

Implantación del proceso de enfermería en un área de salud: modelos y estructuras de valoración utilizados

Joseba Xabier Huitzi-Egilegor¹

Maria Isabel Elorza-Puyadena¹

Jose Maria Urkia-Etxabe²

Carmen Asurabarrena-Iraola³

Objetivo: analizar qué modelos de enfermería y estructuras de valoración de enfermería se han utilizado a la hora de implantar el proceso de enfermería en los centros públicos y privados del área de salud de Gipuzkoa (País Vasco). Método: se realizó un estudio retrospectivo, basado en el análisis de los registros de enfermería que han utilizado los 158 centros estudiados. Resultados: el modelo de Henderson, la estructura bifocal de Carpenito, la estructura de valoración de Gordon y la estructura Resident Assessment Instrument Nursing Home 2.0 han sido los modelos y estructuras de valoración de enfermería utilizados a la hora de implantar el proceso de enfermería. En algunos centros el modelo o estructura de valoración elegido ha ido variando con el paso del tiempo. Conclusión: se concluye que el modelo de Henderson ha sido el más utilizado a la hora de implantar el proceso de enfermería. Asimismo, se observa la tendencia de complementar o sustituir el modelo de Henderson con estructuras de valoración de enfermería.

Descriptores: Modelos de Enfermería; Teoría de Enfermería; Procesos de Enfermería; Evaluación en Enfermería; Historia de la Enfermería; Investigación Metodológica en Enfermería.

¹ PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermería II, Universidad del País Vasco, Donostia - San Sebastián, España.

² PhD, Profesor Titular, Departamento de Física Teórica e Historia de la Ciencia, Universidad del País Vasco, Donostia - San Sebastián, España.

³ PhD, Profesor Colaborador, Departamento de Enfermería II, Universidad del País Vasco, Donostia-San Sebastián, España.

Introducción

El proceso de enfermería es el método de trabajo que se utiliza en enfermería, y permite, mediante la investigación, el análisis lógico y el razonamiento analítico, desarrollar y aplicar cuidados, tanto técnicos, como interpersonales o de relación y comunicación. Consta de cinco etapas: la etapa de valoración, la de diagnóstico, la de planificación, la de ejecución y, por último, la de evaluación⁽¹⁾.

Su creación se sitúa en los años 1950-1960 en los Estados Unidos de América y Canadá⁽²⁾. En los primeros años se trabaja y se desarrolla, sobre todo, en el ámbito de la enseñanza. En los años 1970 se extiende en la práctica clínica (práctica profesional) de esos países y se sigue desarrollando. El establecimiento de los diagnósticos de enfermería y de las terminologías NCC-NIC son pasos que destacan en ese desarrollo. En la actualidad, el proceso de enfermería es utilizado en centros sanitarios del todo el mundo⁽³⁻⁴⁾.

En las mismas décadas en las que el proceso de enfermería se crea y se implanta, se establecen modelos y teorías que sirven de guía para la práctica profesional de la enfermería⁽⁵⁾. Mientras el proceso de enfermería es una metodología para organizar la práctica profesional, los modelos y teorías de enfermería son un marco para entender y dar sentido a esa práctica profesional, lo cual garantiza una práctica rigurosa basada en la experiencia personal y en los supuestos científicos y filosóficos que cada teorizador/a aporta. Para ello, es necesario partir de elementos filosóficos y científicos generales que irán transformándose en elementos concretos y únicos que servirán para definir los elementos empíricos y operativos de cada modelo conceptual. En este sentido, las guías o modelos de enfermería utilizados condicionan la práctica, que está respaldada por los fundamentos teóricos que cada modelo contiene y con los que la enfermera/o se identifica, aceptando que la realidad del cliente y la suya propia están condicionados por la base teórica que lo sustenta⁽⁶⁾.

A modo general, podríamos decir que los modelos y teorías de enfermería ayudan a identificar los objetivos y los medios de la práctica, aumentando así la autonomía y los cuidados generales individualizados que se imparten a cada persona⁽⁷⁾. Por ejemplo, al adoptar el modelo de Henderson la enfermera aceptará las propuestas de satisfacción de necesidades y buscará generar la independencia de cada persona cuidada. Si su preferencia está respaldada por el modelo de Orem,

tendrá como meta obtener la máxima capacidad de autocuidado del cliente⁽⁶⁾.

Más adelante, sin llegar a ser modelos o teorías, se publican diferentes estructuras para realizar la valoración de enfermería, entre ellas, la estructura bifocal de Carpenito⁽⁸⁾ y la estructura conceptual de Gordon⁽⁹⁾. La estructura bifocal introducida por Carpenito en 1983 es un modelo en el que se identifican las situaciones clínicas en las que la enfermera interviene haciendo referencia al trabajo independiente de la enfermera y al trabajo interdependiente o de colaboración. La estructura conceptual de Gordon sirve de referencia general para la valoración de cada persona mediante la propuesta de Patrones Funcionales de Salud. Dicha estructura, tras obtener el permiso de Gordon y tras ser modificada por el Comité de taxonomía de NANDA internacional, fue aceptada por la NANDA en abril de 1998⁽¹⁰⁾.

En el ámbito de España, se han encontrado pocos trabajos⁽¹¹⁻¹²⁾ que aporten datos numéricos sobre los modelos y estructuras de enfermería utilizados a la hora de aplicar la metodología enfermera, y se trata de trabajos que no son monográficos sobre esta cuestión y que no dan cuenta de fechas de inicio concretas.

El objetivo de este trabajo es estudiar qué modelos y estructuras de enfermería se han utilizado a la hora de implantar el proceso de enfermería en los centros públicos y privados del área de salud de Gipuzkoa (País Vasco). Los resultados servirán para dar a conocer la evolución en el modo de trabajo de la enfermería en Gipuzkoa y para ver la presencia que han tenido y tienen los modelos y estructuras de enfermería en la metodología enfermera.

Método

Se ha realizado un estudio retrospectivo acerca de los registros de enfermería que han utilizado los centros públicos y privados del área de salud de Gipuzkoa, una de las tres áreas de salud que tiene el País Vasco.

En total se han estudiado 158 centros: 137 públicos (la totalidad de los centros públicos) y 21 privados (todos aquellos que tienen en su plantilla 10 o más profesionales de enfermería). En esos 158 centros trabajan 2667 profesionales de enfermería (2103 en los centros públicos y 564 en los centros privados), que suponen en torno al 90% de todos los profesionales que trabajan en la práctica clínica en Gipuzkoa.

La obtención o la visualización de los registros de enfermería se ha realizado tras conseguir la autorización de la dirección de los centros involucrados,

y tras entrevistar a las personas responsables de dichos registros. En la publicación de los datos se ha mantenido el anonimato de los centros.

El Comité de Ética de Investigaciones de la Universidad del País Vasco – Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV-EHU) comenzó a funcionar en 2010. La recogida de datos para este estudio fue entre enero y diciembre de 2009, por lo que no se pudo obtener un informe de validación por parte del mencionado comité.

Los datos recopilados en cada centro fueron los siguientes:

-El número de profesionales de enfermería que trabaja en el centro.

-La fecha de los registros de valoración de enfermería más antiguos existentes en el centro. La existencia de un registro correspondiente a la etapa de valoración de enfermería ha sido el criterio seguido para considerar que se aplica el proceso de enfermería, ya que el resto de las etapas del proceso de enfermería se fundamentan en esta primera^(1,13).

-La configuración de los registros de valoración de enfermería utilizados en el centro a lo largo del tiempo. Para determinar qué modelo enfermero y/o qué estructura de valoración se han utilizado, se ha verificado que la configuración de los registros se corresponde con las directrices que marca uno u otro modelo o estructura. Por ejemplo, se ha considerado que el modelo utilizado es el de Henderson si en el registro de valoración están valoradas al menos el 75% de las necesidades básicas que plantea ese modelo⁽¹⁴⁾. En otro ejemplo, se ha considerado que la estructura de valoración utilizada es la de Gordon si están valorados al menos el 75% de los patrones funcionales en los que se basa esa estructura. Se ha realizado un análisis cuantitativo de los datos utilizando estadística descriptiva.

Resultados

En la Tabla 1 se muestra cuáles son los centros estudiados, el número de profesionales de enfermería que trabajan en ellos, el año en el que se comienza a utilizar el proceso de enfermería (PE), el modelo de enfermería o estructura de valoración que se utiliza en la actualidad a la hora de aplicar el proceso de enfermería y el año en el que se comienza a utilizar ese modelo de enfermería o estructura de valoración. Cuando la casilla está vacía, significa que en ese centro no se utilizan los anteriores. El número de profesionales de enfermería que trabaja en cada centro pone de manifiesto el tamaño del centro.

De acuerdo con las cifras de la Tabla 1, la utilización del proceso de enfermería comienza, salvo alguna excepción, a partir de 1990 y se generaliza en la década de 2000. En la actualidad, en 155 (98%) de los 158 centros estudiados se aplica el proceso de enfermería. Se aplica en todos los centros públicos y en 18 de los 21 centros privados. Los pormenores de ese inicio fueron dados a conocer en un estudio retrospectivo ya publicado⁽¹⁵⁾, y los detalles de la utilización actual (el uso de los diagnósticos enfermeros, de las terminologías NOC-NIC y de los planes de cuidados estandarizados), en un estudio transversal también publicado⁽¹²⁾.

De los 155 centros que aplican el proceso de enfermería, en 127 (82%) se aplica utilizando el modelo de Henderson; en 6 (4%) utilizando la estructura bifocal de Carpenito; en 17 (11%) utilizando la estructura conceptual de Gordon y en 1 utilizando la estructura RAI-NH 2.0 (*Resident Assessment Instrument Nursing Home 2.0*). En los restantes 4 centros, el proceso de enfermería se aplica sin el soporte de ningún modelo ni estructura de valoración, con registros confeccionados siguiendo el criterio particular de los profesionales de enfermería de cada centro.

La estructura bifocal de Carpenito, también llamado *modelo bifocal de práctica clínica*, es una estructura de valoración que propone el uso de un modelo de enfermería para recoger los datos que permitan obtener los diagnósticos de enfermería del cliente, y el uso de la estructura de valoración de los sistemas corporales para recopilar los datos que permitan obtener los problemas interdependientes o de colaboración del cliente. En los centros públicos de atención especializada y en el servicio de psiquiatría del hospital público nº1 estudiados, la estructura bifocal de Carpenito se ha implementado de la siguiente manera: se ha utilizado el modelo de enfermería de Henderson para recoger los datos que permitan llegar a los diagnósticos de enfermería del cliente, y se ha utilizado la estructura de valoración de los sistemas corporales para recopilar los datos que permitan llegar a los problemas interdependientes del cliente. Por tanto, teniendo en cuenta que los centros que utilizan la estructura bifocal de Carpenito están aplicando el modelo de Henderson, si sumamos los 127 centros en los que se utiliza el modelo de Henderson y los 6 centros en los que se utiliza la estructura bifocal de Carpenito, obtenemos que, a día de hoy, de los 155 centros que aplican el proceso de enfermería, en 133 (86%) utilizan el modelo de Henderson.

Tabla 1 - Los centros estudiados, el número de profesionales de enfermería que trabajan en ellos, el año en el que se comienza a utilizar el proceso de enfermería (PE), el modelo de enfermería o estructura de valoración que se utiliza en la actualidad a la hora de aplicar el proceso de enfermería y el año en el que se comienza a utilizar ese modelo de enfermería o estructura de valoración. Gipuzkoa, País Vasco, España, 2009

Sistema de salud y área	Nº de centros	Nº de prof. de enferm.	Año de comienzo con el PE	Modelo o estructura utilizado a día de hoy	Año de comienzo con ese modelo o estructura
Sistema de salud público	137	2103			
Atención primaria	116	514	2004	Henderson	2004
Atención especializada	5	1523	1990	Bifocal*	1994
Hospital nº 1	1	1072	1990	Bifocal*	1994
Hospital nº 2	1	110	1990	Bifocal*	1994
Hospital nº 3	1	111	1990	Bifocal*	1994
Hospital nº 4	1	143	1990	Bifocal*	1994
Hospital nº 5	1	87	1990	Bifocal*	1994
Salud mental	15	54			
Servicio de psiquiatría Hospital nº1	1	22	1990	Bifocal*	1994
Centros de atención extrahospitalaria	14	32	2007	Gordon	2007
Geronto-geriatria	1	12	1990	Henderson	1996
Sistema de salud privado	21	564			
Atención especializada	6	410			
Hospital nº 1	1	35	-	-	-
Hospital nº 2	1	85	-	-	-
Hospital nº 3	1	40	2003	Henderson	2003
Hospital nº 4	1	50	1993	-	-
Hospital nº 5	1	165	-	-	-
Hospital nº 6	1	35	2004	Gordon	2004
Salud mental	4	69			
Hospital nº 1	1	25	1992	Henderson	1992
Hospital nº 2	1	22	1998	Gordon†	2005
Hospital nº 3	1	12	2005	Gordon	2005
Hospital nº 4	1	10	2001	-	-
Geronto-geriatria	11	85			
Centro geriátrico nº 1	8	55	1982	Henderson	1982
Centro geriátrico nº 2	1	10	1999	RAI-NH2.0	1999
Centro geriátrico nº 3	1	10	2002	-	-
Centro geriátrico nº 4	1	10	1994	-	-

*En estos centros, durante los años 1990-1994 se utilizó el modelo de enfermería de Henderson. En 1994 se comenzó con la estructura bifocal de Carpenito.

†En ese centro, durante los años 1998-2005 se utilizó el modelo de enfermería de Henderson. En 2005 se dejó de utilizar dicho modelo y se comenzó con la estructura de valoración de Gordon.

En número de profesionales de enfermería, en los centros en los que el proceso de enfermería se aplica utilizando únicamente el modelo de Henderson trabajan 578 (24% del total de profesionales que trabajan en los 155 centros que aplican el proceso de enfermería); en los centros en los que se utiliza la estructura bifocal de Carpenito, 1545 (65%); en los centros en los que se utiliza la estructura conceptual de Gordon, 101 (4%) y en el centro en el que se utiliza la estructura RAI-NH 2.0, 10 (0,4%). Si sumamos los 578 profesionales de enfermería que trabajan en los centros en los que el proceso de enfermería se aplica utilizando el modelo de Henderson y los 1545 profesionales que trabajan en los

centros en los que el proceso de enfermería se aplica utilizando la estructura bifocal de Carpenito, obtenemos que, en la actualidad, son 2123 (89%) los profesionales que trabajan en los centros que utilizan el modelo de Henderson.

En cuanto al año de comienzo con el modelo o estructura, cabe destacar que en algunos centros el modelo o estructura elegido ha ido variando con el paso del tiempo: en los centros públicos de atención especializada y en el servicio de psiquiatría del hospital público nº1 durante los años 1990-1994 se utilizó el modelo de enfermería de Henderson, y a partir de 1994 se utilizó la estructura bifocal de Carpenito; en

el hospital de salud mental privado nº2 durante los años 1998-2005 se utilizó el modelo de enfermería de Henderson, y a partir de 2005 se utilizó la estructura conceptual de Gordon.

Haciendo la lectura por área de actuación, se observa que el modelo de enfermería de Henderson es utilizado en todas las áreas; la estructura bifocal, sobre todo, en el área de atención especializada; la estructura conceptual de Gordon, sobre todo, en el área de salud mental y la estructura RAI-NH 2.0, en el área de geronto-geriatría.

Discusión

Los resultados muestran que en Gipuzkoa el modelo de Henderson ha sido el más utilizado a la hora de implantar el proceso de enfermería. Ello está en consonancia con los autores que refieren que el modelo de Henderson es uno de los más conocidos y utilizados a nivel mundial^(5,16).

Las cifras de utilización obtenidas en nuestro estudio, superiores al 80% en el caso del modelo de Henderson, están por encima de las obtenidas en otros trabajos similares. En un estudio realizado en España se afirma que, en atención primaria, el 35% de los centros utiliza el modelo de Henderson, que es el único utilizado⁽¹¹⁾. En un estudio realizado en Canadá, se encontró que sólo el 25,5% de los centros utilizan un modelo enfermero para aplicar el proceso de enfermería⁽¹⁷⁾. El estudio no especifica qué modelos de enfermería se utilizan. En otro estudio realizado en Polonia, se concluye que en la práctica clínica de ese país se utilizan las ideas y teorías de Nightingale, Orem y Henderson, pero el estudio no cuantifica ese uso por centros⁽¹⁸⁾.

Podemos decir que, de manera general, en Gipuzkoa el proceso de enfermería se aplica bajo la influencia de un modelo o teoría de enfermería. La excepción a ello viene de la mano de los centros que aplican el proceso de enfermería utilizando la estructura conceptual de Gordon, la estructura RAI-NH 2.0⁽¹⁹⁾ o con registros confeccionados siguiendo el criterio particular de los profesionales de enfermería del centro. Debemos tener en cuenta que la estructura conceptual de Gordon y la estructura RAI-NH 2.0 no son modelos de enfermería propiamente dichos, sino estructuras para la valoración de enfermería.

Dicho lo anterior, cabe poner la atención en aquellos centros que, con el paso del tiempo, han realizado variaciones en la elección del modelo o estructura de valoración. Dichas variaciones han afectado a 1567

profesionales de enfermería (el 66% del total de profesionales que trabajan en los 155 centros que aplican el proceso de enfermería), y tienen que ver o bien con sustituir el modelo de Henderson por una estructura de valoración o bien con complementar el modelo de Henderson con la estructura bifocal de Carpenito. Parece que en esos centros el modelo de Henderson no era, por sí solo, suficiente para la correcta valoración del paciente-cliente, y que se requería algo más o algo diferente. Por tanto, se observa en Gipuzkoa la tendencia de complementar o sustituir el modelo de Henderson con estructuras de valoración de enfermería.

Esta tendencia viene a dar la razón a aquellos autores que advierten de los problemas que pueden surgir si no se utiliza de forma correcta el modelo elegido o que refieren dificultades a la hora de conjugar el modelo de enfermería con la incorporación de novedades (los diagnósticos enfermeros, las terminologías NIC-NOC...) relativas al proceso de enfermería⁽²⁰⁻²¹⁾.

En cuanto al área de actuación, se ha mencionado que la estructura conceptual de Gordon es utilizada, sobre todo, en el sector de la salud mental. Ello puede ser debido a que esa estructura es la elegida por la escuela del País Vasco que imparte los estudios conducentes a la obtención del título de especialista en enfermería de salud mental.

En cuanto al área de geronto-geriatría, cabe reseñar que, tanto en los centros públicos como en los privados, en los registros de valoración de enfermería se ha encontrado un apartado en el que se valora la capacidad del paciente para realizar las actividades de la vida diaria. Este término de "actividades de la vida diaria" recuerda el término "actividades de la vida" del modelo de enfermería de Roper-Logan-Tierney⁽²²⁾, pero en los registros estudiados no se valoran las 12 actividades de la vida que ese modelo propone, sino sólo aquellas que proponen los índices que se utilizan para medir la autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria (índices de Katz, Barthel y Lawton). Esa es la razón por la que no se ha considerado que se aplique ese modelo de enfermería.

Para finalizar, llama la atención que en casi todos los centros públicos de una misma área el modelo o estructura de valoración elegido coincida y sea simultáneo en el tiempo, mientras que en los centros privados haya diferencias tanto en la elección del modelo o estructura de valoración, como en la fecha de inicio. Esto es así porque en los centros públicos la dirección de cada área, que es la que impulsa los cambios, está unificada. En cambio, las direcciones de

los centros privados son independientes, sin conexiones entre ellas.

Conclusiones

Los resultados de este estudio muestran que en Gipuzkoa el modelo de Henderson ha sido el más utilizado a la hora de implantar el proceso de enfermería.

Con el paso del tiempo, se observa la tendencia de complementar o sustituir el modelo de Henderson con estructuras de valoración de enfermería.

Por último, este trabajo pone de manifiesto que en los centros públicos de una misma área el modelo de enfermería o estructura de valoración elegido casi siempre coincide, mientras que en los centros privados no.

Referencias

- Alfaro-Lefevre R. Applying nursing process: the foundation for clinical reasoning. Philadelphia: Lippincott; 2014. 3 p.
- De la Cuesta C. The Nursing Process: from development to implementation. *J Adv Nurs.* 1983;8(5):365-71.
- Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, Van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *J Adv Nurs.* 2006;56(5):514-31.
- Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses diagnosis. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2003;14(3):96-107.
- Raile M, Marriner A. Nursing theorists and their work. 7th. ed. New York: Mosby/Elsevier; 2010. 3-15 p.
- Durán de Villalobos M. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan. [Internet]. 2009 [acceso 16 maio 2014]; 2(1). Disponible em: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>>.
- Meleis A. Theoretical nursing development and progress. 5th. ed. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins; 2012. 10 p.
- Carpenito LJ. Nursing diagnosis: Application to clinical practice. 14th. ed. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins; 2013.
- Gordon M. Manual of nursing diagnosis. 12th. ed. London: Jones and Bartlett Publishers International; 2010.
- NANDA-International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013. 49 p.
- Izquierdo JM, Pérez MB, Ramírez FJ, Serrano I, Torres MD, Conde G. Implantación del proceso enfermero. *Rol Enferm.* 2002;25(7-8):488-93.
- Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Zubero-Linaza J, Zupiria-Gorostidi X. Use of the nursing process at public and private centers in a health area. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(5):903-8.
- Giménez AM, Serrano P. Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero. *Metas Enferm.* dic 2008/ene 2009;11(10):57-62.
- De Henderson VA. The nature of nursing: Reflections after 25 years. New York: National League for Nursing Press; 1991.
- Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Esnaola-Herrero MV, Asurabarrena-Iraola C. Retrospective study of the implementation of the nursing process in a health area. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(5):1049-53.
- Luis MT, Navarro MV, Fernández C. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. 3th. ed. Barcelona: Masson; 2005. 46 p.
- Simpson J, Taylor D. Reality check. Do conceptual models of nursing work today? *Can Nurse.* 2002 Feb;98(2):24-6.
- Zarzycka D, Dobrowolska B, Slusarska B, Wronska I, Cuber T, Pajnikihar M. Theoretical foundations of nursing practice in Poland. *Nurs Sci Q.* 2013;26(1):80-4.
- Morris JN, Hawes C, Fries BE, Phillips CD, Mor V, Katz S, et al. Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *Gerontologist.* 1990;30(3):293-307.
- Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2009;65(7):1509-17.
- Reyes J, Jara P, Merino JM. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Cienc Enferm.* [Internet]. jun 2007 [acceso 16 maio 2014]; 13(1):45-57. Disponible em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100006>.
- Roper N, Logan WW, Tierney AJ. The Roper-Logan-Tierney model of nursing: based on activities of living. 3th. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2009.

Recibido: 4.12.2013

Aceptado: 17.6.2014