

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL

I.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ENFERMERÍA

Antes de la reforma protestante del Siglo XVI, los hospitales estaban bajo la dirección de la iglesia católica, a partir de la reforma principios del 1517 el interés por la iglesia y la religión disminuyó en gran medida, esta crisis provoca el nacimiento llamado el período oscuro de la enfermería (Kozier y col., 1993, 1997), a Florence Nightingale (enfermera británica) se le reconoce como a la persona que durante la guerra de Crimea (1854-1856) con esfuerzos logró que la enfermería se convirtiera en una profesión respetada.

A finales del año 1800, en Estados Unidos y Canadá se pusieron en marcha escuelas de enfermería con planes y programas de formación adecuados, de los cuales salieron un gran número de enfermeras. Las primeras líderes de la profesión Linda Richard es considerada como la primera enfermera norteamericana graduada en 1873, y quien posteriormente criticara abiertamente en 1920 el sistema educativo basado en hospitales y empezó a cuestionar la efectividad de la enfermera como educadora y propuso junto con otros, la separación de las escuelas de los hospitales y la incorporación a un nivel universitario.

Florence Nightingale es identificada por todos los autores como la primera teórica de la enfermería, sus ideas de "influir en el entorno, creando un ambiente

limpio, bien ventilado y tranquilo para ayudar a la recuperación del paciente", revolucionaron a nivel mundial el cuidado de enfermería.

I.2. CONCEPTO DE ENFERMERÍA

La primera definición de enfermería fue dada por Florence Nightingale en 1859, define a la enfermería como aquello que se encarga de la salud de alguien.... y lo que la enfermería tiene que hacer... es poner al paciente en la mejor condición para que la naturaleza actúe sobre él. La naturaleza de la enfermería es compleja y se siguen haciendo esfuerzos por definirla. Para Virginia Henderson en 1961, la enfermería era ayudar al individuo sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su superación (o morir en paz) que el individuo realizaría por sí mismo en caso de tener la fuerza, los deseos a los conocimientos necesarios. (Iyer, P. 1993)

Durante la evolución histórica de la profesión y su base teórica, las autoras Nightingale, Henderson, entre otras más, dieron a conocer las definiciones de enfermería, por lo tanto en estas definiciones se resume lo que es la disciplina:

- ✿ Es tanto una ciencia como un arte.
- ✿ Es un arte que implica el cuidado de los pacientes durante la enfermedad y su ayuda para alcanzar un potencial de salud máximo, a lo largo de su ciclo vital.
- ✿ Es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales.

Henderson-Nite (1987) señalan que es un proceso a través del cual se proporciona atención a los individuos, familias o grupos de la comunidad, principalmente alrededor de circunstancias o situaciones que se originan a consecuencia de problemas relacionados con la salud. Es un proceso de acción, interacción y transacción mediante el cual las enfermeras ayudan a los individuos de cualquier edad y grupo socioeconómico a satisfacer sus necesidades básicas, a fin de llevar a cabo actividades de la vida diaria y enfrentarse con la salud y la enfermedad con algún punto particular con el ciclo de vida.

La Canadian Nurses Association (CNA) publicó en 1984 que la enfermería significa la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud y comprende la práctica y la supervisión de las funciones y servicios que directa-indirectamente y en la colaboración de la salud que no son enfermos. En 1987 cita el mismo autor que American Nurses Association (ANA) aprobó que: el núcleo o esencia de este ejercicio es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad. (Kozier, et.al. 1993, 1999).

I.3. RESUMEN HISTÓRICO DEL PROCESO ENFERMERO

Jiménez de Esquenazi et.al (1997), narran que antes que se manejara el proceso de enfermería se utilizaba el método de solución de problemas, éste había sido propuesto en 1910 por Dewey como instrumento para la práctica. El proceso de enfermería fue presentado por primera vez por Orlando en 1961; en la actualidad el proceso enfermero se ha constituido como el modelo de investigación para la

enfermería profesional, es un método que interrelaciona las bases de las ciencias con las acciones clínicas del profesional, ya que enlaza el conocimiento del quehacer profesional. El proceso de enfermería comprende las mismas etapas que el método científico (Kozier, 1995).

Bárbara Kozier menciona que Lidia Hall en 1955 creó el término del proceso de enfermería el cual varias enfermeras lo describieron de diferentes maneras: Wiendebach (1963) enfatizó tres componentes del proceso de enfermería para identificar la ayuda necesaria, prestación de esa ayuda y verificación de que la ayuda fuera proporcionada; posteriormente Knowles (1967) incorpora el planteamiento científico a las actuaciones de enfermería y sugiere un modelo de las "Cinco D" (siglas en inglés): describir, profundizar, decidir, hacer y discriminar.

En los dos primeros estadios la enfermera recoge datos sobre el cliente; en el tercer estadio la enfermera decide un plan de acción, en el cuarto lo ejecuta y en el quinto y último valora la reacción del cliente a las acciones de enfermería. Janet Griffit (1986-1993), refiere que Kelly en 1966 incorpora en la valoración de enfermería los síntomas y signos del usuario; en 1967 Helen Yura y Mary Walsh escribieron el primer libro del proceso de enfermería donde mencionaban que tenía cuatro componentes principales y se enfatizó en las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica de enfermería. Yura y Walsh influyeron grandemente para que el proceso se divulgara, tanto en los planes de enseñanza como en la práctica clínica (Jiménez de Esquenazi, 1997).

En 1973 el proceso de enfermería se legitima en la práctica clínica cuando la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA) publica las normas de la práctica de la enfermería, estas normas son un modelo para evaluar la calidad del cuidado enfermero (Glover, Mayer, 1983).

1.3.1. Concepto del proceso enfermero

Como se mencionó en el apartado anterior Lidia Hall fue quien describió el “proceso de enfermería” como el método de trabajo del profesional en la década de los cincuenta del siglo pasado, desde ese entonces ha tenido varios títulos como método enfermero, proceso del cuidado enfermero, proceso de atención de enfermería y últimamente proceso enfermero (PE) en base a las correcciones gramaticales del inglés al español (Romero, Ojeda 2000):

Varios autores entre los que figuran: Alfaro R. Col. 1996, Brunner, S. y col. 1994; Long, B. Y col. 1997; Witte Dugas, 2000 y Wong D. 1995, destacan las ideas principales de los conceptos del proceso enfermero:

- * Aplicación del método científico a la práctica de enfermería.
- * Marco de referencia profesional.
- * Enfoque sistemático de funciones independientes.
- * Método de los estándares del cuidado de enfermería.
- * Instrumento de evaluación del cuidado enfermero

Entonces el proceso enfermero se define como: método organizado y sistemático que implica el profesional de enfermería para atender las necesidades

y/o problemas del usuario y familia y alcanzar al máximo bienestar posible, mediante una asistencia continua, coordinada y racionalizada.

1.3.2. Componentes del proceso enfermero

Kozier y col. 1999, señalan que el proceso de enfermería cuenta con cuatro o cinco componentes o fases, consta de la valoración, planificación, ejecución y evaluación, en este sistema el diagnóstico se incluye en la valoración.

Algunos autores como lo son: Alfaro, R. (1996), Brunner, S. (1999) y Lefèvre, MSN; R.N. (1996) coinciden que consta de cinco fases secuenciales organizadas y sistemáticas, siendo éstas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Distintos estudiosos mencionan que el proceso de cinco fases da mayor importancia al diagnóstico que el proceso de cuatro fases.

El proceso enfermero, según Alfaro, R. (1996) se centra en dos tipos de problemas:

- a) Los que tratan las enfermeras independientemente, problemas relacionados con el funcionamiento humano a consecuencia de los efectos de la enfermedad.
- b) Los que las enfermeras tratan en colaboración con los médicos relacionados con la estructura y función de los órganos o sistemas que requieren acciones prescritas por los médicos u otros profesionales.

Valoración

El personal responsable de recopilar información, fomentar la participación del usuario y juzgar la importancia de los datos obtenidos es la enfermera (Kozier y col., Witter d.). La valoración ayuda a la enfermera a realizar una apreciación sistemática de todos los factores importantes el cual pasos importantes, como son:

1. recopilación de información
2. recopilación de los datos mediante técnicas adecuadas
3. síntesis de la información de todos los medios
4. recopilación de los datos como resultados de un proceso sistemático y continuo
5. recuperación de documentación de los datos

En Smith y col., (1996) la valoración se refiere al establecimiento de una base de información para un usuario especial que depende de observación especializada, razonamiento y conocimiento teórico como base para reunir diferentes datos, verificarlos, organizarlos y documentarlos. Esta fase es muy importante ya que los otros pasos van a depender de la precisión y confiabilidad de la valoración.

En Long, B.C. y col., (1997), Rendón y col (2001), la valoración; los datos pueden obtenerse de fuente primaria (usuario) o de fuentes secundarias (familias, amigos, historia clínica del paciente, miembros del equipo de salud). Los datos pueden ser objetivos, subjetivos, antecedentes y actuales.

Los datos objetivos se obtienen por medio de un examen por la inspección física realizada durante las acciones del cuidado de enfermería. Los datos subjetivos,

son importantes porque suministran una comprensión de la experiencia del usuario y su estado de bienestar o malestar, pero debido a que esta información no puede validarse esta sujeto a una interpretación amplia. Los datos de antecedentes, se refieren a situaciones de salud o enfermedad ocurridas con anterioridad; los datos actuales, comprenden los hechos que están ocurriendo en el momento presente (aquí y ahora). Estos datos se obtienen en la historia de enfermería durante las interacciones usuario-familia.

La valoración por patrones funcionales: es un proceso continuo, intencionado y sistemático, basado en la planeación para recoger y organizar la información del estado de salud del individuo, familia y/o comunidad y consiste en recopilar, verificar y analizar los datos del nivel de salud del usuario.

Patrones funcionales de salud:

1. Patrón de percepción-control de la salud
2. Patrón nutricional-metabólico
3. Patrón de eliminación
4. Patrón de actividad y ejercicio
5. Patrón de sueño-descanso
6. Patrón cognitivo-perceptivo
7. Patrón de autopercepción
8. Patrón de rol-relación
9. Patrón de sexualidad-reproducción
10. Patrón de tolerancia a la situación y al estrés

11. Patrón de valores-creencias

Diagnóstico

Por medio de esta fase se identifican las necesidades de cuidados de salud del usuario y se preparan los enunciados de los diagnósticos de enfermería. Witter, D. B. (2000), señala que es necesario identificar si el problema del usuario es real o potencial. Long y col (1997); Rendón y col. (2001); añaden que cada diagnóstico tiene características definidas como un conjunto de signos y síntomas que sirven como criterio para formular el diagnóstico; esta etapa tiene cuatro fases:

- * Procesamiento de datos
- * Clasificación
- * Interpretación
- * Validación

Desde 1973 la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) desarrolló una taxonomía de diagnósticos (patrones de respuestas humanas) que permitió sentar bases para encontrar y consolidar la identidad profesional de el quehacer independiente de la enfermería; estas respuestas humanas son:

1. Intercambio: reciprocidad en el dar y el recibir
2. Comunicación: enviar mensajes
3. Relaciones: establecer vínculos
4. Valores: asignar valor relativo

5. Elección: seleccionar entre opciones
6. Movimiento: actividad
7. Percepción: recibir información
8. Conocimiento: significado asociado a la información
9. Sentimientos/sensaciones: conciencia subjetiva de la información.

Características de los diagnósticos de enfermería.

1. Es una exposición del problema del paciente y no una necesidad de enfermería
2. Trata sobre el estado o los problemas potenciales de salud
3. Es una conclusión que se deduce tras haber encontrado un patrón o un conjunto de signos y síntomas
4. Se apoya en datos objetivos y subjetivos que pueden constatar
5. Es la exposición de un juicio de enfermería
6. Trata de temas que las enfermeras están autorizadas atender
7. Trata aspectos espirituales, físicos, psicológicos y socioculturales
8. Puede tener dos partes, siendo una etiología, si se conoce
9. Trata aquellas situaciones que la enfermera puede atender en forma independiente
10. Debe ser validado por el usuario siempre que sea posible

Para la formulación de un enunciado se utiliza el formato PES.

P = problema, E = etiología, S = signos y síntomas, unen entre sí con R/C y M/P.

En la elaboración de diagnósticos se utilizan directrices para el anunciado los cuales son los siguientes:

1. Escribir el diagnóstico en términos que se refieran mas a las respuestas que a las necesidades.
2. Usar "relacionado con" (R/C) en lugar de "debido a" o "causado por", "relacionado con", no significa necesariamente que existe una relación directa entre causa y efecto.
3. Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejable
4. Redactar los diagnósticos sin juicio de valor
5. Evitar el uso de indicios aislados en el primer enunciado del diagnóstico
6. Los dos primeros enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo
7. Expresar el factor relacionado en términos que se pueden modificar
8. No incluir diagnósticos en el diagnóstico de enfermería
9. Escribir el diagnóstico utilizando siempre el orden: problema, etiología, signos y síntomas
10. En la primera parte del diagnóstico, no escribir signos y síntomas
11. Expresarse con palabras específicas y precisas para orientar la planificación de la intervención enfermeril
12. No iniciar el diagnóstico con una intervención de enfermería.

Planeación

Es un proceso continuo que determina prioridades, establece metas y los objetivos del usuario, los cuales van a ayudar a asegurar con un seguimiento e

integridad para planificar las actividades de enfermería y brindar una atención adecuada. Para esto se utilizan fases las cuales son:

- ◆ Priorización de los problemas diagnosticadas. Utilizar un marco de referencia ya sea un modelo enfermeril o teoría, ejemplo: El modelo de jerarquía de necesidades de A. Maslow.
- ◆ Plantear con el usuario los objetivos para los problemas. Un objetivo es un resultado que se espera con las actuaciones de enfermería pero en base a las conductas del usuario y no en las actividades de la enfermera; para ello se emplea el término de criterios de resultados.
- ◆ Redactar los protocolos de enfermería que lleven a alcanzar los objetivos (diseño del plan)
- ◆ Ordenar los diagnósticos, objetivos y actuaciones de enfermería dentro del plan de cuidados (escribir el plan) y darlo a conocer.

Directrices para plantear objetivos los cuales pueden ser finales y parciales

Los objetivos finales: son un términos de semanas o meses y se derivan de la etiqueta diagnóstica (problema) principalmente.

Los objetivos parciales: se trazan para horas o días y se derivan de los factores contribuyentes o de riesgo (etiología) para ayudar a lograr el objetivo final.

Elementos que componen un objetivo.

Actividad-condición-criterio

- Redactar los protocolos o planear las actuaciones. Consiste en seleccionar las acciones más idóneas para cada problema diagnosticado. Estas acciones de enfermería se centran en la etiología (o factores contribuyentes, R/C) tratando de prevenir, reducir o eliminar para alcanzar los objetivos y en algunas ocasiones se tendrán que centrar en la etiqueta diagnóstica.
- Ordenar los diagnósticos (redactar el plan de cuidados). Incluye la ordenación de manera jerárquica así como los objetivos y actuaciones de enfermería dentro de un formato de plan de cuidados: El plan de cuidados se define como el instrumento de enfermería donde se plasma de manera sistemática, flexible, y jerarquiza los diagnósticos, objetivos y actuaciones de enfermería para una organización y planeación de la atención individualizada de los problemas de salud reales y/o potenciales de un usuario.

Objetivos del plan de cuidados

- Servir de directriz para atención individualizada a un usuario
- Permitir continuidad en la atención de enfermería
- Servir como guía de los datos que debe registrarse en las notas de evolución
- Permitir la comunicación continua con el resto del personal
- Favorecer la asignación de personal idóneo y/o necesario para la atención de los usuarios.

Formato y sus Elementos:

Ficha de datos: Nombre, Edad, Sexo, Servicio, No. De cama o cuarto, Dx. médico, Tx. médico, y fecha de elaboración (inicial).

6 columnas: Diagnóstico, objetivos para el usuario, intervenciones, ejecución / delegación, indicadores de evaluación y resultados.

Firma de la enfermera / estudiante de enfermería responsable

Ejecución

En Kozier y col (1995) se llevan a cabo las acciones de enfermería ya planeadas para apoyar al usuario a realizar sus objetivos. Estas acciones pueden ejecutarse con la ayuda de otras personas o pueden delegarse con otras personas o pueden delegarse con otras. Witter D., B., (2000) se menciona que los procedimientos con el enfermo deben realizarse en la misma forma y las horas indicadas.

Rendón y Col (2001), menciona fases para la ejecución y son:

- Validación (con el usuario, personal, bibliografía) verificando que aún es vigente lo planeado.
- Brindar la atención (seleccionando el personal más calificado para ello).
- Continuar con la recolección de datos.
- Documentación / registros (hoja de enfermería / registro de enfermería).

Evaluación

En Kozier B., et.al. (1995), Smith F., Col. (1996) refieren que en esta última fase se determinan los resultados que alcanzaron con las acciones de enfermería (objetivos logrados).

Witter D., B (2000) menciona que en la evaluación es importante, tener en cuenta el criterio preciso: Ser observables y medibles.

1.4. ASPECTOS ÉTICOS DE ENFERMERÍA

Concepto de Ética

Kozier y et., al. (1999), señala que la profesión de enfermería necesita de la integridad de los miembros que la componen. Las enfermeras tienen que tomar en cuenta el juicio profesional de otras personas al colaborar a desarrollar las normas de enfermería, a medida que las necesidades y valores de la sociedad se van transformando los códigos éticos, cambian. Tradicionalmente las enfermeras dan valor a los méritos y a la dignidad de los individuos.

La creciente conciencia de la ética de enfermería abarca principalmente un resultado del cambio social y tecnológico de la propia naturaleza de la enfermería. En el movimiento social (en la década de los sesenta), el movimiento de mujeres enlazó la opresión de las enfermeras con la discriminación frente a las feministas en la atención sanitaria y en el marco de trabajo, así como en la sociedad en general. En la actualidad, el gran número de individuos sin seguro médico y el costo, la tecnología, el cambio rápido de esta misma, genera nuevos problemas que no existían en otros tiempos.

La ética se conceptualiza como el intento de manifestar y valorar principios mediante los cuales se puedan resolver problemas éticos. La palabra ética proviene del griego "ethos" (Beebe, et. al. 1984).

La enfermería y la ética

J. Davis, (1999), nunca ha considerado la enfermería y a la ética como algo sin importancia. De hecho la ética ha sido la base de la práctica profesional de la enfermería desde que se inició la enfermería moderna en el siglo XIX. Desde luego que los problemas y las cuestiones éticas ya se les planteaban a las enfermeras en la época en la que Florence Nightingale creó la enfermería moderna en el St. Thomas Hospital de Londres, pero en nuestros tiempos, los años últimos del siglo XX traen consigo desafíos nuevos y atemorizantes. La ética exige que usemos dos de nuestras cualidades más humanas: la capacidad de razonar y sentir empatía hacia los demás.

La ética y su contenido tiene que ver con el análisis de las bases éticas de nuestros juicios, acciones y compromisos. Expertos filósofos en la rama de la moral que desarrollaron la teoría ética formularon esencialmente dos preguntas: 1. ¿Cuál es el concepto de "correcto y bueno"? 2.- ¿Qué es correcto hacer éticamente en una situación concreta?. Fundamentalmente se utiliza la ética por las enfermeras para evaluar y justificar sus comportamientos y acciones y lo de otras personas. Se describe también tres formas de reflexión ética. Ética de la virtud de enfermería, principios éticos y ética del cuidado.

Ética de la virtud de enfermería.

En sus inicios la enfermería moderna se centraba en la ética de la virtud, o el carácter de la enfermera; una de las virtudes más importantes es la confianza; cuando un individuo tiene un cierto tipo de carácter y este mismo influye ya que esta persona vive en el mundo como individuo y como enfermera. Estas virtudes influyen en como esta persona es percibida por los demás.

Principios éticos.

Los principios básicos de la ética son los siguientes: 1.- El respeto por las personas, este exige sea tratado cada individuo como ser único y como ser igual a todas las personas, 2.- No hacer daño, 2.- Hacer el bien, 4.- Justicia.

Ética del cuidado

Los principios morales, la capacidad de formar juicios y, la decisión de realizar acciones deben responder a la complejidad de una situación dada; para la ética del cuidado, en avance moral viene determinado por la ampliación del alcance del precepto de ocuparnos de los otros y de mantener las relaciones Inter-personales. Además cada individuo se encuentra situado dentro de una trama de relaciones y que, si bien la tarea importante de la moral consiste en prestar atención, entender, responder emocionalmente al individuo concreto con el que uno se relaciona, además la trama debe abarcar a todos los seres humanos y no solo el círculo de conocido como diría Carol Gilligan (I.M. Barro, C. 1999).

J. Davis, A. (1999) considera que a partir de algún momento en la década de los ochenta, se cuestiona y analiza la ética basada en los principios como fundamento único o predominante en la enfermería; aún cuando la ética del cuidado no puede convertirse en la única ética de enfermería es sumamente importante para nuestra profesión.