

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1 SUCESOS HISTORICOS EN ENFERMERIA CON EL INICIO DE FLORENCE NIGTHINGALE.

Desde todos los tiempos se reconoce la figura de la enfermera, como la persona que ayuda a los enfermos. En años atrás las ordenes monásticas se encargaban de las actividades enfocadas a prestar atención a los enfermos, siendo la primera orden de enfermeras, la hermanas Agustinas en la época de la edad media.

Antes del siglo XVI, los hospitales eran dirigidos por la iglesia católica, donde inicia el período oscuro de enfermería provocado por el bajo interés de la iglesia y la religión, los hospitales eran insalubres, donde mujeres de mala reputación eran las encargadas de cuidar a los enfermos y de realizar actividades domésticas, sus jornadas de trabajo eran extenuantes, pero este periodo finaliza en el siglo XIX, ya que la reforma llegó con **Florece Nigthingale**, mujer de clase socioeconómica alta que realizaba obras de caridad en los hospitales y que pugnó para que las condiciones higiénicas cambiaran, así como también revolucionó el sistema de cuidados, enfatizó en la necesidad de preparar académicamente a las enfermeras. Se le reconoce Nigthingale, no solo por ser la primera en incursionar en la formación profesional de la enfermera, sino también como investigadora y epidemióloga, ya que indagó y registró sobre las enfermedades que padecían los enfermos durante la guerra de Crimea y los efectos que sobre estos ejercía el medio ambiente en el hospital y los contaminantes en la ciudad y su influencia para la aparición de estados morbosos en sus hábitos, por lo que enseñaba también al pueblo sobre medidas sanitarias para la prevención de enfermedades, (Gordon 1996; Kozier, 1993).

1.2 GENERALIDADES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En el año de 1929 Deborah Mclurg, definió mediante una serie de cuestionarios, lo que sería tres de las fases del proceso de atención de enfermería, los cuales son: la valoración, plan de cuidados, y la intervención de enfermería. En 1948, Luccilla Brown, afirmó que la persona encargada del paciente para su atención, era la enfermera capacitada con conocimientos fundamentados. Después Lidia Hall en 1955, creó el proceso de atención de enfermería donde hacia énfasis en la calidad de atención y que para dar cuidados de enfermería, se llevaría un proceso, donde según su opinión la atención sanitaria sería hacia el paciente, para el paciente, y con el paciente, (Iyer P. y Tapich P. 1995., Rendón y cols., 2001).

Por otro lado personas destacadas como Dorathy E. Johnson, Ida J. Orlando, y Ernestina Wiedenbach, utilizaron el proceso enfermero como herramienta primordial, para la atención del usuario y mencionaron que este proceso de atención contendría una serie de etapas y que estaban interrelacionadas entre sí, (Kozier y col., 1999).

A través del tiempo, la enfermería ha emprendido una serie de cambios, los cuales han sido en beneficio propio de la profesión, y para el usuario a quien se le brinda una atención de calidad, basada en principios, fundamentados científicamente y comprobados en el campo de la enfermería, por personal capacitado profesionalmente con una dedicación y trayectoria en el área.

El mayor auge del proceso enfermero inicia en 1973, cuando la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), lo legitima como instrumento de la práctica y publica las normas del ejercicio de la profesión de las cuales reflejan el extenso campo que abarca, (Griffith J. y col., 1986).

1.3 CONCEPTUALIZACIÓN 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 enfermera 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, son las acciones que contribuyen a la salud o a la 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.

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, la 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, B., 1999).

1.4. CONCEPTO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Para Potter y Perry (1996) y Gordon (1994), la enfermería como profesión es única porque aplica las formas humanísticas e integra las reacciones de los pacientes y familias a los problemas de salud reales y potenciales. El personal profesional en el área de enfermería tiene muchas funciones que son las de cuidador, defensor, investigador y de docencia, por lo que estos autores fundamentan que la enfermería es una ciencia, en donde sus deberes están encaminados a la atención del enfermo a través de un plan de cuidados, mediante los diagnósticos de enfermería.

El proceso de atención de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería siendo un arma importante para la atención del paciente. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas, e interpersonales y que va dirigido a cubrir necesidades del usuario o familia, (Iyer P. W., 1995), se menciona que el proceso de atención de enfermería tiene seis propiedades que son resuelto, sistemático, dinámico, interactivo, flexible, y con una base teórica.

También se define el proceso de atención de enfermería como un método racional y sistemático de organizar y prestar los cuidados de enfermería, siendo su objetivo principal identificar el estado de salud del usuario y los problemas que este presente y posibles de resolver, en donde se realizará un plan de cuidados, donde se programarán las actividades para la solución de problemas (Kozier Barbara, 1995), compartiendo esta idea Alfaro, (1997), dice que el proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados de enfermería eficaces y eficientes orientado al logro de objetivos, llevando un orden de jerarquía para la atención de las necesidades que el usuario presenta. Menciona también que el éxito del proceso de atención de enfermería se mide por el grado de satisfacción, y grado del proceso en mejoría del paciente.

Otra de las personalidades distinguidas que se enfocaron al estudio del proceso de atención de enfermería fue Susan Leddy, quien lo conceptualiza y defiende como tal y

dice que el proceso de atención de enfermería es un método lógico y racional para que el personal de enfermería organice la información de tal manera que la atención que se brinde al usuario sea la adecuada, eficiente y eficaz utilizando las actividades cognoscitivas, interpersonales, y psicomotoras.

Varios autores entre los que figuran: Alfaro, R. y 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 de atención de enfermería:

- Aplicación del método científico a la práctica de enfermería.
- Marco de referencia profesional.
- Método de los estándares del cuidado de enfermería.
- Instrumento de evaluación del cuidado de enfermería.

Entonces el proceso enfermero se define como: método sistemático y organizado que implica el profesional de enfermería para atender las necesidades y/o problemas del usuario y familia y alcanzar el máximo bienestar posible, mediante una asistencia continua, coordinada y racionalizada.

1.5 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Kozier y col. 1999, señalan que el proceso de atención 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: Alfaro, R. (1996), Brunner, S. (1999) y Lefevre (1996), coinciden en que cuenta en cinco fases secuenciales organizadas y sistemáticas, siendo estas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación.

Distintos estudios mencionan que el proceso de cinco fases da mayor importancia al diagnóstico que al proceso de cuatro fases.

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

- Los que tratan las enfermeras independientemente, problemas relacionados con el funcionamiento humano a consecuencia de los efectos de la enfermedad.
- 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

Nos menciona que esta fase esta encaminada a la recopilación de información por diferentes técnicas que son la documental y la de campo, donde estos deben de ser continuos, intencionados, para proporcionar información ya coleccionada para: predecir, detectar, prevenir, controlar o prevenir problemas de salud, también menciona que se identifican formas de ayuda a las personas para conseguir su máximo bienestar de salud e independencia.

Por otro lado Gordon describe la valoración como un proceso continuo, intencionado y sistemático basado en la planeación para recoger, verificar, organizar, y analizar la información del estado de salud del individuo, familia y comunidad.

El objetivo principal es la detección de problemas reales o potenciales, para dar solución donde el problema disminuye, se corrige, o prevenga aquellas que son disfuncionales, donde también se fomentan las que sean benéficas para el usuario.

Dentro de la valoración destacan las acciones siguientes :

- Recolección de información.
- Validación de la información
- Organización de la información.
- Identificación de patrones (anexo 4).
- Documentación o comunicación.

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 cols. (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 está 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 planear 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 auto percepción.
8. Patrón de rol-relación.

-
9. Patrón de sexualidad-reproducción.
 10. Patrón de tolerancia a la situación y al estrés.
 11. Patrón de valores y creencias.

Diagnóstico

Consiste en un proceso de análisis-síntesis, para hacer un juicio o conclusión sobre el estado de salud del usuario ante los problemas reales o potenciales de salud.

Acciones de esta fase de diagnóstico :

- Clasificación de datos
- Examen de datos claves del esto del usuario.
- Interpretación de datos
- validación de datos mediante la verificación de fuentes primarias y secundarias.

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:

- Intercambio : reciprocidad en el dar y recibir.
- Comunicación : enviar mensaje.
- Relación : establecer vínculos.
- Valores : asignar valor relativo.
- Elección : seleccionar entre opciones.
- Movimiento : actividad.
- Percepción : recibir información.
- Conocimiento : significado asociado a la información.
- Sentimientos / sensaciones : conciencia subjetiva de la información.

En esta fase se elaboran los diagnósticos de enfermería que se definen como un juicio clínico, sobre las respuestas humanas del individuo, familia, y comunidad, ante los problemas de salud reales o potenciales y procesos vitales. El diagnóstico de enfermería nos proporciona bases para la selección de intervenciones independientes de enfermería, para fomentar, modificar, prevenir, eliminar, o corregir el estado de salud.

Una de las ventajas del diagnóstico de enfermería, es que facilita la comunicación entre las enfermeras y el equipo de salud, donde también ayuda a la enfermera a centrarse en acciones independientes de esta área, ayuda a identificar el objetivo de una intervención de enfermería.

Las características principales del diagnóstico de enfermería es una exposición del problema del usuario y no una necesidad de enfermería, trata sobre la situación actual o potencial de problemas de salud, conclusión que se deduce tras haber valorado un patrón o conjunto de signos y síntomas. La definición del diagnóstico de enfermería real, es un juicio clínico que ha sido clínicamente válido mediante características definitorias principales por signos y síntomas que están presentes en la valoración del usuario. Los componentes de este diagnóstico real son: el problema (P), factores etiológicos (E), y características que lo definen (S).

Dentro de los diagnósticos de enfermería existen también los potenciales o diagnósticos de riesgo, en los que solo existe el problema, y factores de riesgo.

Planeación

Aquí se determinan los objetivos específicos e intervenciones y lograr con esto oportunamente los resultados esperados, y detectar y prevenir nuevos problemas de salud, donde aquí esperaremos el máximo grado de bienestar y la independencia.

Acciones de la planeación:

- Establecimiento de prioridades.
- Elaboración de objetivos.
- Diseño de las intervenciones de enfermería.
- Registro o documentación del plan de cuidados.

Directrices para plantear objetivos los cuales pueden ser finales o parciales :

- Los objetivos finales : son en 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.

También el plan de cuidados tiene objetivos que se enlistan a continuación :

- Servir de directriz para atención de enfermería.

- Permitir continuidad en la atención de enfermería.
- Servir como guía de los datos que deben 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.

Ejecución

Donde aquí se realiza el plan de cuidados, y podremos alcanzar nuestros objetivos para la mejoría del usuario, donde se podrán hacer cambios para la mas pronta recuperación de este mismo.

Aquí se realizaran las intervenciones de enfermería, asegurándose de contar con los recursos necesarios, así como la preparación de un ambiente terapéutico, cómodo y seguro.

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

- Validación (con el usuario, personal, bibliografía) verificando que aún es vigente lo planteado.
- 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

Aquí se determinara si se han logrado los resultados esperados, mediante la evaluación de los objetivos planeados, donde también en esta fase se podrá modificara el plan o darlo por finalizado, según sea apropiado y resultados obtenidos durante la ejecución.

En esta etapa, los datos de la evaluación, se emplean para corroborar la vigencia de los diagnósticos de enfermería, la evolución y el plan de cuidados en función de las respuestas del usuario, tomando en cuenta que el usuario y el equipo de salud que participan en la atención, participan también en la evaluación del proceso.

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

1.6 VENTAJAS Y CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ENFERMERO

En el siguiente esquema daremos a conocer los beneficios del proceso de atención de enfermería para el usuario y la enfermera como profesional del equipo de salud.

Ventajas para el usuario:

- Participa en algunos casos en su propio cuidado junto con la colaboración del equipo de salud.
- Continuidad en la atención, aquí nos dice que se deberán de cumplir los objetivos planeados dentro de las posibilidades del usuario y del personal.
- Mejora la calidad de atención, en base a nuestros conocimientos teóricos y prácticos la enfermera deberá llevarlos a la práctica en la atención del usuario, dando cuidados de calidad y con eficiencia.

Ventajas para la enfermera:

- Se convierte en una experta, mediante la aplicación constante de los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante su formación como enfermera profesional.
- Satisfacción en el trabajo, realizando los cuidados de calidad y con eficiencia se sentirá segura de que esta empleando sus conocimientos como profesional.
- Crecimiento profesional, aquí la enfermera entre mas conocimientos obtenga, mas será el grado de profesionalismo que tendrá.

Características del proceso enfermero:

- Tiene una finalidad.
- Es sistemático.
- Es interactivo.
- Es flexible.
- Tiene una base teórica.