

Marisol Velasco-Aragón<sup>1a</sup>, Héctor Martínez-López<sup>2b</sup>

<sup>1</sup>Universidad Regional del Sureste, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Licenciatura en Enfermería. Oaxaca, Oaxaca, México

<sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 38, Medicina Preventiva. Oaxaca, Oaxaca, México

#### ORCID

0000-0003-1643-632X<sup>a</sup>

0000-0002-6080-1091<sup>b</sup>

#### Palabras clave:

Atención Primaria de Salud  
Medicina Preventiva  
Proceso de Enfermería  
Terminología Normalizada  
de Enfermería

#### Keywords:

Primary Health Care  
Preventive Medicine  
Nursing Process  
Standardized Nursing  
Terminology

#### Correspondencia:

Marisol Velasco Aragón

#### Correo electrónico:

al-yiza\_88@hotmail.com

#### Fecha de recepción:

01/04/2020

#### Fecha de aceptación:

08/05/2021

## Resumen

**Introducción:** el proceso de atención de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que permite cuidar de una forma racional, lógica y sistemática.

**Objetivo:** analizar la Cartilla Nacional de Salud como herramienta metodológica para valorar al paciente en el primer nivel de atención con aplicabilidad a los planes de cuidados de enfermería.

**Metodología:** estudio descriptivo, observacional y transversal, efectuado de agosto a septiembre de 2019 en un hospital de primer nivel, con un muestreo probabilístico aleatorio de 67 pacientes que acudieron a Consulta de Atención Preventiva Integrada. Se elaboró una rúbrica analítica de evaluación basada en las seis dimensiones de la Cartilla Nacional de Salud. Mediante una escala ordinal se evaluó el cumplimiento de los tipos de datos en la valoración. Se analizó si cada dimensión lleva a realizar un diagnóstico enfermero.

**Resultados:** de la muestra analizada de 67 expedientes, el 63% (42) perteneció al sexo femenino; el 29.9% (20) tenía entre 0-9 años, el 11.9% (8) entre 10-19 años y el 49.3% (39) de 20-59 años; el 9% (6) eran mujeres embarazadas. El número de diagnósticos de enfermería elaborados por paciente fue de uno en 44.8% (30), dos en 32.8% (22) y tres en 22.4% (15).

**Conclusión:** según los resultados obtenidos, se puede determinar que la Cartilla Nacional de Salud es ideal para realizar una previa valoración con enfoque preventivo, cuenta con los diferentes tipos de datos requeridos y además presenta congruencia metodológica para la elaboración de diagnósticos de enfermería según la taxonomía propuesta por la *North American Nursing Diagnosis Association*.

## Abstract

**Introduction:** Nursing care process (NCP) is the application of scientific method in nursing care practice, which allows to provide care in a rational, logical and systematic way.

**Objective:** To analyze the Medical Card (MC) as a methodological tool for the assessment of patients in the first level of care with applicability to nursing care plans.

**Methods:** descriptive, observational and cross-sectional study, carried out from August to September 2019 in a first-level hospital, with a random probability sampling with 67 patients who attended the Integrated Preventive Care Consultation. An analytical evaluation rubric was developed based on the 6 dimensions of MC. By using an ordinal scale, compliance with the types of data in the evaluation was evaluated. It was analyzed whether each dimension leads to the execution of a nursing diagnosis.

**Results:** Out of the analyzed sample of 67 files, 63% (42) were female; 29.9% (20) were 0-9 years; 11.9% (8) 10-19 years and 49.3% (39) 20-59 years; 9% (6) were pregnant women. The number of nursing diagnoses made per patient was 1 in 44.8% (30), 2 in 32.8% (22) and 3 in 22.4% (15).

**Conclusion:** According to the results obtained, it can be determined that MC is ideal to carry out a previous assessment with a preventive approach, it has the different types of data required, and also presents methodological congruence for the elaboration of nursing diagnoses according to the taxonomy proposed by the *North American Nursing Diagnosis Association*.

## Introducción

El cuidado de enfermería constituye una de las actividades prioritarias en cualquier institución de salud, pues permite cumplir las necesidades de la persona en relación con su estado de salud. Para ello el proceso de atención de enfermería (PAE) es una herramienta en la práctica asistencial que permite a los profesionales prestar los cuidados que demanda el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.<sup>1,2</sup>

Se considera el PAE como la base del ejercicio de la profesión de enfermería, ya que es la aplicación del método científico a la práctica enfermera; el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional.

Una de las etapas del PAE es la valoración, que está definida como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de una persona. Los instrumentos para captar la información deben ser acordes a las necesidades de cada unidad de salud, así como considerar los elementos biológicos, como la edad, el sexo y el nivel de atención donde se requiere, ya que cada uno presenta necesidades interpersonales diferentes.<sup>3,4</sup>

Asimismo, todo instrumento para la captación de la información requiere que se cumpla con diferentes tipos de datos: objetivos, subjetivos, históricos y actuales, los cuales ayudarán al profesional de enfermería a identificar diferentes aspectos del paciente para el desarrollo del PAE.

En las últimas décadas la población ha experimentado una transición epidemiológica muy importante, por lo que los sistemas de salud han visto la necesidad de enfatizar uno de los elementos de gran importancia para el desarrollo de la población. Tal es caso de la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) en las Américas.

Por lo tanto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) invitó a los Estados miembros en el 2003 a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la APS y lo llevó a cabo a partir de hacer énfasis en la promoción y la prevención de la atención en salud en el momento de intervención más temprano posible en el proceso salud-enfermedad o entre el riesgo, los problemas de salud y las secuelas. Esta atención de salud se prestó al individuo, la familia y la comunidad. En lo individual, comprende las acciones de educación y la promoción de la salud, fortaleciendo las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el autocuidado a nivel comunitario.

Otro de los elementos es la atención apropiada que plantea la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud. Los beneficios esperados, como resultado de una atención adecuada, deben superar las consecuencias negativas del proceso de la enfermedad.<sup>5</sup>

La APS ha sido uno de los elementos de mayor prioridad para la prevención de enfermedades, pero para ello se requiere contar con una serie de procesos multidisciplinares que coadyuven a mejorar la atención de la población, tal como fue mencionado en la Conferencia de Alma Ata, en la que definió aquella como:

la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.<sup>6</sup>

Por ello en el año 2002 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inicio la estrategia PREVENIMSS, que es una prestación de servicios, sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas, que para garantizar su efectividad se organiza por grupos de edad enfocados hacia la prevención y la promoción de la salud.

Esta es llevada a cabo en la Atención Preventiva Integrada (API), que es otorgada por el profesional de enfermería en las unidades de medicina familiar (UMF), en donde se brinda una consulta anual para llevar a cabo la revisión correspondiente según el grupo etario.

Una de las herramientas que el personal de enfermería utiliza para la captación de los datos es la Cartilla Nacional de Salud (CNS), cuyo instrumento está dividido en componentes y tiene un enfoque de tipo preventivo, lo que permite realizar una valoración centrada en la *prevención integral*, que enfoca su atención en dos indicadores, *prevención y detección (diagnóstico precoz)*, los cuales son interactivos e independientes. Estos indicadores están agrupados en cinco componentes: Promoción de la salud; Vigilancia de la nutrición; Prevención, detección y control de enfermedades; Riesgos específicos de protección, y Salud sexual y reproductiva. Cada dimensión presenta parámetros de valoración según la edad y el grupo etario, y es atendida por medio de una serie de pasos secuenciales, ordenados y sistematizados.

Cabe mencionar que durante las consultas de API se realiza la revisión correspondiente del grupo etario y las acciones son efectuadas de manera ordenada y sistemática según la CNS. Este último es un elemento esencial y de gran ayuda, ya que permite el registro preciso y periódico de todas las acciones de promoción, prevención y control de enfermedades.

La CNS es un elemento básico y esencial en la atención integrada, y cuenta con todos los elementos para realizar una valoración al paciente y establecer un plan de cuidados de acuerdo con las respuestas.

Por ello este instrumento es una herramienta de gran ayuda a la atención que, sin embargo, aún no ha sido analizado para validar que cuenta con los diferentes tipos de datos y que es idóneo para elaborar diagnósticos de enfermería y realizar el PAE. De esta manera, también nos ayuda a identificar posibles riesgos potenciales que son detectados en la API (PREVENIMSS).<sup>7,8,9</sup>

A causa de las demandas de salud que presenta nuestra población, el IMSS ha implementado estrategias para frenar el incremento de las afecciones y los problemas de salud que presentan los derechohabientes, al reorientar los indicadores de atención e incluir en la praxis el PAE como elemento que permita brindar una atención con alta efectividad.

## Metodología

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y transversal. Los datos se obtuvieron de fuentes primarias. Durante el año 2019, se realizó la evaluación de los expedientes de cada derechohabiente que acudió a la API en la Unidad de Medicina Familiar No. 38.

Se seleccionaron los expedientes de los derechohabientes de los diferentes grupos etarios, según el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, de 0-9, de 10-19, 20-59 y 60 años o más<sup>10</sup> de los servicios de medicina preventiva. Se realizó un cálculo de muestra para poblaciones finitas de variables cualitativas con intervalo de confianza del 95% (IC 95%). El muestreo fue probabilístico aleatorio simple y estuvo conformado por 67 expedientes de los pacientes que acudieron a la consulta preventiva integrada, de los cuales los criterios fueron: derechohabientes de la UMF No. 38, que acudieran a la atención preventiva integrada, de todos los grupos etarios, con población asignada al consultorio 13 y del turno vespertino.

Se aplicó una rúbrica analítica de escala ordinal para analizar el cumplimiento de los tipos de datos en la CNS,

como los datos objetivos, subjetivos, históricos y actuales, según los componentes. El instrumento está dividido en tres apartados: la primera sección se refiere a los datos sociodemográficos y consta de cinco ítems (nombre, grupo etario, sexo y número y tipo de diagnósticos); la segunda sección establece los criterios e indicadores que se van a evaluar en la CNS y si cumple con los diferentes tipos de datos para realizar una valoración efectiva (objetivos, subjetivos, históricos, actuales); el tercer apartado evalúa si cada una de las dimensiones favorece la elaboración del diagnóstico de enfermería e identifica los tipos de diagnósticos a partir de la información captada de la CNS.

Para la evaluación, se utilizó una escala ordinal en la que el 100-90% es un total cumplimiento, del 89 al 80% es un cumplimiento parcial, del 79 al 60% es un cumplimiento mínimo y < 59 significa que no cumple. El instrumento fue validado mediante una alfa de Cronbach de 0.80. Una vez estandarizado el instrumento de medición, con previa autorización del Comité de Investigación Científica y Ética del IMSS y con folio de aprobación R-2020-2106-002, se dio inicio al estudio.

Se solicitó el consentimiento informado por escrito y con respeto de la confidencialidad de los datos, conforme a las normas oficiales vigentes y a la Declaración de Helsinki,<sup>11,12</sup> la cual establece que se otorgará al sujeto de estudio y se deja en claro la plena libertad de autonomía sobre su participación; de igual manera, se estableció la posibilidad de que el sujeto se retirara del estudio en el momento que así lo considerara, sin repercusiones en su atención. Para la organización de los datos se utilizó el programa informático SPSS, versión 24, para Windows. Las variables se midieron con estadística descriptiva mediante porcentajes.

## Resultados

De la muestra analizada de 67 expedientes que ingresaron a la atención preventiva en la UMF No. 38, el 63% (42) fue del sexo femenino y el 37% (25) del sexo masculino. El 29.9% (20) tuvo 0-9 años, el 11.9% (8) 10-19 años y el 49.3% (39) 20-59 años. De los pacientes analizados, el número de diagnósticos elaborados por paciente fue de un diagnóstico de enfermería en 44.8% (30), 2 diagnósticos en 32.8% (22) y en el 22.4% (15) 3 diagnósticos.

En el análisis realizado por grupo etario en los datos objetivos para el grupo de edad de 0-9 años, la edad, el peso y la talla presentaron un total de 20 datos (100%) en la población analizada. Para el índice de masa corporal

(IMC) y la agudeza visual fueron 13 datos (65%) de la población. En los datos subjetivos, el 100% de la población recibió promoción y prevención a la salud. En los datos históricos referentes a los componentes de la Campaña Nacional de Salud, solo 20% (4) de la población presentó estos datos. Para los datos actuales un 75% (15) de la población presentó esquema completo de vacunación y un 25% (5) no contaba con esquema completo (**cuadro I**).

En el grupo de 10-19 años de la población analizada, 8 (100%) presentaron datos objetivos (edad, peso, talla, IMC, agudeza visual). Asimismo, 8 (100%) presentaron datos subjetivos sobre la promoción y prevención. En los datos históricos (chequeo anual y de primera vez) presentaron 4 (50%) para cada uno; en los datos actuales 4 (50%) para esquema completo y 4 (50%) para esquema incompleto (**cuadro II**).

En el grupo de 20-59 años de mujeres, 31 (100%) presentaron datos objetivos (edad, peso, talla, glucosa y presión arterial), 25 (80%) IMC y perímetro abdominal. En los datos subjetivos, 31 (100%) presentaron antecedentes (diabetes, hipertensión, cáncer de mama). En los datos históricos 20 (65%) presentaron chequeo anual y

**Cuadro I** Clasificación de datos (objetivos, subjetivos, históricos y actuales) de la Cartilla Nacional de Salud en el grupo de 0-9 años de la UMF No. 38

Tipos de datos		n	%		
Objetivos	Edad	20	100		
	0-5 años	Peso	20	100	
		Talla	20	100	
	6-9 años	Índice de masa corporal	13	65	
	4-9 años	Agudeza visual	13	65	
Subjetivos	Promoción y prevención todos los grupos etarios	20	100		
Históricos	Chequeo anual		20	100	
	Primera vez		0	0	
	Componentes en la Semana Nacional de Salud	Vacuna Sabin de 6 a 4 años, 11 meses, 29 días	Aplicación < 1 año	4	20
			> 1 año	2	10
		Vitamina A de 6 a 4 años, 11 meses, 29 días	Aplicación < 1 año	4	20
			> 1 año	2	10
	Desparasitación de 2 a 9 años	Aplicación < 1 año	0	0	
		> 1 año	0	0	
Tamiz neonatal		2	10		
Actuales	Esquema completo según edad		15	75	
	Esquema incompleto según edad		5	25	

Fuente: Cartilla Nacional de Salud

**Cuadro II** Clasificación de datos (objetivos, subjetivos, históricos y actuales) de la Cartilla Nacional de Salud en el grupo de 10-19 años de la UMF No. 38

Tipos de datos		n	%
	Edad	8	100
	Peso	8	100
	Talla	8	100
Objetivos	Índice de masa corporal	8	100
	Agudeza visual	8	100
Subjetivos	Promoción y prevención en todos los grupos etarios	8	100
Históricos	Chequeo anual	4	50
	Primera vez	4	50
Actuales	Esquema completo según edad	4	50
	Esquema Incompleto según edad	4	50

Fuente: Cartilla Nacional de Salud

11 (35%) primera vez, 6 (19%) mastografía y 20 (65%) número de gestas. En los datos actuales, 19 (61%) presentaron esquema completo y 12 (39%) esquema incompleto, 25 (80%) citología cervical, 17 (54.8%) exploración clínica de mama, 6 (19%) prueba rápida para de detección de virus de la inmunodeficiencia humana (PVR) en embarazadas y 5 (16%) PVR para grupo de riesgo (**cuadro III**).

En el grupo de 20-59 años en hombres, 8 (100%) presentaron datos objetivos (edad, peso, talla, IMC, perímetro abdominal y presión arterial). Para la glucosa 6 (75%) presentaron datos. En los datos subjetivos, el 100% de la población recibió promoción y prevención a la salud. En los datos históricos, 6 (75%) fueron pacientes de primera vez y 2 (25%) tuvieron chequeo anual. En los datos actuales, 6 (75%) presentaron esquema completo de vacunación (**cuadro IV**).

De acuerdo con el análisis de los cinco componentes de la Cartilla Nacional de Salud, donde se obtuvo el mayor porcentaje de diagnósticos de enfermería fue en Promoción de la salud, con 30 (44.8%), en Vigilancia de la nutrición 2 (3%) y en Promoción, detección, y control de riesgos específicos 11 (16.4%). Asimismo, se presentaron dos componentes para la elaboración de diagnósticos en el de Promoción y nutrición, con 6 (9%); Promoción y prevención, con 7 (10.4%); Promoción y salud sexual, 3 (4.5%); Nutrición, detección y control de riesgos, 6 (9%), y Detección, control y promoción de la salud, con 2 (3%) (**figura 1**).

En el grupo de 60 o más no se presentaron casos para su atención, aunque el grupo de edad estaba incluido, du-

**Cuadro III** Clasificación de datos (objetivos, subjetivos, históricos y actuales) de la Cartilla Nacional de Salud en el grupo de 20-59 años de mujeres de la UMF No. 38

Tipos de datos		n	%
	Edad	31	100
	Peso	31	100
	Talla	31	100
Objetivos	Índice de masa corporal	25	80
	Cintura	25	80
	Glucosa	31	100
	T/A	31	100
Subjetivos	Antecedentes (diabetes, hipertensión, cáncer de mama)	31	100
	Promoción y prevención	31	100
Históricos	Chequeo anual	20	65
	Primera vez	11	35
	Mastografía < 40 años	6	19
	Número de gestaciones	20	65
Actuales	Esquema completo según edad	19	61
	Esquema incompleto según edad	12	39
	Detección oportuna de cáncer (a cualquier edad a partir de inicio de la VSA)	25	80
	Exploración clínica	17	54.80
	PVR Embarazadas	6	19
	PVR grupo de riesgo	5	16

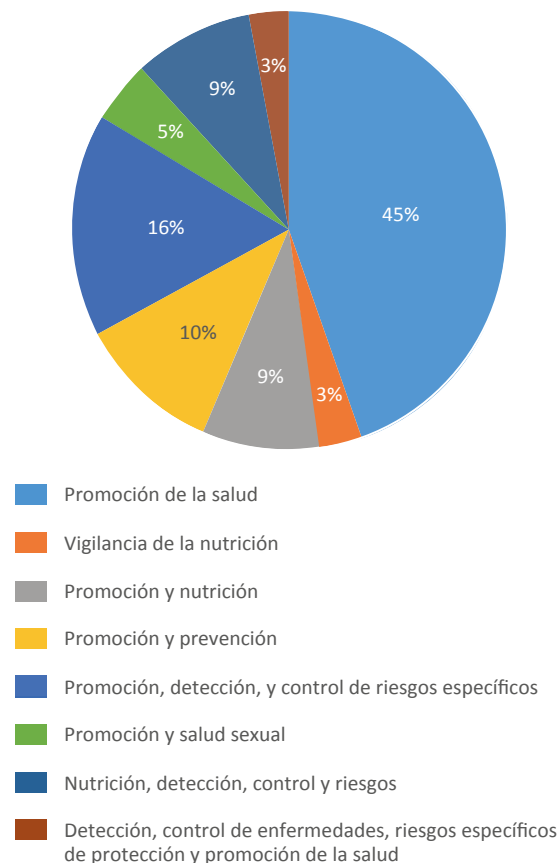
Fuente: Cartilla Nacional de Salud  
 IMC: índice de masa corporal; VSA: vida sexual activa; PVR: prueba rápida para la detección del VIH

**Cuadro IV** Clasificación de datos (objetivos, subjetivos, históricos y actuales) de la Cartilla Nacional de Salud en el grupo de hombres de 20-59 años de la UMF No. 38

Tipos de datos		n	%
	Edad	8	100
Objetivos	Peso	8	100
	Talla	8	100
	Índice de masa corporal	8	100
	Cintura	8	100
	Glucosa	6	75
	Tensión arterial	8	100
Subjetivos	Antecedentes (diabetes, hipertensión, cáncer de próstata)	6	75
	Promoción y prevención	8	100
Históricos	Chequeo anual	2	25
	Primera vez	6	75
Actuales	Esquema completo según edad	6	75
	PVR grupo de riesgo	0	0

Fuente: Cartilla Nacional de Salud  
 VIH: virus de la Inmunodeficiencia humana; PVR: prueba rápida para la detección del VIH

**Figura 1** Porcentaje de diagnósticos elaborados a partir de los componentes de la Cartilla Nacional de Salud en la UMF No. 38



Fuente: Cartilla Nacional de Salud

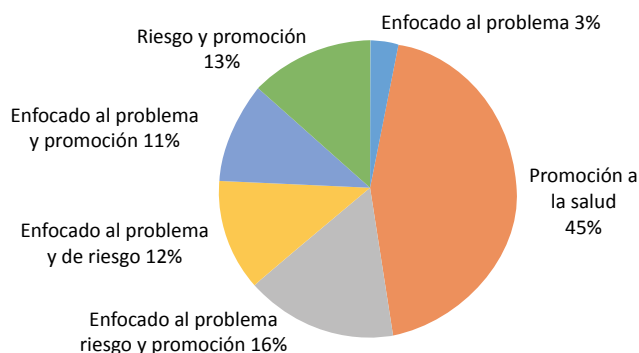
rante el estudio no se presentaron pacientes de este grupo para ser atendidos.

Los diagnósticos elaborados a partir de la valoración mediante la Cartilla Nacional de Salud fueron: Enfocado al problema 2 (3%), Promoción a la salud 30 (44.8%); asimismo, en un paciente se lograron obtener 3 estados de diagnóstico Enfocado al problema, Riesgo y promoción 11 (16.4%), dos diagnósticos de Enfocado al problema y riesgo 8 (11.9%), Enfocado al problema y promoción 7 (10.4%) Riesgo y promoción 9 (13.4%) (figura 2). Con estos resultados se pudo encontrar que los componentes de la CNS nos llevan a elaborar diagnósticos de enfermería (cuadro V).

### Discusión

Según los resultados obtenidos se pudo observar que la CNS cuenta con los datos o factores de condicionantes

**Figura 2** Estado de diagnósticos elaborados a partir de la valoración mediante la Cartilla Nacional de Salud en la UMF No. 38



Fuente: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

**Cuadro V** Congruencia metodológica entre valoración y etiqueta diagnóstica de enfermería en la Atención Preventiva Integrada en la UMF No. 38

Componentes de la Cartilla Nacional de Salud	Etiqueta diagnóstica
Promoción y prevención	Disposición para mejorar la gestión de la salud Disposición para mejorar la nutrición Tendencia a adoptar conductas de riesgo Gestión ineficaz de la salud
Vigilancia de la nutrición	Riesgo de sobrepeso Sobrepeso Obesidad
Prevención	Disposición para mejorar el autocuidado Riesgo de infección
Detección, control de enfermedades, riesgos específicos de protección	Riesgo de síndrome de desequilibrio metabólico Riesgo de glucemia inestable Riesgo de presión arterial inestable
Salud sexual y reproductiva	Disposición para mejorar el proceso de maternidad Disposición para mejorar la toma de decisiones

Fuente: Cartilla Nacional de Salud, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>13</sup>

básicos del Instructivo de Requisición Adecuada para Evaluar la Eficacia de la Práctica de Enfermería, de la Comisión de Arbitraje Médico (CONAMED), criterio PAE 1 identificación, PAE 7 Alteración en las constantes vitales, PAE 8, 9, 10 Peso, talla, perímetros, PAE 24, Solicitud y toma de laboratoriales, PAE 27 Administración de medicamentos y PAE 28 Realización de tratamientos.<sup>14</sup> Asimismo, de acuerdo con la *Norma Oficial Mexicana*

*NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*, la CNS cumple con 7 de los 9 criterios según el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad D13 de la Hoja de Enfermería, los cuales conforman a) identificación del paciente, b) habitus exterior c) gráfica de signos vitales, c) ministración de medicamentos, d) procedimientos realizados, e) observaciones. Sin embargo, no realiza la valoración del dolor ni el nivel de riesgo de caídas.<sup>15</sup>

Así la CNS cuenta con ficha de identificación, evaluación del estado nutricional, esquema de vacunación, prevención y el control de enfermedades, detección de enfermedades, salud sexual y reproductiva, prevención de accidentes y lesiones, prevención de adicciones y actividad física. Con esto podemos decir que la CNS es un instrumento que se apega a los lineamientos nacionales y las normas oficiales para el cumplimiento de una atención con calidad.

Asimismo, según Alfaro-Lefevre hay tres factores principales que se requieren para captar la información, los cuales explicamos a continuación.

### I. Necesidades y problemas más comunes en esa unidad específica

En este caso, el instrumento de valoración debería ser diferente entre un adulto y un niño, entre una unidad de agudos y otra de larga estancia.

La CNS recolecta en forma ordenada la información relacionada con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades y la salud reproductiva; de esta forma, estimula la cultura del autocuidado por grupo de edad:

- Salud del niño (menores de 10 años).
- Salud del adolescente (10 a 19 años).
- Salud de la mujer (20 a 59 años).
- Salud del hombre (20 a 59 años).
- Salud del adulto mayor (mayores de 59 años).

### II. Estándares de cuidados para la valoración

Son aquellos definidos por las agencias o asociaciones profesionales como la *Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations*. Alfaro-Lefevre nos menciona que el instrumento debe:

- Constituir un sistema de valoración global y fiable que esté estandarizado y sea reproducible.

- Recoger un conjunto de datos mínimos de manera estandarizada.

Por ello la CNS es de aplicación nacional y en todas las instituciones de atención a la salud. Fue implementada desde 2002 en el IMSS en programas integrados de salud.

### III. El marco de referencia

En la actualidad el más conocido y difundido son los patrones funcionales de salud de Margory Gordon,<sup>16</sup> donde podemos encontrar siete de los 11 patrones, los cuales describe como:

1. Percepción de la salud: que incluye estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos. Prescripciones médicas y de enfermería.
2. Nutricional-metabólico: crecimiento y desarrollo del lactante, niño, adolescente, hombres y mujeres. Medidas antropométricas.
3. Actividad-ejercicio: actividades de la vida diaria, cantidad y tipo de ejercicio y deporte, actividades recreativas, factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.
4. Cognitivo-perceptivo: si la información otorgada al paciente es comprendida.
5. Autopercepción-autoconcepto: la manera en que el paciente identifica signos y síntomas de alarma en cualquier grupo de edad.
6. Rol-relaciones: percepción de las responsabilidades de su rol y cómo influye en su autocuidado.
7. Sexualidad y reproducción: aplicada a los grupos de edad de 10 a 19 años y de 20 a 59 años.

### Conclusión

La CNS es un elemento esencial en las unidades de salud de primer nivel, pues contiene información con enfoque preventivo y está clasificada por grupos de edad, lo cual es de gran ventaja para los profesionales de la salud, ya que permite una valoración individualizada.

### Referencias

1. Elso-Gálvez R. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid, España: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 2016. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/> [consultado el 24 de junio del 2019].
2. Posos-González MJ. Modelo del cuidado de enfermería. México: Secretaría de Salud; 2018. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/modelo\\_cuidado\\_enfermeria.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf) [consultado el 25 de junio de 2019].
3. Galindo-Becerra ME. Lineamientos generales para la elaboración de planes de cuidados de enfermería. México: Secretaría de Salud; 2013. Disponible en: [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento\\_general.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general.pdf) [consultado el 24 de junio de 2019].

Hoy en día la enfermería profesional va más allá de la realización de procedimientos, pues es una práctica en la que se involucra el método científico como eje fundamental de la profesión. Dicho eje es el proceso enfermero, que es una herramienta que coadyuva en la recuperación del paciente, pero que hoy en día, de acuerdo con las necesidades derivadas de la transición epidemiológica de la salud, se ha redireccionado, con lo cual se ha dado más énfasis a la prevención.

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos valorar que la CNS es ideal para realizar una previa valoración con enfoque preventivo, ya que cuenta con los diferentes tipos de datos requeridos y además presenta congruencia metodológica para la elaboración de diagnósticos de enfermería según la taxonomía propuesta por la NANDA (cuadro V). Asimismo, durante el estudio no se atendió a pacientes adultos mayores de 60 años o más, por lo cual no se contó con la revisión de su expediente.

De este modo, podemos notar que la cobertura de vacunación alcanza solo un 50%, esto debido a que cuando el paciente acude a la atención no siempre le corresponde la aplicación de los biológicos o, en su defecto, en la unidad no se cuenta con la dosis para su aplicación.

Entre las limitaciones de la investigación es preciso mencionar que los instrumentos para valorar a un paciente están más enfocados en el segundo y el tercer nivel de atención, por lo que incluso hay información más documentada respecto a estos, además de que también hay una falta de familiaridad con el programa y poco dominio del personal respecto a los diagnósticos.

Sin embargo, la CNS es una herramienta útil, práctica, validada y de aplicación en cualquier sistema de salud a nivel nacional. Asimismo, cuenta con enfoque para cada grupo de edad, lo que la hace ideal para ser una herramienta para la valoración con enfoque preventivo, no tan solo para los profesionales de enfermería, sino también útil para otros profesionales de la salud, además de que cumple con las disposiciones oficiales manejadas a nivel nacional.

4. Arribas-Cacha AA. Valoración funcional como fase del proceso independiente. Valoración Enfermera Estandarizada. Madrid, España: Fundación para el desarrollo de enfermería; [sin fecha de publicación]. Disponible en: [http://ome.fuden.es/media/docs/CCVE\\_cd.pdf](http://ome.fuden.es/media/docs/CCVE_cd.pdf) [consultado el 25 de junio de 2019].
5. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2008. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primaria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf) [consultado el 4 de diciembre de 2020].
6. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud (APS). Conferencia Internacional de Alma-Ata. Alma-Ata, URSS: OMS; 1978.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guías técnicas 2010. México: IMSS. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/guias-salud> [consultado el 22 de junio de 2019].
8. Secretaría de Salud. Programa de Acción específico Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018. México, Distrito Federal: Secretaría de Salud; 2014. Disponible en: <https://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/Promocion%20de%20la%20Salud%20y%20Determinantes%20Sociales.pdf> [consultado el 23 de junio de 2019].
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de actividades de enfermería chequeo PREVENIMSS. México: IMSS; sin fecha de publicación.
10. Secretaría de Salud. Cartillas Nacionales de Salud. México: Secretaría de Salud; 4 de octubre de 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/cartillas-nacionales-de-salud-12270> [consultado el 20 junio de 2019].
11. Secretaría de Salud. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Capítulo I, de la Competencia y Organización de la Secretaría de Salud. Artículo 28. México: Secretaría de Salud; 2018. Disponible en: [https://dgti.salud.gob.mx/doctos/dgti/REGLAMENTO\\_INTERIOR\\_SSA\\_2018.pdf](https://dgti.salud.gob.mx/doctos/dgti/REGLAMENTO_INTERIOR_SSA_2018.pdf) [consultado el 21 de junio de 2019].
12. Secretaría de Salud Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Secretaría de Salud; [sin fecha de actualización]. Disponible en: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html) [consultado el 20 de junio de 2019].
13. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018-2020. Thieme; 2017.
14. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Instructivo de requisición adecuada de la cédula para evaluar la eficacia de la práctica de enfermería: 40 estándares básicos. México: CONAMED; [sin fecha de publicación]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/libros/pdf/instructivo.pdf> [consultado el 19 de junio de 2019].
15. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. México: Secretaría de Salud; 2012. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787) [consultado el 15 de noviembre de 2020].
16. Metodología de enfermería: Fases del proceso de enfermería, valoración diagnóstica según patrones funcionales de Marjory Gordon. Diagnósticos de enfermería: concepto y tipo según taxonomía NANDA. Planificación de los cuidados enfermeros: Resultados e Intervenciones (NOC)(NIC). Sin lugar ni fecha de publicación.

.....  
 Cómo citar este artículo//To reference this article:

Velasco-Aragón M, Martínez-López H. Análisis de la Cartilla Nacional de Salud como método de valoración centrado en la prevención. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2021;29(3):128-35.