

Aplicación de un modelo de cuidado en el servicio de Ginecobstetricia de la Clínica Universitaria Bolivariana

Implementation of a nursing model in the Gyneco-obstetrics service of the Clínica Universitaria Bolivariana

GLORIA ÁNGEL JIMÉNEZ*, MARTHA LIGIA ECHEVERRI URIBE**, YAMILE CASTRO BETANCUR***, MÓNICA ARBOLEDA ALVARÁN****, NATALIA ZAPATA RIVERA****, ANA CRISTINA ARANGO RAMÍREZ****, NATALIA SÁNCHEZ SÁENZ*****, BLANCA LILIANA TOBÓN TOBÓN*****

Resumen

Proyecto que tuvo como objetivo aplicar en el servicio hospitalario de Ginecobstetricia de la Clínica Universitaria Bolivariana (CUB) un modelo de cuidado centrado en el paciente y la enfermería. Se desarrolló por fases, bajo una metodología cualicuantitativa. Mediante un estudio descriptivo se hizo un diagnóstico inicial del cuidado profesional: fundamentación, sistematización, documentación, continuidad, individualidad, integralidad, cercanía, interdisciplinariedad, coordinación, diferenciación, visibilidad y calidad. Se concluyó que existen campos del cuidado que necesitan intervenir; la sistematización, cercanía, documentación y visibilidad, son algunos de ellos. En la fase de documentación se estudiaron los principios de varias teóricas de enfermería para determi-

nar su grado de aplicabilidad en el ámbito clínico, así mismo, una serie de experiencias de integración teoría-práctica. Se eligieron los fundamentos teóricos de Virginia Henderson para orientar el cuidado, porque el grupo se identificó con su filosofía y conceptos, centrados en la satisfacción de las necesidades de la persona, entre otros motivos. Durante la fase de diseño operativo se estableció la necesidad de trabajar en concordancia con el proceso de Enfermería; se definieron y operacionalizaron los diagnósticos de enfermería más frecuentes, por grupo de pacientes y por necesidades; se diseñaron los registros clínicos respectivos y plegables educativos centrados en necesidades. Durante la implementación se llevaron a cabo los procesos definidos. Actualmente se desarrollan actividades de seguimiento y mantenimiento, centradas en la capacitación e investigación. Se medirá el impacto una vez se consolide el modelo. Se espera que este proyecto sea un ejemplo para desarrollar experiencias similares en otros servicios clínicos.

Palabras clave: modelo de enfermería, diagnóstico de enfermería, cuidado enfermería, necesidades.

Abstract

A project whose goal was the implementation of a nursing model focused on patient and nursing at the Clínica Universitaria Bolivariana's (CUB) gyneco-obstetrics service. The

* Enfermera, Magíster en Gerencia para el Desarrollo. Docente investigadora Facultad de Enfermería Universidad Pontificia Bolivariana (UPB). gloria.angel@upb.edu.co

** Enfermera, Magíster en Salud Pública. Jefe departamento de Enfermería, Clínica Universitaria Bolivariana (CUB). martha.echeverri@upb.edu.co

*** Enfermera, especialista en gerencia de IPS. Coordinadora Hospitalización Unidad Materno Infantil CUB. mycbupb@yahoo.es

**** Enfermeras Jefes, Unidad Materno Infantil (CUB).

***** Estudiantes de pregrado Facultad de Enfermería UPB.

model was developed phase by phase, under a quality and quantitative methodology. An initial diagnosis of the professional care was done through a descriptive study: Bases, systematization, documentation, continuity, individuality, integrality, closeness, interdisciplinary, coordination, differentiation, visibility and quality. We concluded that there are fields in caring that require intervention; systematization, documentation and visibility among others. During the documentation phase, the principles of several theoretics of nursing were studied in order to determine the degree of applicability in the clinical field, as well as a series of experiences of theoretical-practical integration. Virginia Henderson's theoretical fundamentals for guiding care were chosen because the group identifies itself with her philosophy and rules, focused on satisfying the person's needs among other reasons. During the operational designing phase the need to work according to the Nursing process was established; the most frequent nursing diagnosis was defined and made operational per patient group and per set of needs; the relevant clinical records and educational brochures were designed focused on needs. During the implementation phase, the defined processes were carried out. Currently, follow up and maintenance activities focused on training and research are in the process of being developed. The impact will be measured once the model is consolidated. We expect this project to be an example to develop similar experiences in other clinical services.

Key words: nursing model, nursing diagnosis, nursing care, obstetrics service.

INTRODUCCIÓN

La Enfermería ha conseguido logros teóricos muy importantes durante el último siglo, los cuales le han dado el reconocimiento como disciplina. Hoy se cuenta con filosofías, modelos conceptuales, teorías de nivel medio, grandes teorías, entre otros desarrollos teóricos. Cada uno de estos elementos conceptuales estructuran la ciencia de Enfermería y de esta forma se convierten en referentes de gran importancia para la profesión.

Desde el punto de vista teórico un modelo conceptual es un conjunto de conceptos organizados coherentemente e interrelacionados entre sí que le sirven de marco de referencia a las personas que hacen parte de una disciplina específica. Está compuesto por una serie de representaciones simbólicas en forma de estructura que orientan el proceso de resolución de problemas. Se comporta como referente en la medida que

dice cómo observar e interpretar los fenómenos de interés de la disciplina (1).

Desarrollar la práctica de Enfermería teniendo como referente un modelo conceptual le aporta una orientación disciplinar y profesional. Esta acción permite integrar la teoría a la práctica, pasar de la fase de construcción de la teoría a la fase de utilización de la misma. Esto le da dinamismo al ciclo científico y hace que se desarrolle el componente disciplinar de Enfermería.

De otro lado, la aplicación de modelos conceptuales a la práctica favorece la investigación de Enfermería, en la medida en que la centra en el estudio de fenómenos de interés particular para la profesión. El modelo proporciona un marco de referencia que busca conocer, describir, explicar, comprender e interpretar todo aquello que tiene que ver con el cuidado. De esta forma, se crea teoría y se fortalece el componente disciplinar (1).

Fundamentar la práctica en un modelo conceptual también fortalece el ejercicio profesional. Hace que el profesional de enfermería, logre una mayor satisfacción, autonomía y visibilidad en el campo del cuidado. Le da sentido a la acción asistencial ya que orienta la práctica de Enfermería hacia el logro de

objetivos propios, ya sea la independencia como persona, su capacidad de autocuidado, la adaptación a su proceso, entre otros.



Además, los modelos conceptuales le permiten al personal de enfermería, organizar y comprender lo que sucede en la práctica, analizar las situaciones de los pacientes en forma crítica para tomar decisiones, planificar los cuidados y proponer las intervenciones más adecuadas, definir los resultados esperados del paciente con respecto a la atención prestada y evaluar su eficacia (1). Todo esto tiene un impacto positivo en la calidad del cuidado de los pacientes.

Dada la magnitud de los avances alcanzados en el campo de la teoría del cuidado y la importancia de su aplicación en la práctica, se esperaría una mayor utilización de la teoría existente en los diferentes ámbitos de cuidado; no obstante, esto aún no se ha logrado, ya que en gran medida la ciencia de la Enfermería se ha quedado en la teoría y aún no se ha integrado a la práctica. Alberdi y colaboradores (2), respaldan esta apreciación al afirmar que los practicantes de enfermería han alcanzado un importante consenso respecto a la definición genérica de cuidar, de acuerdo con planteamientos teóricos, pero en el terreno de la práctica, están lejos de conseguir un consenso real sobre el significado y las consecuencias del cuidado o del cuidar. Consideran que se ha dejado el concepto de cuidado en “lo conceptual” lo cual requiere replantearse ya que el aporte de Enfermería es único, indispensable e insustituible.

De igual manera, la enfermera colombiana Castriellón, C. (3), considera que en América Latina es escaso el trabajo que se ha realizado con respecto a los modelos conceptuales, particularmente, a nivel investigativo y agrega que en los coloquios de investigación en Enfermería el tema ha tenido poca presencia. Esta situación no ha permitido aprovechar todo el bagaje teórico existente que se ha sistematizado en los modelos conceptuales con el fin de orientar las acciones en el campo de la Enfermería, demostrar su contribución en el equipo de salud y dar a conocer la naturaleza del servicio que presta a la sociedad.

En Colombia la situación es similar; la experiencia así lo indica. No se conoce a profundidad lo que plantean las teóricas de la Enfermería, además, son pocas las instituciones que han tratado de orientar el trabajo profesional bajo un modelo conceptual determinado. La labor de enfermería en las instituciones de salud ha tenido un énfasis administrativo y ha quedado en un segundo

lugar la función orientada al cuidado directo de las personas. Por su parte, esta actividad de cuidado se ha orientado a lo concreto, a la realización de actividades específicas, a la asistencia biológica, al uso de tecnologías, sin un soporte teórico profesional adecuado. Esto no ha permitido crear y proyectar una imagen completa de lo que es Enfermería y ha frenado su crecimiento como disciplina profesional.

Esta situación muestra la necesidad de desarrollar una práctica enfermera centrada en el cuidado de las personas y que ésta se lleve a cabo teniendo como referente la teoría existente. Para alcanzar el objetivo planteado, es necesario que los profesionales adquieran una sólida base conceptual, que permita clarificar la naturaleza del cuidado que imparten y orientar todo el proceso enfermero. Diversas experiencias desarrolladas en el ámbito nacional e internacional han demostrado que es posible llevar a la práctica la teoría de enfermería, y además, es importante hacerlo ya que los pacientes, los profesionales y las instituciones se benefician de ello (4), (5).

Los planteamientos señalados resaltan la importancia de generar experiencias en nuestro medio que muestren la posibilidad de unir teoría y práctica y las bondades que esto implica. En este contexto surgió el presente trabajo, que tuvo como objetivo elegir un modelo conceptual y aplicarlo en la práctica, a partir de un proyecto reflexivo e investigativo concreto, adaptado al contexto específico. El vínculo estratégico establecido entre la Facultad de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) y la Clínica Universitaria Bolivariana (CUB) para este fin, se convirtió así en la posibilidad de innovar en este campo y lograr beneficios tangibles para ambos, en términos de desarrollo disciplinar, profesional e institucional.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: el proyecto se desarrolló bajo una metodología cualicuantitativa. El componente cuantitativo fue de orden descriptivo y ayudó a caracterizar, en la primera fase del estudio, el cuidado de Enfermería brindado en el servicio elegido. Por su parte, el componente cualitativo se basó en los principios de la investigación-acción-participación, entre ellos, la

combinación permanente de reflexión-acción y la participación protagónica de los sujetos implicados, en este caso, los profesionales de Enfermería. De esta forma, se desarrolló un trabajo participativo de diagnóstico, discusión, construcción y validación que dio como resultado una nueva propuesta de cuidado para ser aplicada en el servicio.

Población-servicio: se eligió el servicio de Ginecología de la CUB para el desarrollo del proyecto. Los siguientes factores favorecieron esta elección: la apertura reciente del servicio; el perfil de los profesionales de Enfermería, en especial, la disposición favorable al cambio y el interés en el desarrollo de procesos investigativos; el tipo de pacientes que se manejan en el servicio (madre e hijo), los cuales pueden dividirse fácilmente en grupos según su diagnóstico; las características de la atención, en cuanto tiene un componente alto de cuidado de Enfermería; y en último término, las condiciones del servicio, entre ellas, el giro cama alto y la ocupación, las cuales le plantean a los cuidadores retos especiales que deben atenderse adecuadamente.

Técnica e instrumentos: el proyecto se desarrolló a través de las siguientes etapas: ambientación, diagnóstico, documentación teórica, documentación práctica, diseño teórico, diseño práctico-operativo, implementación, seguimiento-mantenimiento y medición del impacto. Cada una de ellas tuvo su objetivo y metodología específicos. Las fases que contemplaron recolección de información utilizaron formularios estructurados para consignarla.

Análisis: el trabajo combinó análisis cuantitativos y cualitativos de la información recolectada en correspondencia con la metodología general del trabajo y el énfasis de cada una de las etapas. Fue así como los resultados obtenidos en la etapa de diagnóstico tuvieron un manejo cuantitativo, basado en la obtención de las frecuencias absolutas y relativas de las variables estudiadas. Por su parte, la información recolectada en las fases de documentación teórica y práctica fue sometida a un análisis cualitativo.

A continuación se dan a conocer las etapas desarrolladas y se amplía sobre la metodología empleada en cada una de ellas:

Etapas 1. Ambientación. Se desarrolló con el fin de promover en la clínica y el servicio elegido, el ambiente propicio para el inicio y el desarrollo del trabajo. Se realizaron reuniones diversas con fines informativos, de motivación al cambio y de capacitación con respecto al tema de la investigación.

Etapas 2. Diagnóstico. Buscó identificar las características generales del cuidado profesional impartido en el servicio. Para ello se desarrolló un estudio descriptivo, con el fin de realizar un diagnóstico inicial que sirviera de base en la elección, implementación y evaluación posterior del modelo de cuidado seleccionado. Mediante encuestas respondidas en forma anónima dirigidas a las enfermeras del servicio, los profesionales médicos y otros terapeutas del equipo de salud, las auxiliares de enfermería y un grupo representativo de pacientes, se exploró el conocimiento y la percepción que tenían acerca de los siguientes aspectos del cuidado profesional: visibilidad, fundamentación científica, bases legales y éticas, sistematización, documentación, continuidad, individualidad, integralidad, cercanía, interdisciplinariedad, coordinación, diferenciación y calidad. La información recolectada tuvo un análisis cuantitativo.

Etapas 3. Documentación teórica. Con el objetivo de identificar los lineamientos generales de los modelos y teorías de Enfermería que ofrecen mayor posibilidad de aplicación en el ámbito clínico. Se procedió a reunir material bibliográfico relacionado con el tema y luego a analizar la información con base en los intereses específicos. De los diferentes modelos o teorías se estudiaron los siguientes: concepto de persona, cuidado, entorno y enfermería que se trabaja; elementos teóricos específicos que se sustentan en el modelo o teoría, y aplicabilidad del modelo o teoría a la práctica.

Etapas 4. Documentación práctica. La etapa buscó analizar las características principales que han tenido otras experiencias similares en el ámbito nacional e internacional. Se estudiaron diversos artículos que documentaban experiencias sobre aplicación de la teoría a la práctica. Se identificaron y analizaron las siguientes características de cada experiencia: del ámbito o grupo poblacional donde se aplicó; teoría o modelo que orientaba el trabajo; fortalezas del modelo o teoría;

instrumentos diseñados y utilizados; forma como se aplicó y beneficios obtenidos.

Etapa 5. Diseño teórico. Concretar el modelo teórico que orientaría el cuidado fue el objetivo de esta etapa. Luego de analizar los resultados obtenidos en las etapas anteriores, se seleccionó el modelo a seguir, a la luz de los siguientes criterios: sencillez, aplicabilidad, facilidad de comprensión y adaptabilidad al tipo de pacientes y a las características institucionales. Del modelo teórico elegido se retomaron los lineamientos generales y específicos más afines al pensamiento del grupo para ser aplicados en la práctica.

Etapa 6. Diseño práctico-operativo. Se llevó a cabo con el fin de diseñar el modelo operativo que llevaría a la práctica el modelo teórico elegido. Se estudió previamente lo que se ha tenido en cuenta en otras investigaciones o en otras instituciones en la fase de diseño, para determinar la importancia y pertinencia de considerarlas en el presente trabajo. Luego, se diseñaron, ajustaron y validaron los instrumentos necesarios para hacer operativo el modelo (hojas clínicas y plegables educativos). El diseño y estandarización de los formatos se hizo por consenso del grupo, con base en las principales necesidades de la madre y el recién nacido, los diagnósticos de Enfermería más afines y las intervenciones necesarias al momento del ingreso, durante la internación y en el momento del egreso. Para la definición de los diagnósticos de Enfermería se utilizó la Clasificación Internacional de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) del año 2005-2006.

Etapa 7. Implementación. Tuvo como fin llevar a la práctica el modelo elegido. Consideró acciones previas de motivación, capacitación y de ajuste a las condiciones de la clínica, en especial a la disponibilidad de profesionales de Enfermería en el servicio.

Etapa 8. Seguimiento-mantenimiento. Ambas actividades se han propuesto de manera permanente. Obedecen al interés de vigilar la aplicación del modelo de acuerdo con el plan establecido y procurar un mayor dominio del personal en todo lo correspondiente al mismo. El seguimiento tiene como finalidad identificar dificultades diversas, analizarlas y realizar los ajustes pertinentes a los procesos e instrumentos elaborados. El

mantenimiento, por su parte, se centra en actividades de capacitación e investigación acerca del modelo teórico elegido y del proceso de enfermería. Busca que el personal afiance todo lo correspondiente a las necesidades de la persona en pensamiento y acción.

Etapa 9. Medición impacto. Etapa planteada a futuro mediante la cual se pretende medir el impacto alcanzado. Una vez se consolide el modelo en el servicio, se evaluarán a través de un estudio cualicuantitativo aquellos aspectos que se pretendían mejorar con la aplicación del modelo, entre ellos la autonomía, la visibilidad y la satisfacción profesional. La calidad del cuidado debe tener también una calificación superior, en especial los aspectos evaluados en la fase de diagnóstico. Así mismo, los indicadores institucionales relacionados con el cuidado de enfermería deben tener una modificación positiva en el tiempo, entre ellos: la oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y satisfacción de los pacientes.

RESULTADOS

En concordancia con la metodología aplicada, los resultados mostrarán de una manera detallada las conclusiones o los logros obtenidos en cada una de las etapas desarrolladas según la naturaleza de la misma.

Ambientación

El desarrollo de las actividades proyectadas permitió alcanzar los objetivos de motivación e información planteados. A través de las reuniones con los grupos se identificaron sentimientos a favor y en contra del proyecto que debieron trabajarse en su momento. Entre los aspectos positivos se consideró que la investigación permitía afianzar el papel del profesional de Enfermería en la institución, en la medida que centra su gestión en aspectos específicos del cuidado fundamentados en la teoría de enfermería existente. Además, se valoró que el proyecto fuera específico de Enfermería y que éste no se quedara en el diagnóstico sino que avanzara hasta la aplicación.

De otro lado, se detectaron sentimientos iniciales de temor al cambio. Para el personal, el proyecto generaría una nueva forma de trabajo, con más actividades y una demanda de tiempo mayor; además, se pensaba

que las características del servicio obstaculizarían la implementación del mismo. Fue importante explicar que llevar a la práctica un modelo implica un cambio, pero éste debía adaptarse a las condiciones institucionales y del servicio, tales como: giro cama, tipo de pacientes, número de enfermeras/pacientes, porcentaje ocupacional, funciones asignadas al profesional, entre otros.

Diagnóstico

Los resultados cuantitativos obtenidos en esta etapa, permitieron concluir que existen características del cuidado profesional –o aspectos puntuales relacionados con éstas– que se muestran más fuertes y otros más débiles. En el primer grupo está la fundamentación ética del cuidado (86.54%) y la coordinación del mismo (76.92%). En el segundo, se encuentran características como la documentación del cuidado (36.00%), la sistematización del mismo (46.15%), la cercanía (55.77%) y la integralidad (61.53%). En cuanto a la visibilidad profesional se encontró que el 25.94% del grupo de pacientes no tenía conocimiento del profesional al momento de la encuesta.

El desarrollo de este estudio descriptivo inicial evidenció la necesidad de tener una relación enfermera-paciente de mayor trascendencia, centrada en el cuidado, que contribuya al logro de los objetivos planteados para cada paciente, y a la vez, permita afianzar la imagen del profesional de Enfermería en la memoria de cada uno de ellos. Se concluyó que es necesario asumir retos como el que plantea el presente trabajo para poder lograr lo planteado.

Documentación teórica

El estudio de las siguientes teóricas le permitió al grupo reflexionar sobre los conceptos del metaparadigma de Enfermería (ser humano, cuidado, salud, entorno y enfermería), e identificar a los supuestos teóricos más afines con su pensamiento. Son ellas: Virginia Henderson, Dorotea Orem, Sor Callista Roy, Betty Neuman, Evelyn Adam, Nancy Roper, Winifred Logan y Alison Tierney, Ida Jean Orlando, Ramona Mercer, Dorothy Johnson e Imogene King (1). Se consideró importante aclarar desde un principio la propia posición filosófica acerca de

Enfermería y confrontarla con los conceptos paradigmáticos que guían la profesión con el fin de verificar si hay un pensamiento afín en este sentido (6).

A continuación se enuncian algunos de los supuestos teóricos relacionados con el acto de cuidar que se eligieron. Éstos constituyen planteamientos generales aplicados al cuidado, directrices para la práctica de Enfermería, por la aplicabilidad que tienen, independientes del modelo o teórica que los trabaja (1), (7), (8), (9).

- El paciente debe ser valorado y cuidado como un ser biosicosocial (Virginia Henderson).
- La enfermera necesita conocer la individualidad de cada paciente para personalizar el cuidado, planificarlo, implementarlo y evaluar sus resultados (Roper, Logan, Tierney).
- Es importante valorar las conductas verbales y no verbales del paciente (Ida Orlando).
- Es importante valorar todo lo relacionado con los procesos de desarrollo humano, así como las condiciones y eventos que ocurren durante el ciclo vital (Dorotea Orem).
- La intervención de enfermería es más eficaz bajo condiciones de comunicación abierta, ya que las necesidades del paciente pueden percibirse con más exactitud (Ida Orlando).
- Es importante que la enfermera verifique con el paciente si sus observaciones son correctas (Virginia Henderson); obtenga la confirmación del paciente con respecto a sus percepciones, pensamientos y sentimientos (Ida Orlando); analice y valide continuamente con el paciente la interpretación que tiene de sus necesidades (Ida Orlando).
- Enfermera y paciente siempre trabajan para conseguir un objetivo (Virginia Henderson).
- El cliente-ser humano-paciente-usuario posee un papel activo en la negociación de los objetivos de cuidado de Enfermería (Ida Orlando).
- La enfermera y el paciente deben elaborar en conjunto el plan de cuidados (Virginia Henderson).
- Las bases de la relación enfermera-paciente varían según el estado del paciente (Virginia Henderson).
- La estrecha relación que tiene la enfermera con el paciente puede ser en sí misma terapéutica (Virginia Henderson).

- La enfermera utiliza las relaciones interpersonales como base (Ida Orlando).
- Una situación enfermera-paciente se da cuando existe un contacto entre un paciente y una enfermera, en el cual ambos perciben, sienten y actúan de forma inmediata (Ida Orlando).
- La eficacia del cuidado de enfermería se ve determinada por el clima de empatía, calidez, respeto mutuo, cuidado y aceptación (Evelyn Adam).
- La enfermera trabaja en coordinación con otros profesionales de la salud, todos los miembros del equipo trabajan en conjunto para llevar a cabo el programa completo de cuidados (Virginia Henderson).

Documentación práctica

El estudio de diferentes experiencias de aplicación de la teoría a la práctica, permitió sacar estas conclusiones que constituyen lineamientos de importancia para el seguimiento del presente estudio (1), (4), (5), (8), (10), (11), (12), (13), (14):

- Los planteamientos de Dorotea Orem y Virginia Henderson guían muchas de las experiencias estudiadas lo que indica que tienen una buena aplicabilidad a la clínica.
- La aplicación de los modelos a la práctica exige una adaptación creativa que tenga en cuenta las características del contexto institucional.
- La aplicación de los modelos a la práctica se centra en gran medida en el proceso de enfermería como herramienta. El proceso incluye valoración, identificación de los problemas (diagnóstico), establecimiento de metas, intervención y evaluación.
- Es frecuente observar que la evaluación de necesidades se complementa con los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).
- La valoración de los pacientes se desarrolla con base en la perspectiva teórica. La existencia de un formato preestablecido ayuda en este proceso porque unifica criterios.
- El sistema de documentación de enfermería debe estructurarse a partir de la teoría elegida.
- Es común encontrar planes de cuidado que son estandarizados y a la vez individualizados.

Diseño teórico

Con base en los resultados y conclusiones que se obtuvieron en la fase de documentación se procedió a elegir el modelo teórico a seguir. La selección estuvo a favor de Virginia Henderson y su teoría de las necesidades básicas, por los siguientes motivos (1), (7):

- Afinidad del grupo con su filosofía y sus conceptos teóricos, centrados en las necesidades humanas.
 - Los conceptos teóricos son de fácil comprensión, tanto para los profesionales como para los auxiliares de Enfermería.
 - Es de fácil aplicabilidad en el servicio elegido.
 - Sus conceptos han tenido perdurabilidad en el tiempo.
 - Tiene una alta adaptabilidad a grupos de pacientes diferentes, en este caso, el de las madres de parto normal o cesárea, el de los recién nacidos y el de las madres de alto riesgo obstétrico.
 - Puede llegar a replicarse fácilmente la experiencia en otros servicios de la institución.
 - Las experiencias prácticas estudiadas muestran que sus planteamientos se han llevado a la práctica con éxito en otros hospitales. Algunos de ellos son el Hospital Reina Sofía de España (14) y el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” de México (4).
- Del modelo teórico elegido se retomaron, posteriormente, los conceptos del metaparadigma, así como los lineamientos generales y específicos de la teoría de Virginia Henderson, más afines al pensamiento del grupo para ser aplicados en la práctica (1), (7). A continuación se plantean algunos de ellos:

Supuestos:

- Toda persona (madre o recién nacido) es un todo complejo que tiene necesidades básicas.
- Toda persona desea y se esfuerza por ser independiente.
- Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona pierde independencia.

Creencias y valores:

Integralidad, individualidad, comunicación, planeación, trabajo conjunto, autonomía.

Elementos:

- **Objetivos:** mantener, mejorar o recuperar la independencia de la madre y el recién nacido en relación con la satisfacción de las necesidades básicas.
- **Beneficiario:** persona que requiere cuidados de enfermería en una situación de salud concreta: madre y recién nacido.
- **Rol:** suplir y/o complementar a la madre y al recién nacido en la realización de actividades que contribuyan a la satisfacción de las necesidades.
- **Fuente de dificultad:** obstáculos o limitaciones personales o del entorno que modifican en un momento dado la capacidad de la madre y el recién nacido para satisfacer sus necesidades básicas.
- **Intervención:** acciones que desarrolla el profesional dirigidas a suplir, ayudar o acompañar al paciente en la satisfacción de sus necesidades.
- **Consecuencias:** la satisfacción de las necesidades alteradas en la madre y el recién nacido y el mantenimiento de las que no lo están.

Diseño práctico-operativo

El desarrollo de esta fase dio como resultado los siguientes productos:

- Clasificación de los pacientes del servicio en tres grandes grupos: pacientes de parto normal o cesárea, pacientes de alto riesgo obstétrico y recién nacidos.
- Elección de los diagnósticos de enfermería que se presentan con mayor frecuencia en el servicio.
- Relación de los diagnósticos por grupo de pacientes y por necesidades.
- Operacionalización de cada uno de los diagnósticos elegidos así: diagnóstico, manifestaciones, factores relacionados, intervenciones y resultados.
- Elaboración de instrumentos-hojas clínicas para orientar y documentar la valoración en el ingreso, la elaboración del plan de cuidados, el seguimiento durante la hospitalización y la evaluación/educación para realizar en el egreso.
- Elaboración de plegables educativos para orientar los cuidados de la madre y el recién nacido, según necesidades.

- Definición y estandarización de procesos: ingreso del paciente, planeación del cuidado, seguimiento, egreso del paciente.

Implementación

Llevar a la práctica lo establecido constituyó la etapa más significativa del proyecto. Las enfermeras que participaron, ejecutaron directamente el proceso; además, se convirtieron en multiplicadoras con el resto de profesionales del servicio; informaron lo sucedido cada día al respecto; recibieron inquietudes y buscaron soluciones a las mismas.

Los principales obstáculos durante la fase de implementación fueron:

- El tiempo disponible de los profesionales para desarrollar las diferentes actividades contempladas.
- La alta carga administrativa y operativa de su trabajo.
- Las características del servicio, en especial el giro cama alto, y por lo tanto, un número de altas por día considerables.
- La existencia en la noche de un número más limitado de personal de enfermería para cubrir el servicio de ginecología (cirugía y hospitalización).
- La integración con el personal auxiliar en ciertos procesos.
- La vinculación de enfermeras de otros servicios al nuevo trabajo.

El principal obstáculo tuvo que ver con el tiempo que se tomaba llevar a cabo los diferentes procesos y el registro de los mismos, en un servicio que se caracteriza por el giro cama alto. Esto ameritó cambios, entre ellos simplificar los registros clínicos, delegar actividades enfermeras de carácter operativo, optimizar la ronda de enfermería y la ronda médica, entre otros.

Se concluye que durante la fase de implementación son definitivos: el compromiso de todos, la flexibilidad para el cambio y las soluciones creativas que se den a las dificultades que se presentan.

Seguimiento/mantenimiento

El seguimiento se dio de forma paralela a la implementación y se cree que debe continuar en el tiempo, ya que

es importante determinar en el 'día a día' cómo se están desarrollando los procesos de enfermería, y ver si éstos se ajustan al modelo establecido. El seguimiento ha servido para realizar los ajustes necesarios y mostrar nuevas formas de realizar el trabajo.

El mantenimiento del modelo, por su parte, se fundamenta en la capacitación continua y la investigación. El desarrollo de este tipo de actividades debe fortalecer el pensamiento y la acción de todo el personal alrededor de las necesidades del paciente, de acuerdo con los lineamientos teóricos de Virginia Henderson, así mismo, fortalecer el pensamiento y la acción de los profesionales en materia del proceso de enfermería.

Medición del impacto

De acuerdo con lo planteado en el capítulo de metodología, esta etapa se llevará a cabo una vez se hayan consolidado los nuevos procesos establecidos. Para ello, se realizará un estudio similar al desarrollado en la fase de diagnóstico.

Se analizará si los profesionales afianzaron el vínculo teoría-práctica; si fortalecieron los conocimientos sobre la disciplina; si esta nueva forma de trabajo les proporciona una mayor visibilidad, autonomía, satisfacción personal, sentido profesional; si el trabajo bajo un modelo mejora la calidad del cuidado en el servicio; y en último término, si se han dado mejoras curriculares en el programa de Enfermería derivadas de esta experiencia.

A la fecha de la realización del presente artículo los profesionales de Enfermería del servicio han detectado las siguientes ventajas derivadas del trabajo bajo un modelo de cuidado específico. Son ellas:

- Existe una mayor fundamentación de la práctica a partir de la teoría existente en Enfermería.
- Se ha logrado fortalecer la relación del profesional de enfermería-paciente: atención más personalizada, mayor conocimiento de los pacientes, mejor seguimiento día a día de los mismos.
- Se observa mayor cercanía de la enfermera al paciente durante el ingreso y el alta.
- Se detectan necesidades y complicaciones que antes pasaban desapercibidas de una manera más oportuna.
- Se ha fortalecido el trabajo en equipo.

- El cuidado de enfermería se sustenta en la historia clínica. Hay un espacio en la historia para el profesional.

- Se ha hecho explícita en el Plan de Desarrollo de la Clínica la meta de extender y adaptar el modelo a los demás servicios.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El desarrollo de la presente experiencia investigativa permitió sacar las siguientes conclusiones:

- En Enfermería es necesario unir la teoría a la práctica. Todo esfuerzo que se realice en este sentido promoverá su desarrollo disciplinar y profesional y ayudará a modificar la situación actual.

- Existen campos del cuidado profesional que deben modificarse si se quiere tener un papel más contundente en los servicios hospitalarios centrado en los pacientes. La cercanía, la visibilidad, la sistematización y la documentación son algunos de ellos.

- La aplicación de un modelo de cuidado a la práctica basado en la teoría de Enfermería existente exige la adaptación creativa del mismo al contexto específico.

- Orientar la práctica bajo un modelo de cuidado propio requiere de cambios en el ser, el pensar y en el quehacer de los profesionales. Estos cambios deben ambientarse adecuadamente si se quiere que el proceso se lleve a cabo sin mayores tropiezos. La participación activa de las personas directamente responsables en todas las fases requeridas favorece el cambio.

- El término de necesidades es muy propio de Enfermería. Su trabajo alrededor de las mismas puede marcar la diferencia entre Enfermería y Medicina, y de esta forma, darle mayor autonomía y sentido al profesional.

- El proceso de enfermería en todas sus etapas, complementa en gran medida el trabajo orientado por necesidades. Es una herramienta que sistematiza el pensamiento y la práctica del profesional.

- La experiencia actual y otras similares que se han dado en otros contextos, señalan que es importante llevar a cabo el proceso por etapas. Algunas de ellas son: ambientación, diagnóstico inicial, documentación, diseño operativo, implementación, seguimiento y mantenimiento.

- El diseño de registros propios centrados en el modelo elegido orienta su desarrollo y permite que queden evidencias documentadas del trabajo del profesional para evaluaciones e investigaciones futuras.

- Es necesario promover el desarrollo permanente de investigación en asuntos relacionados con el modelo, de esta forma se enriquece la experiencia. Igualmente, se requiere llevar a cabo actividades de educación continua y de reflexión grupal en el servicio en torno a estos mismos asuntos.

- Es esencial continuar desarrollando investigación que vincule el personal de la docencia y el servicio. Este vínculo afianza el proceso de articulación Facultad-Clínica y genera beneficios académicos para ambos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) MARRINER, Ann y RAILE, Martha. *Modelos y teorías de Enfermería*, Madrid: Mosby, 2002, 672 p.
- (2) ALBERDI, Rosamaría et ál. "Guías para implantar la metodología enfermera". En: *Revista de Enfermería Rol*. España, vol. 26, No. 5 (sept. 2003); pp. 73-74.
- (3) CASTRILLÓN, Consuelo. *La dimensión social de la práctica de la enfermería*, Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1997, p. 38.
- (4) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OPS. Informe del II Taller Internacional de Gerencia en Enfermería en los Servicios de Salud, México: Organización Panamericana de la Salud, 2002, pp. 5-14.
- (5) ATIENZA, Esther; DELGADO, María Teresa y RUBIO, María del Carmen. "Aplicación práctica del modelo Roper-Logan-Tierney en la asistencia". En: *Enfermería Clínica*, Barcelona, vol 13, No. 5 (Sept./Oct. 2003), pp. 41-48.
- (6) DURÁN DE VILLALOBOS, María Mercedes. *Enfermería, desarrollo teórico e investigativo*, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1998, 181 p.
- (7) HENDERSON, Virginia. *La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después*, Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1994, 115 p.
- (8) DÍAZ DE FLÓREZ, Alicia et ál. *Aplicación del modelo de adaptación en el ciclo vital humano*, Bogotá: Universidad de La Sabana, Facultad de Enfermería, 2003, 275 p.
- (9) OSTIGUÍN MELÉNDEZ, Rosa María y VELÁSQUEZ HERNÁNDEZ, Silvia María de la Luz. *Teoría general del déficit de autocuidado guía básica ilustrada*, México: Editorial Manual Moderno, 2001, 68 p.
- (10) CADE, Nagela Valadao. "La Teoría del déficit de autocuidado de Orem aplicada a hipertensas". En: *Revista Latinoamericana de Enfermagem* (en línea), Brasil, vol. 9, No. 3 (2001), pp. 43-50. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=So104-11692001000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>
- (11) DE FIGUEIREDO C., Zuila; COELHO D., Marta María. "Aplicación da Teoria do Cuidado Transpessoal em Pacientes Paraplégicos Hospitalizados: Relato de Experiencia". En: *Ciencia de Enfermería* [en línea], Chile, vol. 9, No. 2, 2003, pp. 77-94, disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=So717-95532003000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- (12) MOREIRA, Thereza y ARAÚJO, Thelma. "Modelo Conceptual de Sistemas Abiertos Interactuantes y Teoría del Alcance de Metas de Imogene King". En: *Revista Latinoamericana de Enfermagem* [en línea], Brasil, vol. 10, No. 1, 2002, pp. 9-107, disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=So104-11692002000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- (13) GUERRERO GAMBOA, Nidia Sandra. "Aplicación de la teoría del déficit de autocuidado de Orem en la atención del recién nacido". En: *Investigación y Educación en Enfermería*, vol. XVIII, No. 3, marzo de 2000, pp. 71-85.
- (14) HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. Área Enfermería. [en línea], disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria.html>