

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA



MAYO DE 2018

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

DIRECTORIO

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Dr. José Meljem Moctezuma
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Mtro. Miguel Robles Bárcena
Subsecretario de Administración y Finanzas

Dr. Jesús Ancer Rodríguez
Secretario del Consejo de Salubridad General

Mtro. Antonio Chemor Ruiz
Comisionado Nacional de Protección en Salud

Lic. Julio Sánchez y Tépoz
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
Comisionado Nacional de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dr. Onofre Muñoz Hernández
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Dr. Manuel Hugo Ruiz de Chávez Guerrero
Presidente de la Comisión Nacional de Bioética

Dr. Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Mtro. Luis Adrian Ortiz Blas
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Dr. Sebastián García Saisó
Director General de Calidad y Educación en Salud

Mtra. Claudia Leija Hernández
Directora de Enfermería
Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Primera edición, 2018

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Integración y Desarrollo
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Av. Homero 213
Col. Chapultepec Morales
Del. Miguel Hidalgo
C.P. 11570
Ciudad de México

Autorización

Mtra. Claudia Leija Hernández
Directora de Enfermería
Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería

Revisión

Mtro. Hector Olivera Carrasco
Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería
Secretario Técnico de la Comisión Permanente de Enfermería

Mtra. Miriam Paola Bretado de los Ríos
Coordinadora Normativa de Enfermería
Dirección de Enfermería
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Elaboración

Mtra. María de Jesús Posos González
Coordinadora Normativa de Enfermería
Dirección de Enfermería
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Presentación

Quien suscribe la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C., ha tenido a bien después de leer el documento Modelo del Cuidado de Enfermería, en opinar sobre los apartados acerca de la estandarización del cuidado de enfermería en los ámbitos ambulatorio y hospitalario. Considero que, el modelo es práctico para la enfermería en México y lleva con ello la unificación del cuidado y de cuidar, asimismo, el documento aborda los cambios que se promueven a través del uso del proceso atención de enfermería que conduce con gran éxito a brindar atención de la salud con calidad y seguridad.

El *modelo del cuidado de enfermería*, será una herramienta para el profesional y no dudo que sea utilizado con el más alto valor humano. Apoyamos la propuesta del presente para que el profesional de enfermería en México cuente con un mayor número de herramientas para expresar, respaldar y fortalecer la forma del cuidado disciplinar con sentido ético y humanístico.

La FEMAFEE, A.C., siendo un órgano que apoya la educación en enfermería y el crecimiento de la misma, considera este modelo de gran apoyo y contribución a la enfermería en México. Siendo este, una guía práctica para la formación, investigación y gestión del cuidado que conduzca a la meta del rol de la enfermería profesional al igual que, la utilización del modelo contribuye a la formación de recursos humanos en enfermería y en el futuro se cuente con estas bases para la unificación de la práctica propia de enfermería con un enfoque más crítico y analítico, con mayor sustento para la toma de decisiones, y la planificación de intervenciones asertivas y dirigidas a cada situación de salud.

Los nuevos modelos de enfermería, son de gran importancia en la práctica de cuidados sofisticados sin omitir para ello el avance tecnológico y la investigación que contribuirán en los procesos administrativos, epidemiológicos y a la enseñanza de la actual enfermería. Hoy la enfermería es más reflexiva tratando de unificar criterios para ser cada día más perfeccionista y continuar en el ejercicio de acciones a través de un modelo de cuidados de enfermería actual y moderna para guiar la práctica. Los modelos de cuidados de enfermería están respaldados por el Proceso Atención de Enfermería, incluyente de la cultura social y humana. Hoy las instituciones de salud se están apoyando cada día más en modelos de cuidados acorde a los problemas propios de salud, un ejemplo de ello es la propuesta mexicana del *modelo del cuidado de enfermería*, un modelo único para la población.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Esta propuesta innovadora responde a cambios tecnológicos y necesidades de brindar una atención de calidad en respuesta a la transición epidemiológica que se presenta en nuestro país y en cada uno de los países según su cadena demográfica y social de las familias y diversidad de sociedades. De aquí que, se requiere de modelos de cuidados de enfermería específicos que respondan a cada problema de salud.

Con lo anteriormente citado, y teniendo en cuenta la necesidad de implementar modelos de cuidados de enfermería se requiere de sensibilizar, motivar, promover e impulsar la aceptación de éstos por el profesional de enfermería así como, su utilización e institucionalización en cada unidad de atención médica del Sistema de Salud en nuestro país.

México está despuntando cada día más en la formación y educación en enfermería profesional asumiendo compromisos de una enfermería basada en modelos, y de modelos basados en evidencia con alto sentido humano, ético y de responsabilidad profesional.

“Por la enseñanza y el progreso”
Dr. Francisco Cadena Santos
Presidente FEMAFEE

Contenido

Presentación.....	I
Contenido.....	III
Introducción.....	IV
I. Contexto histórico del cuidado de enfermería.....	1
II. Justificación.....	5
III. Objetivos.....	8
IV. Estructura metodológica del modelo del cuidado de enfermería.....	9
V. Esquema del modelo del cuidado de enfermería elementos y herramientas.....	11
VI. Descripción de los elementos metodológicos y las herramientas del modelo del cuidado de enfermería.....	14
VII. Documentación del modelo del cuidado de enfermería.....	29
VIII. Plan de acción para la implementación del modelo del cuidado de enfermería.....	30
IX. Estrategia de implementación del modelo del cuidado de enfermería.....	31
1. Paso de difusión.....	31
2. Paso de capacitación.....	32
3. Paso de implementación.....	32
4. Paso de documentación.....	33
5. Paso de evaluación.....	34
X. Glosario de términos.....	41
XI. Referencias bibliográficas.....	43
XII. Anexos.....	45
Anexo 1. Método para la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.....	45
Anexo 2. Método para la valoración por aparatos y sistemas.....	46
Anexo 3. Formato de registros de enfermería para primer nivel.....	47
Anexo 4. Formato de registros de enfermería para segundo y tercer nivel de atención.....	49
Anexo 5. Plan de Alta (PA) de enfermería para embarazadas. SESA-Chiapas.....	52
Anexo 6. Guía rápida de consulta modelo del cuidado de enfermería.....	53
XIII. Validación del documento.....	56
XIV. Directorio de la Comisión Permanente de Enfermería.....	57

Introducción

Un hecho real y actual es el intenso intercambio de mercados y relaciones sociales que impulsa un flujo de pensamiento y prácticas multidisciplinarias e interdisciplinarias que junto con el vasto escenario de salud-enfermedad complican y representan un mayor reto a la tolerancia, diversidad cultural y a la equidad, sin perder de vista la calidad, la efectividad, la seguridad y la regulación de prácticas y productos para la salud basados en la mejor evidencia científica. De ahí que la formación de recursos humanos de enfermería deberá estar orientada y fundamentada en el principio de la persona que es cuidada en virtud de su humanidad, y para esto, es fundamental fortalecer la importancia del conocimiento de la persona como un ser humano total y completo, visto como ser holístico e integral.

Para mejorar la atención de enfermería en el día a día, y de construir la forma de cuidar en su cotidianidad, se integran elementos metodológicos en un *modelo del cuidado de enfermería* que permite visualizar a la profesión desde un paradigma socio crítico, científico y a su vez, sustente la mejor toma de decisiones en el otorgamiento del cuidado oportuno.

El documento “Modelo del cuidado de enfermería” menciona cada uno de los elementos metodológicos y disciplinares que lo integran, una propuesta que puede ser considerada para impulsar la estandarización del cuidado de enfermería en las Unidades de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud en sus ámbitos ambulatorio y hospitalario. Si bien es un hecho que la práctica de enfermería en México coexiste en el día a día con una diversidad de conocimiento y como consecuencia una brecha importante de variabilidad en la forma de cuidar y en la formación de recursos humanos en enfermería; los cambios recientes se magnifican, y muestra una sociedad que vive una gran transición epidemiológica, demográfica y social, que tendrán que enfrentarse con propuestas innovadoras y efectivas para la atención a la salud.

La teoría no es solamente esencial para la existencia de la enfermería como ciencia, sino que sustenta la práctica de la enfermería profesional, por consiguiente, es necesario que en este contexto se re-conceptualicen los núcleos disciplinares de la persona, entorno, salud, y enfermería en su relación con el nexo salud-enfermedad.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Este documento busca ser más que una propuesta metodológica de práctica diaria; pretende transmitir en su contenido la esencia de la disciplina de enfermería, la esencia del ser, de la persona que bajo la condición humana requiere ser cuidada, atendida, educada y guiada a una cultura que favorezca el autocuidado, el cuidado a la familia, a los grupos y las comunidades. Sin duda transmitirá la reflexión sobre la estructura disciplinar y de cómo aplicar y desarrollar el Proceso Atención de Enfermería (PAE), el plan de cuidados estandarizado a través de práctica basada en evidencia, sin dejar de lado el cuidado del que cuida.

Permite también, retomar la forma de cuidar por el personal de enfermería para la conservación y mantenimiento de la salud que es una de las condiciones de más alto valor para la humanidad. Con esta propuesta la enfermería mexicana pretende contribuir al desarrollo profesional, además de fortalecer el sentido ético y humanístico.

La propuesta del modelo del cuidado de enfermería cuenta con elementos y núcleos disciplinares de abstracción de conocimiento y práctica, desarrollado en el marco de orden lógico y estructural para la mejor forma de otorgar el cuidado y la atención a la persona, la familia, grupos y comunidad, lo que conduce no solamente al entendimiento, sino además a la comprensión de cada uno de los elementos que lo conforman, asimismo, orienta la formación de futuros profesionistas hacia el objeto – sujeto de estudio, cuidado – persona, la salud y el entorno, formando la base para el conocimiento de la enfermería como disciplina.

En el abordaje del documento, es imposible dejar de mencionar los entornos tan diversos en contextos y cultura en el que se desenvuelve y convive la persona, razón por la cual el modelo ecléctico mexicano en su esencia propone una forma de otorgar un cuidado integral, sistémico, ético, y humanístico, dirigido a la población mexicana.

La propuesta contiene además la estrategia para implementar el modelo del cuidado de enfermería en las unidades de atención médica de los tres niveles de atención. Dicha estrategia se conforma de cinco pasos: Difusión, capacitación, implementación, documentación y evaluación, considerando indicadores de medición.

No solamente es innovar, proponer y estar a la vanguardia, es principalmente avanzar y contribuir a garantizar la atención con calidad y seguridad para el paciente con mejores prácticas de enfermería que otorga día a día en cualquiera de sus ámbitos.

I. Contexto histórico del cuidado de enfermería

Históricamente el cuidado existe desde el comienzo de la vida, de acuerdo a Collière, su historia se perfila a través de dos grandes orientaciones: la primera se inscribe desde el principio de la historia de la humanidad para asegurar la continuidad de la vida y la segunda se vincula en la lucha contra la muerte. Desde tiempos remotos, Florence Nightingale preocupada por las condiciones del ambiente en torno al paciente y el cuidado de enfermería, hizo importantes mejoras a las prácticas de enfermería al comprobar que los cuidados brindados tenían una importante influencia en los resultados finales de atención.

Es evidente que la aportación de Florence Nightingale, quien merece el profundo reconocimiento de haber sido la pionera del pensamiento científico y ético en enfermería, y de quien además se toma como referencia la visión precursora que ha servido de punto de partida para desarrollar todas y cada una de las actuales teorías de enfermería (Amaro, 2004). A poco más de 200 años del surgimiento de su propuesta teórica, la enfermería se ha convertido en una profesión que aún tiene mucho que consolidar como ciencia, aunque han sido diversas las propuestas de autores sobre la enfermería, la ciencia, el arte y la disciplina.

Cabe mencionar que en su momento el hacer de enfermería se vinculó con saberes de otras disciplinas, preponderantemente con la disciplina médica y obedeció a una fuerte dependencia y alto porcentaje de sus funciones relacionadas con el cumplimiento de la prescripción médica y con las actividades delegadas. Este rol ha estado determinado en el entendido de asumir e interpretar de la mejor forma posible la asistencia a la práctica médica, que respondió indudablemente a que la formación del personal de enfermería se apoyaba fundamentalmente en textos médicos y enfoque biologicista.

A partir de los años 60s, se empieza a sentir la necesidad de reconocer la importancia de la disciplina, es así que varias escuelas y universidades impulsan el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería; poco a poco se ha requerido contar con más competencias técnicas haciendo necesaria una formación de mayor nivel; este incremento de conocimiento puso de relieve delimitar tanto la naturaleza del objeto de estudio de la disciplina, como el ámbito de actuación profesional. A mediados del siglo XX muchos de los esfuerzos de los profesionales de la enfermería estuvieron dirigidos a resolver esta cuestión, iniciando un periodo caracterizado por la creación de modelos

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

teóricos que tratan de esclarecer *el hacer de los profesionales*, “porqué lo hacen, cómo lo hacen y cuál es el camino a seguir para el incremento del corpus de conocimientos propios”. Es el momento en el que se impone la creación de una definición universal de los cuidados de enfermería, es decir, se percibe la necesidad de “explicar con precisión el significado o naturaleza de la enfermería”, a través de una proposición en la que se exponga con claridad y exactitud los caracteres genéricos y diferenciales de enfermería en el ámbito general de la ciencia (Hernández, 2003).

La década de 1980 fue una etapa de desarrollo importante en la teoría de la enfermería, caracterizado como una transición del período pre-paradigmático al paradigmático tal como lo declaró Hardy en 1978, y Fawcett en 1984, los paradigmas (modelos) prevalentes ofrecían perspectivas para la práctica, la administración, la educación, la investigación y el desarrollo posterior. Respecto a los modelos conceptuales de enfermería, se incluyen trabajos de las grandes teorías, conocidas también como pioneras en enfermería (Chinn y Kramer, 2008); (Fawcett, 2005); (Meleis, 2007). Fawcett, afirma que «un modelo conceptual proporciona un marco de referencia distinto para sus partidarios, que les explica cómo observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina», define los conceptos de (persona, entorno, salud y enfermería) según su marco y se diferencian de los modelos que proponen una dirección o acción que puede probarse (Alligood y Marriner, 2011).

Es Jacqueline Fawcett quien propone como primer componente al metaparadigma dentro de la estructura jerárquica del conocimiento contemporáneo de enfermería, y la relación entre sus conceptos *cuidado, persona, salud y entorno* como núcleo de la disciplina, parten del reconocimiento de que cada persona es un ser nuevo, existencial y esencial, de un paradigma, conceptualizado, como aquel conocimiento dominante que los miembros de la comunidad académica aceptan (Frankl, 1996). Cabe mencionar que Fawcett define el metaparadigma como un “Conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina”, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de manera abstracta.

En este entendido existe la necesidad de la enfermería de clarificar su especificidad motivando a las enfermeras teorizadoras, a elaborar modelos conceptuales para la profesión. Estos modelos sirven de guía para la práctica, formación, investigación y gestión de los cuidados, orientan la práctica de la enfermería proporcionándole una

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

descripción, de la meta que se persigue, del rol y de los cuidados; sirven también para precisar los elementos esenciales en la formación de las enfermeras, los fenómenos de interés para la investigación enfermera, así como las actividades de cuidado y las consecuencias que de estas se esperan para la gestión de los cuidados de enfermería (Kerouac, 2005). En el mismo sentido, (Alligood, 2004), menciona que los entornos de la práctica enfermera son complejos y los datos que manejan son información prácticamente infinita. Deben analizar una gran cantidad de información sobre cada paciente y decidir qué hacer. Un modelo teórico ayuda a que los profesionales de enfermería no se vean desbordados por la cantidad de información y avancen en el proceso de enfermería de manera ordenada. La teoría les permite organizar y entender lo que sucede en la práctica para analizar de manera crítica las situaciones del paciente, tomar decisiones clínicas, planificar los cuidados y proponer intervenciones de enfermería adecuadas, además de predecir los resultados del paciente y evaluar la eficacia de los cuidados.

Al respecto de la eficacia de los cuidados, el avance en la formación de recursos humanos ha incitado poco a poco a la reflexión teórica y metodológica en el proceso de cuidar a través de diferentes métodos, como el de solución de problemas, el proceso administrativo, epidemiológico, el de enseñanza y el proceso investigativo. En esa reflexión es importante recordar que no existe una total comprensión de la esencia del cuidado ni del dominio requerido de la práctica profesional conceptualizada en un modelo. Por consiguiente, la práctica de enfermería se enfoca en su mayoría a la ejecución de acciones al paciente, funciones administrativas, control de materiales; acciones que no requerían en su mayoría de fundamentación científica.

En la segunda mitad del siglo XX, como se ha referido en párrafos anteriores, la enfermería revoluciona con la búsqueda de marcos teóricos explicativos de los fenómenos relacionados con el campo del saber y las diferentes prácticas (UNI-COLMB, 2006). Con esta perspectiva, la formación de enfermería debe estar orientada y fundamentada en el principio de la persona cuidada en virtud de su humanidad, para esto es fundamental fortalecer la concepción de la persona como un ser humano total y completo. La enfermería puede utilizar gran variedad de metodologías que permitan afianzar el cuidado en quienes están formando, y fomente la comunicación para crear puentes de convivencia y entendimiento entre quien cuida y quien es cuidado y aumentar su condición humana (UNI-COLMB, 2006).

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Hoy en día, el desafío se orienta a un modelo que pueda dar cuenta de las nuevas situaciones que presenta la necesidad de atención de la población, con una situación epidemiológica, demográfica, y cultural, que requieren de recursos humanos con compromiso, condiciones dignas de trabajo y capacidad de autonomía personal que garantice seguridad, pertenencia y motivación por el personal de enfermería (OPS, 2012), en este entendido hoy por hoy la enfermería requiere de contar con herramientas para fortalecer y asegurar la toma de decisiones a través de la práctica basada en evidencia, mantenga y contribuya a controlar la salud de la población. Algunas acciones que considerar para las mejores prácticas son la gestión y la calidad de los cuidados en los diferentes entornos de la atención, el impulso a la investigación y la formación de los recursos humanos en enfermería, así como la aplicación y regulación de la enfermería a través de la normatividad y liderazgo transformador.

II. Justificación

En México, varios grupos de profesionales de enfermería han liderado y guiado el rumbo de la enfermería mexicana para regular, conformar y re-direccionar el futuro de la misma con base y en respuesta a las prioridades y necesidades de atención de la salud de la población.

En este sentido el Acuerdo de creación de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), contempla en sus objetivos mejorar la calidad y seguridad de los pacientes y la formación de los profesionales de enfermería, asimismo, propiciar las condiciones que permitan el desarrollo profesional. Con el paso de los años la CPE ha hecho la diferencia del transitar en el hacer de enfermería, ha fortalecido e impulsado el desarrollo disciplinar, enfocando la visión en el ámbito de su competencia a las mejores prácticas de enfermería.

Varios personajes a través de los años aportaron y contribuyeron al desarrollo y avance de la disciplina con programas y proyectos dirigidos a mejora de la calidad de vida de las personas en los ámbitos ambulatorio y hospitalario, haciendo visible la contribución del profesional de enfermería a la salud de la población.

Coherente con las necesidades y expectativas de la población, así como con las políticas nacionales e internacionales para la mejora de los servicios de salud, en México se han implementado diferentes estrategias de alcance e impacto nacional para el beneficios de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, tales como: regulación de la práctica de enfermería a través de protocolos y documentos normativos, monitoreo de la calidad de los servicios a través de indicadores, estandarización a través Guías de Práctica Clínica de Enfermería y planes de cuidados, así como modelos de clínica de heridas y terapia de infusión, entre otros.

La implementación de dichas acciones responde a los cambios en la dinámica de la población y transición epidemiológicas, razón por la cual, para mejorar la atención de enfermería en el día a día y de-construir la forma de cuidar se integra un *modelo del cuidado de enfermería* que permita con enfoque holístico, socio crítico, científico que sustente la mejor toma de decisiones en el otorgamiento del cuidado, oportuno y sistemático, asimismo, éste modelo sirva de plataforma para el establecimiento de protocolos clínicos y algoritmos de atención multidisciplinaria e interdisciplinaria que guíen, orienten y difundan las prácticas de enfermería basadas en la mejor evidencia

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

científica disponible nacional e internacional, oriente el ejercicio disciplinar y contribuya a disminuir la variabilidad de la práctica de enfermería.

Si bien es necesario contar con un modelo del cuidado de enfermería, para fortalecer la toma de decisiones del personal a través de ejecutar cuidados sustentados en la mejor evidencia científica, también es necesario anotar la implementación de estos en un documento de registros de enfermería con el objetivo de comunicarse de forma efectiva entre los profesionales de la salud, principalmente entre los de enfermería. Estos registros deben contener un orden lógico, que sin duda evidencia la calidad con la que se otorgan los cuidados, además de ser considerados como el deber ser y hacer de la actividad del personal de enfermería.

Finalmente la evaluación de la implementación del modelo del cuidado de enfermería debe ser medida con instrumentos validados y mejorar la estructura, los procesos y los resultados para plantear en lo posible acciones de mejora continua de la calidad.

En una visión transformacional de la consolidación disciplinar de enfermería, es necesario emprender acciones inmediatas que conduzcan a una práctica sistematizada y homogénea y a una enfermería más socio-crítica y auto-crítica para el futuro mediano y garantice la atención efectiva a través de las mejores prácticas multidisciplinarias e interdisciplinarias que junto con el ya vasto escenario de salud-enfermedad complican y representan un mayor reto a la tolerancia, diversidad cultural y la equidad, sin perder de vista la calidad, la efectividad, la seguridad y la regulación de prácticas y productos para la salud basados en la mejor evidencia científica (PT-CPE, 2013-1018), mientras que para el futuro lejano habrá que establecer acciones que permeen en la formación de futuros profesionales de enfermería con competencias para dar respuesta a la necesidad de atención con enfoque intercultural que aborde el nexo salud-enfermedad de la población mexicana.

México asume el compromiso de contar con la mejor calidad de los servicios de salud públicos o privados, en este sentido, los profesionales de enfermería se sienten obligados a interactuar y encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde. El compromiso del personal de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos-científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y las instituciones educativas pueden asegurar a la

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

sociedad el ejercicio profesional con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones se orientan en el marco del *deber ser*, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas, por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue, es por ello que el Código de Ética aplicable al personal de enfermería en México, determina lo siguiente:

“La enfermera, a través del cuidado, pone en marcha todo aquello que mueve la energía del ser humano, su potencial, su deseo de vivir. El cuidado es una actitud que trasciende las dimensiones de la realidad humana. Tiene un significado de auténtico humanismo ya que conlleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, porque la primera está en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios”.

Por lo anterior es de importancia que la enfermería identifique y aplique durante el proceso de cuidar principios éticos, como:

No Maleficencia: no dañar, evitar el daño a los pacientes y minimizar los posibles riesgos.

Beneficencia: hacer el bien, proteger los derechos de los pacientes, promover su bienestar y reparar el daño.

Autonomía: Respetar a las personas en sus decisiones considerándolos como individuos libres. Los pacientes son capaces de decidir acerca de su salud y enfermedad, participando activamente en la toma de decisiones para el consentimiento informado integrando los principios de autonomía y beneficencia.

Justicia: equidad en la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona, respetando sus diferencias (Código de ética, 2001).

III. Objetivos

OBJETIVO GENERAL

Proponer un “Modelo del cuidado de enfermería” como eje central del cuidado, que oriente al personal de enfermería en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería (PAE) en las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) para contribuir en la mejora de la calidad de la atención basada en las mejores prácticas en los ámbitos ambulatorio y hospitalario con enfoque intercultural, integral y sistémico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estandarizar la atención de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
2. Estandarizar los planes de cuidados de enfermería (PLACE) para homologar el lenguaje de enfermería.
3. Utilizar la evidencia científica y la práctica basada en evidencia.
4. Disminuir la variabilidad de la práctica de enfermería mediante la aplicación del PAE.
5. Documentar el cuidado de enfermería en el formato de registros de enfermería.
6. Evaluar la calidad del cuidado de enfermería a través de indicadores.
7. Fortalecer el cuidado de enfermería fundamentado en principios éticos y legales.

IV. Estructura metodológica del modelo del cuidado de enfermería

Dado el compromiso de la enfermería con las condiciones de salud de la población nacional y mundial, surge la necesidad de proponer un modelo del cuidado de enfermería mexicano, para reconceptualizar los elementos nucleares de la disciplina considerados en el metaparadigma (persona, entorno, salud y enfermería), así como analizar los conceptos de la composición de dicho modelo, en este entendido se explican tres definiciones:

Primero, según la Real Academia Española (RAE), la palabra “modelo” proviene del italiano “Modello”, que significa la “representación que simboliza la perfección en todos los aspectos naturales que posee y en la forma en la que la sociedad reacciona ante ello”. (Marriner, 2000), lo refiere como “una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física”, así también menciona la significancia de los modelos simbólicos: que pueden ser verbales, esquemáticos o cuantitativos; estos se caracterizan por haber perdido toda forma física reconocible para alcanzar un nivel de abstracción superior al de los modelos físicos, por otra parte los modelos verbales, son los que se expresan mediante enunciados verbales; los modelos esquemáticos pueden adoptar la forma de diagramas, dibujos, gráficos o imágenes, y finalmente los modelos cuantitativos que utilizan símbolos matemáticos.

En segundo concepto es, “enfermería” (Rodríguez, 2000), dice: es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales, así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas, y;

En tercer lugar “cuidado”, (Waldow, 2008) lo define como es “Una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso de estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, la preservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad; es contribuir a la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida”.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Para el caso de la propuesta que se hace en este documento sobre “Modelo del cuidado de enfermería”, se conceptualiza como:

“La representación metodológica y estandarizada que guía la aplicación de las mejores prácticas a través de la implementación del proceso atención de enfermería, considerando a la persona como eje central del cuidado, desde el enfoque intercultural, integral y sistémico en los ámbitos, ambulatorio y hospitalario”.

Los elementos del “*modelo del cuidado de enfermería*”, tienen como objetivo fortalecer la estructura disciplinar, en el proceso de cuidar de enfermería.

Uno de sus principales objetivos es estandarizar el cuidado de enfermería en el Sistema Nacional de Salud en México, a través de la integración de sus elementos metodológicos y núcleos disciplinares:

<p>a) Meta paradigma de enfermería o supuestos principales:</p> <p>El meta paradigma de enfermería cumple con características de neutralidad y universalidad, enfocados a los aspectos disciplinares que la enfermería requiere para definir su esencia en virtud de su naturaleza epistemológica.</p>	1	<p>b) Proceso Atención de Enfermería (PAE):</p> <p>Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales.</p>
<p>c) El plan de cuidados de enfermería (PLACE):</p> <p>Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se espera obtener, las estrategias, las intervenciones y la evaluación de todo ello.</p>	3	<p>d) Enfermería Basada en Evidencia (EBE), (Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería GPCE):</p> <p>La EBE es una metodología a través de la cual se obtiene un conjunto de evidencias y recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible incluidas en las guías de práctica clínica de enfermería (GPCE), con el objetivo de guiar al profesional de enfermería y al usuario de los servicios de salud, en la mejor toma de decisiones para contribuir a la atención segura y de calidad, a través de la práctica crítica y reflexiva.</p>

El modelo del cuidado de enfermería tiene enfoque integral y sistémico aplicable a los tres niveles de atención en salud fortaleciendo con ello la toma de decisiones en la atención primaria a la salud.

V. Esquema del modelo del cuidado de enfermería elementos y herramientas

El *modelo del cuidado de enfermería* se integra por cuatro elementos disciplinares básicos de la enfermería, aplicable en el ámbito ambulatorio y hospitalario:

- a) Meta paradigma de enfermería o supuestos principales
- b) Proceso Atención de Enfermería (PAE)
- c) Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)
- d) Enfermería Basada en Evidencia (EBE), Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería GPCE

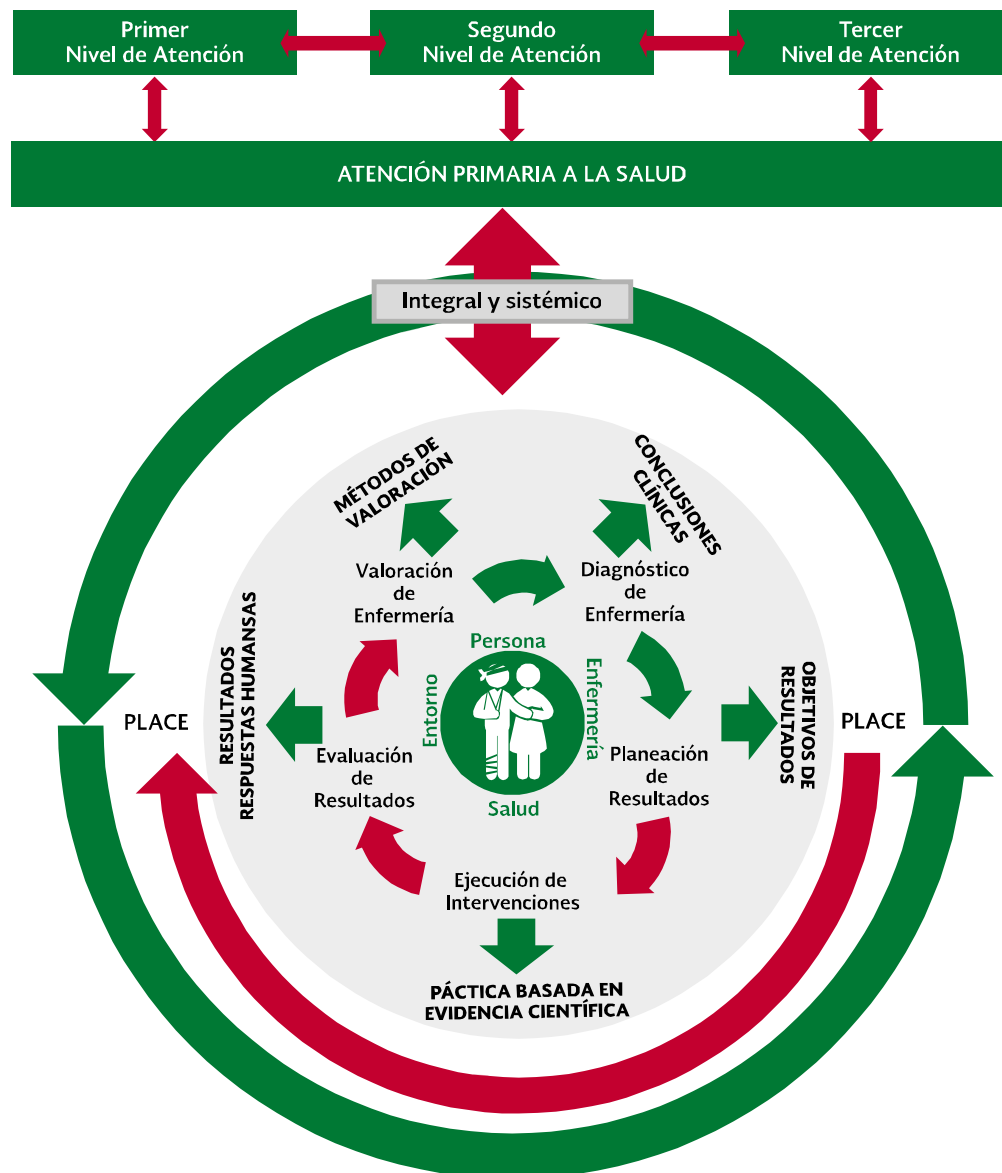


FIGURA 1. Esquema del modelo del cuidado de enfermería

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

En cada una de las etapas del Proceso Atención de Enfermería (PAE), se utilizan **herramientas para sustentar y fortalecer** la mejor funcionalidad, aplicabilidad e implementación del modelo del cuidado:

- Primera herramienta son los métodos para la valoración de enfermería, como: patrones funcionales, aparatos y sistemas, céfalo caudal, dominios NANDA o por algún marco conceptual teórico.
- Segunda herramienta son las clasificaciones taxonómicas de enfermería, NANDA y NOC
- Tercera herramienta son las recomendaciones de las GPCE, resultado de la Enfermería Basada en Evidencia (EBE)

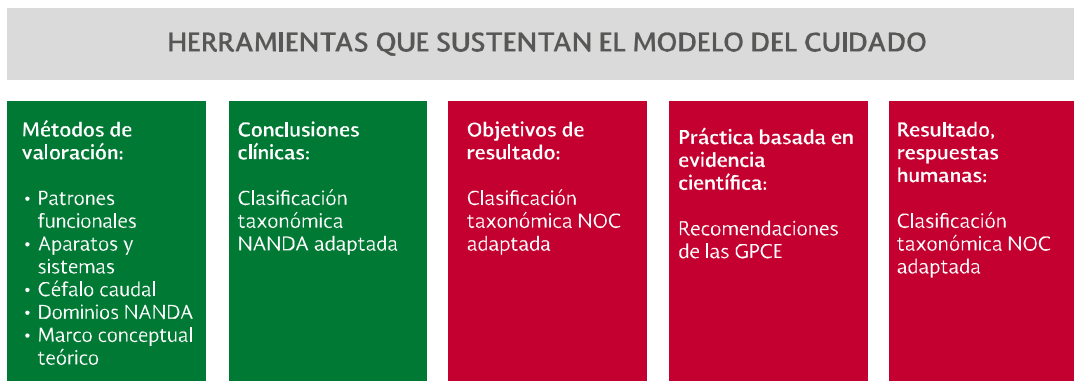


FIGURA 2. Herramientas que sustentan el Modelo

Esquema del Modelo del Cuidado de Enfermería

MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERIA

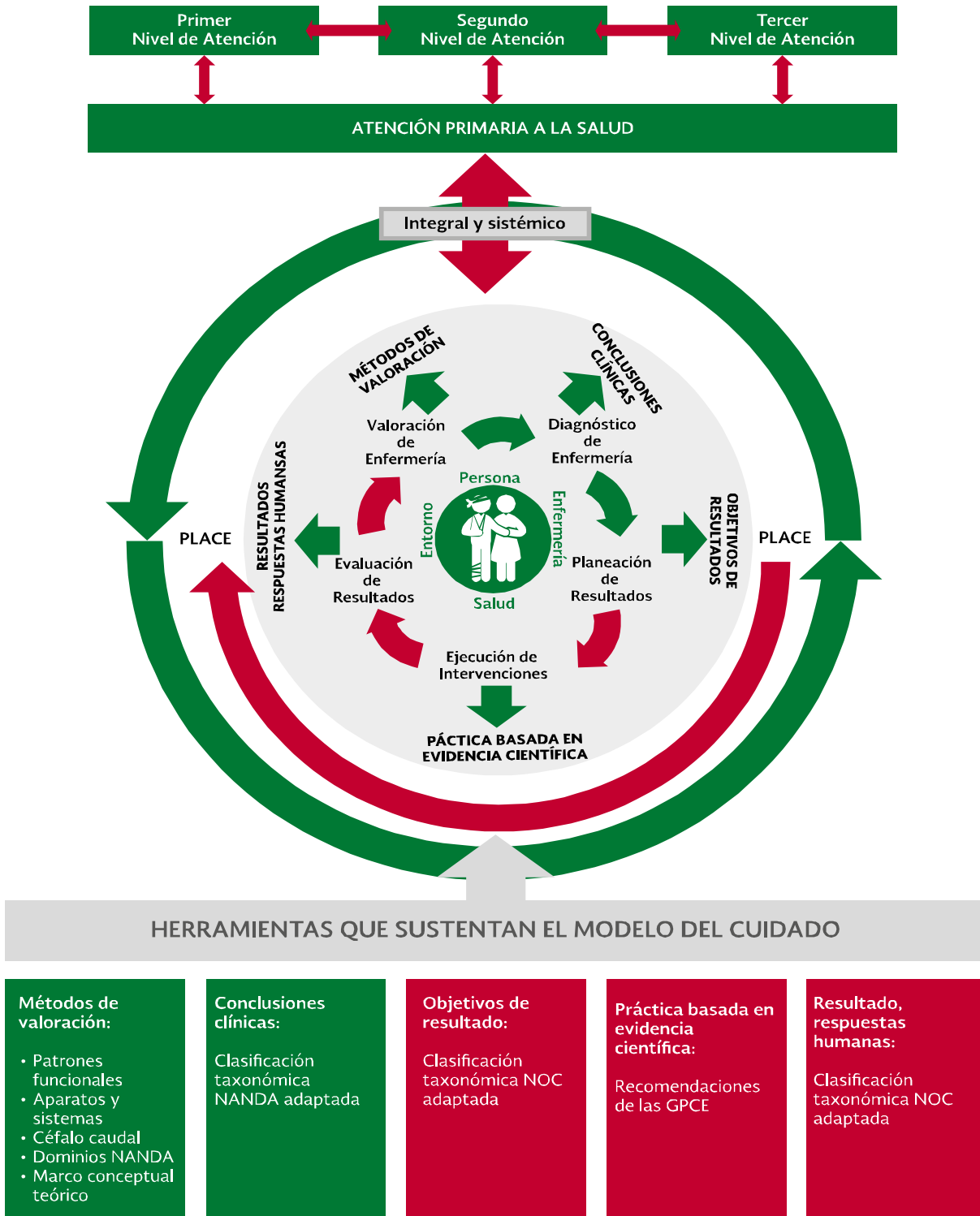


FIGURA 3. Esquema del modelo del cuidado de enfermería integrado con elementos y herramientas.

VI. Descripción de los elementos metodológicos y las herramientas del modelo del cuidado de enfermería

a) META PARADIGMA DE ENFERMERÍA O SUPUESTOS PRINCIPALES

El meta paradigma de enfermería cumple con características de neutralidad y universalidad, enfocadas a los aspectos o núcleos disciplinares que la enfermería requiere para definir su esencia en virtud de su naturaleza epistemológica. Para la comprensión del contenido, objetivos e implementación del modelo del cuidado se describe cada uno de los elementos del metaparadigma de enfermería:

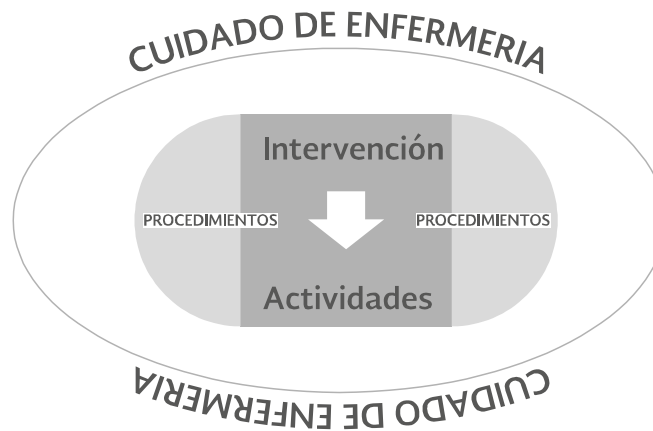


FIGURA 4. Esquema cuidado de enfermería.

Cuidado de enfermería

Acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar a través de la ciencia y arte humanístico, dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, visión integral de la persona, familia y comunidad con una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.

Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “Un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales y no solamente la ausencia de enfermedad”.

El estado de bienestar es aprovechar al máximo las energías de las personas, además, contempla la enfermedad como un proceso reparador instituido por la naturaleza cuando se producen situaciones de falla de cuidado. Florence Nightingale imaginaba la salud como un estado que podía mantenerse mediante la prevención de la enfermedad a través del control del entorno y llamó a esta idea “enfermería de la salud” para distinguirla de la atención a pacientes enfermos en pos de su recuperación o, al menos, de la mejora de sus condiciones de vida hasta la muerte (Raile, 2015).

Persona

Individuo, familia, grupo o comunidad, entendido desde un marco holístico humanista, el individuo como ser biopsicosocial, espiritual y cultural, no es la suma de las partes sino una “*interacción del todo*” (Lineamiento GDEIPLACE, 2013). Florence Nightingale, en la mayoría de sus escritos, aludía a las personas como pacientes (Raile, 2015).

Entorno/medio ambiente

Florence Nightingale, decía que las condiciones ambientales, tienen influencia tanto en los cuerpos como en las mentes y que el fomento de mejoras en las condiciones de vida modifica el estado social de la población (Raile, 2015).

Los núcleos disciplinares del metaparadigma, integran la expresión del conocimiento del cuidado requerido para la aplicación del Proceso Atención de Enfermería (PAE). Cabe mencionar que las funciones del metaparadigma son las de resumir la misión intelectual y social de una disciplina y colocar unos límites acerca de los asuntos que trata la propia disciplina. (Kim., citado por Fawcett, 1989)

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

b) PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE):

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación de resultados, ejecución de intervenciones y evaluación de resultados. (Lineamiento GDEIPLACE, 2013).

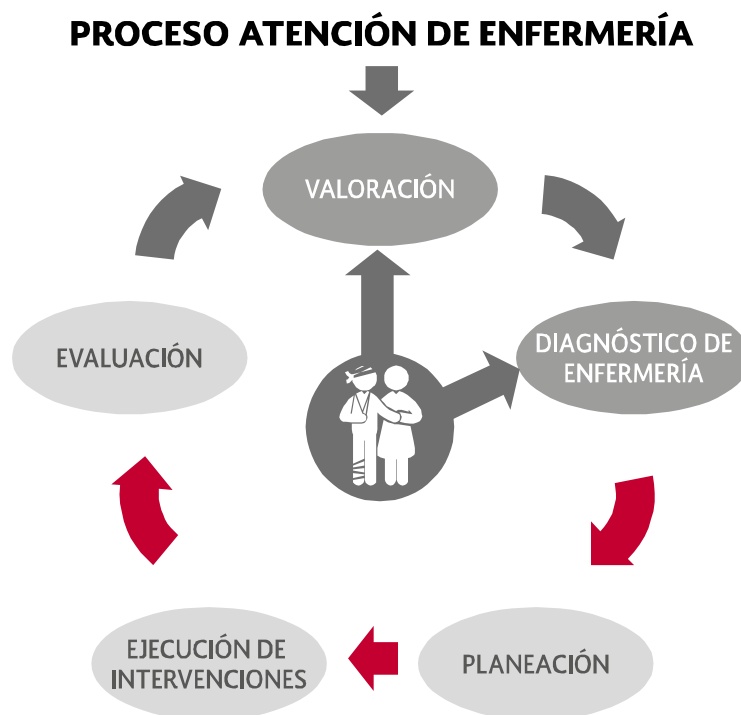


FIGURA 5. Proceso de Atención de Enfermería

El PAE, es un proceso sistemático, dinámico, humanista, flexible e interactivo en cada una de sus etapas, es el elemento disciplinar y estructural del *modelo del cuidado de enfermería*. El PAE consta de cinco etapas:

1. ETAPA DE VALORACIÓN

Esta etapa permite estimar el estado de salud del usuario, familia, grupo o comunidad, respuestas humanas y fisiopatológicas con las que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Para el desarrollo de la etapa de valoración se utilizan como herramienta algunos de los siguientes métodos para la valoración, que permita la estandarización del cuidado de enfermería en las unidades de salud, dichos métodos son:

- Método para la valoración de enfermería:
 - Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.
 - Valoración por el método de aparatos y sistemas.
 - Valoración por el método céfalo caudal.
 - Valoración por el método de dominios NANDA.
 - Valoración por marco conceptual teórico de enfermería, de acuerdo a sus postulados principales.

Los métodos para la valoración son la primera herramienta que debe utilizarse para valorar a todo tipo de personas sanas o enfermas, en el ámbito público o privado, en la práctica institucional, privada o independiente, en clínicas, consultorios, y en todos los escenarios del ámbito ambulatorio y hospitalario.

Sin duda, esta primera etapa del proceso atención de enfermería es necesaria llevarla a cabo para dirigir, definir y estandarizar el cuidado de enfermería a través del PAE, el desarrollo del PLACE, y la aplicación de las recomendaciones de las GPCE, que dicho sea de paso es el resultado del desarrollo de la EBE, convertida en PBE.

Patrones funcionales de salud	Aparatos y sistemas	Céfalo caudal	Dominios de NANDA	Marco conceptual
1. Manejo percepción de la salud. 2. Nutricional metabólico 3. Eliminación 4. Actividad–ejercicio 5. Reposo–sueño 6. Cognitivo perceptual 7. Autopercepción– auto concepto 8. Rol-relaciones 9. Sexualidad- reproducción 10. Afrontamiento- tolerancia al estrés 11. Valores-creencias	Secuencia lógica de preguntas relacionadas con las principales regiones anatómicas del cuerpo: <ul style="list-style-type: none"> • Cardiovascular • Respiratorio • Gastrointestinal • Neurológico • Genitourinario • Musculo esquelético • Piel y mucosas • Miembros inferiores y superiores. 	Orden lógico de cabeza a pies: <ul style="list-style-type: none"> • Piel, pelo y uñas • Cabeza • Ojos • Oídos • Boca y garganta • Tórax y pulmones • Corazón y vasos • Tracto gastrointestinal • Aparato genitourinario • Musculo esquelético • Neurológico • Miembros inferiores y superiores. 	1. Promoción de la salud 2. Nutrición 3. Eliminación e intercambio 4. Actividad/reposo 5. Percepción/cognición 6. Autopercepción 7. Rol/relaciones 8. Sexualidad 9. Afrontamiento/ tolerancia al estrés 10. Principios vitales 11. Seguridad/ protección 12. Confort 13. Conocimiento/ Desarrollo	Dorothea E. Orem Virginia Henderson Sor Callista Roy, Entre otros.

FIGURA 6. Métodos para la valoración

Es necesario comentar que la etapa de valoración por cualquiera de los referidos métodos que se realice siempre representará la columna vertebral del PAE; ya que a través de ésta se definen los cuidados de enfermería que se otorgarán a la persona enferma o en su caso a la persona sana para mantener o mejorar la salud.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Asimismo, es indispensable definir e implementar un método de valoración en cada uno de los escenarios de enfermería, tal es el caso de las clínicas de heridas, de catéteres, de estomas, de la persona adulta mayor (PAM), de clínicas para diabéticos, para el control prenatal, de cuidados paliativos, de tanatología, etc. En el sentido lógico y sistemático del PAE, ninguna acción de enfermería, ningún cuidado, ninguna intervención debe aplicarse a la persona si no existe previamente una valoración de la condición y situación de salud de ésta, de la familia, de los grupos o incluso de toda una comunidad.

La valoración de enfermería permite orientar al personal a la mejor toma de decisiones para intervenir con acciones y cuidados específicos y directos que requiere la persona en el proceso de mejorar o mantener la salud. Cada uno de los datos obtenidos en esta etapa conformará los diagnósticos de enfermería a través de conclusiones clínicas.

En los anexos 1 y 2 se muestran algunos ejemplos de la información que debe contener la valoración de enfermería, respecto a los métodos más utilizados en las unidades de salud.

La estandarización a través del *modelo del cuidado de enfermería* inicia con la decisión de utilizar y documentar el método para la valoración, mismo que deberá ser adaptado y complementado para cada localidad o tipo de paciente, especialidad, institución o incluso por entidad federativa, considerando los problemas interdependientes obtenidos con la aplicación de diversas escalas de valoración de riesgos, tales como: Escala del dolor, de úlceras, de accesos vasculares, del estado de conciencia, de sedación, entre otras de uso necesario para cada área o grupo de edad.

2. ETAPA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: CONCLUSIONES CLÍNICAS

El diagnóstico de enfermería se define como un juicio clínico sobre las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar; siendo estos la base para iniciar la etapa de planeación y por consiguiente el plan de cuidados de enfermería (PLACE).

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

- Clasificaciones taxonómicas de enfermería: Nursing Outcomes Classification (NOC, por sus siglas en inglés).

Para el desarrollo de esta etapa se utilizará como herramienta, la clasificación taxonómica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA por sus siglas en inglés) en combinación con la estructura lógica del formato PES (Problema, Etiología y Signos y Síntomas), permitiendo la adaptación, adecuación y contexto de las condiciones de infraestructura, diversidad cultural, lenguaje y recursos de cada localidad.

El personal de enfermería hará uso del pensamiento crítico y lógico, del razonamiento diagnóstico, conocimientos, experiencia, habilidades y competencias para hacer conclusiones clínicas de la situación de salud de la persona sana o enferma y con esta información redactar los diagnósticos de enfermería.

Para hacer las conclusiones clínicas y estructurarlas en diagnóstico de enfermería, es requisito indispensable haber realizado la valoración de enfermería por cualquier método elegido.

Tipos de diagnósticos de enfermería y sus elementos

Diagnóstico real	Diagnóstico de enfermería
P – Problema (etiqueta diagnóstica) E – Etiología (Factores relacionados) S – Sintomatología (características definitorias)	Etiqueta (Problema – P) Conocimientos deficientes en la Prevención y la detección de cáncer de mama Factores relacionados (Causas – E) Falta de recursos para obtener la información relacionada a los medios de prevención de la enfermedad, interpretación errónea de la información, falta de interés sobre el padecimiento, falta o recursos sanitarios insuficientes para difundir la información dar respuesta a la cobertura en salud o atención médica, creencias culturales que puedan influir en la recepción de la promoción de la salud, entre otros. Características definitorias (Signos y Síntomas – S) Preocupación, expresión verbal de dudas, seguimiento inexacto de las instrucciones, desarrollo avanzado de la enfermedad, entre otros.
Diagnóstico potencial o de riesgo	
P – Problema (etiqueta diagnóstica) E – Etiología, causas (Factores relacionados)	
Diagnóstico de salud	
P – Problema (etiqueta diagnóstica) S – Sintomatología (características definitorias)	

FIGURA 7. Tipos de diagnósticos de enfermería y ejemplo de “Diagnóstico real”

Es necesario mencionar que los factores relacionados del diagnóstico de enfermería determinarán la planeación de los cuidados, las acciones, las intervenciones y recomendaciones que requiere la persona, la familia, el grupo o la comunidad para mejorar la salud física, biológica, psicológica, social, espiritual, mantener o mejorar la

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

condición de salud actual. Así mismo, una vez resueltos o minimizados los factores relacionados, la sintomatología en la persona, la familia, el grupo o la comunidad disminuirán o se resolverán progresivamente.

Derivado de la etapa de valoración y del diagnóstico de enfermería surge el tercer elemento metodológico del modelo del cuidado denominado, plan de cuidados de enfermería integrado por la etapa de planeación, ejecución y evaluación.

c) PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

Etapa de planeación del resultado esperado

Inicia después de haber formulado los diagnósticos de enfermería, y consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas humanas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma.

Es así como en esta etapa del PAE, inicia el plan de cuidados de enfermería, avanzando de la ejecución a la evaluación y así sucesivamente de forma cíclica y dinámica. Recordemos que el PAE cuenta con características de ser un proceso sistematizado, dinámico, interactivo y flexible, entre otras.

El plan de cuidados de enfermería (PLACE): es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se espera obtener, las estrategias, las intervenciones y la evaluación de todo ello. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.

Estandarizado: Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Computarizado: Requiere la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización de la atención personalizada a un paciente concreto.

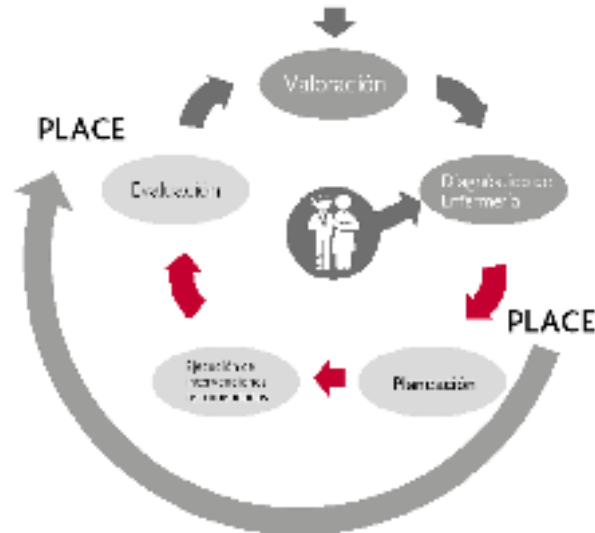


FIGURA 8. Ejemplo de desarrollo de la etapa de planeación

Diagnóstico de enfermería	Resultado esperado	Indicador del resultado	Escala de medición	Puntuación diana
<p>Etiqueta (Problema – P) Conocimientos deficientes en la Prevención y la detección de cáncer de mama.</p> <p>Factores relacionados (Causas – E) Falta de recursos para obtener la información relacionada a los medios de prevención de la enfermedad, interpretación errónea de la información, falta de interés sobre el padecimiento, falta o recursos sanitarios insuficientes para difundir la información dar respuesta a la cobertura en salud o atención médica, creencias culturales que puedan influir en la recepción de la promoción de la salud, entre otros.</p> <p>Características definitorias (Signos y Síntomas – S) Preocupación, expresión verbal de dudas, seguimiento inexacto de las instrucciones, desarrollo avanzado de la enfermedad, entre otros.</p>	<p>Fomentar el conocimiento de la conducta sanitaria</p> <p>Adquirir el conocimiento para el fomento a la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de promoción a la salud Servicios de protección a la salud Fomentar técnicas de auto detección Fomentar prácticas nutricionales saludables Fomentar beneficios de actividad y ejercicio Fomentar métodos de planificación familiar Descripción de conductas que fomenten la salud Descripción de programas de prevención y detección Descripción de autoexploración Auto-detección recomendada de cáncer de mama Descripción de una dieta sana Descripción de un programa eficaz de ejercicio Descripción de medidas para control de peso Descripción del uso seguro de medicamentos (hormonales) 	<p>1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso</p> <p>1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objetivo de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</p> <p>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>

FIGURA 9. Ejemplo de un plan de cuidados (PLACE) para promoción de la salud en Cáncer de Mama

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

- **Clasificaciones taxonómicas de enfermería Nursing Outcomes Classification (NOC, por sus siglas en inglés)**

Para planear los resultados esperados, se utiliza la herramienta de la clasificación taxonómica de la Nursing Outcomes Classification (NOC por sus siglas en inglés) con la característica de ser adaptada y adecuada a las condiciones de infraestructura, diversidad cultural y recursos de los entornos, localidades y unidades de salud.

- Los resultados esperados determinarán la planeación de los cuidados, las acciones, intervenciones y recomendaciones que requiere la persona, la familia, el grupo o la comunidad para mejorar la salud física, biológica, psicológica, social o espiritual.
- Asimismo, cada resultado planeado deberá redactarse con los siguientes elementos: la acción del verbo en infinitivo, el qué y el quién, indicando el objetivo y la acción a cumplir; deberá ser medible y evaluable a corto, mediano o largo plazo, luego entonces se podrá o no determinar indicadores para medir el cumplimiento de los resultados a través de escalas y puntuación diana.
- Este *modelo del cuidado de enfermería* permite la opción de utilizar las escalas de medición y la Puntuación Diana en la evaluación de resultados esperados y obtenidos.

d) ETAPA DE EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS PLANEADOS:

Ejecución e implementación de las intervenciones recomendadas de enfermería que contribuyen a que la persona sana o enferma obtenga los resultados esperados en la planeación.

Para la aplicación de esta etapa se utilizarán como herramienta las recomendaciones emitidas en las Guías de Práctica Clínica tanto de Enfermería (GPCE), así como de las guías médicas por las sugerencias para el cuidado de la persona. Estas recomendaciones son el resultado del desarrollo de la metodología de la Medicina y la Enfermería Basada en Evidencia (EBE) a través de revisiones sistemáticas convirtiendo el cuidado en Práctica Basada en Evidencia (PBE).

En este sentido la literatura menciona que la PBE permite la toma de decisiones fundamentada para una práctica de enfermería segura y con mayor asertividad. Por esta razón dentro del PAE se sugiere incluir las recomendaciones de las GPC, como eje de

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

actuación, derivando en el cuarto elemento metodológico del modelo del cuidado de enfermería.

- Enfermería Basada en Evidencia (Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE) y Nursing Interventions Classification (NIC por sus siglas en inglés).

La EBE es una metodología a través de la cual se obtiene un conjunto de evidencias y recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible incluidas en las guías de práctica clínica de enfermería (GPCE) con el objetivo de guiar al profesional de enfermería y al usuario de los servicios de salud, en la mejor toma de decisiones para contribuir a la atención segura y de calidad, a través de la práctica crítica y reflexiva.

Las guías de práctica clínica: son un conjunto de evidencias y recomendaciones desarrolladas a través de la revisión sistemática de la literatura médica, con el objetivo de guiar al profesional de enfermería y al usuario de los servicios de salud, en la mejor toma de decisiones para contribuir a la atención segura y de calidad, a través de la práctica crítica y reflexiva. (Manual GPCE, 2014).

- Otra de las herramientas, es la clasificación taxonómica, de la Nursing Interventions Classification (NIC por sus siglas en inglés), intervenciones incluidas en las GPCE como “**puntos de buena práctica**”, adaptadas y adecuadas a las condiciones de infraestructura, diversidad cultural y recursos de los entornos y unidad de salud.
- Cada una de las recomendaciones y puntos de buena práctica de enfermería deben ser aplicadas considerando las características particulares de la persona, asimismo, deberán ser medibles y evaluables a corto, mediano o largo plazo.

Las guías son una herramienta útil para la mejor toma de decisiones en el cuidado de enfermería, razón por la cual las recomendaciones se incorporan al **plan de cuidados de enfermería con intervenciones basadas en la mejor evidencia científica** para guiar, orientar y mejorar la calidad de la atención, convirtiendo la EBE en **Práctica Basada en Evidencia (PBE)** como herramienta de consulta, y conducir al personal en el ámbito ambulatorio u hospitalario, aplicando el cuidado integral y sistémico, con intervenciones independientes e interdependientes basadas en la mejor evidencia disponible.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

	Recomendaciones	Nivel / Grado	APLICADA
	El personal de enfermería es responsable de los programas de detección de cáncer de mama considerando métodos y actividades educativas.	B SHEKELLE	
	El personal de enfermería debe informar e influenciar a las mujeres para ser conscientes de la gravedad del cáncer de mama y fortalecer la detección oportuna.	C SHEKELLE	
	El personal de enfermería orientará sobre los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama, los datos clínicos así como los beneficios de la detección temprana y las conductas favorables de salud.	B SHEKELLE	
	Proporcionar consejería a las mujeres permitiendo la expresión de los sentimientos, como: angustia, temor, ambivalencia, ira y negación con el propósito de disminuir éstos para facilitar la ejecución de las intervenciones y favorecer visitas subsecuentes de las usuarias.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
	Fomentar actividades de educación a las mujeres respecto al cáncer de mama con el objetivo de crear conciencia del riesgo, así como realizar acciones positivas para mantener un estado de salud favorable	C SHEKELLE	
	Los investigadores y profesionales de la salud pública, deben de considerar determinadas variantes, cuando se diseñen programas de promoción de la salud tales como: 1) Identificación de mujeres de grupos desfavorecidos, con énfasis en las zonas rurales. 2) Conocimiento del Cáncer mamario y la detección temprana. 3) La actitud hacia la salud y cáncer mamario. 4) La vulnerabilidad de Cáncer mamario. 5) Los obstáculos y beneficios para la mamografía. 6) Beneficios de la mamografía.	C SHEKELLE	
	Es recomendable contar con material de promoción para la salud, como: trípticos y posters tanto para la enseñanza de la autoexploración de las mamas, así como de los factores de riesgo y las características definitorias de cáncer de mama.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
	Recomendar a las mujeres gestar su primer hijo antes de los 30 años.	A NICE	
	Promover la lactancia materna ya que reduce el riesgo de cáncer de mama, especialmente si se continúa durante 1 ½ a 2 años.	A NICE	
	El profesional de enfermería debe estar informado de la evidencia del uso de los medicamentos asociados a la reducción del riesgo de cáncer mama (tamoxifeno y raloxifeno) en mujeres sanas mayores de 35 años.	2A NCCN	
	Educación para la salud debe estar enfocada a concientizar sobre las prácticas para la detección del cáncer de mama y las consecuencias al padecer cáncer de mama.	C SHEKELLE	
	Informar a las pacientes que tener un factor de riesgo, o incluso varios, no significa que se padecerá la enfermedad. La mayoría de las mujeres que tienen uno o más factores de riesgo nunca desarrollan la enfermedad, mientras que muchas mujeres con cáncer de mama no tienen factores de riesgo aparentes (aparte de ser una mujer y el envejecimiento).	A NICE	
	El profesional de enfermería debe informarse de las terapias quirúrgicas para la reducción de riesgo de cáncer de mama, y difundir a las usuarias para su conocimiento, considerando la accesibilidad a las intervenciones y la factibilidad de la terapéutica.	2A NCCN	
	El profesional de enfermería debe de identificar los riesgos genéticos, obteniendo o estudiando la historia familiar y construir el árbol genealógico de como mínimo, tres generaciones.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
	Asegurar que las mujeres reconozcan los signos y síntomas de anormalidad considerando cualquier cambio de nueva masa o bulto de la mama, para que acudan a un profesional de la salud con experiencia en el diagnóstico de enfermedades de la mama.	A NICE A	
	Rol de la enfermera especialista en el cuidado de las mamas: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar la valoración física, psicológica y social a las mujeres y asegura que la intervención sea adecuada. • Evaluar las necesidades de información de la usuaria. • Estar presente durante la valoración clínica para proporcionar apoyo e información • Proporcionar información durante la exploración. • Demostrar la práctica basada en la evidencia. • Ofrecer información verbal y escrita apropiada de la detección realizada. • Registrar la información detallada del apoyo e información proporcionada. • Participar en las visitas de control de calidad a las unidades de cribado de mama en la región. La enfermera de auditoria de calidad debe identificar las áreas de interés y de oportunidad donde no se están cumpliendo las normas mínimas de la práctica y elaborar un plan de acción con el equipo de control de calidad.	A SHEKELLE	

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

	La National Comprehensive Cancer Network (NCCN), recomienda el examen clínico de las mamas cada 1 ó 3 años, en mujeres entre 25 a 40 años de edad.	B NICE	
	A partir de 40 años, las mujeres deben de realizarse anualmente un examen clínico de las mamas y la autoexploración mamaria mensualmente.	B NICE	
	A las mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia se les debe ofrecer el examen clínico de mama cada 6 meses.	B NICE	
	Realizar un examen clínico de mama minucioso con énfasis en la inspección y palpación de todo el tejido mamario incluyendo las cuencas de los ganglios linfáticos.	2A NCCN	
	El personal de enfermería debe certificarse anualmente para el desempeño en la detección clínica del cáncer de mama.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
	Asesorar a las mujeres que deseen realizarse el autoexamen de mama, acerca de los beneficios y limitaciones potenciales, y se les debe ofrecer información de la técnica.	B NICE	
	El límite de edad máxima para la detección del cáncer de mama no se ha establecido. Por lo tanto la recomendación será en todos los grupos etarios	2A NCCN	
	Recomendar la realización de la autoexploración a partir de los 20 años de edad, de manera mensual entre el séptimo y décimo día del ciclo menstrual.	2A NCCN	
	Informar a las usuarias que la autoexploración mamaria es un examen que se puede realizar fácilmente en su casa, es un procedimiento no invasivo, ayuda al diagnóstico precoz del cáncer de mama, no tiene costo, se mantiene la privacidad, y sólo toma cinco minutos realizarlo.	C SHEKELLE	
	No obstante a la controversia de evidencia científica que respaldan a la autoexploración mamaria como instrumento eficaz para la detección y el diagnóstico precoz de cáncer de mama, se recomienda ya que tiene potencial para identificar anomalías en estadio clínico temprano limitando la progresión de la enfermedad.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
	Capacitar a las mujeres en la técnica de autoexploración, haciendo énfasis en la identificación de cambios en sus mamas y la demanda de atención médica oportuna ante hallazgos anormales.	C SHEKELLE	
	Promover el examen clínico de mama como un método potencial para la detección temprana del cáncer de mama en comunidades que no tengan acceso a métodos de diagnóstico de mayor complejidad tecnológica (mamografía, ultrasonido)	C SHEKELLE	
	Recomendar en la mujer posmenopáusica que explore sus mamas mensualmente en un día fijo elegido por ella.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
	Consejos a la paciente previo a realizarse una mamografía: <ul style="list-style-type: none"> • Utilice una instalación que sea especialista en la mamografía o hace varias mamografías al día. • Siempre describir al técnico que está realizando la mamografía, algún síntoma de la mama o problemas que este teniendo. • Estar preparada para describir al médico cualquier antecedente que podría incrementar el riesgo por cáncer de mama, tales como la cirugía previa, uso de hormonas, o antecedentes familiares o personales de cáncer de mama. • También consulte cualquier nuevo resultado o problemas en sus senos con su médico o enfermera antes de hacerse una mamografía. 	A NICE	
	En mujeres de 70 años o más, la decisión de continuar realizándose la mamografía debe depender de la esperanza de vida y sus preferencias.	B NICE NATIONAL GUIDELINE	
	Asesorar a las mujeres sobre los posibles beneficios, riesgos y limitaciones en la detección del cáncer de mama.	2A NCCN	
	Recomendar a las mujeres de alto riesgo con tejido mamario denso el uso de la ecografía para la detección del cáncer de mama como un complemento a la mamografía.	2A NCCN	
	Los profesionales de salud evaluarán la recomendación u oposición a la detección del cáncer mamario por Imagen de Resonancia Magnética (RMI).	2A NCCN	

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

R	Al detectar una anomalía visual o palpable durante la exploración mamaria la enfermera debe tomar una decisión independiente, derivando a la usuaria a otra valoración con base a criterios estandarizados de referencia.	IIB SHEKELLE	
R	El profesional de enfermería debe informar de cualquier anomalía clínica al momento de la detección y tomar una decisión independiente para canalizarla al siguiente nivel de atención médica en forma oportuna, basada en los criterios de referencia estandarizados por su centro laboral.	B IIB SHEKELLE	
R	Dar información a los pacientes de acuerdo con sus necesidades para contribuir a la disminución de la ansiedad y mejorar la capacidad del individuo para el afrontamiento.	A SHEKELLE	
R	Las mujeres deben recibir información por escrito sobre las pruebas de diagnóstico, incluyendo cómo prepararse para la prueba, el tipo de información que la prueba proporciona y la atención necesaria después del procedimiento.	C SHEKELLE	

FIGURA 10. Diagnóstico de enfermería del plan de cuidados de enfermería sobre prevención de cáncer de mama, con resultados esperados, indicadores de resultado y escalas de medición.

En el ejemplo anterior, se muestra la integración de algunos de los elementos metodológicos del *modelo del cuidado de enfermería*: PAE, el plan de cuidados y las recomendaciones de las GPCE. Esta integración conduce el *hacer* de enfermería a la práctica basada en evidencia (PBE) y con ello se establecen protocolos de cuidados para las mejores prácticas y su implementación en la cotidianidad del cuidado. Esta acción contribuye a mejorar la calidad de la atención de la salud de la población, y la atención multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinaria a corto, mediano o largo plazo. Por otro lado, los elementos metodológicos del *modelo del cuidado de enfermería* permiten aplicar el conocimiento teórico a través de la ejecución de cuidados independientes.

ETAPA DE EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS:

La evaluación es la etapa continua y formal del proceso de enfermería que se encuentra presente en la etapa de valoración, diagnóstico de enfermería, planificación y ejecución de los cuidados. (Rodríguez, 2000).

- Clasificación taxonómica de enfermería: Nursing Outcomes Classification (NOC, por sus siglas en inglés).

En esta etapa se realizará el comparativo de los resultados planeados con los resultados obtenidos, utilizando como herramienta la clasificación taxonómica de la Nursing Outcomes Classification (NOC por sus siglas en inglés), adaptada y adecuada a las condiciones de infraestructura, diversidad cultural y recursos de los entornos y unidad de salud.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

La redacción narrativa de resultados obtenidos debe ser acorde a la respuesta humana de la persona en cualquiera de los dos ámbitos, tanto ambulatorio como hospitalario.

El proceso Atención de Enfermería (PAE) y plan de cuidados debe ser documentado en los formatos de notas y registros de enfermería acorde a la normatividad correspondiente o institución de salud pública o privada.

Cada plan de cuidados o protocolo de enfermería cuenta con las recomendaciones de las GPCE y GPC, es así que, una vez implementadas en la cotidianidad del cuidado, debe evaluarse la efectividad, aplicabilidad y factibilidad a través de instrumentos o herramientas mediante indicadores. Uno de los instrumentos sugeridos es la cédula de apego a las recomendaciones de la GPC y el indicador de notas de enfermería.

VII. Documentación del modelo del cuidado de enfermería

Finalmente, cada una de las etapas del PAE deberá documentarse en los formatos de notas y registros de enfermería; preferentemente homologados y estandarizados en cada localidad y por niveles de atención; primero (anexo 3), segundo y tercer nivel (anexo 4) en respuesta a sus requerimientos de registro, recursos y condiciones de las unidades de atención.

Los formatos de registros de enfermería deben contar con los siguientes elementos:

1. Logotipos institucionales
2. Las cinco etapas del PAE
3. Un método de valoración estandarizado
4. Problemas interdependientes definidos
5. Diagnósticos de enfermería
6. El plan de cuidados de enfermería (PLACE)
7. Planeación de cuidados y resultados esperados
8. Ejecución de recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE)
9. Evaluación de resultados
10. Plan de alta y recomendaciones de autocuidado
11. Nombre completo del personal de enfermería

PLAN DE ALTA (PA) Y RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO:

Se recomienda a las unidades de atención médica del ámbito hospitalario emitir, a través de un plan de alta, recomendaciones de autocuidado para la persona y familia en el ámbito ambulatorio, asimismo, dar seguimiento de cumplimiento con la finalidad de que la persona sea conducida a la recuperación de la salud, estabilización o control de la enfermedad. (Anexo 5)

VIII. Plan de acción para la implementación del modelo del cuidado de enfermería

PLAN DE ACCIÓN: Como ya se mencionó en el apartado de introducción de este documento, para la implementación del “*modelo del cuidado de enfermería*”, será necesario desarrollar un “Plan de acción” en el cual se establezcan las acciones, actividades y temporalidad de cumplimiento. Dicho plan de acción deberá contener los siguientes elementos:

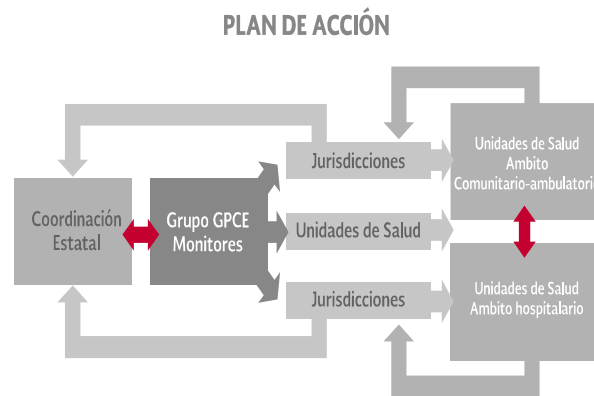


FIGURA 11. Plan de acción

1. Introducción
2. Justificación
3. Objetivos
4. Recursos
5. Mapa de procesos
6. Estrategia de implementación con indicadores de estructura, proceso y resultados en cada etapa:
 - Difusión
 - Capacitación
 - Implementación
 - Documentación
 - Evaluación
7. Cronograma
8. Anexos
9. Bibliografía
10. Responsables
11. Autorización

Además, el plan de acción a fin de representar una guía para los gerentes de enfermería en la implementación de la estrategia, deberá contar con las características siguientes:

- a) Basarse en el contexto nacional y local.
- b) Alinearse a las políticas nacionales e internacionales en salud.
- c) Responder a la necesidad de atención en salud prioritaria de su localidad (entidad) con base en el perfil epidemiológico de morbilidad y mortalidad.
- d) Ser incluyente y equitativo, interdisciplinario, multidisciplinario y transdisciplinario.
- e) Autorizado por las autoridades correspondientes.
- f) Seguir el flujo del proceso a través de un mapa.

IX. Estrategia de implementación del modelo del cuidado de enfermería

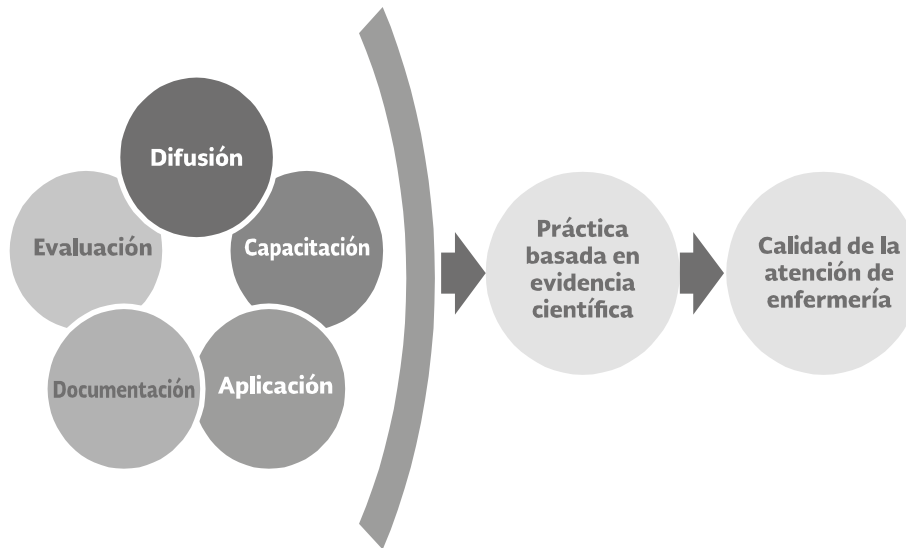


FIGURA 12. Estrategia de implementación

1. Paso de difusión

En el plan de acción estatal, sectorial o institucional, deberá programarse la difusión total y permanente en todas las unidades de atención médica de ambos ámbitos: ambulatorio y hospitalario.

El paso de difusión se evaluará con el cumplimiento de *indicadores* establecidos con base a metas propias por cada localidad.

Indicadores de medición	Resultado
Total de enfermeras y enfermeros de (nombre de la entidad federativa o institución) que conocen el primer “catálogo de planes de cuidados con intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica” Total, de personal de enfermería en...	
Total de enfermeras y enfermeros de (nombre de la entidad federativa) que conocen el “Modelo del cuidado de enfermería” Total de personal de enfermería en...	

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

2. Paso de capacitación

Programar la capacitación del personal de enfermería en cascada en ambos ámbitos tanto comunitario como hospitalario considerando las siguientes fortalezas:

- a) Capacitación de la Coordinación Estatal de Enfermería, de acuerdo a su nivel de responsabilidad.
- b) Corresponsabilidad del Grupo de Desarrollo (GD) de GPCE como líderes en la transformación del cuidado de enfermería para: capacitar, monitorear, retroinformar, evaluar e informar los resultados e implementar acciones de mejora.
- c) Capacitar a mandos medios en la implementación del modelo del cuidado, en el dominio de las metodologías y la utilización de las herramientas.
 - Planes de cuidados con recomendaciones de las GPCE.
 - Formatos de notas y registros de enfermería para el ámbito comunitario y hospitalario.
 - Instrumentos de evaluación: Indicador de notas y registros de enfermería, cédulas de apego de las GPCE, tableros de control.
- d) El GD y mandos medios se coordinarán para la implementación progresiva y programada del “Modelo del cuidado de enfermería” en la entidad federativa, municipio, jurisdicción o unidad de salud correspondiente.
- e) Mantener la coordinación en todo momento entre Coordinación Estatal de Enfermería, GD de GPCE y mandos medios para los mejores resultados de la estrategia de implementación.

Indicadores de medición	Resultado
Total de personal de enfermería de primero, segundo y tercer nivel de atención, capacitados en la implementación y documentación de planes de cuidados de enfermería con intervenciones basadas en evidencia científica	
Total de personal de enfermería en...	
Agregar otros indicadores que se consideren necesarios para la medición de resultados.	

3. Paso de implementación

La implementación del modelo del cuidado de enfermería será a través de aplicación del proceso atención de enfermería, utilización de los planes de cuidados de enfermería con recomendaciones de las guías de práctica clínica tanto médicas como de enfermería y el consumo de evidencia científica en el diario cuidar.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

4. Paso de documentación

Es necesario resaltar la congruencia del modelo del cuidado, en el sentido de que no se podría justificar su implementación toda vez que sea a través de documentar en los formatos de registros de enfermería.

Para esta acción se proponen en este documento, formatos específicos de registros de enfermería para documentar el modelo, con la factibilidad de aplicación en los ámbitos ambulatorio y hospitalario; cada uno de estos podrá adecuarse acorde a los requerimientos de registro por área de servicio o especialidad y respondiendo a la normatividad institucional, jurisdiccional o estatal. Las hojas de enfermería deben contener en su estructura la base metodológica disciplinar distribuida en orden lógico y sistemático conforme al:

Proceso atención de enfermería en sus cinco etapas:

- En valoración de enfermería: un método estandarizarlo a nivel institucional, jurisdiccional o estatal; preferentemente se recomienda utilizar el método de patrones funcionales de salud o céfalo caudal ya que son los de mayor dominio por el personal de enfermería.

Patrones funcionales de salud	Aparatos y sistemas	Céfalo caudal	Dominios de NANDA	Marco conceptual
1. Manejo percepción de la salud. 2. Nutricional metabólico 3. Eliminación 4. Actividad–ejercicio 5. Reposo–sueño 6. Cognitivo perceptual 7. Autopercepción– auto concepto 8. Rol-relaciones 9. Sexualidad-reproducción 10. Afrontamiento-tolerancia al estrés 11. Valores-creencias	Secuencia lógica de preguntas relacionadas con las principales regiones anatómicas del cuerpo: Cardiovascular y respiratorio. Gastrointestinal Neurológico Genitourinario Musculo esquelético Piel y mucosas Miembros inferiores y superiores.	Orden lógico de cabeza a pies: Piel, pelo y uñas Cabeza Ojos Oídos Boca y garganta Tórax y pulmones Corazón y vasos Tracto gastrointestinal Aparato genitourinario Musculo esquelético Neurológico Miembros inferiores y superiores.	1. Promoción de la salud 2. Nutrición 3. Eliminación e intercambio 4. Actividad/reposo 5. Percepción/cognición 6. Autopercepción 7. Rol/relaciones 8. Sexualidad 9. Afrontamiento/ tolerancia al estrés 10. Principios vitales 11. Seguridad/ protección 12. Confort 13. Conocimiento/ Desarrollo	Dorothea E. Orem Virginia Henderson Sor Callista Roy, entre otros

FIGURA 13. Métodos para la valoración

Así también, se considera en las hojas de enfermería el apego a la normativa institucional vigente, valoración de problemas interdependientes a través de escalas, tal como lo recomienda el Lineamiento General para la Documentación y Evaluación de la Implementación de los planes de cuidados de enfermería.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

- En la etapa de diagnóstico de enfermería: el formato de enfermería propuesto cuenta con espacios distribuidos por turno, para registrar los diagnósticos correspondientes.
- En la etapa de planeación de resultados de enfermería: la hoja de registros cuenta con espacios distribuidos por turno para registrar dichos resultados.
- En la etapa de ejecución de intervenciones de enfermería/recomendadas de las GPCE: la hoja de registros cuenta con espacios distribuidos por turno, además de intervenciones establecidas que comúnmente el personal de enfermería ejecuta en la práctica diaria, asimismo, cuenta con espacios específicos para anotar las recomendaciones de las GPCE aplicadas a la persona, entre otros elementos necesarios para dejar constancia del hacer del personal de enfermería.
- En la etapa de evaluación de resultados: la hoja de registros cuenta con espacios distribuidos por turno para la anotación de los resultados obtenidos.
- Cuenta, además, con espacios para registrar el código de clasificación del plan de cuidados y de la guía de práctica clínica establecida en el Catálogo Maestro de GPC del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).
- Plan de alta con recomendaciones de autocuidado para la persona, familia o grupo.
- Espacios para firma y nombre del personal de enfermería que brinda la atención.

La medición cuantitativa de la implementación y documentación del modelo del cuidado de enfermería será a través del siguiente indicador:

Indicadores de medición	Resultado
Número de unidades médicas del país de primero, segundo y tercer nivel de atención que implementan y documentan (modelo del cuidado de enfermería) planes de cuidados de enfermería con intervenciones basadas en evidencia científica	
<hr/> Total, de unidades de...	
Agregar otros indicadores que se consideren necesarios para la medición de resultados.	

5. Paso de evaluación

La evaluación de la implementación del *modelo del cuidado de enfermería* a través del PAE, PLACE con recomendaciones de las GPC y PBE, se realizará a través de dos instrumentos:

- Indicador de notas de enfermería

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

- Cédulas de apego a las GPCE y plan de cuidados de enfermería

Indicadores de medición	Resultado
Número de unidades de salud de... nivel de atención que evalúan con la cédula de apego en la aplicación de recomendaciones de enfermería de los planes de cuidados con intervenciones basadas en evidencia científica	
Total de unidades de...	
Número de unidades de salud de ... nivel de atención que evalúan con el indicador de registros de enfermería la documentación de planes de cuidados de enfermería con intervenciones basadas en evidencia científica	
Total de unidades de...	
Número de recomendaciones de enfermería del plan de cuidados con intervenciones basadas en evidencia científica aplicadas a pacientes	
Total de pacientes de...	
Agregar otros indicadores que se consideren necesarios para la medición de resultados.	

Los indicadores de medición de resultados tienen como objetivo evaluar los resultados del proceso de la atención de enfermería a través de los cinco pasos de la estrategia y registrarlos acorde a la normatividad oficial institucional, jurisdiccional o estatal vigente a través de:

- Medir la implementación de los planes de cuidados y la calidad de los registros de enfermería a través del indicador de “registros clínicos y notas de enfermería”.
- Medir la implementación del número de recomendaciones clave implementadas por plan de cuidados con evidencia científica, a través de la cédula de apego a las GPCE.

Implementación de registro clínicos de enfermería				¿El profesional de enfermería documenta en la hoja de registros clínicos y notas de enfermería?									
Datos de identificación				Identificación de la persona	Valoración de la persona	Detección de riesgos (Escalas)	Diagnósticos de Enfermería	Objetivos/resultados esperados en la persona	Plan de intervenciones	Evaluación de la evolución de la persona en el plan de cuidados	Continuidad del plan de cuidados	Plan de alta al egreso de la persona	Cumplimiento de la normatividad
Caso	Turno	Sexo	Clave										

FIGURA 14. Propuesta de indicador para la medición de la implementación de registros clínicos de enfermería

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Diagnóstico clínico:		Cáncer de mama	
CIE-9-MC / CIE-10	CIE-9MC:89.01, 89.09, 89.36 89.01, entrevista y evaluación, descritas como breves. 89.09, consulta no especificada de otra manera. 89.36, examen manual de la mama. CIE-10: C-50 Tumor maligno de la mama.		
Código del CMGPC:	SS-743-15		
TÍTULO DE LA GPCE			
Intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres en el primer nivel de atención.			
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	Calificación de las recomendaciones (Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
Mujeres de 12 años y más.	Personal de salud: Personal de enfermería, estudiantes del área de la salud, personal de salud en servicio social, investigadores, médicos generales, planificadores de servicios de salud, usuarios en general.	Primer nivel de atención médica	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD			
Reforzar el conocimiento o las creencias de una mujer sobre el cáncer de mama y su detección, en consecuencia aumentar el efecto de esta información para su cumplimiento.			
Fomentar e influenciar a las mujeres con programas para la detección de cáncer de mama considerando métodos y actividades educativas.			
El personal de enfermería debe fomentar y promover realizar de 45 a 60 minutos de actividad física intencional cinco o más días a la semana. Tan sólo 1 ¼ a 2 ½ horas a la semana de caminata rápida reduce un 18% el riesgo de padecer cáncer de mama.			
Informar a las pacientes los beneficios del ejercicio y el control de peso corporal, como modificaciones de estilo de vida de mayor importancia para reducir el riesgo de cáncer de mama.			
Informar la importancia de limitar el consumo de alcohol a menos de 1 bebida al día para prevenir el cáncer de mama.			
Promover la lactancia materna, ya que reduce el riesgo de cáncer de mama, especialmente si se continúa durante 1 ½ a 2 años.			
Orientar a las mujeres para que adopten acciones específicas de autocuidado como son: disminuir el consumo de grasas de origen animal y aceite recalentado, consumir vitamina D, mantener el peso corporal ideal, realizar ejercicio físico, reducir o evitar el consumo alcohol y tabaco.			
Mencionar al médico o a la médica cualquier antecedente que podría incrementar el riesgo por cáncer de mama, tales como cirugía previa, uso de hormonas, antecedentes familiares o personales de cáncer de mama.			
Consultar cualquier problemas en sus senos con el/la médico/a o enfermero/a antes de hacerse una mamografía.			
Recomendar a la población en riesgo complementar la mamografía con la ecografía en mujeres con mamas densas y con factores de alto riesgo.			
Informar de cualquier anomalía clínica al momento de la detección y canalizarla al siguiente nivel de atención médica oportunamente, basada en los criterios de referencia estandarizados por su centro laboral.			
RESULTADO			
Total de recomendaciones cumplidas (1)			
Total de recomendaciones no cumplidas (0)			
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)			
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado			
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)			
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)			

FIGURA 15. Ejemplo de Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la GPCE

La cédula de apego tiene el objetivo de evaluar el apego a las recomendaciones de las GPCE integradas a cada plan de cuidados y GPCE.

Incorporar los resultados al informe que se emitirá periódicamente para la evaluación de los avances e implementación de acciones de mejora continuada.

Reportar el avance de lo programado en el plan de acción, con el tablero de control de recomendaciones, así también, en el formato de informe periódico, reportando el cumplimiento o avance de cada uno de los indicadores.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería

TABLERO DE CONTROL DE INTERVENCIONES RECOMENDADAS IMPLEMENTADAS DE CADA PLAN DE CUIDADOS

ENTIDAD FEDERATIVA: _____ JURISDICCIÓN SANITARIA: _____ NIVEL DE ATENCIÓN: _____
NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN: _____
PERÍODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: _____

NP	CLASIFICACION DE LA GPC CMGPC (1)	PLAN DE CUIDADOS (2)	RECOMENDACIONES																		TOTAL	
			PROMOCIÓN				PREVENCIÓN					DIAGNÓSTICO			ATENCIÓN					PRONÓSTICO		
1	IMSS-712-14	Anotar título del plan de cuidados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			(Anotar la recomendación)				(Anotar la recomendación)					(Anotar la recomendación)			(Anotar la recomendación)					(Anotar la recomendación)		
Anotar el número de veces que se realizó cada intervención recomendada																						

Nota: 1. GPC: Guía de Práctica Clínica; CMGPC: Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. 2. El plan de cuidados deberá contener las intervenciones de la Guía de Práctica Clínica de Enfermería implementada.

NP	CLASIFICACION DE LA GPC EN CMGPC	PLAN DE CUIDADOS CON INTERVENCIONES DE LA GPC IMPLEMENTADO	TIPO DE INTERVENCIÓN RECOMENDADA	RECOMENDACIONES																		TOTAL		
				PROMOCIÓN	PREVENCIÓN					ATENCIÓN														
1	IMSS-712-14	Plan de cuidados y guía de práctica clínica de enfermería para la seguridad en la administración de medicamentos de alto riesgo		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
				Identificar los procesos en donde se producen errores con más frecuencia	Emplear sistemas de doble chequeo	Instar al paciente a que compruebe siempre el envase y etiquetado del medicamento que le han dispensado en la farmacia, asegurándose que coincide con el prescrito	Almacenar los medicamentos de alto riesgo en un lugar diferente del resto de los medicamentos	usar etiquetas adicionales para diferenciar los medicamentos de alto riesgo	Prevenir los errores de medicación retirando los medicamentos de alto riesgo de los servicios hospitalarios en los cuales no se justifique su existencia o permanencia	Administrar el medicamento de acuerdo a la prescripción médica, considerando los efectos secundarios a las interacciones con otros medicamentos	Utilizar membretes con datos de identificación de los pacientes y los medicamentos, organizados por horario y dosis	Restringir la administración de medicamentos no etiquetados correctamente	Verificar alergias del paciente, así como tratamientos previos	Utilizar antes, durante y posterior a la transcripción y administración de medicamentos los correctos de la medicación	Colocar una etiqueta que diga CUIDADO – ALTORRIESGO a las soluciones preparadas con ración	Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiadas para la modalidad de administración de la medicación	Verificar siempre el aspecto del frasco de insulina antes de extraer la dosis	Etiquetar medicamentos con letra legible y de manera pulcra	Utilizar bomba de infusión para administrar soluciones concentradas	Verificar del paciente, el medicamento, dosis, vía y hora correcto, la caducidad del medicamento, velocidad de infusión durante la transcripción y administración de los medicamentos	Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados	Registrar la administración de la medicación y evaluar la capacidad de respuesta del paciente al fármaco	Mantener la insulina bajo refrigeración	

Figura 16. Formato y ejemplo de tablero de control de intervenciones recomendadas implementadas de cada plan de cuidados.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Con base en resultados de los indicadores, se podrán establecer acciones de mejora continua para mejorar la estructura, el proceso y los resultados que garanticen la atención del personal de enfermería a la población, a través del modelo del cuidado de enfermería integrado con características específicas para la población mexicana, y uso del personal de enfermería en todos los niveles de atención y ámbitos de la enfermería pública y privada.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

OBJETIVO GENERAL			
Fortalecer la estandarización y homologación de los cuidados con el desarrollo de mejores prácticas de enfermería en las unidades de salud que componen el Sistema Nacional de Salud a través de la implementación y documentación de los planes de cuidados y las recomendaciones de las guías de práctica clínica de enfermería.			
Entidad federativa, instituto u hospital:	Periodo de evaluación:	Semestral	Nivel de atención:
Nombre de la autoridad inmediata superior:			
Cantidad unidades médicas de primer nivel de atención:			Total de unidades médicas de la entidad federativa o CCINSHAE:
Cantidad unidades médicas de segundo nivel de atención:			
Cantidad unidades médicas de tercer nivel de atención:			
Cantidad de Recursos Humanos en Enfermería:			

2016 – 2018	Difundir el primer catálogo de planes de cuidados con intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica en las unidades del Sistema Nacional de Salud		
100% de las unidades			
INDICADORES DE RESULTADO	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN	AVANCE	EVIDENCIA
<p>Porcentaje de enfermeras y enfermeros de [Entidad federativa] que conocen el primer “catálogo de planes de cuidados con intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica”.</p> <p>Porcentaje de enfermeras que conocen el primer “catálogo de planes de cuidados con intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica” / Total de enfermeras en el estado de [Entidad Federativa]</p>			

Figura 17. Propuesta de instrumento de reporte resultados de indicadores para evaluar el cumplimiento de las metas; estandarización del cuidado a través de planes de cuidados y guías de práctica clínica de enfermería.

Finalmente, es necesario mencionar que lejos de ser el “Modelo del cuidado de enfermería” solamente una propuesta para integrar los elementos metodológicos de la disciplina, en México hoy es una realidad.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Varios estados de la república mexicana trabajan arduamente desde el 2016 en la aplicación de éste, cosechando resultados de importancia para la persona involucrada, para el personal de enfermería y para las mismas instituciones de salud en los dos ámbitos, tanto el comunitario como el hospitalario. Un ejemplo de ello son los estados de Morelos, Tlaxcala, Campeche, Puebla, Sinaloa, Chiapas, Oaxaca, entre otros que iniciaron en 2017 y 2018 como Chihuahua, Coahuila, Michoacán, Veracruz, Guanajuato, Hidalgo, Hospitales Federales de Referencia, Secretaría de Salud de la CDMX y Hospitales Regionales de Alta Especialidad, respecto a la Secretaría de Salud como Institución. Además, a esta estrategia, con la mejor intención de contribuir a mejorar la práctica de enfermería, se suman en ese mismo año el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y Petroleos Mexicanos (PEMEX). En la capacitación para la implementación y documentación del modelo del cuidado, se promueve la aplicación de dos o tres planes de cuidados basados en evidencia científica enfocados al perfil epidemiológico y factores de riesgo de morbilidad o mortalidad de la población mexicana, a fin de contribuir a la respuesta de la atención en salud.

La propuesta del modelo del cuidado de enfermería para su implementación en el Sistema Nacional de Salud (SNS), sin duda conducirá al establecimiento de estándares de medición y evaluación de la calidad del cuidado de enfermería, basados en el PAE, en PLACE, en las recomendaciones de las GPC y los registros en los formatos de enfermería.

Se recomienda que para fortalecer la implementación del modelo, cada entidad federativa desarrolle adicionalmente instrumentos propios para facilitar el desempeño del personal de enfermería en las mejores prácticas.

Indudablemente cada paso que da la enfermería mexicana, representa un gran reto, sin embargo nada hasta el momento limita su avance y contribución a mejorar la calidad y seguridad del paciente. Nada al momento desde el surgimiento de la enfermería hace más de 200 años, ha truncado su avance a la consolidación disciplinar.

X. Glosario de términos

Actividades de enfermería: Actividades o acciones específicas que realizan los profesionales de enfermería para llevar a cabo una intervención y ayudar al paciente 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

Documentar: Proporcionar documentos para acreditar algo que se dice o se escribe. “tienes que documentar bien el trabajo que presentes; no he podido documentar esta voz antes de 1689” Informar a alguien, proporcionándole documentos, sobre un asunto en el que va a intervenir.

Estandarizar. Ajustar a alguien o algo a un estándar. “los asesores ideológicos se propusieron estandarizar un tipo de discurso capaz de superar brechas regionales, culturales y de clase social, a fin de disminuir los prejuicios en contra de la industria privada” Fabricar un producto en serie con arreglo a un estándar o patrón determinado

Guía de práctica clínica (GPC): Son declaraciones que incluyen recomendaciones dirigidas a optimizar la atención a los pacientes y que se basan en la revisión sistemática de la evidencia y la valoración de los beneficios y los riesgos de las opciones asistenciales alternativas.

Guía de práctica clínica de enfermería (GPCE): Son un conjunto de evidencias y recomendaciones desarrolladas a través de la revisión sistemática de la literatura médica, con el objetivo de guiar al profesional de enfermería en la mejor toma de decisiones para contribuir a una atención segura y de calidad, a través de la práctica crítica y reflexiva.

Homologar: Igualación o comparación de una cosa con otra por tener ambas en común características referidas a su naturaleza, función o clase. “los sindicatos piden la homologación de los diversos convenios colectivos”

Interculturalidad en salud: se entiende como la capacidad que el personal de salud tiene de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, a la vida y a la muerte, a los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles sino con la dimensión espiritual de la salud.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Implementar: Poner en funcionamiento o llevar a cabo una actividad determinada.

Medicina Basada en Evidencia (MBE): La utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente.

Práctica Basada en Evidencia (PBE): Enfoque dirigido a la solución de los problemas surgidos en la práctica clínica cuya característica más relevante es la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia.

Protocolo de enfermería: Definido como una secuencia lógica de actividades a desarrollar frente a un problema de salud o área a mejorar el cual permite poca o ninguna variación de las acciones y su utilización se orienta más a aspectos de carácter normativo – administrativo, señalando los pasos convenidos a seguir entre los interesados frente a un problema asistencial, con gran nivel de detalle y sin presentar múltiples alternativas, lo que operacionaliza actuaciones ante hechos clínicos determinados, especificando al responsable de las acciones, así como los recursos necesarios.

Registrar: Escribir en un registro el nombre de alguien o de algo, en especial cuando es de carácter oficial. “Registrar una propiedad; registrar un nacimiento en el registro civil. Anotar cosas para incluirlas en una lista o relación o para recordarlas. Dejar registro impreso de imágenes, sonidos o música en un disco, en una cinta magnética o en otro soporte material para poderlos reproducir.

XI. Referencias bibliográficas

1. Amaro Cano, María del Carmen. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(3) Recuperado en 07 de marzo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es&tlng=es. Consultada 3 de marzo de 2018
2. Actas de Consejo Técnico: 1945 a 1960; 1975 a 1979; 1980 a 1983 y 1984 a 2003. Arroyo de Cordero Graciela, Trabajos y Discursos 1991-1994, México, ENEO-UNAM, 1995. Pérez Cabrera Iñiga, ENEO 100 años 1907-2006, México, ENEO-UNAM, 2006. (<http://www.eneo.unam.mx/nosotros/historia-de-la-enfermeria.php>). Consultada 3 de marzo de 2018
3. Almaguer González José Alejandro, Mas Oliva Jaimes y Cols. (2009, 2da edición). Interculturalidad en Salud experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México: Secretaría de Salud, Gobierno Federal.
4. Bernstein, Joseph MD, MS., *J Am Acad Orthop Surg* "Medicina Basada en Evidencia", (Ed. Esp) 2004; 3:152-160. *J Am Acad Orthop Surg* 2004; 12:80-88
5. Bertha A. Rodríguez. (2000). *Proceso Enfermero, aplicación actual*. México: Segunda Edición, ediciones Cuellar. Páginas 277.
6. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. Comisión Interinstitucional de Enfermería. México, D.F. diciembre, 2001. ISBN-970-721-023-0
7. Cuba, E., *El Dialogo de paradigmas alternativos*. En dialogo de paradigmas, Sage Publications, 1990.
8. Gálvez, Toro Alberto., *Enfermería Basada en Evidencia "Como incorporar la investigación a la práctica de los cuidados*, Fundación INDEX, investigación y corporación en salud. Segunda edición, 2007. ISBN: 84-931966-6-5., Granada España. Páginas 346.
9. Hernández-Conesa, J. M., Moral de Calatrava, P., Esteban-Albert, M. *Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método*. 2ª. Edición, 2003., Mc. Graw-Hill Interamericana. España.
10. Kérouac S., Jacinthe Pepin, Francine Ducharme, André Duquette, Francine Major. *El Pensamiento Enfermero.*, editorial Masson, 2005. Barcelona, España.
11. Frankl, V.E. *La voluntad de sentido*. Editorial Herder, Barcelona, 1996.
12. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud. Comisión Permanente de Enfermería. *Lineamiento General para la Documentación y Evaluación de la Implementación de los planes de cuidados de enfermería*, primera edición 2013, Ciudad de México.
13. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Subsecretaria de integración y Desarrollo del Sector Salud. Secretaría de Salud. *Manual metodológico para la integración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud*. Primera edición 2013, ISBN 978-607-460-398-9, Ciudad de México.
14. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Subsecretaria de integración y Desarrollo del Sector Salud. Secretaría de Salud. *Manual metodológico para la integración de guías de práctica clínica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud*, Primera edición 2013, Ciudad de México.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

15. Monti, F., y Tinger, M. Múltiples paradigmas de la ciencia de enfermería. ANS, 1999
16. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico publicada el 15 de octubre del 2012. Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud.
17. Organización Panamericana de la Salud, Facultad de Psicología Universidad Diego Portales. Personas que cuidan personas: Dimensión humana y trabajo en salud. Santiago de Chile; Publicado por OPS/OMS, 2012. ISBN: 978-92-75-31695-5
18. Parker, Marilyn, Teorías de enfermería y práctica de enfermería. Editorial F.A. Davis Co. USA, 2001.
19. Programa Sectorial de Salud y con el Programa de Acción Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
20. Programa Sectorial de Educación, 2013-2018. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Secretaría de Salud. Gobierno Federal.
21. Plan Nacional de Desarrollo, México, 2013-2018, Secretaría de Salud. Gobierno Federal.
22. Secretaría de Salud. Programa Rector de la Comisión Permanente de Enfermería 2013-2018.
23. Raile Alligood, Martha., Modelos y teorías en enfermería., Octava edición en español, 2015 Elsevier, Barcelona, España, paginas 703.
24. Rodríguez S. Bertha Alicia., Proceso enfermero, ediciones Cuellar., Guadalajara México. ISBN: 968-7022-77-9. Páginas 227.
25. Ruiz Medina, Manuel Ildefonso. – tesis doctoral, Políticas públicas en salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México. – 2011.
26. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based Medicine: What it is what it isn't. BMJ, 1996; 312:71-2.
27. Secretaría de Salud. (2001). Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. Consultado el día 5 de febrero de 2018 de <http://hmasqueretaro.mx/pdf/codigo-etica-enfermeros.pdf>
28. Waldow VR. Cuidar: expresión humanizadora de la enfermera. México: Palabra Ediciones; 2008.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

XII. Anexos

Anexo 1. Método para la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

PERCEPCION Y SALUD	M	V	N	NUTRICION	M	V	N	ELIMINACION	M	V	N	ACTIVIDAD EJERCICIO	Y	M	V	N
Higiene personal (Baño)				Número de comidas al día.				Disuria				Cianosis				
Higiene bucal				Trastornos alimenticios				Enuresis				Disnea				
Frecuencia:				Cual:				Incontinencia urinaria				Inmovilización				
Higiene de manos				Disfagia				Oliguria				Problemas de movilidad				
Frecuencia:				Caquexia				Anuria				Sistemas de Ayuda				
Problema de salud				Ageusia				Poliuria				Tos				
Cual:				Sobrepeso				Retención urinaria				Ejercicio físico				
Riesgo laboral:				Desnutrición				Hematuria				Aburrimiento				
Cual:				Polifagia				Edema				Deambulacion				
Tratamiento farmacológico				Halitosis				Drenaje urinario				Sedentarismo				
Esquema de vacunación				Nauseas				Nicturia				Incapacidad				
Consumo de sustancias				Vómito				Tenesmo vesical				Marcha estable				
Cual:				Dentición completa				Incontinencia fecal				Equilibrio				
Estudios Ginecológicos				Otros				Flatulencias				Praxias				
Cuales:				COGNITIVO -PERCEPTUAL				Ruidos intestinales				Temblor				
Estudios Masculinos				Problemas de visión				Diarrea				Fatiga				
Cual:				Problemas de audición				Distensión abdominal				Hipotonía muscular				
Conciencia de salud				Problemas de olfato				Flatulencias				Parálisis				
Manejo de régimen terapéutico				Problemas del gusto				Estreñimiento				Paresias				
Otros				Dislalia				Sudoración				Deterioro musculo esquelético				
SUEÑO - DESCANSO	M	V	N	Disartría				AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO	M	V	N	ROL-RELACIONES	M	V	N	
Hora sueño/día				Anestesia sedación				Problemas con la imagen corporal				Se siente solo				
Siestas				Parálisis Cerebral				Impotencia				Problemas en las relaciones Sociales				
Presencia de ronquidos				Hemiplejía				Angustia				Problema de relación laboral				
Problemas con el sueño				Alteraciones mentales				Depresión				Falta de tiempo				
Problemas para conciliar el sueño				Orientado				Ansiedad				Conflicto familiar				
Ayuda para dormir				Problemas Táctiles				Sentimientos negativos				Expresión de culpa				
Insomnio				Ilusiones				Hipotímico				Duelo				
Estrés				Cenestésicas				Eutímico				Barreras socioculturales				
Interrupciones del sueño				Orientado en tiempo y espacio				Hipertímico				Problemas entre padres e hijos				
Se levanta cansado				Orientado en lugar				Carencias afectivas				Barreras socioculturales				
Sueño reparador				Orientado en persona				Cambios frecuentes de estado de animo				Problemas en la educación del niño				
Otros				Orientado en Circunstancias				Postura corporal				Alteración en los cuidados del niño				
				Otros				Patrón de voz				Pérdidas significativas				
SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN				ADAPTACION TOLERANCIA AL ESTRÉS				Contacto visual				Conductas inefectivas en el duelo				
Menarca				Problemas de adaptación				Fracasos, rechazos				Rol familiar				
Edad de la menarquia				Estrés				Tristeza prolongada				Apoyo familiar				
Dismenorrea				Agentes estresantes				Problemas de autoestima				Violencia doméstica				
Alteración del ciclo menstrual				Sistemas de apoyo contra el estrés				Verbalizaciones auto negativas				Presencia de abuso				
Embarazo				Ayuda para relajación				Expresiones de desesperanza				Familia mono parenteral				
Edad gestacional				Técnicas de relajación				Otros				Otros				
Alteración genital				Hipersensibilidad a críticas				VALORES Y CREENCIAS								
Uso anticonceptivos				Cambios en el estilo de vida				Satisfecho con su vida				Terapias para su salud				
Contacto sexual de riesgo				Intolerancia familiar				Planes de futuro				Conducta incongruente con los valores				
Abortos				Comunicación familiar limitada				Ve bien su futuro				Impotencia				
Problemas de fertilidad				Dependencia familiar				Práctica alguna religión				Costumbres culturales de riesgo para la salud				
Menopausia				Intolerancia familiar				Tipo de religión				Actitud ante conflicto con las terapias				
Enfermedades de transmisión sexual				Minimiza los síntomas				Aceptación de su enfermedad				Prácticas religiosas de riesgo para la salud				
Violación				Preocupación excesiva				Capacidad de decidir				Otros				
Dificultades en las relaciones sexuales				Ansiedad				Actitud ante el sufrimiento								
Satisfacción de las relaciones sexuales				Temor				Actitud ante el sufrimiento-dolor								
Sangrado vaginal				Tolerancia al estrés				Conflicto en valores/creencias personales								
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA				MATUTINO				VESPERTINO				NOCTURNO				
RESPONSABLE DE ENFERMERÍA																
JEFATURA DE SERVICIO																
SUPERVISIÓN																

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Anexo 2. Método para la valoración por aparatos y sistemas

SISTEMA CARDIORESPIRATORIO				
Acúfenos	Disfonía	Dolor torácico	Crepitaciones	Edema
Fiebre	Fosfenos	Epistaxis	Tos	Murmullo vesicular
Varices	Disnea	Palpitaciones	Obstrucción nasal	Estertores
Vasculitis	Mareo	Respiración fatigosa	Anasarca	Hemoptisis
Alteraciones de la voz	Diaforesis	Rudeza respiratoria	Expectoración	Sibilancias
Cansancio	Cianosis	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA DIGESTIVO				
Acolia	Aerofagia	Anorexia	Diarrea	Borborígmio
Cólico	Regurgitación	Constipación	Flatulencias	Disfagia
Dolor abdominal	Eructo	Estreñimiento	Hipo	Halitosis
Hematemesis	Melena	Hipofagia	Polidipsia	Ictericia
Pujo	Náuseas	Pirosis	Xerostomía	Polifagia
Hambre	Masticación	Prurito anal	Bulimia	Dispepsia
Distensión abdominal	Sed	Vomito	Ostomía	Fistula
Otro:	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA URINARIO				
Acoluria	Anuria	Coluria	Disuria	Polaquiuria
Incontinencia	Nicturia	Oliguria	Piuria	Hematuria
Retención urinaria	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA GENITAL FEMENINO				
Amenorrea	Dismenorrea	Metrorragia	Oligomenorrea	Leucorrea
Vulvovaginitis	Lesiones	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA GENITAL MASCULINO				
Hidrocele	Dolor	Secreción	Edema	Lesión
Otro:	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA ENDOCRINO				
Bocio	Caquexia	Pérdida de peso	Acné	Hipertrofia genital
Hipoplasia genital	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA NERVIOSO				
Trast. De la conciencia	Cefalea	Convulsiones	Disestesia	Parálisis
Parestesia	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA TEGUMENTARIO				
Lesión	Erupciones	Macula	Micosis	Pelo
Papula	Prurito	Palidez	Mucosas	Urticaria
Otro:	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO				
Deformidad ósea	Hipotonía	Inflamación	Limitación del mov.	Marcha
Fuerza muscular	Hemiplejía	Paraplejía	Mialgia	Atrofia
Tendencia de fractura	Fractura (s)	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA HEMÁTICO Y LINFÁTICO				
Petequias	Adenitis	Anemia	Equimosis	Hemólisis
Astenia	Linfagitis	Otro:	Otro:	Otro:
ASPECTOS PSICOLÓGICOS, ESPIRITUALES, EMOCIONALES Y SOCIALES				
Insatisfacción	Baja autoestima	Estrés	Llanto	Confusión
Desesperanza	Abandono	Tristeza	Estados maniacos	Dudas
Trastorno psiquiátrico	Apatía	Cambio en el rol social	Adicción	Tras de personalidad
Crisis situacionales	Depresión	Resentimiento	Pasividad	Culpa
Acontecimiento traumático	Aislamiento	Rechazo	Hiperactividad	Violencia
Conducta indecisa	Fracaso	Conformismo	Vergüenza	Duelo
Conocimientos deficientes	Temor	Preocupación	Dependencia	Fatiga
Tras. De la imagen corporal	Abuso	Inquietud	Insomnio	Nerviosismo
Afrontamiento inadecuado	Conflicto	Somatización	Frustración	Discapacidad
Retraso en el desarrollo	Cognición	Falta de reconocimiento	Incertidumbre	Angustia
Dificultades económicas	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:
		Otros:		
Nombre completo y firma	Matutino	Vespertino	Nocturno	
Responsable de enfermería				
Jefatura de servicio				
Supervisión				

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

VISITAS/CONSULTAS																	
DATOS DEL SUJETO	1RA.																
	2DA.																
	3RA.																
1RA. VISITA/CONSULTA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA					RESULTADOS ESPERADOS					INTERVENCIONES / RECOMENDACIONES DE LA GPCE						
2DA. VISITA/CONSULTA																	
3RA. VISITA/CONSULTA																	
TERAPIA PLANEADA	MEDICAMENTO/BIOLÓGICO	PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	HORA	MEDICAMENTO/BIOLÓGICO	PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	HORA	MEDICAMENTO/BIOLÓGICO	PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	HORA		
INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD																	
TEMA		VISITA/CONSULTA			TEMA		VISITA/CONSULTA			TEMA		VISITA/CONSULTA					
		1RA.	2DA	3RA			1RA.	2DA	3RA			1RA.	2DA	3RA			
INCORPORACIÓN AL PROGRAMA DE SALUD					PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICO UTERINO					SOBREPESO, OBESIDAD, DIABETES MELLITUS.							
ENTREGA Y/O ACTUALIZA CARTILLA NACIONAL DE SALUD					SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					ENTORNO FAVORABLE A LA SALUD (VIVIENDA, ÁREAS DE CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO DEL NIÑO Y LACTANCIA)							
ALIMENTACIÓN CORRECTA					INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL VIH/SIDA					PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS							
HIGIENE PERSONAL					CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA					CULTURA PARA LA DONACIÓN DE ORGANOS							
ACTIVIDAD FÍSICA					ENVEJECIMIENTO SALUDABLE					CAPACITACIÓN A MADRES EN CUIDADO DEL MENOR DE 5 AÑOS							
SALUD BUCAL					PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD PROSTÁTICA					PREVENCIÓN DE ACCIDENTES							
DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA					SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA (IRAS Y EDAS) A					INCORPORACIÓN A SESIONES O GRUPOS DE AYUDA MUTUA							
PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA																	
CODIGOS DEL (CMGPC) DE LAS GPCE APLICADAS																	
OTROS PROGRAMAS																	
EVALUACIÓN																	
NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERÍA					NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERÍA					NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERÍA							
HORA TERMINO:					HORA TERMINO:					HORA TERMINO:							
NOMBRE Y FIRMA DEL INMEDIATO SUPERIOR DE ENFERMERÍA					NOMBRE Y FIRMA DEL INMEDIATO SUPERIOR DE ENFERMERÍA					NOMBRE Y FIRMA DEL INMEDIATO SUPERIOR DE ENFERMERÍA							

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Anexo 4. Formato de registros de enfermería para segundo y tercer nivel de atención.

HABITUS EXTERIOR																																								
Fecha		/		/		Días de estancia										Servicio						Cama																		
Nombre del paciente																																								
Fecha de Nacimiento:														Edad:																										
Clasificación del estado de salud																																								
Escolaridad:														Idioma:				Sexo		H		M		Muy grave			Grave			Delicado			Mejorado							
Estado civil														Ocupación:																										
														M			V			N			M			V			N			M			V			N		
Grupo Sanguíneo														RH		Alergias: No												Si (Especificar)												
Folio de Seguro Popular														No. de Expediente																										
Orientación al ingreso														Si		No		Fecha de Ingreso:										Hora de Ingreso:												
Diagnóstico Médico																																								
Constantes Vitales				Turno Matutino							Turno Vespertino							Turno Nocturno																						
FC	Temperatura	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7															
170	40.5																																							
160	40																																							
150	39.5																																							
140	39																																							
130	38.5																																							
120	38																																							
110	37.5																																							
100	37																																							
90	36.5																																							
80	36																																							
70	35.5																																							
60	35																																							
50	34.5																																							
Presión arterial																																								
Presión arterial media																																								
Frecuencia respiratoria																																								
Oximetría de pulso																																								
Llenado capilar																																								
Presión venosa central																																								
Glicemia capilar																																								
Talla																																								
Peso																																								
IMC																																								
Perímetro cefálico																																								
Perímetro abdominal																																								
Otras mediciones																																								
Reactividad pupilar																																								
Escala de Glasgow																																								
Riesgo de caídas																																								
Riesgo de úlceras por presión																																								
Escala del dolor																																								
Escala de flebitis																																								
VALORACIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS																																								
APARATO O SISTEMA ALTERADO				M			V			N			APARATO O SISTEMA ALTERADO				M			V			N			APARATO O SISTEMA ALTERADO				M			V			N				
SISTEMA CARDIORESPIRATORIO													SISTEMA URINARIO													SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO														
SISTEMA DIGESTIVO													SISTEMA GENITAL FEMENINO													SISTEMA NERVIOSO														
SISTEMA URINARIO													SISTEMA GENITAL MASCULINO													SISTEMA TEGUMENTARIO														
DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS																																								

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Turno	Hora	Diagnósticos de Enfermería												Resultados Esperados		Hora	Intervenciones y/o recomendaciones GPC de enfermería											
Matutino																												
Vespertino																												
Nocturno																												
Prevenición de caídas		M	V	N	Prevenición de úlceras por presión				M	V	N	Cuidado de las heridas				M	V	N	Cuidado de accesos vasculares				M	V	N			
Ayuda en la deambulación					Lubricación de la piel							Inspección de la herida							Preparación de la piel en el sitio de inserción									
Colocación de barandillas laterales					Ejercicios de movilización pasiva							Curación de la herida							Curación de catéter									
Sujeción gentil					Posición alineada							Presencia de signos de infección							Uso de barrera máxima									
Orientación al Paciente y/o familiar sobre el riesgo de caídas					Cambios posturales cada dos horas				8	10	12	14	16	18	Presencia de sangrado							Rotación de CVP						
									20	22	24	2	4	6	Supuración de la herida							Lugar anatómico de catéter						
Oxigenoterapia		Si				No				Si				No				Si				No						
Sistemas y/o dispositivos		Masc.	P.N.	CPAP	BPAP	V.M.	OTRO	MASC.	P.N.	CPAP	BPAP	V.M.	OTRO	MASC.	P.N.	CPAP	BPAP	V.M.	OTRO	MASC.	P.N.	CPAP	BPAP	V.M.	OTRO			
Sonda Nasogástrica				Sonda Vesical				Características de la orina																				
Si	No	Calibre (FR):		Si	NO	Calibre (FR):		TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	Otras	M	V	N									
Fecha de Instalación		/ /		Fecha de Instalación		/ /		Amarillo claro				Hematuria																
Fecha de Cambio		/ /		Fecha de Cambio		/ /		Concentrado				Pluria																
Observaciones				Días de Permanencia				Con sedimento				Tyurbia																
Terapia intravenosa																												
No.	Soluciones/NPT/Elementos Sanguíneos/Electrolitos												Duración	Inicio	Termino	Gotas por minuto												
Medicación																												
Nombre genérico del medicamento												Dosis	Frecuencia	Vía	Horarios													
															Matutino Vespertino Nocturno													

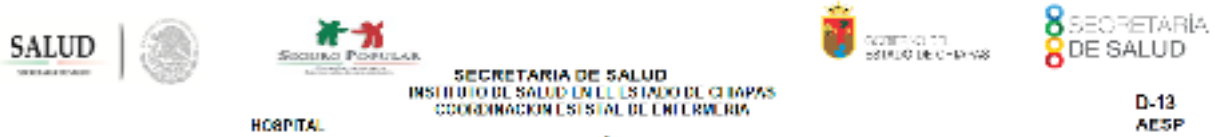
MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Monitorización nutrimental y líquidos via oral																											
Turno Matutino								Turno Vespertino								Turno Nocturno											
Tipo de Dieta:								Tipo de Dieta:								Tipo de Dieta:											
Observaciones:								Observaciones:								Observaciones:											
Ingresos / Egresos																											
Hora		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7		
Ingresos (mililitros por hora)	Via oral																										
	Soluciones parenterales																										
	Sondas																										
	Medicamentos																										
	Elementos sanguíneos																										
	NPT																										
	Otros																										
Total por turno																											
Egresos	Uresis																										
	Evacuaciones																										
	Sangrado																										
	Perdidas insensibles																										
	Vómito																										
	Drenajes																										
	Succión																										
Otros																											
Total por turno																											
Balance de líquidos en 24 horas		Ingresos								Egresos								Balance total									
Estudios de Laboratorio y Gabinete																											
Estudios		Turno Matutino								Turno Vespertino								Turno Nocturno									
Exámenes de Laboratorio																											
Estudios de diagnóstico por imagen																											
Gasometría																											
Interconsulta																											
Otros																											
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS																											
Hora	Turno Matutino								Hora	Turno Vespertino								Hora	Turno Nocturno								
CODIGOS DEL (CM GPC) DE LAS GPCE APLICADAS																											
PLAN DE ALTA / RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO																											
Signos y síntomas de alerta que ponen en riesgo la vida																				Hora de egreso:							
Ministración de medicamentos y reacciones adversas																				Nombre y firma del Paciente / Familiar / Tutor que recibe las recomendaciones e información.							
Control de citas																											
Tipo de dieta																											
Manejo correcto de procedimientos																											
Hábitos higiénicos																											
Ejercicio/recreación																											
Ejercer sus valores y creencias																											
Otros																											
Responsable del cuidado		Turno Matutino								Turno Vespertino								Turno Nocturno									
Nombre completo de enfermería																											
Firma																											
Nombre completo de autoridad inmediata de enfermería																											
Firma																											

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Anexo 5. Plan de Alta (PA) de enfermería para embarazadas. SESA-Chiapas

Preferentemente deberá entregarse personalmente, explicar y enseñar la forma de brindarse el autocuidado. Guardar una copia en el expediente clínico, firmada por el paciente o familiar.



HOSPITAL:

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA: USUARIA EMBARAZADA

D-13
AESP

NOMBRE DE LA USUARIA: _____		EDAD: _____		Signos vitales al egreso	
DX. MEDICO DE EGRESO: _____		ALERGIAS: _____		TA: _____	FC: _____
FECHA Y HORA DE EGRESO: _____		PESO ACTUAL: _____ kg. Talla: _____ cms. INC: _____		FR: _____	TFW: _____
La información que le proporcionamos es muy importante para la continuidad de los cuidados en el hogar:					
Medidas higiénicas:					
Baño diario con aseo genital: con jabón y agua tibia a diario preferentemente (usar saponales con suelto anticárpico).	Lavado de manos: Antes de preparar los alimentos y después de ir al baño	Cuidado genital: Usar ropa interior de algodón y realizar el cambio diario. Vigilar la presencia de sangrado, secreciones con mal olor o de coloración amarilla, verdosa o gris.	Cuidados de los dientes: Cepillarse 3 veces al día		
Medidas dietéticas					
Lavar minuciosamente frutas y verduras.			Evitar:		
Consumir preferentemente:			<ul style="list-style-type: none"> Alimentos duros, azúcares refinados o grasos Alimentos embalsamados Embutidos y enlatados Alimentos salados Sopas instantáneas Consumo de Alcohol, tabaco, drogas Consumo de café Comer carne cruda o mal cocida. 		
<ul style="list-style-type: none"> Frutas de temporada, verduras de hojas verdes y leguminosas (alimentos ricos en fibra que ayudan al estreñimiento). Pollo o Pescado preferentemente Tortillas de maíz Leccha semidescremada o descremada Consumir abundantes líquidos por lo menos 2 litros de agua (5 vasos) de preferencia natural 					
Moderar:		Cuidar su peso durante su embarazo			
<ul style="list-style-type: none"> Moderar el consumo de carnes rojas Moderar el consumo de sal y harinas 					
Actividad física		Planificación familiar		Lactancia materna	
Sueño: Dormir por lo menos 5 horas diarias. Se recomienda dormir sobre el lado izquierdo ya que facilita un mayor flujo sanguíneo hacia el bebé. Además, ayuda a prevenir las piernas hinchadas. Ejercicio: <ul style="list-style-type: none"> Realizar caminatas cortas (el tiempo dependiente de su resistencia) para mejorar la circulación de sus piernas. No realizar actividades extenuantes ni levantar objetos pesados. 		Es muy importante que aija un método de planificación familiar. Beneficios: <ul style="list-style-type: none"> Permite que su cuerpo se recupere Permite planear su próximo embarazo. Previene embarazos no deseados Libertad para elegir cuando se desea tener Si requiere más información puede solicitarla en esta unidad o en su centro de salud más cercano		Beneficios de la lactancia materna: <ul style="list-style-type: none"> Proporciona toda la energía y los nutrientes que necesita su bebé durante sus primeros meses de vida Promueve el desarrollo sensorial y cognitivo. Proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. Reduce enfermedades como la diarrea o la neumonía. Contribuye a su salud y bienestar de su bebé. Ayuda a espaciar los embarazos. Disminuye el riesgo de cáncer cervical y mamario. Es una forma segura de alimentación para su bebé 	
Salud mental y Prevención de la violencia					
<ul style="list-style-type: none"> Evitar situaciones de violencia Vigilar la presencia de cambios emocionales y/o de comportamiento (tristeza persistente, sentimiento de soledad, irritabilidad, angustia, comportamiento violento, ansiedad, pérdida de interés en las actividades cotidianas y/o en el embarazo). En caso de presentar cualquiera de estos síntomas solicite atención psicológica en su centro de salud más cercano.					
Tamiz neonatal (Recién Nacido)			Tamiz auditivo (Recién Nacido)		
Es un estudio con fines preventivos, su objeto es descubrir y tratar oportunamente enfermedades graves e irreversibles (hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, galactosemia e hipoplasia suprarrenal congénita) que no se pueden detectar al nacimiento, ni siquiera con una revisión médica muy cuidadosa.			El Tamiz Auditivo Neonatal es una prueba gratuita, sencilla y rápida, que permite detectar presencia de hipocusia o sordera en recién nacidos, sin causar dolor o molestia alguna. Consiste en colocar un pequeño "audífono" en el oído del bebé durante unos segundos, el cual registra si existe disminución auditiva.		
<ul style="list-style-type: none"> Solicitar cita posterior al nacimiento de su bebé (deberá realizarse después las 48 horas y dentro de los 6 días de vida de su Recién Nacido) 			<ul style="list-style-type: none"> Solicitar el procedimiento en caso no se lo realicen. Deberá realizarse dentro de los primeros 30 días de vida de su Recién Nacido 		
Medicación en el hogar			Acudir a urgencias en caso de presentar los siguientes signos y síntomas		
Medicamentos	Vía	Dosis	Horario	<ul style="list-style-type: none"> Mal estado general Dificultad para respirar Dolor abdominal o de panza No permite movimientos de su bebé. Dolor de cabeza intenso y persistente. Si ve lucasitas o zumbido de oídos Convulsiones Pérdida de la conciencia Palidez intensa. 	
				<ul style="list-style-type: none"> Fiebre o escalofríos Secreciones vaginales anormales o con mal olor Salida de líquido o sangrado transvaginal Vómitos frecuentes. Hinchazón de cara, pies y manos. Molestias al orinar (dolor, ardor, necesidad de orinar frecuentemente) Llanto y/o irritado sin razón aparente. Conducta regresiva. 	
"No automedicarse"					
Observaciones:			Próxima cita:		
			Deberá continuar con su control prenatal en su unidad de salud		

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Anexo 6. Guía rápida de consulta modelo del cuidado de enfermería

Para el caso de la propuesta que se hace en este documento sobre “Modelo del cuidado de enfermería”, se conceptualiza como:

“La representación metodológica y estandarizada que guía la aplicación de las mejores prácticas a través de la implementación del proceso atención de enfermería, considerando a la persona como eje central del cuidado, desde el enfoque intercultural, integral y sistémico en los ámbitos, ambulatorio y hospitalario”.

OBJETIVO GENERAL

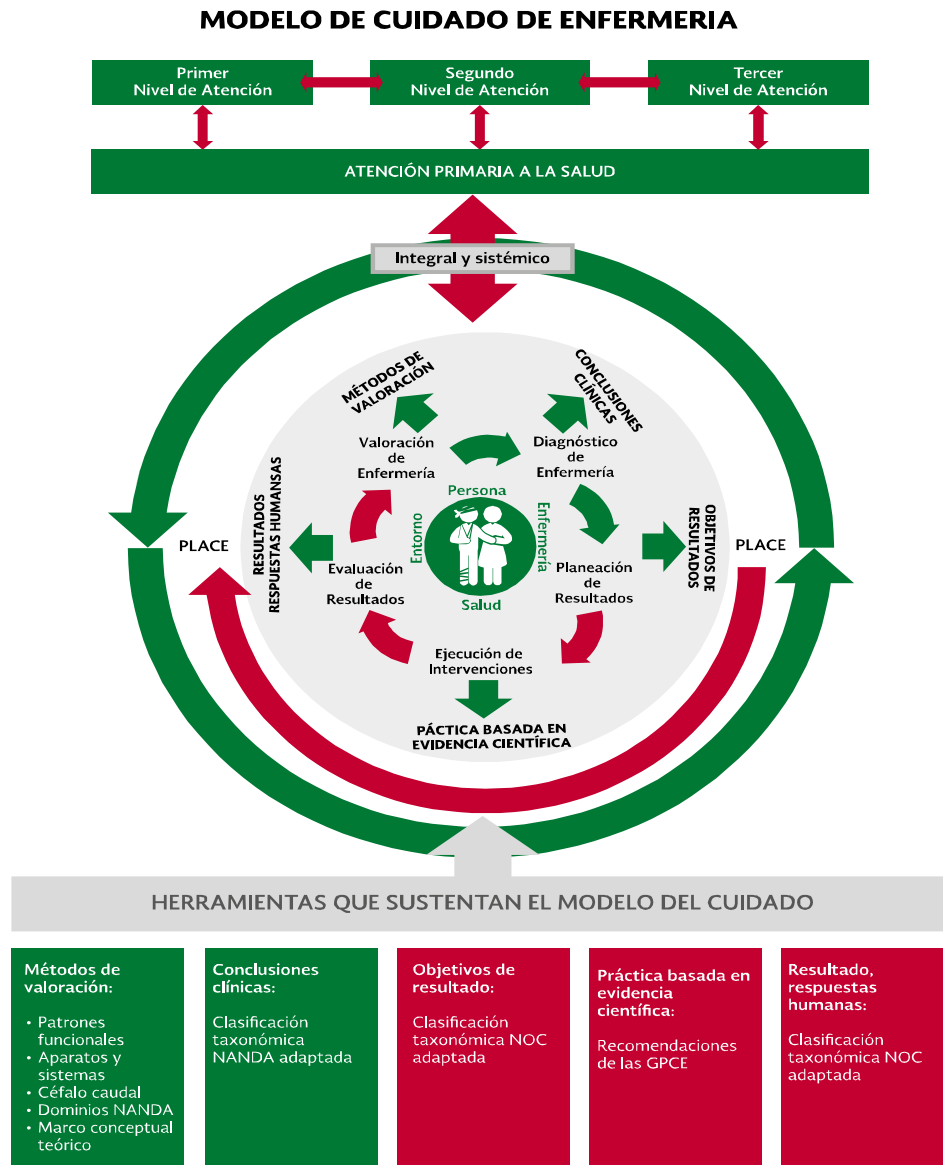
Proponer un “Modelo del cuidado de enfermería” como eje central del cuidado, que guíe al personal de enfermería en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería (PAE) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) para contribuir en la mejora de la calidad de la atención basada en las mejores prácticas en los ámbitos comunitario, ambulatorio y hospitalario con enfoque intercultural, integral y sistémico.

ELEMENTOS METODOLÓGICOS:

<p>a) Meta paradigma de enfermería o supuestos principales:</p> <p>El meta paradigma de enfermería cumple con características de neutralidad y universalidad, enfocados a los aspectos disciplinares que la enfermería requiere para definir su esencia en virtud de su naturaleza epistemológica.</p>	1	<p>b) Proceso Atención de Enfermería (PAE):</p> <p>Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales.</p>	2
<p>c) El plan de cuidados de enfermería (PLACE):</p> <p>Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se espera obtener, las estrategias, las intervenciones y la evaluación de todo ello.</p>	3	<p>d) Enfermería Basada en Evidencia: (Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería GPCE)</p> <p>La EBE es una metodología a través de la cual se obtiene un conjunto de evidencias y recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible incluidas en las guías de práctica clínica de enfermería (GPCE), con el objetivo de guiar al profesional de enfermería y al usuario de los servicios de salud, en la mejor toma de decisiones para contribuir a la atención segura y de calidad, a través de la práctica crítica y reflexiva.</p>	4

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Esquema del “Modelo del Cuidado de Enfermería” con integración de los elementos metodológicos.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

Etapa de valoración: definir y estandarizar a través de alguno de los siguientes métodos de patrones funcionales de Salud de Marjory Gordon, aparatos y sistemas, céfalocaudal, dominios NANDA o marco conceptual teórico.

Etapa de diagnóstico de enfermería: estructurarlas en diagnóstico de enfermería de tipo real, potencial o de salud.

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Etapas de planeación: establecer los resultados esperados determinarán la planeación de los cuidados, las acciones, intervenciones y recomendaciones que requiere la persona, la familia, el grupo o la comunidad.

Etapas de ejecución: ejecución e implementación de las intervenciones recomendadas de enfermería de las GPC y GPCE de tipo independientes e interdependientes.

Etapas de evaluación de resultados: redacción narrativa del comparativo de los resultados planeados con los resultados obtenidos.

PLAN DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

En el plan de acción estatal deberá programarse la difusión total y permanente en todas las unidades de atención médica de ambos ámbitos comunitario y hospitalario, para fortalecer la estrategia del “Modelo del cuidado de enfermería” a través de la difusión, capacitación, implementación, documentación y evaluación.



Difusión

Catálogo de planes de cuidados de enfermería de forma impresa o electrónica, en cada uno de los servicios o áreas de aplicación de la unidad de salud a través de dípticos, carteles, tarjeteros, foros, conferencias, pláticas, sesiones clínicas, entre otros.



Capacitación

Personal de enfermería en la utilización del plan de cuidados con recomendaciones clave o de guías de práctica clínica.



Aplicación e implementación:

Proceso de atención de enfermería en sus 5 etapas: Plan de Cuidados, Intervenciones clave de enfermería de las GPCE.



Documentación:

En el formato de notas y registros en enfermería del plan de cuidados y las recomendaciones aplicadas de las GPCE.



Evaluación:

Resultados de la aplicación de los planes de cuidados con intervenciones de enfermería basadas en evidencia a través de cédula de apego de recomendaciones e indicador de evaluación de notas y registros de enfermería.

Con base en resultados de los indicadores, se podrán establecer acciones de mejora continua para fortalecer la estructura, el proceso y los resultados que garanticen la atención del personal de enfermería a la población, a través del modelo del cuidado de enfermería ecléctico integrado con características específicas para la población mexicana, y uso del personal de enfermería en todos los niveles de atención y ámbitos de la enfermería pública y privada.

XIII. Validación del documento

Mtra. Ana María Cristina Reyes Reyes

Jefa de Departamento de Extensión y Apoyos Educativos
Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO)
Instituto Politécnico Nacional (IPN)

Dra. Cinthya Patricia Ibarra González

Presidenta
Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería (COMACE) A.C.

Mtra. Guadalupe González Díaz

Directora
Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO)
Instituto Politécnico Nacional (IPN)

Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa

Coordinador de la Licenciatura de Enfermería
Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-XOCHIMILCO)

Lic. Enf. Julia Echeverría Martínez

Titular de la División de Programas de Enfermería
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Mtra. Ma. Atanasia Silvia Cárdenas Oscoy

Subdirectora Académica
Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO)
Instituto Politécnico Nacional (IPN)

Lic. Enf. María del Pilar Ayala Campos

Jefe de los Servicios de Enfermería
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Mtra. Matilde Morales Olivares

Coordinadora de Enfermería de los Hospitales Federales de Referencia
Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE)

Lic. Enf. Silvia Lylian Bello Pérez

Asesora Nacional de Enfermería
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Mtra. Virginia Orozco Olvera

Coordinadora de Programas de Enfermería
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Mtra. Zoila León Moreno

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO)
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

XIV. Directorio de la Comisión Permanente de Enfermería

Integrantes del Sector Salud

Cor. Enf. Guillermina Hernández Guzmán
Jefe de enfermeras del Hospital Central Militar
Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)

Cap. Francisco Hernández Martínez
Jefe del depto. De servicios de enfermería
Secretaría de Marina (SEMAR)

Mtra. Julia Echeverría Martínez
Titular de la División de Programas de Enfermería
Instituto Mexicano del Seguro Social

Lic. Ma. Del Pilar Ayala Campos
Jefe de los servicios de enfermería
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Lic. Rosa María Anaya Téllez
Coordinadora Nacional de Enfermería
Servicios Médicos Petróleos Mexicanos (PEMEX)

Mtra. Rosa Garnica Fonseca
Jefe de servicios de enfermería
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
(DIF)

Integrantes invitados

Dra. María Dolores Zarza Arizmendi
Directora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Mtra. Mtra. Guadalupe González Díaz
Directora de la Escuela Superior de Enfermería y
Obstetricia
Instituto Politécnico Nacional (IPN)

Dra. Laura Morán Peña
Presidenta
Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de
Enfermería (ALADEFE)

Dr. Francisco Cadena Santos
Presidente
Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y
Escuelas de Enfermería, A.C. (FEMAFEE)

Dra. María Susana González Velázquez
Jefe de Carrera de Enfermería
Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza de la UNAM

Mtra. Reyna Galicia Ríos
Jefa del Departamento de Enfermería
Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud – Unidad
Milpa Alta Instituto Politécnico Nacional (IPN)

Mtra. Margarita Acevedo Peña
Jefe de la Carrera de Enfermería
Facultad de Estudios Superiores Plantel Iztacala de la UNAM

Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa
Coordinador de la Licenciatura de Enfermería
Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-
XOCHIMILCO)

Mtra. Ma. Tolina Alcántara García
Directora técnica
Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud

Mtra. Ximena del Carmen Rubilar Araya
Directora de la Escuela de Enfermería
Universidad Panamericana (UP)

Dra. Marisela Zamora Anaya
Directora de Diseño Curricular
Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP)

LEO Josefina Matías Varela
Coordinadora de Enfermería
Dirección General de Educación Tecnológica Industrial
(DGETI)

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Dra. María Guadalupe Jara Saldaña

Directora
Escuela Nacional de Enfermería e Investigación
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Mtra. Diana Lilia Velázquez Castañeda

Coordinadora Normativa de Enfermería
Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad
Comisión Coordinadora Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE)

Mtra. María Isabel Negrete Redondo

Representante de Enfermería de los Institutos Nacionales de Salud
Comisión Coordinadora Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE)

Dra. Edith Espinosa Dorantes

Coordinadora de Enfermería
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Mtra. Gudelia Bautista Cruz

Directora Corporativa de Enfermería
Centro Médico ABC

Dra. María Alberta García Jiménez

Presidenta
Academia Nacional de Enfermería de México, A.C.

Dra. Norma Alicia Riego Azuara

Presidenta
Federación Mexicana de Colegios de Enfermería, A.C. (FEMCE)

Tte. Enf. Ret. Gloria Beatriz Valdez Salas

Presidenta
Colegio Nacional de Enfermeras Militares, A.C. (CONEM)

Mtra. Perla Idolina Barragán Sosa

Presidenta
Colegio Nacional de Enfermeras, A.C.

Mtra. Verónica Domínguez Orozco

Jefa del Departamento de Investigación
Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

Lic. Matilde Morales Olivares

Representante de Enfermería
Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia
Comisión Coordinadora Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE)

Enf. Ma. de la Luz Reyes García

Presidenta
Confederación Nacional de Enfermeras Mexicanas, A.C.

Mtra. Anabell Arellano Gómez

Coordinadora de Enfermería
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Mtra. Juana Guadalupe Vargas Robles

Representante
Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.

Dra. Cinthya Patricia Ibarra González

Presidenta
Consejo Mexicano para la Acreditación y Certificación de Enfermería, A.C. (COMACE)

Lic. Ofelia Pérez García

Presidenta
Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería, A.C. (COMCE)

Dra. María Dolores Zarza Arizmendi

Presidenta
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería (COMLE)

Lic. Miguel Ángel López González

Presidente
Federación de Enfermería Quirúrgica de la República Mexicana, A.C. (FEQREM)



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

