

Elaboración y diseño de la receta de Enfermería

Development and design of Nurse Prescribing

Receita desenvolvimento e Enfermagem projeto

María Alicia Cerezo de la Vega

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México
alicer@live.com.mx

Omar Emmanuel Espinoza Cerezo

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México
omarcerezo777@gmail.com

Abigail Techalotzi Amador

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México
fe.abigailtechalotzi@gmail.com

Rosa María Tlalpan Hernández

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México
rosytlalpan@hotmail.com

Resumen

Los grandes avances en salud, el desarrollo de nuevos medicamentos y la transición epidemiológica y demográfica han permitido abrir nuevos espacios en la práctica profesional de enfermería. En México, en el año 2009 se autorizó que los licenciados en enfermería prescribieran un cuadro básico de medicamentos del primer nivel asistencial en enfermedades de bajo riesgo, lo que permitió abrir nuevos espacios para esta práctica profesional, que inciden en el progreso del cuidado enfermero y la seguridad del paciente. El profesional de enfermería debe innovar continuamente su aprendizaje universitario y hospitalario para que sus intervenciones sigan una metodología diagnóstica, un dominio intelectual y una práctica reflexiva que sirvan de base para el cuidado. Estos elementos, aplicados congruentemente como receta enfermera, darán soluciones integrales ya que también incluyen la prescripción del fármaco y el seguimiento del

cuidado domiciliario. La meta es lograr calidad en los servicios de salud, dar soluciones y seguimiento al cuidado mediante un lenguaje estandarizado de identidad.

El diseño de la receta enfermera se construye a partir de la intervención de enfermería y la respuesta de los pacientes: Nursing Intervention Care (NIC) y diagnóstico NANDA –I. A través de una destacada formación académica en valores éticos de estudio continuo, docencia, investigación y manejo integral, se busca fortalecer el dominio de la farmacocinética y farmacodinamia de los fármacos autorizados por la Secretaría de Salud para el tratamiento de las enfermedades de bajo riesgo del primer nivel asistencial en México, sentando así un precedente de futuro éxito.

Palabras clave: diseño, receta enfermera.

Abstract

The great advances in health, the development of new drugs and the epidemiological and demographic transition have allowed to open new spaces in the professional practice of nursing. In Mexico, in 2009, was authorized that graduates in nursing prescribed a basic frame of drugs of the first level of care in low-risk diseases, what allowed open new spaces for this professional practice, that influence on the progress of the nurse care and the security of the patient. The Nursing Professional must continuously innovate its University and hospital learning so their interventions follow a Medical diagnosis, an intellectual domain and a reflective practice that serve as a basis for care. These elements, applied consistently as Nurse Prescribing, will provide solutions since they also include the drug prescription and monitoring of home health care. The goal is to achieve quality in health services, solutions and follow-up care through a standardized identity language.

Nurse prescribing design is built from the response of patients and nursing intervention: Nursing Intervention Care (NIC) and diagnosis NANDA –I. Through outstanding academic training in ethical values of continuous studies, teaching, research and management, It seeks to strengthen the domain of the pharmacokinetics and pharmacodynamics of drugs authorized by the Ministry of Health for the treatment of diseases of the low risk of the first level of care in Mexico, establishing a precedent for future success.

Key words: design, Nurse Prescribing.

Resumo

Os grandes avanços na saúde, o desenvolvimento de novos medicamentos e de transição epidemiológica e demográfica abriram novos espaços na prática de enfermagem profissional. No México, em 2009, foi autorizado que os graduados de enfermagem prescrever um nível básico de caixa de medicamentos da atenção em doenças de baixo risco, o que permitiu novos espaços abertos para esta prática, que afetam o progresso dos cuidados de enfermagem e segurança do paciente. A enfermeira deve inovar continuamente sua universidade e aprendizagem hospital que suas intervenções seguem uma metodologia de diagnóstico, um domínio intelectual e prática reflexiva como base para o cuidado. Estes elementos, aplicadas de forma consistente como uma enfermeira soluções prescrição e incluirá também a prescrição de medicamentos e acompanhamento de cuidados domiciliários. O objetivo é conseguir os serviços de saúde de qualidade, fornecer soluções e acompanhamento cuidado usando uma identidade linguagem padronizada.

O design receita enfermeira é construído a partir da intervenção de enfermagem e a resposta de pacientes: Cuidados de Enfermagem Intervenção (NIC) e diagnósticos NANDA-I. Através de uma formação académica em valores éticos do estudo contínuo, ensino, pesquisa e gestão integrada, que visa reforçar o controlo das farmacocinética e farmacodinâmica de drogas aprovado pelo Ministério da Saúde para o tratamento de doenças de baixo risco primeiro nível de atenção no México, estabelecendo assim um precedente para o sucesso futuro.

Palavras-chave: design, enfermeira receita.

Fecha recepción: Diciembre 2015

Fecha aceptación: Julio 2016

Introducción

La receta enfermera o prescripción enfermera es una necesidad palpable; desde hace seis años, a partir de la aprobación de la Ley 28/2009 en España (que modificaba la anterior normativa de 2006 sobre garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios), se comenzó a contemplar la necesidad de autorizar a los profesionales de enfermería el recetar fármacos. Este proyecto ya ha iniciado, sin embargo, en estos últimos años ha despertado una guerra abierta al parecer entre géneros.

En todo el mundo, la prescripción enfermera ha desatado liderazgo, responsabilidad y autonomía en el profesional; e inconformidad entre los mismos profesionales y médicos (2009). La receta enfermera se ejerce en España, Australia, Canadá, Estados Unidos, Suecia, Nueva Zelanda y Reino Unido, como “cualquier cuidado directo que la enfermera realiza en beneficio del paciente”. Dicho cuidado incluye los tratamientos iniciados en función del diagnóstico médico; en España se propone que los profesionales de enfermería también puedan dar fármacos sin receta si acreditan un curso de 180 horas.

En México no existe un formato legal de receta enfermera como en otros países y las órdenes se hacen verbalmente. Los únicos documentos que se manejan son la hoja enfermera del expediente clínico y el plan de alta, los cuales son insuficientes para continuar los cuidados domiciliarios. Además, la autonomía de la enfermería es limitada en los consultorios comunitarios.

El término prescripción enfermera en el debate profesional tiene connotaciones socio-políticas, entendidas por los agentes de salud como la capacidad de los enfermeros, en el marco de sus competencias y atribuciones, de contribuir de manera eficaz a: 1. La gestión de los problemas de salud o de enfermedad de los ciudadanos; 2. La gestión de las prestaciones sanitarias, asistenciales y de cuidados; y 3. La optimización de los recursos y el desarrollo del rol autónomo de la enfermería. “Recetar es cumplir con un formulario que contiene la medicación o el objeto de la prescripción que el profesional sanitario indica a un paciente, acompañado de las instrucciones genéricas sobre su uso y que normalmente se expide para ser presentado en una farmacia para su adquisición. Es aplicar la prescripción con respaldo legal”.

En la ponencia Prescripción enfermera: análisis de la situación y acciones a emprender, llevada a cabo en la Organización Colegial de Enfermería, España (2005), se mencionó que los enfermeros afirman que prescribir es emitir un criterio profesional sanitario dirigido al paciente, por lo que se propone llevar a cabo la acción con base en un juicio clínico y terapéutico o de cuidados.

Los grandes avances en la salud, el desarrollo de nuevos medicamentos, la transición epidemiológica y demográfica y en sí el proceso de globalización, han originado transformaciones en todos los ámbitos y, sobre todo, en enfermería en relación con el cuidado, un pilar fundamental de la profesión.

Esto ha permitido incorporar y abrir nuevos espacios dentro de la práctica institucional de enfermería, por ejemplo, la receta enfermera (prescripción), impulsada a partir del decreto presidencial del gobierno del ex presidente Felipe de Jesús Calderón Fournier, quien ante el pleno de la Cámara de Diputados aprobó el dictamen que faculta a los licenciados en enfermería a prescribir en recetas médicas solamente aquellos fármacos del cuadro básico que determina la Secretaría de Salud.

Actualmente la preparación teórica y práctica de los grados de licenciatura y posgrado es fundamental para la enfermería. El profesiograma del enfermero establece que está capacitado para la prescripción, intervención y enseñanza del paciente sobre las acciones que le hagan recuperar o mantener la salud. De ahí la importancia del proyecto de la receta o prescripción enfermera, a fin de que las indicaciones sean formales y tengan sustento en un documento legal propio de la disciplina.

Esta innovación incide en el progreso para el cuidado de enfermería, en el cual se objetivan: 1. El diagnóstico de enfermería; 2. Las intervenciones integrales; 3. Y en caso necesario, la vinculación de estas con la prescripción de medicamentos permitidos en las unidades básicas de salud, tal como lo establecieron en 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que determinaron la importancia de los consultorios de enfermería para dar atención a pacientes que presentan enfermedades de bajo riesgo.

La enfermería siempre ha buscado la seguridad del paciente y evitar que sufra daños durante su tratamiento y atención (Salazar, 2011). Por ello se requieren profesionales calificados para recetar determinados fármacos y, al mismo tiempo, prescribir cuidados en pro de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) desarrolló “nueve soluciones para la seguridad del paciente”: comunicación urgente, información, dieta, ambiente, recreación y uso del tiempo libre, medicamentos y tratamientos, espiritualidad, todos ellos adaptados a cada persona en el Plan de Alta (PA), conocido como la continuidad de cuidados en su domicilio, labor que se realiza para educar e incitar a los pacientes al autocuidado en el hogar y cuyo fin es prevenir infecciones, el agravamiento de la enfermedad y brindar los cuidados adecuados.

Hoy en día existe un debate sobre la semántica de los términos prescripción y receta; por ejemplo, para la Real Academia de la Lengua Española prescribir significa preceptuar, ordenar un remedio, recetar. Y recetar es prescribir un medicamento con expresión de la dosis, preparación y uso. De ahí que se entienda la prescripción enfermera como la capacidad del profesional en la planificación de los cuidados de enfermería, de “seleccionar, guiados por el criterio profesional, diferentes productos sanitarios, accesorios y medicación, encaminados a satisfacer las necesidades de salud del paciente y la población, apoyados en el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados”.

Por ello, la receta enfermera, si se está convencido de que el cuidado de enfermería es integral, es también una herramienta necesaria para integrar y anotar, además del autocuidado en domicilio, la prescripción y manejo responsables de medicamentos permitidos. La receta enfermera se escribe con letra clara para que el paciente sepa la manera como debe continuar con los cuidados y la medicación en casa tras egresar de la unidad hospitalaria o consultorio. Dichas acciones profesionales incrementan y mantienen la buena salud.

Por otro lado, a través del razonamiento crítico enfermero y desde el punto de vista clínico, el profesional debe analizar la farmacocinética y farmacodinamia en apego a la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. Antes de prescribir, el profesional debe conocer que algunos medicamentos no se administran simultáneamente con otros, o que las comidas pueden o no interferir con la absorción de estos, o presentarse posibles reacciones adversas. Ante esto, el profesional debe ordenar la suspensión del fármaco y escribir con claridad los síntomas del paciente, haciendo hincapié en los efectos no deseados.

Para Carrasco (2004), toda intervención de enfermería sigue una metodología, la cual sirve para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente como individuo. Con ello se busca el bienestar del paciente, su recuperación y cuidado; asimismo, permite colaborar en actividades de

investigación, compartir conocimientos, experiencias y perspectivas, además de divulgar los principios y los instrumentos de mejor calidad en la labor de enfermería. De esa manera, el profesional es capaz de proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona, así como “generar confianza y calidad del cuidado” en los pacientes.

De acuerdo con Reis, Sioban, Padilla, Caravaca-Morera (2015), las enfermeras generales diagnostican, prescriben medicamentos y dan de alta a pacientes, a la vez que llevan a cabo procedimientos específicos dentro de su ámbito legal.

Por consiguiente, el profesional de enfermería en el acto asistencial requiere de escenarios reales para prescribir la receta enfermera, la cual diseña y sustenta científicamente.

Marco referencial

Los nuevos tratamientos han logrado un efecto significativo en la mejora de la calidad de vida. A lo largo de la historia de la enfermería ha estado presente la prescripción de remedios; por ejemplo, Seymer (1932) afirma que antes se solía decir en Siria: “Si a un hombre con sarna le pica la cabeza, se debe moler azúcar, mezclarla con manteca de cerdo y untársela”. Actualmente, los profesionales de la salud se forman en niveles de licenciatura y posgrado. Estos avances han originado ideas creativas y transformadoras, como la receta enfermera, que ha impactado en la salud.

La NOM 019-SSA3-2013, define los límites de la responsabilidad jurídica que debe asumir el personal de enfermería con base en las competencias adquiridas a través de la formación académica, fundamentada en los conceptos jurídicos y éticos. Además, reglamenta el ejercicio profesional, respaldando la formación formal académica, que actualmente se perfila como una estructura social autónoma y legítima.

Cabe destacar que la formación académica de enfermería integra valores éticos que guían el actuar profesional, el cual debe basarse, de acuerdo con el doctor Ruy Pérez Tamayo, presidente del Colegio de Bioética, A.C. 2003-2006, en una relación positiva entre médico y paciente, y enfermera y paciente; mientras más cercana y responsable sea dicha relación, mejor. Para lograr un código de ética se debe observar lo siguiente en la actuación profesional asistencial:

Estudio continuo. El profesional de enfermería tiene la obligación de actualizarse día con día en los conocimientos y habilidades técnicas de su especialidad, con objeto de ofrecer a su paciente la mejor atención posible, mediante el estudio continuo del avance de los fármacos, la literatura médica-científica, la asistencia a cursos especializados, a congresos y otras reuniones profesionales, sesiones académicas y/o asociaciones colegidas. De no hacerlo, incurre en una falta grave de ética, pues no solamente impide que la relación sea óptima, sino también propicia que se cometan delitos de negligencia en la prescripción o de incompetencia profesional.

Docencia. La enfermería instruye al enfermo, sus familiares y amigos, sobre los cuidados, tratamiento y sus resultados: positivos y negativos; y sobre su pronóstico para sembrar y reforzar confianza en el paciente. La obligación ética docente no se limita al círculo restringido de enfermos, sino que abarca a todos aquellos que puedan beneficiarse con sus conocimientos especializados: colegas, enfermeras, estudiantes y público en general. Esto significa que debe dar conferencias, seminarios, clases y pláticas informales sobre su ciencia, y además escribir artículos de divulgación e incluso libros dirigidos al público en general. No hacerlo implica una falta a la ética médica, porque de manera directa o indirecta se interfiere con el desarrollo de una relación óptima con el paciente.

Investigación. La receta enfermera conlleva la obligación moral de contribuir al aumento del conocimiento científico de la práctica profesional de enfermería. En otras palabras, la investigación es una obligación ética, basada en el conocimiento científico, es decir, en observaciones reproducibles, adecuadamente documentadas y estadísticamente significativas. Se actúa en todo momento con sentido crítico y pensamiento racional dentro del marco científico con el fin de ejercer la profesión de esa misma manera.

Manejo integral. Cuando el enfermo acude a solicitar ayuda para mejorar su salud o aliviar su padecimiento, el profesional de enfermería aplica intervenciones de diagnóstico y planeación de cuidado en forma crítica, razonada, con cuidados pertinentes. A la vez, hace uso de los fármacos permitidos, por lo que está “cumpliendo con su deber profesional”.

Pero cuando no involucra la atención integral con el padecimiento del paciente, o se conforma solo con diagnosticar y no tratar la enfermedad o lo abandona cuando ya ha agotado sus recursos terapéuticos, curativos o paliativos, está cometiendo una grave falta de ética. Esto es así porque no cumple con los objetivos de la profesión, o sea “ignora su obligación profesional”.

Al tomar en cuenta lo anterior, las intervenciones de enfermería se clasifican en: dependientes, independientes e interdependientes.

Las actividades independientes están dirigidas a la atención de las respuestas humanas, que son actividades que no requieren prescripción previa de otros profesionales de la salud; esto se estructura en la prescripción de la receta enfermera.

Las intervenciones dependientes son actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los pacientes, de acuerdo al ámbito de competencia de cada integrante del personal de enfermería.

Las intervenciones de enfermería interdependientes son las actividades que el profesional de enfermería lleva a cabo junto con otros miembros del equipo de salud; también se les llama multidisciplinarias porque implican la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etcétera.

Todas las intervenciones de enfermería convergen en la receta enfermera, pues es el plan de acciones e indicaciones que realiza el profesional con el paciente, y se retoman para el diseño de la receta enfermera de la manera siguiente: en primer lugar realiza juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones en las que se encuentra el paciente; en segundo lugar se considera la aplicación de acciones de acuerdo a las necesidades terapéuticas individuales de los pacientes; y en el tercer lugar se fundamenta la receta tomando como base NANDA I, los diagnósticos enfermeros, la aplicación del diagnóstico enfermero, los modelos de enfermería, y la Taxonomía II (NANDA, NOC y NIC), así como El PLACE y SOAP.

NANDA I (2012-2014) es el lenguaje enfermero reconocido que cumple con los criterios del Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de la Nurse Association (ANA). La clasificación es el soporte de la práctica enfermera que determina la terminología clínicamente útil a usar para los diagnósticos enfermeros que cumplen con ISO. De ahí que se formule la receta enfermera con:

La Taxonomía II (2013), que consta de 13 dominios, 7 ejes, clases y diagnósticos enfermeros.

Dominios: 1. Promoción a la Salud; 2. Nutrición; 3. Eliminación e intercambio; 4. Actividad reposo; 5. Percepción/cognición; 6. Auto percepción; 7. Rol/relaciones; 8. Sexualidad; 9. Afrontamiento/ tolerancia al estrés; 10. Principios vitales; 11 Protección; 12 Confort; 13. Crecimiento y desarrollo.

NANDA- I incluye 7 ejes en los diagnósticos enfermeros: 1. Concepto diagnóstico; 2. Sujeto del diagnóstico (individuo, familia, comunidad); 3. Juicio (deteriorado, ineficaz); 4. Localización (vejiga, cerebro, etcétera); 5. Edad (lactante, niño, adulto); 6. Tiempo (agudo, crónico, intermitente); 7. Estado del diagnóstico (real, de riesgo, de promoción a la salud).

Para establecer juicios clínicos, la enfermería se sustenta científicamente en el plan de cuidados, con base en las taxonomías y siguiendo una metodología dinámica, conjuntamente con el manejo farmacológico de acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente.

Clases

Para el dominio 1: Clase 1 Toma de conciencia de la salud; Clase 2 Gestión de la salud.

Para el dominio 2: Clase 1 Ingestión; Clase 2 Digestión; Clase 3 Absorción; Clase 4 Metabolismo y Clase 5 Hidratación.

Para el dominio 3: Clase 1 Eliminación urinaria; Clase 2 Función gastrointestinal; Clase 3 Función tegumentaria; Clase 4 Función respiratoria.

Para el dominio 4: Clase 1 Reposo/sueño; Clase 2 Actividad/ejercicio; Clase 3 Equilibrio de la energía; Clase 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares; Clase 5 Autocuidado.

Para el dominio 5: Clase 1 Atención; Clase 2 Orientación; Clase 3 Sensación/Percepción; Clase 4 Cognición; Clase 5 Comunicación.

Para el dominio 6: Clase 1 Autoconcepto; Clase 2 Autoestima; Clase 3 Imagen corporal.

Para el dominio 7: Clase 1 Roles de cuidador; Clase 2 Relaciones familiares; Clase 3 Desempeño del rol.

Para el dominio 8: Clase 1 Identidad sexual; Clase 2 Función sexual; Clase 3 Reproducción.

Para el dominio 9: Clase 1 Respuesta postraumática; Clase 2 Respuestas de afrontamiento; Clase 3 Estrés neurocompartimental.

Para el dominio 10: Clase 1 Valores; Clase 2 Creencias; Clase 3 Congruencia de las acciones

con los valores/creencias.

Para el dominio 11: Clase 1 Infección; Clase 2 Lesión física; Clase 3 Violencia; Clase 4 Peligros ambientales; Clase 5 Procesos defensivos; Clase 6 Termorregulación.

Para el dominio 12: Clase 1 Confort físico; Clase 2 Confort ambiental; Clase 3 Confort social.

Para el dominio 13: Clase 1 Crecimiento; Clase 2 Desarrollo.

Una vez elaborado el diagnóstico se plantean los resultados que deseamos obtener. **N.O.C.** (Nursing Outcomes Classification), vinculado a la escala de puntuación de **C.R.E.** (Clasificación de Resultados de Enfermería). Con lo anterior se pretende construir un plan de salud.

NOC (CRE) identifica y clasifica los resultados de los pacientes que dependen directamente de las acciones enfermeras clínicamente de utilidad.

Los criterios de resultado se aplican para evaluar los resultados que dependen de la práctica enfermera. Evalúan el estado actual y el estado que se espera obtener (es decir, potenciar la salud).

Los CRE miden la situación de un paciente en cualquier momento y permiten seguir los cambios del resultado todo el tiempo; asimismo, evalúan los cuidados enfermeros positivos o negativos en el estado de salud potencial o real del paciente.

Después del resultado se planean las intervenciones con el apoyo de NIC.

NIC, por sus siglas en inglés (Nursing Interventions Classification), define a la intervención enfermera como “todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional para favorecer el resultado esperado del paciente”. Para ello se aplican las intervenciones de manera directa o indirecta.

La intervención de enfermería directa es el tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras, que pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

La intervención de enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente, pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

En ambas intervenciones, enfermería funge como docente en el sentido de que aplica y enseña al paciente y sus familiares las estrategias para cuidar su salud. Dorothea E. Orem (1971) afirma que el autocuidado se basa en un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo y que son consideradas como necesarias: 1) El factor que se debe controlar para mantener cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal y 2) La naturaleza de la acción requerida.

Virginia Henderson (2010) define a la enfermera clínica en términos funcionales para ayudar al individuo sano o enfermo, para hacerlo independiente; asimismo menciona que requiere cubrir 14 necesidades básicas que son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Estas necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas en el cuidado enfermero:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Esto, aplicado al contexto de su actividad como integrante del equipo de atención sanitaria, la enfermera lo logra incorporar por medio de la capacitación en la planificación de los cuidados para seleccionar, mediante el criterio profesional, diferentes productos sanitarios, accesorios y medicación encaminados a satisfacer las necesidades de salud del paciente y de la población con ayuda del juicio clínico enfermero.

Por tanto, el profesional de enfermería debe actualizarse, formarse, aprender de manera continuada y conocer los avances y las mejoras que se producen en la enfermería. Todo esto es fundamental para el buen desarrollo de la profesión. No en vano, los enfermeros y enfermeras hemos estado alcanzando metas que hace apenas unos cuantos años eran insospechadas. La prescripción enfermera actualmente es una realidad.

Los lenguajes enfermeros NANDA-NOC-NIC (NNN), como herramientas estandarizadas ampliamente aceptadas, dan consistencia y apoyo a las etapas del Proceso Enfermero (PE): Diagnóstico-Planificación-Ejecución-Evaluación y permiten a las enfermeras comunicar sus cuidados en un lenguaje común.

Por otro lado, Marjory Gordon (1996) señala que el proceso enfermero es una herramienta muy útil. La valoración es la primera fase de dicho proceso y la base de las demás. A la valoración la define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos, lo cual permite determinar la situación de salud y la respuesta de las personas. Es útil en la planificación de cuidados a la persona, la familia y/o la comunidad, y no solamente en situación de enfermedad. La valoración depende del modelo enfermero.

Para ello también se establece la tipología de 11 patrones funcionales de salud, los cuales son una guía de valoración para adultos, niños, lactantes, familia, comunidad y enfermos agudos, quienes reciben la influencia de factores biológicos, culturales, sociales y espirituales. Los patrones disfuncionales de salud pueden darse con la enfermedad y conducir a la enfermedad. Si un patrón es funcional o disfuncional solo requiere de la comparación de los datos de valoración en los aspectos siguientes: a) situaciones basadas del individuo, 2) normas establecidas para los grupos de edad y 3) normas culturales, sociales o de otro tipo.



La tipología consiste en:

1. Patrón percepción de salud-manejo. Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y la manera como maneja la salud.
2. Patrón nutricional-metabólico. Describe el patrón del consumo de alimentos y líquidos del cliente, relativo a las necesidades metabólicas y aportes complementarios de nutrientes.
3. Patrón eliminación. Describe los patrones de función excretora (intestino, vejiga y piel).
4. Patrón actividad-ejercicio. Describe los patrones de ejercicio, actividad y recreo.
5. Patrón sueño-descanso. Describe los patrones de sueño, descanso y relajamiento.
6. Patrón cognitivo-perceptual. Describe los patrones sensorio-perceptivo y cognitivo.
7. Patrón autopercepción-autoconcepto. Describe el patrón de autoconcepto del cliente y las percepciones de sí mismo (por ejemplo: autoconcepto/valía, imagen corporal, estado emocional).
8. Patrón rol relaciones. Describe el patrón del cliente en los papeles de compromiso y de las relaciones.
9. Patrón sexual-reproductivo. Describe los patrones del cliente de satisfacción e insatisfacción con el patrón de la sexualidad; describe el patrón de reproducción.
10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés. Describe el patrón general de adaptación del cliente y la efectividad del patrón en término de tolerancia al estrés.
11. Patrón valores-creencias. Describe los patrones de valores, creencias (incluidas las espirituales y objetivos que guían las elecciones o decisiones del cliente).

Estos modelos de atención forman el pilar del diseño de la receta enfermera, la cual ha pasado por un proceso de modificaciones.

Se diseñó la receta enfermera de la siguiente manera: en la hoja frontal se consideraron los parámetros que marca la NOM. Y en la parte posterior se incluyeron los patrones funcionales para que a partir de ellos se planeen las intervenciones de enfermería a través del plan de cuidado.

Hoja frontal

	<p>(1. Identificación del profesional de Enfermería) Pedro Infante López Lic. Enfermería Egresada de la Facultad de Enfermería</p>	
<p>Especialista en Urgencias</p> <p>(2. Identificación del paciente)</p> <p>Nombre del paciente _____ Fecha _____</p>		
<p>Rp (dispénsese)</p> <p>Ácido Acetil Salicílico Tabs. 300 mg. Tomar 1 VO. c/ 8 hr. PRN</p> <p>(3) . Inscripción nombre del fármaco Medicamento, concentración potencia, forma farmacéutica, vía de admón.) (4) Rótulo: instrucciones y/o recomendaciones) (5) Suscripción Contiene las instrucciones dadas por el profesional farmacéutico, radica en la indicación del tratamiento complejo</p>		<p>Edad: Talla: Peso: IMC</p>
<p>Dirección y tel.</p>		<p>Cédula profesional</p>

Al reverso del formato de la receta enfermera se escriben las anotaciones pertinentes, las cuales pueden ser medidas preventivas de educación en salud, protección específica a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, rehabilitación, y precauciones en la administración de los fármacos, a través de acciones de cuidados profesionales en sanos y enfermos. Esta prescripción se sustenta en el plan de alta, plan de autocuidado, continuidad de cuidados domiciliarios, creando así cuidados personalizados para el paciente.

Reverso de la Receta Enfermera

DOMINIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Tipo de Dx eje : 6 y 7			Crónico		Agudo		Promoción a la Salud		Real		Riesgo	Salud	
DX. ENFERMERO													
PLAN DE CUIDADOS													
Consentimiento informado											Responsable de la receta.		

Metodología para elaborar la receta enfermera basada en NANDA – I

1. La Taxonomía II con los 13 dominios como esfera de actividades de las intervenciones de enfermería se retoman en la receta enfermera para determinar:

El diagnóstico del paciente

Las clases como subdivisión de un grupo mayor de personas o cosas y diagnósticos enfermeros, se usan para identificar problemas de salud, epidémicos, endémicos y pandémicos.

Y los ejes son factores que influyen la respuesta humana del proceso diagnóstico.

A continuación se muestra un ejemplo para comprender cómo se elabora la receta enfermera.

Ejemplo 1. Caso clínico. Paciente femenino de 72 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 controlada, quien accidentalmente sufre caída, de evolución 8 meses, lesionada

del cuarto dedo del pie derecho con dos heridas: una en la falange proximal y la otra en la falange distal, de aproximadamente 8 mm de longitud y 3 mm de profundidad.

Primero se identifica el dominio afectado, que en este caso son: 2, 4, 6, 9, 11, 12.

1. Promoción a la Salud 2. Nutrición 3. Eliminación e intercambio 4. Actividad reposo 5. Percepción/Cognición 6. Autopercepción 7. Rol/relaciones	8. Sexualidad 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés 10. Principios vitales 11 Protección 12 Confort 13. Crecimiento y desarrollo.
--	---

2. Se identifica el eje en los diagnósticos enfermeros, siguiendo el ejemplo 1.Caso clínico. Se subrayan los ejes afectados: 2, 3, 4, 5; y se especifica: adulto mayor que presenta un deterioro tisular crónico real.

1. Eje concepto del diagnóstico: se define como el elemento principal o esencial de la raíz de la formulación diagnóstica.

2. Eje sujeto del diagnóstico (individuo, familia, comunidad: se define como las personas para las que se formula un diagnóstico determinado = afecta al individuo.

3. Eje juicio (deteriorado, ineficaz): es el modificador que limita el significado del concepto diagnóstico = determina el grado de afectación o no: hay deterioro.

4. Eje localización (vejiga, cerebro, cardiaco, gustativo, intestinal, membranas mucosas, neurovascular, olfativo, renal, táctil, tisular, urinario, vascular, verbal, visual, etcétera); = neuromuscular, tisular.

5. Eje edad (neonato, lactante, niño, preescolar, escolar, adolescente, adulto, anciano) = anciano.

6. Eje tiempo (agudo, crónico, intermitente, continuo) = crónico.

7. Estado del diagnóstico (real, riesgo, promoción a la salud y salud) = real.

1. **Real.** El diagnóstico real describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales en la persona, familia o comunidad (manifestaciones, signos, síntomas).
2. **Promoción a la salud.** Se refiere a los juicios clínicos sobre la motivación y deseo de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y potencial de salud.
3. **Riesgo.** Vulnerabilidad, especialmente como resultado de la exposición a factores que incrementan lesiones o pérdidas, riesgos de deterioro de la integridad.
4. **Salud.** Calidad o estado de estar sano.

Una vez establecidos el dominio y los ejes, se emite el diagnóstico enfermero elegido de acuerdo a la clínica observada en el paciente y obtenido en la clasificación de NANDA-I, de lo anterior se desprende el plan de cuidados sugeridos de la Taxonomía NIC, los cuales se anotaron en el ejemplo de abajo.

DOMINIO	1	2 X	3	4 X	5	6 X	7	8	9	10	11 X	12 X	13
Tipo de Dx eje : 6 y 7			Crónico X		Agudo		Promoción a la Salud		Real X		Riesgo	Salud	
<p>DX. ENFERMERO.</p> <p>Deterioro de la movilidad física, relacionado con la disminución del tono muscular, evidenciado por limitación de los movimientos y disminución perfusión tisular.</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración de la circulación, evidenciado por destrucción de las capas de la piel.</p>													
<p>PLAN DE CUIDADOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuidados de la úlcera 2. Aplicar tópicos en piel 3. Aplicar vendaje oclusivo 4. Enseñar al paciente y familia para evitar infecciones 5. Mantener normas de asepsia y antisepsia para el paciente de riesgo 6. Inmovilización de la extremidad afectada. 													
Consentimiento informado												Responsable de la receta	

Este diseño permite al profesional de enfermería dirigir sus intervenciones hacia el manejo de los fármacos tópicos que están autorizados en un plan integral; en este caso clínico: diagnóstica y prescribe.

En México, la práctica de enfermería se encuentra innovándose en la enseñanza universitaria y hospitalaria.

Por consiguiente, mediante el cuadro básico de fármacos de primer nivel, autorizados y publicados por la Secretaría de Salud en Jalisco (2007), las licenciadas en enfermería deben requisitar la elaboración y diseño de una receta, donde emiten también el tratamiento farmacológico como parte del rescate a la salud y la prescripción de cuidados. De esta manera, el diseño de la receta se estructura y vincula al profesiograma de acuerdo a las regulaciones sanitarias y legales.

La prescripción es el acto de recetar, es decir, la acción y el efecto de ordenar la dispensación de un medicamento con indicaciones precisas para su uso. De acuerdo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2009), el prescribir es una responsabilidad profesional en donde la enfermera se encuentra habilitada y debe asumir con toda responsabilidad dicho acto, ya que es consecuencia de la práctica profesional de la cual forma parte activa.

Tal como menciona Romero Collado (2014), las enfermeras prescriben medicamentos como vacunas, antisépticos y antiinflamatorios no esteroideos, apósitos para la prevención o tratamiento de heridas crónicas, o bien productos para la incontinencia urinaria, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana.

PROY-NOM-019-SSA3-2012, instituye las acciones de enfermería, por lo que la prescripción se ha convertido en una tendencia mundial que debe formar parte del ejercicio de esta profesión como disciplina académica.

Definición de receta de enfermería

La receta enfermera es la orden escrita/emitida (prescripción) y elaborada por profesionales de enfermería, para que se surtan uno o varios medicamentos al paciente.

Legislación de la receta médica

La Ley General de Salud (artículo 83), el Reglamento de Insumos para la Salud, el artículo 28 de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos en su sección tercera, la Prescripción (artículos 29, 30 y 31), el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (artículos 64 y 65), establecen que la receta médica es un documento con legislación sanitaria.

Según la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, en el reglamento de insumos a la salud título primero, Disposiciones generales, capítulo único, señala en el Artículo 2º,

Fracción III bis la Denominación común Internacional, una sustancia farmacéutica o principio activo farmacéutico mediante un nombre único que es reconocido a nivel mundial y es de dominio público.

En la IV. Denominación Distintiva señala al nombre que como marca comercial les asigna el laboratorio o fabricante a las especialidades farmacéuticas con el fin de distinguirlas de otras similares, previa aprobación de la autoridad sanitaria y registro ante las autoridades competentes.

V. Denominación Genérica, es el nombre del medicamento, determinado a través de un método preestablecido que identifica al fármaco o sustancia activa reconocido internacionalmente y aceptado por la autoridad sanitaria.

IX. Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos señala al documento expedido por la Secretaría que consigna los métodos generales, de análisis y los requisitos sobre identidad, pureza y calidad de los fármacos, aditivos, medicamentos y productos biológicos.

La receta médica como documento legal constituye un hecho profesional que ejecuta el profesional de enfermería como resultado de su formación y en el que determina el estado de salud patológico y no patológico. En el diseño se incluyen las estrategias directas e indirectas de promoción a la salud. La indicación de los fármacos es de responsabilidad ética, cuya finalidad es contribuir y coadyuvar a rescatar la salud, de lo contrario puede tener repercusiones como: reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos e incluso la muerte.

El profesional de enfermería prescribe el fármaco con el nombre genérico (tabletas, grageas, comprimidos, píldoras, granulados, suspensiones, ampollitas, jarabes, etcétera), indicando la vía de administración; conoce la farmacocinética (absorción, distribución, biotransformación, depuración, eliminación o excreción, dosis terapéutica, etcétera) y la farmacodinamia (mecanismo de acción de los receptores en la célula, tejido u órgano diana, etcétera), los efectos o reacciones adversas medicamentosas (RAM), y las interacciones con otros fármacos permitidos por la Secretaría de Salud.

La indicación del fármaco idóneo exige que el profesional de enfermería esté bien formado en farmacología, de lo contrario pueden originarse repercusiones legales y de salud en los pacientes. Según Juan Pablo Beca Infante y Armando Ortiz Pommier (2008), la elaboración de la receta médica es un acto profesional complejo y difícil, pues constituye un acto científico-técnico y un acto moral de múltiples consecuencias.

En la actualidad se ha desarrollado la noción de “calidad de la prescripción”, concepto que combina los elementos de eficiencia farmacológica, la evaluación de las posibles interacciones, la voluntad y capacidad del paciente y los costos del tratamiento. En esta misma línea, la Organización Mundial de la Salud desarrolla programas para el uso racional de los medicamentos, definido como la prescripción del medicamento más adecuado, la disponibilidad oportuna del mismo a un precio asequible, la dispensación en condiciones adecuadas y la utilización correcta por parte del paciente.

Al incorporar estos elementos de análisis, la calidad de la prescripción se ha convertido en una exigencia ética, por cuanto el balance costo-riesgo en contraste con los beneficios de un fármaco, ya no dependen solamente del medicamento y sus formas de acción, sino también del médico que prescribe y de las condiciones de uso de cada fármaco. Los errores en las indicaciones son lamentablemente frecuentes y obedecen a múltiples factores.

Si se cumple con el objetivo para el que se diseñó la receta, es posible seguir la guía de las buenas prácticas de prescripción, que conduce hacia una metodología de prescripción racional de medicamentos.

Según el Ministerio de Salud de Chile (2010), los objetivos de la buena prescripción son:

- Contribuir a preservar o mejorar la salud y bienestar del paciente.
- Maximizar la efectividad en el uso de los medicamentos.
- Minimizar los riesgos a los que se expone al paciente al usar un medicamento.
- Minimizar los costos en la atención de salud por medio del uso racional del medicamento.
- Respetar las opiniones de los pacientes en toda decisión terapéutica.

La OPS/OMS ha definido solamente 400 medicamentos como esenciales para la región de las Américas con base en su importancia para la salud pública, la evidencia de su eficacia e inocuidad y su relación costo-efectividad; por ello se utilizan los fármacos permitidos del primer nivel de salud para su ejercicio en este proyecto, que incluye el programa de la asignatura Introducción a la Farmacología (anexo 1).

Los profesionales de enfermería debido a la experiencia que han acumulado a lo largo de los años pueden prescribir cuidados. Para Paravic (2010), el cuidado profesional significa diagnosticar y tratar los problemas de salud, los cuales requieren de conocimientos, actitudes y destrezas que solamente se adquieren con estudios sistemáticos y ordenados.

De ahí la premisa de que la enfermera haga una valoración acerca de la situación de la salud de la persona, y posteriormente, a partir de su juicio clínico y con el objetivo final de recuperar y/o potenciar la independencia o autonomía del paciente, elabore un plan de cuidados del que ella será la única responsable (Valenzuela, 2010). Esto requiere de la aplicación de los diagnósticos enfermeros con taxonomías según NANDA-I, lo que además va a mejorar los resultados de salud, donde la enfermería desempeña una función independiente mediante juicios clínicos y diagnósticos enfermeros.

Objetivo general

Elaborar y diseñar la receta enfermera al seguir los parámetros que señala la regulación sanitaria y la legislación en relación con la identificación de quien la emite, la identificación del paciente, la inscripción, el rótulo y suscripción, el diagnóstico y plan de cuidados (tratamiento) y la evaluación del cuidado o continuidad del mismo. Con el diseño del documento se contribuye a fortalecer la identidad del profesional de enfermería.

Objetivos específicos

- Proponer y promover el diseño de la receta enfermera como herramienta necesaria en el cuidado integral de los pacientes.
- Proponer el diseño de la receta enfermera al utilizar la Taxonomía II NANDA-I para la continuidad de los cuidados domiciliarios.
- Proponer en la receta enfermera el manejo de NIC, NOC para las indicaciones del cuidado integral de los pacientes.
- Verificar la lista de fármacos permitidos por la Secretaría de Salud.

Metodología

La metodología para la elaboración de la receta enfermera es: un estudio analítico, descriptivo, con revisiones exhaustivas bibliográficas de diversos textos, publicaciones y trabajos científicos, guías de práctica clínica y protocolos que guían la elaboración y prescripción de enfermería; asimismo se consultaron la Ley General de Salud y la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-019-SSA3-2012.

El periodo del estudio comprendió de septiembre 2014 a mayo de 2016 y se desarrolló en los dominios, ejes, diagnóstico enfermero, plan de alta, continuidad de cuidados domiciliarios, etcétera.

La receta será utilizada por los licenciados en enfermería a nivel de consultoría de enfermería para prescribir fármacos del primer nivel de salud, para lo cual deben dominar la farmacocinética, la farmacodinamia, las reacciones adversas medicamentosas, las interacciones farmacológicas y las precauciones en la administración de los fármacos. En ella se indican los cuidados para el beneficio del paciente. En el nivel hospitalario integra los fármacos prescritos por el especialista y anota las intervenciones de enfermería.

Al egresar el paciente de la unidad hospitalaria, la enfermera indica los cuidados domiciliarios en la receta enfermera en el documento oficial y legal autónomo de la disciplina.

El registro de estos datos se respalda con el nombre del licenciado en enfermería responsable del tratamiento. Además de las observaciones y sugerencias de los participantes, se detallan las instrucciones específicas de la receta enfermera.

La receta enfermera está constituida por los siguientes rubros:

1. Identificación del profesional de Enfermería

Nombre completo del que prescribe

Domicilio completo y teléfono del que prescribe

Número de cédula profesional del que prescribe

Nombre de la institución que otorgó el título
Registro del Colegio al que pertenece, si está inscrito
Firma y fecha autógrafa del emisor

2. Identificación del Paciente

Espacio para el nombre del paciente
Edad, sexo y ocupación
Dirección del paciente

3. Inscripción (cuerpo de la receta)

Fecha de emisión de la receta
Denominación genérica y distintiva del fármaco
Presentación comercial, presentación farmacéutica, contenido y concentración (dosis) del fármaco
Vía de administración
Dosis e intervalo de dosificación, su administración y frecuencia
Tiempo de duración del tratamiento
Sello del que prescribe o de la institución
Vigencia específica de acuerdo a la elaboración

4. Rótulo (instrucciones y/o recomendaciones)

Escritura legible y lenguaje correcto.
Expresarse en sistema métrico decimal, empleando números arábigos.
Explicarle al paciente sobre la medicación: la dosificación, la frecuencia y la duración del tratamiento.
El cumplimiento que da el paciente a las instrucciones con respecto al tratamiento farmacológico se denomina adherencia terapéutica.

5. Suscripción

Contiene las instrucciones para el profesional farmacéutico y las indicaciones del tratamiento complejo.

6. Se implementó para la receta enfermera el plan de alta y el plan de autocuidado, con identidad y originalidad en el cuidado enfermero integral del paciente.

Discusión

Para este proyecto inicialmente un grupo de profesionales en enfermería con grado universitario comentó el uso del término “receta enfermera”; sus respuestas denotaron confusión y desacuerdo, pues concluyeron que la receta forma parte del trabajo del médico y no de la enfermera. Además, argumentaron que las prescripciones solo las escribe el médico y, por otro lado, que el lenguaje estandarizado que utiliza el profesional de enfermería no es el indicado. Asimismo, mencionaron que lo único que realiza la enfermería son cuidados sin prescripción y solo por indicación médica. Después se consultó la palabra *receta* en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, así como sus sinónimos, encontrándose los siguientes enunciados: prescripción facultativa, nota escrita de esta prescripción, nota que comprende aquello que debe componerse y el modo de hacerlo. Por ejemplo: receta de cocina o procedimiento adecuado para hacer o conseguir algo: “Nadie tiene la receta para ser feliz”.

Receta: composición, prescribir, ordenar, formular, medicación, tratamiento.

Fórmula: enunciado, expresión, ley, término, formulación, receta, prescripción, norma, pauta, regla, patrón, modelo, método.

Prescripción: receta, recomendación, disposición, determinación, orden, precepto, mandato. Aparece también en las siguientes entradas: receta - vigencia - desuso - fórmula - mandamiento - mandato - medicación - orden.

Recomendar: encomendar, encargar.

Tratamiento: enunciar, manifestar, decir, pronunciar, exponer, expresar, proponer, recetar, prescribir, cura - desarrollo - dieta - enfoque - medicación - proceso - psicoanálisis - psicoterapia - régimen - terapéutica - terapia - trato.

Plan: procedimiento, técnica, método, propósito, programa, intención, regla, régimen; modelo sistemático de una actuación pública o privada, que se elabora anticipadamente para dirigirla y encauzarla. Intención, proyecto.

Escrito en el que sumariamente se precisan los detalles para realizar una obra.

Cuidados: cuidarse, vigilancia, atenciones, aplicarse, asistidos.

Cura: sanar, tratar, medicinar, recetar, vendar, desinfectar, atender, cuidar, recuperarse, restablecerse, rehabilitarse, mejorarse, aliviarse.

Tras seleccionar las palabras fórmula, prescripción, recomendar, tratamiento, plan, cuidados, cura e indicaciones como sinónimos de receta, desarrollamos una definición de esta a partir de los mismos. Por consiguiente, receta es una orden en la que se formulan recomendaciones para desarrollar un proceso, donde se precisan los detalles a realizar sobre la vigilancia a fin de recuperar o conservar la salud mediante cuidados.

Conclusiones

Juana Jiménez Sánchez (2013) señala que Ellis y Hartley (1997) propusieron siete características de las profesiones, entre ellas tener un conocimiento definido y organizado, aplicable al método científico en el proceso de atención de enfermería, para fundamentar la práctica de los cuidados y mejorar la atención al paciente. Esto está sustentado en modelos y teorías propias de la disciplina, con una taxonomía que permite la comunicación entre profesionales y la funcionalidad autónoma.

Esta autonomía en el plano operativo está determinada por la capacidad de planificar cuidados de enfermería independientes e interdependientes, asociados al quehacer profesional.

La formación de los profesionales de enfermería debe realizarse en instituciones de alto nivel; igualmente deben contar con un código de ética y estar actualizándose permanentemente a través de diplomados, maestrías, cursos, talleres de farmacología y seguir el proceso de atención de enfermería. Todo esto les permitirá adquirir habilidades en el manejo integral del paciente.

Actualmente se utiliza la hoja de enfermería para observar la continuidad de los cuidados prescritos por orden médica, pero en ella no son evidentes las intervenciones prescritas por enfermería, por lo que surge la necesidad de crear una receta enfermera como herramienta legal propia y autónoma de la disciplina para integrar el manejo farmacológico y la prescripción de los cuidados domiciliarios integrados en beneficio del paciente. En la receta enfermera, el

profesional indica las acciones científicas integrando el fármaco con los cuidados pertinentes y el juicio clínico. De esa manera, el profesional adquiere el compromiso y la responsabilidad de actualizar sus conocimientos.

Según Madeleine Leininger, es esencial que el profesional de enfermería sepa responder de manera integral y coherente a las necesidades de los pacientes, por lo que debe adaptar los cuidados a la cultura, valores, creencias y modos de vida de este y de esa manera planificar e implementar eficazmente los cuidados. Concluye: “Si bien todos podemos cuidar, no todos saben dar cuidados profesionales”.

El uso de la receta enfermera como documento legal constituye un gran avance en el desarrollo de la disciplina, ya que le permite al profesional aplicar y evidenciar el proceso enfermero, así como obtener autonomía cuando la emite.

Bibliografía

- Acevedo, J.G. (2013). Taxonomías: NANDA. Recuperado de <http://www.slideshare.net/GabinoAcevedo/2-nanda>
- Antonio, J. V. (2010). Prescripción enfermera en el entorno de las urgencias y emergencias. Recuperado de http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/915/1/Valenzuela_PrescripcionEnfermera2010.pdf
- Aparicio, I. S. (2010). Innovación y enfermería, Análisis para un cambio. Tesis de grado de doctorado. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/43018/1/01.EAS_TESIS.pdf
- Beca, I.J., y Ortiz, P.A. (2008). Ética de la receta médica. Recuperado de <http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/receta-médica.pdf>
- Bellido y Lendinez (2010). Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- Bertrán G. Katzung (2013). *Farmacología Básica y Clínica*. México: McGraw-Hill.
- Chaviano, G. (2016). Pensamiento Ético de Edmund D. Pellegrino. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos56/etica-edmund-pellegrino/etica-edmund-pellegrino2.shtml#ixzz2oz8OZ8pW>
- Consejo General de Enfermería (2010). Marco referencial para la prescripción enfermera. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0151.pdf>
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., y Murr, A.C. (2011). Planes de cuidados de enfermería. México: McGraw Hill.
- García, M.M. (2013). Metodología de la enfermería. Recuperado de <http://es.slideshare.net/GaboLozano/42-nanda-2>
- Gracida, M.R. (2014). Plan de alta del paciente en Enfermería. Recuperado de <http://enfermeria.me/plan-de-alta-del-paciente-en-enfermeria/>
- Gutiérrez, M. (2015). Duro enfrentamiento entre médicos y enfermos por la prescripción enfermera. Recuperado de www.efesalud.com/noticias/duro-enfrentamiento-entre-medicos-y-enfermeros-por-la-prescripcion-enfermera

- Glesson, A.J. (2011). *Farmacología*. México: Manual Moderno.
- Goldman G. (2012). *Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Gordon, M. (1996). *Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación*. 3a. ed. México: Mosby Doyma.
- Iarraztio (2013). Resumen del plan de cuidados. Recuperado de <http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=35fab91e5013301e224f5d4bd7c3fd52529e1743http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/43507/1/Ponencia%20AUTOCUIDADOS.pdf>
- Jerome P. Kassirer (2010). *Manual de Razonamiento Clínico*. México: Lippincott Williams y Wilkins.
- Luis, R.M. (2008). *Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión Crítica y Guía práctica*. 8a edición. España: Elsevier-Masson.
- Lunney et al. (2011). *Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos*. España: Elsevier Masson.
- Lüllmann, Mohr y Hein (2010). *Farmacología texto y Atlas*, 6ª edición, Panamericana.
- Lluch, C., Sabater, M., Boix, D., y Corrión, A. (2002). *La enseñanza del autocuidado de la salud (física y mental) desde la enfermería psicosocial*.
- Marcos, M.V. (2008). *Planes de cuidados enfermeros en salud mental*. Recuperado de http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Documentos_Tecnicos_SES/PLANES_DE_CUIDADOS_ENFERMEROS_EN_SM.pdf
- Maza, J.G. (2009). *Guía Técnica y Listado de Suministros Médicos para Emergencia Sanitaria*. Recuperado de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_suministros_medicos_emergencia_sanitaria.pdf
- Mestres y Durán (2012). *Farmacología en Nutrición*. México: Panamericana.
- NANDA Internacional (2015-2017). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. Barcelona. España: Elsevier.

- Nava, G. M. (2010). Plan de alta continuidad del cuidado en la consultoría de enfermería neurológica. *Enfermería Neurológica*. México, vol. 22(1). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene131g.pdf>
- OCD (2014). Estadísticas de la OCD sobre la salud 2014 México en comparación. Recuperado de <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>
- Pérez, T.R. (2014). Conferencias magistrales: Bioética hoy. Recuperado de http://www.inacipe.gob.mx/stories/publicaciones/mas_colecciones/conferencias_magistrales/bioeticahoy.pdf
- Paravic, K.T. (2010). Enfermería y Globalización. *Ciencia y enfermería*, 16(1), 9-15. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/50717-95532010>
- Pierre, M. A. (2013). *Manual de farmacología*. 3ª edición, México: Méndez Editores.
- Ramos, N.R., y Olivares, J.G (2010). Guía de las buenas prácticas de prescripción. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19008es/s19008es.pdf>
- Ramos, N.R., y Olivares, J.G. (2010). Guía para las buenas prácticas de prescripción racional de medicamentos, Ministerio de Salud de Chile. Recuperado de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PARA%20LAS%20BUENAS%20DE%20PRESCRIPCI%C3%93N%20con%20dise%C3%B1o.pdf>
- Reis, Sioban, Caravaca y Alonso (2015). Autoridad prescriptiva y Enfermería un análisis comparativo de Brasil y Canadá. *Rev. Latinoamericana Enfermagem.*, 23(6):100-73
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0418.2650>
- Romero, C. A. (2014). Prescripción Enfermera en España: Práctica profesional y Limbo Jurídico. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/145923/tarc.pdf?sequence=6>
- Rodríguez Carranza (2013). *Guía de Farmacología y Terapéutica*. México: McGraw Hill.
- Secretaría de Salud (2010). Plan de alta de los servicios de enfermería. Recuperado de http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/normatividad/plan_de_alta.pdf
- Secretaría de Salud (2016). Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.farmacopea.org.mx/inicio.php>
- Somoza, Cano y Guerra (2012). *Farmacología en Enfermería. Casos clínicos*. México: Panamericana.
- Velázquez (2012). *Farmacología Básica y Clínica*. 19ª edición. Ed. México: Panamericana.