



19

**Funciones de
las enfermeras
profesionales**



El conocimiento de los contenidos de este capítulo capacitará a la enfermera para:

- Definir las palabras clave listadas.
- Analizar el desarrollo histórico de los roles enfermeros profesionales.
- Describir planes educativos disponibles para la formación de la enfermera titulada profesional.
- Listar y describir entornos de la práctica para las enfermeras.
- Describir los roles y las oportunidades profesionales para las enfermeras.
- Citar las 5 características de una profesión y analizar cómo las enfermeras demuestran estas características.
- Analizar las influencias de los cambios sociales y económicos en las prácticas enfermeras.

La enfermería es un arte y una ciencia que incluye muchas actividades, conceptos y habilidades relacionadas con ciencias sociales básicas, ciencias físicas, ética, cuestiones contemporáneas y otras áreas. La enfermería es una profesión única porque estudia las respuestas de las personas y las familias a la promoción, mantenimiento y problemas de salud. Las enfermeras asumen muchos papeles simultáneamente: prestadora directa de cuidados, tomadora de decisiones clínicas, investigadora de la defensa del cliente y la familia, y educadora. Este papel ha evolucionado desde los tiempos de Florence Nightingale (1860), cuando las enfermeras prestaban cuidados, realizaban tareas domésticas, lavaban la ropa, preparaban y servían la comida, y mantenían y almacenaban las provisiones.

Una enfermera titulada profesional ofrece un servicio específico de acuerdo con los estándares de la práctica y sigue un código ético. Los fundamentos de la práctica profesional surgen de las teorías de la enfermería, la pertinencia de los valores sociales básicos, la preparación educativa, la motivación, la autonomía, el sentido de compromiso, el sentido de comunidad y el código ético (Bernhard y Walsh, 1995).

La enfermería ha desarrollado muchas filosofías y definiciones de ella misma. La siguiente definición, escrita por Virginia Henderson (1966) y adoptada por el International Council of Nurses (ICN) en 1973, es una declaración concisa y mutuamente aceptada:

La única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, la recuperación o a la muerte tranquila que el paciente podría llevar a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal forma que ayude al cliente a lograr su independencia lo más rápidamente posible.

La profesión de enfermera es compleja y polifacética, con actuaciones en múltiples situaciones. Las personas pueden convertirse en una enfermera titulada a través de diversos planes de formación. Hay múltiples oportunidades de profesión disponibles de forma que las enfermeras avanzan en su formación e incrementan sus competencias clínicas.

La pericia en enfermería es el resultado del conocimiento y la experiencia clínica. La pericia que se requiere para interpretar las

situaciones clínicas y tomar decisiones complejas es la esencia de los cuidados enfermeros y es la base para el avance de la práctica y el desarrollo de la ciencia enfermera (Benner, 1984; Carnevali y Thomas, 1998). Las actividades de pensamiento crítico son esenciales para la enfermería (Capítulo 13). Cuando presta cuidados enfermeros, la enfermera realiza juicios clínicos acerca de los cuidados necesarios para los clientes sobre la base de los hechos, la experiencia y los estándares de cuidados (Alfaro-LeFevre, 1995). El conocimiento, la pericia y el aprendizaje a largo plazo se obtienen a través del proceso continuo de pensamiento crítico.

La profesión de enfermería ha evolucionado con el cambio de la sociedad, las necesidades de atención sanitaria y las políticas. La enfermería responde y se adapta a los cambios, afrontando nuevos retos a medida que crece. La evolución de la enfermería ha llevado a la profesión a uno de los momentos más desafiantes y excitantes de la historia. Hay oportunidades ilimitadas para mejorar la salud y la calidad de vida de los clientes y las comunidades mientras la profesión de enfermería y la práctica enfermera se desarrollan continuamente.

Perspectiva histórica

Las raíces históricas de la enfermería permiten a los estudiantes y a los profesionales de la práctica prepararse para las necesidades de atención sanitaria del siglo XXI. La enfermería es una mezcla de conocimientos de ciencias físicas, humanidades, ciencias sociales y competencias clínicas necesarias para satisfacer las necesidades individuales de los clientes y las familias. El conocimiento de la historia de la profesión aumenta la conciencia de la enfermera y favorece una comprensión de los orígenes sociales e intelectuales de la disciplina (Keeling y Ramos, 1995) (Cuadro 19.1). Aunque los objetivos generales de la enfermería han seguido siendo relativamente los mismos durante siglos, los avances de la ciencia han influido en la práctica enfermera y las necesidades cambiantes de la sociedad.

Desde su historia más precoz, la enfermería fue una forma de servicio comunitario para proteger y preservar la familia. La enfermería empezó como un deseo de mantener a las personas

Hitos de la historia de la enfermería

Cuadro
191

300 d.C. Entrada de la mujer en la enfermería	1908 Establecimiento del Navy Nurse Corps; fundación de la Canadian National Association of Trained Nurses (que después cambió a la Canadian Nurses Association, 1924)
1000-1200 d.C. Formación del Hospital Brothers of St. Anthony's	1911 NAAUSC se convirtió en la American Nurses Association (ANA)
Formación de Brothers of Misericordia, Italia	1920 Se establecieron programas de enfermeras matronas graduadas
Formación de Alexian Brothers	1923 Informe Goldmark: estudio financiado por la Rockefeller Foundation que identificó la necesidad de aumentar los recursos financieros para las escuelas universitarias de enfermería
1633 Fundación de Sisters of Charity	1926 Proposición del Código Ético de la ANA
1809 La madre Elisabeth Seton introdujo Sisters of Charity en América, más tarde conocidas como Daughters of Charity	1948 Informe Brown: La Dra. Esther Lucille Brown concluyó que todos los programas de formación de enfermería deberían estar adscritos a la universidad y tener su propios recursos financieros. Recomendó una amplia formación académica dentro de una universidad y 2 años de formación de enfermería centrados en técnicas enfermeras
1836 Fundación de Deaconess Institute of Kaiserwerth, Alemania	1949 Formación de la Association of Operating Room Nurses
1846 Nightingale recibió el <i>Yearbook of the Institution of Deaconess at Kaiserwerth</i>	1952 La Dra. Mildred Montag estableció el título asociado del programa de enfermería
1860 Establecimiento de la Nightingale Training School for Nurses en el St. Thomas' Hospital en Londres, Inglaterra	Se estableció <i>Nursing Research</i> , una revista que informa de las investigaciones científicas en enfermería
1860 Florence Nightingale publicó <i>Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not</i>	1953 La National League for Nursing (NLN), en colaboración con las universidades, desarrolló la formación en enfermería graduada
1860-1865 Dorothea Lynde Dix sirvió como supervisora de las enfermeras mujeres del Union Army; Mary Ann Ball (madre Bickerdyke) organizó servicios de ambulancia, buscó heridos en los campos de batalla y supervisó a las enfermeras; Harriet Tubman atendió a soldados y condujo a unos 300 esclavos a la libertad a través del Underground Railroad Movement	1960 La Yale University of Nursing definió la enfermería como una profesión, interacción y relación entre dos seres humanos
1874 Fundación de la primera escuela de formación en Canadá: St. Catherine's, Ontario	1965 Jerome Lysaught dirigió la National Commission on Nursing and Nursing Education Report. Recomendó que las funciones y responsabilidades enfermeras se establecieran en relación con otros profesionales sanitarios, que se necesitaba un mayor apoyo financiero y más oportunidades en la profesión para atraer y retener a las enfermeras; un documento de toma de postura de la ANA definió la enfermería
1882 Estados Unidos ratifica la American Red Cross, fundada por Clara Barton	1969 Se formó la American Association of Critical Care Nurses (AACN)
1884 Mary Agnes Snively asumió la dirección del Toronto General Hospital	1975 Se formó la Oncology Nursing Society
1890 Establecimiento de Nurses' Associated Alumni de Estados Unidos y Canadá	La NLN pidió un currículum de base teórica para la acreditación
1893 Primer servicio comunitario de salud para los indigentes: Henry Street Settlement	1985 La ANA publicó <i>Code for Nurses With Interpretive Statements</i>
1894 Isabel Hampton Robb fue la primera supervisora de la Johns Hopkins Training School en Baltimore, Maryland	1996 Informe Pew
1896 Fundación del Nurses' Associated Alumnae de Estados Unidos y Canadá	1996 Informe del Institute of Medicine (IOM)
1897 Análisis inicial del código de ética enfermera	
1899 La afiliación canadiense se retiró de NAAUSC	
1901 Primer programa de enfermería adscrito a la universidad. Establecimiento del Army Nurse Corps	
1902 Se constituyó la Sigma Theta Tau por 6 estudiantes de enfermería de la Universidad de Indiana	
1907 Primer profesor de enfermería, Mary Adelaide Nutting	

sanas y de ofrecer comodidad y confianza al enfermo. Históricamente, hombres y mujeres han adoptado el papel de enfermera. En la época prehistórica, las mujeres eran responsables de recoger las hierbas, las raíces y las plantas que se empleaban para curar al enfermo. Los líderes religiosos realizaban ceremonias y rituales para expulsar la enfermedad y los malos espíritus.

PRIMERAS CIVILIZACIONES

En el siglo XVI a.C. Egipto era una sociedad que valoraba la salud y la medicina preventiva. Los egipcios creían que estos valores

aplacaban a los dioses y a los espíritus de los muertos (Ellis y Hartley, 1997). Los antiguos egipcios desarrollaron planes de higiene y preparación de alimentos para reducir la transmisión de enfermedades (Cherry y Jacob, 1999). Las mujeres egipcias servían como prestadoras de cuidados a los enfermos y los ancianos y durante el parto a los aristócratas (Ellis y Hartley, 1997).

Los primeros hebreos (1400 a 1200 a.C.) desarrollaron leyes dietéticas que protegían a la población al indicar qué alimentos podían comerse juntos y cuáles no y ofrecían guías para comer con seguridad la carne de los animales sacrificados. Los sacerdo-

tes hebreos y las viudas o las doncellas atendían a los enfermos en sus hogares. Las personas con una posible enfermedad contagiosa se mantenían en cuarentena hasta que se encontraban bien (Cherry y Jacob, 1999).

Los filósofos griegos (1500 a 1000 a.C.) creían que las enfermedades y la salud estaban controladas por los dioses y las diosas de la mitología griega (Cherry y Jacob, 1999). Hipócrates (460-362 a.C.), el padre de la medicina, creía que la enfermedad y las dolencias se debían a causas naturales más que a causas sobrenaturales (Kalisch y Kalisch, 1995).

Los antiguos chinos (551 a 479 a.C.) usaban el masaje, la hidroterapia y el ejercicio como medidas preventivas (Giger y Davidhizar, 1999). También utilizaban muchas hierbas, minerales y acupuntura para curar al enfermo (Cherry y Jacob, 1999).

En la época del Imperio Romano (27 a.C. a 476 d.C.), médicos preparados trabajaban en hospitales y adoptaban prácticas médicas de los países conquistados. Tanto hombres como mujeres cuidaban a los enfermos (Cherry y Jacob, 1999).

CRISTIANISMO

La entrada de las mujeres en la enfermería puede situarse aproximadamente en el 300 d.C. (Donahue, 1996). Los cristianos pensaban que los hombres y las mujeres eran iguales ante Dios y apelaron a las mujeres a «llevar a cabo su trabajo en favor de cualquiera que estuviera en apuros» (Sryock, 1959). La fundación de la orden Benedictina en el siglo XVI aumentó el número de hombres que entraron en la enfermería. Aunque los benedictinos eran eruditos, bibliotecarios, maestros y agricultores, cuidar al enfermo se convirtió, en ocasiones, en la principal función y obligación de su vida comunitaria (Donahue, 1996).

EDAD MEDIA

Durante la Edad Media (1100 a 1200 d.C.) se pusieron en marcha instituciones de caridad para cuidar a ancianos, enfermos y pobres (Deloughery, 1998). Las enfermeras proporcionaban cuidados de vigilancia y dependían de los médicos y los sacerdotes, que las dirigían. La enfermera comadrona, uno de los papeles más antiguos de la enfermería, floreció durante la Edad Media. La medicina, la enfermería y la sociedad reconocieron y aceptaron su papel en la asistencia a las mujeres durante el parto.

También se formaron grupos seculares para satisfacer necesidades específicas de atención sanitaria. Los Hospital Brothers of St. Anthony cuidaron de las víctimas de la enfermedad llamada fuego de St. Anthony, los Brothers of Misericordy en Italia ofrecían servicios de transporte para el enfermo y los Alexian Brothers (un grupo que todavía sigue activo actualmente) cuidaban de las víctimas de la peste bubónica.

SIGLOS XV A XIX

Las Cruzadas extendieron la atención sanitaria al establecer hospitales y órdenes de enfermería para hombres. Los Alexian Brothers y otros grupos seculares se formaron como respuesta a la peste bubónica y a la necesidad de cuidar de las víctimas. Después de las Cruzadas, empezaron a desarrollarse y a crecer grandes ciudades con el declive del feudalismo. El enorme crecimiento de la población en las ciudades condujo a ciertos problemas

Problemas asociados con enfermedades durante el crecimiento de las ciudades	Cuadro 19.2
Superpoblación Mala ventilación Mala calefacción y refrigeración Mal saneamiento, mala recogida de basuras y malos sistemas de cañerías Mal suministro de agua Métodos inadecuados de conservación de alimentos Ignorancia de las prácticas elementales de higiene	

de salud (Cuadro 19.2) y a una mayor necesidad de atención sanitaria.

La falta de higiene y salubridad, y la pobreza creciente en los centros urbanos causaron problemas de salud graves en los siglos XV a XVII. Los factores sociales, como las leyes que castigaban la pobreza y la Window Tax, que originó una menor ventilación porque los caseros cerraron con ladrillos las ventanas para evitar pagar la tasa, crearon condiciones y necesidades de salud a las que respondió la enfermería.

El Cristianismo influyó enormemente en el desarrollo de la enfermería. Una de las primeras constancias por escrito de la enfermería cristiana fue la formación de la Order of the Deaconess, un grupo de enfermeras de salud pública y visitadoras. Los nombramientos de diaconisa por parte de los obispos eran muy valorados y se daban sólo a mujeres con una situación social elevada (Deloughery, 1998). La necesidad de enfermeras y las responsabilidades crecientes de la enfermería se debió al crecimiento económico del siglo XVIII, la epidemia de viruela y la *Revolutionary War*.

Las Sisters of Charity, fundadas en 1633 por San Vicente de Paúl, cuidaban a las personas en hospitales, asilos y casas de caridad. Las monjas llegaron a ser muy conocidas como enfermeras visitadoras porque cuidaban a personas enfermas en sus domicilios. La primera supervisora de las Sisters of Charity fue Louise de Gras, una viuda de situación social elevada que entró en la orden y que más tarde fue conocida como Sra. Louise de Marillac. Ella estableció quizás el primer plan de formación asociado con una orden de enfermería y reclutó mujeres inteligentes, refinadas y compasivas (Donahue, 1996). El programa incluía experiencias en el cuidado de los enfermos en el hospital, así como visitas domiciliarias. En 1809, las Sisters of Charity fueron introducidas en América por la madre Elizabeth Seton; más tarde su nombre fue cambiado por el de Daughters of Charity (Donahue, 1996).

En el siglo XVIII el posterior crecimiento de las ciudades trajo un aumento en el número de hospitales y un papel más amplio de las enfermeras. La epidemia de viruela en las colonias francesas y durante la *Revolutionary War* en las colonias inglesas incrementó la necesidad de servicios de enfermería. A causa de la escasa formación reglada de las enfermeras, los conocimientos y las actividades de enfermería eran transmitidas generalmente por las enfermeras con experiencia.

Durante el siglo XIX, las iglesias protestantes reavivaron el orden Deaconess. El Deaconess Institute en Kaiserswerth, Alemania, fue establecido en 1836 por el pastor Theodore Fliedner (Donahue, 1996). La regeneración de esta orden de enfermería fue estimulada por el reconocimiento de la necesidad de los servicios de enfermería.

FLORENCE NIGHTINGALE

La fundadora de la enfermería moderna, Florence Nightingale, estableció la primera filosofía enfermera basada en el mantenimiento y la restauración de la salud en *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not* (Nightingale, 1860). Sus opiniones sobre la enfermería derivaban de una filosofía espiritual, desarrollada en su adolescencia y en su vida adulta (Macrae, 1995) y reflejaban las necesidades cambiantes de la sociedad. Ella contemplaba el papel de la enfermería como «hacerse cargo de la salud de alguien» sobre la base del conocimiento de «cómo dejar al cuerpo en un estado libre de enfermedad o recuperarlo de la enfermedad» (Nightingale, 1860). Durante el mismo año, desarrolló el primer plan organizado para preparar enfermeras, el Nightingale Training School for Nurses en el St. Thomas' Hospital en Londres.

Nightingale fue la primera enfermera epidemióloga practicante (Cohen, 1984). Sus raíces religiosas se vieron en el análisis estadístico que relacionaba la mala higiene con el cólera y la disentería. Ella contemplaba la enfermería como una búsqueda de la verdad en el hallazgo de respuestas a preguntas de atención sanitaria o el descubrimiento y la utilización de las leyes divinas de la curación en la práctica enfermera (Macrae, 1995).

En 1853, Nightingale llegó a París para estudiar con las Sisters of Charity y más tarde fue nombrada supervisora en el English General Hospitals en Turquía. Durante este período llevó a cabo importantes reformas en la higiene, el saneamiento y la práctica enfermera y redujo la tasa de mortalidad en el Barracks Hospital en Scutari, Turquía, del 47,2 al 2,2% en 6 meses (Woodham-Smith, 1983; Donahue, 1996).

GUERRA CIVIL

La Guerra Civil (1860 a 1865) estimuló el crecimiento de la enfermería en Estados Unidos. Clara Barton, fundadora de la American Red Cross, atendía a soldados en los campos de batalla, limpiaba las heridas, satisfacía las necesidades básicas y los consolaba ante la muerte. El U.S. Congress ratificó la American Red Cross en 1882 después de 10 años de presión por parte de Barton. Dorothea Lynde Dix, Mary Ann Ball (madre Bickerdyke) y Harriet Tubman también influyeron en la enfermería durante la Guerra Civil (Donahue, 1996). Como supervisora de las enfermeras mujeres del Union Army, Dix organizó hospitales, nombró enfermeras, y controló y reguló suministros para las tropas. La madre Bickerdyke organizó servicios de ambulancias, supervisó a enfermeras y recorrió los campos de batalla abandonados por las noches, buscando soldados heridos. Harriet Tubman fue activa en el movimiento Underground Railroad y ayudó para dejar en libertad a unos 300 esclavos (Donahue, 1996).

Después de la Guerra Civil, las escuelas de enfermería en Estados Unidos y Canadá empezaron a regular sus currículum según la Nightingale School. La primera escuela de formación en

Canadá, St. Catherine's en Ontario, fue fundada en 1874 (Donahue, 1996). En 1884 Mary Agnes Snively asumió la dirección del Toronto General Hospital y en 1908 ayudó a la formación de la Canadian National Association of Trained Nurses, que se convirtió en la Canadian Nurses Association (CNA) en 1924.

La primera enfermera profesional afroamericana fue Mary Mahoney. Estaba preocupada por las relaciones entre las culturas y las razas, y como una líder de enfermería destacada, defendió tanto una conciencia de la diversidad cultural como el respeto por el individuo, independientemente de sus antecedentes, raza, color o religión.

Isabel Hampton Robb, una graduada de St. Catherine's en Ontario, fue la primera supervisora de la Johns Hopkins Training School en Baltimore, Maryland, en 1894. Como una más de sus muchas contribuciones a la enfermería, ayudó a fundar la Nurses' Associated Alumnae de Estados Unidos y Canadá en 1896; esta organización se convirtió en la American Nurses Association (ANA) en 1911. Fue la autora de muchos textos de enfermería, incluyendo *Nursing: Its Principles and Practice for Hospital and Private Use* (1894), *Nursing Ethics* (1900) y *Educational Standards for Nurses* (1907), y fue una de las fundadoras originales del *American Journal of Nursing* (Donahue, 1996).

La enfermería en los hospitales se extendió a finales del siglo XIX. Sin embargo, la enfermería en la comunidad no aumentó significativamente hasta 1893, cuando Lillian Wald y Mary Brewster abrieron el Henry Street Settlement, que se centró en las necesidades sanitarias de las personas pobres que vivían en edificios de pisos en la ciudad de Nueva York (Donahue, 1996). Las enfermeras que trabajaban en este asentamiento fueron algunas de las primeras que demostraron autonomía en la práctica porque con frecuencia se encontraban en situaciones que precisaban una resolución rápida e innovadora del problema y un pensamiento crítico sin la supervisión o la dirección de un médico. La población pobre también necesitaba tratamientos enfermeros dirigidos a mantener el bienestar mediante nutrición, higiene y refugio adecuados. Wald describió sus actividades con el Henry Street Settlement en los textos *The House on Henry Street* (1915) y *Windows on Henry Street* (1934).

SIGLO XX

A principios del siglo XX se observó un movimiento hacia un cuerpo definido de conocimiento y práctica enfermera científico y basado en la investigación. Las enfermeras empezaron a asumir papeles prácticos ampliados y avanzados. Mary Adelaide Nutting, un miembro de la primera promoción de graduadas del Johns Hopkins Hospital y sucesora de Isabel Hampton Robb como supervisora de la Johns Hopkins School, contribuyó a la adscripción de la formación enfermera a las universidades. Se convirtió en la primera profesora de enfermería en la Columbia University Teachers College en 1907 (Donahue, 1996).

En 1923, la Rockefeller Foundation patrocinó un informe sobre la formación enfermera, el Goldmark Report. El informe concluyó que la formación enfermera necesitaba un mayor aporte financiero y sugirió que se diera dinero a las escuelas universitarias de enfermería. Como resultado de esto, la Rockefeller Foundation creó la ampliación de varios planes de enfermería,

incluyendo los de las universidades de Yale y Vanderbilt y de la universidad de Toronto.

A medida que se desarrollaba la formación enfermera, también se extendió la práctica enfermera. En 1901 se estableció el Army Nurse Corps, seguido en 1908 del Navy Nurse Corps. Hacia los años veinte se desarrolló la especialización enfermera. Se iniciaron los planes de enfermeras comadronas graduadas y a principios de los años cincuenta se formaron las organizaciones de enfermería especializada, como la Association of Operating Room Nurses (1949), la American Association of Critical-Care Nurses (1969) y la Oncology Nursing Society (1975).

NATIONAL COMMISSION ON NURSING AND NURSING EDUCATION

En 1965, la National Commission on Nursing and Nursing Education exploró cuestiones que incluían la provisión y la demanda de enfermeras, la clarificación de las funciones y las funciones de la enfermería, la formación de las enfermeras y las oportunidades de la carrera disponibles para las enfermeras. Su informe, a menudo llamado el informe Lysaught después que Jerome P. Lysaught, el director del estudio, pidiera la clarificación de las funciones y las responsabilidades de la enfermería en relación con las de los otros profesionales de la atención sanitaria. También solicitaba un mayor apoyo financiero para las enfermeras y más oportunidades para la profesión para atraer enfermeras y retenerlas en la profesión (Lysaught, 1970).

A medida que la práctica y la formación enfermeras evolucionaron para satisfacer las necesidades de la sociedad, el código ético de enfermería, debatido inicialmente en 1897, fue revisado para adaptarse a los avances científicos. El primer código ético escrito de la ANA fue propuesto en 1926 para «crear una sensibilidad a las situaciones éticas y formular los principios generales que originan la formación de la conciencia y el juicio crítico que ocasionan la acción en situaciones específicas» (ANA, 1926). De nuevo, a medida que la tecnología y las necesidades de la sociedad cambiaron, el código fue sometido a múltiples revisiones, siendo la más reciente el *Code for Nurses With Interpertive Statements* (ANA, 1985) (Capítulo 20).

Actualmente, la profesión se enfrenta a múltiples desafíos. Las enfermeras y los educadores o formadores de enfermeras están revisando la práctica enfermera y los currículum para satisfacer las siempre cambiantes necesidades de la sociedad. Los avances de la tecnología, la creciente agudeza de los clientes y el alta precoz de las instituciones sanitarias requieren que las enfermeras tengan un conocimiento básico sólido y actual para la práctica. La práctica enfermera se desplaza hacia múltiples situaciones de ayuda que están basadas en instituciones, comunidad y centros de atención domiciliaria. El reto hoy es preparar enfermeras profesionales para proporcionar cuidados complejos y polifacéticos en el domicilio del cliente.

TEORÍAS ENFERMERAS

Las enfermeras teorizan sobre la naturaleza de la práctica enfermera, los principios sobre los que se basa la práctica y los objetivos y las funciones adecuadas de la enfermería en la sociedad. Los modelos enfermeros conceptuales y teóricos se emplean

para proporcionar conocimientos para mejorar la práctica, guiar la investigación y los currículum, e identificar el terreno y los objetivos de la práctica enfermera (Capítulo 5). Las teorías enfermeras guían las futuras direcciones para la investigación, la práctica, la formación y la administración enfermeras (Meleis, 1997; Marriner-Tomey y Alligood, 1998; Chinn y Kramer, 1999).

Enfermería como profesión

PROFESIONALIDAD

La enfermería no es simplemente una colección de habilidades específicas y la enfermera no es simplemente una persona educada para realizar tareas específicas. La enfermería es una profesión. Ningún factor diferencia completamente un oficio de una profesión, pero la diferencia es importante en términos sobre cómo ejercen la práctica las enfermeras. Cuando se dice que una persona actúa «profesionalmente», por ejemplo, se supone que la persona es concienzuda en sus acciones, conocedora del tema y responsable de sí misma y de los demás. Las profesiones poseen las siguientes características principales:

- Una profesión precisa una formación amplia de sus miembros, así como unos fundamentos liberales básicos.

- Una profesión tiene un volumen de conocimientos teóricos que origina habilidades, capacidades y normas específicas.

- Una profesión proporciona un servicio específico.

- Los miembros de una profesión tienen autonomía para tomar decisiones y para la práctica.

- La profesión en conjunto tiene un código ético para la práctica.

La enfermería comparte claramente, en cierta medida, cada una de estas características. Sin embargo, la enfermería como profesión todavía se enfrenta a cuestiones polémicas a medida que las enfermeras se esfuerzan por una mayor profesionalidad.

FORMACIÓN

Como profesión, la enfermería requiere que sus miembros posean una cantidad significativa de formación. La cuestión de la estandarización de la formación enfermera y la puesta en práctica es una controversia importante actualmente. El documento de posicionamiento de la ANA de 1965 sobre formación enfermera señala el papel de la formación en la profesión (Cuadro 19.3). En 1984, la ANA describió dos categorías de práctica: la enfermera auxiliar y la enfermera profesional, que precisaba un graduado de bachillerato en enfermería. La National League for Nursing (NLN) también apoyó una propuesta que exigía que los graduados auxiliares y diplomados pasaran el mismo examen para obtener la licenciatura. La mayor parte de las enfermeras están de acuerdo en que la formación enfermera es importante para practicar y que debe responder a los cambios en la atención sanitaria creados por los avances científicos y tecnológicos.

TEORÍA

La práctica de la enfermería profesional y el conocimiento enfermero se han desarrollado mediante las teorías enfermeras. Los modelos teóricos sirven como estructuras para los currículum enfermeros y la práctica clínica. Las teorías enfermeras también

Premisas de un documento de posición de la ANA de la formación de enfermería

Cuadro 19.3

- La enfermería es una profesión de ayuda y, como tal, ofrece servicios que contribuyen a la salud y el bienestar de las personas
- La enfermería tiene consecuencias vitales para la persona que recibe los servicios; cumple las necesidades que no pueden ser cubiertas por la persona, por la familia o por otras personas de la comunidad
- La demanda de servicios de las enfermeras seguirá aumentando
- El practicante profesional es responsable de la naturaleza y la calidad de todos los cuidados enfermeros que reciben los clientes
- Los servicios de los practicantes profesionales de la enfermería seguirán siendo suplementados y complementados por los servicios de los practicantes de enfermería que tengan licenciatura
- La formación de los profesionales de la salud debe aumentar en profundidad y amplitud a medida que se expande el conocimiento científico
- Además de las enfermeras con licenciatura, la atención sanitaria pública, en la cantidad y la extensión necesarias y requeridas, precisa los servicios de un amplio número de trabajadores de la salud que desarrollen sus funciones como ayudantes de las enfermeras. Estos trabajadores se denominan actualmente: ayudantes, asistentes, auxiliares, acompañantes de enfermera, etc.
- La asociación profesional debe interesarse ella misma por la naturaleza de la práctica enfermera, los medios para mejorar la práctica enfermera, la formación necesaria para la práctica y los estándares para ser miembro de la asociación profesional

De: American Nurses Association. *A position paper: educational preparation for nurse practitioners and assistants to nurses*. Kansas City, Mo: The Association, 1965.

proporcionan investigación posterior que incrementa la base científica de la práctica enfermera (Capítulo 5).

SERVICIO

La enfermería siempre ha sido una profesión de servicio, aunque en el pasado el servicio solía contemplarse como una caridad. Hoy, la enfermería es un componente vital e indispensable del sistema de prestación de la atención sanitaria. Las enfermeras actualmente y en el futuro necesitan una práctica más centrada en el cliente y basada en el servicio. Los clientes o usuarios se educan y se forman mejor mediante medios escritos y visuales, así como con Internet. La enfermera necesita trabajar con el cliente y la familia, individualizando los cuidados, teniendo en cuenta las diferencias culturales y religiosas, y proporcionando apoyo para toda la familia y la familia extensa. El respeto al tiempo del cliente se muestra ofreciendo servicios a tiempo, pautando pruebas para satisfacer las necesidades del cliente, y reduciendo los tiempos de espera en las situaciones de prestación ambulatoria y de urgencia.

AUTONOMÍA

La autonomía es un elemento esencial para la enfermería profesional. La autonomía significa que una persona es razonablemente independiente y se autocontrola en la toma de decisiones y en la práctica. En el pasado, a los médicos, a los gestores de hospitales y a otras personas del sistema sanitario les costaba entender y apoyar la autonomía enfermera. Las enfermeras consiguen una mayor autonomía mediante mayores grados de formación. Gracias a la competencia clínica y a diversas situaciones prácticas, las enfermeras adquieren funciones cada vez más independientes en las clínicas de enfermería, la práctica de colaboración y las situaciones prácticas de enfermería avanzada.

Al aumentar la autonomía, también crece la responsabilidad y la implicación. La responsabilidad significa que la enfermera es responsable, profesional y legalmente, del tipo y la calidad de los cuidados enfermeros prestados. La enfermera es responsable de mantenerse al corriente de las habilidades técnicas y del conocimiento necesario para realizar los cuidados enfermeros. La propia profesión de enfermería regula la responsabilidad mediante auditorías enfermeras y estándares prácticos.

CÓDIGO ÉTICO

La enfermería tiene un código ético que define los principios por los que funcionan las enfermeras. Además, las enfermeras incorporan sus propios valores y ética a la práctica. La ANA tiene una serie de publicaciones que tratan de la ética y los derechos humanos en enfermería. El *Code for Nurses With Interpretive Statements* proporciona una guía para cumplir con las responsabilidades enfermeras que ofrece unos cuidados enfermeros de calidad y proporciona las obligaciones éticas de la profesión (ANA, 1985). Otras áreas son las guías éticas para llevar a cabo una investigación enfermera (ANA, 1995); dilemas éticos y cómo debe manejar la enfermera la situación (ANA, 1993), y recomendaciones para informar de prácticas incompetentes, no éticas o ilegales (ANA, 1994). Juntas, estas orientaciones proporcionan a la enfermera una estructura básica sobre la que llevar a cabo la práctica. El Capítulo 20 da varios ejemplos de declaraciones específicas del código ético enfermero.

Formación educativa

FORMACIÓN DE LA ENFERMERA PROFESIONAL TITULADA

Hay varias vías formativas para convertirse en una enfermera titulada (RN) o colegiada, en Estados Unidos. Inicialmente, las escuelas hospitalarias de enfermería se desarrollaron para formar enfermeras para trabajar dentro de esas instituciones. A medida que la enfermería definió cada vez más su propio volumen de conocimientos, se desarrollaron programas de formación educativas institucionalizados para garantizar un grado adecuado de formación en las instituciones. Esta formalidad también era necesaria para la licenciatura para RN.

Actualmente en Estados Unidos una persona puede ser una RN si completa un programa de graduado auxiliar, de diplomatura o de graduado de bachillerato.

Formación de graduado auxiliar (también llamado de licenciatura). El programa de graduado auxiliar en Estados Unidos es un plan de 2 años que suele ser ofrecido por una universidad o un colegio universitario. Este programa se centra en las ciencias básicas y en los cursos teóricos y clínicos relacionados con la práctica de la enfermería. Los graduados en este tipo de programa pasan el examen de la comisión estatal para la licenciatura para RN.

Formación de diplomatura. El programa de diplomatura en Estados Unidos es un programa de base hospitalaria de 2 o 3 años. El programa de diplomatura se centra en las ciencias básicas y en los cursos teóricos y clínicos relacionados con la práctica de la enfermería, generalmente con un componente clínico sustancial. Algunos programas de diplomatura están adscritos a colegios de universidades, que otorgan crédito del colegio para los cursos que no son de enfermería. Los graduados en un programa de diplomatura reciben un diploma del hospital y son candidatos para pasar el examen de la comisión estatal para la licenciatura para RN. En Estados Unidos, los programas de diplomatura están descendiendo en número. En Canadá, los programas de diplomatura se ofrecen en colegios comunitarios o en hospitales y son programas de 2 años (o 3 años en algunos programas de base hospitalaria) que son comparables con los programas de graduado auxiliar en Estados Unidos.

Formación de bachillerato. El programa de graduado de bachillerato incluye 4 años de estudio en un colegio universitario o una universidad. El programa se centra en las ciencias básicas y en cursos teóricos y clínicos, así como en cursos de ciencias sociales, artes y humanidades para reforzar la teoría enfermera. En Canadá el grado de Bachelor of Science in Nursing (BSN) o Bachelor in Nursing (BN) es equivalente al graduado de Bachelor of Science in Nursing (BSN) en Estados Unidos. La American Association of Colleges of Nursing (AACN) publicó los *Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing: A final Report* (1998). Este documento definía el conocimiento, la práctica y los valores, las actitudes, las cualidades personales y la conducta profesional esenciales para la enfermera preparada con el programa de bachillerato. El objetivo de este documento era establecer los estándares por los cuales «el profesorado puede medir el contenido del currículum y el rendimiento del graduado» (American Association of Colleges of Nursing, 1998).

Los programas completos de RN están disponibles en muchos colegios universitarios y universidades. Estos programas están diseñados para ayudar a la RN en prácticas a obtener el graduado de bachillerato en enfermería. Internet, programas de aprendizaje por ordenador, profesorado compartido mediante videoconferencia y opciones de fin de semana y nocturnas, ofrecen a la RN en prácticas muchas opciones para completar el graduado. Algunas universidades innovadoras tienen programas de bachillerato con un plan acelerado de 12 meses cuando el candidato ya tiene un graduado de bachillerato en una ciencia básica.

ACREDITACIÓN

Para acreditarse, los programas de enfermería deben reunir una serie de criterios establecidos por la National League for Nursing

Accrediting Commission (NLNAC). Esta acreditación voluntaria está disponible para los programas de formación enfermera básica y los programas de posgrado en enfermería. La NLNAC es responsable de la acreditación a todos los grados de la formación enfermera. Los propósitos de la acreditación de los programas de formación enfermera son (NLNAC, 1999):

- Confirmar los estándares convenidos de calidad formativa y responsabilidad pública
- Garantizar al público la información exacta respecto a la enfermería en los programas de formación a cualquier grado.
- Promover el desarrollo y la mejora continua de la calidad de los programas formativos en enfermería.
- Evaluar los programas de enfermería en relación con sus propósitos y los estándares convenidos y los criterios de acreditación.
- Implicar a los gestores institucionales y el profesorado, el personal y los estudiantes de los programas de enfermería en el proceso de autoevaluación continua.
- Conducir juntos a médicos, gestores, profesorado, personal y estudiantes en sus responsabilidades con la sociedad. Ofrecer una revisión externa por parte de los colegas.

LICENCIATURA

En Estados Unidos, los candidatos a RN deben pasar el National Council Licensure Examination for Registered Nurses (NCLEX-RN), que es convocado por cada uno de los State Boards of Nursing. Independientemente de la formación educativa, el examen para la licenciatura para RN es exactamente el mismo en todos los estados de Estados Unidos. Esto proporciona un conocimiento básico mínimo estandarizado para la población de enfermeras candidatas.

En Canadá el CNA Testing Service (CNATS) pone la prueba a candidatos cualificados en cada provincia. Si las enfermeras pueden practicar en un estado o provincia distinta de la suya propia depende del acuerdo entre los estados o las provincias implicadas.

La licenciatura para RN para la práctica en Estados Unidos requiere que el estudiante complete un curso determinado de estudio del programa aprobado por el State Board of Nursing en el estado en el que el estudiante está buscando la licenciatura. El proceso de examen para la licencia es único en cada estado. En algunos estados se necesita un número mínimo de cursos de formación continuada para mantener la licenciatura. En Canadá un Provincial Board of Nursing debe aprobar el programa en la provincia en la cual el estudiante está buscando la licenciatura.

CERTIFICACIÓN

Después del NCLEX-RN, la enfermera puede escoger trabajar para conseguir el certificado en una área específica de la práctica enfermera. Se establecen unos requerimientos prácticos mínimos, sobre la base de la certificación que busca la enfermera. Las organizaciones enfermeras nacionales, como la ANA, tienen muchos tipos de certificaciones hacia los que la enfermera puede dirigirse. Después de superar el examen inicial, la enfermera mantiene la certificación mediante formación continuada y la práctica clínica o administrativa.

Como expresó la ANA (1969), el propósito de una formación graduada en enfermería es preparar a enfermeras prácticas avan-

zadas que sean capaces de mejorar la enfermería por el avance de la teoría y las ciencias enfermeras.

PREPARACIÓN POSGRADO

Una persona que completa un programa graduado puede recibir el grado de Master of Arts (MA) en enfermería, Master in Nursing (MN) o Master of Science in Nursing (MSN). Esto le proporciona al clínico avanzado unas habilidades sólidas en la ciencia y la teoría enfermeras resaltando las ciencias básicas y la práctica clínica basada en la investigación. Un curso de posgrado en enfermería puede ser válido para enfermeras que pretenden funciones de enfermera educadora, enfermera especialista clínica, enfermera gestora o enfermera practicante. Estas funciones se describen más adelante en este capítulo.

PREPARACIÓN DOCTORAL

El primer programa doctoral de enfermería se abrió en 1953 en la Universidad de Pittsburg. Los programas doctorales profesionales en enfermería (DSN o DNS) recalcan la aplicación de los hallazgos de la investigación en la enfermería clínica. Otros programas insisten en la investigación y la teoría más básicas y otorgan el título de Doctor of Philosophy (PhD) en enfermería. Cada vez es mayor la necesidad de enfermeras con graduación doctoral. Los papeles clínicos ampliados, las nuevas áreas de la enfermería, como la enfermería informática y el rápido avance de la tecnología son tan sólo algunas razones para un mayor número de enfermeras con preparación doctoral. Es importante seguir investigando en áreas como la teoría enfermera, la ciencia básica y la práctica clínica para ampliar el conocimiento enfermero. Se necesitan enfermeras con preparación doctoral para formar a la enfermera principiante y a las que buscan una preparación académica y clínica avanzada.

FORMACIÓN CONTINUADA Y EN SERVICIO

La enfermería es una profesión dinámica, por lo que los programas de formación continuada ayudan a las enfermeras a mantenerse al día en las habilidades, el conocimiento y la teoría enfermeras. La formación continuada incluye programas formales, organizados y educativos ofrecidos por las State Nurses Associations (Figura 19.1) y las instituciones educativas y de atención sanitaria. Como expuso la ANA (1994), los objetivos de la formación continuada en enfermería son mejorar y mantener la práctica enfermera, promover y ejercitar el liderazgo para efectuar el cambio en los sistemas sanitarios, y satisfacer las necesidades de educación profesional. Otros objetivos son ayudar a las enfermeras a especializarse en una área concreta de la práctica y enseñar a las enfermeras nuevas habilidades y técnicas.

En general, los programas de formación continuada son a corto plazo y están diseñados para todas las enfermeras. La ANA o el State Board of Nursing es la empresa que acredita estos programas. La ANA otorga unidades de formación continuada al completar los cursos específicos. Algunos estados exigen que las enfermeras sigan cursos de formación continuada para renovar la licenciatura. Un programa de formación en servicio es la instrucción o la educación proporcionada por una empresa o institución de atención sanitaria. Un programa en servicio se man-

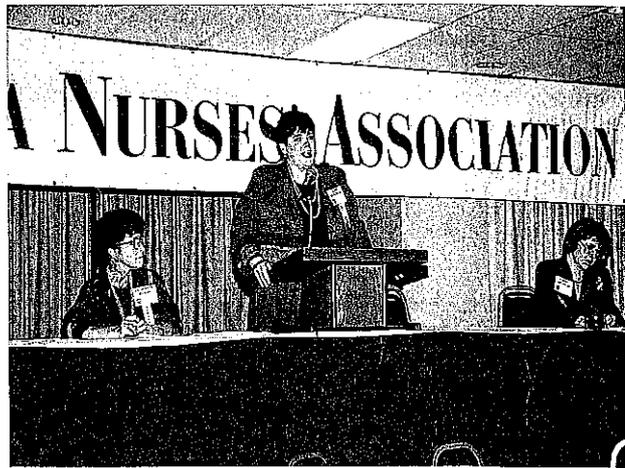


Figura 19.1 La participación en las reuniones de la State Nursing Association ofrece formación continuada y oportunidades de establecer contactos.

tiene en la institución y está diseñado para aumentar el conocimiento, las habilidades y las competencias de las enfermeras y otros profesionales de la atención sanitaria empleados por la institución. Por ejemplo, un hospital podría ofrecer un programa en servicio para informar a las enfermeras sobre la enfermería primaria antes de su implementación en el hospital.

Todas las enfermeras tienen acceso a la formación continuada y a los programas en servicio organizados y dirigidos por una universidad, hospital privado, servicio privado de formación continuada, o la empresa o la institución contratante. Estos programas ayudan a la enfermera en prácticas para adquirir nuevos conocimientos y habilidades necesarias para el sistema sanitario actual altamente tecnificado y rápidamente cambiante.

La formación sigue siendo importante cuando la enfermera ya ha empezado la práctica, tanto si se centra en el adulto como en el niño, el enfermo agudo o crónico, o la atención domiciliar o en el hospital. La enfermería abarca un abanico siempre creciente de funciones. Hay múltiples vías de la carrera y objetivos abiertos a las enfermeras nuevas y experimentadas.

FORMACIÓN DE LA ENFERMERA PRÁCTICA LICENCIADA

Una enfermera práctica o vocacional con licencia está entrenada en las técnicas enfermeras básicas y los cuidados directos al usuario. La enfermera práctica licenciada (LPN) o la enfermera vocacional licenciada (LVN) ejerce bajo la supervisión de una enfermera titulada en un hospital o en un entorno de salud comunitaria. Una LPN, o en Canadá una auxiliar de enfermera titulada, suele recibir 1 año de formación y educación en un hospital, un colegio comunitario u otra empresa. La LPN o la LVN tiene una licencia de una comisión después de haber completado el programa de formación y haber superado el examen de licenciatura.

• • •

Las enfermeras ejercen en diversas situaciones, desempeñando muchas funciones en esas situaciones, y con otros cuidadores en profesiones sanitarias auxiliares. Los gestores de los hospitales y de otras agencias e instituciones de atención sanitaria guían

la práctica de la enfermería sólo en parte. Las Nurse Practice Acts estatales y provinciales establecen las regulaciones legales específicas para la práctica y las organizaciones profesionales establecen los estándares prácticos como criterios para los cuidados enfermeros.

Práctica enfermera

DEFINICIÓN DE PRÁCTICA ENFERMERA DE LA AMERICAN NURSES ASSOCIATION

En 1955, la ANA publicó la siguiente definición oficial de la práctica enfermera:

La práctica de la enfermería profesional significa la realización de la compensación de cualquier acto en la observación, los cuidados y el consejo del enfermo, lesionado o débil o en el mantenimiento de la salud o la prevención de la enfermedad de los demás, o en la supervisión y la formación de otro personal, o la administración de medicamentos y tratamientos prescritos por un médico o dentista licenciados, que requiere un juicio y una habilidad especializados sustanciales y sobre la base del conocimiento y la aplicación de los principios de las ciencias biológicas, físicas y sociales. No hay que considerar que lo anterior incluye actos de diagnóstico y prescripción de medidas terapéuticas o correctoras.

Esta primera definición de la ANA es importante en su intento de definir la práctica enfermera de una forma bastante específica. Sin embargo, tiende a forzar la función dependiente de la enfermería, un detalle que ya no se acepta. En 1965, la ANA Committee on Education publicó un documento donde se posicionaba y presentaba una definición más completa de la enfermería como una profesión de ayuda que, como tal, proporciona servicios que contribuyen a la salud de las personas, y resalta la enfermería como una profesión independiente:

La enfermería es una consecuencia vital para la persona que recibe servicios; satisface las necesidades que no pueden serlo por la propia persona, la familia u otras personas de la comunidad.

Los tres componentes esenciales de la enfermería profesional son cuidar, curar y coordinar. El aspecto de cuidados es más que «cuidar de»; también es «cuidar para» y «cuidar acerca de». Cuidar es tratar con seres humanos sometidos a estrés, con frecuencia durante largos períodos de tiempo. El componente de cuidados enfermeros proporciona comodidad y apoyo en los momentos de ansiedad, soledad y desamparo. Supone escuchar, evaluar e intervenir de forma adecuada (Capítulo 6).

La promoción de la salud y la curación es el aspecto de cuidados de la enfermería profesional. Curar es ayudar a los clientes a comprender sus problemas de salud y ayudarles a afrontarlos. El aspecto de cuidados supone la administración de medicamentos y tratamientos, y el empleo del juicio enfermero clínico para determinar, sobre la base de los resultados de los clientes, si el plan de cuidados debe mantenerse o hay que cambiarlo. Hay que saber cuándo y cómo utilizar los recursos existentes y posibles para ayudar a los clientes a alcanzar la recuperación y la adaptación mediante la movilización de sus propios recursos.

La práctica enfermera profesional comparte la responsabilidad en la salud y el bienestar de todas las personas de la comunidad y participa en planes diseñados para prevenir la enfermedad y mantener la salud. También coordina y sincroniza a los servicios médicos, y de otros profesionales y técnicos que interactúan en los cuidados del cliente. Una enfermera profesional supervisa, enseña y dirige a todos los implicados en los cuidados enfermeros.

En 1979, el Committee of Chairpersons de la ANA determinó que el Congress for Nursing Practice debería definir la naturaleza y el ámbito de la práctica enfermera. El Congress for Nursing Practice es la parte de la ANA encargada de los aspectos legales de la práctica enfermera, el reconocimiento público del significado de la práctica enfermera para la atención sanitaria, y las implicaciones para la práctica enfermera de las tendencias en la atención sanitaria. En 1980, el Congress for Nursing Practice definió la enfermería como el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales (ANA, 1980). Esta definición incluye las siguientes características de la enfermería: fenómenos, aplicación de la teoría, acción enfermera y evaluación de los efectos de la acción. Los fenómenos son las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales. La enfermera identifica las respuestas del cliente mediante la valoración del estado de salud y la obtención de datos. La enfermera aplica la teoría enfermera para comprender estas respuestas. La enfermera emprende acciones para resolver los problemas de salud reales o potenciales. Después la enfermera evalúa los efectos de las acciones sobre las respuestas del cliente. Estas cuatro características están relacionadas con el proceso enfermero, que se describe en la Unidad 3.

DEFINICIÓN DE LA PRÁCTICA ENFERMERA DE LA CANADIAN NURSES ASSOCIATION

La *Definition of Nursing Practice y Standards for Nursing Practice* (CNA) (1986) definieron la enfermería como:

...relación dinámica, de cuidado y ayuda en la que la enfermera ayuda al cliente para alcanzar y mantener una salud óptima. La enfermera satisface este propósito aplicando el conocimiento y las habilidades de la enfermería y los campos relacionados, utilizando el proceso enfermero, cuya sustancia está determinada por un(os) modelo(s) conceptual(es) de la enfermería.

Fundada en 1908, la CNA ejerce el liderazgo para las enfermeras que ejercen en las provincias canadienses mediante acciones y actividades que permiten a las enfermeras canadienses satisfacer las demandas de atención sanitaria de la comunidad del país.

ESTÁNDARES DE LA PRÁCTICA ENFERMERA

Como una profesión independiente, la enfermería ha establecido cada vez más sus propios estándares prácticos. Los estándares de práctica enfermera sirven como recomendaciones objetivas para las enfermeras prestación de cuidados y como una forma de evaluar los cuidados. Los estándares de la práctica enfermera están desarrollados y establecidos sobre la base de una investigación científica sólida y el trabajo de expertos clínicos enfermeros. Proporcionan un método para garantizar a los clientes que están

recibiendo cuidados de alta calidad, que las enfermeras saben exactamente lo que es necesario para ofrecer cuidados enfermeros, y que se han tomado medidas para determinar si el cuidado

cumple con los estándares. La ANA ha publicado *Standards of Professional Performance* (Tabla 19.1) y la CNA ha publicado *Standards for Nursing Practice* (Cuadro 19.4).

Tabla 19.1 Estándares de la ANA para el desempeño profesional

Estándar	Definición	Criterios de medida
I. Calidad de la atención	La enfermera evalúa sistemáticamente la calidad y la efectividad de la práctica enfermera	Participa en actividades de calidad de los cuidados Los cambios en la práctica son un resultado de las actividades de calidad de los cuidados Las actividades de calidad de los cuidados se emplean para iniciar los cambios en todo el sistema sanitario
II. Valoración del desempeño	La enfermera evalúa la propia práctica enfermera en relación con los estándares de práctica profesional y los estatutos y las regulaciones relevantes	Se implica en la valoración del desempeño de una forma regular Busca una retroalimentación constructiva respecto a la propia práctica Actúa para conseguir los objetivos identificados durante la valoración del desempeño Participa en las revisiones de las compañeras si es preciso La práctica refleja el conocimiento de los estándares, las leyes y las regulaciones de la práctica profesional actual
III. Formación	La enfermera adquiere y mantiene el conocimiento y la competencia actuales de la práctica enfermera	Participa en las actividades formativas continuas relacionadas con el conocimiento clínico y las cuestiones profesionales Busca experiencias para mantener las actividades clínicas Busca conocimientos y actividades adecuadas para la situación práctica
IV. Colegiación	La enfermera interacciona y contribuye al desarrollo profesional de las compañeras y de otros profesionales sanitarios como colegas	Comparte conocimientos y actividades con sus colegas Ofrece a sus compañeras una retroalimentación constructiva respecto a su práctica Interacciona con sus colegas para reforzar su propia práctica profesional de enfermería Contribuye a un entorno que conduce a la formación clínica de los estudiantes de enfermería de forma apropiada Contribuye a un entorno de trabajo de apoyo y saludable
V. Ética	Las decisiones y las acciones de la enfermera sobre los pacientes están determinadas de una forma ética	La práctica es guiada por el <i>Code for Nurses</i> Mantiene la confidencialidad del paciente Actúa como un defensor del paciente Ofrece cuidados sin establecer juicios ni discriminación, de forma sensible a la diversidad del paciente Ofrece cuidados de forma que preserve la autonomía, la dignidad y los derechos del paciente Busca los recursos disponibles en la formulación de las decisiones éticas
VI. Colaboración	La enfermera colabora con el paciente, la familia y otros profesionales sanitarios para ofrecer cuidados al paciente	Se comunica con el paciente, otras personas significativas y profesionales sanitarios respecto a los cuidados del paciente y la función de la enfermera en la prestación de cuidados La enfermera colabora con el paciente, la familia y otros profesionales sanitarios en la formulación de los objetivos globales y el plan de cuidados y en las decisiones relacionadas con la atención y la prestación de servicios Consulta con los profesionales sanitarios sobre la atención al paciente si es preciso Hace derivaciones, incluyendo disposiciones para la continuidad de la atención, si es preciso
VII. Investigación	La enfermera utiliza los hallazgos de la investigación en la práctica	Utiliza la mejor evidencia disponible, preferiblemente datos de investigación, para desarrollar el plan de cuidados y de intervenciones Participa en las actividades de investigación, si es preciso, para la formación y posición de la enfermera. Estas actividades pueden incluir: Identifica problemas clínicos accesibles para la investigación enfermera Participa en la recogida de datos Participa en una unidad, organización o comité de investigación comunitaria Comparte las actividades de investigación con los demás Dirige la investigación Critica la investigación para su aplicación en la práctica Utiliza los hallazgos de investigación en el desarrollo de pautas, procedimientos y guías prácticas para los cuidados al paciente

(Continúa)

Tabla 19.1 Estándares de la ANA para el desempeño profesional (Cont.)

Estándar	Definición	Criterios de medida
VIII. Utilización de recursos	La enfermera considera los factores relacionados con la seguridad. La efectividad y el coste para planificar y llevar a cabo la atención al paciente	<p>Evalúa los factores relacionados con la seguridad, la eficacia, la disponibilidad y el coste cuando las opciones prácticas proporcionarían el mismo resultado esperado para el paciente</p> <p>Ayuda al paciente y a la familia para identificar y asegurar los servicios adecuados y disponibles para tratar las necesidades relacionadas con la salud</p> <p>Asigna o delega tareas como se definen en los documentos de la práctica enfermera y de acuerdo con el conocimiento y las actividades del cuidador designado</p> <p>Asigna o delega tareas según las necesidades y la situación del paciente, el riesgo de daño, la estabilidad de la situación del paciente, la complejidad de la tarea y la previsibilidad del resultado</p> <p>Ayuda al paciente y a la familia para que sean clientes informados sobre los costes, los riesgos y los beneficios del tratamiento y los cuidados</p>

Modificado de: American Nurses Association. *Standards of clinical practice*, 2.ª ed. Washington, DC: The Association, 1988.

ESTÁNDARES DE CUIDADOS

Los estándares competentes de cuidados enfermeros son descritos por los *Standards of Clinical Practice* (Tabla 19.2). Los estándares de cuidados se demuestran a través del proceso enfermero: valoración, diagnóstico, identificación de resultados, planificación, implementación y evaluación. El proceso enfermero es el fundamento de la toma de decisiones clínicas e incluye todas las acciones importantes adoptadas por las enfermeras para ofrecer cuidados a los clientes. Dentro de estos estándares se encuentran las responsabilidades enfermeras sobre la diversidad: seguridad, educación, promoción de la salud, tratamiento, autocuidados y planificación de la continuidad de los cuidados (ANA, 1998). Los estándares de cuidados son importantes si surge una acción legal respecto a si una enfermera ha actuado correctamente en un caso determinado (Capítulo 21).

LEYES DE LA PRÁCTICA ENFERMERA

En todos los estados de Estados Unidos y en todas las provincias de Canadá, las Nurse Practice Acts regulan la licenciatura y la práctica de la enfermería. Cada estado o provincia define por sí misma el entorno de la práctica enfermera, pero la mayoría tiene leyes prácticas similares. La definición de la práctica enfermera

publicada por la ANA en 1955 es de alguna forma representativa del entorno de la práctica enfermera como se define en la mayoría de estados y provincias. Sin embargo, en la última década muchos estados han revisado sus Nurse Practice Acts para reflejar la autonomía creciente de la enfermería y las funciones ampliadas de las enfermeras que ejercen. Por ejemplo, la prohibición de la ANA de 1955 del diagnóstico y el tratamiento ha sido retirada de las leyes de práctica enfermera en muchos estados o ha sido redactada de nuevo para diferenciar entre diagnóstico y tratamiento enfermero y diagnóstico y tratamiento médico.

Entornos de la práctica

Los entornos de la práctica enfermera se están ampliando como resultado de los cambios en el sistema sanitario. Las enfermeras necesitan una base de formación para enfrentarse a las siempre cambiantes necesidades sanitarias de los clientes, desarrollar actividades de investigación para monitorizar la evolución de los clientes, y aumentar sus habilidades psicomotoras y su conocimiento cognitivo a medida que la tecnología avanza (AACN, 1993). Hay un mayor énfasis en la práctica comunitaria y el conocimiento básico; esta práctica se desarrolló a partir de métodos tradicionales y no tradicionales. La Tabla 19.3 muestra la estadística de las cifras de enfermeras en cada entorno práctico.

HOSPITAL, ENFERMERÍA ESPECIALIZADA Y CENTROS DE REHABILITACIÓN

La enfermería hospitalaria es el grupo mayor de enfermeras en ejercicio. Los hospitales pueden ofrecer servicios de cuidados agudos, a largo plazo o de rehabilitación. Las enfermeras que trabajan en los cuidados agudos para clientes con una enfermedad multisistémica grave y problemas médicos, psicológicos y sociales complejos. Estos clientes suelen ser más dependientes y están más gravemente enfermos que los clientes en el pasado, asociado con hospitalizaciones más cortas. Como resultado de ello, la práctica enfermera en cuidados agudos ha pasado a ser más especializada y compleja. El trasplante de órganos, el equipo tecnológico avanzado empleado para tratar a los clientes en cuida-

Estándares de la práctica de enfermería de Canadá
Canadian Nurses Association

Cuadro 19.4

- La práctica enfermera precisa que un(os) modelo(s) conceptual(es) enfermero sean la base de la práctica
- La práctica enfermera precisa el uso eficaz del proceso enfermero
- La práctica enfermera precisa que la relación de ayuda sea la naturaleza de la interacción cliente-enfermera
- La práctica enfermera precisa que las enfermeras cumplan las responsabilidades profesionales

Modificado de: Canadian Nurses Association. *A definition of nursing practice. Standards for nursing practice*. Ottawa: The Association, 1986.

Tabla 19.2 Estándares de cuidados de la ANA

Estándar	Criterios de medida
Valoración La enfermera recoge los datos de salud del paciente	<p>La recogida de datos incluye al paciente, a otras personas significativas y a los profesionales sanitarios cuando es preciso</p> <p>La prioridad de la recogida de datos está determinada por la condición o las necesidades inmediatas del paciente</p> <p>Los datos pertinentes se recogen empleando técnicas de valoración adecuadas</p> <p>Los datos relevantes se documentan de una forma recuperable</p> <p>El proceso de recogida de datos es sistemático y continuo</p>
Diagnóstico enfermero La enfermera analiza los datos de la valoración para determinar los diagnósticos	<p>Los diagnósticos derivan de los datos de la valoración</p> <p>Los diagnósticos son validados con el paciente, otras personas significativas y los profesionales sanitarios cuando es posible</p> <p>Los diagnósticos se documentan de una forma que facilite la determinación de los resultados esperados y el plan de cuidados</p> <p>Los resultados derivan de los diagnósticos</p>
La enfermera identifica los resultados esperados individualizados del paciente	<p>Los resultados se formulan mutuamente con el paciente y los profesionales sanitarios, cuando es posible</p> <p>Los resultados son culturalmente apropiados y realistas en relación con las capacidades presentes y potenciales del paciente</p> <p>Los resultados son alcanzables en relación con las fuentes disponibles para el paciente</p> <p>Los resultados incluyen un tiempo estimado para ser alcanzados</p> <p>Los resultados ofrecen una dirección para la continuidad de los cuidados</p> <p>Los resultados se documentan como objetivos mensurables</p>
Planificación La enfermera desarrolla un plan de cuidados que prescribe intervenciones para alcanzar los resultados esperados	<p>El plan es individualizado para el paciente y la condición y las necesidades del paciente</p> <p>El plan se desarrolla con el paciente, otras personas significativas y los profesionales sanitarios cuando es preciso</p> <p>El plan refleja la práctica enfermera actual</p> <p>El plan ofrece la continuidad de los cuidados</p> <p>Se establecen prioridades para los cuidados</p> <p>Se documenta el plan</p>
Implementación La enfermera implementa las intervenciones identificadas en el plan de cuidados	<p>Las intervenciones son consistentes con el plan de cuidados establecido</p> <p>Las intervenciones se implementan de forma segura y apropiada</p> <p>Se documentan las intervenciones</p>
Evaluación La enfermera evalúa el progreso del paciente hacia la consecución de los resultados	<p>La evaluación es sistemática, continuada y basada en criterios</p> <p>El paciente, otras personas significativas y los profesionales sanitarios están implicados en el proceso de evaluación, cuando es preciso</p> <p>Los datos de valoración continuos se emplean para revisar diagnósticos, resultados y el plan de cuidados cuando es preciso</p> <p>Se documentan las revisiones de los diagnósticos, los resultados y el plan de cuidados</p> <p>La efectividad de las intervenciones se evalúa en relación con los resultados</p> <p>Se documentan las respuestas del paciente a las intervenciones</p>

De: American Nurses Association. *Standards of clinical nursing practice*, 2.ª ed. Washington, DC: The Association, 1998.

dos agudos críticos y las infecciones oportunistas contribuyen a un mayor porcentaje de clientes críticamente enfermos en los hospitales.

El área clínica de la práctica determina las habilidades y el conocimiento necesarios para ejercer en esta situación. Los avances de la tecnología han necesitado que la enfermera no sólo tenga conocimientos sobre la práctica enfermera, sino que también esté preparada en informática, sea capaz de manejar piezas múltiples del equipamiento complejo y pueda mantenerse centrada en el cliente.

Las prácticas actuales de reembolso de las compañías de seguros privados y federales o estatales han originado estancias hospitalarias más breves (Capítulo 2). Los clientes son dados de alta de los hospitales más pronto y, a menudo, necesitan cuidados enfermeros continuados en su domicilio. La enfermera profesional hospitalaria necesita conocer los recursos comunitarios y ser capaz de prever las necesidades de atención domiciliaria del cliente. Las necesidades del cliente son evaluadas y los cuidados se planifican mediante una alta precoz y la colaboración con los gestores de caso, los médicos, los trabajadores sociales y los centros de atención domiciliaria.

Tabla 19.3 Demografía de las enfermeras tituladas actualmente

	Estados Unidos*	Canadá**
Enfermeras licenciadas	2,2 millones	260.000
Enfermeras contratadas	1,8 millones	220.000
Género:		
Femenino	95,7%	95,8%
Masculino	4,3%	4,2%
Raza:		
Blanca/caucasiana	90%	—
Afroamericana	4%	—
Asiática/islas del Pacífico	3,4%	—
Hispana	1,4%	—
India americana/nativos de Alaska	0,4%	—
Edad:		
< 30 años	4,0%	—
30-49 años	> 60%	—
Formación:		
Programa de diplomatura	10%	77,6%
Licenciatura (formación de graduado auxiliar)	59%	—
Licenciatura de bachillerato	31%	20,8%
Posgrado	7,5%	1,5%
Doctorado	0,5%	0,1%
Hospitales		
Cuidado enfermero domiciliario/ampliado	66%	62,4%
Salud comunitaria/pública	7%	11,8%
Atención domiciliaria	10%	7,1%
Atención ambulatoria	—	4,4%
Otros (consulta médica, educación enfermera)	8%	—
	10%	14,3%

* Datos de: American Nurses Association. Nursing facts: today's registered nurse – number and demographics. De la *Sixth national sample of registered nurses*, March 1992, U.S. Department of Health and Human Services, Division of Nursing, Health Resources and Services Administration.

** Datos de la Canadian Nurses Association, Policy Regulation and Research Division. *1998 RN data statistics*, Ottawa, Canada: The Association, 1999.

Los servicios enfermeros en el hospital funcionan 24 horas al día, 7 días a la semana. Se emplean diferentes patrones de plantilla para satisfacer las necesidades de cuidados enfermeros, incluyendo turnos de 8 horas, turnos de 12 horas y turnos de 10 horas que se intercambian a primera hora de la mañana, al final de la tarde y por la noche. Muchos hospitales tienen estándares de turnos alternativos para satisfacer al personal, como sólo turnos de 12 horas en los fines de semana o turnos de 4 o 6 horas para trabajar sólo durante los momentos de máximos cuidados. Las funciones y las responsabilidades de las enfermeras empleadas en hospitales cambian porque los hospitales difieren enormemente en tamaño y estructura organizativa. Las unidades hospitalarias pueden estar especializadas según el tipo de caso, como neurología u ortopedia, o pueden ser simplemente de medicina y cirugía general. Los hospitales adscritos a universidades suelen tener muchas áreas de especialización. Todos los hospitales acreditados por la Joint Commission on Accreditation of Hospitals and Organizations (JCAHO) precisan una RN como enfermera jefa ejecutiva que es responsable de la atención enfermera y de los estándares de la organización.

Los incrementos en los costes sanitarios, la reducción del reembolso de los seguros, el mayor número de organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) y una mayor población de clientes han llevado a los hospitales y a otras instituciones sani-

tarias a desarrollar formas creativas para cumplir el presupuesto. Muchas organizaciones han cambiado la complejidad de las habilidades de los profesionales de cuidados directos. Se está empleando más personal asistencial para ayudar a reducir los costes de personal y ayudar a prestar cuidados directos mientras se reducen los profesionales de cuidados auxiliares, como flebotomía y transporte.

Una población adulta cada vez de más edad y unas medidas de soporte cada vez más complejas han originado una mayor necesidad de servicios enfermeros especializados. Los adultos de más edad puede que no tengan un cónyuge que les ayude en la atención domiciliaria y a menudo los hijos trabajan o tienen sus propias familias. Los servicios enfermeros especializados prestan cuidados para necesidades que no pueden cubrirse en el domicilio y que precisan soporte de enfermería y una planificación de cuidados. Los servicios enfermeros especializados son una etapa intermedia entre el hospital y el domicilio.

El número creciente de adultos de más edad, los clientes con enfermedades crónicas y los clientes con alteraciones funcionales han proporcionado el crecimiento de servicios de cuidados a largo plazo. Los cuidados a largo plazo se ofrecen en instituciones, como hospitales de enfermedades crónicas, hospitales psiquiátricos y residencias. Las residencias de enfermería son las instituciones más comunes que prestan cuidados a largo plazo a domicilio.

Los centros de cuidados de recuperación suelen emplear a muchos tipos de profesionales sanitarios. El objetivo de estas instituciones es educar a los clientes incapacitados a conseguir un grado máximo de función y educar a las familias para ayudarles a alcanzar este grado (Capítulo 2).

ENTORNOS DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA

El número de enfermeras que trabajan en entornos prácticos comunitarios está aumentando de forma considerable. El coste creciente de los cuidados institucionales crea la necesidad de servicios de enfermería comunitarios dirigidos a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de recuperación (Capítulo 3).

La enfermería en entornos prácticos comunitarios se centra en la promoción y el mantenimiento de la salud, la educación y el tratamiento, y la coordinación y la continuidad de los cuidados de recuperación dentro de la comunidad del cliente. Las enfermeras comunitarias valoran las necesidades de salud de los individuos, las familias y las comunidades, y ayudan a los clientes con los riesgos para la salud y los problemas de las enfermedades. Aunque la atención sanitaria institucional se centra en el individuo y en la familia, la enfermería comunitaria también se dirige a la salud de la comunidad y a la interacción de los individuos dentro de ella. Una comunidad puede ser una localización particular, como una área urbana o rural, o un grupo de personas relacionadas por la ocupación, la escuela u otro interés o característica comunes. Estas enfermeras comunitarias trabajan en diversos entornos prácticos, incluyendo centros de salud comunitaria y ocupacional, escuelas, centros de atención domiciliaria, clínicas de salud y centros privados.

Centros de salud comunitaria. Los centros de salud comunitaria ofrecen planes completos para el mantenimiento y la promoción de la salud, la educación y el tratamiento, y la coordinación de los cuidados dentro de la comunidad. Los centros de salud comunitaria ofrecen cuidados ambulatorios (cuidados recibidos por los clientes que son capaces de ir a los centros), así como atención domiciliaria.

Las enfermeras que trabajan en estos centros suelen hacerlo de forma más independiente que las enfermeras que trabajan en medios institucionales. Los centros de salud comunitaria también emplean a otros profesionales sanitarios, pero las enfermeras suelen prestar la mayor parte de los cuidados y pueden por sí mismas dirigir el servicio (Figura 19.2). En algunos entornos se llama a los médicos sólo cuando surgen necesidades específicas. Algunos ejemplos de centros de salud comunitaria son las clínicas de planificación familiar y los centros de atención familiar y salud mental.

Escuelas. Los servicios comunitarios son frecuentes en las escuelas y en los colegios universitarios. Los servicios enfermeros incluyen la educación para la salud en la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la educación sexual. Además, las enfermeras que trabajan en las escuelas pueden ofrecer cuidados para los estudiantes con enfermedades agudas no urgentes, como infecciones de las vías aéreas superiores, gripe, infecciones por otros microorganismos oportunistas y heridas y

erosiones superficiales. Las enfermeras escolares también hacen derivaciones de los estudiantes y las familias cuando se precisa una atención adicional más especializada.

Entornos de salud ocupacional. Muchas empresas grandes ofrecen servicios sanitarios a los empleados en los centros de salud ocupacional previamente contratados. Los cuidados enfermeros en estos entornos incluyen 5 áreas. La enfermera puede desarrollar programas dirigidos a aumentar la salud y la seguridad en el puesto de trabajo al reducir el número de accidentes laborales, el riesgo de enfermedad laboral o la transmisión de una enfermedad contagiosa entre los trabajadores. La enfermera puede ofrecer programas para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la educación para la salud. Cuando las corporaciones comprenden que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad permiten una mejor mano de obra, la enfermera puede adoptar una función más activa en la identificación de los factores de riesgo en cardiopatía, ofrecer educación para la autoexploración mamaria y ayudar a los empleados con medidas de promoción de la salud y planes de mantenimiento. También pueden ayudar en programas de ejercicios supervisados para empleados con problemas de salud conocidos; la enfermera también trata enfermedades agudas no urgentes y proporciona primeros auxilios. En los entornos de urgencia como ataques cardíacos y traumatismos, la enfermera aplica cuidados urgentes y organiza el transporte a un hospital. La enfermera también deriva empleados a los servicios sanitarios adicionales cuando es necesario.

Centros de atención domiciliaria. Un cliente necesita a menudo cuidados enfermeros específicos que se pueden prestar de forma eficaz en el domicilio. Las enfermeras en estos centros prestan cuidados enfermeros domiciliarios a los clientes dados de alta de una institución concreta. Otros centros que prestan atención domiciliaria son The Visiting Nurse Association, las instituciones enfermeras de salud pública, los hospices y los centros de atención sanitaria privados.

La enfermera que presta cuidados domiciliarios también debe estar preparada para la docencia. Los costes sanitarios crecientes han limitado la duración y la frecuencia de las visitas.



Figura 19.2 La enfermería proporciona la oportunidad de crear centros locales de atención sanitaria.



Figura 19.3 Enfermera enseñando a un cliente los cuidados domiciliarios.

Como resultado de ello, la enfermera de atención domiciliaria suele educar al cliente o la familia a realizar de forma correcta actividades enfermeras y de autocuidado. La atención domiciliaria al cliente requiere que la enfermera sea flexible, con recursos, creativa y autoconfianza, así como clínicamente competente (Capítulo 3) (Figura 19.3).

Otros entornos. Hay muchos entornos en los que ejerce la enfermera y en las que varían enormemente sus funciones y sus responsabilidades. Una enfermera puede trabajar en la consulta de un médico, una organización de gestión de cuidados o un servicio de consulta de la salud. Una enfermera puede trabajar aisladamente o junto con otras enfermeras y otros profesionales sanitarios que ofrecen cuidados de forma independiente para grupos de clientes que se encuentran bien o están estables. Las enfermeras también trabajan en puestos educativos y de investigación.

Independientemente del entorno, las enfermeras han de prestar cuidados de calidad. La investigación enfermera que relaciona los estudios de calidad de la evolución del cliente con los análisis de coste-efectividad revela que las enfermeras están cumpliendo con los objetivos. Las enfermeras son una voz activa a todos los estamentos de la administración, tratando sobre los temas de atención sanitaria y ofreciendo información al público.

Funciones y roles de la enfermera

FUNCIONES

La enfermería contemporánea requiere que la enfermera posea conocimientos y habilidades en diversas áreas. En el pasado, la principal función de las enfermeras era prestar cuidados y consuelo cuando desempeñaban las funciones enfermeras específicas. Sin embargo, los cambios en la enfermería han ampliado la función para incluir un mayor énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como la preocupación por el cliente como un todo. La enfermera contemporánea desempeña las funciones interrelacionadas de cuidadora, tomadora de decisiones clí-

nicas y éticas, protectora y defensora del cliente, gestora de casos, rehabilitadora, consoladora, comunicadora y educadora.

Cuidadora. Como cuidadora, la enfermera ayuda al cliente a recuperar la salud mediante el proceso de curación. La curación es más que simplemente curar una enfermedad específica, aunque las actividades de tratamiento que promueven la curación física son importantes para las cuidadoras. La enfermera cubre las necesidades de cuidados del cliente desde un punto de vista holístico, incluyendo medidas para restaurar el bienestar emocional, espiritual y social. La cuidadora ayuda al cliente y a la familia a establecer objetivos y cumplir los objetivos con un coste mínimo de tiempo y energía.

Tomadora de decisiones clínicas. Como tomadora de decisiones clínicas, la enfermera emplea las actividades de pensamiento crítico durante el proceso enfermero para ofrecer unos cuidados efectivos. Antes de implementar cualquier acción enfermera, ya sea valorar la situación del cliente, prestar cuidados o evaluar los resultados de los cuidados, la enfermera planifica la acción decidiendo el mejor planteamiento para cada cliente (Unidad 3). La enfermera toma estas decisiones sola o en colaboración con el cliente y la familia (Figura 19.4). En cada una de estas situaciones, la enfermera colabora y consulta con otros profesionales sanitarios (Keeling y Ramos, 1995).

Protectora y defensora del cliente. Como protectora, la enfermera ayuda a mantener un entorno seguro para el cliente y tomar medidas para prevenir lesiones y proteger al cliente de posibles efectos secundarios de las medidas diagnósticas y terapéuticas. Confirmar que un cliente no tiene alergia a un medicamento y ofrecer inmunización frente a la enfermedad actuando de forma comunitaria son ejemplos de la función protectora de la enfermera (Capítulo 37).



Figura 19.4 La toma de decisiones está en el núcleo de la práctica enfermera.

En la función de defensora del cliente, la enfermera protege los derechos humanos y legales del cliente y proporciona ayuda para defender estos derechos si surge la necesidad. La enfermera defiende al cliente, recordando la religión y la cultura del cliente. Por ejemplo, la enfermera puede proporcionar información adicional para un cliente que intenta decidir si acepta o no un tratamiento, o la enfermera puede ayudar en la comunicación con la familia. La enfermera también puede defender los derechos del cliente de forma general al hablar contra las políticas o las acciones que podrían poner en peligro su bienestar o entrar en conflicto con sus derechos.

Gestora de casos. Como gestora de casos, la enfermera coordina las actividades de otros miembros del equipo sanitario, como nutricionistas y fisioterapeutas, cuando está dirigiendo los cuidados de un grupo de clientes. Un hospital o un profesional de seguros puede contratar a una gestora de casos. La función de esta persona es revisar los cuidados que se ofrecen al cliente y ayudar en los retrasos, como en las pruebas o planificando el alta. La gestora de casos hospitalaria puede formar parte del departamento de mejora de la calidad. Además de identificar al cliente que necesita ayuda adicional con planes posthospitalización, también ayuda en la codificación para el seguro y la monitorización de la calidad. Muchos profesionales de seguros tienen gestoras de casos que revisan la gráfica del cliente y, mediante protocolos y criterios, aprueba o rechaza días de hospital. La gestora de casos del seguro también puede ayudar a la gestora de casos del hospital en los casos complejos.

Rehabilitadora. La rehabilitación es el proceso por el cual las personas recuperan los grados máximos de funcionamiento después de la enfermedad, accidentes u otros sucesos discapacitantes. Con frecuencia, los clientes experimentan mejoras físicas o emocionales que cambian sus vidas y la enfermera les ayuda a adaptarse lo mejor posible. La actividad de los cuidados de rehabilitación y recuperación varía desde educar a los clientes a andar con muletas hasta ayudar a los clientes a afrontar los cambios en el estilo de vida que suelen asociarse con la enfermedad crónica.

Consoladora. La función de consoladora, que atiende al cliente como persona, es tradicional e histórico en la enfermería y ha seguido siendo importante cuando las enfermeras han asumido nuevas funciones. Los cuidados enfermeros deben dirigirse a la persona completa, más que simplemente al cuerpo, por lo que el consuelo y el apoyo emocional suele ayudar a darle al cliente fuerzas para recuperarse. Mientras llevan a cabo las actividades enfermeras, las enfermeras pueden ofrecer consuelo al demostrar atención al cliente como un individuo con sentimientos y necesidades únicas. Como consoladoras, las enfermeras deben ayudar al cliente a alcanzar los objetivos terapéuticos más que favorecer la dependencia emocional o física (Capítulo 42).

Comunicadora. La función de comunicadora es fundamental para todas las otras funciones enfermeras. La enfermería incluye la comunicación con los clientes y las familias, otras

enfermeras y profesionales sanitarios, personas con recursos y la comunidad. Sin una comunicación clara, es imposible cuidar de una forma efectiva, tomar decisiones con los clientes y las familias, proteger a los clientes de las amenazas a su bienestar, coordinar y dirigir los cuidados al cliente, ayudar al cliente en la rehabilitación, ofrecer consuelo o educar. La calidad de la comunicación es un factor crítico para satisfacer las necesidades del individuo, las familias y las comunidades (Capítulo 22).

Profesora/educadora. Como profesora, la enfermera explica a los clientes conceptos y hechos sobre la salud, demuestra procedimientos como las actividades de autocuidado, determina que el cliente entienda completamente, refuerza el aprendizaje o la conducta del cliente, y evalúa el progreso del cliente en el aprendizaje. Algunos temas educativos pueden no estar planificados y ser informales, como cuando una enfermera responde a una pregunta del cliente sobre un tema de salud en una conversación casual. Otras actividades docentes pueden estar planificadas y ser más formales, como cuando la enfermera educa a un cliente con diabetes a autoadministrarse las inyecciones de insulina. La enfermera emplea métodos docentes que combinan las capacidades y las necesidades del cliente e incorpora otros recursos, como la familia, en los planes educativos (Capítulo 23).

ROLES PROFESIONALES

Las funciones anteriores se aplican a todas las enfermeras en la mayoría de entornos prácticos. Por otro lado, los roles profesionales son puestos o vías de trabajo específicos. Debido a las crecientes oportunidades de formación para las enfermeras, el crecimiento de la enfermería como profesión y una mayor preocupación por el enriquecimiento laboral, la profesión enfermera ofrece roles ampliados y diferentes clases de oportunidades profesionales. Los ejemplos de los roles profesionales son enfermeras educadoras, enfermeras prácticas avanzadas, enfermeras gestoras y administradoras, enfermeras investigadoras, enfermeras gestoras de riesgo, enfermeras de mejora de la calidad, consultoras medicolegales y consultoras de producto.

Enfermera clínica. La mayoría de las enfermeras entra en la profesión con el objetivo de prestar cuidados directos. La enfermera que atiende directamente al cliente es el caso de la mayoría de las enfermeras que ejercen. Hasta hace poco, esto ha ocurrido en el entorno del hospital de cuidados agudos. A medida que la atención sanitaria se vuelve a centrar en los cuidados domiciliarios, habrá cada vez más oportunidades para que las enfermeras ofrezcan cuidados directos domiciliarios a los clientes. La enfermera clínica atiende directamente al cliente, empleando el proceso enfermero y las actividades de pensamiento crítico. El objetivo es recuperar y curar. La enfermera clínica ofrece educación al cliente y a la familia para promover el mantenimiento de la salud y el autocuidado. En colaboración con otros miembros del equipo sanitario, la enfermera clínica se centra en devolver al cliente al domicilio y a su estado de salud habitual.

Las enfermeras pueden escoger trabajar en un medio quirúrgico o centrarse en una área específica de la práctica, como los cuidados críticos o de urgencias. La mayoría de las

áreas de cuidados especializados requieren cierta experiencia como enfermera médicoquirúrgica y una formación adicional continuada o en servicio. Se necesitan muchas enfermeras de unidades de cuidados intensivos (UCI) y servicios de urgencias para el entrenamiento en soporte vital avanzado cardíaco y la certificación en cuidados críticos, enfermería de urgencias o enfermería de traumatología. Las enfermeras hospitalarias también pueden elegir trabajar en áreas específicas, como trasplante, rehabilitación u oncología. Los centros médicos más grandes ofrecen más oportunidades para concentrar la práctica en una única área.

Enfermera educadora. Una enfermera educadora trabaja principalmente en escuelas de enfermería, departamentos de desarrollo de personal de centros sanitarios y departamentos de educación de clientes. Las enfermeras educadoras suelen tener una base de enfermería clínica, que les otorga habilidades prácticas y conocimiento teórico. Un miembro del profesorado en una escuela de enfermería prepara a las estudiantes para desempeñar funciones como enfermeras. Los miembros del profesorado de enfermería son responsables de enseñar la práctica enfermera actual y las habilidades necesarias en los entornos clínicos y de laboratorio. Suele exigirse que las enfermeras educadoras en las escuelas de enfermería sean graduadas y tituladas en enfermería y además posean una formación adicional en el proceso educativo. Muchas poseen graduados doctorales o avanzados en enfermería, formación o administración, como un posgrado en administración de empresas (MBA). Generalmente, tienen una determinada especialidad clínica, administrativa o de investigación y experiencia clínica avanzada.

Las enfermeras educadoras en los departamentos de desarrollo de personal de las instituciones sanitarias ofrecen programas formativos para las enfermeras de la institución. Estos programas incluyen orientación del nuevo personal, cursos de enfermería de cuidados críticos, ayuda en la competencia en habilidades clínicas, entrenamiento en seguridad e instrucciones sobre equipamientos y procedimientos nuevos. Estas enfermeras educadoras suelen participar en el desarrollo de las políticas y los procedimientos enfermeros.

El objetivo principal de la enfermera educadora en un departamento de educación del cliente de una institución es enseñar a los clientes enfermos o incapacitados y a sus familias cómo prestar cuidados en el domicilio. Estas enfermeras educadoras pueden ser especializadas y tituladas, como una educadora en diabetes (CDE) o una enfermera cuidadora de ostomías, y atender sólo a una población reducida de clientes. Sin embargo, en la mayoría de las instituciones sanitarias, el presupuesto no permite un departamento separado de educación del cliente. Por tanto, la responsabilidad recae en la plantilla de enfermeras para planificar y ofrecer educación al cliente y a la familia.

Enfermera práctica avanzada. La enfermera práctica avanzada (APN) suele ser la enfermera que desempeña su función de forma más independiente. Una APN tiene un título de posgrado en enfermería, formación avanzada en farmacología y exploración física, y certificación y pericia en una área práctica

especializada (ANA, 1996). La APN puede trabajar en cuidados primarios, agudos o de recuperación, o en un centro de atención comunitaria. La APN desempeña su función como clínica, educadora, gestora de casos, consultora e investigadora dentro de su área de ejercicio, para planificar o mejorar la calidad de los cuidados enfermeros para el cliente y la familia. El término *enfermera práctica avanzada* es un término «paraguas» para una enfermera clínica avanzada que incluye enfermeras practicantes, enfermeras clínicas especialistas, enfermeras anestesistas tituladas certificadas y enfermeras comadronas.

Enfermera clínica especialista. La enfermera clínica especialista (CNS) es una APN con experiencia enfermera en un área especializada de la práctica y puede trabajar en cualquier entorno práctico. Tradicionalmente, la CNS ha ejercido habitualmente en el entorno hospitalario. La CNS puede especializarse en una enfermedad determinada, como la diabetes mellitus, el cáncer o los trastornos cardíacos, o en un campo específico, como la pediatría o la geriatría. La CNS funciona como una experta clínica, educadora, gestora de casos, consultora e investigadora para planificar o mejorar la calidad de los cuidados prestados al cliente y a la familia (Figura 19.5).

Enfermera practicante. La enfermera practicante ofrece cuidados sanitarios a los clientes, generalmente como paciente externo, cuidados ambulatorios o entorno comunitario. Las enfermeras practicantes atienden a clientes con problemas complejos y tienen un planteamiento más holístico, atendiendo a los síntomas de los cuadros no patológicos, el bienestar y el cuidado global. Un porcentaje importante de visitas de atención primaria se extiende más allá de los límites de la medicina y exigen la pericia de la enfermera. La enfermera practicante es capaz de establecer una relación de colaboración entre el profesional y el cliente. Una enfermera practicante puede trabajar con un grupo específico de clientes o con clientes de todas las edades y con necesidades de cuidados. Las principales categorías de enfermera practicante son: adultos, familia, pediatría, obstetricia-ginecología y geriatría. Una enfermera practicante tiene el conocimiento y las habilidades necesarias para detectar y tratar cuadros agudos autolimitados y crónicos estables. La preparación de formación educativa de la enfermera practicante incluye un posgrado en enfermería y formación adicional en el programa practicante.

Una enfermera practicante de adultos (ANP) ofrece cuidados primarios ambulatorios a adultos con una enfermedad aguda no urgente o crónica y, en algunos casos, cuidados terciarios. Las ANP trabajan en colaboración con uno o más médicos de atención primaria.

Una enfermera practicante de familia (FNP) ofrece cuidados primarios ambulatorios a familias, generalmente en colaboración con un médico de familia. La FNP satisface las necesidades de atención general de la familia, trata algunas enfermedades mediante cuidados directos y guía y aconseja a la familia si es preciso.

Una enfermera practicante de pediatría (PNP) ofrece atención a lactantes y a niños. Las PNP trabajan en hospitales, atención ambulatoria, atención urgente y consultas de médicos.



Figura 19.5 La enfermera especialista consulta acerca del caso de un cliente difícil.

Una enfermera practicante de salud de la mujer (WHNP) ofrece atención ambulatoria a las mujeres que buscan atención obstétrica o ginecológica.

La enfermera practicante de cuidados agudos (ACNP) es un nuevo rol. Se desarrolló en 1995 para satisfacer la creciente necesidad de una APN que desarrollase su función en caso de ausencia de un médico. El primer examen de certificación del American Nurses Credentialing Center (ANCC) se realizó en 1996. La enfermera practicante de cuidados agudos es una generalista, generalmente con una base de medicina interna, centrada en la atención al paciente hospitalizado. La diferencia entre la CNS y la NP de cuidados agudos puede ser difícil de establecer. Generalmente la CNS tiene un volumen de conocimientos especializados, como cardiovascular o de oncología, y la ACNP tiene un objetivo clínico más amplio.

La enfermera practicante de geriatría (GNP) es una ANP con especialización en el cuidado de ancianos. Las GNP están entrenadas en las necesidades especiales de los ancianos, con especial énfasis en la promoción de la salud, mantenimiento de la salud y estado funcional. La GNP trabaja con el cliente y la familia para favorecer la independencia y el autocuidado. La población suele tener 65 años de edad o más.

Enfermera matrona certificada. La enfermera matrona certificada (CNM) es una RN que también está formada como matrona por el American College of Nurse-Midwives. La práctica de la enfermera matrona supone una atención independiente a las mujeres durante el embarazo, el parto y el alumbramiento normales, así como la atención al recién nacido. Puede incluir algunos servicios ginecológicos como las tinciones de Papanicolaou (Pap) habituales, la planificación familiar y el tratamiento de infecciones vaginales menores. Una CNM ejerce con un centro de atención que ofrece consulta, tratamiento en colaboración y derivación médicas.

Enfermera anestésista titulada certificada. Una enfermera anestésista titulada certificada (CRNA) es una RN que ha recibido formación avanzada en un programa acreditado de anestesiología. Las enfermeras anestésistas proporcionan anestesia quirúrgica bajo la guía y la supervisión de un anestésista, que es un médico con conocimientos avanzados de anestesia quirúrgica.

Enfermera administradora. Una enfermera administradora se encarga de la atención a los clientes y de la administración de servicios enfermeros específicos dentro de una institución sanitaria. La administración enfermera empieza con puestos como enfermera responsable o ayudante de enfermera gestora. La experiencia y la formación adicional puede originar un puesto de directora intermedia, como directora enfermera de una(s) área(s) específica(s) de atención al paciente o supervisora, o a un puesto de directora superior, como directora ayudante o asociada o directora de servicios enfermeros.

Los puestos de dirección enfermera suelen necesitar al menos un graduado de bachillerato en enfermería, y los puestos ejecutivos y de dirección enfermera requieren habitualmente un posgrado. Los puestos de jefa de enfermeras ejecutiva y vicepresidenta en las grandes organizaciones sanitarias suelen precisar graduación doctoral. Las enfermeras pueden tener grados avanzados como un posgrado en administración de empresas (MBA), en administración de hospitales (MHA) o en salud pública (MPH).

En las organizaciones sanitarias actuales, las directoras pueden ser responsables no sólo del personal de enfermería. Las responsabilidades pueden incluir un servicio o una línea de producto particular, como medicina o cardiología, e incluir funciones de soporte y personal como clínicas médicas, diagnósticos cardíacos o servicios externos como el cateterismo cardíaco. Además, la directora puede ser responsable del personal auxiliar como técnicos de cardiología, terapeutas respiratorios, trabajadores sociales y dietistas.

Las vicepresidentas de enfermería o la enfermera jefa ejecutiva suele tener responsabilidades en todas las funciones clínicas dentro del hospital. Esto puede incluir todo el personal auxiliar que proporciona y apoya los servicios de cuidados al paciente. La enfermera gestora necesita estar preparada en negocios de gestión, así como comprender todos los aspectos de la enfermería y la atención al cliente. Las funciones de las gestoras incluyen presupuestos, personal, planificación estratégica de programas y servicios, evaluación y promoción de los empleados (Douglas, 1996).

Enfermera investigadora. La enfermera investigadora estudia los problemas para mejorar los cuidados enfermeros y

para definir y ampliar después el entorno de la práctica enfermera (Capítulo 25). La enfermera investigadora puede trabajar en un medio académico, hospitalario o profesional independiente, o un centro comunitario. El requerimiento formativo mínimo es una graduación doctoral, con al menos un posgrado en enfermería.

Enfermera militar. Hay muchas oportunidades para prestar cuidados enfermeros en las fuerzas armadas. Todas las ramas del ejército de Estados Unidos, excepto los *marines*, tienen un cuerpo de enfermería. La entrada en el ejército como RN requiere un graduado de bachillerato (BSN). Las personas que ya poseen un graduado BSN pueden alistarse o las personas que han sido aceptadas para un programa acreditado de bachillerato en enfermería pueden unirse al servicio y completar su educación mientras están en el ejército. La enfermería militar puede ser una profesión para toda la vida, con oportunidades de ejercer en diversos entornos prácticos, como atención primaria, atención hospitalaria, atención a largo plazo y servicios de ultramar. Después de ser licenciadas del ejército, muchas enfermeras permanecen en la reserva, sirviendo un fin de semana cada mes y 2 semanas completas cada año. Los sueldos son competitivos con los puestos civiles y se basan en alcanzar los requerimientos de rango.

EQUIPO DE ATENCIÓN SANITARIA

En la mayoría de los entornos prácticos la enfermera trabaja con otros profesionales sanitarios para prestar atención global a los clientes. El equipo de atención sanitaria comprende cuatro tipos generales de profesionales, incluyendo enfermeras, médicos, profesionales de salud afines como terapeutas y técnicos, y otros especialistas como trabajadores sociales y sacerdotes. Sin embargo, la inclusión de muchas personas diferentes en la atención sanitaria del cliente puede causar una fragmentación de los cuidados. Las enfermeras tienen la mayor oportunidad de interactuar con el resto de profesionales del equipo de atención sanitaria, por lo que suelen desempeñar una función de coordinación e integración de los servicios dentro de un sistema de cuidados dirigidos.

Médico. Un médico es un profesional que ha obtenido el grado de Doctor of Medicine (MD) o Doctor of Osteopathy (DO). El médico ha completado el currículum exigido, ha seguido un período específico de formación posgrado y ha superado un examen para obtener la licenciatura. Un médico está licenciado para efectuar el diagnóstico y el tratamiento médico de los clientes (Figura 19.6).

La tendencia actual en atención sanitaria es el desarrollo de médicos de atención primaria. Las facultades de medicina han puesto en marcha programas de atención primaria para formar a los médicos en la atención al cliente a lo largo de toda su vida. Además, hay muchos médicos que se especializan en una área aislada de la medicina, como un cardiólogo que se especializa en las enfermedades cardíacas o un oncólogo que se especializa en el cáncer. Los médicos pueden elegir entre convertirse en un cirujano general o especializarse en una área específica de la cirugía, como la ortopedia o la cirugía vascular.

Las enfermeras colaboran con médicos de muchas formas. Una enfermera puede trabajar en una situación en la que la mayor parte



Figura 19.6 La enfermera colabora con el médico respecto al cuidado del paciente.

de los cuidados enfermeros depende de las órdenes del médico o una enfermera de cuidados intensivos puede seguir las órdenes escritas establecidas que permiten acciones enfermeras más independientes. Una enfermera clínica especializada o una enfermera practicante pueden desempeñar su función en colaboración con un médico, o una enfermera y un médico pueden trabajar juntos para educar a un cliente diabético recientemente diagnosticado y a su familia sobre la enfermedad y los cuidados domiciliarios.

Médico auxiliar. Un médico auxiliar (PA) está entrenado en algunos aspectos de la práctica de la medicina para proporcionar apoyo a los médicos, incluyendo la realización de exploraciones físicas, realizar procedimientos diagnósticos, ayudar en el quirófano o el servicio de urgencias, y completar tratamientos como la colocación de un yeso o una sutura. Los PA trabajan en hospitales, clínicas o consultas privadas de médicos. Su práctica se basa en la habilidad para ayudar al médico. Se les exige que ejerzan bajo la dirección y la supervisión del médico. Los PA ejercen en Estados Unidos pero no en Canadá. En algunos estados los PA pueden prescribir medicamentos.

Profesiones afines y otros profesionales sanitarios

Terapeuta. Hay una serie de personas que poseen el título de terapeutas, incluyendo fisioterapeutas, terapeutas respiratorios, terapeutas ocupacionales y quiromasajistas.

Un fisioterapeuta (PT) tiene licencia para ayudar en la exploración, las pruebas y el tratamiento de las personas con discapacidad o minusvalía física mediante ejercicios especiales, la aplicación de calor y frío, el empleo de ondas sónicas y otras técnicas. Un PT suele recibir formación con un programa de 6 años en un colegio universitario que le otorga un posgrado en fisioterapia. Un PT ejerce en hospitales, clínicas, centros de rehabilitación y centros comunitarios.

Un terapeuta ocupacional (OT) está licenciado o posee una certificación para desarrollar y emplear dispositivos adaptados que ayudan a los clientes crónicamente enfermos o incapacitados para realizar actividades de la vida diaria. Los OT suelen recibir formación y educación con un programa de 4 años en un colegio universitario y, como los PT, trabajan en diversos entornos.

Un terapeuta respiratorio (RT) está capacitado para administrar un tratamiento diseñado para mejorar la función ventilatoria o la oxigenación de los clientes. Los programas de formación y educación varían. Oscilan entre programas de educación de 6 meses y programas de formación de 4 años en colegios universitarios. Un RT suele trabajar en una institución sanitaria.

Un quiromasajista es un terapeuta titulado con formación para el empleo de tratamientos con masaje para el alivio de dolencias musculares. Son nuevos en muchos hospitales y se trata de una terapia alternativa que se está utilizando para ayudar en el tratamiento de las lesiones musculoesqueléticas. A menudo, el quiromasajista trabaja estrechamente con el fisioterapeuta para ofrecer cuidados.

Las enfermeras trabajan con los terapeutas en una actitud de colaboración (Figura 19.7). La atención iniciada por los terapeutas suele ser continuada y evaluada por enfermeras. Las enfermeras y los terapeutas de forma conjunta consideran el progreso del cliente y desarrollan objetivos y planificaciones de altas que incluyen al cliente y a la familia. Además, las enfermeras derivan clientes a los terapeutas para su atención posterior. Por ejemplo, una enfermera que atiende a una persona con una enfermedad pulmonar grave puede derivar al paciente a un fisioterapeuta para aprender ejercicios de reforzamiento de los músculos de brazo, a un OT para aprender técnicas de ahorro de energía para actividades de la vida diaria, y a un RT para técnicas para favorecer la limpieza de las vías aéreas.

Farmacéutico. Un farmacéutico es un profesional con licencia que formula y prescribe medicamentos. La formación del farmacéutico oscila desde un graduado de bachillerato hasta un doctorado en farmacología. Un farmacéutico ejerce en un medio institucional o externo. El farmacéutico puede ejercer sólo en

una farmacia o puede participar en reuniones sobre cuidados al cliente o en el desarrollo de sistemas de administración de medicamentos (Capítulo 34). Algunos farmacéuticos clínicos en entornos de cuidados agudos tiene responsabilidad en el tratamiento de clientes con nutrición parenteral total (NPT). Controlan los valores de laboratorio del cliente y escriben las órdenes para la NPT.

El farmacéutico es un recurso útil para las enfermeras. Por ejemplo, la enfermera puede pedir información sobre nuevos fármacos al farmacéutico. La enfermera siempre debe conocer la acción, el efecto deseado, la dosis correcta y los efectos secundarios de todos los fármacos administrados. Si no se dispone de esta información en los libros de referencia estándar como los libros de texto o los formularios del hospital, la enfermera debe consultar con el farmacéutico. Los farmacéuticos también proporcionan información sobre qué fármacos son compatibles y cuáles se pueden mezclar o se pueden administrar juntos. Además, el farmacéutico le puede decir a la enfermera qué fármacos de dispensación sin receta pueden interactuar de forma adversa con los fármacos prescritos, de manera que esta información se pueda incorporar en el plan de planificación del alta.

Trabajador social. Un trabajador social está preparado para aconsejar a los usuarios y sus familias. Los servicios de consejo pueden incluir proporcionar apoyo emocional para los usuarios y sus familias durante enfermedades graves o terminales, concertando plazas en servicios de atención ampliada, y la localización de recursos financieros. El trabajador social suele tener un grado de bachillerato o posgrado en trabajo social y trabaja en cualquier tipo de agencia en el sistema de atención sanitaria. Una enfermera suele derivar clientes a un trabajador social y trabajan juntos para identificar recursos que satisfagan las necesidades de atención sanitaria presentes y futuras de los usuarios.

Cuidado pastoral. El cuidado pastoral ofrece apoyo espiritual y guía a los clientes y las familias y puede ser ofrecido por un centro o institución o por una orden religiosa dentro de la comunidad. Los consejeros espirituales suelen ser ministros, clérigos, monjas, rabinos o miembros laicos de congregaciones religiosas. Un cliente puede solicitar ver a un sacerdote o consejero espiritual, o la enfermera puede poner en marcha una derivación.

Personal ayudante/enfermera ayudante. El personal ayudante (AP) o una enfermera ayudante (AN) ofrece ayuda a la RN con tareas y funciones que requieren un pensamiento crítico mínimo. Estos miembros del personal trabajan bajo la dirección y la supervisión de la RN. La RN utiliza las actividades de pensamiento crítico para determinar qué tareas son delegadas correctamente al AP o la AN, garantizando un cuidado seguro y adecuado al cliente. En algunos hospitales y servicios de enfermería con experiencia, el AP puede tener responsabilidades en la flebotomía y procedimientos como el sondaje de Foley, los cambios de vías intravenosas (IV) y su retirada. La RN emplea las actividades de pensamiento crítico para determinar qué tareas son delegadas correctamente al AP o la AN según la valoración del cliente, asegurando de esta forma un cuidado seguro y adecuado.



Figura 19.7 La colaboración con otros profesionales sanitarios origina intervenciones efectivas.

Personal de oficina/secretaría. El personal de oficina/secretaría ofrece soporte al equipo sanitario y al cliente y la familia. A menudo, son los primeros miembros del personal que el cliente y la familia encuentran. Tienen un enorme valor para ayudar en la organización de pruebas, procedimientos y servicios de apoyo. El personal de oficina/secretaría tiene experiencia en la obtención de recursos y en organizar los servicios tanto en el ingreso al hospital como para la tramitación del alta.

Organizaciones profesionales enfermeras

Una organización profesional se crea para tratar con las cuestiones que preocupan a las personas que ejercen la profesión. En Norteamérica las principales organizaciones enfermeras profesionales son la American Nurses Association (ANA), la Canadian Nurses Association (CNA) y la National League for Nursing (NLN). La CNA y la ANA se formaron a finales del siglo XIX para mejorar los estándares de salud y la disponibilidad de la atención sanitaria, para favorecer estándares altos de enfermería, y para promover el desarrollo profesional y el bienestar general y económico de las enfermeras. La ANA y la CNA son parte del International Council of Nursing (ICN). Los objetivos del ICN son paralelos a los de la CNA y la ANA: favorecer las asociaciones nacionales de enfermeras, mejorar los estándares de la práctica enfermera, buscar una situación mejor de las enfermeras y ofrecer una base internacional de fuerza para las enfermeras.

La NLN se interesa por la mejora de la formación en enfermería, el servicio en enfermería y la gestión de atención sanitaria en Estados Unidos. En Canadá la Canadian Association of University Schools of Nursing y la Canadian Association of Practical and Nursing Assistants realizan funciones similares.

Las estudiantes de enfermería también forman parte de organizaciones como la National Student Nurses Association (NSNA) en Estados Unidos y la Canadian Student Nurses Association (CSNA) en Canadá. Estas organizaciones tienen en cuenta las cuestiones importantes para las estudiantes de enfermería y suelen cooperar en actividades y programas con las organizaciones profesionales.

Algunas organizaciones profesionales se centran en áreas específicas como cuidados críticos, gestión o investigación en enfermería, o enfermeras matronas. Estas organizaciones pretenden mejorar los estándares prácticos, ampliar las funciones enfermeras y favorecer el bienestar de las enfermeras en las áreas especializadas. Además, las organizaciones profesionales presentan programas de formación y publican revistas. Algunas organizaciones representativas de especialidades se comentan en los apartados siguientes.

La Association of Operating Room Nurses (AORN) en Estados Unidos y la National Conference of Operating Room Nurses en Canadá se ocupan de la formación continuada para las enfermeras de quirófano, mayores estándares de los cuidados en quirófano y más actividades de investigación.

La Association of Women's Health, Obstetrical and Neonatal Nurses (AWHONN) incluye a enfermeras canadienses y estadounidenses y favorece los estándares prácticos en la enfermería

obstétrica y ginecológica, potencia el crecimiento profesional de los miembros y acredita los programas avanzados de enfermería obstétrica y ginecológica.

La National Association of Pediatric Nurse Associates/Practitioners (NAPNAP) es una organización nacional para enfermeras preparadas por formación o experiencia para ofrecer cuidados primarios a los niños. La NAPNAP trabaja junto con la American Academy of Pediatrics.

La American Association of Critical-Care Nurses (AACN) es una organización nacional de enfermeras que trabajan en áreas de cuidados críticos. Se encarga de la formación, la práctica y la investigación de enfermería que afectan la enfermería de cuidados críticos.

Influencias sociales en la enfermería

Hay varias fuerzas externas que afectan la enfermería. Éstas incluyen cambios demográficos, población de más edad, diversidad cultural, mayor conciencia de los clientes, influencias económicas, sistema cambiante en la gestión sanitaria y decisiones políticas.

CAMBIOS DEMOGRÁFICOS

Los cambios demográficos afectan la población en conjunto. Los cambios que han influido en la sanidad en las últimas décadas incluyen una desviación de la población de las áreas rurales a los centros urbanos; mayor expectativa de vida; mayor incidencia de la enfermedad crónica a largo plazo, y mayor incidencia de enfermedades como el alcoholismo y el cáncer de pulmón. La enfermería como profesión responde a estos cambios explorando nuevos métodos para ofrecer cuidados, cambiando los estándares de formación importantes y estableciendo estándares prácticos en áreas nuevas. Para satisfacer mejor las necesidades cambiantes de la sanidad de los clientes, la enfermera también responde a los cambios demográficos en la población del entorno práctico.

DIVERSIDAD CULTURAL

Las personas se desplazan por todo el mundo, por lo que las enfermeras se enfrentan a muchas culturas diferentes de la suya propia. Actualmente, la enfermera debe ser consciente de cómo contemplan la salud y la enfermedad las diferentes culturas (Capítulo 7). Las enfermeras han de ser conscientes y competentes culturalmente. La atención que no está adaptada culturalmente puede ser más costosa e inefectiva (Sullivan, 1999). *Healthy People 2010* es un ejemplo de convergencia de la salud de múltiples culturas por la definición de los objetivos de salud (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 1998).

MOVIMIENTOS DE USUARIOS

El movimiento de usuarios tiene una conciencia aumentada del valor y los costes de los productos y los servicios. Ha influido en la atención sanitaria al solicitar nuevos tipos de instituciones sanitarias, como organizaciones de mantenimiento de la salud, nuevas formas de seguro sanitario y preocupación sobre los crecientes costes de la sanidad (Capítulo 2). Los usuarios también

tienen más conocimientos sobre la salud y la enfermedad y cada vez protestan más por su deseo de una atención de más calidad. Las enfermeras suelen interactuar con los usuarios más que otros profesionales sanitarios, por lo que a menudo deben responder preguntas sobre la calidad y los costes de la sanidad. Los usuarios de la sanidad también son más conscientes de sus derechos como clientes. La enfermera apoya estos derechos en su función de defensora del usuario.

PROMOCIÓN DE SALUD Y BIENESTAR

También hay un mayor énfasis en la sociedad sobre la promoción de la salud, el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Ejercicio, nutrición y estilos de vida saludables son temas que interesan a muchas personas. La enfermería ha respondido a su mayor preocupación sobre la promoción de la salud mediante la puesta en marcha de planes comunitarios como los programas sobre equidad y bienestar en la salud; programas educativos para enfermedades específicas, y actividades docentes para clientes y familias en hospitales, clínicas, centros de atención primaria y otros entornos de la atención sanitaria. Las actividades de promoción de la salud son una parte importante de la función de una enfermera (Capítulo 1).

MOVIMIENTOS DE MUJERES

El movimiento de mujeres ha originado muchos cambios en la sociedad a medida que las mujeres han ido logrando la igualdad económica, política, laboral y educativa. La enfermería está respondiendo de dos formas. La mayoría de las enfermeras son mujeres, por lo que están reivindicando cada vez más la igualdad de sus derechos como seres humanos, trabajadoras y profesionales sanitarios. El movimiento de mujeres ha hecho que éstas busquen una mayor responsabilidad y control de sus cuerpos, su salud y sus vidas en general. A medida que las mujeres son más conscientes de sus propias necesidades y cualidades únicas, buscan una atención sanitaria que les ayude a satisfacer estas necesidades y alcanzar todo su potencial.

MOVIMIENTOS PRO DERECHOS HUMANOS

El movimiento en favor de los derechos humanos está cambiando la forma en que la sociedad contempla los derechos de todos sus miembros, incluyendo minorías, clientes con enfermedad terminal, mujeres embarazadas y ancianos. Muchos grupos tienen necesidades especiales de atención sanitaria y la enfermería ha respondido con respeto hacia todos los clientes como individuos con derecho a una buena atención y con derechos humanos básicos. Las enfermeras defienden los derechos de todos los clientes, pero también han reconocido las necesidades especiales de algunos grupos y, de esta forma, han creado listas de derechos para los clientes moribundos, hospitalizados y en estado de gestación, así como para otros grupos, para garantizar que se ofrece una atención de calidad sin sacrificar estos derechos.

Tendencias en enfermería

Este capítulo ha señalado que la enfermería no es una profesión estática y sin cambios, sino que está creciendo continuamente y

evoluciona con los cambios de la sociedad, a la vez que cambian los estándares importantes y los métodos de la atención sanitaria, los estilos de vida y las propias enfermeras. Para hablar de la enfermería hay que referirse a un momento determinado, y en este sentido, este capítulo trata de las tendencias en enfermería.

Las filosofías y las definiciones actuales de la enfermería demuestran la tendencia holística en enfermería: tratar a la persona completa en todas sus dimensiones, en la salud y la enfermedad, y en interacción con la familia y la comunidad. La enfermería sigue acercándose a las ciencias sociales y otros campos a medida que el interés de los cuidados enfermeros se amplían.

Una tendencia en la formación en enfermería es el número creciente de estudiantes que reciben formación de enfermería básica en colegios universitarios comunitarios y universidades. Las organizaciones enfermeras profesionales siguen destacando la importancia de la formación avanzada para las enfermeras que buscan roles nuevos y ampliados.

La práctica enfermera tiende a incluir una creciente variedad de puestos de trabajo en que las enfermeras obtengan una mayor independencia, autonomía y respeto como miembros del equipo de atención sanitaria. Los roles enfermeros siguen creciendo y desarrollándose, ampliando en interés de los cuidados enfermeros y ofreciendo un campo más holístico y que abarca a todos. La enfermería actual no sólo deriva de la enfermería y la medicina tradicionales, de los campos espiritual y emocional, sino también se amplía a tratamientos alternativos como los enfoques curativos, la quimioterapia, las hierbas naturales y las vitaminas.

Las tendencias en la enfermería como profesión incluyen un énfasis creciente en los aspectos de la enfermería que la caracterizan como profesión, incluyendo formación, teoría, servicio, autonomía y códigos éticos. Las actividades de las organizaciones enfermeras profesionales reflejan todas las tendencias en la formación y la práctica de la enfermería. Finalmente, todas las influencias de la sociedad sobre la enfermería también reflejan las tendencias en la enfermería contemporánea.

Hay que comentar otras dos tendencias: la creciente influencia política de la enfermería y la influencia de la enfermería sobre la política y la práctica de la atención sanitaria.

INFLUENCIA POLÍTICA DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL

Históricamente, la implicación de las enfermeras en la política ha sido limitada. Enfermeras individuales como Florence Nightingale, Lillian Wald, Margaret Sanger y Lavinia Dock han influido en la toma de decisiones en áreas como la salubridad, la nutrición y el control de la natalidad. Las enfermeras como un grupo grande y potencialmente poderoso no han conseguido tanto como muchos de los individuos del grupo. Sin embargo, el movimiento de mujeres ha animado a las mujeres a tratar cuestiones de atención sanitaria. Además, la entrada en la profesión de personas más preparadas y formadas, ha llevado a la enfermería el activismo y la implicación del área universitaria.

En 1974, la ANA formó la Nurses Coalition in Politics (N-CAP), que fue el primer comité de acción política (PAC) para enfermeras. Esta organización, que se denominó posteriormente ANA-PAC, es un PAC importante que se tiene en cuenta para apoyar a los candidatos que buscan puestos federales.

La capacidad de influir o persuadir a un individuo que ocupa una oficina gubernamental para ejercer el poder de esta oficina para inducir un resultado deseado se conoce como poder o influencia política. Tradicionalmente, las enfermeras han estado incómodas en la política a causa de la dominación masculina. Las enfermeras están pasando a ser más conscientes de los precedentes históricos establecidos por las enfermeras en la arena política y de esta forma se están volviendo más astutas políticamente. La formación avanzada en la arena política está ayudando a colocar a las enfermeras para competir con éxito en política y en las cuestiones políticas. La implicación de las enfermeras en la política está recibiendo un refuerzo creciente en los currículum de las enfermeras, las organizaciones profesionales y los entornos de atención sanitaria. Las organizaciones enfermeras profesionales han utilizado grupos de presión para forzar a las legislaturas estatales y al U.S. Congress a mejorar la calidad de la atención sanitaria.

La ANA trabaja para la mejora de los estándares de salud y la disponibilidad de servicios sanitarios para todas las personas, favorece estándares más altos de la enfermería, estimula y promueve el desarrollo profesional de las enfermeras y fomenta su bienestar económico y general. Los propósitos no se ven restringidos por las consideraciones de nacionalidad, raza, religión, estilo de vida, color de la piel, sexo o edad. La ANA emplea a RN como elementos de presión federales y las organizaciones enfermeras estatales también contratan elementos de presión y especialistas en legislación para trabajar en las cuestiones estatales de enfermería y ayudar a los esfuerzos federales. Finalmente, los elementos de presión que trabajan de parte de la enfermería son contratados en Washington, D.C., por organizaciones profesionales como la American Federation of Teachers, la NLN, el American College of Nurse-Midwives, la American Public Health Association y la AACN. Estos grupos tienen la intención de retirar las barreras financieras a la atención sanitaria, aumentar la calidad de la atención disponible, aumentar las recompensas económicas a las enfermeras y ampliar las funciones de las enfermeras profesionales.

Además, las enfermeras individuales pueden influir en las decisiones de principios a todos los estamentos gubernamentales y los esfuerzos unificados de la enfermería organizada, como la Nursing's Agenda for Health Care Reform (ANA, 1991), que serán críticos para ejercer la influencia de las enfermeras de forma precoz en el proceso político (Hall-Long, 1995). Los estándares específicos incluyen la integración de la política pública en los currículum enfermeros, la socialización y la participación precoz en las organizaciones profesionales, los diversos entornos para la práctica clínica y la integración en los oficios públicos (Hall-Long, 1995). Si las enfermeras se convierten en

estudiantes atentas de las necesidades sociales, activistas para influenciar las políticas que satisfagan esas necesidades y contribuyentes generosas con tiempo y dinero a la enfermería y sus organizaciones y a los candidatos que trabajan para una buena atención sanitaria universal, entonces el futuro es por supuesto brillante.

INFLUENCIA DE LA ENFERMERÍA EN LA POLÍTICA DE SALUD Y LA PRÁCTICA

Las enfermeras se están implicando cada vez más en la reforma de la atención sanitaria. La Nursing's Agenda for Health Care Reform apoya la creación de un sistema sanitario que asegure el acceso, la calidad y los servicios con un coste asumible. El plan para la reforma se centra en los servicios de atención primaria y la promoción, la restauración y el mantenimiento de la salud (ANA, 1991).

El *Healthy People 2010* (USDHHS, 1998) es un documento de política de salud pública para el nuevo milenio (Capítulo 1). Subraya los objetivos para las personas vulnerables, como los grupos con ingresos bajos, las minorías y las personas con discapacidades (Lancaster, 1999).

Sin embargo, el activismo y el compromiso políticos forman parte de la profesionalidad, y la política es un aspecto importante en la gestión de la atención sanitaria. Por este motivo, las enfermeras deben contemplar la política como una realidad que incluye las artes de la influencia, el compromiso y la interacción social. Las enfermeras han estado implicadas en un tipo diferente de política en las escuelas de enfermería y en los entornos sanitarios cuando han buscado recursos adicionales, más auto-dirección y responsabilidad en la autoridad. Las habilidades ganadas con estas experiencias pueden ser trasladadas a la política de la toma de decisiones de atención sanitaria.

Al estar más implicadas las enfermeras en las decisiones y la práctica sanitaria, los intrusos mal informados no pueden intentar imponer su voluntad en la enfermería y su práctica. Los grupos no pertenecientes a la enfermería, a menudo conducidos por otros profesionales sanitarios, han intentado imponer la licenciatura institucional, la formación continuada obligatoria, la restricción de la práctica enfermera avanzada y otras limitaciones a la profesión de la enfermería. La enfermería debería tener su propia voz en la toma de decisiones en ésta y en otras numerosas áreas que afectan la práctica y la calidad de la atención enfermera. Aunque las enfermeras han prevenido, a menudo con éxito, la vulneración del autogobierno de la profesión, el futuro de la enfermería requiere que las enfermeras busquen de forma individual y colectiva una mayor influencia sobre las políticas de atención sanitaria que afectan la práctica enfermera.

Conceptos clave

- La enfermería ha respondido a las necesidades de atención sanitaria de la sociedad, que fueron influidas por variables económicas, sociales y culturales de un área específica.
- La Canadian Nurses Association y la American Nurses Association se establecieron a finales del siglo XIX.
- La formación enfermera se adscribió a las universidades a principios del siglo XX.
- La expansión de la enfermería en el ejército ocurrió a principios del siglo XX y el desarrollo de las organizaciones de enfermería especializada empezó en los años cincuenta y ha seguido hasta la actualidad.
- El informe Lysaught (1970) señaló la necesidad de establecer las funciones y las responsabilidades enfermeras.
- Las definiciones enfermeras reflejan cambios en la práctica enfermera y ayudan a efectuar cambios al identificar el entorno de la práctica enfermera y dirigir la investigación, la práctica y la formación.
- La formación educativa de la enfermera titulada puede hacerse mediante uno de los tres programas de Estados Unidos o uno de los 2 programas de Canadá.
- Los estándares enfermeros ofrecen las guías para implementar y evaluar los cuidados enfermeros.
- Los múltiples roles y funciones de la enfermera incluyen cuidador, tomador de decisiones, protector, defensor del cliente, gestor de casos, rehabilitador, consolador, comunicador y educador.
- Los puestos de trabajo específicos incluyen enfermera educadora, enfermera práctica avanzada, enfermera practicante, enfermera matrona titulada, enfermera anestésista, gestora e investigadora.
- El equipo de atención sanitaria es multidisciplinario y puede incluir enfermera, médico, médico asistente, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta respiratorio, quiroterapeuta, farmacéutico, trabajador social y consejero espiritual.
- La enfermería es una profesión que abarca la preparación educativa de la enfermera, la teoría enfermera, el servicio, la autonomía y el código ético.
- Las organizaciones enfermeras profesionales tratan de temas que preocupan a grupos de especialistas dentro de la profesión de enfermera.
- Los cambios en la sociedad, como la tecnología, los nuevos patrones demográficos, la defensa del cliente, la promoción de la salud y los movimientos de las mujeres y en favor de los derechos humanos, han originado cambios en la enfermería.
- Las enfermeras se están volviendo más sofisticadas políticamente y, como resultado de ello, son capaces de aumentar la influencia de la enfermería en la política y la práctica de la atención sanitaria.

Palabras clave

American Nurses Association (ANA), 390	Enfermera titulada (RN), 392
Canadian Nurses Association (CNA), 390	Enfermera vocacional licenciada (LVN), 394
Código ético, 392	Farmacéutico, 406
Cuidado pastoral, 406	Fisioterapeuta (PT), 395
Cuidadora, 401	Formación continuada, 394
Defensora del cliente, 402	Formación en servicio, 394
Enfermera administradora, 404	Gestora de casos, 402
Enfermera anestésista titulada certificada (CRNA), 404	International Council of Nurses (ICN), 387
Enfermera clínica especialista (CNS), 403	Médico, 405
Enfermera educadora, 403	Médico auxiliar (PA), 405
Enfermera investigadora, 404	National League for Nursing (NLN), 391
Enfermera matrona certificada (CNM), 404	Organización profesional, 407
Enfermera práctica avanzada (APN), 403	Personal ayudante (AP), 406
Enfermera práctica licenciada (LPN), 394	Teorías enfermeras, 391
Enfermera practicante, 403	Terapeuta ocupacional (OT), 406
Enfermera practicante de cuidados agudos (ACNP), 304	Terapeuta respiratorio (RT), 406
Enfermera practicante de geriatría (GNP), 404	Tomadora de decisiones clínicas, 387, 401
	Trabajador social, 406

Ejercicios de pensamiento crítico

1. Para educar a un cliente varón, hispano, sobre su hipertensión y pauta de medicación, ¿qué debe tener en cuenta la enfermera al desarrollar un plan de cuidados?
2. Formas parte de un equipo de selección para contratar una enfermera práctica avanzada para la unidad de rehabilitación cardiovascular. De acuerdo con tus conocimientos de las enfermeras prácticas avanzadas, ¿qué función recomendarías y por qué?
3. Parte de tu formación incluye experiencias en diferentes tipos de entornos de atención sanitaria. ¿Cómo se diferenciaría tu función en el entorno de atención primaria en la unidad de cuidados agudos?

Bibliografía

- Alfaro-LeFevre R: *Critical thinking in nursing: a practical approach*, Philadelphia, 1995, WB Saunders.
- American Association of Colleges of Nursing: *Nursing education's agenda for the twenty-first century*, Washington, DC, 1993, The Association.
- American Association of Colleges of Nursing: *Essentials of baccalaureate education for professional nursing: a final report*, Washington, DC, 1998, The Association.
- American Nurses Association: *A code of ethics*, *Am J Nurs* 26:621, 1926.
- American Nurses Association: ANA news, *Am J Nurs* 55:1474, 1955.
- American Nurses Association: *A position paper: educational preparation for nurse practitioners and assistants to nurses*, Kansas City, Mo, 1965, The Association.
- American Nurses Association: *Statement on graduate education in nursing*, New York, 1969, The Association.
- American Nurses Association: *Nursing and social policy statement*, Kansas City, Mo, 1980, The Association.
- American Nurses Association: *Code for nurses with interpretive statements*, ANA Pub No. G-56, Kansas City, Mo, 1985, The Association.
- American Nurses Association: *Nursing's agenda for health care reform*, Washington, DC, 1991.
- American Nurses Association: Nursing facts: today's registered nurse—number and demographics. From *Sixth national sample of registered nurses*, March 1992, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Division of Nursing, Health Resources and Services Administration.
- American Nurses Association: *Ethical dilemmas in contemporary nursing practice*, Washington, DC, 1993, American Nurses Publishing.
- American Nurses Association: *Standards for nursing professional development: continuing education and staff development*, ANA Pub No. COE-17, Washington, DC, 1994, American Nurses Publishing.
- American Nurses Association: *Nursing and social policy statement*, Washington, DC, 1995, American Nurses Publishing.
- American Nurses Association: *Scope and standards of advanced practice registered nursing*, Pub No. ADV-1, Washington, DC, 1996, American Nurses Publishing.
- American Nurses Association: *Standards of clinical nursing practice*, ed 2, Washington, DC, 1998, The Association.
- Benner P: *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*, Menlo Park, Calif, 1984, Addison-Wesley.
- Bernhard LA, Walsh M: *Leadership: the key to the professionalization of nursing*, ed 3, St. Louis, 1995, Mosby.
- Canadian Nurses Association: *A definition of nursing practice. Standards for nursing practice*, Ottawa, 1986, The Association.
- Canadian Nurses Association, Policy Regulation and Research Division: *1998 RN data statistics*, Ottawa, Canada, 1999, The Association.
- Carnevali DL, Thomas MD: *Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing*, Philadelphia, 1998, JB Lippincott.
- Cherry B, Jacob SR: *Contemporary nursing: issues, trends, and management*, St. Louis, 1999, Mosby.
- Chinn PL, Kramer MK: *Theory and nursing: integrated knowledge development*, ed 5, St. Louis, 1999, Mosby.
- Cohen IB: Florence Nightingale, *Sci Am* 250(128):137, 1984.
- Deloughery C: *Issues and trends in nursing*, ed 3, St. Louis, 1998, Mosby.
- Donahue MP: *Nursing: the finest art: an illustrated history*, ed 2, St. Louis, 1996, Mosby.
- Douglas LM: *The effective nurse: leader and manager*, ed 5, St. Louis, 1996, Mosby.
- Ellis JR, Hartley CL: *Nursing in today's world: challenges, issues and trends*, Philadelphia, 1997, JB Lippincott.
- Giger JN, Davidhizar RE: *Transcultural nursing: assessment and intervention*, ed 3, St. Louis, 1999, Mosby.
- Hall-Long BA: Nursing's past, present and future political experiences, *Nurs Health Care* 16:24, 1995.
- Henderson V: *The nature of nursing*, New York, 1966, Macmillan.
- Kalisch P, Kalisch B: *The advance of American nursing*, ed 3, Philadelphia, 1995, JB Lippincott.
- Keeling AW, Ramos MC: The role of nursing history in preparing nursing for the future, *Nurs Health Care* 16:30, 1995.
- Lancaster J: *Nursing issues in leading and managing change*, St. Louis, 1999, Mosby.
- Lysaught JP: *An abstract for action*, New York, 1970, McGraw-Hill.
- Macrae J: Nightingale's spiritual philosophy and its significance for modern nursing, *Image J Nurs Sch* 27:3, 1995.
- Marriner-Tomey A, Alligood MR: *Nursing theorists and their work*, ed 4, St. Louis, 1998, Mosby.
- Meleis AI: *Theoretical nursing: development and progress*, ed 3, Philadelphia, 1997, JB Lippincott.
- National League for Nursing Accrediting Commission: *Accreditation standards and criteria*, New York, 1999, The Commission.
- Nightingale F: *Notes on nursing: what it is and what it is not*, London, 1860, Harrison & Sons.
- Shryock RH: *The history of nursing: an interpretation of the social and medical factors involved*, Philadelphia, 1959, WB Saunders.
- Sullivan EJ: *Creating nursing's future: issues, opportunities, and challenges*, St. Louis, 1999, Mosby.
- U.S. Department of Health and Human Services: *Healthy people 2010: objectives: draft for public comment*, Washington DC, 1998, Office of Disease and Health Promotion, The Department.
- Woodham-Smith C: *Florence Nightingale*, New York, 1983, McGraw-Hill.