, lo que ocasiona una falta de armonía del cuerpo, la mente o el espíritu. Si se analiza este concepto, es evidente que para que la enfermera llegue a ese diagnóstico y logre intervenir en la persona debe conocer otros enfoques que no son precisamente los más usuales e implementados en forma regular en los hospitales, por ejemplo, la aplicación de reiki, acupuntura y otros más, que toman como base la parte intangible que influye en el plano físico.

A fin de interpretar este nuevo paradigma, en consecuencia se debe romper con el anterior, esto no significa eliminarlo, sino crear un nuevo modo de pensamiento, ya que los dos paradigmas antes mencionados han sido parte de la esencia del hacer de

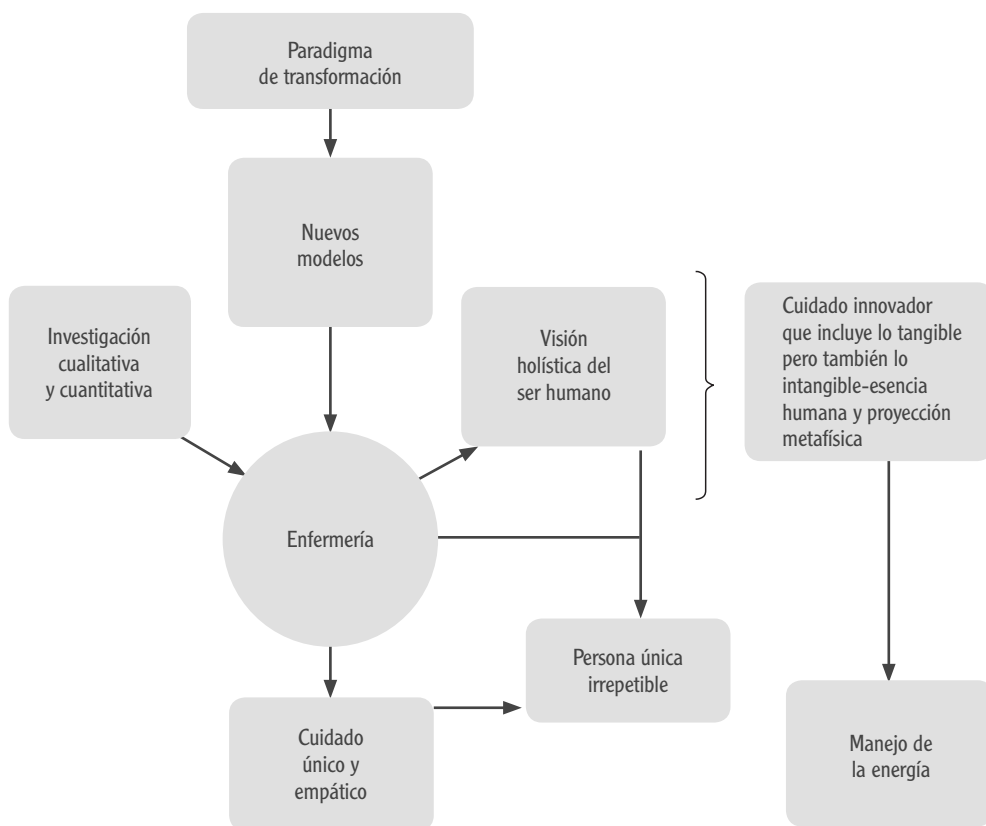


Figura 8.5 Paradigma de transformación.

enfermería y es factible transitar de uno a otro al margen de la temporalidad, lo relevante es estar plenamente consciente de cada una de las implicaciones al incorporarlos a una práctica cotidiana (figura 8.5).

La transformación, entonces, se refiere a la creación de nuevos modelos dirigidos al servicio para proporcionar cuidado de enfermería, lo que genera nuevas interrogantes; a continuación se mencionan cuatro de ellas:

1. ¿Qué elementos pueden conformar una nueva idea del cuidado transformador?
Tal interrogante tiene que ver con el reconocimiento y avance que se ha logrado en la enfermería a nivel mundial, si se habla de elementos para la conformación de un cuidado transformador, es factible enunciar los siguientes con su respectiva propuesta:
 - a) Implementar en la práctica diversas fuentes teóricas que den respuesta a las necesidades de atención y cuidado. Esto implica utilizar conceptos teóricos para profundizar el conocimiento de los diversos fenómenos que atiende enfermería y quedan circunscritos en su objeto de estudio (por tanto, se alude a la teoría disciplinar).

- b) Hacer uso del cuerpo de conocimientos existentes derivados de la enfermería como ciencia, esto es, no sólo la utilización de fuentes teóricas, sino consumir los hallazgos científicos en torno al cuidado para llevarlos a la práctica asistencial de una manera consciente y razonada que justifique el hacer. La enfermería basada en evidencia resulta pertinente como metodología de indagación, ya que provee a la enfermera y a la persona susceptible del cuidado una mejor opción para tomar decisiones, conociendo beneficios y riesgos.
- c) Incorporar la metodología disciplinar en la práctica profesional, lo que significa la aplicación del proceso de enfermería para dirigir el cuidado. Se ha pensado que el método de enfermería no puede llevarse a la práctica por diversas causas, sin embargo, cabe señalar que la aplicación del método es una habilidad mental en la que interviene el desarrollo y aplicación sistematizadas de procesos que lleva a cabo la enfermera al enfrentarse a una situación específica. **No debe confundirse la parte metodológica con la instrumental, la primera se refiere a la aplicación de las cinco etapas del proceso de enfermería utilizando habilidades mentales para dar un orden lógico a las diferentes variables que intervienen en el cuidado; la segunda es la expresión sintetizada de lo pensado y actuado, por tanto, se refleja en gran medida en los registros clínicos.** Es preciso dejar de lado la idea de que la aplicación del proceso enfermero es lo que se hizo durante la etapa de formación profesional, esta parte constituye la preparación para estar en condiciones de aplicar los procesos mentales que sean resolutivos y preparan a la enfermera para una actuación lógica futura.
- d) La aplicación del pensamiento crítico en el hacer de enfermería es un componente fundamental, ya que sin éste no es posible razonar la intervención del cuidado. Cada procedimiento derivado de un plan de cuidados, protocolización o guía clínica, sugieren recomendaciones para garantizar un efecto deseado, pero las decisiones tomadas deben pasar por el juicio crítico que permita emitir un diagnóstico certero, así como intervenciones pertinentes, sin olvidar las inferencias lógicas como consecuencia del actuar.

2. ¿Es posible crear un modelo de cuidado transformador?

El segundo cuestionamiento va articulado con la respuesta anterior, si se contemplan los elementos teóricos y metodológicos en la práctica cotidiana, la rutina empírica de los procedimientos empezará a tomar consistencia teórica, por lo que el hacer adquirirá el fundamento para la creación de un modelo de enfermería. Se debe recordar que un modelo es una representación conceptual abstracta que permite definir una idea concreta, *el modelo se acompaña de supuestos teóricos que dan origen a una interpretación*; una rutina de servicio por sí misma constituye un modelo de atención, lo cual no significa que esté equivocada, lo único que le hace falta a esa rutina, es conceptualizarla y fundamentarla científicamente para ser un modelo.

Al proporcionar un cuidado basado en un estándar, la enfermera está ajustándose a un modelo de atención, tal vez sin percatarse de ello y, como ya se

mencionó, sólo se debe de incluir y explicitar teóricamente ese hacer profesional. Pareciera que no es tan complicado, entonces, ¿por qué se dificulta crear un modelo de atención? La respuesta quizá se deba a que el actual es un periodo de transición paradigmática y, en ocasiones, el acercamiento a la parte teórica de enfermería es complejo de comprender para ser llevada a la práctica, sin embargo, cuando se parte de lo inductivo, que es el hacer cotidiano, a partir de esas premisas se construye el modelo incorporando tendencias, normas y nuevas propuestas para consolidar el marco de referencia.

3. ¿Cómo llevar a la práctica cotidiana este modelo?

Esta pregunta debe incluir de manera necesaria el proceso de estandarización del cuidado; ya se había hecho énfasis en la importancia de poseer un lenguaje disciplinar propio, cuyo objetivo se ve reflejado en una comunicación efectiva entre profesionales de enfermería a nivel global y, a su vez, da pie a la creación de estándares para el cuidado, como son planes de atención, protocolos y guías clínicas de enfermería. Con ello se alude a la parte metodológica en la que interviene el proceso de enfermería para el diseño de cualquier estándar. Como ya se revisó en el capítulo 5, la Comisión Permanente de Enfermería en México, trabajó el diseño para la creación de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE), el cual tiene por objetivo disponer de una herramienta metodológica con base en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para estructurar Planes de Cuidados de Enfermería Estandarizados que contribuyan en la mejora de la calidad del cuidado y seguridad de la persona, familia y comunidad, en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

Dicho proyecto tiene su importancia pues México es el primer país en el mundo que crea una propuesta metodológica de estandarización, la cual puede ser aplicada para cualquier modelo de atención, al margen de la fuente teórica empleada. Así que se cuenta con una herramienta que permite homologar criterios para la elaboración de planes de cuidados en la que se incluyen la incorporación de las fuentes taxonómicas NANDA, NOC y NIC, lo que ofrece la apertura para incorporar cualquier fuente teórica; además, permite que su aplicación no interfiera con la teoría o modelo seleccionado acorde con los principios y características de la población sujeta a la atención de enfermería.

El proyecto PLACE dirige el diseño, de tal modo que las fuentes taxonómicas brindan la armonía lógica a lo que se hace de manera cotidiana en cualquier establecimiento de salud, esto quiere decir que sólo se ordena de manera metodológica el hacer, por tanto, su elaboración y aplicación en la práctica resulta sencilla y bien aceptada por el gremio.

En conclusión, para llevar a la práctica un modelo de atención se requieren conocimientos teóricos y metodológicos, así como de un diseño que vincule aspectos disciplinares, todo ello acompañado de la capacitación adecuada para un entendimiento y comprensión del modelo.

4. ¿Por qué cambiar de paradigma, y qué implicaciones tiene en el ser y hacer de enfermería?

Es preciso responder este planteamiento si se desea establecer modelos de atención. Los diferentes procesos a nivel global afectan de forma inminente a la enfermería, misma que requiere de un profesional con un amplio conocimiento de la esencia de la disciplina, con aptitudes y actitudes éticas para el beneficio de la persona que requiere el cuidado, que sea capaz de integrar elementos teóricos, metodológicos, así como de incorporar nuevas perspectivas en la atención por medio de la implementación del pensamiento crítico.

La utilización de modelos en el área operativa deja de ser algo intangible, ahora forma parte de un hacer cotidiano que permite a la enfermera mostrar una actuación acorde con las nuevas tendencias y que tiene la finalidad de proporcionar un cuidado libre de riesgo que vincule la eficacia, eficiencia y dé como resultado la calidad en el servicio. La utilización de planes de cuidados permite estandarizar el hacer práctico, ofrece un orden metodológico al cual es posible añadir fuentes teóricas que sean compatibles con la misión y visión de las instituciones de salud.

El profesional de enfermería vive un cambio significativo, en el que gracias al desarrollo de herramientas metodológicas cuenta con excelentes guías para ejecutar el trabajo, por lo que el ser de enfermería se concibe como un profesional capaz de tomar decisiones independientes en beneficio de la persona que cuida.

Referencias

1. **Kérouac S, Pepin J.** *El pensamiento enfermero*. Ed. Masson. España, p. 19. 1996.
2. **Tomey M, Raile M.** *Modelos y teorías de enfermería*. 4a. ed. Ed. Mosby. España, p. 4. 1999.
3. **Carper B.** Fundamental Patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science* 1(1):13. 1978.
4. **Ferrer V, Medina J.** *La complejidad en enfermería. Profesión, gestión y formación*. Ed. Leartes Psicopedagogía. España, p. 36-39. 2003.
- Bulechek G.** *Clasificación de Intervenciones de Enfermería. NIC*. 5a. ed. Ed. Elsevier. España, 2009. Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería. Disponible en línea: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_remository&Itemid=90&func=fileinfo&id=134
- Morhead S.** *Clasificación de Resultados en Enfermería. NOC*. 5a. ed. Ed. Elsevier. España, 2009.
- NANDA Internacional.** *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009- 2011*. Ed. Elsevier. España, 2009.

Lecturas recomendadas

- Alfaro L.** *Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica*. 3a. ed. Ed. Mosby. España 1996. pp. 29-30.

Índice

Los números de página en **negritas** indican cuadro, los números de página en *cursivas* indican figura.

A

Acción social, 5
Actividad de enfermería, 5, 94
Ambiente físico, 4
American Nurses' Association (ANA), 33
Análisis situacional, 122
 contenido de un, 124
 en la implementación de modelos de cuidados de enfermería, **123**
Aplicación del método del enfermero en el HGM, 60
 cuarta fase: el proceso de evaluación de la aplicación del Método de Enfermería, 64
 fase inicial: compromiso directivo y desarrollo de la idea, 60
 segunda fase: integración de un grupo de trabajo (Planeación 2001), 61
 situación inicial, 60
 tercera fase: desarrollo del proceso (implementación 2002), 62
Arte y ciencia en enfermería, 58
Asesoramiento, 134
Asistencia pública, 17
Atención de enfermería, fases del proceso de, 35
 diagnóstico de enfermería, 35
 ejecución-intervención, 35
 evaluación, 35
 planeación, 35
 valoración, 35
Auditoría médica, 69
Auscultación, 40
Axiología, 2

B

Bacteriemia cero, 81
Benchmarking, 134

C

Calidad
 de vida, 15
 interpersonal, 71
 técnica, 71
Calidez, 39
Capacitación, 127
Características definitorias, 46
Categorización, 138
 paradigma de, 140
Cédulas de evaluación, elaboración de, 132
Ciencia, 9
 de la enfermería, 8
 desarrollo de la, 9
Cinco momentos clave de la higiene de las manos, 80
Cirugía segura salva vidas, 80
Clasificación
 de intervenciones (NIC), 52
 de intervenciones de enfermería (NIC), 91, 94, 142
 de resultados de enfermería (NOC), 94, 142
 de resultados enfermeros (NOC), **97**
Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México, 72
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería (COMLE), 72
Comisión
 de Graduados de Escuelas de Enfermería (CGFNS), 27
 de Supervisión Médica del IMSS, 69
 Interinstitucional de Enfermería (CIE), 71, 77
 Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), 51, 77
 Permanente de Enfermería (CPE), 44, 79
Comité Nacional por la Calidad en Salud, 79
Complejidad científico-tecnológica, 13

Comunicación

- eficaz, 36
- honesta, 128

Concepción

- del mundo, 3
- del yo, 3

Conectores necesarios entre un enunciado y otro, 105

**Conferencia de la North American Nursing
Diagnosis Association (NANDA), 43**

Confirmación de un equipo de trabajo, 121

Confirmar las impresiones, 36

Conocimiento, 4, 36

- consensuado, 4
- objetivo, 4
- socio-crítico, 4
- teórico y filosófico, 2

**Contribución de la enfermería en las estrategias
nacionales de salud, 69**

**Coordinadora de modelos de atención
de enfermería, 61**

Criterios de evaluación, 129

Cruzada Nacional

- por la Calidad de los Servicios de Salud, 58
- por los Servicios de Salud, 76

Cualidades

- intelectuales, 35
- interpersonales, 34
- técnicas, 34

Cuidado

- arte del, 3
- de la persona, 29
- en su totalidad, 30
- enfermero, 29

D

Datos

- históricos o antecedentes, 38
- objetivos, 38
- subjetivos, 37

De cabeza a pies, 36

Desarrollo

- comunitario, 5
- de competencias cognitivas y personales, 127

Determinación de objetivos, 49

Developmental Behavioral Modeling (DBM), 59

Devoción a los enfermos, 18

Diagnóstico(s), 42

- básicos, 44
- características definitorias, 104
- componentes de un, 103
- de bienestar, 45
- de enfermería, 33
- clasificación de, 103
- elaboración de, 103
- tipos de, 44
- y diagnóstico médico, diferencias entre, 47
- de promoción de la salud, 105
- de riesgo, 46, 104
- de salud, 105
- diferentes tipos de, 45
- etiqueta diagnóstica, 104
- factores de riesgo, 104
- factores relacionados, 104
- formato PES, 44
- real, 45, 104
- situacional, 122
- en la implementación de modelos de cuidados en enfermería, 123

Diferenciar entre signos e inferencias, 36

Dignidad de la vida, 15

Dimensión

- dependiente, 44
- independiente, 45
- interdependiente, 44

Dinamismo, 33

Diseño de instrumentos, 129

Diversas propuestas teóricas de amplia aplicación, 102

Doctrina del conocimiento, 3-4

Documentación

- del plan de atención, 50
- y registro de la valoración, 41

Documento médico-legal, 51

E

Egresadas

- de licenciatura, 26
- de nivel técnico, 26

Ejecución, 51, 111

- documentación, 113

intervención, 112
 preparación, 111
El manual práctico de la enfermera, 21
El ser y hacer de la enfermería actual, 137
Elementos
 de estructura, 125
 de proceso, 126, 127
 sustantivos, 126
Empatía, 39
Empleo de la expresión
 “disposición para” antes de cada diagnóstico, **106**
 “riesgo de” antes de cada diagnóstico, **105**
Enfermeras
 formación de, 16
 formación en la Universidad Nacional Autónoma
 de México (UNAM), 21
 profesionales, 15
 teorizadoras y meta-teóricas, 5
Enfermería, 13
 auxiliares de, 15
 avanzada, 25
 área de, 25
 ciencia y arte del cuidado, 1
 como disciplina, 1
 concepción de, 117
 contribución de la, 1
 cuidados de la,
 diagnóstico, 31
 ejecución, 31
 evaluación, 31
 planificación, 31
 valoración, 31
 época moderna, 15
 estética de la, 3
 evolución, 16
 finales siglo XIX hasta inicio de la segunda
 Guerra Mundial, 14
 funciones y cualidades, 17
 periodo colonial hasta la independencia, 14
 praxis de la, 118
 profesional, orígenes y de la, 16
 profesionalización de la, en México, 24
 relación ingreso-egreso y titulación, 25
 segunda Guerra Mundial hasta época
 contemporánea, 14
 teoría y práctica, 2
Ensayo y error, 9
Enseñanza formal, 16

Entorno, 29
Entrevista clínica
 apertura, 38
 cierre, 39
 cuerpo, 38
 formal, 38
 informal, 38
Epistemología, 4
Escala Likert, 96
 control de progreso en, **98**
Escuela
 de Enfermería de la Facultad de Medicina, 22
 Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), 22
 Práctica y Gratuita de Enfermeros, 19
 profesional de enfermería, 17
Establecimiento de prioridades, 48
Estadio
 laico-laboral, 14
 religioso-vocacional, 14
Estados Unidos, 18
Estándares de la práctica, 129, 130
Evaluación, 52, 113
 del logro de objetivos, 52
 Integral de las Unidades Médicas, 69
 revaloración del plan, 52
Exploración física, 40

F

Factor relacionado, 44
 o Etiología, 49
Fase
 de evaluación, 135
 de implementación, 120, 127
 de planeación, 120
 del modelo de cuidados, **121**
Feedback, 134
Finalidad, 34
Flexibilidad, 33
Formato de registros clínicos de enfermería, 129
Francia, 17
Funcionamiento
 espiritual, 35
 físico, 35
 psicológico, 35
 social, 35
Fundamentación teórica, 33

Fusión escuela-hospital, 16

Futuro previsible en la aplicación del método de enfermería, 67

G

Ginecoobstetricia, etapa de valoración del servicio de, 131

Grupo Coordinador de Modelos de Atención, 64

Grupo de trabajo, perfil de los miembros del, 122

Guerra de Secesión, 18

Guía(s)

de Práctica Clínica (GPC), 58

técnica para la dotación de recursos humanos en enfermería, 73

H

Habilidades, 36

Herramienta metodológica, 82

Hospital de Maternidad e Infancia, 19

Hospital de Mujeres de Filadelfia, 18

Hospital de Mujeres y Niños de Nueva Inglaterra, 18

Hospital General de la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, 69

Hospital General de México (HGM), 19, 57

I

Identidad profesional, 36

Identificación del dominio y clase, 106

Implantación del modelo de cuidados de enfermería (MCE), 132

Implementación

fase de, 120, 127

planeación de la, 125

Impulsos dominantes, 2

Indicador, 96

Indicadores empíricos, 129

INDICAS (Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud), 74

Información física del paciente, 40

Inglaterra, 16

Inspección, 40

Instructivos, 129

Integración, paradigma de, 140, 141

y componentes del metaparadigma de enfermería, 143

Interferencia

cognitiva, 39

emocional, 39

social, 39

Intersubjetividad, 4

Intervención de enfermería, 94

intervenciones centrales según la especialidad de, 110

por orden alfabético, 119

relaciones con los diagnósticos de la NANDA, 110

taxonomía de la práctica enfermera, 110

taxonomía NIC, 109

Intervenciones, tres niveles de, 95

Investigaciones

cualitativas, 10

cuantitativas, 10

Iowa Interventions Project, 91

Iowa Outcomes Project, 94

J

Jefa de enfermeras, 17

L

Ley General de Profesiones, 22

Leyes de salud del cuidado del enfermo, 5

Licenciado en enfermería y obstetricia, 23

Limpieza ineficaz de la vía aérea, 109

Lineamiento para la mejora continua de los servicios de enfermería, 74

Llevar a cabo la valoración del paciente, 100

Lucha por la vida, 13

M

Manifestado por (m x), 46

Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería: estrategias para su aplicación, 78

Mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente, 58

Metas esperadas, 49

Método(s)

- científico de investigación, 7
- con una base teórica, 33
- con una finalidad, 33
- dinámico, 33
- flexible, 33
- hermenéutico o fenomenológico, 4
- para obtener datos, 38
- sistemático, 33
- teórico-filosófico, 10

Método(s) de enfermería, 29, 30, 60

- estado del arte de la aplicación del, 57
- objetivo principal del, 34

Metodología

- opciones que pueden adoptarse, 130
- para la implementación, 118
- para la vinculación, 100

México, formación de enfermeras en, 18**Modelado Conductual Desarrollativo, 59****Modelo(s)**

- conceptual del autocuidado (Orem), 61
- de atención basado en el Método de Enfermería, 64
- de atención de enfermería (MAE), 118
 - metodología para la implementación de, 117
- de atención obstétrica, 74
- de cuidados, 118
- de cuidados de enfermería,
 - implantación de, 119
 - un hecho real para la práctica profesional, 137
- Nightingale, 16
- Republicano, 17

Modernización de la estructura de enfermería en las unidades hospitalarias, 72**N****NANDA, 44-46, 91**

- aplicación taxonómica, 87
- características definitorias, 48, **106**
- definición, 46
- etiqueta diagnóstica, 45
- factores relacionados, 46

NANDA-NIC-NOC

- vinculación, 99
- vinculación del proceso de atención de enfermería versus, 100

National Library of Medicine (NLM), 90**Necesidad, concepto de, 138****NIC (Nursing Intervention Classification), 46, 91**

- aplicación taxonómica, 87

NOC (Nursing Outcomes Classification), 46, 91

- aplicación taxonómica, 87
- listas de resultados sugeridos y de resultados opcionales de la, **108**

North American Nursing Association (ANA), 87**North American Nursing Association (NANDA), 142****North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), 82, 87****Notas de Enfermería: Lo que es y lo que no es (Nightingale), 57****Nursing Interventions Classification (NIC), 82, 88****Nursing Outcomes Classification (NOC), 82, 88****O****Objetivo(s), 132**

- general, 63

Observación, 39

- sistemática, 36

Organización de los datos, 41**Organización de servicios por parte del Departamento de Gestión del Cuidado, 63****Organización Mundial de la Salud (OMS), 32****Organización Panamericana de la Salud, 25****P****Palpación, 40****Patrones funcionales de salud, 37****Percepción, arte de la, 3****Percusión, 40****Perfiles de enfermería, 74****Plan de atención**

- documentación del, 51
- preparación del, 50

Plan de cuidados, 53**Plan de cuidados de enfermería (PLACE),**

- 58, 82, 99, 147

- aplicación taxonómica, 87

- Estandarizado, 53

- ejemplo de, **133**

Plan rector de enfermería, 72

Planeación, 48, 106

- de la implementación, 125
- de las intervenciones de enfermería, 49
- fase de, 120

Planear para planear, 120

Planificación

- de las intervenciones, 109
- de los cuidados, 106
- social, 5

Potencial de vida, 6

Práctica profesional en México, 13

Praxis de enfermería, proceso de atención en la, 30

Preparación del plan de atención, 50

Proceso

- de evaluación de la calidad de la aplicación del Método de enfermería, 64
- salud-enfermedad, 9

Proceso de Atención de Enfermería (PAE),

1, 5, 10, 30-31, 60, 119

- y utilización de las taxonomías, relación entre, 101

Profesión

- objeto de estudio de la, 57
- razón de ser de la, 57

Profesionalización de la Enfermería en México, 24, 57

Profesora-enfermera, 20

Programa Nacional de Salud 2000-2006, 58

Programa Nacional de Salud 2001-2006, 70

Programa Nacional de Salud 2007-2012, 78

R

Rangos de semaforización para determinar el grado de cumplimiento en cada etapa, 66

Registros

- clínicos de enfermería, 130
- de enfermería, 51

Relacionado con (r/c), 46

Respeto, 39

Resultado, 96

Retroalimentación/asesoría, 134

S

Salud, 29

- de Marjory Gordon, patrones funcionales de, 90
- patrones funcionales de, 37

Satisfacción de la persona de cuidado, 52

Satisfactores de vida, 15

Secretaría de Salud, 26

- y la aplicación del Método de Enfermería, 66

Sector Salud, 71

Seguridad del paciente, 77

Separación Iglesia-Estado, 17

Significado de la vida, 6, 15

Sistema(s)

- de salud, 24
- Integral de Calidad (SICalidad), 79
- Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), 74
- Nacional de Salud, situar la calidad en la agenda permanente del, 79
- Nightingale, 17
- y aparatos, 36

Sistematización, 33

SONRIA, acrónimo, 71

Subdirección de enfermería, 60

Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud, 76

Sujeto, objeto, intervención e información, 3

T

Taxonomía(s)

- I, 89
- II, 90, 92
- clases y dominios en la, 93
- conclusiones, 114
- diagnóstica, creación de una, 43
- NANDA-NOC-NIC, antecedentes de la, 89

Teoría

- de enfermería, herramienta importante para la aplicación de, 29
- de Sor Callista Roy de la Adaptación, 61
- del Autocuidado de Dorothea E. Orem, 48
- del conocimiento, 4

Transformación, 143

- paradigma de, 145

V

Validación de los datos, 41

Validar y confiabilizar un instrumento,
64

Valoración

documentación y registro de la, 41
primera fase, 36

Valores

dinámicos, 2

fijos, 2

objetivos, 2

subjettivos, 2

Vinculación: NANDA-NOC-NIC,
99

W

Western Interstate Commission on Higer Education
(WICHE), 32