

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

1.1. ENFERMERÍA Y ASPECTOS RELEVANTES DE SU PRÁCTICA

En 1859, Florence Nightingale definió a la enfermería como aquella que se encarga de la salud de alguien y su objetivo fundamental es exponer al individuo a la naturaleza para que esta actuara sobre él.

A su vez Ida Orlando y Virginia Henderson en 1961, coinciden en que la enfermería, es la administración de ayuda al individuo para cubrir sus necesidades que contribuyan y garanticen su bienestar físico en la medida de lo posible, o en su defecto ayudarle a morir en paz.

En 1970, Martha Rogers la describe como un arte y ciencia, ya que reconoce la necesidad de aplicar conocimientos y bases teóricas que por medio de la investigación científica puedan llevarse a cabo a la práctica de la enfermería.

A partir de 1980 la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), describe a la enfermería como: "el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales y potenciales", definición muy utilizada en la actualidad (Iyer, P. y col. 1993).

Desde sus inicios la enfermera realiza varias actividades que comprende desde su colaboración en el diagnóstico y tratamiento médico de la enfermedad. La mayoría de las acciones que lleva a cabo enfermería se relacionan con la vida cotidiana del enfermero que él mismo realizaría si fuera capaz. Las principales inquietudes de la enfermera para el usuario, son apoyarlo a cumplir sus necesidades básicas de agua, reposo, sueño y el mantenimiento de las funciones normales del cuerpo. En lo que atañe a esto, la enfermera no se preocupa solamente de la comodidad física, sino que también ayuda a desafiar los problemas de salud, el estrés y la ansiedad que estos provocan. Le ayuda al usuario a recuperar su independencia lo más pronto posible y tanto como lo permitan las limitaciones atribuidas por la enfermedad.

Varias actividades en la profesión de enfermería comprenden su colaboración con el diagnóstico y tratamiento médico de las enfermedades. La valoración inicial de un usuario por parte de la enfermera aunada a la de otros miembros del equipo de salud, ayudan a la identificación de sus problemas globales de salud.

La enfermera también se encarga de la gran mayoría de los procedimientos terapéuticos de cada plan de atención. Por tanto es esencial que tenga capacidad para ejecutarlas.

La enfermera participa en la valoración de la utilidad de la terapéutica para el usuario. Al mismo tiempo suele tener mayor contacto con los usuarios que otros

miembros del equipo, lo que a su vez le da la oportunidad única de observar las actitudes del usuario al tratamiento, valorar y modificar el plan de cuidados si fuese necesario.

En los aspectos de protección cabe recordar que la atención de enfermería se fundamenta en dar ayuda al individuo, al mismo tiempo que a la familia y comunidad a adoptar sus propias medidas para resguardarse de las influencias adversas del medio ambiente y apoyar sus capacidades fisiológicas para su protección.

Si el usuario en dado caso no tiene la capacidad de hacerlo por si solo, la enfermera tiene la responsabilidad de advertir que se tomen todas las medidas necesarias de protección para su seguridad. Cuando trabaja extramuros, debe estar al tanto de los factores ambientales que puedan dañar a la salud y tomar todas las medidas posibles o sea fomentar el desarrollo a las buenas costumbres para la salud, como comer una dieta equilibrada, conservar las buenas prácticas de higiene, lo referente a sueño y reposo, inmunizaciones para aumentar la resistencia a enfermedades, entre otros.

En los aspectos de enseñanza, la enfermera asesora al individuo en problemas de salud, lo que reside en enseñar de persona a persona y colaborar en actividades educativas más veraces. Estas funciones son parte muy trascendental de la atención de enfermería. Estas acciones incluyen cómo aconsejar a las nuevas madres sobre el cuidado específico del bebe, asesoramiento a un usuario sobre su

dieta y autocuidado, ayudar a personas incapacitadas a afrontar las actividades o limitaciones que se les presenten en la vida diaria. Apoya a enfermo y familia a idear los cuidados que se requieran en casa y desarrollar un proyecto de vida para superar los problemas de salud.

En los aspectos de coordinación ejecuta labores sistematizadas al personal auxiliar, esto ha favorecido que la enfermera tenga más libertad en funciones o prácticas más especializadas y a su vez ha añadido a sus responsabilidades la administración y coordinación de las actividades de otros. La enfermera estructura y supervisa los cuidados que proveen el auxiliar de enfermería y enfermeras prácticas.

Analiza con otros profesionales sobre el cuidado del usuario, por ejemplo platica con el dietólogo sobre la alimentación del enfermo, acerca del programa de ejercicios con el fisioterapeuta; la enfermera debe atender a que se cumplan con todas las medidas terapéuticas para el bienestar del usuario, para esto es necesario trabajar en colaboración con el usuario, médico, familia y otros grupos de apoyo.

En cuanto a aspectos de asesoría del paciente; a medida que los sistemas de atención a la salud se complican y se incrementan las instituciones y el número de personas que se interesan en aspectos de cuidados de enfermos, se ha vuelto indispensable que alguien hable por el paciente y abogue por sus intereses. Esta tarea se ha vuelto una fase importante en la atención de enfermería. El usuario necesita de alguien con quien pueda relacionarse en forma significativa y pueda

desempeñarse como su vocero ante otros miembros del equipo de salud. Así mismo, la enfermera por su conocimiento de los distintos servicios que prestan las instituciones, puede proporcionar el acceso del usuario a personas convenientes para su ayuda.

1.2. PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

En el pasado y antes del desarrollo del proceso de enfermería, la enfermería se fundamentaba en órdenes del médico y se realizaban actividades y cuidados enfocados más a la enfermedad que al individuo; cuidados que a la vez eran más guiados por la intuición que por un método científico.

En 1955, Lidia Hall nomina al proceso de cuidados como proceso de atención de enfermería y desde entonces varias enfermeras han incursionado describiendo el proceso de distintos modos.

Ida Jean Orlando (1969) hizo ver la necesidad de llevar a cabo acciones más metodológicas que intuitivas para el cuidado de la persona.

En 1963, Wiendebach se inspiró en tres fases, las cuales eran: observación, prestación de ayuda y validación.

Kelly en 1966, refiere la información necesaria para la etapa de valoración, tales como signos y síntomas, diagnóstico médico, antecedentes socioculturales y medio ambiente.

Del mismo modo, Dorothy Johnson, expresó la conveniencia de recabar datos sistemáticamente y su análisis para determinar la causa y alivio de los síntomas.

En 1967, Lois Knowles agregó la investigación científica para la práctica de la enfermería y sugirió 5 fases para esta, las cuales consistían en describir, investigar, decidir, hacer y distinguir.

En este mismo año, la Western Interstate Comisión on Higher Education describió 5 etapas: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación.

Además, Yura y Walsh escribieron el primer libro donde se planteaban 4 componentes del proceso de enfermería, los cuales enfatizaron a la vez, las habilidades intelectuales, interpersonales y técnicas para la práctica de enfermería.

A partir de la década de 1970, la enfermería empezó a verse como una disciplina que se sustenta en métodos científicos y teóricos orientados al ser humano.

Las etapas del proceso de enfermería fueron legitimizadas en 1973, ya que la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), publica las normas para la práctica de la profesión a partir del proceso de enfermería.

1.3. PROCESO DE ENFERMERÍA

De acuerdo a estudios y conceptos ya establecidos por los diferentes autores, el proceso de atención de enfermería se puede definir como el método sistemático y organizado para identificar las necesidades del ser humano, planificar y realizar acciones que contribuyen a la resolución de problemas o necesidades y evaluar los resultados de estos mismos.

Se han descrito las siguientes fases para el proceso desde sus inicios a la actualidad; observación, prestación de ayuda y validación (Windebach, 1963); descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir (Knowles, 1967); valoración, análisis de la información, planificación, implementación y valoración (Long, B y Col., 1997); valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación (Alfaro, L.R. 1996).

1.3.1. Componentes del proceso enfermero

Kozier y col. 1999, señalan que el proceso de enfermería cuenta con cinco componentes o fases, consta de la valoración, Diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, las cuales se describen a continuación:

Valoración:

Consiste en la recopilación de información sobre el sistema usuario-familia-comunidad, con el fin de conocer las necesidades, problemas o preocupaciones del usuario. Para ésta, es necesaria la utilización de un método de valoración ya que es un proceso continuo, intencionado y sistemático, basado en la planeación para recoger y organizar la información del estado de salud del individuo, familia, o comunidad y consiste en recopilar, verificar y analizar los datos del nivel de salud del usuario.

En el desarrollo de este proceso se utiliza el modelo de patrones funcionales de salud, ya que estos son formas de vida que contribuyen o favorecen el nivel de salud de un individuo, familia o comunidad y el objetivo central del modelo permite de manera planificada, recoger y organizar la información, así como facilitar la evaluación de la salud y llegar a un diagnóstico de base enfermeril.

Ventajas del modelo por patrones funcionales de salud:

- Proporciona un formato de valoración para una base de datos "básica", independientemente de la edad, trastorno médico, del lugar (hospital, hogar), etc.
- Conduce directamente al diagnóstico enfermero.
- Consigue una aproximación holística a la valoración integral del ser humano en cualquier entorno, grupo de edad y en todos los puntos del continuo salud-enfermedad.

Se han establecido 11 patrones que son interdependientes y relacionados con la salud del usuario, los cuales se valoran mediante la ayuda del examen físico e historia de enfermería y que por los cuales se consigue una comprensión holística del usuario con sus problemas reales y/o potenciales que puedan existir.

A continuación se describen los 11 patrones funcionales de salud que se valoran en la práctica de enfermería.

1. Patrón percepción-manejo de la salud.

Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el usuario y como maneja éste su salud. Incluye la percepción del usuario acerca de su salud y la importancia que ésta tiene para sus actividades diarias y planificación de las futuras.

2. Patrón nutricional-metabólico

Describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos, incluyendo horas de comida, cantidad y tipos de alimentos, además de hacer referencias de lesiones de la piel y capacidad general de cicatrización, se valoran además pelo, uñas, mucosas, dientes y temperaturas.

3. Patrón de eliminación

Describe los patrones de la función excretora del individuo. Incluye a regularidad de esta función percibida por el usuario y las características de la misma, así como el uso de coadyuvantes para esta función.

4. Patrón de actividad-ejercicio

Describe los patrones de ejercicio, actividad y recreo e incluye actividades de la vida diaria como cocinar, comprar, higiene, trabajar, mantenimiento del hogar, se incluyen además el tipo, tiempo, calidad del ejercicio o deporte, así como patrones en su tiempo libre.

5. Patrón de sueño-descanso

Describe los patrones de sueño, descanso y relax, incluye patrones de sueño y relax a lo largo de las 24 horas del día; así como la percepción de la calidad y cantidad del sueño y descanso, se incluyen medidas que ayudan a esto, como medicamentos o rutinas.

6. Patrón cognitivo-perceptivo

Describe patrones sensorio-perceptuales y cognitivos, que incluyen la adecuación de los órganos de los sentidos, la utilización de prótesis para enfrentar trastornos. La percepción del dolor y su tratamiento; se describen las diferentes habilidades cognitivas (lenguaje, memoria, juicio, toma de decisiones).

7. Patrón de autopercepción-autoconcepto

Describe el patrón de autoconcepto del usuario y las percepciones de uno mismo. Se valoran actitudes de uno mismo, capacidades cognitivas, afectivas o físicas, la imagen, identidad y el patrón emocional general. El movimiento, contacto visual, la voz y conversación.

8. Patrón rol-relaciones

Describe el patrón de compromisos de rol y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y responsabilidades actuales del usuario, así como satisfacciones o alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales.

9. Patrón sexual-reproductivo

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, así como el reproductivo, esto incluye la satisfacción o insatisfacción de las relaciones sexuales, además estado de reproducción de la mujer, menopausia u otros estados.

10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés

Describe el patrón general de adaptación y la efectividad de la tolerancia al estrés. Incluye la capacidad para resistir cambios en la propia integridad, como tratar al estrés, sistemas de apoyo familiar u otros y habilidades para manejar situaciones.

11. Patrón valores-creencias

Describe patrones de valores o creencias (espirituales); incluye la percepción de lo que es importante en la vida, así como conflictos en valores, creencias o expectativas relacionadas a la salud. (Gordon, Marjory 1996; Kozier, B y col. 1993).

Fases de la valoración:

Recolección de datos de diversas fuentes y a través de varios métodos y técnicas. Consiste en la obtención de una historia de salud y estado global del usuario a través de fuentes primarias y secundarias.

Fuentes primarias:

Usuario, sus percepciones y manifestaciones objetivas.

Fuentes secundarias:

Familia, vivienda, amigos, expediente clínico, personal de salud, resultado de exámenes de laboratorio y bibliografía.

Para la recolección de estos datos se requiere de un proceso sistematizado y el empleo de métodos y técnicas, entre estos se encuentra la entrevista, técnicas de exploración física, visitas a domicilio, resultados de examen de laboratorio, de imagenología, de la historia clínica del médico, entre otros.

Los datos que se obtienen son de 4 categorías:

- **Subjetivos:** Son aquellos referentes a las percepciones propias del usuario a su estado de salud y su forma de expresar o responder ante los problemas o preocupaciones que tiene.
- **Objetivos:** Son aquellos susceptibles de ser observados y medidos (cuantificables), se obtienen durante la observación y el examen físico más concretamente, a través del uso de métodos y técnicas (exploración por medio de todos los sentidos).

- **Datos actuales:** Comprende los hechos que están ocurriendo en el momento presente (aquí y ahora).

Diagnóstico

Es el análisis e interpretación minuciosa de los datos (Iyer, 1989). Es la expresión del problema de un paciente y se llega a él, haciendo deducciones de los datos obtenidos (Moringer y Jauron, 1975).

El término diagnóstico de enfermería, se utilizó por primera vez en la década de los 50. Desde 1973 la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) se ha ocupado de desarrollar una taxonomía de diagnósticos que permitió sentar bases para encontrar y consolidar la identidad profesional del quehacer independiente de las enfermeras.

El profesional de enfermería será responsable de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a problemas reales o potenciales de salud.

Así mismo, como resultado de su formación y experiencia, identifica aquellas funciones de enfermería que se puedan realizar en forma independiente más autónoma. El diagnóstico enfermero se diferencia del diagnóstico médico porque no se refiere directamente a la enfermedad, sino que se interesa por como la persona vive su enfermedad o sus preocupaciones.

- **Diagnóstico de enfermería real.-** Es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad en el momento actual.

- **Diagnóstico de enfermería de riesgo.-** Es un juicio clínico en el que un individuo, una familia o comunidad es más vulnerable a un determinado problema que otras personas que se encuentran en una situación igual o similar.
- **Diagnóstico de enfermería posible.-** En el, las pruebas de que existe un problema de salud, no están claras o se desconocen los factores causales. Un diagnóstico posible requiere más datos ya sea para validarlo o refutarlo.
- **Diagnóstico de enfermería de bienestar o salud.-** Es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado (Iyer, et.al., 1997).

Fases del proceso diagnóstico:

- **Clasificación de los datos:-** Se hace según los indicadores o categorías que se hallan utilizado en la valoración para la obtención de los mismos.
- **Examen de los datos:-** Se buscan datos claves, es decir, aquellos datos que con su presencia dentro de la situación destacan o validan la existencia en cada patrón de signos y síntomas, datos que indican riesgo y datos favorables o recursos positivos con que cuenta el usuario y su familia en esa situación.
- **Interpretación de los datos.** En esta etapa se recurre a la memoria y conocimientos previos que se tiene de las experiencias vividas con otros

usuarios, de literatura existente, consulta con profesoras de enfermería, u otras enfermeras. Este proceso de pensamiento utiliza un razonamiento tanto inductivo como deductivo y permite que el profesional establezca hipótesis o problemas iniciales en la situación, se busca que estos problemas estén plenamente respaldados por los datos agrupados anteriormente. Un mismo dato clave puede estar presente en diversos problemas, pero combinados con otros. Un problema no puede ser justificado con un solo dato.

- Validación de los problemas propuestos:- Se logra en cada problema mediante la revisión y el análisis de los datos obtenidos de manera que se pueda confirmar dicho problema o situación, o quizás tenga que desecharse por no estar suficientemente apoyado en los datos claves.

Formulación de un enunciado con el Formato PES.

Identificada por Gordon (L.J. Carpenito 1996), se refiere a las siglas con un referente nemotécnico que significa:

P – problema o respuesta humana; E- etiología o factores relacionados; S – signos y síntomas (características definitorias o manifestaciones), se unen entre sí con R/C y M/P. (o relacionado con y manifestado por, si el diagnóstico es real. Si aún no existen manifestaciones, pero sólo se detectan factores de riesgo no se utiliza M/P).

Ejemplo de un diagnóstico de enfermería real:

P: Limpieza ineficaz de vías aéreas.

Relacionado con (R/C

E: Secreciones traqueobronquiales

Manifestado por (M/P)

S: Estertores audibles y tos inefectiva

Planeación

Consiste en la identificación de objetivos y desarrollo de estrategias para prevenir, disminuir y/o corregir los problemas identificados en la fase diagnóstica.

Fases de la planeación:

- **Priorización de los problemas diagnosticados:** se utiliza un marco de referencia, ya sea un modelo enfermero o teoría, es también muy utilizado el modelo de jerarquía de necesidades de Abraham Maslow; es decir, priorizar problemas que atenten contra las funciones vitales.
- **Plantear con el usuario los objetivos para resolver la condición diagnosticada:** un objetivo es un resultado que se espera con las actuaciones de enfermería, pero en base a las conductas del usuario y no a las actividades de la enfermera. Para ello se emplea el término de criterios de resultados. Los objetivos pueden ser finales que son en términos de semanas o meses y objetivos parciales que son los que se trazan para horas o días.
- **Plan de cuidados:** es un instrumento de enfermería donde se plasma de manera sistemática, flexible y jerárquica los diagnósticos, objetivos y

actuaciones de enfermería para una organización y planeación de la atención individualizada de los problemas de salud, reales o potenciales de un usuario.

Ejecución

Consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados. Se inician las acciones planeadas inmediatamente después de haber documentado.

Fases de la ejecución:

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

Evaluación

Proceso continuo de revaloración para determinar la medida de los resultados alcanzados y retroacción para modificaciones.