FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA ENFERMERÍA:

CIENCIA, HISTORIA Y ARTE DEL CUIDADO



Autores

Vila Maffare Marilyn Marivel; Sornoza Crespo Sharina Elizabeth; Angulo Alegría Memi Victoria; Restrepo Lemache Sandra Lisbeth; González Quiroz Jessica Tatiana; Gracia Ortiz Karina Elizabeth; Recalde Ardila Katlin Dasiel; Prieto Fuenmayor Julia Rosa; Pupo Suñol Angel Eduardo; Quiñonez Perlaza Guadalupe

Fundamentos teóricos de la Enfermería:

Ciencia, Historia y Arte del Cuidado.

Autor/es:

Vila-Maffare, Marilyn Marivel

Sornoza-Crespo, Sharina Elizabeth

Angulo-Alegría, Memi Victoria

Restrepo-Lemache, Sandra Lisbeth

González-Quiroz, Jessica Tatiana

Gracia-Ortiz, Karina Elizabeth

Recalde-Ardila, Katlin Dasiel

Prieto-Fuenmayor, Julia Rosa

Pupo-Suñol, Angel Eduardo

Perlaza-Quiñonez, Guadalupe

Docentes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas, Ecuador

Datos de Catalogación Bibliográfica

González-Quiroz, J. T.
Vila- Maffare, M.M.
Sornoza-Crespo, S. E.
Ângulo-Alegría, M.V.
Restrepo-Lemache, S. L.
Gracia-Ortiz, K.E.
Recalde-Aldila, K.D.
Prieto-Fuenmayor, J. R.
Pupo-Suñol, A.E.
Quiñonez-Perlaza, G.

Fundamentos Teóricos de la Enfermería: Ciencia, Historia y Arte del Cuidado
Oriente-Manabi Editorial, Ecuador, 2026
ISBN: 978-9907-9620-1-7
Formato: 210 mm X 270 mm 226 págs.

Publicado por Oriente-Manabí Editorial
Ecuador, Manabi, Cod. Post. 130101.
Contacto: +593 959 723 343
Email: info@omeditorial.com
www.books.omeditorial.com

Director General:	*Dr. Guerrero Bermúdez Ángel Enrique*
Editor en Jefe:	*Dr. Guerrero Bermúdez Ángel Enrique*
Editor Académico:	*Lcdo. Oltramonti Roberto, Mg*
Supervisor de Producción:	*Ing. Barragán Monrroy Roberto Johan, Mg.*
Diseño:	*OM Editorial*
Consejo Editorial	*OM Editorial*

© Octubre, 2026
Libro Digital, Primera Edición, 2026
Editado, Diseñado, Diagramado y Publicado por Comité OM Editorial
Manabi, Ecuador, 2026
D.R. © 2026 por Autores y OM Editorial Ecuador.
Cámara Ecuatoriana del Libro con Radicación editorial 182865

Disponible para su descarga gratuita en www.books.omeditorial.com

Los contenidos de este libro pueden ser descargados, reproducidos, difundidos e impresos con fines de estudio, investigación y docencia o para su utilización en productos o servicios no comerciales, siempre que se reconozca adecuadamente a los autores como fuente y titulares de los derechos de propiedad intelectual, sin que ello implique en modo alguno que aprueban las opiniones, productos o servicios resultantes. En el caso de contenidos que indiquen expresamente que proceden de terceros, deberán dirigirse a la fuente original indicada para gestionar los permisos.

Título del libro:
Fundamentos Teóricos de la enfermería: Ciencia, Historia y Arte del Cuidado

© Vila-Maffare, Marilyn Marivel; Sornoza-Crespo, Sharina Elizabeth; Angulo-Alegría, Memi Victoria; Restrepo-Lemache, Sandra Lisbeth; González-Quiroz, Jessica Tatiana; Gracia-Ortiz, Karina Elizabeth; Recalde-Ardila, Katlin Dasiel; Prieto-Fuenmayor, Julia Rosa; Pupo-Suñol, Angel Eduardo; Quiñonez-Perlaza, Guadalupe.

ISBN: 978-9907-9620-1-7

https://doi.org/10.63618/omeditorial/l39

Como citar (APA 7ma Edición):
Vila-Maffare, M. M., Pupo-Suñol, A. E., Prieto-Fuenmayor, J. R., Recalde-Ardila, K. D., Gracia-Ortiz, K. E., González-Quiroz, J. T., Restrepo-Lemache, S. L., Angulo-Alegría, M. V., Sornoza-Crespo, S. E., & Quiñones-Perlaza, G. (n.d.). *Fundamentos Teóricos de la Enfermería: Ciencia, Historia y Arte del Cuidado*. Oriente-Manabí Editorial. https://doi.org/10.63618/omeditorial/l39

Cada uno de los textos de OM Editorial han sido sometido a un proceso de evaluación por pares doble ciego externos (double-blind paper review) con base en la normativa del editorial.

Revisores:

Lic. Marvi Alexander Viteri Ruiz Mgs.	Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Ecuador
Lcda. Mónica Stephania Landy Maldonado, Mg	Universidad Metropolitana Sede Machala – Ecuador

Los libros publicados por **"OM Editorial"** cuentan con varias indexaciones y repositorios internacionales, lo que respalda la calidad de las obras. Lo puede revisar en los siguientes apartados:

Aviso Legal:

La información presentada, así como el contenido, fotografías, gráficos, cuadros, tablas y referencias de este manuscrito es de exclusiva responsabilidad del/los autores/es y no necesariamente reflejan el pensamiento de la OM Editorial.

Derechos de autor ©

Este documento se publica bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).



El “copyright” y todos los derechos de propiedad intelectual y/o industrial sobre el contenido de esta edición son propiedad de la OM Editorial y sus Autores. Se prohíbe rigurosamente, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total y/o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma de ninguna forma o por cualquier medio, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright, salvo cuando se realice con fines académicos o científicos y estrictamente no comerciales y gratuitos, debiendo citar en todo caso a la editorial. Las opiniones expresadas en los capítulos son responsabilidad de los autores.

Reseña de Autores

Vila-Maffare, Marilyn Marivel

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Sede Esmeraldas – Ecuador

marilyn.vila@pucese.edu.ec

https://orcid.org/0000-0002-4720-0734



Licenciada en Enfermería por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas (PUCESE), Magíster en Salud Pública por la Universidad de Las Américas (UDLA) y Diplomada en Docencia Universitaria por la PUCESE.

Posee experiencia profesional en el MSP, donde estuvo a cargo de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones y del Programa Nacional de Prevención y Control de VIH, SIDA y Tuberculosis.

Además, posee certificaciones internacionales en Soporte Vital Básico (BLS) y Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS).

En el ámbito académico, se desempeñó como docente de la Tecnología Superior en Enfermería de la PUCESE y actualmente forma parte del cuerpo docente de la carrera de Enfermería de la misma institución. Integra el Grupo de Investigación sobre Autocuidado, participando en proyectos con publicaciones en varias revistas. Asimismo, ha sido ponente en congresos y eventos académicos. Su trayectoria se caracteriza por el compromiso con la docencia, la investigación y el fortalecimiento de la salud pública.

Sornoza-Crespo, Sharina Elizabeth

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Sede Esmeraldas – Ecuador

sesornoza@pucese.edu.ec

https://orcid.org/0009-0006-4902-5219



Licenciada en Enfermería por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas (PUCESE), Magíster en Salud Pública por la Universidad de Las Américas (UDLA) y Diplomada en Docencia Universitaria por la PUCESE.

Posee experiencia profesional en el MSP, donde estuvo a cargo de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones y del Programa Nacional de Prevención y Control de VIH, SIDA y Tuberculosis.

Además, posee certificaciones internacionales en Soporte Vital Básico (BLS) y Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS).

En el ámbito académico, se desempeñó como docente de la Tecnología Superior en Enfermería de la PUCESE y actualmente forma parte del cuerpo docente de la carrera de Enfermería de la misma institución. Integra el Grupo de Investigación sobre Autocuidado, participando en proyectos con publicaciones en varias revistas. Asimismo, ha sido ponente en congresos y eventos académicos. Su trayectoria se caracteriza por el compromiso con la docencia, la investigación y el fortalecimiento de la salud pública.

Angulo-Alegría, Memi Victoria

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Sede Esmeraldas – Ecuador

memi.angulo@pucese.edu.ec

https://orcid.org/0000-0002-2224-7624



Licenciada en Enfermería y Diplomada en Docencia Universitaria por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas (PUCESE). Cuenta con una Maestría en Salud Familiar y Comunitaria por la Universidad Nacional de Loja.

Se ha desempeñado como docente en la Universidad Luis Vargas Torres durante el período 2009–2010, y desde el año 2011 hasta la actualidad forma parte del cuerpo docente de la PUCESE. En el año 2011 fue reconocida por el Colegio de Enfermeras de Esmeraldas por sus 15 años de ejercicio profesional.

Ha participado en la publicación de artículos de investigación científica en el área de la salud.

En el ámbito asistencial y administrativo, ha ejercido como líder de procesos administrativos de Enfermería en el Hospital Juan Carlos Guasti (1999–2003), así como en el Área de Salud de Rioverde (2003–2006). Posteriormente, se desempeñó como Líder de Procesos de Enfermería en el Hospital General Delfina Torres de Concha, en los servicios de Ginecología, Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Quemados (2006–2011). Asimismo, trabajó como enfermera asistencial en la Unidad de Hemodiálisis Renal Centro en el año 2011.

Restrepo-Lemache, Sandra Lisbeth

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Sede Esmeraldas – Ecuador

sandra.restrepo@pucese.edu.ec

https://orcid.org/0000-0003-2959-8766



Licenciada en Enfermería, Magíster en Salud Pública con mención en Atención Integral en Urgencias y Emergencias y Diplomada en Docencia Universitaria, con experiencia en los ámbitos asistencial, comunitario y académico. Su formación le ha permitido desarrollar competencias en la atención integral de pacientes, la gestión del cuidado de enfermería, la promoción y prevención de la salud, así como en la formación de talento humano en ciencias de la salud.

En el ámbito asistencial, ha prestado sus servicios en el Hospital Básico Esmeraldas, centros de salud y centros médicos, desempeñándose en diferentes áreas de atención y participando en procesos de valoración, intervención y seguimiento de pacientes en diversos niveles de complejidad, con especial énfasis en la atención de urgencias y emergencias.

En el campo de la docencia, ha participado en la formación de estudiantes universitarios mediante la planificación, ejecución y evaluación de procesos de enseñanza-aprendizaje, promoviendo una educación basada en la evidencia científica, el pensamiento crítico y el desarrollo de competencias profesionales.

Su trayectoria se caracteriza por el compromiso con la calidad de la atención, el trabajo interdisciplinario, la actualización continua y la aplicación de principios éticos y humanísticos en el ejercicio de la enfermería, contribuyendo al fortalecimiento de los servicios de salud y a la formación de profesionales comprometidos con el bienestar de la población.

González-Quiroz, Jessica Tatiana

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Sede Esmeraldas – Ecuador

jessica.gonzalez@pucese.edu.ec

https://orcid.org/0009-0004-7406-4389



Licenciada en Enfermería por la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Magíster en Salud Pública con mención en Atención Integral en Urgencias y Emergencias y Magíster en Educación por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas (PUCESE), actualmente cursando el Doctorado en Enfermería por la Universidad Nacional de Tumbes, Perú, Diplomado en Docencia Universitaria y Diplomado en Hemodiálisis.

Con más de 14 años de experiencia profesional en los ámbitos asistencial, docente e investigativo. En el área hospitalaria ha trabajado en los servicios de Medicina Interna, Emergencias, Cuidados Intensivos, Centro Quirúrgico y Pediatría. En atención primaria fue responsable del Club de Hipertensión arterial y Diabetes del Adulto Mayor. Además, posee experiencia en la atención directa de pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal y ejerció durante más de seis años como líder del Servicio de Hemodiálisis de Esmedial S.A.
Actualmente es docente a tiempo completo de la carrera de Enfermería de la PUCESE y ha participado como docente en la Maestría en Salud Pública de la misma institución. Además, integra el Grupo de Investigación sobre Autocuidado de la PUCESE, participando en proyectos científicos y en publicaciones que fortalecen la práctica basada en la evidencia y la formación de profesionales de la salud.

Gracia-Ortiz, Karina Elizabeth

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Sede Esmeraldas – Ecuador

karina.gracia@pucese.edu.ec

https://orcid.org/0000-0003-2301-6905



Licenciada en Enfermería y Magíster en Salud Pública con mención en Atención Integral en Urgencias y Emergencias por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Diplomada en Docencia Universitaria y Calidad Educativa. Actualmente cursa el tercer semestre del Doctorado en Enfermería en la Universida de Federal do Rio Grande do Sul Brasil.

Cuenta con experiencia profesional en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, donde se desempeñó como Líder de Enfermería, y posee certificación internacional en Primeros Auxilios, Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y Desfibrilador Externo Automático (DEA).

Es docente titular de la Carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas, desde 2022 se desempeña como docente del técnico superior en enfermería en el 2024 asume la Coordinación del Técnico Superior en Enfermería. Además, ha participado como docente de la Maestría en Salud Pública y de la Especialización en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria.

Forma parte del Grupo de Investigación sobre Autocuidado, participando en proyectos científicos y publicaciones académicas. Sus líneas de investigación se centran en la salud pública, la educación en enfermería, el autocuidado y el bienestar del personal de salud.

Su trayectoria refleja pasión por la docencia, la investigación, la innovación y la formación de profesionales comprometidos con el cuidado humanizado y la evidencia científica.

Recalde-Ardila, Katlin Dasiel

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Sede Esmeraldas – Ecuador

katlin.recalde@pucese.edu.ec

https://orcid.org/0000-0001-7966-6961



Licenciada en Enfermería, con experiencia profesional en los ámbitos asistencial, preventivo, educativo y de gestión. Su formación académica se ha fortalecido mediante una especialidad en Seguridad y Salud Ocupacional, orientada a la prevención de riesgos laborales, promoción de entornos seguros y protección de la salud de los trabajadores. Asimismo, cuenta con un diplomado en Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA), que ha contribuido al desarrollo de estrategias educativas inclusivas, flexibles y centradas en las necesidades de los estudiantes.

Actualmente se desempeña como docente en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas (PUCESE), donde participa activamente en procesos de formación académica, acompañamiento estudiantil y fortalecimiento de competencias profesionales. Su trayectoria se caracteriza por la integración de conocimientos propios de la enfermería con herramientas pedagógicas y de prevención, favoreciendo una formación integral y orientada a las necesidades actuales de los entornos educativos y de salud.

Su perfil profesional refleja un compromiso permanente con la actualización académica, la calidad educativa, la promoción de ambientes seguros y el desarrollo de procesos de enseñanza inclusivos, contribuyendo desde la docencia al fortalecimiento de la formación de futuros profesionales de la salud.

Prieto-Fuenmayor, Julia Rosa

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Sede Esmeraldas – Ecuador

julia.prieto@pucese.edu.ec

https://orcid.org/0000-0002-3125-7293



Licenciada en Enfermería (Facultad de Enfermería Arides Estevez de Holguín) Diplomado de Cuidados Intensivos (Hospital Vladimir Ilich Lenin) Máster en Urgencias y Emergencias en atención primaria de salud (Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba) Diplomado en docencia universitaria en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Esmeraldas (PUCESE) Enfermera asistencial en Unidad cuidados intensivos (UCI) de cardiología, Docente de enfermería en servicio de caumatología.

Enfermera en cuidado directo en UCI, Gineco en Clínica Nuclear Santa Cruz de la Sierra y Hospital de El torno en Bolivia. Enfermera de cuidado directo en Clínica del Riñón Stardial y Esmedial, Coordinadora de Enfermería del Centro de Salud Tipo C Las Palmas. Experiencia profesional 28 años. Actualmente, soy docente de la carrera de enfermería de la PUCESE. Ha participado en la publicación de artículos de investigación científica en el área de la salud.

Pupo-Suñol, Angel Eduardo

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Sede Esmeraldas – Ecuador

angel.pupo@pucese.edu.ec

https://orcid.org/0000-0003-2465-2575



Licenciado en Enfermería (Facultad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Dr. Zoilo Marinello), Maestría en Urgencias y Emergencias Médicas (Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey), Especialista en Enfermería de Urgencias y Emergencias (Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey).

Diplomado en docencia universitaria en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Esmeraldas (PUCESE). Experiencia profesional de más de 30 años laborando en la profesión de enfermería.

Enfermero asistencial de cuidado directo en Unidades de cuidados intensivos (UCI, UCIM, cardiología) en Cuba y Qatar.

Docente universitario a tiempo completo en la carrera de enfermería PUCE Esmeraldas. Actualmente Docente de la carrera de enfermería de la PUCE Esmeraldas. Coordinador de la carrera de enfermería por más de dos años. Ha participado en la publicación de artículos de investigación científica en el área de la salud.

Quiñones-Perlaza, Guadalupe

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Sede Esmeraldas – Ecuador

gquinonezp@pucese.edu.ec

https://orcid.org/0009-0008-3625-0294



Profesional de la salud con título de Licenciada en Enfermería y Magíster en Salud Pública, que complementa su trayectoria con una sólida preparación en el ámbito educativo. Cuenta con diplomados en Docencia Universitaria, Escritura Académica, Mentoría y acompañamiento en educación superior, y Diseño Universal para el Aprendizaje, demostrando un perfil integral orientado tanto al cuidado de la salud como a la excelencia académica.

Experiencia profesional 20 años de experiencia en los ámbitos: Asistencial (cuidado directo servicios de UCI, Quemados, Centro quirúrgico- obstétrico, emergencias, cirugía, consulta externa, clínica), Administrativo (coordinadora de enfermería, coordinadora de docencia y líder de servicios UCI-Quemados en el HDTC; líder de Consulta externa y responsable de control de IAAS, Estrategia multimodal de Higiene de manos en el Hospital Juan Carlos Guasti), Docente y de investigación (docente titular carrera de Enfermería, coordinadora de las maestrías en Salud Pública atención Integral en Urgencias y Emergencias, Maestría de Gestión del Cuidado, Especialidad médica de Pediatría, Especialidad Enfermería Familiar y Comunitaria PUCESE), Instructora en el SECAP aportando al fortalecimiento de la formación académica y al desarrollo de profesionales comprometidos con la salud y la sociedad.

Agradecimiento

Expresamos nuestro profundo agradecimiento a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas (PUCESE) por su valioso respaldo académico, institucional y formativo, que ha contribuido significativamente al desarrollo de esta obra.

Reconocemos especialmente el compromiso de sus autoridades, docentes y comunidad universitaria con la excelencia educativa, la investigación y la formación integral de profesionales de enfermería orientados al servicio humano, la ética y la responsabilidad social.

Su apoyo y confianza fortalecen el propósito de promover el conocimiento científico y humanístico en el campo de la enfermería, consolidando la educación superior como motor de transformación social.



Dedicatoria

Dedicamos esta obra a quienes han hecho del cuidado una vocación y un compromiso con la vida: a las enfermeras y enfermeros que, con ciencia, sensibilidad y entrega, dignifican cada día la profesión.

A nuestros docentes y mentores, por sembrar en nosotros el amor por el conocimiento y la responsabilidad ética del cuidado humano.

A los estudiantes de enfermería, presentes y futuros, para que encuentren en estas páginas inspiración, fundamento y guía en su formación profesional.

Y, de manera especial, a los pacientes y sus familias, razón esencial de la enfermería, cuya confianza y experiencia dan sentido al arte y la ciencia del cuidar.

Los autores

Índice

Reseña de Autores vii
Agradecimiento xvii
Dedicatoria xviii
Índice xix
Índice de Tablas xxvi
Índice de Figuras xxvii
Prólogo xxviii
Introducción xxx
Capítulo I: Introducción a la enfermería: Historia, evolución, rol del profesional de enfermería 2
1.1. Orígenes de la enfermería: desde la antigüedad hasta la modernidad 2
1.2. Etapas de evolución histórica de la enfermería 10
1.3. Influencia de la guerra, religión y movimientos sociales en la enfermería 11
1.4. Los nuevos retos de la profesión de enfermería, constituye un enfoque integrador 14
1.5. Enfermería como disciplina científica y profesión 16
1.6. Enfermería como profesión y práctica 17
1.7. Rol del profesional de enfermería en el contexto actual 17
Glosario 29
Banco de preguntas 31
Referencias Bibliográficas 34
Capítulo II: Teorías y Modelos de Enfermería: Principales modelos y teorías.. 37
2.1. Introducción 37
2.2. Teorías Y Modelos De Enfermería 38

2.3. Importancia para el profesional de enfermería:.....38
2.4. Principales Teorías De Enfermería 39
Glosario 58
Banco de preguntas 60
Referencias Bibliográficas.....63
Capítulo III: Bases Conceptuales del PAE.....66
3.1. Introducción 66
3.1.1. Propósito del capítulo:.....66
3.1.2. Características del Proceso de Atención de Enfermería: 66
3.1.3. Importancia del proceso de atención de enfermería:.....68
3.2. Principales características del Proceso de Atención de Enfermería ..69
3.3. Objetivos del PAE en Enfermería.....70
3.4. Contexto histórico: 71
3.5. Definición del Proceso de Atención de Enfermería.....73
3.6. Concepto general 74
3.7. Etapas del proceso de atención de enfermería.....75
3.8. Importancia de la atención holística 76
3.9. Teorías y Modelos que Fundamentan el Proceso de Atención de Enfermería 77
Banco de preguntas 78
Referencias Bibliográficas.....81
Capítulo IV: Etapas del PAE: (Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación).....84
4.1. Introducción al proceso de atención de enfermería (PAE) 84
4.2. Etapas del proceso de atención de enfermería.....84
4.2.1. Valoración.....84
4.3. Obtención y Recolección de Datos en Enfermería 85
4.3.1. Tipos de datos 85

4.4. Métodos y Técnicas para la Recolección de Datos 86
4.4.1. Observación 86
4.4.2. Entrevista 87
4.5. Exploración física 89
4.6. La exploración física es general y específica 90
4.6.1. Exploración física general 90
4.6.2. Condición general 90
4.6.3. Medidas antropométricas 91
4.6.4. Biotipo 91
4.6.5. Postura corporal 91
4.6.6. Motricidad y marcha 92
4.6.7. Expresión facial 92
4.6.8. Superficie corporal 92
4.6.9. Estado mental 93
4.6.10. Exploración física específica 93
4.6.11. Cabeza y Cara 93
4.6.12. Cuello 94
4.6.13. Tórax y Sistema Respiratorio 94
4.6.14. Abdomen 95
4.6.15. Genitales y Extremidades 95
4.6.16. Nervios Craneales 95
4.7. Organización y Validación de Datos 98
4.8. Importancia de las Competencias del Profesional de Enfermería 98
4.8.1. La recolección de datos requiere que el profesional posea: 99
4.8.2. Consideraciones Finales 99
4.8.3. Diagnóstico de enfermería 99
4.9. Planificación de los cuidados de enfermería 103

4.10. Ejecución 105
4.11. Evaluación 106
Glosario 107
Referencias Bibliográficas 112
Capítulo V: Historia y Aplicación del Modelo NANDA-NOC-NIC en el Proceso de Atención de Enfermería. Los ejes de la taxonomía NANDA II - Clasificación NOC -Clasificación NIC - Taxonomía NNN 114
Introducción 114
5.1. Historia y aplicación del modelo Nanda-Noc-Nic en el proceso de atención de enfermería 115
5.2. Integración de los ejes de la Taxonomía NANDA, NIC, NOC 116
5.3. Taxonomía NANDA II 117
5.4. Estructura y principios del modelo NANDA- NOC- NIC 118
5.4.1. NANDA-I (Diagnóstico) 118
5.4.2. NOC (Resultado) 119
5.5. El sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería) 120
5.6. Importancia del lenguaje estandarizado en la enfermería 123
5.7. Sistemas de clasificación enfermeros 124
5.8. Integración del modelo en el PAE 125
5.9. Relación entre diagnóstico, resultado e intervención 126
5.10. Impacto del modelo en la calidad del cuidado enfermero 129
5.11. NANDA-NOC-NIC como herramienta de gestión, docencia e investigación 130
5.11.1. En docencia: 130
5.11.2. En investigación: 130
Banco de preguntas 131
Referencias Bibliográficas 134

Capítulo VI: Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y necesidades de Virginia Henderson. 137
Introducción 137
6.1. Antecedentes históricos y evolución de los modelos 137
6.2. Modelo de las necesidades básicas de Virginia Henderson 138
6.3. Aplicabilidad del Modelo de Gordon en la práctica clínica 138
6.4. Aplicabilidad del Modelo de Henderson en la práctica clínica 139
6.5. Integración de ambos modelos en la práctica clínica actual 139
6.6. Conclusión 140
Banco de Pregunta 143
Referencias Bibliográficas 146
Capítulo VII: Diagnósticos de enfermería con Nomenclatura NANDA y Plan de Cuidados. 148
7.1. Diagnóstico de Enfermería: 148
Formulación del diagnóstico enfermero según NANDA-I 151
7.1.1 Definición y marco conceptual 153
7.1.2. Importancia en atención primaria 154
7.1.3. Estructura de la taxonomía NANDA-I 156
7.2. Aplicación en atención primaria 158
7.3. Tipos de diagnósticos 159
7.4. Aplicación en modelos de atención centrada en la persona 161
7.1.5. Competencia diagnóstica y formación continua 162
7.5. Evidencia del impacto de la formación en lenguaje estandarizado: . 163
7.6. Componentes del diagnóstico: problema, etiología, signos y síntomas (formato PES) 165
7.7. Problema (P): la etiqueta diagnóstica 166
7.8. Clasificación por dominios y clases 168
7.9. Aplicación en atención primaria: 169

7.10. Etiología (E): los factores relacionados 169
7.11. Qué no debe incluirse como etiología 171
7.12. Aplicación práctica y valor clínico 171
7.13. Implicancias éticas, legales y comunicacionales: 172
7.14. Signos y síntomas (S): características definitorias 172
7.15. Ejemplos frecuentes de signos y síntomas: 173
7.16. Ejemplo completo en formato PES: 173
7.17. Valor en la práctica clínica 174
7.18. Ejemplo práctico en atención primaria 175
7.19. Caso clínico 175
Glosario 179
Banco de Preguntas 180
Referencias Bibliográficas 183
Capítulo VIII: Plan de atención de Enfermería, registro SOAPIE. 190
Introducción 190
8.1. Reportes De Enfermería- SOAPIE 190
8.1.1. Objetivos 190
8.1.2. Niveles de atención 191
8.1.3. Niveles de complejidad 191
8.1.4. Recursos humanos: 191
8.1.5. Material y equipo: 191
8.2. SOAPIE 191
8.3. Aplicación en la Práctica Clínica 192
8.4. Esquema de registro de enfermería 192
8.5. Ejemplo del registro de enfermería: 192
Glosario 194
Banco de preguntas 195

Referencias Bibliográficas 198
Respuestas Capítulo I 200
Respuestas Capítulo II 202
Respuestas Capítulo III 204
Respuesta Capítulo IV 206
Respuestas Capítulo V 208
Respuestas Capítulo VI 211
Respuestas capítulo VII 214
Respuestas Capítulo VIII 216
Referencias Bibliográficas 218

Índice de Tablas

Tabla 1 Origen de la enfermería 8
Tabla 2 Estructura de la Taxonomía NOC 119
Tabla 3 Ejemplo de estructura 120
Tabla 4 Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 121
Tabla 5 Integración del PAE 128
Tabla 6 Comparación de los modelos de valoración enfermería 142
Tabla 7 Tipos de diagnósticos enfermeros según NANDA-I 186
Tabla 8 Plan De Cuidados De Enfermería 188
Tabla 9 Esquema de registro 192

Índice de Figuras

Figura 1 El proceso de profesionalización de la enfermería en el siglo XIX 4
Figura 2 Representación histórica del cuidado humano en civilizaciones primitivas. 5
Figura 3 Labor de enfermería en una cirugía en el hospital Johns Hopkins 9
Figura 4 La labor de atención sanitaria y cuidado humanitario 13
Figura 5 Ámbitos de desempeño y formación del personal de enfermería 16
Figura 6 La colaboración profesional y el trabajo en equipo 23
Figura 7 Simulación clínica en enfermería 26
Figura 8 Florence Nightingale – Teoría del Entorno 40
Figura 9 Condiciones Ambientales que Promueven el Bienestar del Paciente 42
Figura 10 Virginia Henderson – Teoría de las Necesidades Humanas 43
Figura 11 Dorothea Orem – Teoría del Autocuidado 47
Figura 12 La teoría se estructura en tres conceptos principales 48
Figura 13 Marjory Gordon – Teoría de los patrones funcionales 49
Figura 14 Jean Watson – Teoría del Cuidado Humano 51
Figura 15 Imogene Martina King – Teoría del Alcance de Metas 53
Figura 16 Madeleine Leininger – Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural 55
Figura 17 Características del PAE 67
Figura 18 Evolución histórica del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). . 73
Figura 19 Fases del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). 76
Figura 20 NANDA, NIC, NOC 115
Figura 21 Integración del modelo NANDA-NIC-NOC en el Proceso de Atención de Enfermería. 122
Figura 22 Integración del Proceso de Atención de Enfermería con las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC 126
Figura 23 Diagnóstico de enfermería 148

Prólogo

La enfermería constituye una de las profesiones más esenciales para el cuidado de la vida, la promoción de la salud y la atención integral de las personas, familias y comunidades. A lo largo del tiempo, esta disciplina ha evolucionado desde prácticas empíricas basadas en el cuidado humano y la vocación de servicio, hasta consolidarse como un campo científico sustentado en teorías, modelos conceptuales, evidencia investigativa y metodologías sistemáticas de intervención.

La obra *Fundamentos de la Enfermería: Ciencia, Historia y Arte del Cuidado* surge con el propósito de ofrecer una visión integral de la profesión, articulando su dimensión histórica, científica, ética y humanista. Este libro reconoce que la enfermería no solo implica conocimientos técnicos y clínicos, sino también sensibilidad, pensamiento crítico, compromiso social y una profunda comprensión del ser humano en su contexto biológico, psicológico, social y cultural.

En sus páginas se integran los fundamentos teóricos que han dado forma al pensamiento enfermero, la evolución del rol profesional dentro de los sistemas de salud y la importancia de los lenguajes estandarizados y del Proceso de Atención de Enfermería como herramientas que garantizan una práctica organizada, segura y centrada en el paciente. Asimismo, se resalta el valor de la valoración integral, el juicio clínico, la planificación del cuidado y la documentación sistemática como elementos que fortalecen la autonomía profesional y la calidad de la atención.

Este texto ha sido concebido como un recurso académico y formativo para estudiantes, docentes y profesionales de enfermería, orientado a facilitar el aprendizaje, la reflexión crítica y la aplicación práctica del conocimiento disciplinar. Su enfoque busca contribuir a la formación de profesionales capaces de brindar cuidados humanizados, fundamentados en la evidencia científica y comprometidos con la mejora continua de los servicios de salud.

Los autores expresan su reconocimiento a las instituciones académicas, docentes, investigadores y estudiantes que, con su esfuerzo y vocación,

continúan fortaleciendo el desarrollo de la enfermería. Del mismo modo, esta obra se inspira en quienes ejercen el cuidado día a día, convirtiendo la ciencia, la historia y el arte del cuidado en una práctica viva al servicio de la sociedad.

Con la esperanza de que este libro contribuya al crecimiento profesional y humano de sus lectores, se presenta este trabajo como una invitación a comprender la enfermería no solo como una profesión, sino como una disciplina científica y un compromiso ético con la vida.

Introducción

La enfermería es una disciplina científica, humanística y social centrada en el cuidado integral de la persona, familia y comunidad. Su práctica comprende la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación. Para responder a estas funciones, el profesional integra conocimientos científicos, habilidades técnicas, razonamiento clínico, principios éticos y respeto por las necesidades particulares de cada persona.

A lo largo de la historia, el cuidado evolucionó desde prácticas empíricas, domésticas y religiosas hasta consolidarse como una profesión con conocimientos, métodos y responsabilidades propias. Los aportes de Florence Nightingale y de las principales teóricas de enfermería permitieron organizar la atención, fortalecer la formación académica y desarrollar modelos orientados al entorno, la independencia, el autocuidado y la relación terapéutica.

Este libro presenta los fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de la enfermería. Examina las teorías y los modelos que sustentan la práctica y desarrolla el Proceso de Atención de Enfermería como método para valorar necesidades, formular diagnósticos, planificar y ejecutar intervenciones, y evaluar los resultados del cuidado. También estudia los patrones funcionales de Marjory Gordon y las necesidades básicas de Virginia Henderson como marcos para realizar una valoración integral.

La obra aborda las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC, la formulación diagnóstica mediante la estructura PES y la elaboración de planes de cuidados individualizados. Además, explica el registro SOAPIE como herramienta para documentar la evolución del paciente, las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos. Los contenidos se complementan con ejemplos clínicos, tablas, figuras, glosarios y bancos de preguntas que facilitan la relación entre teoría y práctica.

En conjunto, el texto ofrece una base para comprender la evolución, la identidad y el campo de actuación de la enfermería. Su propósito es apoyar la formación y el ejercicio profesional mediante un cuidado organizado, ético, humanizado y centrado en las necesidades de la persona.



Capitulo I:

Introducción a la enfermería: Historia, evolución, rol del profesional de enfermería

Capítulo I: Introducción a la enfermería: Historia, evolución, rol del profesional de enfermería

1.1. Orígenes de la enfermería: desde la antigüedad hasta la modernidad

La definición de enfermería que se presenta en este documento se expresa en forma de un núcleo sustentado por características definitorias que permiten comprender su naturaleza científica, humanística y social. Entre estas características se destacan:

- ✓ Cuidado Integral de la Persona: la enfermería se orienta a la atención del ser humano en todas sus dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural y espiritual, considerando su contexto familiar y comunitario
- ✓ fundamentación científica y técnica, se sustenta en conocimientos provenientes de las ciencias de la salud, ciencias sociales y teorías propias de enfermería, aplicados mediante el proceso de atención de enfermería (PAE).
- ✓ Enfoque humanista y ético: Prioriza la dignidad humana, el resto por la vida, la confidencialidad, la empatía y el compromiso moral con el bienestar del paciente.
- ✓ Promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud: participa activamente en todos los niveles de atención desde la promoción de estilos de vida saludables hasta el cuidado en procesos de enfermedad y rehabilitación.
- ✓ Autonomía profesional y trabajo interdisciplinario: la enfermería ejerce funciones propias dentro del equipo de salud, contribuyendo a la toma de decisiones clínicas y al cuidado coordinado.
- ✓ orientación educativa y comunicacional: Desarrolla acciones de educación para la salud dirigidas al paciente, familia y comunidad, fomentando el autocuidado y la corresponsabilidad en salud.
- ✓ Compromiso social y comunitario: responde a las necesidades sanitarias de la población y contribuye al desarrollo de sistemas de salud equitativos y sostenibles.

- ✓ Adaptabilidad y evolución profesional: la enfermería evoluciona conforme a los avances científicos y tecnológicos, así como a las transformaciones sociales y sanitarias.

La enfermería debe comprenderse como un todo integrado, aunque algunos de sus elementos también están presentes en otras profesiones de la salud, lo que realmente distingue la manera en que estos componentes se articulan entre sí para brindar un cuidado único. Esta disciplina abarca una amplia diversidad de acciones, orientadas tanto al cuidado de personas sanas como de quienes enfrentan procesos de enfermedad, así como a la atención de individuos, familias y comunidades. En esencia, la definición refleja el corazón de la enfermería, un núcleo que se mantiene firme y vigente a lo largo del tiempo, más allá de los cambios en los contextos sociales y sanitarios.

La labor de enfermería corresponde a una de las actividades más antiguas de la humanidad, posee un componente humanitario, asistencial que trasciende; cubriendo las necesidades del ser humano. La Enfermería ha experimentado cambios enérgicos, influenciada por la sociedad, y enfrenta desafíos constantes en torno a la autonomía y la profesionalización.

La historia de la enfermería ha ejercido una gran influencia sobre la vida de las personas, en virtud de las grandes transformaciones a lo largo del tiempo. Estos cambios vertiginosos han contribuido a consolidar y fortalecer la profesión dentro del sistema sanitario, posicionándola como un pilar fundamental en la atención integral de la salud. De esta manera, la enfermería ha evolucionado desde practicas empíricas y vocacionales hacia una disciplina científica, humanista y técnica, con un rol estratégico en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la recuperación y la rehabilitación de los pacientes, así como el desarrollo de policías y modelos de atención centrados en la persona, la familia y la comunidad.

Figura 1.

El proceso de profesionalización de la enfermería en el siglo XIX



Nota: Esta obra ilustra el proceso de profesionalización de la enfermería en el siglo XIX, impulsado por Florence Nightingale, considerada precursora de la enfermería moderna y promotora del cuidado basado en evidencia, higiene hospitalaria y organización del cuidado sanitario **Fuente:** Barrett J. Florence Nightingale Receiving the Wounded at Scutari. 1857. Oil on canvas. National Portrait Gallery, London

El desarrollo histórico de la enfermería ha estado profundamente influenciado por diversos factores determinantes, entre los que se destacan las creencias religiosas, roles y construcciones de género, el impacto de los contextos militares y la estrecha vinculación con la práctica médica. Estos factores han contribuido colectivamente al desarrollo de la profesión y a la percepción social.

Diferentes factores sociales y fenómenos poblacionales han influenciado la evolución del cuidado. En la estructura familiar se incorpora a la mujer al mundo laboral, originando la necesidad de profesionalizar el cuidado. Es a partir de Florence Nightingale que surge la enfermería como profesión, la que resalta la importancia de la formación de aquellas personas que proporcionaban cuidados. Posteriormente, los aportes de diversas teoristas, desde un enfoque científico, contribuyeron a consolidar la enfermería como una disciplina científica, estructurada sobre un cuerpo de conocimientos propios, teorías específicas y fundamentos metodológicos que orientan la práctica profesional, la investigación y la formación académica.

Desde sus orígenes, el ser humano ha sido un ser orientado al cuidado, interviniendo en las civilizaciones con una profunda connotación espiritual y simbólica, lo que implicaba la necesidad de interpretar el proceso salud-enfermedad. El acto de brindar cuidados era considerado una condición innata; sin embargo, su práctica dependía de las creencias causales predominantes, ya fuera que la enfermedad se interpretara como un castigo divino o como una condición adquirida del entorno. En función de estas concepciones, en algunos contextos las personas enfermas podían ser aisladas o abandonadas, aunque persistían formas indirectas de cuidado y acompañamiento.

En este escenario, la figura que históricamente asumió un rol protagónico en el cuidado fue la mujer, y la actividad que demandaba mayor participación correspondía al ejercicio de la función de matrona, vinculada principalmente al cuidado de la vida, la reproducción y la asistencia en el nacimiento. Así mismo, el cuidado se apoyaba en el uso del entorno y de los recursos naturales disponibles para las aplicaciones y procedimientos orientados al bienestar y a la recuperación del enfermo.

Figura 2.

*Representación histórica del cuidado humano en civilizaciones primitivas**.***



Nota: Basada en la representación histórica del cuidado humano en civilizaciones primitivas.
Fuente: Imagen generada mediante inteligencia artificial con fines ilustrativos, OpenAI, 2026.

En este sentido, no todo el cuidado relacionado con la salud es realizado exclusivamente por profesionales de la enfermería que demuestren sus

competencias, de manera similar a lo que ocurre en otras disciplinas, no todas las actividades vinculadas al cuidado son ejecutadas bajo estándares profesionales especializados. Si bien los cuidados familiares, informales u otros actores que participan en el acompañamiento de las personas aportan un apoyo significativo e invaluable, su intervención difiere sustancialmente del cuidado proporcionado por la enfermera profesional, cuya práctica se fundamenta en conocimientos científicos, competencias técnicas y principios éticos que garantizan la seguridad y calidad de la atención.

Esta diferenciación constituye la base fundamental de la relación de confianza entre la profesión de enfermería y la sociedad que sirve, así como entre el profesional y el paciente, hacia quien se mantiene un deber ético y legal de cuidado. En este sentido, la profesión debe comunicar con claridad el alcance de los servicios que ofrece, manteniéndose sensible y receptiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades que atiende.

Los pacientes tienen la necesidad y el derecho de conocer qué pueden esperar de una enfermera titulada, cuáles son las competencias que distinguen su práctica profesional, y qué aspectos del cuidado no pueden ser sustituidos por otros actores no profesionales. En ausencia de esta claridad, existe el riesgo de que los estereotipos sociales, las percepciones mediáticas o las interpretaciones administrativas definan de manera inadecuada el rol de la enfermería, generando distorsiones sobre su verdadera contribución al sistema de salud.

En este marco de ideas, se ha desarrollado un recorrido histórico con un enfoque religioso, cultural y antropológico, que permite comprender el origen de la enfermería desde su esencia natural de cuidado. Este análisis resulta fundamental para aclarar la evolución de las distintas fases históricas de la profesional, las cuales han estado determinadas por las concepciones sociales, espirituales, científicas y culturales de cada época. La religión, en la historia de la enfermería, mantuvo una estrecha relación con las organizaciones religiosas y caritativas, donde el cuidado era concebido como un deber espiritual y moral. Esta vinculación promovió una ética basada en la compasión, el servicio y la entrega hacia los más vulnerables, evidenciados en el trabajo desarrollado por

órdenes religiosas, particularmente las congregaciones católicas de finales del siglo XIX y principios del siglo XX que incorporaban la espiritualidad como parte esencial del cuidado integral del paciente.

La siguiente tabla muestra el recorrido histórico del origen de la enfermería.

Tabla 1.

Origen de la enfermería

Etapas	Contexto Histórico	Base del Cuidado	Características del Cuidado	Actores Principales	Aportes a la enfermería moderna
Etapa Primitiva o Instintiva	Sociedades antiguas y tribales	Supervivencia y protección del grupo	Cuidado empírico, uso de plantas medicinales, rituales espirituales	Mujeres, curanderos, líderes espirituales	Origen del cuidado como necesidad humana natural
Etapa Religiosa Caritativa	Edad Media consolidación de religiones organizadas	Deber espiritual y moral	Cuidado basado en compasión, caridad, asistencia a pobres y enfermos	Órdenes religiosas, monjas, instituciones caritativas	Desarrollo de valores éticos del cuidado y organización del servicio
Etapa Preprofesional	Siglos XVII – XIX	Asistencia hospitalaria básica	Atención empírica en hospitales, escasa formación formal	Personal sin formación científica específica	Transición hacia la organización hospitalaria
Etapa Profesional Moderna	Siglo XIX; influencia de Florence Nightingale	Cuidado basado en observación y ciencia	Higiene, control ambiental, registro clínico, organización hospitalaria	Enfermeras formadas, escuelas de enfermería	Nacimiento de la enfermería como profesión científica
Etapa Científica Disciplinar	Siglo XX	Desarrollo del conocimiento propio	Teorías de enfermería, investigación científica, formación universitaria	Teóricas de enfermería, universidades, centros de investigación	Consolidación de la enfermería como disciplina científica
Etapa Contemporánea Integral	Siglo XXI	Atención integral centrada en la persona	Tecnología en salud, investigación, gestión, salud comunitaria	Profesionales de enfermería especializados	Rol estratégico en sistemas de salud y políticas públicas

Nota: Este recorrido histórico evidencia que la enfermería no surge únicamente como una práctica técnica, sino como una expresión social, cultural, espiritual y científica del cuidado humano, evolucionando progresivamente hasta consolidarse como una disciplina autónoma dentro de las ciencias de la salud.
Fuente: Elaboración propia con base en Donahue (1988), Siles (1999), Nightingale (1860), ICN (2021) y OMS (2020

De esta manera se evidencia (ver figura 3) que el proceso de transición de la enfermería desde una práctica asistencial empírica hacia una función altamente especializada y científicamente fundamentada dentro del sistema sanitario, destaca la participación activa del personal de enfermería en escenarios quirúrgicos lo cual refleja el desarrollo de competencias técnicas, organizativas y éticas, que fortalecieron la confianza social en la profesional y contribuyeron a la reducción de riesgos clínicos, por tanto, este avance histórico sentó las bases para la formación académica formal, la especialización y el reconocimiento de la enfermería como una disciplina indispensable en la atención integral de la salud.

Figura 3.

Labor de enfermería en una cirugía en el hospital Johns Hopkins



Labor de enfermería en una cirugía en el Hospital Johns Hopkins, Baltimore, 1920

Fuente: U.S. National Libvary of Medicine

***Nota*:** Labor de Enfermería en una cirugía en el hospital Johns Hopkins, Baltimore,1920. **Fuente:** U.S. National Libvary of Medicine

La imagen evidencia el proceso de transición de la enfermería desde una práctica asistencial empírica hacia una función altamente especializada y científicamente fundamentada dentro del sistema sanitario. La participación activa del personal de enfermería en escenarios quirúrgicos refleja el desarrollo de competencias técnicas, organizativas y éticas, que fortalecieron la confianza

social en la profesión y contribuyeron a la reducción de riesgos clínicos. Este avance histórico sentó las bases para la formación académica formal, la especialización y el reconocimiento de la enfermería como una disciplina indispensable en la atención integral de la salud.

Históricamente, la enfermería ha estado mayoritariamente vinculada a la participación femenina, situación que ha incidido en la manera en que la sociedad ha interpretado y valorado su ejercicio profesional, de esta manera, en muchos contextos, esta asociación con las labores de cuidado tradicionalmente asignadas al ámbito doméstico genera visiones limitadas sobre la complejidad del rol del enfermero o de la enfermera. Sin embargo, esta misma realidad también impulsó procesos de transformación social y profesional, que favorecieron el posicionamiento de la mujer dentro del ámbito sanitario, así como la búsqueda del reconocimiento académico, científico y laboral de la profesión.

Paralelamente, la relación entre la enfermería y la medicina ha experimentado una evolución significativa, transitando desde modelos jerárquicos hacia esquemas de trabajo interdisciplinario y cooperación profesional. En la actualidad, la enfermería fortalece su identidad disciplinar mediante su participación activa en la educación del paciente, la promoción del autocuidado y la aplicación de intervenciones terapéuticas no farmacológicas, consolidándose como una disciplina autónoma, esencial e insustituible dentro del sistema integral de atención en salud.

1.2. Etapas de evolución histórica de la enfermería

La evolución histórica de la asistencia de enfermería: da una explicación abstracta del desarrollo histórico de la asistencia de enfermería, centrándose en tres momentos fundamentales que dieron forma a la profesión. También aborda las tendencias contemporáneas en la estandarización del lenguaje de enfermería. Es relevante rastrear la evolución histórica de la asistencia de enfermería a través de tres momentos históricos clave que han influido significativamente en el desarrollo de la profesión de enfermería.

El surgimiento de la enfermería moderna representa un hito histórico determinante en la consolidación de la profesión, destacándose de manera especial las contribuciones de Florence Nightingale, quien impulsó la organización del cuidado bajo principios científicos, ambientales y estadísticos. En este contexto, el desarrollo de las teorías de enfermería permitió estructurar y sistematizar el conocimiento disciplinar, aportando modelos conceptuales que fortalecieron las bases científicas de la profesión y orientaron la práctica asistencial, la investigación y la formación académica.

En la actualidad, la enfermería avanza hacia la unificación y organización de su lenguaje profesional, promoviendo el uso de sistemas estructurados que permiten identificar necesidades de cuidado, planificar acciones y evaluar resultados de manera sistemática. Este enfoque integra herramientas que facilitan la formulación de diagnósticos de enfermería, la planificación de intervenciones orientadas al cuidado y la valoración de los resultados obtenidos en los pacientes, fortaleciendo así la comunicación profesional, la calidad de la atención y la continuidad del cuidado dentro de los servicios de salud.

1.3. Influencia de la guerra, religión y movimientos sociales en la enfermería

Los conflictos bélicos han constituido escenarios determinantes en el desarrollo y transformación de la enfermería, actuando como impulsores de su evolución profesional. En este contexto, la influencia del ámbito militar demandó la estructuración de sistemas organizados de atención sanitaria, así como el fortalecimiento de procesos formativos más sistemáticos y especializados para el personal de enfermería, orientado a responder de manera eficiente a las necesidades de cuidado en situaciones de emergencia y alta complejidad.

Las experiencias adquiridas durante los conflictos han sentado las bases para las prácticas modernas de enfermería en casos de desastre y de emergencias.

Desde su inicio la enfermería ha estado históricamente influenciada por tres grandes factores: la guerra, la religión y los movimientos sociales, los cuales han moldeado su evolución, su rol profesional y su proyección social. Estos

elementos han contribuido a consolidar la enfermería como una disciplina científica y humanística, con un fuerte compromiso ético y social.

Influencia de las guerras mundiales, especialmente la Primera y Segunda Guerra Mundial, fueron momentos cruciales para el desarrollo de la enfermería. Durante estos conflictos, la alta demanda de atención médica urgente y masiva impulsó la profesionalización y especialización de los enfermeros. La necesidad de cuidados en condiciones extremas promovió avances en técnicas clínicas, organización sanitaria y formación acelerada de personal (World Health Organización, 2020).

Además, las guerras fomentaron la creación y expansión de instituciones como la Cruz Roja, que jugaron un papel decisivo en la promoción de la enfermería de salud pública y comunitaria en América Latina y el mundo. Diversos acontecimientos históricos han permitido evidenciar la relevancia del cuidado humanizado y del ejercicio ético del personal de enfermería, particularmente en contextos de crisis sanitarias, conflictos sociales y emergencias colectivas. Estas experiencias contribuyeron al reconocimiento progresivo de la enfermería como un componente esencial dentro de los sistemas de salud, debido a su papel en la continuidad del cuidado, la protección de la dignidad humana y la seguridad del paciente, aspectos ampliamente documentados en la literatura científica y en los análisis históricos de la profesión.

La influencia de la religión fue determinante en el origen y desarrollo temprano de la enfermería. Desde sus inicios, esta práctica estuvo estrechamente vinculada a organizaciones religiosas y caritativas, donde la asistencia a los enfermos era concebida como un deber espiritual y una expresión de compasión, especialmente durante la Edad Media y hasta inicios del siglo XX (Donahue, 1988; Siles González, 1999).

Las órdenes religiosas católicas y otras congregaciones promovieron la creación de hospitales y asilos, y fueron las principales responsables de la atención sanitaria en muchas comunidades. Esta relación con la espiritualidad fomentó una ética de servicio y dedicación que permanece como un valor central en la

profesión. La dimensión espiritual del cuidado contribuyó a humanizar la atención y a reconocer al paciente en su integridad física, emocional y social.

Influencia de los movimientos sociales, han sido motores de cambio para la enfermería, especialmente en la lucha por el reconocimiento profesional, mejores condiciones laborales y la incorporación de la perspectiva de género. En Latinoamérica y Europa, las movilizaciones de enfermeros han impulsado reformas educativas, la unificación de colegios profesionales y la inclusión de la enfermería en el ámbito universitario. Asimismo, la vinculación con movimientos feministas ha puesto en evidencia la importancia del trabajo de cuidado, tradicionalmente feminizada y poco valorada, y ha promovido la visibilización de las problemáticas de salud de las mujeres y la equidad en el sistema sanitario. Más recientemente, las protestas sociales durante la pandemia han evidenciado la precariedad laboral y la necesidad de reconocimiento y dignificación del rol enfermero.

En conjunto, la guerra, la religión y los movimientos sociales han sido fuerzas complementarias que han impulsado la evolución de la enfermería desde una labor asistencial caritativa hasta una profesión científica, ética y socialmente comprometida. Esta historia de lucha y transformación continúa inspirando a los profesionales de enfermería a ser agentes activos de cambio en la salud global.

Figura 4.

La labor de atención sanitaria y cuidado humanitario



Nota: La fotografía ilustra la labor de atención sanitaria y cuidado humanitario brindado por personal de salud en contextos de asistencia comunitaria. **Fuente:** Imagen de archivo fotográfico de uso educativo, procedente de un banco de imágenes en línea.

1.4. Los nuevos retos de la profesión de enfermería, constituye un enfoque integrador

En el ejercicio profesional de la enfermería, el paciente ocupa un lugar primordial y es el eje alrededor del cual gira toda la labor asistencial. Dependiendo del contexto en el que se desarrolle la práctica, los pacientes pueden ser individuos, núcleos familiares o incluso comunidades enteras. Por ejemplo, en un hospital urbano, la atención puede centrarse en pacientes con enfermedades crónicas como diabetes o insuficiencia cardíaca, mientras que, en un entorno rural, la enfermera puede trabajar con familias y comunidades para promover la salud preventiva y el acceso a servicios básicos. Esta diversidad implica que los pacientes presentan una amplia gama de necesidades sanitarias, conocimientos previos sobre su salud, experiencias personales, vulnerabilidades específicas y expectativas particulares. Esta complejidad es, a la vez, un desafío y una fuente de satisfacción profesional, pues la capacidad de marcar una diferencia significativa en la vida de cada paciente constituye una de las mayores recompensas de esta profesión.

La enfermería no se limita a la ejecución de técnicas o procedimientos específicos; es una profesión que exige un compromiso integral con el bienestar del paciente. Aunque no existe una definición única que distinga de manera absoluta un trabajo de una profesión, la diferencia radica en la forma en que se ejerce y en la responsabilidad ética y científica que conlleva. Por ejemplo, un enfermero que administra medicamentos no solo debe conocer las dosis y efectos secundarios, sino también evaluar la respuesta del paciente, identificar posibles interacciones y adaptar el plan de cuidados según las circunstancias. Para ejercer con profesionalidad, el enfermero debe aplicar el pensamiento crítico y la toma de decisiones basadas en evidencia científica, garantizando una atención segura, prudente y fundamentada en el conocimiento actualizado. Además, esta responsabilidad implica rendir cuentas no solo ante los pacientes, sino también ante la sociedad y los colegas de profesión.

La enfermería ofrece un amplio abanico de oportunidades profesionales que van más allá de la práctica clínica directa. Estas incluyen la docencia, donde se

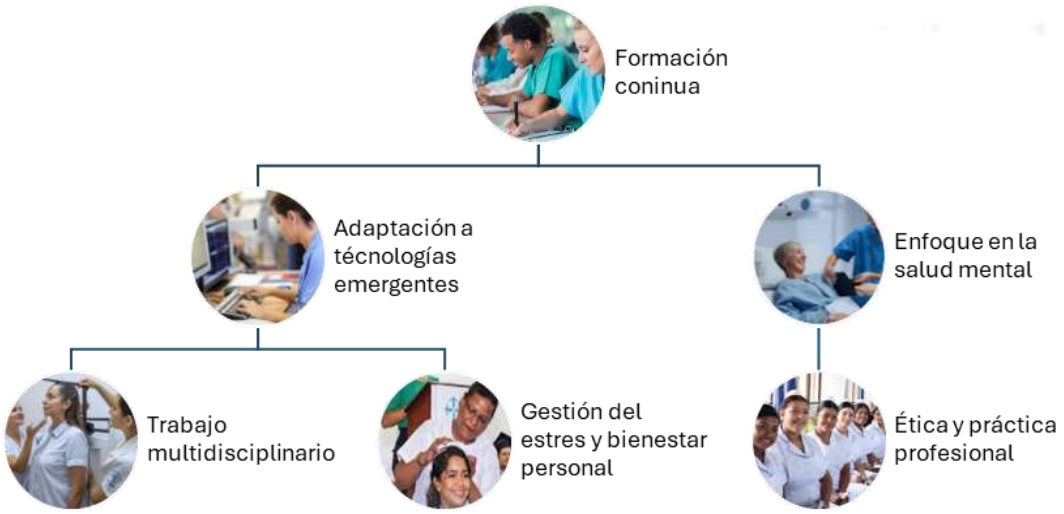
forman nuevas generaciones de profesionales; la investigación, que contribuye al avance del conocimiento y la mejora de las prácticas; la gestión y administración de servicios sanitarios, que optimizan los recursos y la calidad asistencial; e incluso el emprendimiento, como la creación de empresas o proyectos innovadores en salud. Por ello, es fundamental que los estudiantes de enfermería comprendan el alcance de su profesión y el impacto que su labor tiene en la vida de los pacientes, sus familias y las comunidades en general.

En el sistema de salud, la enfermería desempeña un rol estratégico; por tanto, las organizaciones y grupos que defienden la calidad en la atención sanitaria reconocen el papel fundamental que desempeña la enfermería profesional en el bienestar de la población. Los profesionales de enfermería están capacitados para analizar los problemas de salud desde una perspectiva amplia, considerando no solo los aspectos clínicos, sino también los determinantes sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud de las personas. Por ejemplo, un enfermero comunitario puede identificar que la falta de acceso a agua potable o la inseguridad alimentaria son factores que afectan la salud de una comunidad, y trabajar en colaboración con otros sectores para implementar estrategias de promoción y prevención.

Estas capacidades permiten que el equipo de enfermería responda eficazmente a las necesidades complejas y cambiantes de la población, promoviendo la salud, previniendo enfermedades y facilitando una atención integral. En un sistema sanitario en constante transformación, donde surgen nuevos retos como el envejecimiento poblacional o las enfermedades emergentes, la enfermería se posiciona como un pilar esencial para garantizar una atención de calidad, equitativa y sostenible.

Figura 5.

Ámbitos de desempeño y formación del personal de enfermería



Nota: La figura presenta, de manera gráfica, diferentes ámbitos de desempeño y formación del personal de enfermería, representados mediante imágenes ilustrativas con fines educativos. **Fuente**: Elaboración propia.

Los nuevos retos en los que interviene enfermería como profesión requieren de un enfoque integrador para el abordaje de complicaciones. El limitado recurso humano significativo se convierte en un desafío significativo y revelador frente a la demanda de esta. Brindar cuidados según las especialidades, alta demanda de los programas de salud mental (estrés, ansiedad, depresión). Se incorporan equipos tecnológicos, la inteligencia artificial, todo esto apoya el trabajo en las diferentes funciones donde interviene enfermería.

1.5. Enfermería como disciplina científica y profesión

Desde una perspectiva epistemológica, la enfermería se sostiene sobre bases filosóficas, ontológicas y éticas que orientan su objeto de estudio: el cuidado de la persona en su contexto biopsicosocial y ambiental. Su cuerpo de conocimientos propios se construye a través de la investigación científica, que genera teorías, modelos conceptuales y marcos explicativos para comprender y actuar sobre los fenómenos relacionados con la salud y el bienestar humano. Por ejemplo, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una metodología científica que guía la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y

evaluación de los cuidados, permitiendo intervenciones precisas y personalizadas, como la prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados o la educación para el autocuidado en personas con diabetes.

Además, la enfermería se nutre de otras disciplinas como la biología, la psicología y las ciencias sociales, lo que enriquece su enfoque multidimensional y holístico. Esta interdisciplinariedad facilita la comprensión de factores sociales, culturales y ambientales que influyen en la salud, por ejemplo, identificando cómo la pobreza o la falta de acceso a servicios básicos afectan la recuperación de un paciente y diseñando estrategias de promoción y prevención adecuadas.

1.6. Enfermería como profesión y práctica

La enfermería no es solo un conjunto de técnicas o habilidades, sino una profesión que exige juicio clínico autónomo, responsabilidad ética y compromiso con la calidad y seguridad del cuidado. La profesionalización implica aplicar el pensamiento crítico y la evidencia científica para tomar decisiones que impactan directamente en la salud y dignidad de las personas. Por ejemplo, una enfermera en una unidad de cuidados intensivos debe evaluar constantemente el estado del paciente, anticipar complicaciones y adaptar los cuidados conforme a la evolución clínica, siempre respetando los valores y creencias del paciente y su familia.

El ejercicio profesional de la enfermería abarca múltiples roles: desde la atención directa en diversos ámbitos (hospitalario, comunitario, domiciliario), hasta la educación, la investigación, la gestión y la innovación en salud.

1.7. Rol del profesional de enfermería en el contexto actual

El rol del profesional de enfermería en el contexto actual es multifacético y fundamental para el funcionamiento eficiente y humano de los sistemas de salud. Más allá de las tareas tradicionales de cuidado directo al paciente, la enfermería ha evolucionado para abarcar funciones de liderazgo, investigación, educación, gestión y promoción de la salud, adaptándose a los desafíos y avances tecnológicos que caracterizan la medicina moderna.

En primer lugar, los profesionales de enfermería actúan como defensores del paciente y promotores de un entorno seguro. Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), su función esencial incluye la participación en la gestión de los cuidados, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, tanto en contextos hospitalarios como comunitarios. Esta labor se amplía con la necesidad de integrar nuevos modelos de atención que respondan a las complejidades actuales, como la atención centrada en el paciente y la gestión de enfermedades crónicas.

El avance tecnológico ha transformado significativamente el ejercicio de la enfermería. Herramientas como la inteligencia artificial, la telemedicina y los dispositivos de monitoreo remoto se han convertido en aliados indispensables para mejorar la calidad y eficiencia del cuidado. La integración de estas tecnologías exige que los enfermeros desarrollen competencias digitales y habilidades para interpretar datos clínicos en tiempo real, facilitando una toma de decisiones más informada y oportuna. La telehealth, por ejemplo, ha pasado de ser una alternativa a una competencia central, permitiendo el seguimiento y atención de pacientes en entornos remotos, lo que amplía el acceso a servicios de salud y mejora los resultados clínicos.

Además, el profesional de enfermería asume un rol clave en la educación y formación continua, tanto para pacientes como para otros profesionales de la salud. La promoción del autocuidado y la prevención de enfermedades requieren estrategias educativas que empoderen a las personas y comunidades, fortaleciendo la salud pública y reduciendo la carga sobre los sistemas sanitarios. En este sentido, la enfermería también se posiciona como un puente entre el paciente, la familia y el equipo multidisciplinario, facilitando la comunicación y la coordinación de cuidados (Donahue, 1988; Siles González, 1999).

El contexto actual, marcado por la pandemia de COVID-19, ha evidenciado la importancia crítica de la enfermería en la primera línea de atención. Los profesionales han enfrentado retos sin precedentes, desde la atención directa a pacientes críticos hasta la implementación de campañas masivas de vacunación, todo ello en condiciones de alta presión y riesgo para su propia salud física y mental. Este escenario ha resaltado la necesidad de protocolos claros, recursos

adecuados y apoyo psicosocial para el personal de enfermería, elementos esenciales para garantizar su bienestar y la calidad del cuidado.

Por último, la enfermería está experimentando una expansión en sus roles especializados y de liderazgo. Los enfermeros practicantes y especialistas en áreas como geriatría, salud mental, informática y gestión sanitaria están ganando autonomía y protagonismo en la toma de decisiones clínicas y administrativas. Este crecimiento profesional demanda una formación avanzada y una mayor participación en la investigación y en la formulación de políticas de salud, consolidando a la enfermería como una disciplina científica y estratégica dentro del sistema sanitario.

En resumen, el rol del profesional de enfermería en el contexto actual es integral y dinámico, abarcando desde el cuidado directo y humanizado hasta la gestión tecnológica, la educación y el liderazgo. Su capacidad para adaptarse a los cambios y asumir responsabilidades diversas es clave para enfrentar los retos presentes y futuros de la salud global.

Los campos de acción de la enfermería (hospitalaria, comunitaria, docente, investigativa) permiten cumplir el rol del profesional de enfermería en el contexto actual es esencial y multifacético, abarcando una amplia gama de campos de acción que reflejan la complejidad y diversidad de las necesidades en los sistemas de salud contemporáneos. La enfermería no solo se limita a la atención directa en hospitales, sino que también se extiende a ámbitos comunitarios, educativos e investigativos, consolidándose como un pilar estratégico para la mejora continua de la salud pública y la gestión sanitaria.

- **En el ámbito hospitalario**, los profesionales de enfermería son responsables de brindar cuidados integrales y especializados a pacientes con condiciones agudas y crónicas. Este campo exige competencias clínicas avanzadas, capacidad para manejar tecnologías médicas y un enfoque centrado en la seguridad y calidad del cuidado. La creciente complejidad de las enfermedades, el envejecimiento poblacional y la prevalencia de comorbilidades requieren que los enfermeros desarrollen

habilidades para la toma de decisiones basadas en evidencia y para coordinar equipos interdisciplinarios. Además, desempeñan un papel crucial en la gestión del dolor, la prevención de infecciones y la educación al paciente y su familia, contribuyendo a la humanización del cuidado en entornos hospitalarios altamente tecnificados.

- **En la enfermería comunitaria**, el profesional amplía su mirada hacia la promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención primaria. Este campo es vital para alcanzar la cobertura universal de salud, especialmente en zonas rurales o vulnerables. Los enfermeros comunitarios trabajan directamente con familias y comunidades, identificando factores sociales, ambientales y culturales que afectan la salud. Su rol incluye la educación sanitaria, el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas y la coordinación con otros servicios sociales y de salud. La enfermería comunitaria es clave para implementar estrategias de salud pública, mejorar estilos de vida y reducir las desigualdades en el acceso a servicios.

- **En el campo docente**, los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de formar a las nuevas generaciones, asegurando que los futuros enfermeros cuenten con competencias técnicas, éticas y humanísticos acordes a las demandas actuales. La educación en enfermería enfrenta desafíos importantes, como la necesidad de integrar enfoques interdisciplinarios, transculturales y basados en la evidencia científica. Además, la formación continua y el desarrollo profesional son fundamentales para mantener la calidad del cuidado y adaptarse a los avances tecnológicos y científicos. Los docentes en enfermería también fomentan el pensamiento crítico y la investigación aplicada, preparando a sus estudiantes para roles de liderazgo y práctica avanzada.

Finalmente, en la esfera investigativa, la enfermería contribuye a la generación de conocimiento científico que respalda la práctica clínica y la gestión sanitaria. Los profesionales en este campo desarrollan estudios que abordan problemas de salud, evalúan intervenciones y proponen innovaciones en el cuidado. La

investigación enfermera es fundamental para cerrar la brecha entre la teoría y la práctica, facilitando la implementación de la práctica basada en evidencia. Además, la participación en proyectos científicos fortalece el reconocimiento de la enfermería como disciplina autónoma y estratégica dentro del sistema de salud, promoviendo políticas públicas y mejores modelos de atención.

En conjunto, estos campos de acción reflejan la amplitud y profundidad del rol del profesional de enfermería en el contexto actual. El fortalecimiento de la formación, la incorporación de tecnologías digitales, el liderazgo en salud pública y la investigación son elementos clave para que la enfermería continúe siendo un motor fundamental en la mejora de la salud global y el bienestar de las poblaciones.

El perfil profesional y las competencias del enfermero/a en el contexto actual reflejan una profesión dinámica, integral y en constante evolución, que requiere una combinación de conocimientos científicos, habilidades técnicas y actitudes humanísticas para brindar cuidados de calidad centrados en la persona, la familia y la comunidad. La enfermería no solo se limita a la aplicación de técnicas clínicas, sino que también implica la gestión, la educación, la investigación y la promoción de la salud, con un fuerte compromiso ético y social.

Según el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España (2024), el perfil del profesional de enfermería incluye capacidades fundamentales como la organización, las relaciones interpersonales, la empatía y la responsabilidad, que son esenciales para enfrentar los retos diarios en la atención sanitaria. La capacidad para planificar y gestionar el tiempo y los recursos es clave para adaptarse a situaciones complejas y cambiantes, mientras que la empatía permite conectar emocionalmente con los pacientes, facilitando una atención humanizada y respetuosa.

En cuanto a las competencias, estas se dividen en asistenciales, técnicas, comunicativas, investigativas y de gestión. El enfermero debe ser capaz de realizar evaluaciones exhaustivas del estado de salud del paciente, administrar tratamientos y medicamentos con seguridad, y aplicar planes de cuidado

personalizados basados en evidencia científica actualizada. Además, debe poseer habilidades para educar y orientar a pacientes y familias, promoviendo el autocuidado y la prevención de enfermedades, así como para trabajar de manera colaborativa en equipos interdisciplinarios.

La formación académica del enfermero es rigurosa y abarca una sólida base científica y humanista. Los programas educativos actuales enfatizan la importancia de la práctica basada en evidencia, el pensamiento crítico y la ética profesional, además de fomentar la capacidad de investigación y la innovación en el cuidado. La actualización continua es indispensable para incorporar avances tecnológicos y nuevos enfoques terapéuticos, garantizando así una atención segura y eficaz.

El perfil profesional también contempla la gestión del propio ámbito laboral, incluyendo la supervisión de recursos y la participación en proyectos de investigación-acción que contribuyen a la mejora continua de la práctica. Esta dimensión fortalece la autonomía profesional y posiciona al enfermero como un agente activo en la transformación de los sistemas de salud. Por otro lado, las competencias blandas o “soft skills” como la comunicación efectiva, la resiliencia, la capacidad para manejar el estrés y la ética profesional, son igualmente cruciales para el desempeño exitoso del enfermero. Estas habilidades facilitan la relación terapéutica con el paciente y su familia, y permiten afrontar situaciones de alta presión con profesionalismo y sensibilidad.

En resumen, el perfil profesional del enfermero/a actual es el de un profesional integral, con competencias técnicas, científicas, éticas y sociales que le permiten brindar cuidados de calidad, liderar procesos de salud, educar y participar en la investigación. La combinación de formación sólida, habilidades interpersonales y compromiso ético es la base para enfrentar los desafíos de la salud contemporánea y contribuir al bienestar de la sociedad.

En el ejercicio de la enfermería, la relación entre los valores personales y profesionales de los enfermeros y la toma de decisiones en la atención de pacientes es un tema fundamental que influye directamente en la calidad, ética

y humanización del cuidado. No obstante, los valores, entendidos como principios y creencias que guían el comportamiento, son la base para que los enfermeros actúen de manera ética, respetuosa y competente, especialmente en contextos clínicos complejos donde las decisiones que tomen pueden tener un impacto significativo en la vida y el bienestar de los pacientes.

Los valores personales son aquellos que cada individuo desarrolla a lo largo de su vida y que reflejan sus creencias, actitudes y prioridades. En el caso de los enfermeros, estos valores personales se entrelazan con los valores profesionales, que son los principios éticos y morales compartidos por la profesión. Entre los valores más destacados en enfermería se encuentran el respeto por la dignidad humana, la benevolencia, la justicia, la autonomía, la honestidad y la responsabilidad.

Figura 6.

La colaboración profesional y el trabajo en equipo



Nota: Representa la colaboración profesional y el trabajo en equipo como principios fundamentales en la práctica enfermera.
Fuente: Imagen de archivo fotográfico con fines educativos.

El valor del cuidado es central en la profesión enfermera. Este implica no solo la atención técnica, sino también el respeto a los derechos humanos y la aplicación

de la práctica basada en evidencia, lo que garantiza una atención segura y de alta calidad. La confianza es otro valor clave que influye en la relación enfermero-paciente, promoviendo un ambiente donde el paciente se siente seguro y respetado.

La toma de decisiones en enfermería no es solo un proceso técnico, sino un acto ético que debe considerar los valores tanto del profesional como del paciente. El respeto a la autonomía del paciente, por ejemplo, obliga al enfermero a proporcionar información clara y completa para que el paciente pueda tomar decisiones informadas sobre su cuidado, incluso cuando estas decisiones difieran de la recomendación médica.

Los dilemas éticos son frecuentes en la práctica clínica, y los enfermeros deben manejar situaciones donde los valores personales pueden entrar en conflicto con las necesidades del paciente o las políticas institucionales. Para ello, se utilizan modelos de toma de decisiones éticas que incluyen la identificación del problema, la aplicación del código de ética profesional, la generación y evaluación de alternativas, y la implementación de la mejor opción (Dalla et al., 2016).

Este proceso asegura que las decisiones sean coherentes con los principios de beneficencia (promover el bien), no maleficencia (evitar daño), justicia (igualdad) y autonomía. Numerosos estudios han demostrado que existe una relación significativa entre los valores personales de los enfermeros y su comportamiento en el cuidado humanizado. Valores como la benevolencia, la universalidad, la autodirección y la seguridad se correlacionan positivamente con conductas que promueven un cuidado más empático, respetuoso y centrado en el paciente. Esto es especialmente importante en un contexto donde la tecnología puede deshumanizar la atención, y el enfermero actúa como un puente que mantiene el enfoque socio-psico-biológico del proceso salud-enfermedad.

El valor del cuidado es central en la profesión enfermera. Este implica no solo la atención técnica, sino también el respeto a los derechos humanos y la aplicación de la práctica basada en evidencia, lo que garantiza una atención segura y de

alta calidad. La confianza es otro valor clave que influye en la relación enfermero-paciente, promoviendo un ambiente donde el paciente se siente seguro y respetado.

La toma de decisiones en enfermería no es solo un proceso técnico, sino un acto ético que debe considerar los valores tanto del profesional como del paciente. El respeto a la autonomía del paciente, por ejemplo, obliga al enfermero a proporcionar información clara y completa para que el paciente pueda tomar decisiones informadas sobre su cuidado, incluso cuando estas decisiones difieran de la recomendación médica.

Los dilemas éticos son frecuentes en la práctica clínica, y los enfermeros deben manejar situaciones donde los valores personales pueden entrar en conflicto con las necesidades del paciente o las políticas institucionales. Para ello, se utilizan modelos de toma de decisiones éticas que incluyen la identificación del problema, la aplicación del código de ética profesional, la generación y evaluación de alternativas, y la implementación de la mejor opción. Este proceso asegura que las decisiones sean coherentes con los principios de beneficencia (promover el bien), no maleficencia (evitar daño), justicia (igualdad) y autonomía. Numerosos estudios han demostrado que existe una relación significativa entre los valores personales de los enfermeros y su comportamiento en el cuidado humanizado. Valores como la benevolencia, la universalidad, la autodirección y la seguridad se correlacionan positivamente con conductas que promueven un cuidado más empático, respetuoso y centrado en el paciente. Esto es especialmente importante en un contexto donde la tecnología puede deshumanizar la atención, y el enfermero actúa como un puente que mantiene el enfoque socio-psico-biológico del proceso salud-enfermedad.

Figura 7.

Simulación clínica en enfermería



Nota: La imagen representa una sesión de simulación clínica en enfermería, utilizada para el desarrollo de habilidades técnicas, toma de decisiones y atención segura del paciente en entornos formativos. **Fuente:** Archivo fotográfico de uso educativo.

La formación ética y el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones morales son esenciales para que los enfermeros puedan enfrentar los conflictos que surgen en la práctica clínica, garantizando que sus acciones estén alineadas con los valores profesionales y las necesidades de los pacientes.

El rol del profesional de enfermería en el contexto actual es fundamental para el desarrollo y sostenibilidad de los sistemas de salud a nivel global. La enfermería, como la mayor fuerza laboral en salud constituyendo aproximadamente el 59% de los profesionales del sector, enfrenta desafíos complejos derivados del envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas, y la rápida evolución tecnológica y científica. Esta realidad demanda una transformación profunda del ejercicio profesional, que no solo se centre en la atención clínica, sino que también integre la proyección social como un componente esencial para mejorar la salud de las comunidades y promover la equidad en el acceso a servicios.

La proyección social de la profesión de enfermería se manifiesta en múltiples dimensiones. En primer lugar, la enfermería tiene un compromiso con la

promoción de la salud y la prevención de enfermedades, especialmente en poblaciones vulnerables y en contextos comunitarios. Los profesionales de enfermería actúan como agentes de cambio social, educando a la población sobre estilos de vida saludables, fomentando el cuidado de su salud en los individuos y comunidades, contribuyendo a la reducción de desigualdades en el acceso a servicios. Esta labor se potencia a través de la enfermería comunitaria, que se enfoca en la atención primaria y la salud pública, abordando determinantes sociales y ambientales que impactan la salud colectiva.

Además, la enfermería juega un papel decisivo en la educación y formación continua, tanto de futuros profesionales como de la población general. La formación de enfermeros competentes y éticos, con una perspectiva holística e interdisciplinaria, es vital para responder a las demandas cambiantes del sistema de salud; así la educación en enfermería debe incorporar enfoques innovadores que integren conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos, fortaleciendo el liderazgo y la capacidad de toma de decisiones basadas en evidencia. Dicho de otra manera, la proyección social incluye la responsabilidad de formar profesionales capaces de liderar procesos de cambio y mejora en la atención sanitaria.

En el ámbito investigativo, la enfermería contribuye al desarrollo del conocimiento científico que sustenta la práctica clínica y las políticas de salud. Los profesionales de enfermería participan en la generación y aplicación de evidencia que mejora la calidad del cuidado, optimiza recursos y promueve la seguridad del paciente. La investigación enfermera también tiene un impacto directo en la sociedad al identificar necesidades de salud emergentes y proponer soluciones adaptadas a contextos específicos. Este compromiso con la ciencia fortalece la autonomía profesional y posiciona a la enfermería como un actor estratégico en la salud pública y la gestión sanitaria.

Como señala, la proyección social del profesional de enfermería se refleja en su liderazgo para enfrentar desafíos globales como las emergencias sanitarias, el cambio climático y las inequidades en salud. En el contexto actual, se reconoce la importancia de fortalecer la formación, el bienestar y el desarrollo profesional

del personal de enfermería, con el propósito de responder de manera efectiva a los desafíos emergentes en los sistemas de salud. En este sentido, la enfermería constituye un componente esencial en la sostenibilidad y funcionamiento de los servicios sanitarios, con la capacidad de aportar en la organización de la atención, en la toma de decisiones estratégicas y en la construcción de modelos de cuidado orientados a garantizar una atención accesible, segura y de calidad para la población.

En consecuencia, el rol del profesional de enfermería en el contexto actual va más allá del cuidado directo; implica una proyección social comprometida con la promoción de la salud, la educación, la investigación y el liderazgo en salud pública. Esta visión integral es indispensable para afrontar los retos contemporáneos y construir sistemas de salud resilientes, equitativos y centrados en las personas.

Glosario

Atención centrada en el paciente: Modelo de cuidado que pone al paciente y sus necesidades en el centro del proceso de atención.

Autonomía profesional: Capacidad del enfermero para tomar decisiones clínicas independientes basadas en su conocimiento y experiencia.

Autonomía: Derecho del paciente a tomar decisiones informadas sobre su propio cuidado.

Benevolencia: Valor que implica promover el bienestar y hacer el bien al paciente.

Bienestar psicosocial: Estado de equilibrio emocional y social que influye en la salud y desempeño del profesional.

Competencias clínicas: Conocimientos y habilidades necesarias para realizar cuidados de enfermería.

Comunicación efectiva: Habilidad para transmitir y recibir información clara y comprensible.

Cuidado humanizado: Atención que considera las necesidades emocionales, sociales y culturales del paciente, además de las clínicas.

Cuidado humanizado: Enfoque que considera las dimensiones físicas, emocionales, sociales y culturales del paciente.

Dilema ético: Situación donde se presentan conflictos entre valores o principios éticos.

Empatía: Capacidad de comprender y compartir los sentimientos de otra persona.

Ética profesional: Conjunto de normas y valores que regulan la conducta en una profesión.

Ética: Conjunto de principios morales que guían la conducta profesional.

Gestión sanitaria: Organización y administración de recursos y procesos en salud.

Humanización: Enfoque que prioriza el respeto y la dignidad en la atención.

Inteligencia artificial: Tecnología que permite la simulación de procesos inteligentes para apoyar la toma de decisiones clínicas.

Justicia: Principio que exige imparcialidad y equidad en la atención sanitaria.

Monitoreo remoto: Seguimiento de signos vitales y condiciones de salud del paciente a distancia mediante dispositivos tecnológicos.

Movimientos sociales: Acciones colectivas para promover cambios sociales o políticos.

No maleficencia: Obligación de no causar daño al paciente.

Práctica basada en evidencia: Uso de la mejor evidencia científica para guiar la atención clínica.

Práctica basada en evidencia: Uso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones clínicas.

Precariedad laboral: Condiciones de trabajo inestables o desfavorables.

Profesionalización: Proceso de formación y reconocimiento formal de una profesión.

Promoción de la salud: Conjunto de acciones para mejorar el bienestar y prevenir enfermedades en individuos y comunidades.

Telehealth (telemedicina): Uso de tecnologías digitales para brindar atención médica a distancia.

Toma de decisiones basada en evidencia: Proceso de elegir intervenciones clínicas fundamentadas en la mejor evidencia científica disponible.

Trabajo interdisciplinario: Colaboración entre profesionales de diferentes áreas para ofrecer una atención integral.

Valores personales: Creencias y principios individuales que guían el comportamiento.

Valores profesionales: Principios éticos compartidos por una profesión que orientan su práctica.

Banco de preguntas

1. **¿Quién es considerada la madre de la enfermería moderna por establecer los cimientos de la profesión en el siglo XIX?**
   a. Marcela
   b. Florence
   c. Febe
   d. Fabiola

2. **¿Cuál fue el principal motor que permitió la creación de hospitales y asilos en la etapa preindustrial de la enfermería?**
   a. La medicina científica
   b. La formación universitaria
   c. La caridad y valores cristianos
   d. La tecnología médica

3. **En la antigüedad, ¿quiénes eran los principales cuidadores de los enfermos antes de la profesionalización de la enfermería?**
   a. Miembros de la familia y curanderos
   b. Médicos especializados
   c. Enfermeros formales
   d. Diaconisas exclusivamente

4. **¿Cuál fue uno de los principales impactos de la Primera Guerra Mundial en la enfermería?**
   a. Disminución del número de enfermeros formados
   b. Eliminación de la formación formal en enfermería
   c. Impulso al desarrollo de la enfermería de salud pública
   d. Reducción de la participación femenina en la profesión

5. **¿Qué papel desempeñaron las organizaciones religiosas en la historia de la enfermería?**
   a. Fueron responsables de la formación universitaria de enfermeros

b. Promovieron la atención sanitaria basada en valores espirituales y caritativos
c. Rechazaron la participación femenina en el cuidado de enfermos
d. Se opusieron a la creación de hospitales y asilos

6. ¿Cuál ha sido una demanda recurrente de los movimientos sociales vinculados a la enfermería?

a. Reducción de la formación académica
b. Exclusión de la enfermería de la salud pública
c. Limitación del rol de la enfermería a tareas técnicas
d. Mejoras en las condiciones laborales y reconocimiento profesional

7. Durante la etapa pre-profesional de la enfermería, el cuidado de los enfermos estaba principalmente a cargo de

a. Médicos especializados
b. Instituciones universitarias
c. Órdenes religiosas
d. Gobiernos nacionales

8. ¿Cuál fue el principal aporte de la enfermería durante la Guerra de Crimea?

a. Desarrollo de vacunas
b. Implementación de cirugía moderna
c. Mejora de las condiciones sanitarias
d. Creación de hospitales privados

9. La profesionalización de la enfermería se consolidó principalmente con:

a. La creación de hospitales militares
b. La incorporación de tecnología médica
c. La formación académica formal
d. La intervención de médicos

10. ¿Qué característica define la etapa técnica de la enfermería?

a. Predominio del cuidado empírico
b. Dependencia total de la religión
c. Enfoque en procedimientos y habilidades
d. Desarrollo de teorías propias

Referencias Bibliográficas

Andrade-Pizarro, L. M., Bustamante-Silva, J. S., Viris-Orbe, S. M., & Noboa-Mora, C. J. (2023). Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida, 7*(14), 41-53. https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2525

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. (2024). *Resolución n.º 7/2024: Marco de actuación enfermera en los cuidados avanzados de la disfunción intestinal*. https://www.consejogeneralenfermeria.org/normativa/normativa-de-resoluciones-de-ordenacion-profesional/resoluciones/send/203-2024/2868-resolucion-n-7-2024-marco-de-actuacion-enfermera-en-los-cuidados-avanzados-de-la-disfuncion-intestinal

Consejo General de Enfermería. (s. f.). *Perfil del profesional de enfermería*. https://www.consejogeneralenfermeria.org/primer-ciclo/perfil-del-profesional

CVcrea. (2026, 9 de marzo). *Currículum de enfermera: Guía y ejemplo CV enfermería*. https://cvcrea.es/ejemplos-de-curriculum/enfermera/

CVzen. (2024). *Explorando la profesión de enfermería*. https://cvzen.mx/blog/cv-enfermera

Dalla Nora, C. R., Deodato, S., Vieira, M. M. da S., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *25*(2), 1–9. https://doi.org/10.1590/0104-07072016001630015

Donahue, M. P. (1988). *Historia de la enfermería*. Doyma.

Hutagaol, R., Novieastari, E., Suharmanto, & Sari, S. K. W. (2024). La importancia de los valores profesionales desde la perspectiva de las enfermeras clínicas. *Enfermería Global*, *23*(1), 1–12. https://doi.org/10.6018/eglobal.572681

International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/icn-code-ethics-nurses

Lopera-Arango, A. M. (2022). Toma de decisiones en enfermería: Las ciencias básicas como base para lograr la autonomía profesional. *Index de Enfermería*, *31*(4). https://doi.org/10.58807/indexenferm20225170

Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Harrison.

Rodríguez-Calero, M. Á., Villafáfila-Gomila, C. J., & Sastre-Fullana, P. (2019). Enfermeras de práctica avanzada y práctica basada en evidencias: Una oportunidad para el cambio. *Enfermería Clínica*, *29*(2), 119–124. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.007

Royal College of Nursing. (2003). *Defining nursing*. https://docs.univr.it/documenti/Avviso/all/all049736.pdf

Siles González, J. (1999). *Historia de la enfermería*. Aguaclara.

World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*.

Capítulo II:

Teorías y Modelos de Enfermería: Principales modelos y teorías.

Capítulo II: Teorías y Modelos de Enfermería: Principales modelos y teorías.

2.1. Introducción

La enfermería, como disciplina académica y vocación profesional, ha experimentado una transformación considerable a lo largo de la historia, estableciéndose como un componente fundamental de los sistemas de salud a escala mundial; esta transformación se ha caracterizado por una búsqueda continua de conocimientos especializados destinados a informar la práctica, la educación, la investigación y las funciones administrativas de la enfermería. En este marco, las teorías de enfermería se manifiestan como estructuras conceptuales vitales que facilitan la comprensión y la organización de la práctica de la enfermería.

En este escenario, las teorías de enfermería se consolidan como estructuras conceptuales fundamentales que permiten interpretar, sistematizar y orientar la práctica profesional. En este sentido, este apartado aborda el análisis de los principales modelos y teorías de enfermería, destacando su relevancia en la construcción, fortalecimiento y evolución del conocimiento disciplinar. En consecuencia, se aborda estas teorías y como han evolucionado desde concepciones empíricas hasta marcos científicos sólidos, permitiendo a los profesionales de enfermería analizar críticamente las necesidades de los pacientes, diseñar, implementar y evaluar la atención.

Los modelos y teorías de enfermería se basan en un metaparadigma que abarca los conceptos de persona, medio ambiente, salud y enfermería, estos modelos sirven como abstracciones de la realidad que intentan dilucidar los conceptos e ilustrar sus interrelaciones, mientras que las teorías son más definitivas y proporcionan una guía explícita para la práctica. Tanto los modelos como las teorías son indispensables para la formulación de directrices en la práctica, la investigación, la administración y la educación.

2.2. Teorías Y Modelos De Enfermería

Para formular las principales teorías y modelos pertinentes al campo de la enfermería, es esencial comprender las definiciones de teoría y modelo, cuando hablamos de modelos, nos referimos a una representación esquemática de elementos específicos de la realidad que facilitan nuestra comprensión de los fenómenos que no son directamente observables.

Estos modelos sirven como representaciones simbólicas del panorama de la enfermería, y se esfuerzan por delinear conceptos y establecer interrelaciones entre ellos, al tiempo que proponen un marco para interpretar la dinámica de la práctica de la enfermería.

Por el contrario, cuando se discute una teoría, se hace referencia a un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que ofrecen una perspectiva integral sobre un fenómeno en particular. De esta manera la teoría delinea las interconexiones entre los conceptos con el objetivo de describir, dilucidar, pronosticar y/o regular los fenómenos. Se diferencia del modelo en que presenta una mayor especificidad, menos abstracción y posee la capacidad de proporcionar una dirección definitiva que sirva de base a la práctica, los modelos y teorías de enfermería comparten un metaparadigma fundamental del que se derivan.

2.3. Importancia para el profesional de enfermería:

En el ejercicio profesional de la enfermería, el desarrollo y la aplicación de los fundamentos teóricos constituyen un factor esencial para garantizar la calidad, seguridad y humanización del cuidado. La integración de los modelos conceptuales y además las teorías propias de la disciplina permite sustentar la práctica clínica en bases científicas, fortaleciendo la capacidad del profesional para responder a las necesidades de salud de manera integral. En este sentido, la teoría sobre la enfermería no solo orienta la acción asistencial, sino que también contribuye a la construcción del pensamiento crítico, la toma de decisiones fundamentadas y la consolidación de la identidad profesional dentro de los sistemas de salud contemporáneos.

- A través de la teoría enfermera, el profesional puede comprender y estructurar su práctica, permitiéndole analizar de manera crítica las necesidades del paciente, así como planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de manera efectiva.
- La práctica en enfermería se caracteriza por la aplicación de un conocimiento específico y fundamentado en la disciplina.
- El proceso de atención no se basa únicamente en la identificación de síntomas y signos, sino en antecedentes y respuestas documentadas.
- Brinda autonomía al profesional, quien no solo sigue indicaciones médicas, sino que fundamenta sus acciones en su conocimiento sobre la patología.
- Facilita el desarrollo del pensamiento crítico, el análisis lógico y la reflexión ética en la toma de decisiones.
- Define y orienta las funciones propias de la enfermería.
- Proporciona un marco de referencia para guiar todo el proceso de atención al paciente.
- Permite estructurar y organizar ideas en torno a la práctica clínica.
- Mejora la comunicación entre profesionales al utilizar una terminología específica y compartida (Pinargote Chancay et al., 2018).

En síntesis, la teoría de enfermería representa un pilar fundamental para el ejercicio profesional, al proporcionar un marco estructurado que orienta el cuidado desde una perspectiva científica, ética y humanizada. SU aplicación favorece la autonomía profesional, fortalece la calidad de la atención y promueve una práctica reflexiva basada en el conocimiento disciplinar. De esta manera, el uso de marcos teóricos contribuye al posicionamiento de la enefermeria como una disciplina científica consolidada, capaz de responder de manera efectiva a los desafíos actuales del cuidado en salud y de aportar significativamente al bienestar de la personas, familias y comunidades.

2.4. Principales Teorías De Enfermería

El desarrollo de las teorías de enfermería ha sido fundamental para la consolidación de la disciplina como una ciencia del cuidado, estas teorías

proporcionan marcos conceptuales que permite comprender, orientar y sistematizar la práctica profesional, fortaleciendo la toma de decisiones clínicas y la atención integral del paciente. Dentro de este contexto, las contribuciones de Florence Nightingale marcaron el inicio del pensamiento teórico en enfermería, destacando la importancia del entorno en la recuperación y el bienestar de las personas, sentando así las bases de la enfermería moderna.

Figura 8.

Florence Nightingale – Teoría del Entorno



Nota: Imagen histórica de archivo, representativa del desarrollo de la enfermería en el siglo XIX. Uso con fines académicos y educativos. **Fuente:** Nacional Portrait Gallery. Retrato histórico de profesional vinculada al desarrollo temprano de la enfermería moderna, siglo XIX.

Florence Nightingale nació el 12 de mayo de 1820 en Florencia, Italia, y falleció el 13 de agosto de 1910 en Londres, Inglaterra. Reconocida como los precursores de la enfermería moderna, Nightingale transformó de manera significativa la atención sanitaria, al promover mejoras en las condiciones de higiene hospitalaria y establecer las bases de la formación profesional sistematizada para la enfermera.

Sus aportes permitieron que la enfermería dejara de ser considerada una actividad empírica y desorganizada, para consolidarse como una profesión sustentada en el conocimiento científico, los principios éticos y la educación

especializada. En reconocimiento a su legado, el 12 de mayo se conmemora a nivel internacional el Día de la Enfermería, en honor a la fecha de su nacimiento.

Nightingale sentó las bases de la enfermería moderna al transformar el cuidado de los pacientes con un enfoque basado en su entorno, su labor durante la Guerra de Crimea demostró que condiciones sanitarias adecuadas podían reducir drásticamente la mortalidad, sentando principios que aún hoy guían la profesión.

La propuesta teórica de Florence Nightingale resaltó la influencia de las condiciones ambientales en la recuperación del paciente, utilizando en sus escritos el término alrededores para describir los factores externos que inciden en el proceso de salud-enfermedad, entre otros. En sus estudios, destacó la importancia de elementos como la ventilación, la iluminación, la higiene, el control del ruido, la alimentación adecuada y el acceso a agua segura, aspectos que actualmente se integran dentro del concepto de entorno terapéutico. Estos planteamientos constituyeron la base de su enfoque para mejorar las condiciones de salud, el bienestar y la recuperación de los pacientes, manteniendo su vigencia en las prácticas de la enfermería contemporánea, (Alligood, 2018).

En este sentido, su trabajo teórico permitió estructurar los principales componentes del cuidado ambiental en salud, los cuales continúan siendo referentes fundamentales dentro del ejercicio profesional de la enfermería.
A continuación, se detallan elementos ambientales que constituyen factores esenciales dentro del cuidado enfermero, al influir directamente en la recuperación, el bienestar y la seguridad del paciente. Su adecuada gestión permite optimizar los resultados en salud y fortalecer la calidad de la atención.

Figura 9.

Condiciones Ambientales que Promueven el Bienestar del Paciente



Nota: El significado de cada uno de estos factores de acuerdo a los factores ambientales.
Fuente: Elaboración Propia

Ventilación: Respirar aire fresco y limpio es fundamental para evitar la propagación de enfermedades y mejorar la oxigenación del organismo. Florence Nightingale destacaba la importancia de mantener los espacios hospitalarios correctamente ventilados. Esta práctica contribuía a prevenir infecciones y favorecía la recuperación de los pacientes.

Iluminación: Un ambiente limpio es esencial para prevenir infecciones y garantizar el bienestar del paciente. Nightingale fue pionera en la promoción del lavado de manos, la desinfección del instrumental médico y la limpieza permanente de las salas hospitalarias. Estas prácticas establecieron estándares que continúan siendo fundamentales en la atención sanitaria actual.

Higiene y limpieza: Un ambiente limpio es esencial para prevenir infecciones y garantizar el bienestar del paciente. Nightingale fue pionera en la promoción del lavado de manos, la desinfección del instrumental médico y la limpieza permanente de las salas hospitalarias. Estas prácticas establecieron estándares que continúan siendo fundamentales en la atención sanitaria actual.

Ruido: El descanso constituye un factor determinante en el proceso de recuperación. Nightingale enfatizaba la necesidad de reducir los ruidos innecesarios dentro de los hospitales. Un entorno tranquilo contribuye a disminuir el estrés, la ansiedad y favorece el bienestar del paciente.

Dieta y agua limpia: Una alimentación equilibrada y el acceso a agua segura son elementos esenciales para fortalecer el organismo y favorecer la recuperación. Nightingale resaltaba la importancia de proporcionar una alimentación adecuada, ajustada a las necesidades del paciente. Esta práctica contribuye a mejorar el estado general de salud y optimizar el proceso de recuperación.

Figura 10.

Virginia Henderson – Teoría de las Necesidades Humanas



Nota: Retrato fotográfico histórico (circa 1980), optimizado digitalmente mediante herramientas de inteligencia artificial (OpenAI, ChatGPT/DALL·E, 2025), a partir de una imagen original de dominio público con fines académicos y educativos.
Fuente: National Library of Medicine. Portrait photograph of nursing professionals, late 20th century [photograph]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c.1980.

Para reformular, una sugerencia sería: Virginia Henderson, quien nació el 30 de noviembre de 1897 en Kansas City, Missouri y falleció el 19 de marzo de 1996 en Brighton, Vermont, Estados Unidos, redefinió la enfermería desde una perspectiva funcional, integrando principios fisiológicos y psicopatológicos, para ella, esta disciplina no tenía una definición rígida, sino que evolucionaría con el tiempo, adaptándose a las necesidades y contextos de cada época.

Se plantea que la enfermería debe garantizar la continuidad del cuidado durante las 24 horas del día, los siete días de la semana, manteniendo una presencia constante junto al paciente. Este enfoque ha contribuido al fortalecimiento de la autonomía profesional de la enfermería como disciplina independiente dentro del sistema de salud (Henderson, 1966).

Además, su teoría de las "Necesidades de Virginia Henderson" establece un modelo que orienta la práctica enfermera, su objetivo principal es fomentar la independencia del paciente durante su proceso de recuperación, permitiéndole restablecerse con mayor rapidez mientras permanece hospitalizado.

Virginia Henderson identificó un conjunto de necesidades fundamentales orientadas al bienestar integral del paciente. Estas necesidades deben ser atendidas por el personal de enfermería con el propósito de favorecer la recuperación, promover la independencia y mejorar la calidad de vida de las personas que requieren atención sanitaria.

A continuación, se explican de manera detallada:

1. Respirar adecuadamente

La respiración es un proceso esencial para la vida, y cualquier alteración en este intercambio de gases puede afectar la salud de la persona, la enfermera debe estar atenta a cualquier dificultad respiratoria, observar la postura del paciente, identificar sonidos anormales al respirar y vigilar la presencia de secreciones. También es fundamental controlar la frecuencia y el ritmo respiratorio, asegurarse de que las vías estén despejadas y mantener un ambiente con una temperatura y circulación de aire adecuadas.

2. Alimentarse e hidratarse correctamente

El organismo necesita nutrientes y líquidos para funcionar correctamente, el personal de enfermería debe conocer la dieta indicada para cada paciente, considerando sus necesidades nutricionales, prescripción médica y preferencias individuales. También es importante prestar atención al apetito, estado de ánimo, horarios de alimentación, capacidad para masticar y tragar, así como a factores culturales y religiosos que puedan influir en la alimentación.

3. Eliminar desechos corporales de manera adecuada

Un organismo sano elimina regularmente heces, orina, sudor, flema y, en el caso de las mujeres, la menstruación, es fundamental evaluar el control y la efectividad del paciente en estas funciones, prestando especial atención a su higiene íntima para evitar infecciones y otras complicaciones.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

La movilidad influye directamente en el nivel de independencia del paciente. Es tarea de la enfermería fomentar el movimiento, motivando a la persona a realizar ejercicios y actividades físicas adaptadas a su condición. Siempre se deben considerar las limitaciones causadas por la enfermedad, el tratamiento o posibles discapacidades físicas.

5. Descansar y dormir bien

El descanso constituye un elemento fundamental en el proceso de recuperación, destacándose que, durante el sueño, el organismo lleva a cabo mecanismo de reparación y restablecimiento tanto a nivel físico como mental. Por ello, la enfermera debe garantizar condiciones que favorezcan un reposo adecuado, especialmente durante la noche. Asimismo, es necesario identificar y controlar factores que puedan interferir con el sueño, como el exceso del ruido, la iluminación inadecuada o variaciones en la temperatura del entorno.

6. Vestirse y desvestirse con facilidad

La ropa es más que una necesidad básica; también forma parte de la identidad de una persona, poder elegir y ponerse la vestimenta propia refuerza la autonomía y autoestima del paciente. Además, la vestimenta cumple un papel importante en la protección del cuerpo y el mantenimiento de la intimidad.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los rangos normales

El organismo humano mantiene habitualmente la temperatura corporal que oscila entre 36,5 y 37 °C., no obstante, diferentes factores pueden alterar la percepción de frio o calor en el paciente. En este sentido, la enfermera debe

procurar condiciones que garanticen el confort térmico, facilitando el cambio de vestimenta cuando sea necesario, regulando la temperatura del ambiente y promoviendo medidas complementarias como la adecuada hidratación o el uso de mantas para conservar el calor corporal.

8. Mantener una higiene corporal adecuada

La higiene personal constituye un componente esencial del cuidado integral del paciente, no solo refleja el estado de salud, sino que también incluye de manera significativa en su bienestar psicológico. Durante el banco, es necesario considerar la frecuencia con la que se realiza, los productos de higiene empleados y el nivel de independencia de la persona. Mantener una adecuada limpieza corporal favorece la sensación de bienestar, fortalece la autoestima y contribuye positivamente al estado de ánimo.

9. Prevenir riesgos y evitar poner en peligro a otros

La seguridad del paciente es primordial, se debe evaluar si la persona puede moverse sola sin correr riesgos o si necesita supervisión constante para evitar accidentes, también es importante asegurarse de que sus acciones no comprometan la seguridad de quienes lo rodean.

10. Expresar emociones, necesidades, temores y opiniones

El bienestar emocional es tan relevante como el bienestar físico. La enfermera debe promover un ambiente donde el paciente se sienta cómodo para comunicarse y expresar sus emociones; mantener una interacción social activa ayuda a prevenir el aislamiento y contribuye a la salud mental.

11. Actuar de acuerdo con las propias creencias y valores

Cada persona tiene principios y valores que guían su manera de vivir. Es esencial respetar la cultura y creencias del paciente, ya que estos aspectos influyen en su toma de decisiones y en su actitud frente a la enfermedad e incluso la muerte.

12. Sentirse útil y lograr objetivos personales

Tener metas y alcanzarlas es clave para la autoestima; la enfermera debe motivar al paciente a desarrollar pequeñas metas que le den un sentido de logro y productividad, ya que esto puede mejorar su estado de ánimo y contribuir a su bienestar general.

13. Participar en actividades recreativas

El entretenimiento es una parte esencial de la vida, mantenerse ocupado en actividades recreativas contribuye a la salud mental y emocional; es importante conocer los gustos del paciente y alentarlo a realizar actividades que lo motiven y le generen satisfacción.

14. Aprender y satisfacer la curiosidad personal

El aprendizaje continuo y el desarrollo de nuevas habilidades fortalecen la mente. Fomentar la curiosidad y el conocimiento en los pacientes ayuda a mantener su mente activa y les brinda una sensación de crecimiento personal (García-Moyano et al., 2023).

Figura 11.

Dorothea Orem – Teoría del Autocuidado



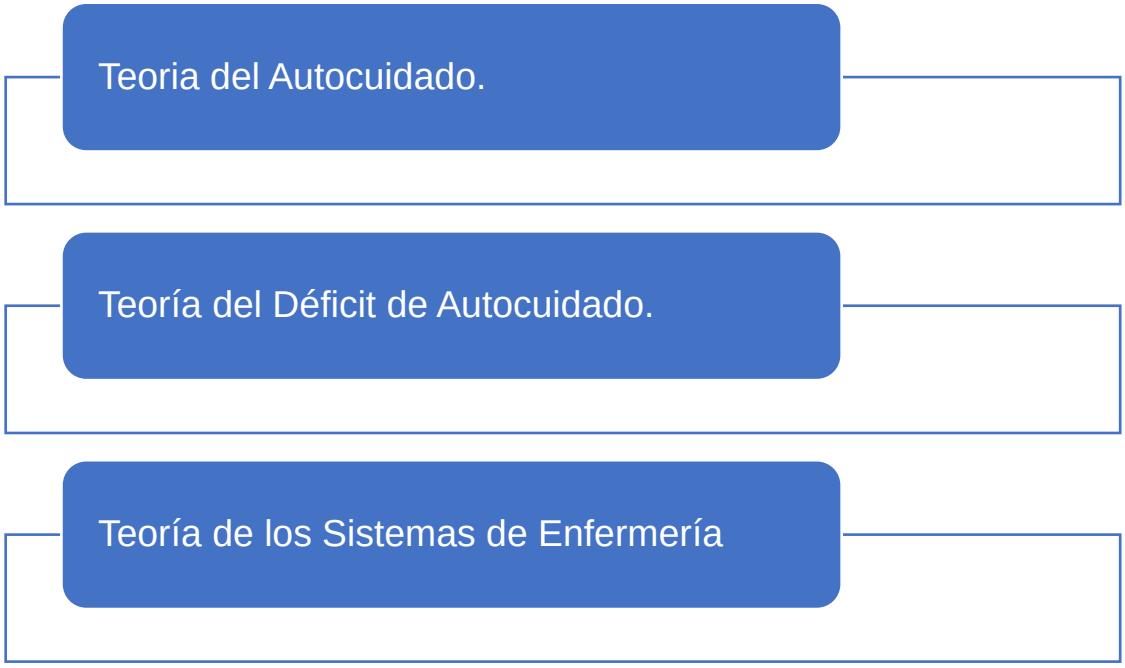
Nota: Retrato fotográfico histórico de profesional vinculada al desarrollo teórico de la enfermería en el siglo XX (circa 1985). Imagen utilizada con fines académicos y educativos. **Fuente:** National Library of Medicine. Portrait photograph of nursing scholar, late 20th century [photograph]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c.1985.

Dorothea Elizabeth Orem nació el 15 de julio de 1914 en Baltimore, Maryland, y falleció el 22 de junio de 2007 en Salvaje, Maryland, Estados Unidos. Fue una de las principales teóricas de la enfermería del siglo XX y es reconocida por el desarrollo de la teoría del déficit de Autocuidado.

Su propuesta teórica se fundamenta en la capacidad que poseen las personas para llevar a cabo acciones dirigidas al cuidado de sí mismas. Orem definió el autocuidado como el conjunto de actividades que los individuos realizan de manera deliberada para preservar la vida, mantener la salud y promover el bienestar. Cuando esta capacidad se ve limitada o insuficiente, surge la necesidad de la intervención enfermera, orientada a apoyar, guiar o compensar dicho déficit.

Figura 12.

La teoría se estructura en tres conceptos principales



Nota: El gráfico representa los tres componentes de la teoría de Orem, que explican el autocuidado, sus déficits y la intervención de enfermería para responder a las necesidades de la persona. Elaboración Propia

A continuación, se detalla cada una de las teorías mencionadas en la figura:

1. **Teoría del Autocuidado**: Explica que los seres humanos tienen la responsabilidad de satisfacer sus propias necesidades básicas de salud.

2. **Teoría del Déficit de Autocuidado**: Ocurre cuando una persona no puede atender sus propias necesidades de salud, ya sea de forma parcial o total. En estos casos, la enfermería interviene para cubrir esas carencias.

3. **Teoría de los Sistemas de Enfermería**: Describe cómo la enfermería actúa según el nivel de dependencia del paciente. Puede ser un **sistema totalmente compensatorio** (cuando el paciente no puede hacer nada por sí mismo), **parcialmente compensatorio** (cuando necesita ayuda en algunas actividades) o **de apoyo-educación** (cuando el paciente solo requiere orientación para auto cuidarse).

La Teoría del Autocuidado de Orem ha sido fundamental en la enfermería moderna, ya que enfatiza la autonomía del paciente y la labor de la enfermería como un apoyo estratégico para fomentar la independencia y la recuperación de la salud.

Figura 13.

Marjory Gordon – Teoría de los patrones funcionales



Nota: Retrato fotográfico de Marjory Gordon (circa 1980), reconocida por el desarrollo de los Patrones Funcionales de Salud. Imagen de archivo utilizada con fines académicos.
Fuente: Gordon M. Portrait photograph of Marjory Gordon [photograph]. Boston (MA): Boston College; c.1980.

Marjory Gordon nació el 10 de noviembre de 1931 en Cleveland, Ohio, Estados Unidos, y falleció el 29 de abril de 2015 en Boston, Massachusetts. Fue reconocida por desarrollar el modelo de los Patrones Funcionales de Salud, una propuesta metodológica que transformó el proceso de valoración en enfermería.

Este modelo ofrece una estructura sistemática para evaluar de manera integral el estado de salud del paciente, permitiendo identificar necesidades, riesgos y posibles alteraciones. A partir de esta valoración organizada, el profesonal de enfermería puede planificar intervenciones fundamentadas y diseñar planes de cuidado más precisos y efectivos.

La teoría se basa en 11 patrones funcionales, que abarcan diferentes aspectos de la vida y salud del paciente:

1. **Percepción-manejo de la salud**: Cómo la persona percibe su estado de salud y sus hábitos de autocuidado.
2. **Nutricional-metabólico**: Evaluación de la alimentación, hidratación y estado metabólico.
3. **Eliminación**: Funcionamiento del sistema urinario, intestinal y cutáneo.
4. **Actividad-ejercicio**: Nivel de movilidad, capacidad física y actividades diarias.
5. **Sueño-descanso**: Calidad y cantidad del sueño y su impacto en la salud.
6. **Cognitivo-perceptual**: Funcionamiento sensorial, cognitivo y percepción del dolor.
7. **Autopercepción-autoconcepto**: Autoimagen, autoestima y estado emocional.
8. **Rol-relaciones**: Relaciones interpersonales y desempeño en sus distintos roles sociales.
9. **Sexualidad-reproducción**: Funcionamiento y satisfacción en la vida sexual y reproductiva.
10. **Adaptación-tolerancia al estrés**: Mecanismos de afrontamiento y manejo del estrés.
11. **Valores-creencias**: Principios éticos, espirituales y culturales que influyen en la salud (Alligood, 2018).

Este modelo ha sido ampliamente utilizado en enfermería, ya que proporciona una estructura organizada para evaluar a los pacientes, facilitando la identificación de problemas y la planificación de intervenciones adecuadas.

Figura 14.

Jean Watson – Teoría del Cuidado Humano



Nota: Jean Watson, reconocida por el desarrollo de la Teoría del Cuidado Humano o Teoría del Cuidado Transpersonal. Imagen utilizada con fines académicos.**Fuente:** Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Rev ed. Boulder (CO): University Press of Colorado; 2008.

Jean Watson nació el 10 de junio de 1940 en Williamson, Virginia Occidental, Estados Unidos, y actualmente reside en Boulder, Colorado. Es reconocida por el desarrollo de la Teoría del Cuidado Humano, una propuesta que resalta la dimensión ética, humanística y transpersonal de la enfermería.

Su enfoque teórico enfatiza la importancia de la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente, promoviendo un cuidado integral fundamentado en la compasión, la empatía y la conexión humana. Watson sostiene que la práctica de la enfermería trasciende la atención técnica o biomédica, al centrarse en el bienestar emocional, espiritual y físico de la persona, integrando así una visión holística del cuidado.

La teoría se basa en cuatro conceptos:

1. **Persona**: Se ve al paciente como un ser integral con cuerpo, mente y alma.
2. **Salud**: No solo la ausencia de enfermedad, sino el equilibrio físico, mental y espiritual.
3. **Entorno**: Influye en el bienestar del paciente y en su proceso de sanación.
4. **Cuidado**: La esencia de la enfermería, que promueve la sanación a través del amor, la empatía y la conexión genuina.

Watson también desarrolló los "Diez Factores del Cuidado Caritativo", principios que guían la práctica de la enfermería humanizada (Watson, 2008).

Los 10 factores son:

1. Formar sistemas de valores humanísticos-altruistas.
2. Infundir fe y esperanza.
3. Cultivar una sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.
4. Desarrollar una relación de ayuda y confianza.
5. Promover la expresión de sentimientos.
6. Usar la resolución de problemas para la toma de decisiones.
7. Promover la enseñanza-aprendizaje.
8. Promover un ambiente de apoyo.
9. Ayudar con la gratificación de las necesidades humanas.
10. Permitir el desarrollo existencial-fenomenológico (Bolaños Nagua et al., 2025).

Su enfoque ha sido clave para la evolución de la enfermería, promoviendo un cuidado más humano, holístico y centrado en el paciente (Alligood, 2018).

Figura 15.

Imogene Martina King – Teoría del Alcance de Metas



Nota: Imogene Martina King (1923–2007), reconocida por el desarrollo de la Teoría del Logro de Metas. Imagen utilizada con fines académicos. **Fuente**: King IM. A theory for nursing: Systems, concepts, process. New York: Wiley; 1981.

Imogene Martina King fue una influyente teórica y educadora en enfermería, reconocida por el desarrollo de la Teoría del Logro de Metas en la década de 1960. Su propuesta constituye un aporte significativo para la disciplina, al concebir el cuidado como un proceso dinámico e interactivo entre la enfermera y el paciente, orientado a la identificación y consecución de objetivos de salud mutuamente establecidos (King, 1981).

La teoría se estructura en torno a tres sistemas interrelacionados que permiten comprender la complejidad del ser humano en su contexto: el sistema personal, el sistema interpersonal y el sistema social. El sistema personal considera al individuo como un ser único e integral, incluyendo elementos como la percepción, el autoconcepto, el crecimiento y desarrollo, la imagen corporal y las dimensiones de espacio y tiempo. Este marco conceptual facilita que la

enfermera adapte las intervenciones de cuidado a las características particulares y necesidades específicas del paciente, promoviendo así una atención individualizada y participativa (King, 1981).

El sistema interpersonal se centra en las relaciones y la comunicación entre personas, destacando elementos como la interacción, la transacción, los roles y el estrés. En este ámbito, la enfermera y el paciente establecen una comunicación abierta y efectiva que facilita la identificación de problemas, el intercambio de información y la negociación de metas conjuntas. La comunicación clara y la transacción entendida como la acción recíproca entre ambos son fundamentales para un cuidado exitoso.

Por último, el sistema social amplía el contexto hacia la estructura social y organizacional en la que se desenvuelven las personas, incluyendo factores como la autoridad, el poder, el estatus y la toma de decisiones. Este sistema reconoce que la salud está influida no solo por el individuo y sus relaciones directas, sino también por condiciones sociales, culturales y organizativas.

El eje central de la teoría es la interacción entre enfermera y paciente, en la que ambos colaboran activamente para identificar necesidades, establecer objetivos y planificar acciones para alcanzarlos. King definió la enfermería como un proceso de acción, reacción e interacción, donde la comunicación es la herramienta clave para compartir percepciones, resolver problemas y lograr metas comunes. La salud se concibe como un estado dinámico que requiere un ajuste constante frente a factores internos y externos, y el propósito del cuidado es ayudar al paciente a utilizar sus recursos para alcanzar su máximo bienestar.

Desde un punto de vista práctico, la teoría orienta a las enfermeras a realizar una valoración integral basada en los tres sistemas para luego establecer metas específicas, medibles, alcanzables, relevantes y temporales. A partir de ello, se diseñan planes de cuidado personalizados con seguimiento continuo para evaluar el progreso y ajustar la atención según las respuestas del paciente.

La importancia de esta teoría radica en su énfasis en la colaboración y el empoderamiento del paciente, fomentando su participación activa en el cuidado,

lo que mejora la calidad de la atención y los resultados en salud. Además, su enfoque sistémico permite abordar no solo las dimensiones físicas, sino también las psicológicas, sociales y culturales que afectan la salud. La Teoría del Logro de Metas de Imogene King es un modelo integral y aplicable que fortalece la práctica enfermera mediante una interacción efectiva y un trabajo conjunto con el paciente, orientado a alcanzar objetivos que favorecen su bienestar y autonomía. Su legado continúa siendo una base fundamental para la formación, investigación e intervención clínica en enfermería.

Figura 16.

Madeleine Leininger – Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural



Nota: Retrato fotográfico histórico (circa 1985). Imagen optimizada digitalmente mediante herramientas de inteligencia artificial (OpenAI, 2025) con fines académicos y de ilustración científica. **Fuente:** Portrait photograph of nursing theorist, late 20th century [photograph]. s.l.: s.n.; c.1985.

Nació el 13 de julio de 1925 en Sutton, Nebraska, Estados Unidos y falleció el 10 de agosto de 2012 en Omaha, Nebraska, Estados Unidos.

Madeleine Leininger, enfermera y antropóloga estadounidense, es reconocida mundialmente como la pionera de la enfermería transcultural y creadora de la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural. Su formación

académica abarcó un diploma en enfermería, una maestría en enfermería psiquiátrica y un doctorado en antropología social y cultural, lo que le permitió fusionar de manera profunda la antropología con la enfermería para abordar el cuidado desde una perspectiva culturalmente sensible.

La base de su teoría sostiene que el cuidado es el elemento central y distintivo de la enfermería, y que para brindar una atención efectiva y humana es fundamental entender las diferencias culturales que influyen en las creencias, valores y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad. Leininger define la enfermería transcultural como el estudio comparativo y análisis de las diversas culturas y subculturas, con el fin de generar conocimientos que permitan adaptar el cuidado a las particularidades culturales de cada paciente.

Uno de los aportes más destacados de esta teoría es el Modelo del Sol Naciente, en la década de 1970 para plasmar los componentes esenciales de su teoría y poder llevarla a la práctica, representa este modelo con un círculo en el que la mitad superior representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que tiene cada persona, los cuales influyen en los cuidados y en la salud. En la mitad inferior del círculo, muestra la práctica enfermera más específica, sin dejar de tener en cuenta los factores más genéricos, las dos mitades unidas forman un sol entero, que significa el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud.

La teoría transcultural del cuidado establece dos nociones fundamentales para la práctica enfermera: la diversidad cultural y la universalidad cultural.

- ✓ La primera hace referencia a las diferencias existentes entre grupos culturales en relación con valores, creencias y prácticas vinculadas al cuidado de la salud.
- ✓ La segunda identifica aquellos elementos del cuidado que son comunes a todas las culturas y que constituyen bases compartidas del bienestar humano.

Estas perspectivas permiten al profesional de enfermería reconocer cuándo es necesario adaptar las intervenciones para respetar las particularidades culturales

del paciente, sin perder de vista los principios universales que sustentan la promoción de la salud y la calidad del cuidado (Leininger, 1991).

En la práctica clínica, la aplicación de esta teoría implica realizar una valoración cultural del paciente para identificar sus creencias, prácticas y necesidades específicas. Con esta información, la enfermera planifica y lleva a cabo cuidados culturalmente adecuados, lo que mejora la efectividad del tratamiento, la satisfacción del paciente y reduce posibles conflictos culturales, este enfoque contribuye a humanizar la atención y a optimizar los resultados en poblaciones culturalmente diversas, algo especialmente relevante en sociedades cada vez más multiculturales.

Finalmente, la importancia de la teoría de Leininger radica en haber incorporado la dimensión cultural en la educación, investigación y práctica de la enfermería, consolidando la enfermería transcultural como un campo esencial para formar profesionales competentes y sensibles a la diversidad humana. Su legado sigue vigente como referencia para el desarrollo de políticas y estrategias de cuidado que valoran y respetan la riqueza cultural de los pacientes.

Glosario

Adaptación: Proceso mediante el cual una persona ajusta su comportamiento para responder a cambios en el ambiente, según el Modelo de Adaptación de Roy.

Cuidado transcultural: Propuesta de enfermería que adapta el cuidado a las creencias, valores y prácticas culturales del paciente, desarrollada por Madeleine Leininger.

Disciplina enfermera: Es el campo de conocimiento científico propio de la profesión de enfermería, que estudia el cuidado del ser humano en todas las etapas de su vida y en constante interacción con su entorno. Esta disciplina se fundamenta en teorías, modelos, investigaciones y prácticas clínicas que permiten comprender, explicar e intervenir en los procesos de salud y enfermedad desde una perspectiva integral, humanista y científica.

Enfermería moderna: Es la práctica profesional de la enfermería tal como se entiende en la actualidad, basada en el conocimiento científico, la investigación, la ética y un enfoque centrado en el paciente. Surge a partir del trabajo de Florence Nightingale en el siglo XIX, quien introdujo conceptos clave como la higiene, la observación clínica y la formación profesional del personal de enfermería.

Enfermería psicodinámica: Es un enfoque de la enfermería que se basa en principios de la psicología dinámica o psicoanalítica, y que considera que la relación entre la enfermera y el paciente influye profundamente en el proceso de cuidado y recuperación, este modelo, desarrollado por Peplau, destaca la importancia de la relación interpersonal terapéutica, donde la enfermera actúa no solo como cuidadora, sino también como guía, apoyo emocional y facilitadora del crecimiento personal del paciente.

Enfoque holístico: Perspectiva integral en el cuidado de enfermería que considera a la persona como un ser complejo y multidimensional, integrando sus aspectos físicos, emocionales, sociales, culturales y espirituales, este enfoque busca entender al paciente en su totalidad, no solo tratar síntomas o

enfermedades aisladas, para promover un bienestar global y personalizado que favorezca la salud y la calidad de vida.

Metaparadigma: Es el nivel más alto de abstracción del conocimiento disciplinar. Se refiere a los cuatro conceptos centrales y universales que toda teoría o modelo de enfermería debe considerar: Metaparadigma de enfermería = Persona + Entorno + Salud + Cuidado o Enfermería.

Modelo: Representación simbólica de la realidad, una imagen mental, cada modelo refleja un diferente posicionamiento filosófico, en forma cognitiva, modalidades prácticas de cada grupo particular de personas de una disciplina, las bases de las líneas de investigación.

Paradigma: En enfermería, un paradigma establece cómo se conciben los conceptos clave como la persona, la salud, el entorno y el cuidado, y cómo se relacionan entre sí, es una visión general del mundo que orienta la práctica, la investigación y la enseñanza enfermera.

Sistemas de enfermería: Son estructuras organizadas de acciones, recursos y relaciones diseñadas para proporcionar cuidados al individuo, la familia o la comunidad, de forma planificada y coherente, con base en necesidades identificadas de salud. Desde una perspectiva teórica, se refiere a los modelos que organizan la práctica enfermera, considerando la interacción de múltiples elementos: paciente, enfermera, entorno, recursos disponibles y metas de salud.

Teoría: Conjunto organizado de conceptos y afirmaciones que explican fenómenos de cuidado y orientan la práctica, la investigación y la enseñanza. La teoría pretende dar respuestas a problemas reales de forma práctica de una disciplina ofreciendo una explicación coherente y fundamentada.

Banco de preguntas

1. **¿Cuál es la teorizante que hace hincapié en la relación entre el paciente y el profesional de enfermería?**
   a. Florence Nightingale.
   b. Dorothea Orem.
   c. Hildegard Peplau.
   d. Martha Rogers.

2. **Indique a que término corresponde lo siguiente: "Se define como un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión previa de lo que va a ocurrir".**
   a. Modelo.
   b. Teoría.
   c. Rol.
   d. Paradigma.

3. **En la visita domiciliaria de enfermería detecta un grupo de pacientes con hábitos de tabaquismo, como parte de su trabajo, sus pacientes establecen un compromiso individual y grupal por modificar este hábito. ¿Cuál de las siguientes tiene mayor aplicabilidad en la situación antes expuesta?**
   a. Teoría de Hidelgard E. Peplau.
   b. Filosofía de Florence Nightingale.
   c. Filosofía de Virginia Henderson.
   d. Teoría de Nola J. Pender.

4. **Como enfermera/o de la comunidad, usted atiende a un paciente con tuberculosis pulmonar. Como dato significativo de su historia psicosocial se destacan las malas condiciones socioeconómicas del paciente. ¿En cuál de las filosofías, teorías o modelos de Enfermería, se destaca este factor dentro del entorno como supuesto principal?**
   a. Filosofía de Florence Nightingale.
   b. Filosofía de Virginia Henderson.

c. Teoría de Hidelgard E. Peplau.
d. Teoría de Nola J. Pender.

5. **En una visita domiciliaria a una comunidad indígena, usted se integra a la comunidad reconociendo que la salud y los cuidados se ven influidos por elementos como valores culturales, estructura social y que el cuidado humano varía de unas culturas a otras en sus expresiones, procesos y pautas. ¿Cuál teorizante utiliza este enfoque?**
   a. Virginia Henderson.
   b. Martha Rogers.
   c. Madeleine Leininger.
   d. Dorothea Orem.

6. **Usted como líder del servicio de Emergencia debe orientar al personal de nuevo ingreso para evitar dificultades, a pesar de su experiencia en otras áreas. La inducción es necesaria para orientar al personal de enfermería ya que se enfrenta a un área desconocida. ¿A qué teorizante hace referencia?**
   a. Patricia Benner.
   b. Madeline Leininger.
   c. Jean Watson.
   d. Kristen Swanson.

7. **Como profesional de enfermería, debe brindar cuidado interpersonal para promover la salud y prevenir la enfermedad a través de las intervenciones en su quehacer diario, permitiendo generar la curación del cuerpo y alma. ¿A qué teorizante hace referencia?**
   a. Jean Watson.
   b. Patricia Benner.
   c. Kristen Swanson.
   d. Madeline Leininger.

8. **¿Cuál referente teórico es la indicada para brindar cuidados a pacientes que presentan dificultad en la movilización y déficit en el autocuidado?**
   Dorothea E. Orem.

a. Hildegard Peplau.
b. Nola Pender.
c. Florence Nightingale.

9. **¿Cuál es la autora cuya teoría tiene como objetivo identificar modos adaptativos fisiológicos, psicológicos, sociológicos y de dependencia - independencia en el paciente?**
   a. Hildegard Peplau.
   b. Madeleine Leininger.
   c. Callista Roy.
   d. Dorothea Orem.

10. **Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina. ¿Cuáles son los conceptos globales del metaparadigma enfermero?**
    a. Entorno, teorías, cuidado y enfermería.
    b. Persona, entorno, cuidado y salud.
    c. Cuidado, enfermería, relaciones y salud.
    d. Salud, persona, enfermería y cuidado.

Referencias Bibliográficas

Alligood, M. R. (2018). *Modelos y teorías en enfermería* (9.ª ed.). Elsevier.

Bolaños Nagua, F. C., Pinduisaca Quito, G. N., Tenelema Morocho, S. R., Mora Morejón, F. M., & Jiménez Juela, N. D. (2025). Aplicación de la teoría de Jean Watson en servicios de urgencia: Una revisión sistemática de la literatura. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 9*(2), 5040-5061. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.17256

García-Moyano, L., Pérez-García, E., & López-Medina, I. (2023). Aplicación del modelo de Virginia Henderson en el cuidado integral del paciente: Una revisión sistemática. *Enfermería Global, 22*(1), 456-470. https://revistas.um.es/enfermeria/article/view/456789

Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. Macmillan.

King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. Wiley.

Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.

Pinargote Chancay, R. del R., Villegas Chiriboga, M. E., Castillo Merino, Y. A., Merino Conforme, M. C., Alonso Muñiz, G. R., Jaime Hernandez, N. K., Riofrio Pinargote, C. A., Quijije Segovia, S. K., Alcázar Pichucho, M. T., & Pincay Pin, V. E. (2018). *Fundamentos teóricos y prácticos de enfermería* (1.ª ed.). MAWIL. https://www.mawil.us/wp-content/uploads/2021/04/fundamentos-teoricos-y-practicos-de-enfermeria.pdf

Romero-Ponce, A. C., Sanmartin-Romero, M. A., & Aguilar-Ramirez, M. P. (2023). Eclampsia: Abordaje enfermero basada en la teoría de Dorothea

Orem: A propósito de un caso. *Polo del Conocimiento, 8*(1), 231-246. https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5071

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.

Capítulo III:

Bases Conceptuales del PAE



Capítulo III: Bases Conceptuales del PAE

3.1. Introducción

3.1.1.Propósito del capítulo:

Este capítulo del libro profundiza los fundamentos teóricos y conceptuales del proceso de cuidado de enfermería, en este sentido explica cómo este proceso, a través de sus diversas etapas, emerge como un instrumento importante para la planificación e implementación sistemática de la atención basándose en las necesidades individuales del ser humano; enfatiza la importancia de brindar una atención de alta calidad, caracterizada por la humanización y la eficacia, con el paciente como punto de partida; asegurando no solo el logro de la recuperación física sino también el fomento del bienestar emocional, social y espiritual del paciente.

Además, se examinan los principios fundamentales que rigen la práctica de la enfermería, junto con los marcos teóricos que respaldan cada fase del proceso, mejorando así la base del conocimiento de los profesionales de enfermería para permitirles tomar decisiones informadas y reflexivas que promuevan la salud y el bienestar de los pacientes.

3.1.2.Características del Proceso de Atención de Enfermería:

La disciplina de enfermería, desde su creación, ha incluido múltiples responsabilidades, por lo cual el profesional de enfermería abordó diligentemente los requisitos de salud y bienestar del paciente y, al mismo tiempo, se aseguró de que se cumplieran los protocolos de saneamiento ambiental, asociando a su práctica integralmente las funciones del fisioterapista, farmacéutico, nutricionista y trabajador social. La enfermera, en calidad de proveedora de cuidados de la salud, satisfizo de manera integral las diversas necesidades del paciente. En la época contemporánea, el proceso de atención de enfermería es reconocido mundialmente como la piedra angular de la práctica profesional de enfermería. Su implementación no solo garantiza la prestación de una atención segura y de alta calidad, sino que también refleja la capacidad de

las enfermeras para adoptar un pensamiento crítico, actuar con empatía y defender la toma de decisiones clínicas basada en la evidencia.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) constituye el método científico que orienta la práctica profesional, permitiendo brindar cuidados sistemáticos, organizados y centrados en la persona. Su aplicación garantiza una intervención fundamentada en el conocimiento disciplinar, favoreciendo la toma de decisiones clínicas y la calidad de la atención.

Figura 17.

Características del PAE



Nota: Elaborado por los autores con base en el Grupo de especialistas en cuidados básicos en enfermería. Proceso y técnicas en los cuidados básicos de Enfermería. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021.

En este orden de ideas, las características del PAE evidencian su carácter estructurado, universal y dinámico, permitiendo organizar el cuidado en etapas interrelacionadas y orientadas a objetivos concretos, por lo cual este enfoque favorece la continuidad asistencial, fortalece el pensamiento crítico del profesional y consolida la autonomía disciplinar de la enfermería dentro del sistema de salud.

A lo largo de la historia, diversos factores han incidido de manera determinante en la configuración y evolución de la práctica enfermera, incluyendo cambios políticos, sociales, tecnológicos, científicos, educativos y económicos. No

obstante, pese a estas transformaciones, las necesidades del paciente han permanecido como el eje central del quehacer profesional, constituyendo la prioridad fundamental en la atención brindada por la enfermera. Los elementos antes mencionados han influenciado para la aparición de diversas teorías, disciplinas y modelos simultáneamente que modifican la noción general de cuidado de la salud y abordan adecuadamente las necesidades del paciente, pasando de la función de proveedor a la de administrador. Como resultado de este desarrollo, ahora puede centrarse en los aspectos fundamentales de su experiencia en enfermería especializada para abordar los desafíos relacionados con los pacientes de manera efectiva. El procedimiento mediante el cual se logra este objetivo se denomina proceso de enfermería.

3.1.3.Importancia del proceso de atención de enfermería:

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) constituye un marco esencial que dirige la práctica profesional de la enfermería. Su importancia está en el hecho de que proporciona una organización estructural y un apoyo empírico a cada intervención ejecutada por el personal de enfermería, lo que garantiza la prestación de una atención segura, individualizada y de alta calidad para cada paciente (Roy & Andrews, 2005).

Este proceso no solo facilita una evaluación y comprensión holísticas del paciente, teniendo en cuenta sus dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales, sino que también mejora la toma de decisiones clínicas basada en la evidencia, el análisis crítico y la empatía profesional.

La implementación del PAE implica interactuar con el paciente desde un punto de vista humanista, ético y profesional, discernir sus necesidades reales, establecer prioridades, diseñar intervenciones significativas y evaluar permanentemente los resultados. En esencia, proporciona cuidados y se convierte en una práctica planificada, con conocimiento y compasión.
Además, el PAE fortalece la autonomía profesional del enfermero, incrementa su visibilidad dentro del equipo de salud y favorece la continuidad asistencial

mediante la elaboración de registros claros y sistemáticos que fundamentan las decisiones clínicas

El Proceso de Atención de Enfermería es importante porque le permite al profesional hacer uso de esta herramienta fundamental para asegurar la calidad, efectividad y personalización de los cuidados en la atención al paciente, familia y comunidad, por ser un método en el que se puede analizar ordenadamente los aspectos de la salud que están alterados para poder intervenir y luego evaluar el impacto de la intervención de enfermería. A demás proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería (Zamora Editores, s. f.).

En conclusión, el PAE representa más que un simple enfoque metodológico: encarna el compromiso de honrar la dignidad de las personas que necesitan atención, proporcionando una atención médica personalizada y eficaz, imbuida de un profundo sentido de responsabilidad ética y social.

3.2. Principales características del Proceso de Atención de Enfermería

El PAE como herramienta fundamental guía el cuidado profesional, organizado y humanizado del paciente. Se caracteriza por ser sistemático, individualizado, científico y flexible, permitiendo valorar de forma integral las necesidades físicas, emocionales y sociales de cada persona. A través de sus etapas, garantizando así una atención continua, segura y basada en evidencia, fortaleciendo el vínculo terapéutico y favoreciendo la recuperación y bienestar del paciente.

Las principales características que se puede mencionar son:

- Aplicabilidad global, es una metodología universal que puede aplicarse a cualquier paciente, sin importar su edad, género, condición médica o ubicación. Esto garantiza que el proceso sea efectivo en diversos contextos y para diversas poblaciones (Alfaro-LeFevre, 2014).
- Lenguaje accesible para los profesionales, utiliza una terminología técnica y científica que es comprensible para todos los miembros del equipo sanitario. Esto facilita la comunicación y la colaboración entre los profesionales de distintas disciplinas en el cuidado del paciente.

- Enfoque centrado en el paciente, el cual es el centro del proceso de atención, garantizando que sus necesidades, preocupaciones y objetivos sean la principal prioridad. La relación directa entre el paciente y el profesional asegura que el cuidado sea personalizado a cada situación.

- Enfoque orientado a la solución, diseñado para identificar problemas específicos de salud y planificar intervenciones para abordarlos de manera efectiva. El proceso tiene un objetivo claro: proporcionar soluciones prácticas que mejoren el bienestar del paciente.

- Tiene 5 etapas clínicas: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación. Estas etapas no son lineales, sino que se repiten de manera continua, permitiendo que el cuidado se adapte según la evolución del paciente.

3.3. Objetivos del PAE en Enfermería

El objetivo principal del (PAE) es proporcionar atención de alta calidad, centrada en el paciente y adaptada a sus necesidades particulares.
Para lograrlo, los enfermeros deben realizar una evaluación exhaustiva de la condición del paciente y sus necesidades, utilizando esta información para crear un plan de cuidado personalizado que aborde de manera específica las necesidades de cada individuo.

Algunos de los objetivos fundamentales del PAE son:

- Proporcionar una atención de enfermería individualizada y personalizada al paciente.
- Identificar y evaluar las necesidades del paciente para proporcionar cuidados adecuados y efectivos.
- Ayudar al personal de enfermería a organizar y planificar sus cuidados, asegurando una gestión eficiente del tiempo y los recursos.
- Promover la colaboración y la comunicación entre el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.

- Fomentar el desarrollo profesional y la actualización de conocimientos del personal de enfermería.
- Evaluar la eficacia de los cuidados de enfermería y realizar cambios según sea necesario para mejorar la atención al paciente.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Trazar objetivos y actividades que se pueden evaluar.
- Mantiene una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

3.4. Contexto histórico:

El PAE surge como una respuesta sistemática a la necesidad de proporcionar la atención de enfermería con un marco científico y profesional distinto, lo que facilita su diferenciación de otras disciplinas de la salud y lo afirma como un dominio autónomo de conocimiento.

A medida que avanzaba el siglo XX, la profesión de enfermería comenzó a transformarse de una práctica orientada a las tareas a una disciplina caracterizada por marcos teóricos, fundamentos científicos y procesos cognitivos independientes. Fue en este entorno donde, durante las décadas de los cincuenta y sesenta, surgieron las conceptualizaciones iniciales del PAE como un enfoque sistemático para brindar una atención personalizada.

En este sentido, el PAE se materializó como un proceso cíclico que abarca cinco etapas distintas: evaluación, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Cada una de estas fases permite a los profesionales lograr una comprensión integral del individuo, sus necesidades, valores y circunstancias contextuales, lo que facilita una atención centrada en la dignidad humana.

En un principio, el ejercicio de la enfermería abarcaba numerosos papeles. El profesional de enfermería se centraba en las medidas de consuelo y en el mantenimiento de un entorno higiénico, desempeñar los papeles del

farmacéutico, dietista, fisioterapeuta y asistente social formaban parte de la práctica de la enfermería. Además de realizar actividades médico-delegadas (Kassandra & Ramírez., 2014).

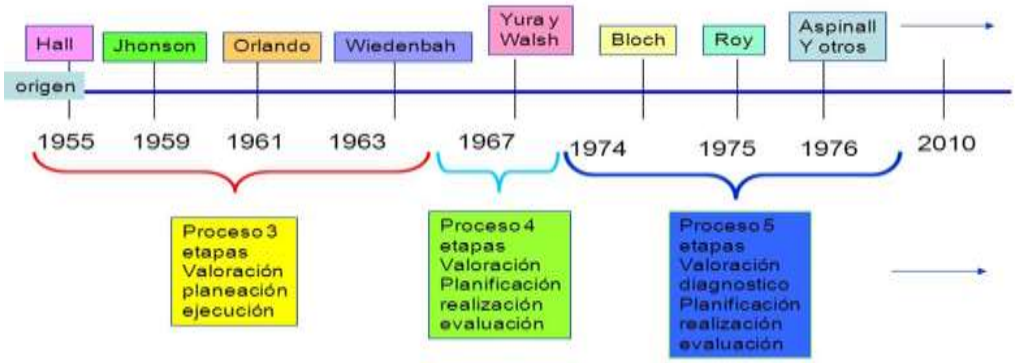
El Proceso de Atención de Enfermería se originó en 1955, cuando Lydia Hall, lo define como como un proceso que constaba de 3 etapas, valoración, planeación y ejecución, con el fin de que las Enfermeras tomaran decisiones de manera lógica y sistemática. Dorothy Jhonson en 1959 propuso la idea de que la enfermería debe centrarse en el comportamiento de la persona, más que en su estado de salud o condición de la enfermedad, concentrándose en las necesidades humanas, promoviendo el equilibrio y disminución del estrés.

Ida Orlando en 1961 dentro de su teoría, permite a las enfermeras crear un plan de atención de enfermería eficaz que también se puede adaptar fácilmente cuando surja alguna complicación con el paciente y Wiedenbach en 1963, junto a las antes mencionadas, introdujeron el modelo de tres pasos en el proceso de enfermería: Identificar la ayuda necesaria, prestar esa ayuda y verificar que la ayuda fue proporcionada. Todas ellas desarrollaron un proceso en el que contenía elementos rudimentarios considerando así un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución).

Yura y Walsh en 1967 crearon describen un proceso con cuatro fases: Valoración, planificación, ejecución y evaluación en el primer texto impreso y fue Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más que establecieron las cinco actuales fases al añadir la etapa diagnóstica; quedando de la siguiente manera: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen (4,5).

Figura 18.

Evolución histórica del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).



Nota: Representa la evolución histórica del Proceso de Atención de Enfermería, mostrando la transición desde modelos iniciales de tres etapas hasta la estructura actual de cinco fases del PAE (10). **Fuente:** Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Proceso y diagnóstico de enfermería; 1997.

3.5. Definición del Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una herramienta profesional que guía el cuidado que brinda la enfermera o el enfermero, con conocimiento profundo del paciente, no solo de su enfermedad, sino de su historia, su entorno y sus emociones, para proporcionarle cuidados que realmente respondan a sus necesidades básicas (Alfaro-LeFevre, 2015).

El PAE es una forma organizada y reflexiva de cuidar, que permite planificar y evaluar cada intervención de enfermería de manera lógica, respetuosa y científica. Más allá de una técnica, es una manera de acompañar al paciente con empatía y responsabilidad en cada etapa de su proceso de salud (Potter et al., 2019).

El Proceso de Atención de Enfermería es el camino que recorre la enfermera junto al paciente para identificar sus necesidades, decidir qué cuidados son los más adecuados, llevarlos a cabo con sensibilidad y luego valorar si han sido efectivos. Se trata de un proceso dinámico que pone en el centro a la persona, su dignidad y su bienestar (Carpenito-Moyet, 2015).

El PAE es una estrategia sistemática que permite a las y los profesionales de enfermería tomar decisiones fundamentadas, personalizar el cuidado y garantizar que cada paciente reciba atención segura, oportuna y basada en evidencia científica, sin dejar de lado el trato humano y compasivo (Alfaro-LeFevre, 2014b).

El PAE es el corazón del trabajo de enfermería. A través de las etapas correspondientes y descritas con antelación, así entonces, el profesional se asegura de ver al paciente como un todo, no como un número o una cama más, sino como un ser humano con necesidades físicas, emocionales y sociales (Yura & Walsh, 2011).

3.6. Concepto general

El Proceso de Enfermería es definido como la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, que permite sistematizar el cuidado de manera lógica, racional y humanista. Se compone de cinco fases interrelacionadas que se procesan en el siguiente orden: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, acciones (intervención) y evaluación (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Además, es considerado como un todo, cíclico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas, cuyas fases de actuación son concretas que tienen carácter operativo, conocidas como etapas y son las cinco de las que se encuentran en otros documentos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

El proceso de atención de enfermería es un enfoque sistemático que guía a las enfermeras en la entrega de una atención efectiva e individualizada a los pacientes. Considerando que las etapas o metodología previamente identificadas están estructuradas, no solo mejora los resultados de los pacientes, sino que también facilita la colaboración interdisciplinaria y la coordinación de la atención entre los equipos de atención médica (Alfaro-LeFevre, 2015).

Tomando como referencia los conceptos antes mencionados, se puede decir que; el proceso de enfermería es constante; es decir, los elementos que lo integran siguen un orden lógico, pero en cualquier momento pueden intervenir más de uno de ellos. Es un método mediante el cual el personal de enfermería utiliza todos sus conocimientos y habilidades para desempeñar sus funciones a favor de los cuidados a sus pacientes.

El proceso de enfermería es el método científico simplificado que se caracteriza por la sistematización lógica, que permite predecir el resultado de la intervención de enfermería en el cuidado de las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad ante problemas de salud reales o potenciales.

- **Objetivo del proceso**: Mejorar la calidad de vida del paciente y la eficiencia del cuidado mediante una intervención organizada.

3.7. Etapas del proceso de atención de enfermería

- **Valoración:** Es la recopilación de datos completos sobre el estado de salud del paciente, incluyendo factores físicos, psicológicos y sociales.

Figura 19.

Fases del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).



Nota: El esquema representa las cinco fases del Proceso de Atención de Enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, organizadas de forma cíclica, lo que permite la continuidad y retroalimentación del cuidado.

- **Diagnóstico**: Consiste en identificar problemas de salud con base en datos de valoración lo que orienta la planificación de la atención.
- **Planificación:** Desarrollar un plan de atención que describe intervenciones específicas de enfermería adaptadas a las necesidades del paciente.
- **Ejecución**: Implementar las intervenciones planificadas mientras se garantiza la seguridad y comodidad del paciente.
- **Evaluación**: Valora la efectividad de la atención brindada de acuerdo con el plan y reprogramar de acuerdo con la necesidad (Potter et al., 2019).

3.8. Importancia de la atención holística

El proceso de atención de enfermería enfatiza la atención holística, abordando no solo los aspectos físicos de la salud sino también las dimensiones emocional y social. Por ejemplo, aplicar modelos como el modelo de adaptación de Callista

Roy, el cual permite a las enfermeras considerar la familia del paciente y los mecanismos de afrontamiento, potenciando los resultados de recuperación (Alfaro-LeFevre, 2020).

Si bien el proceso deatención de enfermería es esencial para la prestación de atención estructurada, algunos argumentan que puede ser demasiado rígido, limitando potencialmente la flexibilidad necesaria en entornos clínicos dinámicos. Esta perspectiva resalta la necesidad de adaptabilidad dentro del proceso de enfermería para satisfacer las diversas necesidades de los pacientes de manera efectiva.

3.9. Teorías y Modelos que Fundamentan el Proceso de Atención de Enfermería

1. **Teoría del cuidado de Virginia Henderson**: Se enfoca en la independencia del paciente y las 14 necesidades básicas del ser humano.
2. **Modelo de adaptación de Callista Roy**: Aplica el proceso de enfermería para ayudar a los pacientes a adaptarse a cambios.
3. **Teoría del cuidado humano de Jean Watson**: La importancia radica en la relación enfermera-paciente y el cuidado como un acto de amor y respeto.
4. **Teoría de Madeline:** fue la pionera en desarrollar la enfermería transcultural. A través de su trabajo, incentivó a los profesionales a mirar más allá de la enfermedad y centrarse en el ser humano con su cultura, creencias, valores y contexto social.
5. **Otros modelos y teorías**: Breve mención de otros modelos relevantes (como el de Dorothea Orem, Betty Neuman, entre otros)

Banco de preguntas

1. **Don Miguel, de 78 años, acude a consulta por cansancio frecuente. Durante la entrevista, menciona que desde el fallecimiento de su esposa ha perdido el apetito y el interés por sus actividades favoritas.**

   ¿Cuál sería la acción más adecuada en la etapa de valoración del PAE:

   a. Verificar únicamente los signos vitales del paciente.
   b. Registrar el peso y antecedentes médicos sin considerar el aspecto emocional.
   c. Explorar también sus emociones y estado anímico, además de los datos físicos.
   d. Decirle al paciente que vuelva si los síntomas persisten.

2. **Elena, de 40 años, con diagnóstico de diabetes mal controlada, muestra signos de desmotivación y falta de adherencia al tratamiento.**

   ¿Cuál de los siguientes diagnósticos de enfermería refleja mejor su situación en caso de encontrarse hospitalizado el paciente o la paciente?

   a. Riesgo de infección.
   b. Manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con falta de motivación.
   c. Patrón de sueño alterado, relacionado con descoordinación del pensamiento.
   d. Ansiedad relacionada con entorno hospitalario no favorable.

3. **Andrés, adolescente con fractura de fémur, expresa frustración por depender de otros para su aseo.**

   ¿Qué intervención refleja un plan centrado en sus necesidades?

   a. Exigirle que se adapte rápidamente a su situación.
   b. Pedirle a la familia que lo controle más estrictamente.
   c. Prohibirle cualquier movimiento para evitar riesgos.
   d. Fomentar su autonomía mediante actividades que pueda realizar por sí mismo.

4. **Lucía, de 55 años, recién diagnosticada con cáncer de mama, llora durante su aseo diario. ¿Cuál sería la intervención más humanizada durante esta etapa?**
    a. Continuar el aseo sin interrupciones.
    b. Decirle que no se preocupe, que todo estará bien.
    c. Acompañarla en silencio, permitiéndole expresar sus emociones mientras se realiza el cuidado.
    d. Llamar al médico para que le dé un tranquilizante.

5. **Mario, de 70 años, post operado de cadera, fue sometido a un plan de movilización progresiva. ¿Qué acción representa correctamente la evaluación del plan?**
    a. Observar si logró desplazarse con menor ayuda y comparar con los objetivos planteados
    b. Se lo felicita sin realizar comprobaciones.
    c. Registrar en la hoja de enfermería que ya camina solo.
    d. Suspender el plan sin consultar al equipo.

6. **Beatriz, paciente oncológica, comenta sentirse sola y sin propósito desde su diagnóstico. ¿Qué actitud del profesional refleja una atención holística?**
    a. Enfocarse únicamente en controlar el dolor.
    b. Escucharla activamente, considerando su estado emocional y fomentar el acompañamiento familiar.
    c. Derivarla al área de psicología sin más interacción.
    d. Minimizar sus sentimientos para que no afecten el tratamiento.

7. **Un paciente con enfermedad crónica se muestra confundido y su familia solicita ajustes en el tratamiento. ¿Cómo debe proceder el profesional de enfermería dentro del marco del PAE?**
    a. Cumplir con lo solicitado por la familia sin más.
    b. Consultar con otros profesionales, valorar la condición del paciente y tomar decisiones basadas en evidencia.
    c. Transferir la decisión al médico sin intervenir.

d. Evitar involucrarse en situaciones familiares.

8. El equipo de salud discute el plan de cuidado de una paciente con insuficiencia cardíaca. ¿Qué facilita el uso del PAE en este contexto?

a. Agiliza la prescripción de medicamentos.
b. Permite emitir juicios personales sin afectar la comunicación.
c. Ofrece un lenguaje común para comunicar necesidades y acciones de forma clara y científica.
d. Sustituye la necesidad de trabajo interdisciplinario.

9. Clara, enfermera de hospital, propone una estrategia educativa para mejorar el autocuidado en pacientes hipertensos.

¿Qué aspecto del PAE está fortaleciendo con esta acción?

a. La ejecución técnica del tratamiento.
b. La autonomía profesional basada en evidencia y planificación de cuidados.
c. La delegación de funciones al personal auxiliar.
d. La reducción de tiempos de atención.

10. Durante una clase, una estudiante pregunta por qué el PAE tiene cinco etapas.

¿Cuál sería la respuesta más adecuada?

a. Fue una decisión reciente para hacerlo más complejo.
b. Se adoptó por recomendación de la OMS.
c. Porque la evaluación se repite y se cuenta dos veces.
d. Porque a partir de 1974, se añadió la etapa diagnóstica al modelo inicial, respondiendo a la evolución teórica del cuidado.

Referencias Bibliográficas

Alfaro-LeFevre, R. (2014a). Aplicación del proceso de enfermería: Promoviendo el cuidado colaborativo (7.ª ed.). Elsevier.

Alfaro-LeFevre, R. (2014b). Applying nursing process: The foundation for clinical reasoning (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Alfaro-LeFevre, R. (2015). Aplicación del proceso de enfermería: Base para la práctica profesional (8.ª ed.). Elsevier.

Alfaro-LeFevre, R. (2020). Aplicación del proceso de enfermería: Fundamentos para el razonamiento clínico (9.ª ed.). Elsevier.

Carpenito-Moyet, L. J. (2015). Diagnósticos enfermeros: Aplicación a la práctica clínica (14.ª ed.). Elsevier.

Enfermería Virtual. (s. f.). Ida Jean Orlando: Teoría del proceso de enfermería. https://enfermeriavirtual.com/ida-jean-orlando-teoria-del-proceso-de-enfermeria/

Hospital Provincial Neuquén Dr. Castro Rendón. (2020). El proceso de atención de enfermería [Material complementario de enfermería comunitaria]. https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf

Kassandra, A. T., & Ramírez, E. G. (2014, 7 de julio). El proceso de enfermería. WordPress. https://elprocesodeenfermeria.wordpress.com/tag/lydia-hall/

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Guía metodológica para la aplicación del proceso de atención de enfermería en el primer nivel de atención. Dirección Nacional de Normatización. https://www.salud.gob.ec/

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2019). Fundamentos de enfermería (9.ª ed.). Elsevier.

Roy, C., & Andrews, H. A. (2005). Teoría de la adaptación en enfermería: Modelo de Roy (2.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.

Yura, H., & Walsh, M. (2011). El proceso de enfermería: Una herramienta para la práctica (5.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.

Zamora Editores. (s. f.). Manual de enfermería (3.ª reimp.). Zamora Editores.

Capítulo IV:

Etapas del PAE: (Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación)



Capítulo IV: Etapas del PAE: (Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación)

Autora: Mgt. Sandra Restrepo Almache

4.1. Introducción al proceso de atención de enfermería (PAE)

El PAE es un método sistémico y organizado que requiere un entrenamiento específico, tener conocimientos y habilidades prácticas que proporcionan las herramientas para brindar cuidado, abordando las dimensiones de forma holística, a partir de una interacción directa con el paciente, su familia y entorno social (UNIR, 2025). ¿Alguna vez te has preguntado cómo las enfermeras logran organizar y priorizar los cuidados que salvan vidas día a día? Esta capacidad no surge por casualidad, sino que se basa en un método estructurado llamado proceso de atención de enfermería. Dominar este proceso es clave para brindar un cuidado de calidad que marque la diferencia entre una atención común y una excelente (Coavas Martínez, 2023). Conocer y aplicar correctamente las cinco etapas del proceso enfermero es fundamental para ofrecer intervenciones seguras, efectivas y fundamentadas en la evidencia científica, A continuación, exploraremos en detalle las cinco fases del PAE y cómo se implementan en la práctica clínica (UNIR, 2025).

4.2. Etapas del proceso de atención de enfermería

4.2.1.Valoración

La valoración es una etapa esencial del proceso de atención de enfermería, caracterizada por ser un procedimiento planificado, sistemático, continuo y deliberado. Su objetivo principal es obtener, registrar e interpretar información relevante que permita comprender la situación de salud del paciente, así como la de su familia y comunidad.

Se considera un proceso porque está dirigido hacia un propósito claro y definido. Además, es planificada, ya que se realiza de forma lógica y organizada, con una estructura diseñada previamente es sistemática, dado que sigue un orden y una metodología específica para su desarrollo. La valoración es continua, pues

comienza desde el primer contacto con el paciente o su ingreso a la unidad de atención y se mantiene a lo largo de todo el proceso hasta el desenlace final. Finalmente, es deliberada, ya que requiere una actitud consciente, intencional y reflexiva por parte del profesional que la realiza.

Esta etapa combina dos acciones fundamentales: la recolección de datos y la organización de la información recopilada, lo que permite avanzar hacia el diagnóstico de enfermería. Para que la valoración sea completa, es necesario considerar tanto datos objetivos como subjetivos. Los datos objetivos incluyen mediciones concretas y verificables, como la temperatura, la presión arterial o los resultados de laboratorio. Por otro lado, los datos subjetivos provienen de la experiencia y percepción que el paciente comparte sobre su estado de salud. La integración de ambas fuentes ofrece una visión integral y profunda de la condición clínica y personal del paciente, lo que es vital para tomar decisiones acertadas y brindar un cuidado de calidad (Segovia, 2018; UNIR, 2025).

4.3. Obtención y Recolección de Datos en Enfermería

La obtención y recolección de datos es una actividad fundamental en el proceso de atención de enfermería, ya que representa el primer contacto con el paciente, su familia y/o comunidad. Este proceso comienza desde el momento en que se recibe al paciente y se mantiene de forma progresiva a lo largo de todas las etapas del cuidado. La información obtenida es esencial para realizar un diagnóstico preciso y planificar cuidados individualizados.

4.3.1. Tipos de datos

Los datos recolectados pueden clasificarse en;

- Datos subjetivos: Son las percepciones, opiniones, sentimientos y síntomas que el paciente refiere sobre sí mismo y su estado de salud. Estos datos no pueden ser constatados directamente por el profesional, pero son esenciales para comprender la experiencia del paciente Ejemplos incluyen el dolor, la ansiedad o la frustración.
- Datos objetivos: Son observables, medibles y verificables, como la temperatura corporal, presión arterial, aspecto de la piel, resultados de laboratorio y signos clínicos evidentes.

Ambos tipos de datos pueden ser:

- Históricos: Información referente a eventos pasados, tanto personales como familiares, que pueden influir en la salud actual, como antecedentes de enfermedades, hábitos (por ejemplo, tabaquismo), hospitalizaciones previas o cirugías.
- Actuales: Datos relacionados con la situación de salud presente, como signos vitales, síntomas actuales o evolución de una enfermedad.

También se distinguen:

- Datos variables: Aquellos que pueden cambiar con el tiempo, como la presión arterial o la ansiedad.
- Datos constantes: Información estable que no cambia, como una mastectomía previa o una enfermedad crónica diagnosticada.

Fuentes de Obtención de Datos

Las enfermeras pueden obtener información de diversas fuentes, que se dividen en:

- Fuentes primarias: Información obtenida directamente del paciente mediante la entrevista, observación, exploración física y estudios complementarios.
- Fuentes secundarias: Datos proporcionados por familiares, el expediente clínico, otros profesionales de salud o referencias bibliográficas.

4.4. Métodos y Técnicas para la Recolección de Datos

Para garantizar una valoración completa y precisa, se utilizan tres técnicas principales:

4.4.1.Observación

La observación es una habilidad esencial dentro del trabajo de enfermería, ya que permite al profesional captar y comprender las características y acontecimientos que afectan a las personas bajo su cuidado. Este proceso no solo se basa en la vista, sino que involucra también otros sentidos como el oído, el tacto y el olfato, lo que en conjunto facilita una percepción más completa y precisa de la situación del paciente.

Esta técnica se fundamenta en el método científico, pues posibilita la verificación empírica de los hechos durante la valoración. Los datos obtenidos a través de la observación se registran cuidadosamente en las notas de enfermería, lo cual es fundamental para garantizar la continuidad y coherencia en la atención. Durante la observación, es importante prestar atención a toda la información que el paciente y su entorno proporcionan, para luego seleccionar, organizar e interpretar esos datos de manera sistemática.

La observación estructurada y consciente, apoyada en el uso coordinado de los sentidos (vista, oído, olfato y tacto), ayuda a formular hipótesis sobre el estado del paciente y orienta la planificación de las intervenciones más adecuadas. De esta forma, la observación no solo es un acto pasivo, sino una actividad activa y organizada que requiere disciplina, conocimiento y sensibilidad por parte del profesional de enfermería.

La observación es el primer paso del método clínico y constituye la base para la obtención de información valiosa, tanto verbal como no verbal, que permitirá establecer un diagnóstico acertado y diseñar un plan de cuidados efectivo. Por ello, desarrollar esta competencia es fundamental para brindar una atención integral, segura y centrada en las necesidades reales del paciente.

4.4.2.Entrevista

La entrevista clínica es una herramienta indispensable en la valoración de enfermería, ya que a través de ella se obtiene la mayor cantidad de información relevante sobre el paciente. Existen dos modalidades principales: la entrevista formal, que es una comunicación estructurada con un propósito específico donde la enfermera recopila la historia clínica del paciente, y la entrevista informal, que ocurre de manera espontánea durante la atención cotidiana, en conversaciones más relajadas.

Este proceso cumple con cuatro objetivos fundamentales: recopilar información necesaria para el diagnóstico y planificación del cuidado; facilitar la relación de confianza entre enfermera y paciente; permitir que el paciente participe

activamente en la identificación de sus problemas y metas; y ayudar a la enfermera a detectar áreas que requieren un análisis más profundo durante la valoración.

La entrevista se desarrolla en tres fases: la iniciación, donde se establece un ambiente de confianza y se crea una relación interpersonal positiva; el cuerpo, en el que se obtiene información detallada sobre el motivo de consulta, antecedentes médicos, familiares y aspectos culturales; y el cierre, que consiste en resumir los datos más importantes sin introducir temas nuevos, estableciendo así las bases para la planificación del cuidado.

Desde un punto de vista técnico, la entrevista combina habilidades interpersonales y competencias comunicativas. Es fundamental manejar adecuadamente las posibles interferencias que pueden surgir, como las cognitivas (cuando el profesional no comprende bien el problema), emocionales (reacciones adversas de paciente o enfermera) y sociales (diferencias que dificultan la conexión emocional).

Para fortalecer la comunicación terapéutica, se utilizan estrategias verbales como las preguntas dirigidas para precisar y comprobar la información, la retroalimentación reflexiva para validar y ampliar las respuestas, y expresiones que incentivan la continuidad de la conversación. Del mismo modo, los recursos no verbales —entre ellos la expresión facial, la postura, los gestos, el contacto físico y la modulación de la voz— cumplen una función esencial, ya que con frecuencia transmiten significados y emociones incluso más que el lenguaje verbal.

Finalmente, un buen entrevistador debe poseer cualidades como: la empatía que implica comprender y transmitir esa comprensión al paciente, la calidez expresada principalmente a través del lenguaje no verbal, el respeto hacia las creencias y valores del paciente, la concreción para mantener claros los objetivos compartidos, y la autenticidad, es decir, ser genuino en la comunicación.

En conjunto, la entrevista clínica es mucho más que un simple intercambio de preguntas y respuestas; es un proceso dinámico y humano que sienta las bases para una atención de enfermería centrada, efectiva y respetuosa.

4.5. Exploración física

Cada profesional de enfermería puede optar por un método distinto para llevar a cabo el examen físico. Sin embargo, independientemente de si se realiza siguiendo un orden cefalocaudal (de la cabeza a los pies) o por sistemas y aparatos, es esencial que se apliquen las cuatro técnicas básicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Antes de iniciar, es fundamental explicar al paciente en qué consiste el examen y solicitar su consentimiento para proceder, garantizando así una comunicación respetuosa y un ambiente de confianza.

La exploración física tiene como objetivos principales:

- Profundizar en la comprensión de cómo responde la persona al proceso de enfermedad.
- Crear una base de datos objetiva que permita comparar la evolución del paciente y evaluar la efectividad de las intervenciones.
- Corroborar la información subjetiva obtenida durante la entrevista inicial.

Para ello, la enfermera utiliza las siguientes técnicas:

Inspección: Consiste en observar cuidadosamente al paciente de manera global, identificando características físicas y comportamientos que pueden indicar estados normales o anormales. Se evalúan aspectos como tamaño, forma, posición, color, textura, simetría y movimientos.

Palpación: Esta técnica implica el uso del tacto para explorar las estructuras bajo la piel, determinando características como temperatura, humedad, textura, tamaño, consistencia, movilidad, pulsos y vibraciones. La palpación es especialmente útil en la evaluación de órganos abdominales y permite detectar sensibilidad o dolor. Además, la observación de movimientos corporales y expresiones faciales complementa esta valoración.

Percusión: Consiste en golpear suavemente la superficie corporal con uno o varios dedos para producir sonidos que ayudan a identificar la presencia de estructuras subyacentes. Los sonidos pueden clasificarse en sordos (sobre músculos o huesos), mates (sobre órganos sólidos como hígado o bazo), hiper sonoros (sobre pulmones llenos de aire) y timpánicos (sobre estómago o cavidades llenas de aire).

Auscultación: Se basa en la escucha de los sonidos generados por órganos internos, utilizando principalmente el estetoscopio. Esta técnica permite evaluar la función respiratoria, cardíaca y gastrointestinal, detectando sonidos normales y anormales que orientan el diagnóstico.

4.6. La exploración física es general y específica

4.6.1.Exploración física general

Constituye una parte fundamental en la valoración integral del paciente dentro del proceso de atención de enfermería. No se trata simplemente de una revisión superficial, sino de un examen minucioso y sistemático que permite obtener información objetiva y detallada sobre el estado físico y funcional del individuo. Esta evaluación abarca diferentes aspectos que, en conjunto, ofrecen una visión global del bienestar y posibles alteraciones que puedan requerir intervención.

4.6.2.Condición general

En primer lugar, se observa el estado general del paciente, prestando atención a su higiene personal y presentación. Se evalúa si el paciente mantiene una adecuada limpieza, si su aspecto es cuidado o descuidado, y su capacidad para satisfacer necesidades básicas como la alimentación y la eliminación. Estos aspectos reflejan no solo la salud física, sino también el nivel de autonomía y bienestar psicológico.

4.6.3.Medidas antropométricas

El peso y la estatura son indicadores esenciales para valorar el estado nutricional y la composición corporal, la medición debe realizarse con precisión, utilizando básculas y tallímetros calibrados, para obtener resultados confiables el paciente debe estar erguido, con los talones juntos y sin calzado ni ropa excesiva que pueda alterar el peso.

La estatura se mide colocando una palanca móvil sobre la cabeza sin ejercer presión, registrando la altura en metros o pies, según la unidad de medida local. Estos datos permiten clasificar al paciente en categorías como normo peso, sobrepeso o bajo peso, lo cual es crucial para detectar riesgos nutricionales o metabólicos.

4.6.4.Biotipo

La forma corporal o biotipo es otro aspecto evaluado, ya que influye en la predisposición a ciertas condiciones de salud.

Se reconocen tres tipos principales: el mesomorfo, caracterizado por una estructura atlética y musculosa; el ectomorfo, que presenta un cuerpo delgado y extremidades largas con un metabolismo acelerado; y el endomorfo, que tiende a acumular grasa con un metabolismo más lento.

Esta clasificación ayuda a personalizar las recomendaciones y cuidados.

4.6.5.Postura corporal

La postura refleja el equilibrio y la salud del sistema musculoesquelético, se espera que el paciente mantenga una postura anatómica correcta, con simetría entre ambos lados del cuerpo, hombros alineados, pelvis en posición neutral y rodillas ligeramente flexionadas mirando hacia adelante. Alteraciones como escoliosis (curvatura lateral de la columna), cifosis (curvatura exagerada hacia adelante), hiperlordosis (curvatura lumbar excesiva), o deformidades en las piernas y pies pueden indicar problemas musculares, óseos o neurológicos que requieren atención.

4.6.6.Motricidad y marcha

La evaluación del movimiento y la forma de caminar brinda información sobre la función neuromuscular y la coordinación. Se observa la posición del cuerpo, el balanceo de los brazos y la actitud de la cabeza durante la deambulación. Las alteraciones en la marcha pueden deberse a la edad o a patologías específicas, manifestándose en diversos patrones: la marcha claudicante, donde el paciente detiene la marcha por dolor o calambres; la marcha hemipléjica, típica de lesiones cerebrales; la marcha en tijera, con piernas entrecruzadas; la marcha parkinsoniana, caracterizada por pasos cortos y lentos; y la marcha de pato, con balanceo amplio de caderas. Estos hallazgos se documentan para orientar el plan de cuidados y rehabilitación.

4.6.7.Expresión facial

Los movimientos faciales comunican emociones y estados de ánimo, siendo parte esencial del lenguaje no verbal.

La sonrisa suele comunicar alegría o satisfacción, mientras que la tristeza puede evidenciarse mediante cejas elevadas y la mirada hacia abajo. La ira se manifiesta con una expresión fija y la mandíbula tensa, en tanto que el miedo puede observarse en ojos muy abiertos y la boca entreabierta. Identificar estas manifestaciones facilita comprender el estado emocional del paciente y ofrecer un apoyo acorde a sus necesidades.

4.6.8.Superficie corporal

La piel, mucosas, uñas y cabello son examinados cuidadosamente. Se evalúa la coloración, que puede variar por factores como la raza o la edad, y se buscan signos de palidez, rubor, ictericia, pigmentaciones anormales o cianosis.

La hidratación cutánea se valora observando la humedad y elasticidad, mientras que las uñas se inspeccionan para detectar cambios en color, textura o presencia de infecciones, esta inspección es cuidadosa para respetar la privacidad y comodidad del paciente.

4.6.9.Estado mental

Por último, se evalúa el estado cognitivo y emocional mediante preguntas relacionadas con la orientación temporal (fecha actual), espacial (lugar en el que se encuentra) y personal (edad, domicilio). Asimismo, se analizan el tono de voz y la coherencia del pensamiento como indicadores del funcionamiento mental.
Un paciente orientado en tiempo, espacio y persona, con un tono de voz claro y pensamiento lógico, indica un estado mental adecuado, mientras que desviaciones pueden señalar alteraciones neurológicas o psiquiátricas.
Esta exploración física general proporciona una base sólida para la identificación de problemas de salud, la elaboración de diagnósticos de enfermería y la planificación de intervenciones personalizadas. Además, permite monitorear la evolución del paciente y ajustar los cuidados según sus necesidades cambiantes. Por ello, es imprescindible que el profesional de enfermería realice esta evaluación con rigor, sensibilidad y respeto, garantizando siempre la dignidad y el bienestar del paciente.

4.6.10. Exploración física específica

La exploración física específica representa una etapa crucial dentro del cuidado de enfermería, donde se realiza un examen minucioso de cada región del cuerpo para comprender mejor el estado de salud del paciente. Esta evaluación se lleva a cabo siguiendo un orden lógico, de arriba hacia abajo, lo que facilita una revisión ordenada y completa.

4.6.11. Cabeza y Cara

Al iniciar la valoración, se examina la cabeza con atención a sus estructuras óseas y tejidos que la recubren. Cuando el paciente está en condiciones, se le invita a sentarse para facilitar la inspección. Se busca cualquier irregularidad en la forma del cráneo, además de palpar el cuero cabelludo para detectar signos como lesiones, inflamaciones o cambios en la textura y densidad del cabello. Observar la cara implica analizar la simetría, el color de la piel y cualquier movimiento involuntario que pueda reflejar alteraciones neurológicas o emocionales.

En este sentido los ojos constituyen un indicador importante del estado general de salud; por ello, se examinan las pestañas, la posición de los párpados y la reacción pupilar ante la luz. Asimismo, se verifica la presencia de inflamación u otras alteraciones que puedan comprometer la visión o sugerir la existencia de afecciones sistémicas.

El oído se inspecciona no solo en su forma externa, sino también mediante instrumentos que permiten observar el conducto auditivo y el tímpano, buscando signos de infección o bloqueo. Se indaga también sobre la percepción auditiva y posibles mareos, que pueden estar relacionados con problemas del oído interno. La nariz y la boca completan esta valoración inicial, donde se revisa la simetría, la integridad de las mucosas y la funcionalidad para hablar y tragar, aspectos fundamentales para la comunicación y la nutrición.

4.6.12. Cuello

En el cuello, la exploración se centra en la movilidad, la presencia de masas o inflamaciones y la evaluación de la glándula tiroides. Es importante palpar cuidadosamente para detectar cualquier aumento de tamaño o irregularidad que pueda indicar trastornos endocrinos. Además, se examinan los ganglios linfáticos y los vasos sanguíneos principales para descartar inflamaciones o alteraciones circulatorias.

4.6.13. Tórax y Sistema Respiratorio

La inspección del tórax incluye la observación de la piel, la estructura ósea y el movimiento respiratorio. Se presta especial atención a la simetría y a signos que puedan indicar dificultad para respirar o enfermedades pulmonares. La auscultación es fundamental para escuchar los sonidos respiratorios normales y detectar ruidos anormales que sugieran inflamación o acumulación de líquidos.
En el caso de las mamas, la evaluación cuidadosa busca detectar cambios en la piel, bultos o secreciones, aspectos esenciales para la detección temprana de patologías.

4.6.14. Abdomen

El abdomen se examina con el paciente acostado, observando su forma y cualquier signo visible de anomalías como distensión o cicatrices. La auscultación permite escuchar los sonidos intestinales, mientras que la palpación revela la presencia de masas, sensibilidad o rigidez que podrían indicar problemas digestivos o inflamatorios. La percusión ayuda a identificar la presencia de líquidos o gases anormales.

4.6.15. Genitales y Extremidades

La inspección de los genitales se realiza con respeto y cuidado, evaluando la integridad de la piel y la presencia de signos de infección o inflamación. En las extremidades, se observa la piel, la movilidad articular y la fuerza muscular, además de palpar para detectar dolor o masas. También se evalúan los pulsos periféricos y el estado de las uñas, indicadores importantes de la circulación y la salud general.

4.6.16. Nervios Craneales

Finalmente, dada su relevancia para funciones vitales, se realiza una evaluación específica de los nervios craneales, que controlan desde movimientos hasta la percepción sensorial y la comunicación. Esta valoración permite identificar posibles alteraciones neurológicas que requieren atención inmediata.

I Par Craneal: Olfatorio

Tipo de núcleo: Sensorial

Localización: Epitelio olfatorio en la nariz

Función principal: responsable del sentido del olfato

Método de evaluación: Se utiliza un aroma como jabón o café. Se le pide al paciente que cierre una fosa nasal mientras se acerca el olor para que identifique qué percibe.

II Par Craneal: Óptico

Tipo de núcleo: Sensorial

Localización: Globo ocular

Función principal: Controla la visión tanto central como periférica

Método de evaluación: Se cubre un ojo y se solicita leer un texto o contar dedos, repitiendo luego con el otro ojo.

III Par Craneal: Oculomotor

Tipo de núcleo: Motor

Localización: Parte interna y posterior del globo ocular

Función principal: Controla el movimiento ocular, la elevación del párpado y la constricción de la pupila

Método de evaluación: Se dirige una fuente de luz desde la periferia hacia el centro del ojo para observar la reacción pupilar.

IV Par Craneal: Patético o Troclear

Tipo de núcleo: Motor

Localización: Ojos

Función principal: Permite el movimiento de los ojos hacia abajo y hacia la nariz

Método de evaluación: Se mueve un dedo hacia abajo y hacia la punta de la nariz, pidiendo al paciente que lo siga con la mirada.

V Par Craneal: Trigémino

Tipo de núcleo: Motor y sensorial

Localización: Cara

Función principal: Proporciona sensibilidad a la frente, mejillas, cavidad bucal, fosas nasales y órbitas, además de controlar los músculos para masticar

Método de evaluación: Se pasa un algodón por la frente y mejilla para evaluar sensibilidad; se solicita abrir y cerrar la boca para valorar la función motora.

VI Par Craneal: Motor ocular externo o Abducens

Tipo de núcleo: Motor

Localización: Ojos

Función principal: Controla el movimiento lateral y externo del ojo

Método de evaluación: Se pide al paciente que mire hacia las orejas y siga con la vista un dedo que se mueve formando una X y una línea horizontal.

VII Par Craneal: Facial

Tipo de núcleo: Motor y sensorial

Localización: Cara

Función principal: Responsable de la expresión facial, el sentido del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua, y el control de las glándulas salivales y lagrimales

Método de evaluación: Se solicita al paciente que realice movimientos como arrugar la frente, cerrar los ojos, sonreír, fruncir los labios, mostrar los dientes e inflar las mejillas.

VIII Par Craneal: Auditivo o Vestibulococlear

Tipo de núcleo: Sensorial

Localización: Oído

Función principal: Controla la audición y el equilibrio

Método de evaluación: Se frota cerca del oído para evaluar la percepción auditiva, se pregunta sobre vértigos, se observa la presencia de nistagmo y se aplican pruebas de equilibrio.

IX Par Craneal: Glosofaríngeo

Tipo de núcleo: Motor y sensorial

Localización: Lengua, faringe y laringe

Función principal: responsable del gusto en el tercio posterior de la lengua, sensibilidad y elevación de la faringe, y control de las glándulas parótidas

Método de evaluación: Se pide al paciente que pronuncie “AAA” mientras se observa la elevación del paladar y la posición de la úvula.

X Par Craneal: Neumogástrico o Vago

Tipo de núcleo: Motor y sensorial

Localización: Lengua, faringe y laringe

Función principal: Inerva el pabellón auricular, laringe, tráquea y esófago

Método de evaluación: Igual que el IX par, se observa la elevación del paladar y la posición de la úvula durante la pronunciación de “AAA”.

XI Par Craneal: Espinal

Tipo de núcleo: Motor

Localización: Cuello y hombros

Función principal: Controla los músculos del cuello (trapecio y esternocleidomastoideo) y músculos faríngeos y laríngeos

Método de evaluación: Se solicita al paciente que eleve los hombros y gire la cabeza; además, se evalúa la fonación mediante la conversación.

XII Par Craneal: Hipogloso

Tipo de núcleo: Motor

Localización: Lengua

Función principal: Controla los movimientos de la lengua

Método de evaluación: Se pide al paciente que saque la lengua y se observa si está alineada; también se evalúan dificultades para hablar o tragar.

Una vez concluida la valoración física, mental y social del paciente, la enfermera dispone de una amplia cantidad de información tanto subjetiva como objetiva. Esta recopilación de datos es fundamental para identificar los problemas actuales o posibles riesgos para la salud del paciente. A partir de esta base, la enfermera podrá diseñar y desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería, que será explicado con mayor profundidad en los capítulos siguientes.

Este proceso no solo implica reunir datos, sino también interpretarlos cuidadosamente para establecer prioridades y planificar intervenciones adecuadas y personalizadas. La valoración es, por tanto, el punto de partida esencial que guía todas las acciones posteriores en la atención, asegurando un cuidado integral y centrado en las necesidades específicas de cada persona (3). En resumen, la información obtenida durante la valoración permite a la enfermera tomar decisiones fundamentadas y estructurar un plan de cuidados que promueva la salud, prevenga complicaciones y mejore la calidad de vida del paciente, siguiendo un método científico y sistemático que caracteriza al PAE.

4.7. Organización y Validación de Datos

Una vez recolectados, los datos deben ser validados para asegurar que sean exactos, completos y veraces. Es fundamental confirmar aquellos datos prioritarios o que resulten anómalos para evitar errores en el diagnóstico. Posteriormente, se organizan agrupándolos según las necesidades básicas del paciente, facilitando la identificación de problemas y la planificación de cuidados individualizados.

4.8. Importancia de las Competencias del Profesional de Enfermería

La recolección de datos constituye una fase fundamental en el Proceso de Atención de Enfermería, ya que de su precisión depende la adecuada identificación de las necesidades del paciente y la planificación del cuidado. Para

llevarla a cabo de manera efectiva, el profesional de enfermería debe integrar competencias personales, científicas y técnicas que le permitan valorar de forma integral la situación de salud, interpretar la información obtenida y actuar con criterio clínico. En este sentido, las competencias profesionales se convierten en un elemento clave para garantizar una atención segura, humanizada y basada en la evidencia.

4.8.1.La recolección de datos requiere que el profesional posea:

Convicciones: Actitudes y motivaciones sobre la enfermería, el ser humano, la salud y la enfermedad.
Conocimientos profesionales: Base sólida en anatomía, fisiología, resolución de problemas y toma de decisiones.
Habilidades técnicas y comunicativas: Capacidad para observar sistemáticamente, comunicarse eficazmente y diferenciar entre signos e inferencias.
Flexibilidad y sentido común: Para adaptarse a las circunstancias y tomar decisiones acertadas.

4.8.2.Consideraciones Finales

La valoración inicial busca identificar problemas de salud y factores contribuyentes, mientras que las valoraciones posteriores confirman estos problemas, analizan la evolución del paciente y ajustan el plan de cuidados. Durante todo el proceso, la enfermera debe mantener una actitud de respeto, empatía y profesionalismo, asegurando la confidencialidad y creando un ambiente terapéutico que favorezca la comunicación y la participación activa del paciente (Hidalgo, 2024; Segovia, 2018).

4.8.3.Diagnóstico de enfermería

La segunda fase del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) corresponde al diagnóstico de enfermería, que consiste en un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud reales o potenciales

que requieren la intervención de enfermería para resolverlos o disminuir su impacto. Este diagnóstico es fundamental, ya que proporciona la base para seleccionar las intervenciones enfermeras orientadas a lograr los resultados esperados bajo la responsabilidad del profesional (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2013).

El diagnóstico de enfermería es un enunciado que describe un problema real o potencial del paciente que requiere una intervención específica por parte del profesional de enfermería, con el objetivo de resolverlo o al menos disminuir su impacto. Este proceso permite identificar y formular problemas clínicos que pueden ser abordados de manera autónoma por enfermería o en colaboración con otros profesionales de salud.

Un diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que está presente en el momento actual, mientras que un diagnóstico potencial o de riesgo señala una condición que podría generar dificultades en el futuro si no se interviene adecuadamente. Es importante destacar que el diagnóstico de enfermería no es equivalente al diagnóstico médico; ambos tienen enfoques y objetivos distintos. Mientras el diagnóstico médico identifica enfermedades y condiciones patológicas, el diagnóstico de enfermería se centra en las respuestas humanas a esos problemas de salud (Segovia, 2018).

Las funciones de enfermería se dividen en tres dimensiones según el nivel de autonomía y responsabilidad:

- Dimensión dependiente: Incluye aquellas acciones que requieren prescripción médica, donde la enfermera administra tratamientos indicados por el médico.
- Dimensión interdependiente: Se refiere a intervenciones realizadas en colaboración con otros profesionales de la salud, especialmente en el manejo de complicaciones fisiológicas, donde la enfermera participa en la detección y seguimiento para un tratamiento conjunto.
- Dimensión independiente: Comprende las acciones propias y autónomas de enfermería, que no requieren supervisión externa. Aquí es donde se

ubican los diagnósticos de enfermería y las intervenciones específicas para abordarlos.

El proceso para establecer un diagnóstico de enfermería incluye dos pasos fundamentales:

Identificación de problemas: Consiste en analizar los datos recogidos, tanto objetivos como subjetivos, para plantear hipótesis sobre posibles alteraciones o necesidades del paciente.
Formulación del diagnóstico: Confirmar o descartar las hipótesis mediante la síntesis de la información y redactar el diagnóstico enfermero o los problemas interdependientes.

La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) ha señalado varios beneficios clave de utilizar una taxonomía diagnóstica estandarizada, como la ANDA International (North American Nursing Diagnosis Association International), dado que en la práctica profesional:

Investigación: Facilita la definición clara y universal de problemas de salud que enfermería puede tratar, permitiendo la comparación y aplicación de resultados en diferentes contextos culturales y clínicos.

Docencia: Permite organizar de forma coherente los conocimientos enfermeros y establecer un lenguaje común para la enseñanza y comunicación entre profesionales y estudiantes.

Asistencia: Mejora la organización y profesionalización de los cuidados, centrándose en las respuestas humanas identificadas y aumentando la efectividad de las intervenciones enfermeras.

Gestión: Ayuda a planificar recursos, definir puestos de trabajo, calcular costos reales de los cuidados y establecer criterios para evaluar la calidad de los servicios de enfermería.

Cada diagnóstico aceptado por NANDA se compone de cuatro elementos esenciales:

Etiqueta diagnóstica: Un término o frase que describe concisamente el problema real o potencial.

Definición: Una descripción clara que delimita el significado del diagnóstico y lo distingue de otros similares.

Características definitorias: Signos y síntomas principales que evidencian la presencia del diagnóstico, presentes en la mayoría de los casos.

Factores etiológicos o de riesgo: Elementos fisiopatológicos, ambientales, personales o de maduración que contribuyen al desarrollo del problema.

Existen varios tipos de diagnósticos de enfermería:

Reales: Problemas clínicamente validados con signos y síntomas claros. Se formulan siguiendo el formato PES: problema, etiología y síntomas.

De alto riesgo: Juicios clínicos sobre la vulnerabilidad aumentada del paciente para desarrollar un problema. Incluyen el problema y los factores de riesgo.

Posibles: Enunciados que indican un problema sospechado que requiere confirmación mediante más datos.

De bienestar: Reflejan la capacidad y deseo del paciente o grupo para alcanzar un nivel superior de salud o funcionamiento.

De síndrome: Agrupan diagnósticos reales y de riesgo relacionados con un evento o situación específica.

Al redactar un diagnóstico de enfermería, es fundamental seguir ciertas pautas para garantizar claridad y precisión:

- Utilizar la expresión "relacionado con" para conectar el problema con su etiología, evitando términos como "debido a" que implican causalidad directa.
- Enfocar la primera parte en la respuesta humana y no en actividades de enfermería.

- Basarse en datos objetivos y subjetivos validados, sin emitir juicios de valor.
- Evitar incluir signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No confundir ni sustituir diagnósticos médicos con diagnósticos de enfermería.
- Formular un solo problema por diagnóstico para facilitar la definición de objetivos y plan de cuidados.

En definitiva, el diagnóstico de enfermería es una herramienta clave que permite a los profesionales identificar las necesidades específicas de los pacientes, planificar cuidados efectivos y ejercer su práctica con autonomía y responsabilidad, contribuyendo así a la mejora de la calidad de vida y la salud de las personas (Hidalgo, 2024; Segovia, 2018)

4.9. Planificación de los cuidados de enfermería

Una vez que se ha completado la valoración del paciente y se han identificado tanto los diagnósticos enfermeros como las posibles complicaciones o problemas interdependientes, se avanza a la etapa de planificación de los cuidados o tratamiento enfermero. Esta fase consiste en diseñar y organizar las acciones de enfermería que permitan al paciente prevenir, disminuir o resolver los problemas detectados durante la valoración.

- La planificación se desarrolla en varias etapas fundamentales:

Establecimiento de prioridades: Dado que no siempre es posible abordar todos los problemas simultáneamente, es necesario jerarquizar las necesidades del paciente. Para ello, se consideran criterios como la gravedad, la urgencia y el impacto en la calidad de vida, además de consensuar con el paciente cuáles son sus preocupaciones más importantes.

Planteamiento de objetivos y resultados esperados: Se definen metas claras y alcanzables que reflejan los cambios deseados en la salud o bienestar del

paciente. Estos objetivos deben ser específicos, medibles y centrados en el usuario, facilitando la evaluación posterior.

Elaboración de las intervenciones de enfermería: Se seleccionan las acciones concretas que la enfermera llevará a cabo para alcanzar los objetivos planteados. Estas intervenciones deben estar basadas en la evidencia científica, adaptadas a las características y preferencias del paciente, y pueden incluir desde cuidados técnicos hasta educación y apoyo emocional.

Documentación y registro: Todo el plan de cuidados debe quedar registrado de forma clara y ordenada, garantizando la continuidad y coherencia en la atención, además de facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud.

Por ejemplo, ante un diagnóstico de "patrón respiratorio ineficaz relacionado con alteración de la función respiratoria manifestada por tos persistente", un objetivo podría ser "mejorar el patrón respiratorio". Para ello, las actividades podrían incluir aumentar la ingesta de líquidos para facilitar la expectoración, aconsejar evitar ambientes contaminados o mal ventilados, enseñar técnicas adecuadas para toser y realizar ejercicios respiratorios específicos.

El plan de cuidados es una herramienta dinámica que debe adaptarse a los cambios en la condición del paciente, por lo que se recomienda revisarlo y actualizarlo periódicamente para asegurar que sigue siendo pertinente y efectivo. La planificación en enfermería es un proceso estratégico que organiza y orienta las intervenciones hacia resultados concretos y personalizados, asegurando un cuidado integral, eficiente y centrado en las necesidades reales del paciente (Hospital Provincial Neuquén Dr. Eduardo Castro Rendón, s. f.; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2013).

4.10. Ejecución

La puesta en práctica de las intervenciones planificadas constituye la cuarta fase del Proceso de Atención de Enfermería y se desarrolla mediante tres pasos esenciales para garantizar la efectividad y seguridad del cuidado.

El primer paso es la preparación, que implica revisar cuidadosamente las intervenciones propuestas para asegurarse de que el plan de cuidados sigue siendo adecuado a la situación actual del paciente. Esto incluye identificar si han surgido nuevos problemas o si existen datos recientes que requieran modificar el plan original. Además, se debe valorar si el paciente posee los conocimientos y habilidades necesarias para participar activamente en las intervenciones. También es fundamental reunir y organizar todos los recursos materiales y humanos necesarios, así como preparar un entorno seguro y adecuado para la realización de las actividades.

El segundo paso es la realización de las actividades, donde se ejecutan las intervenciones prescritas, manteniendo una valoración continua de la respuesta del paciente. Esta vigilancia permite detectar si el plan debe mantenerse o ajustarse en función de la evolución y nuevos datos clínicos. La enfermera puede llevar a cabo las intervenciones directamente o delegar en otros profesionales calificados, siempre supervisando y asegurando la calidad de la atención.

Finalmente, el tercer paso es el registro de las intervenciones y la respuesta del paciente, que es fundamental para documentar las acciones realizadas y los resultados obtenidos. Este registro garantiza la continuidad del cuidado, facilita la comunicación entre el equipo de salud y permite evaluar la efectividad del plan. En conjunto, esta fase es crucial para transformar la planificación en acciones concretas que impactan positivamente en la salud y bienestar del paciente, asegurando un cuidado integral, personalizado y basado en la evidencia (Bellido Vallejo & Lendínez Cobo, 2010).

4.11. Evaluación

La evaluación es una etapa presente a lo largo de todo el Proceso de Atención de Enfermería ~~(PAE),~~ realizándose de manera continua en cada una de sus fases para garantizar la calidad y efectividad del cuidado brindado. En la fase de valoración, se evalúa la cantidad y calidad de los datos recopilados para asegurar que sean suficientes y adecuados para emitir un diagnóstico enfermero preciso. Durante la etapa de diagnóstico, se verifica que el diagnóstico formulado sea correcto y pertinente a la situación del paciente.

En la planificación, la evaluación se enfoca en determinar si los objetivos planteados y las intervenciones propuestas son realistas y alcanzables, lo que puede llevar a la necesidad de ajustar o revisar el plan de cuidados. Durante la ejecución, se monitorea la respuesta del paciente a las intervenciones, lo que permite decidir si se debe mantener, modificar, revisar o suspender el plan según la evolución observada.

En esta última fase del proceso, la enfermera analiza en qué medida la condición inicial del paciente ha cambiado como resultado de las intervenciones realizadas. Se evalúa el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos y, en función de ello, se decide si es necesario introducir modificaciones en el plan de cuidados para optimizar los resultados y continuar ofreciendo una atención personalizada y efectiva.

En resumen, la evaluación no es un paso aislado, sino un componente dinámico y constante que asegura que el cuidado de enfermería se adapte a las necesidades cambiantes del paciente, promoviendo su bienestar y facilitando la toma de decisiones clínicas fundamentadas (Bellido Vallejo & Lendínez Cobo, 2010).

Glosario

Auscultación: Escuchar los sonidos producidos por órganos internos, generalmente con un estetoscopio.

Biotipo: Clasificación del cuerpo humano según su forma y características, como mesomorfo, ectomorfo o endomorfo.

Datos constantes: Información estable que no varía, como cicatrices o enfermedades crónicas.

Datos objetivos: Información que puede ser medida y comprobada, como la temperatura corporal o la presión arterial.

Datos subjetivos: Información basada en lo que el paciente siente o percibe, como dolor o ansiedad.

Datos variables: Información que puede cambiar con el tiempo, como la presión arterial.

Diagnóstico: Determinación de los problemas de salud basándose en los datos obtenidos durante la valoración.

Entrevista: Conversación estructurada o informal con el paciente para obtener información relevante.

Evaluación: Etapa final del proceso en la que se analiza la eficacia de las intervenciones realizadas.

Exploración física: Revisión sistemática del cuerpo para identificar posibles alteraciones o problemas.

Expresión facial: Gestos y movimientos del rostro que reflejan emociones y estados de ánimo.

Fuentes primarias: Información obtenida directamente del paciente.

Fuentes secundarias: Datos proporcionados por familiares, registros médicos u otros profesionales de la salud.

Historial clínico: Documentación que recoge los antecedentes médicos y de salud del paciente.

Inspección: Observación minuciosa y visual del paciente durante la exploración física.

Intervención: Conjunto de acciones planificadas y llevadas a cabo por el personal de enfermería para abordar los problemas identificados.

Marcha: Manera en que una persona camina, que puede revelar alteraciones neuromusculares.

Medidas antropométricas: Evaluación de parámetros como peso, altura y composición corporal.

Motricidad: Habilidad para realizar movimientos y coordinar acciones físicas.

Observación: Técnica que utiliza los sentidos para captar signos y detalles clínicos del paciente.

Palpación: Uso del tacto para detectar características físicas como textura, temperatura o masas.

Percusión: Golpeteo suave sobre ciertas áreas del cuerpo para obtener información sobre órganos internos.

Postura corporal: Posición y alineación del cuerpo tanto en reposo como en movimiento.

Proceso de Atención de Enfermería (PAE) (Proceso de Atención de Enfermería): Es un método estructurado y ordenado que orienta la prestación del cuidado de enfermería.

Valoración: Primera fase del PAE, en la que se recopila información detallada sobre el estado del paciente.

Banco de preguntas

1. **Una mujer de 65 años llega a urgencias quejándose de un dolor abdominal fuerte acompañado de náuseas. La enfermera toma su temperatura (38.5°C), nota que la piel está pálida y registra el dolor con una intensidad de 8 sobre 10.**

   ¿En qué fase del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se encuentra la enfermera?

   A) Diagnóstico

   B) Valoración

   C) Intervención

   D) Evaluación

2. **Durante la entrevista, un paciente manifiesta sentirse nervioso ante una cirugía próxima. La enfermera anota sus expresiones y observa que evita mirar directamente a los ojos.**

   ¿Qué tipo de información está recopilando la enfermera?

   A) Datos objetivos

   B) Datos subjetivos

   C) Información secundaria

   D) Datos constantes

3. **Una enfermera revisa el historial clínico y consulta con los familiares para obtener antecedentes de hipertensión en un paciente que está inconsciente.**

   ¿Qué fuente de información está utilizando principalmente?

   A) Fuente primaria

   B) Fuente secundaria

   C) Información directa

   D) Datos objetivos

4. **Al evaluar a un niño, la enfermera observa que presenta dificultades para mantener el equilibrio y se cae con frecuencia al caminar.**

¿Qué aspecto está siendo evaluado?

A) Tipo corporal

B) Postura

C) Coordinación motora y forma de caminar

D) Expresión facial

5. **Durante el examen físico, la enfermera utiliza un estetoscopio para escuchar los sonidos respiratorios de un paciente asmático.**

   ¿Qué técnica está empleando?

   A) Palpación

   B) Percusión

   C) Inspección

   D) Auscultación

6. **Un adulto mayor acude a consulta por una reciente pérdida de peso. La enfermera mide su peso y altura, calcula el índice de masa corporal y evalúa su estado nutricional.**

   ¿Qué procedimiento está realizando la enfermera?

   A) Medición antropométrica

   B) Evaluación postural

   C) Entrevista

   D) Observación

7. **Una paciente con antecedentes de mastectomía llega para revisión y la enfermera anota esta información en la historia clínica.**

   ¿Cómo se clasifica este dato?

   A) Actual

   B) Variable

   C) Constante

   D) Subjetivo

8. **Al entrar a la habitación, la enfermera nota que un paciente tiene un aspecto descuidado, con ropa sucia y mal olor corporal.**

¿Qué aspecto de la valoración está identificando la enfermera?

A) Medidas antropométricas

B) Estado general

C) Tipo corporal

D) Motricidad

9. **Durante la entrevista, la enfermera pregunta sobre la alimentación, hábitos de sueño y antecedentes familiares de enfermedades.**

   ¿En qué parte de la entrevista se encuentra?

   A) Inicio

   B) Desarrollo

   C) Cierre

   D) Evaluación

10. **Un paciente se queja de dolor de cabeza y la enfermera palpa la frente para verificar temperatura y sensibilidad.**

    ¿Qué técnica de exploración física está utilizando?

    A) Inspección

    B) Palpación

    C) Percusión

    D) Auscultación

Referencias Bibliográficas

Bellido Vallejo, J. C., & Lendínez Cobo, J. F. (Coords.). (2010). *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.

Coavas Martínez, A. L. (2023). Aplicación de concepciones y supuestos teóricos de Neuman en el proceso de atención de enfermería en persona con síndrome epiléptico: Reporte de caso. *Salud Uninorte*, *39*(3), 1225–1238.

Hidalgo, N. (2024). *Proceso de enfermería: Guía teórico-práctica para dar respuesta a las necesidades en salud* (1.ª ed.). Elsevier.

Hospital Provincial Neuquén Dr. Eduardo Castro Rendón. (s. f.). *Proceso de atención de enfermería*. Servicio de Enfermería.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2013). Proceso de atención de enfermería (PAE). *Revista de Salud Pública del Paraguay*, *3*(1).

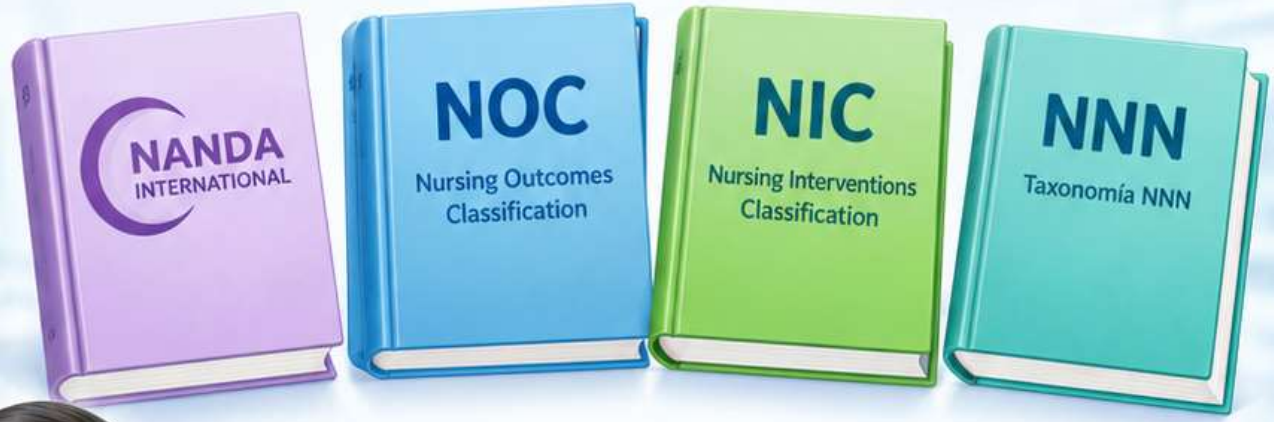
Segovia, D. (2018). *Fundamentos teóricos y prácticos de enfermería* (1.ª ed.). MAWIL.

UNIR. (2025), *Etapas del proceso de atención de enfermería*. Actualidad UNIR. https://ecuador.unir.net/actualidad-unir/etapas-proceso-atencion-enfermeria/

Capítulo V

Historia y Aplicación del Modelo NANDA-NOC-NIC en el Proceso de Atención de Enfermería

Los ejes de la taxonomía NANDA II - Clasificación NOC - Clasificación NIC - Taxonomía NNN





NANDA II
Diagnósticos de Enfermería

NOC
Resultados de Enfermería

NIC
Intervenciones de Enfermería

NNN
Taxonomía NNN

Diagnóstico NANDA

Resultados NOC

Intervenciones NIC

Taxonomía NNN

Capítulo V: Historia y Aplicación del Modelo NANDA-NOC-NIC en el Proceso de Atención de Enfermería. Los ejes de la taxonomía NANDA II - Clasificación NOC - Clasificación NIC - Taxonomía NNN

Autoras:
Mgt. Jessica González Quiroz
Mgt. Karina Gracia Ortiz

Introducción

El contexto histórico del diagnóstico de enfermería, que es un elemento fundamental de este modelo, subraya la creciente autonomía de las enfermeras en la atención al paciente, lo que establece un marco estandarizado para la identificación de los problemas relacionados con la salud y la mejora de la calidad de la atención. La clasificación de resultados de enfermería - Nursing Outcomes Classification (NOC) -es un sistema estandarizado que permite medir los resultados del cuidado de enfermería en los pacientes. Describe los cambios observables en el estado de salud, conducta o percepción del paciente después de aplicar intervenciones enfermeras. Por lo cual sirve para ampliar este marco al concentrarse en la eficacia de las intervenciones de enfermería, lo que ofrece información sobre los resultados longitudinales de los pacientes. Además, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería- Nursing Interventions Classification (NIC) -delinea las acciones de enfermería precisas, resumiendo la transición hacia prácticas estandarizadas y basadas en la evidencia en el ámbito de la atención de enfermería. La taxonomía de la práctica de enfermería es la base fundamental de este modelo, ya que organiza sistemáticamente el conocimiento de enfermería y demuestra su evolución gradual. En conjunto, estos componentes enfatizan la importancia fundamental del modelo NANDA-NOC-NIC en la búsqueda de avanzar en el conocimiento de la enfermería y mejorar la atención al paciente.

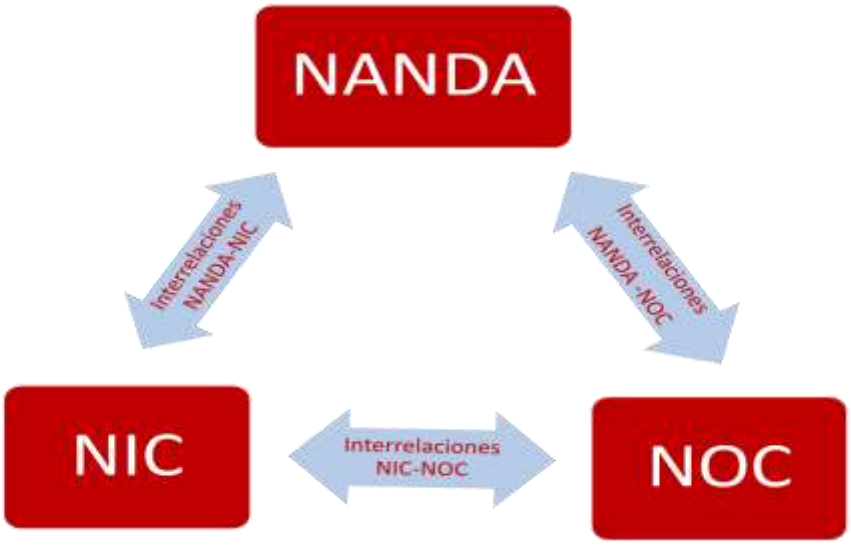
A nivel mundial la enfermería moderna se fundamenta en un proceso sistemático y estandarizado de cuidado. Las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC forman la

Taxonomía NNN, que permite organizar diagnósticos, intervenciones y resultados en planes de cuidado basados en evidencia científica.

En la actualidad, la enfermería ha dejado de ser una profesión basada únicamente en la intuición o la experiencia empírica. Hoy se reconoce como una ciencia con bases teóricas, metodológicas y éticas sólidas, que responde a estándares internacionales de calidad y seguridad. Un enfoque sistemático que guía la toma de decisiones clínicas para ofrecer cuidados personalizados, eficaces y seguros. En este contexto, la Taxonomía NNN –formada por NANDA-I (diagnósticos de enfermería), NOC (clasificación de resultados) y NIC (clasificación de intervenciones) – representa una herramienta clave para organizar, planificar y evaluar el cuidado basado en la evidencia.

Figura 20.

NANDA, NIC, NOC



***Nota*:** Interrelación entre las Taxonomías. Fuente: Global Campus Nejibra

5.1. Historia y aplicación del modelo Nanda-Noc-Nic en el proceso de atención de enfermería

El modelo NANDA-NOC-NIC, también conocido como el modelo de los tres lenguajes estandarizados de enfermería, surge como una respuesta a la necesidad de un lenguaje unificado para describir diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras. Su historia se remonta a la década de 1970, cuando

se estableció el Grupo de Diagnósticos de Enfermería de América del Norte (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA) con el objetivo de desarrollar una clasificación diagnóstica enfermera basada en criterios científicos (Butcher et al., 2019).

Posteriormente, en la Universidad de Iowa, un equipo de investigadores dirigido por Marion Johnson, Meridean Maas y Sue Moorhead desarrolló dos sistemas complementarios para completar el proceso enfermero. En 1991 nació la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), impulsados por la Universidad de Iowa. La NOC fue diseñada para medir los resultados esperados derivados de las intervenciones enfermeras, mientras que la NIC se centró en definir y estandarizar dichas intervenciones. La combinación de estos tres elementos permitió formar un modelo robusto para el proceso de atención de enfermería (PAE), promoviendo una práctica más científica, organizada y evaluable (Herdman et al., 2021).

A partir de 2002, el término NANDA pasó de ser un acrónimo en el que cada letra representaba un concepto distinto a designar a una organización cuyo objetivo principal es desarrollar, mejorar, difundir y utilizar una terminología estandarizada para los diagnósticos de enfermería. Esta organización ha culminado con el establecimiento de los diagnósticos de enfermería más reconocidos y ampliamente aceptados a escala mundial.

5.2. Integración de los ejes de la Taxonomía NANDA, NIC, NOC

La taxonomía NANDA I: La formulación inicial de esta taxonomía comenzó durante las conferencias inaugurales, en las que se establecieron comités de trabajo con la tarea de identificar los diagnósticos de enfermería pertinentes a sistemas corporales específicos. Para determinar las características definitorias, estos comités se basaron en sus recuerdos de los encuentros con los pacientes, y la integración de estos diagnósticos en la taxonomía se llevó a cabo mediante un proceso de votación entre los enfermeros presentes en la conferencia. En 1984, la NANDA reconoció la necesidad de instituir un mecanismo formalizado

para evaluar y sancionar los nuevos diagnósticos de enfermería. Durante la séptima conferencia, convocada en 1986, el Comité de Revisión Diagnóstica formuló directrices para la propuesta de nuevos diagnósticos de enfermería junto con su posterior ciclo de revisión. Fue en este contexto que se estableció formalmente la taxonomía NANDA I, sustentada en el marco de los patrones de respuesta humana creados por el grupo teorizador (Pinargote Chancay et al., 2018).

La base estructural de la taxonomía se basa en las contribuciones realizadas por un consorcio de teóricos de la enfermería entre 1978 y 1984, bajo la dirección de Callista Roy. Este grupo se encargó de desarrollar un marco conceptual para la clasificación de los diagnósticos de enfermería. Para lograr esto, emplearon un enfoque inductivo, examinaron la lista alfabética de diagnósticos y formularon varios patrones generales que consolidaron los diagnósticos. En la fase final de su trabajo, se propusieron los nueve patrones del hombre unitario como marco conceptual para el sistema de clasificación diagnóstica (Pinargote Chancay et al., 2018).

Inicialmente, el sistema empleado para clasificar los diagnósticos utilizaba una lista alfabética organizada por la palabra clave de diagnóstico.

Estos diagnósticos se agruparon en cuatro niveles crecientes de abstracción, donde el nivel I correspondía al más general y el nivel IV el más específico. En 1986, y tomando como referencia los patrones funcionales de salud propuestos por Marjori Gordon, se aprobó la Taxonomia I, en la cual los diagnósticos de enfermería fueron orgnaizados según los Patrones de Respuesta Humana, por tanto, la clasificación agrupo los diagnósticos en nueve categorías: intercambio, comunicación, relación, valoración, elección, movimiento, percepción, conocimiento y sentimiento.

5.3. Taxonomía NANDA II

En 1994, durante la conferencia bianual de la NANDA, se deliberaron sobre los desafíos relacionados con la clasificación de los diagnósticos recién aceptados en la taxonomía I, lo que llevó a la decisión de adoptar un nuevo marco, denominado taxonomía NANDA II, que difiere de su predecesora en la

terminología de ciertos diagnósticos, la nomenclatura y los calificativos o términos que acompañan a varios diagnósticos.

La taxonomía II abarca tres conceptos fundamentales que delinean su marco organizativo:

1. El eje, que significa la dimensión de la respuesta humana considerada dentro del proceso de diagnóstico, comprende siete ejes.
2. Dominio, que pertenece a un área específica de funcionamiento y/o comportamiento, que representa el nivel más general de la taxonomía. El desarrollo de estos dominios se basó en los patrones de salud funcional, que se cuantifican en trece categorías.
3. La clase, que constituye el nivel más específico de la taxonomía, abarca los conceptos y los diagnósticos asociados, con una cuantificación de cuarenta y seis (Pinargote Chancay et al., 2018).

5.4. Estructura y principios del modelo NANDA- NOC- NIC

La estructura del modelo se basa en la relación lógica entre tres componentes fundamentales del cuidado enfermero:

5.4.1. NANDA-I (Diagnóstico)

Consta de más de 200 diagnósticos organizados por dominios y clases. Cada diagnóstico incluye una etiqueta diagnóstica, definición, factores relacionados (etiología), características definitorias (signos y síntomas), y en algunos casos, factores de riesgo. Se agrupan según patrones funcionales de salud de Gordon. Estos diagnósticos se agruparon en cuatro niveles crecientes de abstracción, donde el nivel I correspondía al más general y el nivel IV el más específico.

La taxonomía NANDA-I permite a los profesionales de enfermería identificar problemas reales o potenciales del paciente desde una perspectiva autónoma. Por ejemplo, en una paciente postoperatoria, un diagnóstico como "riesgo de infección relacionado con incisión quirúrgica" permite reconocer una necesidad prioritaria y planificar acciones antes de que se desarrollen complicaciones. Esta identificación precisa de necesidades promueve un cuidado proactivo y centrado en el paciente.

5.4.2. NOC (Resultado)

La taxonomía NOC en enfermería es considerada como una clasificación estandarizada y completa de los resultados que se esperan tras la aplicación en los procesos de enfermería. Tiene como objetivo principal medir y evaluar el estado, condición o percepción del paciente, familia o comunidad, permitiendo valorar el impacto de los cuidados de enfermería.

El uso de términos y medidas estandarizados para evaluar los resultados no disminuye la responsabilidad de la enfermera para hacer una valoración informada e involucrarse en el razonamiento clínico; en la elección de los resultados del paciente, hay factores de suma importancia (4). Estos son:

1. El tipo de problema de salud,
2. Los diagnósticos médicos o enfermeros.
3. Las características del paciente,
4. Los recursos disponibles,
5. Las preferencias del paciente
6. El tratamiento potencial.

Tabla 2.

Estructura de la Taxonomía NOC

Dominios	Grandes áreas temáticas que agrupan resultados
Clases	Subdivisiones dentro de cada dominio
Resultados	Conceptos específicos que se puede medir
Indicadores	Manifestaciones concretas que permiten evaluar resultados
Escalas de Medición	Generalmente una escala tipo Likert de 5 puntos, para cuantificar el estado del resultado o indicador

Nota: Clasificación de resultados de enfermería NOC. Fuente: (Moorhead et al., 2013)-

Actualmente contiene más de 540 resultados esperados que permiten medir los efectos del cuidado. Cada resultado incluye una etiqueta, una definición, una escala de medición (normalmente de 1 a 5), 32 clases, 7 dominios y varios indicadores observables que permiten evaluar el estado del paciente.

Tabla 3.

Ejemplo de estructura

Nivel	Ejemplo
Dominio	Salud fisiológica
Clase	Nutrición
Resultado	Estado nutricional: ingesta alimentaria
Indicador	Consumo de calorías, consumo de proteínas
Escala	1 (grave) a 5 (optimo)

***Nota*:** Resultados NOC

La NOC constituye una herramienta fundamental para la estandarización de la evaluación de los resultados derivados del cuidado de enfermería, al proporcionar indicadores medibles y comparables que permitan evaluar la efectividad de las intervenciones.

Siguiendo con el ejemplo anterior, un resultado como "Curación de la herida quirúrgica" puede medirse mediante indicadores como el color, exudado o integridad de la piel.

Esta medición objetiva permite ajustar los cuidados si no se está logrando el progreso esperado.

5.5. El sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

El sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) comprende un marco estandarizado y respaldado científico que clasifica las diversas actividades o prácticas de cuidado ejecutadas por los profesionales de enfermería con el objetivo de mejorar los resultados de los pacientes. Este marco se emplea en la formulación de los planes de atención de enfermería e incluye intervenciones en múltiples dimensiones del paciente: física, psicológica, social y espiritual.

La clasificación del NIC es un instrumento esencial en el ámbito de la práctica de enfermería, ya que promueve la selección, la estandarización y la evaluación de

las intervenciones asistenciales, contribuyendo así a mejorar la calidad y la eficacia de la atención al paciente en diversos entornos clínicos.

Agrupa más de 550 intervenciones, con acciones específicas agrupadas en campos como fisiológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia y salud comunitaria. Cada intervención incluye una definición, actividades sugeridas, y campos de aplicación.

Tabla 4.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

Estructura Jerárquica	Tipos de Intervenciones	Aplicaciones
Nivel 1: Dominio (6-7 grandes áreas)	Autónomas (realizadas por enfermeras de forma independiente)	Documentación clínica
Nivel 2: Clase (aproximadamente 27 – 30 agrupaciones)	Colaborativas (en conjunto con otras profesionales)	Comunicación entre profesionales
Nivel 3 y 4: Intervenciones específicas y actividades concretas para llevarlas a cabo.	Directas (contacto directo con el paciente) Indirectas (actividades que apoyan el cuidado, pero sin contacto directo)	Investigación y evaluación de la efectividad Gestión y planificación de recursos Educación y formación de enfermeras

Nota: Intervenciones NIC. Fuente: Intervenciones de enfermería NIC

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), finalmente, define las acciones específicas que puede realizar el personal de enfermería para lograr los resultados deseados. En el mismo caso, intervenciones como “control de infecciones”, “cuidado de heridas” o “educación al paciente sobre signos de infección” son acciones concretas que guían al profesional y estandarizan el cuidado, independientemente del entorno clínico.

El uso articulado de estas tres clasificaciones forma lo que se conoce como la Taxonomía NNN, que fortalece la práctica profesional al permitir una documentación clara, precisa y estandarizada del cuidado de enfermería. Además, facilita la comunicación entre profesionales de salud, la continuidad del cuidado y la generación de datos para investigación y mejora de la calidad.

En conclusión, la enfermería moderna se apoya en la Taxonomía NNN como una herramienta científica que organiza el pensamiento clínico, promueve el razonamiento crítico y fortalece la toma de decisiones basadas en evidencia.

Esta estructura no solo garantiza cuidados más seguros y efectivos, sino que también legitima el rol autónomo del profesional de enfermería en el sistema de salud contemporáneo.

Figura 21.

Integración del modelo NANDA-NIC-NOC en el Proceso de Atención de Enfermería.



Nota: La figura muestra la aplicación integrada de las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC en la planificación, implementación y evaluación del cuidado enfermero, dentro del marco del modelo AREA y del Proceso de Atención de Enfermería, considerando la atención al individuo, la familia y la comunidad. **Fuente:** Adaptado de publicaciones de Elsevier sobre taxonomías NANDA-I, NIC y NOC.

Principios del modelo

1. **Lenguaje estandarizado:** Permite la comunicación entre profesionales y la comparación internacional de datos.
2. **Basado en evidencia:** Todas las taxonomías se actualizan periódicamente según avances clínicos y resultados investigativos.
3. **Paciente como centro del cuidado:** Reconoce la individualidad, el entorno y las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente.
4. **Evaluación constante:** La atención no es estática, sino que se adapta conforme evolucionan las respuestas del paciente.

En conjunto, estos principios consolidan el modelo como una herramienta fundamental para orientar la práctica enfermera hacia un cuidado sistemático, seguro y centrado en la persona. La utilización de un lenguaje estandarizado, sustentado en la evidencia científica y enfocado en la evaluación continua, fortalece la calidad de la atención y favorece la toma de decisiones clínicas fundamentadas, contribuyendo al desarrollo profesional y a la mejora de los resultados en salud.

5.6. Importancia del lenguaje estandarizado en la enfermería

La enfermería, como profesión científica, requiere de un lenguaje que exprese de forma precisa los diagnósticos, intervenciones y resultados. El uso de lenguajes estandarizados como NANDA, NOC y NIC permite lograr:

- **Comunicación clara y coherente entre profesionales:** Especialmente útil en contextos interdisciplinarios y durante los relevos de turno.
- **Facilita la toma de decisiones clínicas:** Permite vincular necesidades detectadas con intervenciones basadas en evidencia.
- **Documentación uniforme y completa:** Mejora los registros clínicos y facilita auditorías internas y externas.
- **Medición de resultados:** Permite evaluar la efectividad del cuidado enfermero mediante indicadores observables.
- **Base para la investigación y políticas sanitarias:** La agregación de datos estructurados permite hacer estudios y tomar decisiones a nivel de salud pública (Pinargote Chancay et al., 2018).

Además, el lenguaje estandarizado reduce los errores, mejora la calidad y la continuidad del cuidado, y fortalece la autonomía profesional de los enfermeros.

5.7. Sistemas de clasificación enfermeros

La Enfermería ha ejercido a lo largo de la historia como un constructor de conocimiento sobre el cuidado. Anotaciones en cuadernos, escritos para practicantes o mujeres cuidadoras, así como los más actuales modelos conceptuales dan cuenta de aquello que la experiencia y reflexión ha enseñado sobre el cuidado, o, más concretamente, sobre el cuidado al otro desde una perspectiva profesional.

La concepción disciplinar actual asume una realidad enmarcada desde un metaparadigma que comprende a la persona, el entorno, su salud y (dependiendo de cómo se denomine al citado metaparadigma) el cuidado o la atención enfermera. Esta divergencia en el propio nombre refleja una problemática constante en la Enfermería.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) define los diagnósticos de enfermería como: juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual, familiar o comunitaria, que facilitan la elección de intervenciones y objetivos de enfermería, que la enfermera está capacitada para realizar (Pinargote Chancay et al., 2018).

Junto a estos se incluyen las intervenciones Nursing Interventions Classification (NIC) y resultados Nursing Outcomes Classification (NOC)2 de enfermería. Asociados de manera inequívoca a aquellos problemas que la enfermera de manera autónoma es capaz de identificar, intervenir y medir resultados. Son estos tres elementos (NANDA-NIC-NOC) los que componen el lenguaje estandarizado de la enfermería (LEE). La unificación del lenguaje empleado, a la hora de identificar y registrar los juicios y actuaciones de las enfermeras, es

un aspecto relevante en la asistencia clínica de la enfermería, además de la valoración y el seguimiento de los cuidados.

El empleo de un LEE evita que los problemas detectados por la enfermera en el paciente y la familia se describan mediante un estilo «libre». La estandarización del lenguaje no solo permite la unificación de las intervenciones y objetivos de enfermería, facilita la informatización de las actividades, y es una herramienta básica para el desarrollo de la investigación y de la enfermería basada en la evidencia.

5.8. Integración del modelo en el PAE

El modelo NANDA-NOC-NIC se integra de forma secuencial y lógica en las cinco fases del Proceso de Atención de Enfermería (PAE):

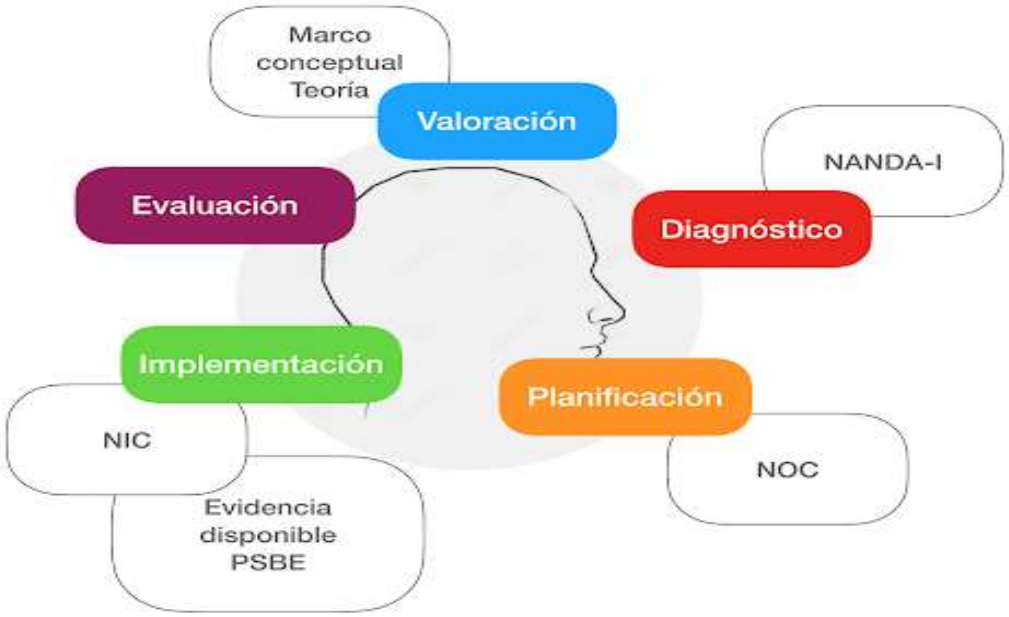
1. **Valoración:** Se recopilan datos mediante la observación, entrevista, examen físico y registros clínicos. Esta información permite detectar problemas de salud reales o potenciales.
2. **Diagnóstico:** A partir de los datos recogidos, se identifican los diagnósticos NANDA-I, formulados con base en el formato PES (Problema, Etiología, Signos/Síntomas).
3. **Planificación:** Se seleccionan los **resultados NOC** apropiados, cada uno con indicadores e instrumentos de medición, y se eligen las **intervenciones NIC** más adecuadas para alcanzar dichos resultados.
4. **Ejecución:** Se llevan a cabo las intervenciones seleccionadas, registrando cada acción y adaptándola al estado clínico del paciente.
5. **Evaluación:** Se comparan los resultados alcanzados con los objetivos establecidos usando las escalas NOC, para determinar si se mantienen, modifican o eliminan las intervenciones.

En síntesis, la integración del modelo NANDA-NOC-NIC en las cinco fases del Proceso de Atención de Enfermería permite estructurar el cuidado de manera científica, sistemática y orientada a resultados. Esta articulación favorece la continuidad del proceso asistencial, fortalece el razonamiento clínico del profesional y garantiza una atención individualizada basada en la valoración objetiva del paciente y en la evaluación permanente de los resultados. De este

modo, el modelo no solo optimiza la planificación y ejecución del cuidado, sino que también contribuye a mejorar la calidad, seguridad y efectividad de la práctica enfermera.

Figura 22.

Integración del Proceso de Atención de Enfermería con las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC.



***Nota*:** La figura representa la relación entre las fases del Proceso de Atención de Enfermería valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación y su correspondencia con el marco conceptual, la evidencia disponible y las clasificaciones NANDA-I, NIC y NOC, como soporte para la toma de decisiones clínicas y la planificación del cuidado. **Fuente:** Adaptado de literatura científica sobre el Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC (Elsevier).

5.9. Relación entre diagnóstico, resultado e intervención

Uno de los grandes aportes del modelo es la **conexión lógica y funcional** entre los tres elementos:

- ✓ **Diagnóstico (NANDA):** Describe la respuesta del paciente a un problema de salud.
- ✓ **Resultado (NOC):** Define el objetivo o estado que se espera lograr.
- ✓ **Intervención (NIC):** Describe las acciones que deben implementarse para alcanzar el resultado deseado.

Por ejemplo:

- ✓ **Diagnóstico:** Ansiedad relacionada con hospitalización.
- ✓ **Resultado NOC:** Nivel de ansiedad (medido en una escala de 1 a 5).
- ✓ **Intervenciones NIC:** Reducción de la ansiedad, Escucha activa, Enseñanza: proceso de hospitalización.

Esta correspondencia no solo facilita la planificación y evaluación del cuidado, sino que fortalece la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia, adaptadas a las necesidades del paciente.

En este contexto, la seguridad del paciente debe integrarse en todas las etapas de la gestión del cuidado enfermero, especialmente en la valoración de riesgos, la formulación de diagnósticos, la selección de intervenciones y la evaluación de resultados. En los establecimientos de salud, la prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria requiere vigilancia epidemiológica, cumplimiento de medidas de bioseguridad, comunicación efectiva, capacitación continua y análisis sistemático de los eventos adversos. La articulación de estas acciones con los lenguajes estandarizados NANDA-I, NOC y NIC permite documentar los riesgos identificados, planificar intervenciones preventivas y evaluar resultados relacionados con la seguridad y el control de infecciones, favoreciendo una práctica organizada y orientada a la mejora continua (González-Naranjo et al., 2026).

Tabla 5.

Integración del PAE

Etapa del PAE	Eje de la Taxonomía NNN	Descripción	Ejemplo clínico aplicado
1. Valoración	Recolección de datos	El profesional de enfermería recoge información subjetiva y objetiva del paciente. No pertenece directamente a un eje, pero prepara la base para los diagnósticos.	Paciente refiere dificultad para caminar tras cirugía de cadera; se observa debilidad muscular y uso de andador.
2. Diagnóstico	NANDA-I	Identificación de respuestas humanas ante condiciones de salud. Se usan etiquetas diagnósticas, dominios, clases, factores relacionados y características definitorias.	Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física relacionado con debilidad muscular, evidenciado por dificultad para caminar.
3. Planificación	NOC (Resultados esperados)	Se definen los resultados deseados del paciente, con indicadores medibles y una escala del 1 al 5 que permite evaluar el progreso.	Resultado NOC: Movilidad física Indicadores: estabilidad al caminar, equilibrio, uso de dispositivos de ayuda Escala: 2/5 al inicio del cuidado.
4. Ejecución	NIC (Intervenciones de enfermería)	Se aplican las acciones planificadas según el diagnóstico y resultado esperado. Las intervenciones pueden ser autónomas o colaborativas.	Intervenciones NIC: - Fomento del ejercicio - Ayuda con la marcha - Entrenamiento en el uso de bastón o andador
5. Evaluación	Revisión de resultados NOC	Se reevalúan los indicadores del resultado NOC, se compara la evolución del paciente y se modifica el plan si es necesario.	A los 5 días, se reevalúa el indicador “equilibrio al caminar” y se obtiene un 4/5. Se mantiene el plan con ajustes menores.

Nota: La tabla presenta la relación entre las fases del Proceso de Atención de Enfermería y los componentes de la taxonomía NNN (NANDA-I, NOC y NIC), mostrando su aplicación secuencial en la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del cuidado enfermero. **Fuente:** Elaboración propia a partir de: Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, eds. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification.

New York: Thieme; 2021; Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC). St. Louis: Elsevier; 2018; Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing Interventions Classification (NIC). St. Louis: Elsevier; 2018.

5.10. Impacto del modelo en la calidad del cuidado enfermero

La gestión del cuidado centrado en la persona integra la humanización, la calidad asistencial y la seguridad del paciente como dimensiones vinculadas de la práctica enfermera. Este enfoque reconoce al paciente como una persona con una historia, un entorno familiar, una cultura y necesidades particulares, y no únicamente como portador de una enfermedad. Su aplicación requiere liderazgo enfermero, coordinación interprofesional, continuidad asistencial y planes de cuidados individualizados que promuevan la participación del paciente y su familia en la toma de decisiones. Desde esta perspectiva, la utilización de lenguajes estandarizados como NANDA-I, NOC y NIC contribuye a organizar el juicio clínico, documentar las intervenciones y evaluar resultados sensibles al cuidado, sin perder el carácter humano e individualizado de la atención (González-Naranjo et al., 2026).

El uso del modelo NANDA-NOC-NIC ha demostrado impactar positivamente en:

- ✓ **Mejora de los resultados clínicos:** El cuidado basado en este modelo permite una atención más focalizada y medible.
- ✓ **Reducción de eventos adversos y errores:** Gracias a la claridad en los registros y en las intervenciones.
- ✓ **Aumento en la satisfacción del paciente:** Al garantizar cuidados coherentes y personalizados.
- ✓ **Mayor visibilidad del trabajo enfermero:** Al documentar de manera sistemática el impacto del cuidado.
- ✓ **Promoción del pensamiento crítico:** Favorece la evaluación constante y la adaptación a cambios clínicos.

Además, en contextos hospitalarios se ha comprobado que mejora la eficiencia operativa y fortalece el trabajo en equipo interdisciplinario.

5.11. NANDA-NOC-NIC como herramienta de gestión, docencia e investigación

En gestión:

- ✓ **Estandariza los procedimientos de cuidado**, lo que permite definir protocolos, establecer roles claros y evaluar desempeño.
- ✓ Facilita la **gestión por indicadores de calidad** mediante los resultados NOC.
- ✓ Mejora la **asignación de recursos humanos y materiales**, al basarse en diagnósticos reales y tendencias poblacionales.

5.11.1. En docencia:

- ✓ El modelo 3N se utiliza ampliamente en las facultades de enfermería para enseñar razonamiento clínico, estructurar casos clínicos, y fomentar la planificación basada en evidencia.
- ✓ Permite formar profesionales más autónomos, críticos y con capacidad de resolver problemas reales de salud.

5.11.2. En investigación:

- ✓ Proporciona **datos cuantificables** que pueden ser utilizados para evaluar la eficacia de intervenciones enfermeras.
- ✓ Favorece la **creación de evidencia científica** propia de la disciplina.
- ✓ Es utilizado en estudios longitudinales, evaluaciones de programas y revisiones sistemáticas

Banco de preguntas

1. Una paciente de 78 años, con antecedentes de artrosis y debilidad muscular, presenta dificultad para movilizarse de manera autónoma. Según la Taxonomía NANDA-I, ¿cuál es el diagnóstico de enfermería más adecuado?

a. Riesgo de caídas
b. Déficit de autocuidado: baño
c. Deterioro de la movilidad física
d. Deterioro de la comunicación verbal

2. En un plan de cuidados basado en el modelo NNN, luego de identificar el diagnóstico "Deterioro de la movilidad física", ¿cuál sería un resultado apropiado según la Clasificación NOC?

a. Control del dolor
b. Nivel de movilidad
c. Función urinaria
d. Comunicación verbal

3. Un paciente con ansiedad generalizada es admitido en urgencias. La enfermera identifica el diagnóstico "Ansiedad". ¿Cuál de las siguientes intervenciones NIC es más adecuada?

a. Administración de medicación IV
b. Terapia de relajación
c. Control de líquidos
d. Entrenamiento de la marcha

4. Una madre primeriza expresa miedo intenso ante el cuidado de su recién nacido. Según la Taxonomía NANDA-I, ¿cuál de los siguientes diagnósticos es el más adecuado?

a. Deterioro del patrón de sueño
b. Temor
c. Ansiedad por separación
d. Afrontamiento ineficaz

5. En el uso del modelo NNN, ¿qué elemento permite medir si las intervenciones enfermeras fueron efectivas?

a. Juicio diagnóstico
b. Escala de Likert
c. Resultado NOC
d. Intervención independiente

6. Una paciente diagnosticada con "Riesgo de infección" ha sido intervenida quirúrgicamente hace 12 horas. ¿Cuál intervención NIC es más adecuada?

a. Educación para la salud
b. Cuidados de la herida quirúrgica
c. Administración oral de líquidos
d. Masaje terapéutico

7. En el modelo NNN, ¿a qué corresponde la acción de planificar la movilización del paciente cada 2 horas para prevenir úlceras por presión?

a. Resultado esperado
b. Intervención de enfermería
c. Diagnóstico enfermero
d. Evaluación del cuidado

8. Una paciente con diabetes tipo 2 refiere sentirse desmotivada para controlar su dieta. Se diagnostica "Afrontamiento ineficaz". ¿Cuál sería un resultado NOC adecuado?

a. Estado nutricional: ingesta alimentaria
b. Conducta de adherencia al tratamiento
c. Manejo del dolor crónico
d. Función cognitiva

9. En la Taxonomía NANDA-II, el "Eje 4: Localización" hace referencia a:

a. Duración de la condición clínica
b. Etapa de la vida del paciente

c. Parte del cuerpo afectada
d. Evolución del diagnóstico

10. Una paciente hospitalizada por neumonía presenta dificultad para alimentarse sola. El diagnóstico NANDA es "Déficit de autocuidado: alimentación". ¿Cuál intervención NIC es más adecuada?

a. Manejo de líquidos
b. Terapia de conversación
c. Ayuda con la alimentación
d. Ejercicios respiratorios

Referencias Bibliográficas

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2019). *Nursing interventions classification (NIC)* (7th ed.). Elsevier.

González-Naranjo, D. E., Chapi-Chandi, M. M., Zurita-Desiderio, M. J., Chimborazo-Chimborazo, G. A., Miguez-Quincha, M. de L., Encalada-Falconi, J. A., Chávez-Molina, O. O., Vega-Tandazo, K. A., Díaz-Grefa, W. P., & Lombeida-Lincango, R. A. (2026). *Modelos avanzados de gestión del cuidado centrado en la persona: Humanización, calidad y seguridad en enfermería*. Oriente-Manabí Editorial. https://doi.org/10.63618/omeditorial/l28

González-Naranjo, D. E., Chimborazo-Chimborazo, G. A., Dias-Ledesma, S. K., Paucar-Changoluisa, L. M., Álvarez-Morejón, E. P., Chacha-Uto, D. G., Diaz-Rojas, D. M., Lombeida-Lincango, R. A., Miranda-Muñoz, J. V., & Gonzabay-Gonzabay, I. I. (2026). *Seguridad del paciente y control de infecciones en establecimientos de salud ecuatorianos*. Oriente-Manabí Editorial. https://doi.org/10.63618/omeditorial/l10

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2021). NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2021-2023. Thieme. https://try-medone.thieme.com/medone-education/nanda-i/

Mendoza Macario, O., Hernández-Mariano, J. Á., Velázquez Núñez, M. del C., & Cedillo Ordaz, M. del C. (2025). Impacto del lenguaje estandarizado de enfermería en eventos institucionales y de salud: Una revisión narrativa. *XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan*, *13*(25), 18–25. https://doi.org/10.29057/xikua.v13i25.13317

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes* (5th ed.). Elsevier.

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes (6th ed.). Elsevier. https://www.us.elsevierhealth.com/nursing-outcomes-classification-noc-e-book-9780323497633.html

Pinargote Chancay, R. del R., Villegas Chiriboga, M. E., Castillo Merino, Y. A., Merino Conforme, M. C., Alonso Muñiz, G. R., Jaime Hernandez, N. K., Riofrio Pinargote, C. A., Quijije Segovia, S. K., Alcázar Pichucho, M. T., & Pincay Pin, V. E. (2018). *Fundamentos teóricos y prácticos de enfermería*. MAWIL. https://mawil.us/fundamentos-teoricos-y-practicos-de-enfermeria/



Capítulo VI:

Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y necesidades de Virginia Henderson.

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

1. Percepción – Manejo de la salud
2. Nutricional – Metabólico
3. Eliminación
4. Actividad – Ejercicio
5. Sueño – Descanso
6. Cognitivo – Perceptual
7. Autopercepción – Autoconcepto
8. Rol – Relaciones
9. Sexualidad – Reproducción
10. Afrontamiento – Tolerancia al estrés
11. Valores – Creencias



Una valoración integral, para un cuidado humano y personalizado.

NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener buena postura
5. Dormir y descansar
6. Elegir ropa adecuada; vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales
8. Mantener la higiene corporal
9. Evitar peligros del entorno y no dañar a otros
10. Comunicarse con otros expresando emociones, necesidades, temores y opiniones
11. Vivir de acuerdo con sus creencias y valores
12. Ocuparse en algo que le dé sentido
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad



VALORAR
Recolectar datos de manera sistematizada y humana.



ANALIZAR
Interpretar la información e identificar patrones y necesidades.



DIAGNOSTICAR
Establecer diagnósticos de enfermería precisos y prioritarios.



PLANIFICAR Y EJECUTAR
Diseñar e implementar cuidados individualizados e integrales.



EVALUAR
Valorar resultados y ajustar el plan de cuidados.

CUIDAR ES COMPRENDER • COMPRENDER ES VALORAR • VALORAR ES CUIDAR

Capítulo VI: Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y necesidades de Virginia Henderson.

Autora: Mgt. Katlin Recalde

Introducción

La enfermería, como disciplina científica y práctica clínica, ha evolucionado significativamente, desarrollando métodos de valoración sistemática que permiten proporcionar una atención personalizada, integral y basada en evidencia. Históricamente, la valoración en enfermería surgió como respuesta a la necesidad de organizar, identificar y priorizar problemas y necesidades del paciente, consolidando así el papel autónomo del profesional de enfermería. Dos de los modelos más influyentes en esta valoración son los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon y las Necesidades Básicas Humanas de Virginia Henderson. Estos modelos proporcionan marcos teóricos y raíces históricas que han sido fundamentales en la práctica enfermera actual guiando a los enfermeros en la recogida y análisis de datos, facilitando la identificación de problemas y la planificación de cuidados personalizados.

6.1. Antecedentes históricos y evolución de los modelos

Marjory Gordon, destacada enfermera y académica estadounidense, formuló su modelo en 1987 en respuesta a la necesidad creciente de estructurar y sistematizar la evaluación clínica de enfermería. Gordon, influenciada por las teorías previas de Dorothea Orem y Betty Neuman, buscó integrar aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales en un marco conceptual único. Su propuesta emergió en un momento crítico de la historia de la enfermería, cuando la disciplina se estaba consolidando científicamente y demandaba herramientas claras y efectivas para el diagnóstico y cuidado integral (Gordon, 1987).

Este modelo ha ido adaptándose con el tiempo, demostrando su vigencia y efectividad en contextos clínicos diversos, desde la atención primaria hasta

unidades especializadas como neonatología o cuidados intensivos (Arslan & Karadağ, 2021).

6.2. Modelo de las necesidades básicas de Virginia Henderson

Virginia Henderson, reconocida mundialmente como una de las figuras más influyentes en la historia de la enfermería, desarrolló su teoría en la década de 1960 con una perspectiva humanista profundamente arraigada en la tradición Nightingale. Henderson consideraba que el papel esencial de la enfermera era ayudar al paciente a recuperar su independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas, inspirándose en las bases filosóficas de Florence Nightingale, quien abogaba por el cuidado centrado en la dignidad y el bienestar integral del paciente (Henderson, 1966).

A pesar de haber sido concebido hace más de medio siglo, el modelo de Henderson sigue siendo uno de los pilares fundamentales en el currículo formativo de enfermería y continúa influenciando significativamente la práctica clínica moderna (Martínez, 2022).

6.3. Aplicabilidad del Modelo de Gordon en la práctica clínica

El modelo de Gordon, mediante sus once patrones funcionales, permite al profesional de enfermería evaluar integralmente al paciente, identificando claramente áreas específicas de preocupación clínica. Por ejemplo, la valoración en el patrón nutricional-metabólico facilita identificar pacientes con riesgo de desnutrición, diabetes o trastornos metabólicos. De manera similar, el patrón de autopercepción-autoconcepto permite abordar problemas psicológicos y emocionales como la depresión o ansiedad (Ciencia Latina, 2023).

Además, la adaptabilidad del modelo a diferentes contextos clínicos ha permitido su aplicación exitosa en pacientes pediátricos complejos, adultos mayores con patologías crónicas y pacientes con condiciones psiquiátricas o terminales. Su utilidad radica en ofrecer una estructura clara que favorece una comunicación efectiva entre el equipo multidisciplinario, facilitando así decisiones clínicas rápidas y fundamentadas (Çavuşoğlu, 2025).

6.4. Aplicabilidad del Modelo de Henderson en la práctica clínica

El modelo de Virginia Henderson, al centrarse en necesidades específicas, permite una aplicación directa y pragmática en la clínica diaria. Por ejemplo, en pacientes postquirúrgicos, la enfermera utiliza las necesidades básicas de movimiento, eliminación y control del dolor para establecer un plan efectivo y personalizado de rehabilitación. Igualmente, en unidades geriátricas o de cuidados paliativos, este modelo permite mantener la dignidad y mejorar la calidad de vida al enfocarse en necesidades concretas como el autocuidado, descanso, comunicación y recreación (Magonline Library, 2020).

En contextos educativos, el modelo de Henderson sigue siendo esencial en la formación inicial de enfermeras, proporcionando una visión clara del rol profesional en la promoción de la independencia y dignidad del paciente, reforzando valores éticos y humanistas fundamentales para la práctica clínica actual (Enfermería Actual, 2022).

6.5. Integración de ambos modelos en la práctica clínica actual

La tendencia contemporánea en la práctica clínica no excluye la utilización combinada de los modelos de Marjory Gordon y Virginia Henderson, reconociendo que ambos enfoques pueden integrarse para mejorar la calidad de atención. Por ejemplo, en pacientes con enfermedades crónicas como diabetes o insuficiencia renal, la valoración inicial puede estructurarse a partir de los patrones funcionales de Gordon, complementándose luego con intervenciones específicas derivadas de las necesidades básicas de Henderson (Revista Médica, 2024).

Esta integración permite abordar simultáneamente aspectos complejos y multidimensionales, como la adherencia al tratamiento, nutrición, higiene, eliminación, apoyo emocional y espiritual del paciente, aumentando significativamente la efectividad clínica y la satisfacción del paciente con la atención recibida.

6.6. Conclusión

Tanto el modelo de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon como el de necesidades básicas humanas de Virginia Henderson han aportado significativamente al desarrollo de la enfermería como ciencia y práctica clínica. Desde su creación, ambos modelos han demostrado gran versatilidad y vigencia, consolidando el rol profesional autónomo de la enfermería en la toma de decisiones clínicas y en la planificación del cuidado integral.

Hoy en día, la combinación estratégica y flexible de estos enfoques permite maximizar la calidad y humanización del cuidado en diversas situaciones clínicas, confirmando así la relevancia histórica y contemporánea de estos modelos teóricos en la práctica profesional.

Tabla 6.

Comparación de los modelos de valoración enfermería

Criterio	Patrones Funcionales de Marjory Gordon (1982)	Necesidades de Virginia Henderson (1966)
Origen y bases teóricas	Desarrollado para enseñanza clínica en Boston College, basado en la observación de patrones conductuales de salud.	Fundamentado en fisiología (Stackpole) y psicología (Thorndike), influenciado por la teoría de necesidades de Maslow.
Enfoque principal	Identificación de patrones funcionales y disfuncionales del comportamiento humano relacionados con la salud.	Identificación del grado de independencia/dependencia del paciente para satisfacer sus necesidades básicas.
Número de áreas evaluadas	11 patrones funcionales de salud interrelacionados.	14 necesidades básicas de la persona.
Visión del paciente	Ser biopsicosocial con patrones de conducta que influyen en su salud, calidad de vida y potencial humano.	Ser humano integral y complejo con necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales interdependientes.
Rol de la enfermera	Observar, recoger datos e identificar patrones funcionales o disfuncionales para llegar al diagnóstico enfermero.	Suplir o ayudar al individuo en aquellas actividades que no puede realizar por sí mismo para recuperar su independencia.
Dimensiones evaluadas	Física, psicológica, social, espiritual, cognitiva, sexual, adaptativa y de valores.	Biológica, fisiológica, psicológica, sociocultural y espiritual.
Independencia del modelo enfermero	Puede utilizarse con cualquier modelo teórico de enfermería sin estar ligado a uno específico.	Es en sí mismo un modelo conceptual propio de enfermería con su filosofía de cuidados.
Ámbito de aplicación	Muy útil en atención primaria y comunitaria. Aplicable a todos los grupos de edad y especialidades.	Especialmente empleado en hospitales y atención especializada, aunque aplicable en todos los contextos.

Relación con diagnósticos NANDA	Alta: cada patrón funcional corresponde directamente a dominios de la taxonomía NANDA-I.	Alta: las 14 necesidades se vinculan con diagnósticos NANDA, aunque de forma menos directa.
Proceso de valoración	Recogida sistemática de datos en 11 áreas mediante entrevista y examen físico. Se identifican patrones alterados.	Determinación del grado de dependencia en cada necesidad y análisis de causas que dificultan su satisfacción.
Ventaja principal	Visión holística e integral. Facilita la detección de riesgos y disfunciones de forma organizada y estandarizada.	Centra el cuidado en la autonomía del paciente y proporciona una guía clara y humanista del quehacer enfermero.
Limitación	Puede resultar extenso en contextos de urgencias o en pacientes inestables donde el tiempo es limitado.	Algunas necesidades son difíciles de evaluar objetivamente y requieren alto nivel de habilidad comunicativa.
Estructura interna	Incluye 11 patrones: percepción-salud, nutricional, eliminación, actividad, sueño, cognitivo, autoconcepto, rol-relaciones, sexualidad, estrés y valores.	Incluye 14 necesidades: respirar, nutrición, eliminación, movimiento, sueño, vestirse, temperatura, higiene, seguridad, comunicación, creencias, trabajo, recreación y aprendizaje.

Nota: La tabla presenta la relación entre los modelos de valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon y las 14 necesidades de Virginia Henderson mostrando sus criterios y aplicación en la valoración del cuidado enfermero.

Banco de Pregunta

1. ¿Cuál de los siguientes enunciados describe correctamente el modelo de valoración propuesto por Marjory Gordon?

a. Identifica 14 necesidades humanas básicas.
b. Propone la valoración de salud mediante 11 patrones funcionales específicos.
c. Se centra exclusivamente en aspectos biológicos del paciente.
d. Utiliza un enfoque únicamente psicológico para evaluar al paciente.

2. La teoría de las necesidades básicas humanas fue propuesta originalmente por:

a. Dorothea Orem
b. Marjory Gordon
c. Virginia Henderson
d. Florence Nightingale

3. ¿Cuál es el objetivo principal del modelo de las 14 necesidades básicas según Virginia Henderson?

a. Promover la autonomía del paciente en la satisfacción de sus necesidades básicas.
b. Identificar únicamente necesidades psicológicas del paciente.
c. Organizar diagnósticos médicos según especialidades clínicas.
d. Realizar únicamente intervenciones en pacientes hospitalizados.

4. Entre los patrones funcionales de salud propuestos por Marjory Gordon, ¿cuál de los siguientes NO forma parte del modelo?

a. Eliminación
b. Nutrición-Metabolismo
c. Rol-Relaciones
d. Necesidades recreativas

5. El modelo de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon permite principalmente:

a. Diagnosticar enfermedades específicas mediante pruebas clínicas.
b. Evaluar aspectos integrales del paciente para una atención más completa.
c. Establecer tratamientos médicos exclusivos.
d. Realizar cuidados paliativos en pacientes terminales únicamente.

6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones refleja mejor una ventaja del modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson en la práctica clínica?

a. Permite realizar diagnósticos médicos detallados.
b. Facilita la planificación práctica y rápida del cuidado diario del paciente.
c. Está limitado a unidades especializadas de atención crítica.
d. Solo es útil para pacientes pediátricos.

7. Desde una perspectiva histórica, ¿En qué tradición filosófica está inspirado principalmente el modelo de Virginia Henderson?

a. En la tradición de Dorothea Orem.
b. En la teoría ambientalista de Florence Nightingale.
c. En la teoría de sistemas de Betty Neuman.
d. En la teoría del déficit de autocuidado de Callista Roy.

8. La integración práctica de los modelos de Marjory Gordon y Virginia Henderson en la clínica actual permite:

a. Excluir otros métodos diagnósticos complementarios.
b. Aplicar un enfoque exclusivamente teórico.
c. Ofrecer cuidados más integrales y personalizados al paciente.
d. Limitar la actuación del profesional de enfermería.

9. ¿Cuál es una limitación potencial del modelo de Marjory Gordon en contextos clínicos específicos?

a. Es demasiado simple para aplicarse en cuidados críticos.

b. Puede requerir tiempo adicional debido a su enfoque exhaustivo.
c. Solo puede aplicarse en adultos mayores.
d. Se enfoca exclusivamente en necesidades inmediatas.

10. Según Virginia Henderson, ¿Cuál es el rol principal del personal de enfermería?

a. Diagnosticar enfermedades del paciente.
b. Administrar medicamentos exclusivamente.
c. Ayudar al paciente a alcanzar su independencia en la satisfacción de necesidades.
d. Tomar decisiones médicas definitivas en todos los casos.

Referencias Bibliográficas

Buran, C., & Tosun, B. (2025). Nursing Care According to Gordon's Functional Health Patterns Model: A Case Presentation of a Baby with Hydrops Fetalis and Meningomyelocele. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, *8*(1), 238-251. https://doi.org/10.38108/ouhcd.1394437

Enfermería Actual. (2022). *Las 14 necesidades de Virginia Henderson en enfermería*. https://enfermeriaactual.com/necesidades-basicas-de-virginia-henderson/

Gordon, M. (1987). Nursing diagnosis*:* Process and application (2.ª ed.). McGraw-Hill.

Henderson, V. (1966). The nature of nursing*.* Macmillan*.*

MAG Online Library. (2020). Evaluation of Henderson's nursing needs model adapted for veterinary nursing. Veterinary Nursing Journal, *35*(8), 340–345. https://doi.org/10.12968/vetn.2020.11.8.340

Martínez, R. (2022). *Las necesidades de* Virginia Henderson. Enfermería Actual. [URL específica del artículo]

Pacheco Lapo, N. M., Quizhpi de la Cruz, A. M., & Junior Requelme, J. M. (2024). Evaluación de Patrones Funcionales en Atención Primaria: Una Mirada por Enfermería. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, *8*(1), 9239-9259. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10248

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2022). Modelos y teorías en enfermería *(10.ª ed.). Elsevier.*

CAPÍTULO VII:

Diagnósticos de enfermería con Nomenclatura NANDA y Plan de Cuidados.



Capítulo VII: Diagnósticos de enfermería con Nomenclatura NANDA y Plan de Cuidados.

Autores:
Mgt. Julia Prieto
Mgt. Ángel Pupo Suñol

7.1. Diagnóstico de Enfermería:

El diagnóstico de enfermería constituye una herramienta fundamental para la toma de decisiones clínicas y la planificación del cuidado individualizado. Este proceso, que forma parte integral del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), permite identificar respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales, facilitando intervenciones oportunas y eficaces. En la formación profesional de los estudiantes de enfermería, el desarrollo de competencias diagnósticas se considera esencial para garantizar una práctica basada en el juicio clínico, la evidencia científica y el pensamiento crítico (Herdman et al., 2021).

Figura 23.

Diagnóstico de enfermería



***Nota*:** La figura muestra el proceso de formulación del diagnóstico de enfermería a partir de la integración de datos objetivos y subjetivos, que conducen al juicio clínico y a la identificación de diagnósticos reales, de riesgo o de promoción de la salud, conforme al modelo diagnóstico de NANDA-I. **Fuente:** Elaboración propia con base en NANDA International, NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021–2023. Thieme; 2021.

Para llevar a cabo el correcto desarrollo de un plan de cuidados eficaz para el paciente debemos de partir de una adecuada valoración física, obteniendo la mayor cantidad de datos posibles mediante: la observación del paciente, la entrevista clínica, el examen físico y la revisión documental, logrando encontrar datos subjetivos, objetivos históricos y actuales que nos guíen al desarrollo de un pensamiento crítico con el uso de los conocimiento y la experiencia práctica adquirida con el decursar del tiempo, plasmándolo en la elección indicada del diagnóstico preciso, la selección de objetivos deseados planificando así los resultados a alcanzar con las indicaciones y actividades a ejecutar en el paciente familia, grupo o comunidad.

Este capítulo nace con el propósito de brindar una guía clara y actualizada sobre la elaboración de diagnósticos de enfermería, dirigida a estudiantes de la carrera de enfermería. A través de un enfoque práctico y contextualizado, se busca contribuir al desarrollo de habilidades diagnósticas sólidas, que impacten directamente en la calidad del cuidado y la seguridad del paciente

Para facilitar un mejor entendimiento del tema tomaremos como ejemplo la promoción de estilos de vida saludables la cual está íntimamente ligada al concepto de autocuidado, y abarca desde la alimentación equilibrada y la actividad física hasta la adherencia a tratamientos y la gestión emocional. En este sentido, las enfermeras y enfermeros tienen la responsabilidad de evaluar las prácticas de autocuidado de sus pacientes y acompañarlos mediante intervenciones educativas y motivacionales. Para ello, es indispensable contar con herramientas estandarizadas que permitan identificar necesidades específicas y planificar los cuidados efectivos.

Una de estas herramientas fundamentales es la taxonomía de diagnósticos de enfermería de NANDA International, Inc. (NANDA-I), la cual proporciona una nomenclatura estandarizada para la formulación de diagnósticos enfermeros basados en la observación clínica, la experiencia profesional y la evidencia científica (1). Estos diagnósticos permiten identificar problemas reales o potenciales, vinculándolos con sus causas (etiología) y con las manifestaciones observables (signos y síntomas), siguiendo el formato PES (Problema, Etiología,

Síntomas). Este modelo no solo sistematiza el razonamiento clínico, sino que también mejora la comunicación entre profesionales de la salud y la continuidad del cuidado.

Durante las últimas décadas, se ha evidenciado un creciente interés por perfeccionar las estrategias pedagógicas orientadas a la enseñanza del razonamiento diagnóstico. Modelos como el modelo OPT (Outcome-Present State Test) han demostrado ser eficaces para mejorar la precisión y coherencia en la formulación de diagnósticos, especialmente en entornos educativos (Herdman et al., 2021).

El uso del lenguaje estandarizado en enfermería ha demostrado tener un impacto positivo en la calidad de la atención. En una revisión sistemática realizada por Müller-Staub et al. (2006), se evidenció que la aplicación estructurada de diagnósticos, intervenciones y resultados mejora la documentación clínica, la precisión en la toma de decisiones y la eficacia de los planes de cuidados
Asimismo, la taxonomía NANDA-I ha evolucionado como referente estandarizado, promoviendo un lenguaje común y permitiendo mayor consistencia entre profesionales (Carpenito, 2019).

Los planes de cuidado se han considerado como un enfoque metódico para la evaluación, la elaboración de estrategias y la implementación de la atención al paciente. Sin embargo, el desafío al que se enfrentan numerosas instituciones de salud radica en cómo facilitar la mejora de las capacidades de las enfermeras profesionales para interpretar los diagnósticos de enfermería y perfeccionar sus habilidades de documentación a fin de abordar los problemas que presentan los pacientes y formular una atención que esté integrada de manera coherente.
A pesar de los avances teóricos y metodológicos, persisten desafíos en la enseñanza y aplicación del diagnóstico enfermero. Investigaciones recientes muestran que muchos estudiantes presentan dificultades al identificar los patrones diagnósticos adecuados, establecer relaciones causa-efecto y priorizar problemas de salud de manera lógica (Mangano & Mercado, 2024).

Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer los procesos formativos desde las etapas iniciales del currículo, con énfasis en estrategias activas y simulación clínica.

7.2. Formulación del diagnóstico enfermero según NANDA-I

En esta sección se abordará, en primer lugar, la formulación del diagnóstico enfermero según NANDA-I, con énfasis en su utilidad para el fomento del autocuidado. Posteriormente, se analizarán en profundidad los componentes del diagnóstico utilizando el formato PES, detallando cómo su correcta aplicación mejora la identificación de necesidades y la planificación de cuidados. Todo ello respaldado por evidencia científica reciente y ejemplos prácticos que ilustran la esencialidad del rol de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables

La formulación del diagnóstico enfermero constituye una fase crítica dentro del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), situado inmediatamente después de la valoración. Esta etapa permite transformar la información obtenida en la evaluación del paciente en un juicio clínico que guía todo el plan de cuidados. Según la NANDA International (NANDA-I), un diagnóstico enfermero es definido como “un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales, que proporciona la base para seleccionar intervenciones enfermeras con las que alcanzar resultados de los que la enfermera es responsable”.

Los diagnósticos de enfermería son clasificados por NANDA Internacional (NANDA-I) como un juicio clínico a las respuestas que una persona, familia o comunidad da a problemas de salud, sean reales o potenciales, así como a procesos vitales. Estos diagnósticos constituyen la base para seleccionar los elementos que permitan alcanzar los resultados diseñados (Herdman et al., 2021).

Esta conceptualización resalta la capacidad autónoma del profesional de enfermería para interpretar las respuestas humanas —físicas, emocionales, sociales o espirituales— ante diversos procesos de salud o enfermedad. A

diferencia del diagnóstico médico, que se enfoca en identificar y tratar enfermedades, el diagnóstico enfermero permite diseñar intervenciones orientadas a mejorar la experiencia del paciente, potenciar su autonomía, prevenir complicaciones y promover la salud desde un enfoque biopsicosocial (Ibáñez Alfonso et al., 2020).

Formular un diagnóstico implica identificar respuestas, permitiendo una intervención específica adaptada a cada contexto empleando la capacidad del profesional para interpretar las respuestas a las necesidades afectadas del paciente desde el punto de vista físico, espiritual, y social elaborando intervenciones orientadas a mejorar la experiencia del paciente, potenciar su, autonomía, prevenir complicaciones y promover la salud desde un enfoque holístico

Tal como señala Müller et al. (2006), el uso de diagnósticos estructurados mejora la calidad de la documentación enfermera, clarifica las intervenciones y permite una mejor comunicación interdisciplinaria, elementos clave para garantizar la seguridad del paciente Adubi et al. (2018), demuestran que las enfermeras que reciben formación en el uso de lenguajes estandarizados como NANDA-I aumentan significativamente su precisión diagnóstica y mejoran su competencia clínica (3).

La formulación del diagnóstico no debe entenderse como un acto aislado, sino como una competencia dinámica que exige habilidades cognitivas, experiencia clínica y pensamiento crítico. Como indica Reis da Silva (2024), el desarrollo de esta capacidad resulta crucial en la atención a poblaciones envejecidas, polimedicadas o con necesidades complejas, ya que permite identificar prioridades de cuidado de manera eficiente.

En este sentido, el diagnóstico enfermero no solo tiene un valor técnico, sino también ético y social. Permite visibilizar problemas que muchas veces son invisibles en el discurso biomédico tradicional, tales como el aislamiento social, la desesperanza, el afrontamiento ineficaz o el agotamiento del cuidador. La enfermería, al formular diagnósticos desde una perspectiva humanista,

contribuye al abordaje integral de la persona y a la construcción de un sistema de salud más inclusivo, equitativo y centrado en las personas (Mangano & Mercado, 2024).

Finalmente, la formulación diagnóstica precisa constituye la base para establecer objetivos de cuidado individualizados, seleccionar intervenciones basadas en evidencia, y realizar una evaluación sistemática de los resultados. Su correcta aplicación permite transformar datos clínicos dispersos en acciones coherentes y evaluables, consolidando la enfermería como una profesión científica, reflexiva y esencial dentro de los sistemas de salud modernos.

7.3. Definición y marco conceptual

El diagnóstico enfermero pone en valor la naturaleza holística de la disciplina, que contempla a la persona como un ser integral en interacción constante con su entorno físico, emocional, social y espiritual. A diferencia del diagnóstico médico, que se centra en identificar y tratar una enfermedad o lesión concreta, el diagnóstico enfermero busca comprender cómo dicha condición afecta la calidad de vida, la funcionalidad, el afrontamiento, el conocimiento o la autonomía del individuo (Herdman et al., 2021).

Desde la perspectiva profesional, formular un diagnóstico implica analizar e interpretar críticamente los datos obtenidos durante la fase de valoración del PAE. Esta valoración puede abarcar aspectos objetivos (signos clínicos, resultados de pruebas) y subjetivos (percepciones, verbalizaciones, sentimientos), lo que exige al profesional de enfermería competencias en razonamiento clínico, juicio ético y pensamiento crítico.

La formulación de un diagnóstico correcto no es un ejercicio mecánico, sino una construcción basada en la experiencia clínica, la evidencia científica y el conocimiento contextual del paciente. Esta capacidad para identificar respuestas humanas con base científica permite planificar cuidados individualizados y pertinentes, adaptados a la realidad y prioridades del paciente.

En esta línea, Müller et al. (2006), afirman que el uso de diagnósticos estructurados con intervenciones (NIC) y resultados esperados (NOC) mejora la planificación del cuidado, facilita la documentación clínica y contribuye a la coherencia y calidad de la práctica enfermera en diversos contextos asistenciales. El modelo propuesto por estos autores también permite evaluar el impacto real de la intervención de enfermería sobre el estado de salud del paciente, lo que fortalece la toma de decisiones basada en resultados.

Además, la utilización de una taxonomía diagnóstica común, como la de NANDA-I, permite unificar el lenguaje profesional, optimizar la comunicación interdisciplinaria y asegurar la continuidad del cuidado, especialmente en entornos donde múltiples profesionales atienden al mismo paciente. El marco conceptual del diagnóstico enfermero se sustenta en teorías clásicas del cuidado, como el modelo de Dorothea Orem, que considera el autocuidado como un elemento central de la enfermería, o el modelo de Virginia Henderson, que destaca la necesidad de ayudar al individuo a lograr independencia lo antes posible. Bajo estas premisas, el diagnóstico no solo identifica carencias, sino también potencialidades del paciente, como la disposición para mejorar hábitos de salud, fortalecer la adherencia terapéutica o recuperar autonomía en las actividades básicas de la vida diaria.

En síntesis, el diagnóstico enfermero es mucho más que una etiqueta clínica: es un acto de razonamiento profesional que orienta el cuidado hacia la persona en su totalidad. Su correcta formulación establece el punto de partida para el diseño de un plan de cuidados eficaz, ético y centrado en resultados medibles. En el contexto actual, donde la atención debe ser cada vez más personalizada, segura y basada en evidencias, el dominio conceptual y práctico del diagnóstico es una competencia esencial de la enfermería profesional.

7.4. Importancia en atención primaria

La atención primaria de salud (APS) se define como el primer nivel de contacto entre los individuos, las familias y el sistema de salud, y se caracteriza por su enfoque integral, accesible, continuo y centrado en la comunidad. En este

contexto, la enfermería comunitaria desempeña un rol esencial en la identificación precoz de necesidades, la educación sanitaria, la prevención de enfermedades y la promoción del autocuidado. Uno de los recursos clave para lograr estos objetivos es la formulación adecuada de diagnósticos enfermeros, que permite estructurar el abordaje profesional en función de los problemas reales o potenciales del individuo.

Las enfermeras en atención primaria enfrentan una amplia gama de desafíos clínicos y sociales: la gestión de enfermedades crónicas, la detección de factores de riesgo modificables, la identificación de vulnerabilidades familiares, así como la atención a personas mayores con dependencia funcional o deterioro cognitivo. En estos escenarios, la capacidad de formular diagnósticos de manera precisa y estructurada permite individualizar el plan de cuidados, priorizar intervenciones, y establecer objetivos alcanzables y medibles en el tiempo.

Por ejemplo, en el caso de personas trasplantadas que presentan riesgo de desarrollar diabetes mellitus post-trasplante (DMPT), la enfermera puede detectar tempranamente un déficit de conocimientos respecto al autocuidado, la dieta o la automonitorización de la glucemia. Como señala Orasanin (2007), desarrollar materiales educativos en lenguaje claro, partiendo de un diagnóstico enfermero adecuado, mejora la comprensión, la adherencia al tratamiento y la participación activa del paciente en su proceso de salud. El diagnóstico "déficit de conocimientos relacionado con la gestión de la dieta en DMPT" puede ser el punto de partida para todo un proceso educativo estructurado y adaptado.

Asimismo, en personas mayores con comorbilidades como hipertensión, diabetes, artrosis o deterioro cognitivo leve, la intervención de enfermería requiere una lectura precisa del estado funcional y psicosocial del paciente. En estos casos, emitir diagnósticos como "manejo ineficaz del régimen terapéutico", "riesgo de caídas" o "disposición para mejorar el autocuidado" permite identificar prioridades, evitar hospitalizaciones innecesarias y sostener la independencia del paciente el mayor tiempo posible. Según Reis da Silva (2024), el uso sistemático del diagnóstico enfermero en el cuidado geriátrico permite definir

intervenciones eficaces y sostenibles, orientadas al bienestar integral y a la prevención de complicaciones.

Otro aspecto clave de la importancia del diagnóstico en atención primaria es su potencial educativo y preventivo. A diferencia de los niveles de atención más especializados, donde predomina el tratamiento de enfermedades ya instauradas, la APS se enfoca en intervenir sobre los determinantes sociales y estilos de vida que condicionan el estado de salud. Diagnósticos como "sedentarismo", "riesgo de nivel de glucemia inestable", "nutrición desequilibrada", o "afrontamiento ineficaz", permiten a la enfermería diseñar intervenciones oportunas en salud pública, mejorar la educación sanitaria de la comunidad y reducir el impacto de enfermedades prevenibles.

Además, la correcta formulación diagnóstica permite mejorar la adherencia terapéutica. Cuando el paciente comprende por qué se le asigna determinado diagnóstico y participa en la definición de los objetivos de cuidado, se incrementa su motivación y compromiso con el tratamiento. En este proceso, la empatía, la comunicación efectiva y la claridad del lenguaje enfermero juegan un papel determinante, y el diagnóstico se convierte en un puente entre la técnica y el vínculo terapéutico.

Por último, es fundamental destacar que en atención primaria el diagnóstico enfermero no solo orienta la práctica profesional individual, sino que también facilita la gestión de equipos interdisciplinarios y la planificación comunitaria. Al utilizar un lenguaje estandarizado y reconocido como el de NANDA-I, las enfermeras contribuyen a una mejor coordinación con otros profesionales de salud, optimizando recursos, evitando duplicidades y garantizando la continuidad del cuidado entre los distintos niveles de atención.

7.5. Estructura de la taxonomía NANDA-I

La taxonomía NANDA-I, en su edición más reciente (2021–2023), constituye un sistema de clasificación estandarizado que organiza los diagnósticos enfermeros de acuerdo con criterios teóricos, clínicos y funcionales. Esta estructura fue

diseñada para sistematizar las respuestas humanas a condiciones de salud y proporcionar un marco común que facilite la comunicación entre profesionales, la planificación del cuidado y la evaluación de resultados (Herdman et al., 2021). Actualmente, NANDA-I incluye 267 diagnósticos enfermeros, clasificados en 13 dominios y 47 clases, los cuales abarcan el espectro completo de respuestas humanas, desde las fisiológicas hasta las psicosociales y conductuales. Cada dominio representa una dimensión amplia del funcionamiento humano, como nutrición, actividad/reposo, eliminación, percepción, roles, sexualidad o afrontamiento. Las clases agrupan conceptos diagnósticos más específicos dentro de cada dominio.

Cada diagnóstico en la taxonomía NANDA-I está compuesto por los siguientes elementos estructurales:

- Etiqueta diagnóstica: nombre oficial del diagnóstico, como sedentarismo, desequilibrio nutricional o afrontamiento ineficaz. Esta etiqueta debe seleccionarse con base en los datos obtenidos durante la valoración.
- Definición: proporciona una descripción precisa del concepto que representa el diagnóstico. Permite diferenciarlo de otros similares.
- Características definitorias: signos y síntomas observables o manifestaciones clínicas que justifican la presencia del diagnóstico. Son especialmente relevantes en los diagnósticos reales.
- Factores relacionados (etiología): causas o condiciones que contribuyen al desarrollo del diagnóstico y que pueden ser modificadas mediante intervenciones enfermeras.
- Factores de riesgo: presentes en los diagnósticos de tipo potencial, señalan condiciones que aumentan la probabilidad de que se desarrolle un problema si no se actúa preventivamente.

Este modelo facilita la formulación de diagnósticos utilizando el formato PES (Problema – Etiología – Signos/síntomas), que será abordado con profundidad en el próximo apartado del capítulo.

7.6. Aplicación en atención primaria

En el contexto de la atención primaria, la taxonomía NANDA-I se convierte en una herramienta fundamental para estructurar la práctica enfermera de manera científica, homogénea y centrada en la persona. La diversidad de situaciones clínicas y sociales que se presentan en este nivel de atención exige contar con un marco diagnóstico amplio, flexible y adaptable a diferentes realidades comunitarias.

Los dominios más frecuentemente utilizados en atención primaria son:

- Dominio 1 – Promoción de la salud: incluye diagnósticos como disposición para mejorar el autocuidado o gestión ineficaz de la salud.
- Dominio 2 – Nutrición: abarca situaciones como desequilibrio nutricional (por exceso o por defecto), alteraciones en la deglución, o riesgo de deshidratación.
- Dominio 4 – Actividad/reposo: incluye diagnósticos como sedentarismo, intolerancia a la actividad o alteración del patrón de sueño.
- Dominio 9 – Afrontamiento/tolerancia al estrés: agrupa respuestas como ansiedad, afrontamiento ineficaz o fatiga del rol del cuidador.

Ejemplos prácticos relevantes en APS

A continuación, se enumeran algunos diagnósticos comúnmente empleados en la atención primaria de enfermería, con gran utilidad para el abordaje del autocuidado, la promoción de hábitos saludables y la prevención de complicaciones:

- Manejo ineficaz del régimen terapéutico: frecuente en pacientes crónicos que presentan dificultades para seguir correctamente las indicaciones médicas y de autocuidado.
- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales: común en personas mayores, pacientes oncológicos o personas en situación de vulnerabilidad social.
- Sedentarismo: diagnóstico clave en el abordaje de enfermedades no transmisibles, como hipertensión, obesidad, diabetes tipo 2 y dislipidemias.

- Riesgo de glucemia inestable: diagnóstico preventivo que permite monitorear y educar a pacientes con diabetes en etapas de descompensación o mal control.
- Disposición para mejorar el autocuidado: útil para pacientes que ya muestran motivación para adquirir conocimientos y habilidades en la gestión de su salud.

Estos diagnósticos permiten planificar intervenciones enfermeras específicas —como educación sanitaria, asesoramiento, acompañamiento en el cambio de hábitos o seguimiento domiciliario— y evaluar la efectividad del cuidado mediante herramientas complementarias como la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Moorhead et al., 2024).

Además, el uso de un lenguaje estandarizado como el de NANDA-I fortalece la documentación clínica, la seguridad del paciente y la continuidad del cuidado entre los distintos niveles del sistema de salud, evitando ambigüedades, redundancias o pérdidas de información clave (Herdman et al., 2021).

7.7. Tipos de diagnósticos

La clasificación de los diagnósticos enfermeros según NANDA International (NANDA-I) se organiza no solo por dominios temáticos, sino también por el tipo de respuesta humana que describen. Esta tipología permite al profesional de enfermería diferenciar entre problemas actuales, riesgos potenciales y oportunidades de crecimiento en salud. Comprender correctamente esta clasificación es fundamental para emitir diagnósticos adecuados, seleccionar intervenciones pertinentes y planificar resultados esperados que puedan ser evaluados posteriormente.

NANDA-I reconoce actualmente cuatro tipos principales de diagnósticos enfermeros:

1. **Diagnósticos reales:** Los diagnósticos reales hacen referencia a respuestas humanas que están presentes en el momento de la valoración enfermera, y que

se evidencian a través de signos y síntomas concretos, conocidos como características definitorias. Para formular este tipo de diagnóstico, es imprescindible identificar datos objetivos y/o subjetivos que lo sustenten.

Ejemplo:
Fatiga relacionada con actividad excesiva, manifestada por verbalización de cansancio, disminución de la capacidad para realizar actividades cotidianas y expresión facial de agotamiento.
Este tipo de diagnóstico se considera el más frecuente en la práctica clínica, y en atención primaria resulta útil en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, postoperatorios, cuidadores, adultos mayores y personas con sobrecarga física o emocional.

2. **Diagnósticos de riesgo**: Los diagnósticos de riesgo se refieren a respuestas humanas que aún no se han manifestado, pero que pueden desarrollarse si no se interviene adecuadamente. En estos casos no se observan signos o síntomas, pero sí están presentes factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad del paciente frente a un problema específico.

Ejemplo:
Riesgo de caídas relacionado con debilidad muscular, polifarmacia y deterioro del equilibrio.
Este tipo de diagnóstico es esencial en enfermería comunitaria, ya que permite anticiparse a problemas clínicos y planificar estrategias de prevención. Su formulación adecuada evita complicaciones, mejora la calidad de vida y reduce el gasto sanitario asociado a eventos prevenibles.

3**. Diagnósticos de promoción de la salud:** Los diagnósticos de promoción de la salud describen respuestas humanas que reflejan un deseo o disposición de la persona para mejorar su bienestar y alcanzar un mayor nivel de salud. No implican la existencia de un problema actual, sino una oportunidad de fortalecimiento.

Ejemplo:

Disposición para mejorar el manejo de la salud, manifestado por el interés del paciente en adquirir conocimientos sobre su patología y establecer rutinas saludables.

Este tipo de diagnóstico es clave en los programas de educación para la salud, seguimiento domiciliario y prevención primaria, ya que facilita el diseño de intervenciones centradas en la motivación y el empoderamiento del paciente.

Los diagnósticos de salud (también denominados “diagnósticos de bienestar” en ediciones anteriores) se refieren a estados de salud existentes que se encuentran en equilibrio, pero que pueden optimizarse o mantenerse a largo plazo mediante intervenciones adecuadas. Este tipo de diagnóstico se emite cuando la persona presenta niveles adecuados de funcionalidad, pero muestra apertura para continuar progresando.

Ejemplo:

Mantenimiento eficaz de la salud, manifestado por una conducta activa en la prevención de enfermedades, controles regulares y adherencia a hábitos saludables. Estos diagnósticos son útiles en población sana, en programas comunitarios de vigilancia, en controles de salud infantil o adulta, y en intervenciones de promoción de la salud colectiva.

4. **Diagnósticos de síndrome:** Un diagnóstico de síndrome es un juicio clínico que agrupa un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que ocurren juntos según un patrón o estándar.

Este tipo de diagnóstico refleja una situación compleja en la que varias respuestas humanas relacionadas a problemas de salud o procesos vitales se presentan simultáneamente, formando un cuadro clínico que requiere un abordaje integral y coordinado. Por ejemplo, Síndrome post violación el cual está conformado por miedo, ansiedad, angustia, temor.

7.8. Aplicación en modelos de atención centrada en la persona

Como destacan Gonçalves et al. (2023), la formulación precisa de estos tipos de diagnósticos, especialmente en entornos estructurados bajo modelos como el de

“Primary Nursing”, permite una atención más personalizada, continua y sensible a las necesidades individuales del paciente. Los autores concluyen que el uso de diagnósticos estandarizados mejora los resultados sensibles al cuidado de enfermería, tales como la adherencia al tratamiento, la calidad de vida percibida y la satisfacción del paciente.

En entornos comunitarios, donde los profesionales de enfermería realizan valoraciones integrales, visitas domiciliarias, talleres de educación y seguimiento de casos crónicos, contar con claridad sobre el tipo de diagnóstico que se formula permite estructurar mejor las acciones y evaluar su impacto con mayor precisión.

7.9. Competencia diagnóstica y formación continua

La competencia diagnóstica enfermera se define como la capacidad profesional para identificar, analizar e interpretar respuestas humanas frente a situaciones de salud o enfermedad, mediante la emisión de diagnósticos válidos, pertinentes y ajustados a la realidad del paciente. Esta habilidad no es innata, sino que se desarrolla progresivamente a través de la formación académica, la práctica clínica reflexiva y la actualización continua.

Formular diagnósticos con precisión implica aplicar juicio clínico, es decir, un proceso cognitivo complejo mediante el cual el profesional integra conocimiento científico, experiencia acumulada, pensamiento crítico, y habilidades de comunicación e interpretación contextual. Este juicio debe estar basado en datos objetivos y subjetivos, en teorías del cuidado y en criterios diagnósticos estandarizados, como los propuestos por NANDA-I.

La calidad del juicio clínico enfermero repercute directamente en la efectividad del cuidado. Un diagnóstico incompleto, inexacto o subjetivo puede conducir a intervenciones inadecuadas, con escaso impacto en la situación del paciente, o incluso con consecuencias adversas. Por el contrario, una formulación diagnóstica clara, específica y basada en evidencia orienta adecuadamente el

plan de cuidados, optimiza recursos, mejora la comunicación entre profesionales y favorece la evaluación de resultados.

7.10. Evidencia del impacto de la formación en lenguaje estandarizado:

Un estudio cuasiexperimental realizado por Adubi et al. en el University College Hospital de Ibadan, Nigeria, analizó el impacto de un programa de formación en lenguaje estandarizado enfermero en la calidad de la documentación clínica de los profesionales de enfermería. Tras la intervención educativa, se observaron mejoras significativas en la capacidad de las enfermeras para registrar diagnósticos precisos, estructurar planes de cuidados y utilizar adecuadamente las clasificaciones diagnósticas reconocidas como NANDA-I (Adubi et al., 2018).

Aunque el estudio se desarrolló en un contexto hospitalario, sus hallazgos son completamente extrapolables al ámbito de la atención primaria, donde la autonomía profesional es mayor, y donde el profesional de enfermería requiere emitir diagnósticos clínicos con un fuerte componente preventivo, educativo y de seguimiento comunitario.

Este estudio subraya una premisa clave: la competencia diagnóstica no se sostiene sin formación continua. En un entorno sanitario en constante evolución, donde las necesidades sociales y los perfiles epidemiológicos cambian rápidamente, la actualización profesional se convierte en una condición indispensable para garantizar cuidados de calidad.

Uso de terminologías complementarias: NOC como herramienta de evaluación
Además del uso de diagnósticos estandarizados, la competencia diagnóstica implica la capacidad de evaluar los resultados del cuidado proporcionado. Para ello, se utilizan clasificaciones complementarias como la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), que permite operacionalizar y medir los efectos del cuidado en el paciente.

Cada diagnóstico enfermero puede ser vinculado a uno o varios resultados esperados definidos en la NOC, con indicadores específicos que permiten medir el progreso del paciente a través de escalas cuantificables. Esto proporciona una base objetiva para evaluar la efectividad de las intervenciones, justificar decisiones clínicas, y retroalimentar el proceso de cuidado.

Por ejemplo, al formular el diagnóstico “afrontamiento ineficaz”, se puede establecer como resultado esperado el “afrontamiento efectivo de la enfermedad”, medido mediante indicadores como el reconocimiento del problema, la búsqueda de apoyo social, o la expresión de emociones en forma adecuada (Moorhead et al., 2024). Esta articulación diagnóstica-evaluativa fortalece la planificación basada en evidencia y legitima el trabajo enfermero dentro del equipo de salud interdisciplinario.

- **Formación continua: eje transversal de la calidad**

La formación continua en diagnósticos enfermeros y en el uso de clasificaciones estandarizadas no debe considerarse una opción, sino una obligación ética y profesional. Las universidades, colegios profesionales, servicios de salud y organismos reguladores tienen la responsabilidad compartida de promover programas de educación permanente que fortalezcan las competencias diagnósticas del personal de enfermería, tanto en el nivel asistencial como en el comunitario.

El conocimiento profundo de herramientas como NANDA-I, NOC y NIC, sumado a habilidades de juicio clínico, proporciona al profesional de enfermería una base sólida para liderar procesos de cuidado seguros, eficientes y centrados en la persona. Esta formación debe incluir no solo el aprendizaje de contenidos teóricos, sino también metodologías activas como el estudio de casos, la simulación clínica, el trabajo interdisciplinario y el análisis reflexivo de la práctica cotidiana.

7.11. Componentes del diagnóstico: problema, etiología, signos y síntomas (formato PES)

La correcta estructuración del diagnóstico enfermero según el modelo PES es fundamental para garantizar la precisión clínica, la coherencia del plan de cuidados y la efectividad de las intervenciones, tanto en contextos hospitalarios como en el ámbito de la atención primaria. Este formato, ampliamente validado en la literatura profesional, organiza el diagnóstico en tres componentes esenciales: Problema (P), Etiología (E) y Signos y síntomas (S), permitiendo una representación clara, ordenada y lógica de la situación clínica del paciente Herdman et al. (2021).

El uso del modelo PES otorga al profesional de enfermería una estructura formal para traducir la valoración clínica en un juicio diagnóstico sistematizado, que sirve de base para todo el proceso de planificación de cuidados. Según Herdman et al. (2021), este modelo no solo facilita la formulación diagnóstica al brindar categorías diagnósticas claras y definidas, sino que también promueve la adopción de un lenguaje estandarizado, lo que fortalece la continuidad asistencial, mejora la comunicación entre los distintos niveles del sistema sanitario, y potencia la interdisciplinariedad en el cuidado del paciente.

Además, al trabajar con un formato diagnóstico uniforme y basado en evidencia, como el PES, se favorece una documentación clínica más precisa, estructurada y comprensible, elemento clave para garantizar la calidad, trazabilidad y legalidad del acto enfermero. Como demuestra Müller et al. (2006), el uso de estructuras diagnósticas organizadas mejora sustancialmente la coherencia entre valoración, diagnóstico, intervenciones y resultados, lo que se traduce en una mayor efectividad del proceso enfermero en distintos entornos asistenciales.

Particularmente en atención primaria, el uso del modelo PES aporta herramientas concretas para identificar respuestas humanas a contextos complejos, donde los problemas de salud se entrelazan con factores sociales, culturales, educativos y ambientales. Tal como señalan Reis da Silva (2024) y Gonçalves et al. (2023), en entornos comunitarios, especialmente en

poblaciones envejecidas o en situación de vulnerabilidad, contar con un diagnóstico bien formulado permite intervenir con pertinencia, oportunidad y eficacia clínica, contribuyendo al autocuidado y a la prevención de complicaciones.

Por otra parte, el formato PES no funciona de forma aislada, sino que se integra dentro de un sistema clasificatorio más amplio, que incluye también a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Esta integración metodológica permite vincular de forma directa el diagnóstico con las acciones terapéuticas planificadas y con los resultados que se esperan alcanzar, lo que fortalece un enfoque asistencial basado en evidencia, medible y centrado en el paciente (Moorhead et al., 2024).

También debe destacarse que la aplicación del modelo PES exige una formación continua, tanto en el uso de la taxonomía NANDA-I como en la integración con otras herramientas clínicas. Como lo demuestra Adubi et al. (9), la capacitación del personal de enfermería en lenguaje estandarizado mejora significativamente la calidad de la documentación y el juicio clínico, aumentando la precisión diagnóstica y fortaleciendo la autonomía profesional.

En síntesis, el modelo PES representa una herramienta clave para el desarrollo de diagnósticos individualizados, precisos y clínicamente relevantes, que se alinean con las necesidades reales o potenciales de cada persona atendida. Su correcta aplicación permite al profesional de enfermería estructurar el razonamiento clínico, definir intervenciones dirigidas y evaluar resultados con criterios objetivos, contribuyendo a un proceso de cuidado más eficaz, reflexivo y humanizado.

7.12. Problema (P): la etiqueta diagnóstica

El componente “Problema” (P) en el modelo PES hace referencia a la respuesta humana que ha sido identificada como disfuncional, de riesgo o susceptible de mejora en términos de salud. Esta respuesta no equivale a un diagnóstico

médico ni a una condición patológica específica, sino que representa la manera en que una persona reacciona, en el plano físico, emocional, cognitivo o social, ante una situación de salud determinada. El “problema” en enfermería es, por tanto, una construcción clínica que permite comprender las necesidades reales o potenciales de un individuo desde una perspectiva holística y centrada en la persona.

Esta parte del diagnóstico corresponde a la etiqueta diagnóstica oficial de NANDA-I, una denominación estandarizada que debe ser seleccionada tras un proceso de valoración integral, sistemática y orientada a identificar patrones de respuesta relevantes. Estas etiquetas están elaboradas con base en criterios científicos, validadas por consenso internacional y recogidas en la clasificación oficial de diagnósticos enfermeros (Herdman et al., 2021).

Según Herdman et al. (2021), cada etiqueta diagnóstica está acompañada de una definición, una serie de características definitorias, posibles factores relacionados y, en algunos casos, condiciones asociadas o factores de riesgo. Esta estructura tiene como propósito garantizar la coherencia terminológica, facilitar la toma de decisiones clínicas y mejorar la calidad del lenguaje profesional en los registros de enfermería. El uso de estas etiquetas no solo permite clasificar problemas, sino también comunicar de forma clara y estandarizada la situación de salud del paciente al equipo interdisciplinario.

La correcta elección de la etiqueta diagnóstica constituye el núcleo del juicio clínico. A partir de ella se construye el resto del plan de cuidados, se definen las intervenciones más apropiadas y se seleccionan los resultados esperados. Una etiqueta mal seleccionada puede llevar a intervenciones inadecuadas o ineficaces, comprometiendo la seguridad del paciente, desperdiciando recursos y debilitando la continuidad del cuidado.

El proceso de selección no debe basarse en impresiones subjetivas ni en interpretaciones personales del profesional. Por el contrario, debe fundarse en la evidencia recogida durante la valoración (características definitorias), en la identificación de factores relacionados o de riesgo, y en un análisis clínico

reflexivo, ético y contextual. Para garantizar objetividad, se deben emplear exclusivamente etiquetas diagnósticas incluidas en la clasificación oficial de NANDA-I (2021–2023), evitando diagnósticos construidos de forma arbitraria o fuera del sistema taxonómico.

7.13. Clasificación por dominios y clases

La taxonomía NANDA-I organiza sus etiquetas diagnósticas en 13 dominios y 47 clases, lo que permite una categorización sistemática y lógica de las respuestas humanas. Cada dominio representa un área amplia del funcionamiento humano, tales como nutrición, eliminación, percepción/cognición, afrontamiento o seguridad/protección. A su vez, cada clase dentro del dominio delimita el grupo específico de respuestas asociadas.

Ejemplos aplicados a contextos frecuentes en atención primaria:

- El diagnóstico “sedentarismo” (00168) se ubica en el Dominio 4: Actividad/reposo, Clase 2: Actividad/ejercicio. Describe una insuficiencia en el nivel habitual de actividad física, lo cual es altamente prevalente en contextos urbanos.
- El diagnóstico “riesgo de nivel de glucemia inestable” (00179) pertenece al Dominio 2: Nutrición, Clase 1: Ingesta de alimentos y líquidos. Resulta útil en el seguimiento de pacientes con diabetes mellitus, especialmente ante cambios en el tratamiento o irregularidades en la alimentación.
- El diagnóstico “disposición para mejorar el manejo de la salud” (00162) se encuentra en el Dominio 1: Promoción de la salud, Clase 1: Gestión de la salud. Representa una actitud positiva y activa del paciente hacia la mejora de sus hábitos o conductas saludables.

Este sistema de clasificación permite al profesional orientarse con rapidez dentro del conjunto de diagnósticos existentes, evitando duplicidades o errores terminológicos, y facilitando la compatibilidad entre diagnósticos, intervenciones (NIC) y resultados esperados (NOC).

7.14. Aplicación en atención primaria:

En el ámbito de la atención primaria, la correcta selección de la etiqueta diagnóstica tiene un impacto directo sobre la eficacia del proceso enfermero. Permite identificar necesidades individuales y comunitarias, establecer prioridades y adaptar el plan de cuidados a las características socioeconómicas, culturales y funcionales del entorno.

Algunos diagnósticos frecuentemente utilizados en este nivel incluyen:

- Disposición para mejorar el manejo de la salud (00162): útil en pacientes con enfermedades crónicas que expresan interés por mejorar su autocuidado, especialmente en programas de seguimiento.
- Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179): fundamental en personas con diabetes tipo 2, ante cambios en el esquema terapéutico, dificultades alimentarias o baja adherencia al tratamiento.
- Sedentarismo (00168): diagnóstico común en poblaciones con escasa actividad física, y que actúa como factor de riesgo para hipertensión, obesidad o enfermedades cardiovasculares.

Estos diagnósticos permiten formular planes de cuidados centrados en la persona, dirigidos no solo a resolver problemas actuales, sino también a prevenir complicaciones futuras y fomentar la autonomía del paciente. En todos los casos, la etiqueta diagnóstica actúa como punto de partida para definir intervenciones precisas, establecer objetivos alcanzables y programar un seguimiento efectivo, asegurando la continuidad asistencial dentro del equipo de salud (Herdman et al., 2021).

7.15. Etiología (E): los factores relacionados

El segundo componente del modelo PES es la etiología (E), también denominada factores relacionados, y representa uno de los pilares conceptuales del razonamiento clínico enfermero. Esta parte del diagnóstico identifica la causa o contribuyentes al problema de salud detectado, y constituye el punto de partida

para la planificación del cuidado, ¿ya que define el por qué? del problema observado y orienta las intervenciones hacia su resolución o mitigación.

A diferencia del diagnóstico médico, que se enfoca principalmente en una enfermedad o alteración patológica concreta (por ejemplo, "insuficiencia cardíaca" o "diabetes tipo 2"), la etiología en el diagnóstico enfermero busca reconocer elementos modificables, sobre los cuales el profesional de enfermería puede actuar directa o indirectamente mediante intervenciones planificadas.

Formulación técnica:

La etiología se introduce en la redacción diagnóstica con la frase “relacionado con…”, lo cual establece una conexión lógica y causal entre el problema y sus factores desencadenantes. Estos factores deben reflejar condiciones modificables o influencias que contribuyen al problema de salud, tales como:

- Déficit de conocimientos
- Factores emocionales o psicosociales (ansiedad, miedo, baja autoestima)
- Barreras culturales o económicas
- Estilos de vida no saludables (sedentarismo, dieta inadecuada, consumo de sustancias)
- Condiciones del entorno (vivienda inadecuada, aislamiento social)
- Actitudes o creencias del paciente (resistencia al cambio, negación del diagnóstico)

Apoyo social insuficiente (familiar, comunitario o institucional)

Por ejemplo, en el caso de un paciente con diagnóstico de sedentarismo, una etiología posible podría ser:

“Sedentarismo relacionado con falta de conocimientos sobre los beneficios del ejercicio físico.”

En este caso, el diagnóstico no apunta a una limitación física o a una patología de base, sino a un factor modificable a través de la educación y el acompañamiento profesional.

7.16. Qué no debe incluirse como etiología

Una confusión común, especialmente entre profesionales en formación, es identificar la etiología con una enfermedad o diagnóstico médico, como “relacionado con hipertensión” o “relacionado con diabetes”. Este tipo de formulación no es correcto en el marco del diagnóstico enfermero, ya que estas enfermedades no son objetivos directos de intervención enfermera, aunque puedan influir en el contexto general del paciente. Lo adecuado es identificar el componente enfermero asociado, como:

- “Déficit de conocimientos sobre el régimen farmacológico”
- “Dificultad para modificar hábitos alimentarios”
- “Falta de apoyo social para adherencia al tratamiento”

La precisión en la identificación etiológica no solo garantiza que las intervenciones sean más eficaces, sino que también contribuye a un cuidado más ético, seguro y centrado en la persona.

7.17. Aplicación práctica y valor clínico

En contextos como la atención primaria, donde se aborda una gran diversidad de problemáticas crónicas, sociales y educativas, la etiología representa una herramienta central para personalizar los planes de cuidados. Los profesionales deben tomar en cuenta múltiples determinantes de la salud, y muchas veces, la clave para resolver un problema clínico no está en el síntoma en sí, sino en su causa subyacente.

Según Reis da Silva (2024), en el cuidado geriátrico uno de los escenarios más complejos en atención comunitaria, la correcta identificación de la etiología permite focalizar las intervenciones en barreras específicas al autocuidado, como el aislamiento social, la baja alfabetización en salud, o la dependencia funcional. Por ejemplo, un diagnóstico de manejo ineficaz del régimen terapéutico puede derivarse de etiologías distintas:

- “Relacionado con déficit de conocimientos sobre el uso de la medicación”, lo cual requiere una intervención educativa estructurada.
- “Relacionado con falta de apoyo familiar para la administración del tratamiento”, que requerirá coordinación con trabajo social y/o cuidador.

Estas diferencias cambian completamente el enfoque del plan de cuidados, lo cual demuestra que la etiología no solo influye en el que se hará, sino en el cómo, cuándo y con qué recursos se actuará.

7.18. Implicancias éticas, legales y comunicacionales:

Una formulación diagnóstica con etiología bien definida tiene repercusiones importantes más allá del ámbito clínico. En términos legales y éticos, permite justificar las decisiones de cuidado, documentar correctamente las acciones realizadas, y responder ante auditorías o responsabilidades profesionales. Además, la claridad etiológica facilita la comunicación interdisciplinaria, ya que permite a otros miembros del equipo de salud comprender por qué se planificaron ciertas intervenciones y cuál es su propósito.

Del mismo modo, contribuye a fortalecer el rol autónomo del profesional de enfermería, al demostrar que sus decisiones están basadas en un juicio clínico fundamentado y orientado a resultados medibles.

7.19. Signos y síntomas (S): características definitorias

El tercer componente del modelo PES corresponde a los signos y síntomas, también conocidos como características definitorias. Estos constituyen la evidencia clínica, objetiva o subjetiva, que sustenta la presencia del problema identificado en el diagnóstico enfermero. Su adecuada identificación durante la valoración es esencial para validar la elección de la etiqueta diagnóstica y justificar el plan de cuidados que se establecerá a partir de ella.

Estas características se redactan utilizando expresiones como “manifestado por…” o “evidenciado por…”, y deben describir con claridad las manifestaciones específicas del paciente que revelan la existencia de la respuesta humana disfuncional, de riesgo o de promoción de la salud. La inclusión de datos

verificables, precisos y relevantes es clave para evitar diagnósticos vagos, genéricos o sin fundamento.

Los signos pueden clasificarse en dos grandes grupos: los objetivos, que son observables por el profesional (como hallazgos físicos, comportamentales o resultados de pruebas clínicas), y los subjetivos, que son expresados por el paciente en forma de percepciones, sensaciones o verbalizaciones, y que reflejan su vivencia del problema.

7.20. Ejemplos frecuentes de signos y síntomas:

Verbalizaciones del paciente: “Me siento muy débil últimamente”, “No sé cómo preparar comidas saludables”, “No puedo dormir más de tres horas”.
Observaciones clínicas: temblores, palidez, edemas, pérdida de peso, encorvamiento postural, patrón respiratorio alterado.
Resultados diagnósticos: glucemia capilar descontrolada, presión arterial elevada, bajo IMC, valores anormales de saturación de oxígeno.
La riqueza clínica de estas características definitorias permite no solo confirmar el diagnóstico, sino también planificar intervenciones ajustadas al estado actual del paciente, priorizar acciones de cuidado y evaluar progresos o retrocesos en el seguimiento.

7.21. Ejemplo completo en formato PES:

“Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales, relacionado con falta de apetito y alteración del gusto, manifestado por pérdida de peso, debilidad y expresión de fatiga constante.”
En este ejemplo, los signos y síntomas no solo refuerzan el diagnóstico, sino que orientan hacia acciones educativas, intervenciones nutricionales específicas y una vigilancia más estrecha del estado funcional y metabólico del paciente.

Desde una perspectiva metodológica, la correcta inclusión de estas características permite vincular el diagnóstico con los criterios diagnósticos definidos por NANDA-I, contribuyendo a una práctica clínica más segura y trazable. Herdman et al. (2021) destacan que las características definitorias son

un componente imprescindible para diferenciar entre diagnósticos similares, y que su ausencia puede llevar a errores en la elección de la etiqueta.

7.22. Valor en la práctica clínica

La identificación sistemática de signos y síntomas tiene una relevancia operativa directa. En el contexto de la atención primaria, donde las enfermeras y enfermeros realizan valoraciones periódicas y planifican cuidados de seguimiento a largo plazo, estas manifestaciones permiten:

- Establecer prioridades clínicas realistas, en función de la gravedad y repercusión de los síntomas.
- Identificar indicadores de riesgo precozmente en pacientes con condiciones crónicas o complejas.
- Personalizar el cuidado en función de la presentación clínica y las necesidades sentidas por la persona atendida.

En muchos casos, los signos y síntomas permiten diferenciar entre un problema activo y un riesgo inminente, o entre una respuesta adaptativa y una disfuncional. Por ejemplo, en el caso de un adulto mayor con antecedentes de insuficiencia cardíaca, la observación de disnea al esfuerzo, edema maleolar y fatiga pueden orientar el diagnóstico hacia intolerancia a la actividad, mientras que la ausencia de síntomas, pero con antecedentes y condiciones predisponentes justificaría un diagnóstico de riesgo de intolerancia a la actividad.

Este valor es aún mayor cuando se considera que estos signos y síntomas pueden ser monitoreados de forma continua, facilitando comparaciones entre diferentes momentos del proceso de atención. De esta manera, se convierten en una herramienta clave no solo para planificar, sino también para evaluar los resultados del cuidado enfermero, especialmente en enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el EPOC o las demencias, donde los pequeños cambios en la clínica del paciente reflejan el éxito o el fracaso de las intervenciones propuestas.

En suma, los signos y síntomas dentro del modelo PES no son elementos accesorios, sino el componente que ancla el diagnóstico a la realidad observable del paciente. Su correcta inclusión dota al juicio clínico de objetividad, viabilidad y valor terapéutico.

7.23. Ejemplo práctico en atención primaria

Para ilustrar la aplicación del modelo PES en el ámbito de la atención primaria, a continuación, se presenta un caso clínico representativo que permite comprender cómo se articula el juicio clínico enfermero con la formulación diagnóstica estructurada. Este ejemplo demuestra cómo la valoración detallada y el uso adecuado del lenguaje estandarizado permiten identificar problemas de salud relevantes, estructurar planes de cuidado efectivos y actuar de manera proactiva en la promoción del autocuidado.

7.24. Caso clínico

Paciente: varón de 67 años.

Antecedentes: hipertensión arterial controlada farmacológicamente desde hace 5 años, sin otras comorbilidades relevantes diagnosticadas. Vive solo, cocina por cuenta propia y no cuenta con apoyo familiar regular.

Valoración actual

Durante una consulta de control en atención primaria, el paciente refiere sentirse “cansado todo el día” y expresa no saber cómo modificar su alimentación sin el uso de sal: “no sé cómo cocinar sin sal, todo me queda insípido”. Asimismo, indica que no realiza ejercicio físico con regularidad y admite que pasa gran parte del día en reposo. En la exploración física se observan edemas leves en miembros inferiores y se registra una tensión arterial de 160/98 mmHg.

Análisis clínico

A partir de la entrevista y la exploración, se identifican datos relevantes que orientan hacia una alteración en la capacidad del paciente para gestionar de forma adecuada su régimen terapéutico. Las verbalizaciones sugieren un déficit de conocimientos sobre dieta hiposódica, y los hallazgos físicos (edema y

tensión arterial elevada) indican que la inadecuada adherencia está teniendo repercusión clínica. A esto se suma el sedentarismo y la escasa percepción de riesgo, lo que agrava el cuadro.

Este conjunto de datos objetivos y subjetivos permite identificar una respuesta humana disfuncional, vinculada con un problema de salud crónico mal manejado. El razonamiento clínico del profesional de enfermería, basado en los criterios diagnósticos establecidos por NANDA-I, conduce a la formulación de un diagnóstico estructurado según el modelo PES.

Diagnóstico PES

- P (Problema): Manejo ineficaz del régimen terapéutico
- E (Etiología): relacionado con conocimientos deficientes sobre dieta hiposódica
- S (Signos y síntomas): manifestado por verbalización de desconocimiento, cansancio constante y presencia de edemas en miembros inferiores.

Este diagnóstico responde a una etiqueta oficial reconocida por NANDA-I (Herdman et al., 2021), y se construye a partir del análisis sistemático de los datos obtenidos en la valoración. El uso del modelo PES permite organizar el juicio clínico de manera lógica y coherente, conectando el problema con sus causas y con la evidencia observable en el paciente.

Implicaciones para el plan de cuidados

La formulación adecuada del diagnóstico enfermero proporciona la base para diseñar un plan de cuidados específico, realista y medible. En este caso, las intervenciones deben orientarse a reducir los factores contribuyentes (déficit de conocimientos, hábitos inadecuados), prevenir complicaciones relacionadas con la hipertensión, y empoderar al paciente en el manejo de su salud.

Algunas intervenciones prioritarias incluyen:

- Educación nutricional personalizada centrada en la reducción de sodio, con ejemplos prácticos de preparación de alimentos sin sal.

- Coordinación con el servicio de nutrición para el diseño de un plan alimentario adaptado a las preferencias culturales y posibilidades económicas del paciente.
- Entrenamiento en lectura de etiquetas nutricionales para la compra informada de productos alimenticios.
- Promoción de actividad física adaptada a su edad y estado funcional, con seguimiento de adherencia.
- Programación de visitas domiciliarias o llamadas de seguimiento para reforzar conocimientos y evaluar barreras.
- Evaluación de resultados mediante indicadores clínicos, como peso, perímetro de pantorrilla, presión arterial, y control de edemas.

Estas intervenciones responden a una planificación fundamentada en la identificación precisa del problema y sus causas, lo que garantiza una atención más eficiente y centrada en la persona. Tal como destaca Müller et al. (2006), el uso del modelo PES incrementa la claridad diagnóstica, facilita la planificación basada en evidencias y permite evaluar con mayor objetividad el impacto del cuidado.

Relevancia en atención primaria

Este caso refleja una situación cotidiana en el ámbito comunitario: una condición clínica crónica agravada por factores modificables, como el desconocimiento, la falta de apoyo social y el escaso acceso a información clara y adaptada. En este contexto, el modelo PES no solo permite estructurar el diagnóstico, sino también adaptar el cuidado a las características individuales del paciente, priorizando intervenciones educativas y de acompañamiento.

Asimismo, como señala Reis da Silva (2024), en pacientes mayores con condiciones crónicas, la formulación de diagnósticos individualizados y la adecuada identificación de factores relacionados mejora el autocuidado, reduce el riesgo de complicaciones y favorece una planificación más efectiva en términos de prevención y continuidad del cuidado.

El uso de diagnósticos enfermeros estructurados en atención primaria es un recurso clave para garantizar una atención personalizada, basada en el respeto por la autonomía del paciente y orientada a resultados tangibles. En este sentido, el modelo PES constituye una herramienta imprescindible para integrar el conocimiento clínico, la valoración individual y la intervención profesional de manera articulada y coherente.

Glosario

1. **Diagnóstico de enfermería**: Juicio clínico sobre la respuesta de una persona a problemas de salud reales o potenciales, que guía el plan de cuidados.
2. **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)**: Método sistemático utilizado por enfermeros para planificar, ejecutar y evaluar cuidados individualizados.
3. **Valoración:** Primera etapa del PAE que implica la recopilación de datos subjetivos y objetivos del paciente.
4. **Juicio clínico:** Habilidad para interpretar datos y tomar decisiones fundamentadas en evidencia, experiencia y pensamiento crítico.
5. **Pensamiento crítico**: Proceso reflexivo, lógico y razonado que apoya la toma de decisiones clínicas efectivas en enfermería.
6. **NANDA-I:** Asociación internacional que desarrolla y mantiene una taxonomía estandarizada de diagnósticos enfermeros.
7. **Formato PES**: Estructura para formular diagnósticos enfermeros: Problema, Etiología (causa), y Signos/Síntomas.
8. **Intervención enfermera**: Acción planeada y autónoma del profesional para tratar diagnósticos enfermeros y alcanzar resultados esperados.
9. **Resultados esperados**: Objetivos o metas a lograr tras la aplicación de intervenciones enfermeras.
10. **Autocuidado:** Prácticas realizadas por la persona para mantener su salud y bienestar, promovidas por la enfermería.
11. **Lenguaje estandarizado**: Sistema común de términos clínicos que mejora la comunicación y documentación del cuidado enfermero.
12. **Modelo OPT:** Estrategia educativa para mejorar la formulación diagnóstica mediante la comparación del estado actual y deseado.
13. **Taxonomía**: Clasificación estructurada de conceptos; en enfermería, organiza los diagnósticos según áreas de respuesta humana.
14. **Simulación clínica**: Técnica pedagógica que recrea situaciones reales para mejorar habilidades diagnósticas y de cuidado.
15. **Razonamiento diagnóstico**: Proceso mental que permite identificar patrones y relaciones entre datos para establecer diagnósticos precisos.

Banco de Preguntas

1. **Paciente masculino de 60 años es diagnosticado por el médico con neumonía adquirida en la comunidad. Durante la valoración, la enfermera identifica disnea, ansiedad, uso de músculos accesorios y dificultad para mantener la saturación de oxígeno. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la diferencia entre diagnóstico médico y diagnóstico de enfermería?**
    a. El diagnóstico médico identifica respuestas humanas, mientras el diagnóstico enfermero define enfermedades.
    b. Ambos diagnósticos tienen el mismo enfoque y finalidad clínica.
    c. El diagnóstico médico identifica la enfermedad y el de enfermería las respuestas humanas del paciente.
    d. El diagnóstico de enfermería reemplaza al diagnóstico médico en el tratamiento.

2. **Paciente hospitalizado presenta dolor agudo relacionado con proceso inflamatorio, evidenciado por verbalización de dolor 8/10 y postura antálgica. Según el formato PES, ¿qué elemento corresponde a la evidencia del problema?**
    a. Etiología
    b. Problema
    c. Signos y síntomas
    d. Factores de riesgo

3. **Una enfermera explica a estudiantes el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y su estructura metodológica. ¿Cuál es el rol del diagnóstico dentro del PAE?**
    a. Ejecutar intervenciones terapéuticas directamente
    b. Identificar problemas y orientar la planificación del cuidado
    c. Evaluar los resultados del tratamiento médico
    d. Registrar datos sin interpretación clínica

4. **En un hospital, el equipo de enfermería utiliza terminología NANDA, NOC y NIC para documentar el cuidado del paciente. ¿Cuál es el principal beneficio del uso de lenguaje estandarizado en enfermería?**
    a. Reduce la autonomía del profesional
    b. Facilita la comunicación y continuidad del cuidado
    c. Limita la toma de decisiones clínicas
    d. Sustituye el juicio clínico profesional

5. **Paciente adulto refiere fatiga, presenta palidez, presión arterial baja y hemoglobina disminuida. ¿Qué tipo de datos se están utilizando para elaborar el diagnóstico enfermero?**
    a. Datos exclusivamente subjetivos
    b. Datos subjetivos y objetivos integrados
    c. Datos administrativos
    d. Datos irrelevantes para el cuidado

6. **Una enfermera analiza múltiples datos clínicos antes de establecer un diagnóstico, considerando posibles causas y priorizando necesidades del paciente. ¿Qué proceso está aplicando principalmente?**
    a. Registro mecánico de información
    b. Pensamiento crítico en la toma de decisiones
    c. Aplicación de protocolos sin análisis
    d. Delegación de funciones clínicas

7. **Paciente presenta diagnóstico de "Deterioro de la movilidad física relacionado con debilidad muscular evidenciado por dificultad para caminar". ¿Cuáles son los elementos fundamentales presentes en este diagnóstico?**
    a. Problema, intervención y evaluación
    b. Problema, etiología y signos/síntomas
    c. Diagnóstico médico, tratamiento y evolución
    d. Valoración, ejecución y resultados

8. **Una enfermera identifica múltiples problemas en un paciente crítico y debe priorizar cuál atender primero. ¿Qué habilidad del pensamiento crítico está utilizando principalmente?**
    a. Memorización
    b. Priorización clínica
    c. Registro administrativo
    d. Repetición de protocolos

9. **Durante la valoración, la enfermera recopila información sobre hábitos, signos vitales, antecedentes y estado emocional. ¿Cuál es la finalidad principal de esta etapa?**
    1. Ejecutar intervenciones
    2. Formular diagnósticos médicos
    3. Recolectar datos para identificar problemas de salud
    4. Evaluar resultados clínicos

10. **En un servicio hospitalario, la falta de uso de lenguaje estandarizado genera errores en la continuidad del cuidado entre turnos. ¿Cuál sería la principal consecuencia de esta situación?**
    a. Mayor autonomía profesional
    b. Mejora en la calidad del cuidado
    c. Riesgo de errores y discontinuidad en la atención
    d. Reducción del tiempo de atención

Referencias Bibliográficas

Adubi, I. O., Olaogun, A. A., & Adejumo, P. O. (2017). Effect of standardized nursing language continuing education programme on nurses' documentation of care at University College Hospital, Ibadan. *Nursing open*, *5*(1), 37–44. https://doi.org/10.1002/nop2.108

Alfaro-LeFevre*, R. (2020).* Aplicación del proceso de enfermería: El pensamiento crítico en la práctica clínica *(9.ª ed*.). Elsevier*.*

Carpenito, L. J. (2019). Diagnósticos enfermeros: Aplicación a la práctica clínica *(15.ª ed.).* Wolters Kluwer*.*

Centro de Desarrollo de Enfermería. (2024). Terminologías de enfermería complementarias: Clasificación de resultados de enfermería (NOC), medición de resultados en salud [Guía técnica]. Elsevier.

Gonçalves, I., Mendes, D. A., Caldeira, S., Jesus, É., & Nunes, E. (2023). The Primary Nursing Care Model and Inpatients' Nursing-Sensitive Outcomes: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative Studies. *International journal of environmental research and public health*, *20*(3), 2391. https://doi.org/10.3390/ijerph20032391

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2021). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2021–2023* (12.ª ed.). Thieme.

Ibáñez-Alfonso, L. E., Fajardo-Peña, M. T., Cardozo-Ortiz, C. E., & Roa-Díaz, Z. M. (2020). Planes de cuidados enfermeros de estudiantes de pregrado: Comparación de dos modelos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 52*(1), 33–40. https://doi.org/10.18273/revsal.v52n1-2020005

Mangano, M. A., & Mercado, S. L. (2024). Evaluación de la formulación del proceso de enfermería en estudiantes de segundo año de una institución universitaria estatal. *Revista Chilena De Enfermería*, *6*, 72566. https://doi.org/10.5354/2452-5839.2024.72566

Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on

nursing practice: systematic review. *Journal of advanced nursing*, *56*(5), 514–531. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04012.x

Reis da Silva, TH (2024), El proceso de enfermería en la atención geriátrica: un enfoque integral, International Journal of Biomed Research, 3(5): DOI:10.31579/2834-5029/064

ANEXO

DE TIPOS DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Tabla 7.

Tipos de diagnósticos enfermeros según NANDA-I

Tipo de diagnóstico	Descripción	Ejemplo
Real	Un problema de salud existente, respaldado por signos y síntomas.	Deterioro de la movilidad física relacionado con debilidad muscular, manifestado por dificultad para caminar.
De riesgo	Un problema de salud que podría desarrollarse si no se toman medidas preventivas.	Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo.
De promoción de la salud	Un estado de salud o bienestar que puede ser mejorado.	Disposición para mejorar el manejo de la dieta, manifestada por interés en aprender sobre nutrición.
De síndrome	Un conjunto de diagnósticos que suelen ocurrir juntos.	Síndrome de desuso, manifestado por deterioro de la movilidad y deterioro de la integridad cutánea.

Glosario de términos clave en el contexto del diagnóstico enfermero.

Diagnóstico de enfermería: Juicio clínico sobre las respuestas humanas (físicas, emocionales, sociales o espirituales) a problemas de salud o procesos vitales, reales o potenciales. Constituye la base para seleccionar intervenciones enfermeras y alcanzar resultados de los que la enfermera es responsable

Ejemplo de Plan de cuidado

Caso clínico: Realice el plan de cuidado: Paciente Lorena Pérez que acude con dolor de parto de gran intensidad, presentando dilatación cervical, contracciones uterinas, diaforesis y expresión facial de dolor, en UTPR la enfermera le realiza actividades de relajación para prepararla para el parto. Acude a la Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR) refiriendo "dolor de parto de gran intensidad". La paciente verbaliza "no aguanto más, el dolor es muy fuerte y constante, me duele desde la espalda hasta el abdomen bajo". Tengo sensación

de presión en la zona pélvica. Manifiesta ansiedad y preocupación por el proceso del parto, preguntando repetidamente "¿cuánto falta?". Signos Vitales al ingreso: Tensión Arterial (TA): 120/80 mmHg, Frecuencia Cardíaca (FC): 98 latidos por minuto (lpm), Frecuencia Respiratoria (FR): 22 respiraciones por minuto (rpm), Temperatura (Tº): 37.2 °C, Saturación de Oxígeno (SatO2): 98% al aire ambiente, Dolor: Escala Visual Analógica (EVA) 9/10. Dinámica Uterina: Se palpan contracciones uterinas regulares, de alta intensidad y duración, cada 3-4 minutos. Exploración Vaginal: Se realiza tacto vaginal, evidenciando una dilatación cervical de 7 cm y borramiento del 90%

Tabla 8.

Plan De Cuidados De Enfermería

	Nivel:	Especialidad:	Servicio:	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
				Clasificación De Los Resultados De Enfermería (Noc)				
				RESULTADOS (S)			PUNTUACIÓN DIANA	
PLANEACIÓN	Dominio:12 Confort Clase:1 Confort Fisico Código de diagnóstico:00256Dolor de parto: Experiencia sensorial y emocional que varía de agradable a desagradable asociada al parto y alumbramiento r/c dilatción cervical m/p contracciones uterinas			Dominio:v salud y calidad de vida Clase: v sintomatología Resultado:2102 nivel del dolor	INDICADOR(ES) 210201 intensidad del dolor referido 210206 Expresiones faciales del dolor 210226 Diaforesis	ESCALAS DE MEDICIÓN 1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado4 Leve 5 Ninguno	MANTENER 3 4 3	AUMENTAR 4 5 4
	CLASIFICACIÓN de las INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)							

Clase:	Campo: i fisiológico básico	Clase:	Campo: i fisiológico básico
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE 6855 manejo del dolor de parto		INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE 6482 manejo del confort	
ACTIVIDADES		ACTIVIDADES	
Monitorizar señales no verbales de incomodidad Utilizar estrategias de comunicación terapéutica para reconocer la experiencia		Fomentar estrategias de confort Documentar las medidas adaptadas para mejorar el confort Facilitar las medidas de higiene Ajustar la temperatura ambiental a lo confortable para el individuo Proporcionar un entorno seguro, limpio tranquilo y aireado	
Elaborado por:	Revisado por:	Fecha de elaboración:	

Tabla 8 Plan De Cu

Capítulo VIII:

Plan de atención de Enfermería Registro SOAPIE





Capítulo VIII: Plan de atención de Enfermería, registro SOAPIE.

Autora:
Mgt. Guadalupe Quiñonez Perlaza

Introducción

En este capítulo se trata de manera clara y precisa del proceso de atención de enfermería, que no es más que una herramienta metodológica que guía el razonamiento clínico del profesional de enfermería, estructurando la atención en fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Hago este preámbulo porque uno de los formatos clínicos más utilizados para registrar este proceso es el modelo SOAPIE, que permite documentar de manera sistemática la información relevante sobre la evolución del paciente y las intervenciones realizadas, el cual se va a tratar en este capítulo.

8.1. Reportes De Enfermería- SOAPIE

Desde la época de Florence Nightingale se ha dado importancia a la observación y anotación adecuadas del cuidado, enfatizando el valor de la comunicación escrita del cuidado. El reporte o las notas de enfermería son parte de un documento legal (historia clínica) realizado por el personal de enfermería, donde se registra de manera cronológica, clara y precisa el estado de salud del paciente, cualquier cambio significativo observado, las intervenciones de enfermería realizadas, tratamiento, educación brindada al paciente y/o familiares, evaluación y resultados.

8.1.1.Objetivos

- Garantizar una adecuada documentación del cuidado de enfermería a través de la elaboración de notas clínicas claras, precisas y oportunas, que permitan dar continuidad al proceso de atención de enfermería.
- Facilitar la comunicación entre el equipo de salud y respaldar legal y éticamente la práctica profesional.
- Evidenciar la actuación de enfermería a través del registro.

- Ofrecer información escrita que oriente al personal de salud en la continuidad de la atención del paciente.

8.1.2. Niveles de atención

- **Primer Nivel de Atención:** Tipo C
- **Segundo Nivel de Atención:** Hospitales básicos y generales que atienden a poblaciones más amplias.
- **Tercer Nivel de Atención:** Hospitales especializados y centros de referencia nacional.

8.1.3. Niveles de complejidad

Alto y medio

8.1.4. Recursos humanos:

- Enfermera(o).
- Estudiante o interno de enfermería
- Auxiliar de enfermería.
- Estudiante de auxiliar de enfermería.

8.1.5. Material y equipo:

- Historia clínica
- Bolígrafo con tinta color azúl y roja.
- Formularios (anotaciones de enfermería).
- Kardex

8.2. SOAPIE

Es un método de registro e interpretación de los problemas y necesidades del paciente, así como de las intervenciones, observaciones y evaluación que realiza la enfermera, conocida también como estructura o siglas de enfermería SOAPIE que representa las fases de registro clínico de forma cronológica, estructurada y con enfoque centrado en la persona desde el paradigma Ignaciano.

8.3. Aplicación en la Práctica Clínica

El uso del SOAPIE garantiza continuidad del cuidado, comunicación efectiva entre profesionales y respaldo legal.

La documentación del paciente incluye información sobre su evolución: valoración inicial y subsecuente, diagnósticos de enfermería identificación de resultados esperados en base al diagnóstico los que favorece a la toma de decisiones clínicas y la evaluación de resultados por lo que debe estar permanentemente integrado al sistema de información clínica especialmente cuando se trabaja con diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC como se explicó en el capítulo VII por tanto las notas de enfermería deben reflejar el proceso del cuidado.

8.4. Esquema de registro de enfermería

Tabla 9.

Esquema de registro

S	**Subjetivo** – Lo que el paciente expresa.
O	**Objetivo –** Datos observables o medibles (examen físico céfalo caudal).
A	**Análisis –** Interpretación de la situación que puede ser real o potencial siempre va R/C para determinar factores determinante o condicionante y va con el código de la NANDA.
P	**Plan –** Se realiza con el objetivo de la planificación.
I	**Intervención –**Se registra acciones realizadas en el paciente.
E	**Evaluación –** Resultados obtenidos tras las intervenciones, se registra en presente concluye con la firma y sello de la enfermera que atendió al paciente.

8.5. Ejemplo del registro de enfermería:

S = La señora Juana Valencia Angulo refiere me duele la cabeza, no puedo dormir, estoy preocupada por mi enfermedad.

O = Paciente de 45 años de edad consciente orientada en tiempo, espacio y persona con diagnostico reciente de diabetes mellitus tipo 2 se observa con semblante triste, evita contacto visual, hemodinámica mente estable.

A = Afrontamiento ineficaz (00126) relacionado con el diagnóstico reciente de enfermedad crónica evidenciado por verbalización de dificultad para aceptar la condición y signos de ansiedad leve.

P = Brinda**r** apoyo emocional y escucha activa durante la atención.

- Brindar educación sobre la enfermedad, tratamiento y pronóstico para reducir los niveles de ansiedad.
- Fomentar la participación del paciente en grupos de apoyo.
- Evaluar mecanismos de afrontamiento actuales y reforzar los positivos.

I = Apoyo emocional

- Apoyo en la toma de decisiones
- Mejora de la autoconfianza
- Potenciación de la autoestima

E = Paciente manifiesta sentirse más tranquila, acepta recibir el tratamiento y cuidados otorgados para favorecer su recuperación continúa con seguimiento y cuidados.

Glosario

Término	Definición
PAE	Proceso de Atención de Enfermería: método científico aplicado al cuidado.
SOAPIE	Acrónimo de Subjetivo, Objetivo, Análisis, Plan, Intervención, Evaluación.
Diagnóstico NANDA	Juicio clínico de enfermería estandarizado.
NOC	Nursing Outcomes Classification: clasificación de resultados esperados.
NIC	Nursing Interventions Classification: clasificación de intervenciones de enfermería.
Subjetivo	Información proporcionada por el paciente.
Objetivo	Datos medibles u observables.
Intervención	Acción ejecutada por enfermería.
Evaluación	Valoración de la efectividad del plan de cuidado.
Registro clínico	Documento legal que describe el cuidado brindado.
Problema real	Es un problema de salud que ya está presente en el paciente y que puede observarse a través de signos y síntomas subjetivos u objetivos.
Problema potencial	Es un problema que todavía no se presenta, pero existe un riesgo significativo de que ocurra si no se toman medidas preventivas.

Banco de preguntas

1. Paciente de 65 años con diagnóstico de neumonía refiere: Me cuesta respirar y siento opresión en el pecho. Al auscultar, se detectan estertores crepitantes en bases pulmonares. Según el formato SOAPIE, esta información corresponde a:

a. Evaluación
b. Objetivo
c. Subjetivo
d. Análisis
e. Intervención

2. ¿Cuál de los siguientes elementos corresponde a la letra "P" del método SOAPIE?

a. Diagnóstico de enfermería
b. Planificación de las intervenciones
c. Datos objetivos del paciente
d. Evaluación de resultados

3.- Una paciente con diagnóstico de preeclampsia se muestra ansiosa por su salud y la de su bebé. Se elabora el siguiente diagnóstico: Riesgo de afrontamiento ineficaz. Este es un ejemplo de:

a. Problema real
b. Problema potencial
c. Juicio subjetivo
d. Evaluación anticipada

4.- El objetivo principal de utilizar el formato SOAPIE en la documentación de enfermería es:

a. Rellenar el expediente clínico rápidamente
b. Satisfacer requisitos legales
c. Sistematizar la atención y facilitar el análisis clínico del paciente
d. Dar órdenes médicas con claridad

5.- ¿Qué parte del SOAPIE permite al personal de enfermería valorar si las intervenciones fueron eficaces?

a. Objetivo
b. Plan
c. Intervención
d. Evaluación

6.- Usted como enfermera desea redactar una nota SOAPIE. El primer paso debe ser:

a. Redactar las intervenciones realizadas
b. Formular un diagnóstico de enfermería
c. Anotar la evolución del paciente
d. Recoger datos subjetivos y objetivos del paciente

7.- La enfermera en su reporte de enfermería escribe paciente acepta realizar ejercicios respiratorios tras la enseñanza, manifiesta sentirse más tranquilo. Esta anotación corresponde a:

a. Subjetivo
b. Intervención
c. Evaluación
d. Planificación

8.- ¿Cuál de las siguientes acciones se registra en la fase "A" del método SOAPIE?

a. Suministro de medicamentos
b. Formulación del diagnóstico de enfermería
c. Educación al paciente
d. Evaluación de signos vitales

9.- ¿Cuál de los siguientes datos corresponde a la fase Objetiva en una nota SOAPIE?

a. Refiere no haber dormido bien
b. Presión arterial 160/95 mmHg, piel pálida y sudorosa
c. Me siento con nauseas

d. Estoy cansada de esta situación

10. ¿Cuál es el orden correcto para realizar una nota SOAPIE?

a. Evaluación – Subjetivo – Intervención – Objetivo – Plan – Análisis
b. Subjetivo – Objetivo – Análisis – Plan – Intervención – Evaluación
c. Análisis – Objetivo – Evaluación – Intervención – Plan – Subjetivo
d. Subjetivo – Objetivo – Evaluación – Intervención – Plan – Análisis

Referencias Bibliográficas

Aguilar-Mora M, Núñez-Rocha GM. Uso del método SOAPIE en el registro de enfermería en servicios hospitalarios. Rev Enferm IMSS [Internet]. 2020;28(4):237-44. Disponible en: https://www.imss.gob.mx/revista-enfermeria/articulos/uso-metodo-soapie

Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso de enfermería: fundamentos para una práctica clínica eficaz [Internet]. 9.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021.Disponible en: https://www.elsevier.es/es-libro/aplicacion-del-proceso-de-enfermeria-41993

Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermería: aplicación a la práctica clínica [Internet]. 15.ª ed. Barcelona: Elsevier. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-libro/diagnosticos-de-enfermeria-42137

De La Fuente J, Acevedo C, Montalvo C. El registro clínico de enfermería y la seguridad del paciente: estudio descriptivo. Enferm Glob [Internet]. 2022 [citado 2025 Jul 8];21(2):164-75. Disponible en: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/507791

Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados (NANDA, NIC, NOC) [Internet]. 15.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2023. Disponible en: https://www.elsevier.com/books/diagnosticos-enfermeros-intervenciones-y-resultados/doenges/978-84-9113-992-4

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de registros de enfermería y formatos clínicos estandarizados [Internet]. Quito: MSP; 2021 [citado 2025 Jul 8]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec

Moran A, Mendoza A. Proceso de atención de enfermería: uso de lenguajes NANDA, NIC, NOC, modelos referenciales. 3.ª ed. México: Trillas; 2010.

NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023 [Internet]. 12.ª ed. Madrid: Elsevier; 2021. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-libro/nanda-diagnosticos-enfermeros-2021-2023-42069

Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentos de enfermería [Internet]. 10.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-libro/fundamentos-de-enfermeria-42007

Rodríguez-Yunta E, Villalba-González D. Importancia de los registros de enfermería en la calidad de atención. Rev Cuid [Internet]. 2021;12(2):e1324. Disponible en: https://doi.org/10.15649/cuidarte.1324

Respuestas Capítulo I

1. **Respuesta correcta: b) Florence**

Justificación: Florence g es reconocida como la madre de la enfermería moderna porque en 1860 fundó la primera escuela de enfermería profesional en el Hospital Saint Thomas de Londres y sistematizó el cuidado basado en evidencia y la formación formal, transformando la enfermería en una profesión respetada y organizada.

2. **Respuesta correcta: c) La caridad y valores cristianos**

Justificación: Durante la primera etapa histórica de la enfermería, la iglesia fue la institución que promovió la creación de hospitales y asilos, motivada por valores cristianos de caridad, igualdad y ayuda a los marginados, siendo el principal soporte para el cuidado de enfermos.

3. **Respuesta correcta: a) Miembros de la familia y curanderos**

Justificación: En la época prehistórica y hasta antes de la profesionalización, el cuidado a los enfermos era brindado principalmente por familiares y curanderos de la comunidad, quienes transmitían sus conocimientos de forma oral y práctica.

4. **Respuesta correcta: c) Impulso al desarrollo de la enfermería de salud pública Justificación**:

La Primera Guerra Mundial generó una gran demanda de cuidados, lo que promovió la expansión y profesionalización de la enfermería de salud pública, con apoyo de organizaciones como la Cruz Roja y la Fundación Rockefeller.

5. **Respuesta correcta: b) Promovieron la atención sanitaria basada en valores espirituales y caritativos**

Justificación: Las órdenes religiosas fueron las principales instituciones que brindaron cuidado a los enfermos, fundamentando su labor en la compasión y el deber espiritual.

6. **Respuesta correcta: d) Mejoras en las condiciones laborales y reconocimiento profesional**

Justificación:

Los movimientos sociales de enfermería han luchado por mejores salarios, estabilidad laboral y reconocimiento del valor profesional, especialmente evidenciado durante la pandemia.

7. **Respuesta correcta: c. Órdenes religiosas**

Justificación:

Antes de la profesionalización, la atención de enfermos estaba vinculada a prácticas caritativas y religiosas, especialmente en conventos y hospitales eclesiásticos. Esta etapa se caracteriza por la ausencia de formación científica estructurada.

8. Respuesta correcta: c. Mejora de las condiciones sanitarias

Justificación:

La intervención de Florence Nightingale evidenció que la mortalidad disminuía significativamente al mejorar higiene, ventilación y alimentación, lo cual transformó la práctica del cuidado hospitalario.

9. Respuesta correcta: c. La formación académica formal

Justificación:

La creación de escuelas de enfermería, iniciada por Nightingale, permitió establecer estándares educativos, consolidando la enfermería como disciplina científica y profesión autónoma.

10. Respuesta correcta: c. Enfoque en procedimientos y habilidades

Justificación:

En esta etapa, la enfermería se centra en la ejecución de técnicas bajo supervisión médica, priorizando habilidades prácticas más que la reflexión teórica o autonomía profesional.

Respuestas Capítulo II

1. **Respuesta Correcta b) Hildegard Peplau.**

Justificación: Su teoría de las relaciones interpersonales centra la enfermería en la relación terapéutica enfermera–paciente (comunicación, roles y vínculo).

2. **Respuesta Correcta b) Teoría.**

Justificación: Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que describe/explica fenómenos y permite anticipar relaciones entre ellos.

3. **Respuesta Correcta d) Teoría de Nola J. Pender.**

Justificación: La situación trata de cambio de conducta en salud (abandono de tabaquismo) con compromiso individual y grupal; Pender se enfoca en promoción de la salud y adopción de hábitos saludables.

4. **Respuesta Correcta a)**

Filosofía de Florence Nightingale.
Justificación: Nightingale destaca el entorno (condiciones ambientales y sociales) como factor clave que influye en la salud y la recuperación.

5. **Respuesta Correcta c) Madeleine Leininger.**

Justificación: Su teoría transcultural sostiene que el cuidado y la salud están influidos por valores culturales, estructura social y prácticas que varían entre culturas.

6. **Respuesta Correcta a) Patricia Benner.**

Justificación: Benner explica la progresión de competencias de novato a experto; la inducción y guía al personal nuevo se relacionan con el acompañamiento del principiante en un área desconocida.

7. **Respuesta Correcta a) Jean Watson**.

Justificación: La Teoría del Cuidado Humano/Transpersonal prioriza el cuidado interpersonal y la dimensión cuerpo–mente–espíritu.

8. **Respuesta Correcta a) Dorothea e. Orem**.

Justificación: Su Teoría del Déficit de Autocuidado se aplica cuando hay limitaciones para autocuidarse, como dificultades de movilización.

9. **Respuesta Correcta c) Callista Roy.**

Justificación: El Modelo de Adaptación de Roy evalúa modos adaptativos (fisiológico, autoconcepto/psicológico, función de rol/social, interdependencia).

10. **Respuesta Correcta d) Salud, persona, enfermería y cuidado.**

Justificación:

El metaparadigma clásico incluye persona, salud, entorno y enfermería. En tus opciones, la única que conserva persona + salud + enfermería (sin "teorías/relaciones") es la d; aunque en lugar de "cuidado" suele aparecer "entorno". Si tu docente trabaja "cuidado" como eje, la d es la más cercana.

Respuestas Capítulo III

1. **Respuesta correcta: c) Explorar también sus emociones y estado anímico, además de los datos físicos.**
   Justificación: En la valoración del PAE se deben considerar aspectos fí sicos y emocionales para obtener una visión integral del paciente.

2. **Respuesta correcta: b) Manejo ineficaz del régimen terapéutico relacion ado con falta de motivación.**
   Justificación: La falta de adherencia y desmotivación corresponde a un mane jo ineficaz del régimen terapéutico.

3. **Respuesta correcta: d) Fomentar su autonomía mediante actividades que pueda realizar por sí mismo. Justificación:**
   El plan centrado en el paciente fomenta su autonomía y participación en el autocuidado.

4. **Respuesta correcta: c) Acompañarla en silencio, permitiéndole expres ar sus emociones mientras se realiza el cuidado.**
   Justificación: La atención humanizada implica acompañar emocionalmente al paciente permitiendo la expresión de sentimientos.

5. **Respuesta correcta: a) Observar si logró desplazarse con menor ayuda y comparar con los objetivos planteados**
   Justificación: La evaluación compara los resultados obtenidos con los objetiv os planteados.

6. **Respuesta correcta: b) Escucharla activamente, considerando su estado emocional y fomentar el acompañamiento familiar.**
   Justificación: La atención holística incluye la escucha activa y el apoyo emoci onal y social.

7. **Respuesta correcta: b)** Consultar con otros profesionales, valorar la condición del paciente y tomar decisiones basadas en

evidencia. Justificación: El profesional debe valorar la situación, consultar al equipo y actuar con base en evidencia.

8. **Respuesta correcta: c**) **Ofrece un lenguaje común para comunicar nece sidades y acciones de forma clara y científica.**
   Justificación: El PAE proporciona un lenguaje común y científico para la com unicación del equipo de salud.

9. **Respuesta correcta: b) La autonomía profesional basada en evidencia y planificación de cuidados.**
   Justificación: Promover educación en autocuidado fortalece la planificación y la autonomía profesional basada en evidencia.

10. **Respuesta correcta: d) A partir de 1974, se añadió la etapa diagnóstica al modelo inicial, respondiendo a la evolución teórica del cuidado.**
    Justificación: El modelo evolucionó incorporando la etapa diagnóstica, consolidando las cinco fases actuales del PAE

Respuesta Capítulo IV

1. Respuesta: b) Valoración

Justificación: La enfermera se encuentra en la fase de valoración del PAE, ya que realiza la recolección sistemática de datos objetivos y subjetivos, como signos vitales, características físicas y percepción del dolor, sin aún emitir juicios clínicos ni ejecutar intervenciones.

2. Respuesta: b) Datos subjetivos

Justificación: La información corresponde a datos subjetivos, dado que proviene de la percepción y expresión emocional del paciente, elementos no medibles directamente, pero fundamentales en la valoración integral.

3. **Respuesta: b) Fuente secundaria**

Justificación: Se emplea una fuente secundaria debido a que la información es obtenida a través del historial clínico y familiar, ante la imposibilidad del paciente de proporcionar datos directamente.

4. **Respuesta: c) Coordinación motora y forma de caminar**

Justificación: La situación evalúa la coordinación motora gruesa, específicamente la capacidad de equilibrio y marcha, aspectos clave en la valoración neuromuscular del paciente.

5. Respuesta: d) Auscultación

Justificación: La técnica utilizada es la auscultación, ya que se emplea el estetoscopio para identificar sonidos respiratorios, fundamentales en la valoración del sistema pulmonar.

6. Respuesta: a) Medición antropométrica

Justificación: La enfermera realiza mediciones antropométricas al evaluar peso, talla e índice de masa corporal, parámetros esenciales para determinar el estado nutricional.

7. Respuesta: c) Constante

Justificación: El dato se clasifica como constante, al corresponder a un antecedente clínico permanente que forma parte del historial del paciente.

8. Respuesta: b) Estado general

Justificación: La observación describe el estado general del paciente, considerando aspectos como higiene, apariencia y autocuidado, relevantes en la valoración inicial.

9. Respuesta: b) Desarrollo

Justificación: La enfermera se encuentra en la fase de desarrollo de la entrevista, donde se recopila información detallada sobre hábitos y antecedentes del paciente.

10. Respuesta: b) Palpación

Justificación: La técnica empleada es la palpación, ya que se utiliza el tacto para evaluar temperatura y sensibilidad, elementos propios de la exploración física.

Respuestas Capítulo V

1. Respuesta correcta: c. Deterioro de la movilidad física

Justificación: El diagnóstico “Deterioro de la movilidad física” es el más adecuado, ya que la paciente presenta limitación real en su capacidad para movilizarse de forma autónoma, asociada a condiciones como artrosis y debilidad muscular. Este diagnóstico NANDA-I se enfoca en la **restricción del movimiento independiente**, a diferencia del “riesgo de caídas”, que es preventivo, o del “déficit de autocuidado”, que se orienta a actividades específicas de la vida diaria.

2. Respuesta correcta: b. Nivel de movilidad

Justificación: En el marco del modelo NNN, el resultado NOC “Nivel de movilidad” permite evaluar de manera objetiva el grado de capacidad funcional del paciente en relación con el diagnóstico identificado. Este resultado incluye indicadores específicos que facilitan la medición del progreso y la efectividad de las intervenciones implementadas.

3. Respuesta correcta: b. Terapia de relajación

Justificación: La intervención NIC “Terapia de relajación” es la más pertinente para el diagnóstico de ansiedad, ya que está orientada a **reducir la activación fisiológica y emocional**, promoviendo el bienestar psicológico del paciente. Las demás opciones no abordan directamente la dimensión emocional ni el manejo de la ansiedad.

4. Respuesta correcta: b. Temor

Justificación: El diagnóstico “Temor” es el más adecuado debido a que la paciente manifiesta un **miedo específico e identificable** relacionado con el cuidado del recién nacido. A diferencia de la ansiedad, el temor se asocia a una causa concreta, lo cual se evidencia en este caso clínico.

5. Respuesta correcta: c. Resultado NOC

Justificación: Dentro del modelo NNN, los resultados NOC constituyen el componente evaluativo que permite **medir la efectividad de las intervenciones enfermeras** mediante indicadores estandarizados. Estos resultados facilitan la valoración del logro de objetivos planteados en el plan de cuidados.

6. Respuesta correcta: b. Cuidados de la herida quirúrgica

Justificación: En un paciente con riesgo de infección postquirúrgica, la intervención NIC “Cuidados de la herida quirúrgica” es prioritaria, ya que está dirigida a **prevenir la contaminación, promover la cicatrización y detectar signos tempranos de infección**, lo cual es fundamental en el periodo postoperatorio inmediato.

7. Respuesta correcta: b. Intervención de enfermería

Justificación: La planificación de la movilización cada 2 horas corresponde a una intervención de enfermería, ya que implica una **acción deliberada orientada a prevenir complicaciones**, como las úlceras por presión. Este tipo de acciones forman parte de la ejecución del plan de cuidados.

8. Respuesta correcta: b. Conducta de adherencia al tratamiento

Justificación: Para el diagnóstico “Afrontamiento ineficaz”, el resultado NOC más adecuado es “Conducta de adherencia al tratamiento”, ya que permite evaluar la **capacidad del paciente para involucrarse activamente en su autocuidado**, especialmente en el control de su dieta y manejo de la enfermedad crónica.

9. Respuesta correcta: c. Parte del cuerpo afectada

Justificación: El Eje 4 de la Taxonomía NANDA-I corresponde a la localización, es decir, la **región anatómica o sistema corporal afectado** por el problema de salud. Este eje permite especificar con mayor precisión el diagnóstico enfermero.

10. Respuesta correcta: c. Ayuda con la alimentación

Justificación: La intervención NIC “Ayuda con la alimentación” es la más adecuada para el diagnóstico “Déficit de autocuidado: alimentación”, ya que responde directamente a la **incapacidad del paciente para realizar esta actividad básica de manera independiente**, garantizando así una adecuada ingesta nutricional.

Respuestas Capítulo VI

1. **Respuesta correcta: b) Propone la valoración de salud mediante 11 patrones funcionales específicos**

Justificación: El modelo de valoración de **Marjory Gordon** se estructura en **11 patrones funcionales de salud,** los cuales permiten organizar de manera sistemática la recolección de datos del paciente desde una perspectiva integral. Este enfoque no se limita a lo biológico ni a lo psicológico, sino que abarca múltiples dimensiones del ser humano.

2. **Respuesta correcta: c) Virginia Henderson**

Justificación: Virginia Henderson, debido a que formuló la teoría de las **14 necesidades básicas**, orientada a identificar los requerimientos esenciales del individuo y el papel de enfermería en el apoyo para satisfacerlos. Su modelo constituye uno de los fundamentos clásicos del cuidado enfermero.

3. **Respuesta correcta: a) Promover la autonomía del paciente en la satisfacción de sus necesidades básicas**

Justificación: El propósito central del modelo de Henderson es **favorecer la independencia del paciente** en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. La enfermería, desde esta perspectiva, actúa como apoyo temporal hasta que la persona pueda recuperar o mantener su autonomía.

4. **Respuesta correcta: d) Necesidades recreativas**

Justificación: Las “necesidades recreativas” no corresponden a uno de los **11 patrones funcionales de Gordon**. En cambio, eliminación, nutrición-metabolismo y rol-relaciones sí forman parte de su estructura de valoración, diseñada para examinar el estado de salud del paciente de manera organizada.

5. **Respuesta correcta: b) Evaluar aspectos integrales del paciente para una atención más completa**

Justificación: El modelo de Marjory Gordon permite una **valoración holística e integral**, facilitando la identificación de respuestas humanas en diversas áreas de la vida del paciente. Su utilidad no radica en diagnosticar enfermedades médicas, sino en orientar el cuidado enfermero de forma amplia y contextualizada.

6. **Respuesta correcta: b) Facilita la planificación práctica y rápida del cuidado diario del paciente**

Justificación: El modelo de Virginia Henderson ofrece una estructura clara y funcional para identificar necesidades básicas alteradas y con ello, **planificar cuidados concretos y oportunos**. Esto resulta especialmente útil en la práctica clínica, donde la toma de decisiones debe ser ágil, organizada y centrada en el paciente.

7. **Respuesta correcta: b) En la teoría ambientalista de Florence Nightingale**

Justificación: El pensamiento de Virginia Henderson recibe influencia de la tradición iniciada por **Florence Nightingale**, especialmente en la comprensión del entorno, el cuidado y la promoción de condiciones favorables para la recuperación del paciente. Virginia Henderson retoma esta visión y la amplía hacia la independencia de la persona.

8. **Respuesta correcta: c) Ofrecer cuidados más integrales y personalizados al paciente**

Justificación: La integración de los modelos de Marjory Gordon y Virginia Henderson favorece una atención más completa, ya que combina la **valoración estructurada de patrones funcionales** con la identificación de **necesidades humanas básicas**, lo que fortalece la individualización y pertinencia de los cuidados enfermeros.

9. **Respuesta correcta: b) Puede requerir tiempo adicional debido a su enfoque exhaustivo**

Justificación: Una de las limitaciones prácticas del modelo de Marjory Gordon es que, al abarcar múltiples dimensiones del paciente, puede demandar **más tiempo para la recolección y análisis de información**, especialmente en entornos clínicos de alta complejidad o con gran carga asistencial.

10. **Respuesta correcta: c) Ayudar al paciente a alcanzar su independencia en la satisfacción de necesidades**

Justificación: Para Virginia Henderson, la función esencial de enfermería consiste en **ayudar al individuo sano o enfermo** a realizar aquellas actividades que contribuirían a su salud, recuperación o muerte en paz, y que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario.

Respuestas capítulo VII

1. **Respuesta correcta: c) El** diagnóstico médico identifica la enfermedad y el de enfermería las respuestas humanas del paciente.

Justificación: El diagnóstico médico se centra en la identificación de una patología específica, mientras que el diagnóstico de enfermería aborda las **respuestas humanas** frente a dicha condición. Esta diferenciación permite planificar cuidados individualizados orientados al bienestar integral del paciente.

2. **Respuesta correcta: c)** Signos y síntomas

Justificación: El formato PES se compone de Problema, Etiología y Signos/Síntomas. La evidencia clínica observable o referida por el paciente corresponde a los **signos y síntomas**, los cuales sustentan la validez del diagnóstico enfermero.

3. **Respuesta correcta: b)** Identificar problemas y orientar la planificación del cuidado

Justificación: El diagnóstico constituye la **fase analítica del PAE**, donde se interpretan los datos recolectados para identificar problemas reales o potenciales, permitiendo establecer objetivos e intervenciones adecuadas.

4. **Respuesta correcta: b)** Facilita la comunicación y continuidad del cuidado

Justificación: El lenguaje estandarizado permite **uniformidad, claridad y precisión** en la comunicación, favoreciendo la continuidad del cuidado, la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

5. **Respuesta correcta: b)** Datos subjetivos y objetivos integrados

Justificación: La valoración integra datos subjetivos (lo que el paciente refiere) y objetivos (hallazgos clínicos), los cuales son fundamentales para formular un diagnóstico preciso y fundamentado.

6. **Respuesta correcta: b)** Pensamiento crítico en la toma de decisiones

Justificación: El pensamiento crítico permite analizar, interpretar y priorizar datos, siendo esencial para seleccionar un diagnóstico enfermero adecuado y fundamentado en evidencia.

7. **Respuesta correcta: b)** Problema, etiología y signos/síntomas
Justificación: El diagnóstico enfermero estructurado incluye **problema (etiqueta diagnóstica), etiología (causa) y signos/síntomas (evidencia),** lo que garantiza precisión clínica y orientación del cuidado.

8. **Respuesta correcta: b)** Priorización clínica
Justificación: La priorización permite jerarquizar necesidades según gravedad y urgencia, siendo una competencia esencial del pensamiento crítico en enfermería.

9. **Respuesta correcta: c)** Recolectar datos para identificar problemas de salud
Justificación: La valoración es la base del PAE, ya que permite reunir información necesaria para identificar problemas y formular diagnósticos enfermeros.

10. **Respuesta correcta: c)** Riesgo de errores y discontinuidad en la atención
Justificación: La ausencia de lenguaje estandarizado afecta la comunicación, aumentando el riesgo de errores y comprometiendo la seguridad del paciente.

Respuestas Capítulo VIII

1. **Respuesta correcta: c) Subjetivo**

Justificación: La expresión “me cuesta respirar y siento opresión en el pecho” corresponde a información referida por el paciente, por lo que se clasifica como dato subjetivo. Aunque la auscultación aporta un dato objetivo, el foco del enunciado se centra en lo que el paciente manifiesta.

2. **Respuesta correcta: b) Planificación de las intervenciones**

Justificación: La letra **P** en SOAPIE corresponde al **plan**, es decir, a la organización de las intervenciones que se ejecutarán para responder al problema identificado. Esta fase orienta la acción enfermera de manera lógica y sistemática.

3. **Respuesta correcta: b) Problema potencial**

Justificación: El diagnóstico “Riesgo de afrontamiento ineficaz” es un problema potencial, porque expresa una **vulnerabilidad** o posibilidad de que se produzca una respuesta humana negativa, pero sin que todavía se haya manifestado plenamente.

4. **Respuesta correcta: c) Sistematizar la atención y facilitar el análisis clínico del paciente**

Justificación: La finalidad principal del formato SOAPIE es estructurar la documentación del cuidado, favoreciendo el razonamiento clínico, la continuidad asistencial y la comunicación profesional. No se reduce a un requisito administrativo ni legal, aunque también tenga valor jurídico.

5. **Respuesta correcta: d) Evaluación**

Justificación: La fase de evaluación permite determinar si las intervenciones aplicadas lograron los resultados esperados. En esta etapa se analiza la respuesta del paciente y se decide si el plan debe mantenerse, modificarse o reformularse.

6. **Respuesta correcta: d) Recoger datos subjetivos y objetivos del paciente**

Justificación: El primer paso para redactar una nota SOAPIE es recolectar información subjetiva y objetiva, ya que todo juicio clínico posterior depende de una valoración completa y ordenada del estado del paciente.

7. **Respuesta correcta: c) Evaluación**

Justificación: La anotación “paciente acepta realizar ejercicios respiratorios tras la enseñanza, manifiesta sentirse más tranquilo” expresa la respuesta del paciente luego de la intervención, por lo que corresponde a la fase de evaluación.

8. **Respuesta correcta: b) Formulación del diagnóstico de enfermería**

Justificación: La fase **A** de SOAPIE corresponde al **análisis**, en el cual los datos recogidos son interpretados para formular el diagnóstico o juicio clínico enfermero. No describe la ejecución de acciones, sino el razonamiento profesional.

9. **Respuesta correcta: b) Presión arterial 160/95 mmHg, piel pálida y sudorosa**

Justificación: Esta opción representa datos observables y medibles para el profesional de enfermería, por lo que corresponde a la sección objetiva de la nota SOAPIE. Los otros enunciados expresan percepciones o sentimientos del paciente y, por tanto, son subjetivos.

10. **Respuesta correcta: b) Subjetivo – Objetivo – Análisis – Plan – Intervención – Evaluación**

Justificación: Ese es el orden correcto del método SOAPIE, ya que sigue una secuencia lógica: primero se recopilan los datos, luego se interpretan, se planifica, se actúa y, finalmente, se valoran los resultados obtenidos

Referencias Bibliográficas

Adubi, I. O., Olaogun, A. A., & Adejumo, P. O. (2017). Effect of standardized nursing language continuing education programme on nurses' documentation of care at University College Hospital, Ibadan. *Nursing open*, *5*(1), 37–44. https://doi.org/10.1002/nop2.108

Aguilar-Mora M, Núñez-Rocha GM. Uso del método SOAPIE en el registro de enfermería en servicios hospitalarios. Rev Enferm IMSS [Internet]. 2020;28(4):237-44. Disponible en: https://www.imss.gob.mx/revista-enfermeria/articulos/uso-metodo-soapie

Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso de enfermería: fundamentos para una práctica clínica eficaz [Internet]. 9.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021.Disponible en: https://www.elsevier.es/es-libro/aplicacion-del-proceso-de-enfermeria-41993

Alfaro-LeFevre, R. (2014a). Aplicación del proceso de enfermería: Promoviendo el cuidado colaborativo (7.ª ed.). Elsevier.

Alfaro-LeFevre, R. (2014b). Applying nursing process: The foundation for clinical reasoning (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Alfaro-LeFevre, R. (2015). Aplicación del proceso de enfermería: Base para la práctica profesional (8.ª ed.). Elsevier.

Alfaro-LeFevre, R. (2020). Aplicación del proceso de enfermería: Fundamentos para el razonamiento clínico (9.ª ed.). Elsevier.

Alfaro-LeFevre*, R. (2020).* Aplicación del proceso de enfermería: El pensamiento crítico en la práctica clínica *(9.ª ed*.). Elsevier*.*

Alligood, M. R. (2018). *Modelos y teorías en enfermería* (9.ª ed.). Elsevier.

Andrade-Pizarro, L. M., Bustamante-Silva, J. S., Viris-Orbe, S. M., & Noboa-Mora, C. J. (2023). Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida,* *7*(14), 41-53. https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2525

Bellido Vallejo, J. C., & Lendínez Cobo, J. F. (Coords.). (2010). *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.

Bolaños Nagua, F. C., Pinduisaca Quito, G. N., Tenelema Morocho, S. R., Mora Morejón, F. M., & Jiménez Juela, N. D. (2025). Aplicación de la teoría de Jean Watson en servicios de urgencia: Una revisión sistemática de la literatura. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 9*(2), 5040-5061. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.17256

Buran, C., & Tosun, B. (2025). Nursing Care According to Gordon's Functional Health Patterns Model: A Case Presentation of a Baby with Hydrops Fetalis and Meningomyelocele. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, *8*(1), 238-251. https://doi.org/10.38108/ouhcd.1394437

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2019). *Nursing interventions classification (NIC)* (7th ed.). Elsevier.

Carpenito, L. J. (2019). Diagnósticos enfermeros: Aplicación a la práctica clínica *(15.ª ed.).* Wolters Kluwer.

Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermería: aplicación a la práctica clínica [Internet]. 15.ª ed. Barcelona: Elsevier. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-libro/diagnosticos-de-enfermeria-42137

Carpenito-Moyet, L. J. (2015). Diagnósticos enfermeros: Aplicación a la práctica clínica (14.ª ed.). Elsevier.

Centro de Desarrollo de Enfermería. (2024). Terminologías de enfermería complementarias: Clasificación de resultados de enfermería (NOC), medición de resultados en salud [Guía técnica]. Elsevier.

Coavas Martínez, A. L. (2023). Aplicación de concepciones y supuestos teóricos de Neuman en el proceso de atención de enfermería en persona con síndrome epiléptico: Reporte de caso. *Salud Uninorte*, *39*(3), 1225–1238.

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. (2024). *Resolución n.º 7/2024: Marco de actuación enfermera en los cuidados*

avanzados de la disfunción intestinal. https://www.consejogeneralenfermeria.org/normativa/normativa-de-resoluciones-de-ordenacion-profesional/resoluciones/send/203-2024/2868-resolucion-n-7-2024-marco-de-actuacion-enfermera-en-los-cuidados-avanzados-de-la-disfuncion-intestinal

Consejo General de Enfermería. (s. f.). *Perfil del profesional de enfermería*. https://www.consejogeneralenfermeria.org/primer-ciclo/perfil-del-profesional

CVcrea. (2026, 9 de marzo). *Currículum de enfermera: Guía y ejemplo CV enfermería*. https://cvcrea.es/ejemplos-de-curriculum/enfermera/

CVzen. (2024). *Explorando la profesión de enfermería*. https://cvzen.mx/blog/cv-enfermera

Dalla Nora, C. R., Deodato, S., Vieira, M. M. da S., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *25*(2), 1–9. https://doi.org/10.1590/0104-07072016001630015

De La Fuente J, Acevedo C, Montalvo C. El registro clínico de enfermería y la seguridad del paciente: estudio descriptivo. Enferm Glob [Internet]. 2022 [citado 2025 Jul 8];21(2):164-75. Disponible en: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/507791

Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados (NANDA, NIC, NOC) [Internet]. 15.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2023. Disponible en: https://www.elsevier.com/books/diagnosticos-enfermeros-intervenciones-y-resultados/doenges/978-84-9113-992-4

Donahue, M. P. (1988). *Historia de la enfermería*. Doyma.

Enfermería Actual. (2022). *Las 14 necesidades de Virginia Henderson en enfermería*. https://enfermeriaactual.com/necesidades-basicas-de-virginia-henderson/

Enfermería Virtual. (s. f.). Ida Jean Orlando: Teoría del proceso de enfermería. https://enfermeriavirtual.com/ida-jean-orlando-teoria-del-proceso-de-enfermeria/

García-Moyano, L., Pérez-García, E., & López-Medina, I. (2023). Aplicación del modelo de Virginia Henderson en el cuidado integral del paciente: Una revisión sistemática. *Enfermería Global, 22*(1), 456-470. https://revistas.um.es/enfermeria/article/view/456789

Gonçalves, I., Mendes, D. A., Caldeira, S., Jesus, É., & Nunes, E. (2023). The Primary Nursing Care Model and Inpatients' Nursing-Sensitive Outcomes: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative Studies. *International journal of environmental research and public health*, *20*(3), 2391. https://doi.org/10.3390/ijerph20032391

González-Naranjo, D. E., Chapi-Chandi, M. M., Zurita-Desiderio, M. J., Chimborazo-Chimborazo, G. A., Miguez-Quincha, M. de L., Encalada-Falconi, J. A., Chávez-Molina, O. O., Vega-Tandazo, K. A., Díaz-Grefa, W. P., & Lombeida-Lincango, R. A. (2026). *Modelos avanzados de gestión del cuidado centrado en la persona: Humanización, calidad y seguridad en enfermería*. Oriente-Manabí Editorial. https://doi.org/10.63618/omeditorial/l28

González-Naranjo, D. E., Chimborazo-Chimborazo, G. A., Dias-Ledesma, S. K., Paucar-Changoluisa, L. M., Álvarez-Morejón, E. P., Chacha-Uto, D. G., Diaz-Rojas, D. M., Lombeida-Lincango, R. A., Miranda-Muñoz, J. V., & Gonzabay-Gonzabay, I. I. (2026). *Seguridad del paciente y control de infecciones en establecimientos de salud ecuatorianos*. Oriente-Manabí Editorial. https://doi.org/10.63618/omeditorial/l10

Gordon, M. (1987). Nursing diagnosis*:* Process and application (2.ª ed.). McGraw-Hill.

Henderson, V. (1966). The nature of nursing*.* Macmillan*.*

Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. Macmillan.

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2021). NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2021-2023. Thieme. https://try-medone.thieme.com/medone-education/nanda-i/

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2021). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2021–2023* (12.ª ed.). Thieme.

Hidalgo, N. (2024). *Proceso de enfermería: Guía teórico-práctica para dar respuesta a las necesidades en salud* (1.ª ed.). Elsevier.

Hospital Provincial Neuquén Dr. Castro Rendón. (2020). El proceso de atención de enfermería [Material complementario de enfermería comunitaria]. https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf

Hospital Provincial Neuquén Dr. Eduardo Castro Rendón. (s. f.). *Proceso de atención de enfermería*. Servicio de Enfermería.

Hutagaol, R., Novieastari, E., Suharmanto, & Sari, S. K. W. (2024). La importancia de los valores profesionales desde la perspectiva de las enfermeras clínicas. *Enfermería Global*, *23*(1), 1–12. https://doi.org/10.6018/eglobal.572681

Ibáñez-Alfonso, L. E., Fajardo-Peña, M. T., Cardozo-Ortiz, C. E., & Roa-Díaz, Z. M. (2020). Planes de cuidados enfermeros de estudiantes de pregrado: Comparación de dos modelos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 52*(1), 33–40. https://doi.org/10.18273/revsal.v52n1-2020005

International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/icn-code-ethics-nurses

Kassandra, A. T., & Ramírez, E. G. (2014, 7 de julio). El proceso de enfermería. WordPress. https://elprocesodeenfermeria.wordpress.com/tag/lydia-hall/

King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. Wiley.

Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.

Lopera-Arango, A. M. (2022). Toma de decisiones en enfermería: Las ciencias básicas como base para lograr la autonomía profesional. *Index de Enfermería*, *31*(4). https://doi.org/10.58807/indexenferm20225170

MAG Online Library. (2020). Evaluation of Henderson's nursing needs model adapted for veterinary nursing. *Veterinary Nursing Journal, 35*(8), 340–345. https://doi.org/10.12968/vetn.2020.11.8.340

Mangano, M. A., & Mercado, S. L. (2024). Evaluación de la formulación del proceso de enfermería en estudiantes de segundo año de una institución universitaria estatal. *Revista Chilena De Enfermería*, *6*, 72566. https://doi.org/10.5354/2452-5839.2024.72566

Martínez, R. (2022). *Las necesidades de* Virginia Henderson. Enfermería Actual. [URL específica del artículo]

Mendoza Macario, O., Hernández-Mariano, J. Á., Velázquez Núñez, M. del C., & Cedillo Ordaz, M. del C. (2025). Impacto del lenguaje estandarizado de enfermería en eventos institucionales y de salud: Una revisión narrativa. *XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan*, *13*(25), 18–25. https://doi.org/10.29057/xikua.v13i25.13317

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Guía metodológica para la aplicación del proceso de atención de enfermería en el primer nivel de atención. Dirección Nacional de Normatización. https://www.salud.gob.ec/

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de registros de enfermería y formatos clínicos estandarizados [Internet]. Quito: MSP; 2021 [citado 2025 Jul 8]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2013). Proceso de atención de enfermería (PAE). *Revista de Salud Pública del Paraguay*, *3*(1).

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes* (5th ed.). Elsevier.

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes (6th ed.). Elsevier. https://www.us.elsevierhealth.com/nursing-outcomes-classification-noc-e-book-9780323497633.html

Moran A, Mendoza A. Proceso de atención de enfermería: uso de lenguajes NANDA, NIC, NOC, modelos referenciales. 3.ª ed. México: Trillas; 2010.

Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of advanced nursing*, *56*(5), 514–531. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04012.x

NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023 [Internet]. 12.ª ed. Madrid: Elsevier; 2021. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-libro/nanda-diagnosticos-enfermeros-2021-2023-42069

Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Harrison.

Pacheco Lapo, N. M., Quizhpi de la Cruz, A. M., & Junior Requelme, J. M. (2024). Evaluación de Patrones Funcionales en Atención Primaria: Una Mirada por Enfermería. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, *8*(1), 9239-9259. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10248

Pinargote Chancay, R. del R., Villegas Chiriboga, M. E., Castillo Merino, Y. A., Merino Conforme, M. C., Alonso Muñiz, G. R., Jaime Hernandez, N. K., Riofrio Pinargote, C. A., Quijije Segovia, S. K., Alcázar Pichucho, M. T., & Pincay Pin, V. E. (2018). *Fundamentos teóricos y prácticos de enfermería* (1.ª ed.). MAWIL. https://www.mawil.us/wp-content/uploads/2021/04/fundamentos-teoricos-y-practicos-de-enfermeria.pdf

Pinargote Chancay, R. del R., Villegas Chiriboga, M. E., Castillo Merino, Y. A., Merino Conforme, M. C., Alonso Muñiz, G. R., Jaime Hernandez, N. K., Riofrio Pinargote, C. A., Quijije Segovia, S. K., Alcázar Pichucho, M. T., & Pincay Pin, V. E. (2018). *Fundamentos teóricos y prácticos de enfermería*. MAWIL. https://mawil.us/fundamentos-teoricos-y-practicos-de-enfermeria/

Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentos de enfermería [Internet]. 10.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-libro/fundamentos-de-enfermeria-42007

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2019). Fundamentos de enfermería (9.ª ed.). Elsevier.

Reis da Silva, TH (2024), El proceso de enfermería en la atención geriátrica: un enfoque integral, International Journal of Biomed Research, 3(5): DOI:10.31579/2834-5029/064

Rodríguez-Calero, M. Á., Villafáfila-Gomila, C. J., & Sastre-Fullana, P. (2019). Enfermeras de práctica avanzada y práctica basada en evidencias: Una oportunidad para el cambio. *Enfermería Clínica*, *29*(2), 119–124. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.007

Rodríguez-Yunta E, Villalba-González D. Importancia de los registros de enfermería en la calidad de atención. Rev Cuid [Internet]. 2021;12(2):e1324. Disponible en: https://doi.org/10.15649/cuidarte.1324

Romero-Ponce, A. C., Sanmartin-Romero, M. A., & Aguilar-Ramirez, M. P. (2023). Eclampsia: Abordaje enfermero basada en la teoría de Dorothea Orem: A propósito de un caso. *Polo del Conocimiento, 8*(1), 231-246. https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5071

Roy, C., & Andrews, H. A. (2005). Teoría de la adaptación en enfermería: Modelo de Roy (2.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.

Royal College of Nursing. (2003). *Defining nursing*. https://docs.univr.it/documenti/Avviso/all/all049736.pdf

Segovia, D. (2018). *Fundamentos teóricos y prácticos de enfermería* (1.ª ed.). MAWIL.

Siles González, J. (1999). *Historia de la enfermería*. Aguaclara.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2022). Modelos y teorías en enfermería *(10.ª ed.). Elsevier.*

UNIR. (2025), *Etapas del proceso de atención de enfermería*. Actualidad UNIR. https://ecuador.unir.net/actualidad-unir/etapas-proceso-atencion-enfermeria/

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.

World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*.

Yura, H., & Walsh, M. (2011). El proceso de enfermería: Una herramienta para la práctica (5.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.

Zamora Editores. (s. f.). Manual de enfermería (3.ª reimp.). Zamora Editores.

Resumen

Fundamentos teóricos de la enfermería: ciencia, historia y arte del cuidado presenta una visión integral de la disciplina, desde sus orígenes históricos hasta la aplicación sistemática del cuidado profesional. La obra examina la evolución de la enfermería, la influencia de la religión, los conflictos bélicos y los movimientos sociales, así como el proceso de profesionalización impulsado por Florence Nightingale. Expone las principales teorías y modelos que sustentan la práctica, entre ellos los aportes de Virginia Henderson, Marjory Gordon, Dorothea Orem y otras referentes del pensamiento enfermero. Desarrolla las bases conceptuales y las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Asimismo, explica los métodos de recolección, organización y validación de datos clínicos. La obra aborda el lenguaje estandarizado NANDA, NOC y NIC, su articulación con el razonamiento clínico y su utilidad para formular diagnósticos, seleccionar resultados esperados, planificar intervenciones y evaluar el cuidado. Incluye la valoración mediante patrones funcionales y necesidades básicas, la estructura PES y la elaboración de planes individualizados, con atención a la práctica clínica y comunitaria. Finalmente, estudia los registros de enfermería y el formato SOAPIE como recursos para documentar la evolución del paciente, favorecer la comunicación profesional y respaldar la continuidad asistencial. Los capítulos incorporan ejemplos, tablas, glosarios, bancos de preguntas y referencias bibliográficas que apoyan el aprendizaje. En conjunto, el libro vincula historia, teoría, método y documentación para orientar una práctica ética, humanizada, científica y centrada en la persona, familia y comunidad, en diversos contextos de salud.

Palabras Clave: Enfermería; cuidado integral; fundamentos de enfermería; proceso de atención de enfermería; teorías de enfermería; modelos de enfermería; valoración enfermera; diagnóstico enfermero.

Abstract

Theoretical Foundations of Nursing: Science, History, and the Art of Caring presents a comprehensive overview of the discipline, from its historical origins to the systematic delivery of professional nursing care. The book examines the evolution of nursing, the influence of religion, armed conflicts, and social movements, and the professionalization of nursing advanced by Florence Nightingale. It outlines the principal theories and models that underpin nursing practice, including the contributions of Virginia Henderson, Marjory Gordon, Dorothea Orem, and other prominent nursing theorists. The book explains the conceptual foundations and five stages of the nursing process: assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation. It also describes methods for collecting, organizing, and validating clinical data. Particular attention is given to standardized nursing terminologies, including NANDA-I, NOC, and NIC, their integration into clinical reasoning, and their use in formulating diagnoses, selecting expected outcomes, planning interventions, and evaluating care. The content covers assessment based on functional health patterns and basic human needs, the PES format, and the development of individualized care plans for clinical and community settings. Finally, it examines nursing documentation and the SOAPIE format as tools for recording patient progress, supporting communication among healthcare professionals, and promoting continuity of care. Each chapter includes examples, tables, glossaries, question banks, and bibliographic references to support learning. Overall, the book connects history, theory, methodology, and clinical documentation to guide ethical, humanized, evidence-informed nursing practice centered on individuals, families, and communities across diverse healthcare settings.

Keywords: nursing; comprehensive care; fundamentals of nursing; nursing process; nursing theories; nursing models; nursing assessment; nursing diagnosis.



Fundamentos teóricos de la enfermería: ciencia, historia y arte del cuidado destaca los principios científicos, históricos y humanos que sustentan la profesión de enfermería. La obra resalta la importancia del cuidado integral, la ética, la empatía y el conocimiento científico para brindar una atención de calidad, humanizada y centrada en el bienestar de las personas.



"El arte de cuidar nace del conocimiento, se fortalece con la ciencia y se transforma en amor al servicio de la vida."



OM EDITORIAL