

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

I.-MARCO REFERENCIAL.

1.1. Antecedentes del origen de los cuidados

Kozier, Bárbara (1999) menciona que en las civilizaciones antiguas las creencias sobre las causas de la enfermedad eran supersticiones y magia, las enfermeras son mencionadas de forma ocasional en el antiguo testamento como mujeres que cuidaban a los lactantes, niños enfermos y moribundos, además asistían a las mujeres durante el embarazo y parto.

San Pablo refiere en su epístola de Febe (Elizondo Teresa 1975), que era una mujer viuda, respetable que se hizo diaconisa al convertirse a la religión de Cristo y dedica su vida al servicio de la iglesia, tomando como misión especial el cuidado de los enfermos en sus casas. Se le consideraba como la primera diaconista y la primera enfermera visitadora domiciliaria, también se merece el título como precursora de nuestras enfermeras sanitarias o enfermeras de salud pública.

Para Elizondo al igual que Bárbara dicen que en los siglos III y IV algunas matronas ricas del imperio romano, como fueron Marcela, Paula y Fabiola, construyeron hospitales impulsadas por el espíritu religioso y además asistían a los enfermos.

También se menciona que las mujeres no eran las únicas que dedicaban el servicio a la enfermería también existía una organización de hombres llamada la Hermandad Parabolania, dedicados a cuidar enfermos y moribundos durante la

plaga de Alejandría, entre los más destacados fueron los caballeros de San Juan (caballeros hospitalarios), la Hermandad de San Alejo (creada en 1431).

En África las funciones eran de comadronas, herbolistas, nodriza y cuidadora de niños y ancianos. En la India, los primeros hospitales eran atendidos por enfermeras fijas y tenían que cumplir algunos requisitos como: conocimiento de preparar los fármacos para administrarlos, inteligencia, dedicación al paciente y pureza de cuerpo y mente.

Donahue, Patricia (1993) describe que en México las etnias prehispánicas (Mayas, incas, aztecas y toltecas) combinaban la magia, religión, la medicina, enfermería y la farmacia; estas actividades eran ejecutadas por curanderos, brujos y después sacerdotes, los cuales tenían como propósito sanar las enfermedades de la mente y el cuerpo. Estas tribus pensaban que se enfermaban por castigo de los dioses; Los rituales, ceremonias, oraciones, cánticos, tratamiento a través de hierbas, amuletos eran utilizados para la curación de sus padecimientos.

Doland, Fitzpatrick y Hermand; (citados en Donahue, Patricia), relatan que usaban los baños o chozas de sudor para purificar el cuerpo y mantener la salud, combinando sustancias aromáticas y a su vez se azotaban el cuerpo con ramas para estimular la circulación y la sudoración.

En el siglo XIX la atención de los enfermos mejora, gracias a las aportaciones de Florencia Nightingale, que nació el 12 de mayo de 1820 en Florencia, Italia; provenía de una familia rica y conservadora, dominaba los idiomas latín y griego, estudio en Kaiserswerth, Alemania, en el instituto diaconisa protestante a pesar de no contar con el apoyo de sus padres, Florencia investigo

sobre los informes hospitalarios y de seguridad pública en Inglaterra, además fue la responsable de la fundación de una escuela destinada a formar personas para la práctica de enfermería y aceptó la dirección en 1853 de una institución privada al cuidado de los enfermos; su primer reconocimiento nacional como enfermera fue el 1 de octubre de 1854 durante la guerra de Inglaterra, Francia y Turquía contra Rusia. Florencia definió a la enfermería como “el acto de influir sobre el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación”, decía también que la enfermería no debía limitarse nada mas a la administración de medicamentos o a la aplicación de cataplasma si no que la enfermera es la encargada de la salud personal del enfermo y que la función primordial era ponerlo en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él. A Florencia Nightingale se le conoce como la dama de la linterna por sus constantes visitas nocturnas a los heridos en la guerra.

A principio de los años 20, el Rockefeller Survery recomendaba que las escuelas de enfermería fueran independientes y tuvieran niveles universitarios. En los primeros decenios del siglo XX los hospitales comenzaron a separar a los pacientes de acuerdo a su patología, las enfermeras tuvieron que adquirir conocimientos para cuidar a determinados paciente.

1.2. Definiciones de Enfermería

- La enfermería es una ciencia aplicada y quien la ejerce posee destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, su propósito es comprender las necesidades del individuo, grupo y/o comunidad para ayudarlos a lograr su potencial máximo de salud. (Gisper C., 1994; Griffith y col. 1986).
- Es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud actuales o potenciales. (ANA 1980).
- Ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos, a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico. Es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano (M. Roger, 1980).
- Es una disciplina humanística, dinámica que utiliza los conocimientos multidisciplinarios para contribuir a la solución de los problemas de la población dentro del proceso salud-enfermedad favoreciéndolas y lograr la auto eficiencia del individuo (concepto de la escuela de enfermería y obstetricia UNAM. Taller de conceptualización 1978).

1.3. Historia del Proceso Enfermero

Anteriormente los cuidados de enfermería se basaban en órdenes escritas por los médicos y estaban enfocados a la enfermedad y no a la propia persona. Hernández Chávez Conesa (1999) menciona que en 1955 Lydia Hall dio una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria, donde afirmaba que la asistencia sanitaria era un proceso y definía como propósito fundamental la asistencia sanitaria en el paciente, para el paciente y con el paciente y debían guiar el objetivo de dicho proceso.

Griffith, Janet y col; mencionan que los aspectos interpersonales de la relación paciente enfermera fueron enfatizados por Ida Jean Orlando, quien destacó que las acciones de enfermería eran más bien deliberadas que intuitivas, también mencionan que en 1966 Kelly describió el contenido de la valoración de enfermería como los signos y síntomas del paciente, la historia y el diagnóstico médico. Dorthy Johnson enfatizó la importancia de la recolección sistemática de datos y sus análisis rigurosos. De igual manera, dice que en 1967 Yura y Walsh escribieron el primer libro que definía cuatro componentes del proceso de atención de enfermería, las autoras dieron gran importancia a las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica de enfermería.

Para la década de 1970, la profesión de enfermería empieza a mirarse como una disciplina científica orientada a una práctica con bases teóricas y centradas en el paciente; los pasos del proceso fueron legitimizados en 1973 por Asociación de Enfermeras Americanas (ANA), quien publicó las normas de las

prácticas de enfermería y reconocieron los cinco componentes: valoración, análisis, planeación, implementación y evaluación.

Hoy en día el proceso de enfermera es el método de intervención más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia sanitaria a través de la práctica de enfermería.

1.4. Conceptualización del Proceso Enfermero

- Método enfermero de intervención que permite, tras el análisis de un caso-paciente-concreto, crear una condición adecuada y eficiente; con la finalidad de tener el estado deseado. (Hernández Conesa, y col. 2001).
- Es un método racional y sistemático de organizar y presentar los cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de salud del usuario, los problemas reales de salud, establecer unos planes para atender a las necesidades que puedan identificar y determinar las intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades. (Kossier Barbara, 1999).
- Es un método para la solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales, general y de enfermería de los pacientes. (Brunner y Suddarth, 1997).
- Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados. (Alfaro Rosalinda, 1992).
- Es una serie de acciones que conduce a un resultado particular, es una descripción general de plan de atención de enfermería: valoración, análisis, planeación, ejecución y evaluación. (Smith Duell, Donna, 1992).

-
- Es un método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz, utilizando las habilidades cognitivas interpersonales y psicomotoras. (Leddy Susan y col. 1989).

1.5. Etapas del Proceso

Iyer Patricia, Kozier Barbara, Alfaro Rosalinda, Smith Sandra. Coinciden que el proceso de enfermería consta de cinco etapas que son: A) Valoración, B) diagnóstico, C) planeación, D) ejecución, E) Evaluación. A continuación se describirán cada una de ellas.

❖ VALORACION:

Es la primera fase del proceso de enfermería, en donde se obtiene información relacionada con el usuario, familia o comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas o preocupaciones del usuario.

Las actividades realizadas para recolectar información son:

1. **Recolección de datos:** se reúne información sobre el paciente, utilizándolo como fuente principal y después se extraerá información de los registros médicos, de enfermería, familia y otros profesionales además de consultar la bibliografía.
2. **Validación de datos:** es necesario validarse de que la información que posee es exacta.
3. **Organización de datos:** se necesita organizar los datos en grupos de información que ayudaran a identificar patrones de salud o enfermedad. Existen muchos modelos disponibles para la recogida de datos que están basados en teorías de enfermería. Tres ejemplos son: Patrones funcionales de salud de Gordon, el modelo de autocuidado de Orem y el modelo de adaptación de Roy.

-
- Gordon (1987) elaboró un esquema con 11 patrones funcionales de salud. La enfermera recoge los datos del patrón funcional y disfuncional.
 - Orem (1991) define ocho requisitos universales de autocuidado.
 - Roy (1984) describe los datos que deben ser recogidos de acuerdo con su modelo de adaptación y clasifica el comportamiento en cuatro grupos: Fisiológicos, del concepto de sí mismo, de desempeño de una función y de interdependencia.

4. Identificación de patrones: Se toma una decisión tentativa sobre lo que pueden significar ciertos patrones de información.

5. Comunicación y anotación de los datos: comunicar y registrar las anomalías para acelerar el tratamiento, registrar los datos de la valoración para comunicar el estado actual de salud.

Los datos se recogen de forma sistemática utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes que son registradas en la historia de enfermería.

A) Observación: Aquí se utilizan los cinco sentidos y tienen dos aspectos: reconocer los estímulos y seleccionar, organizar e interpretar los datos.

B) Entrevista: Es una comunicación programada o una conversación que se realiza con algún propósito. Existen dos sistemas de entrevistas: El dirigido y el no dirigido. La entrevista dirigida esta estructurada y proporciona información específica, la enfermera establece la finalidad de la entrevista y la dirige. La

entrevista no dirigida es la que el usuario dirige los objetivos, los temas y el ritmo de la charla.

Las clases de las preguntas de la entrevista son abiertas y cerradas. Las preguntas cerradas son usadas en la entrevista dirigida, son restrictivas y requieren de respuestas cortas para obtener datos específicos. (Por ejemplo: como, cuando, donde, quien, que).

Las preguntas abiertas se utilizan en la entrevista no dirigida, son amplias, permiten al usuario comentar solo los hechos que desea revelar.

C) Exploración: Es un método sistemático de recolección de datos, utilizando los métodos de inspección, auscultación, palpación y percusión. Se puede realizar usando el método céfalocaudal o por aparatos y sistemas.

Durante la valoración se recogen cuatro tipos de datos: Subjetivos, objetivos, históricos y actuales.

- Subjetivos: Esta información no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo, como son las percepciones, sentimientos, e ideas sobre sí mismo y su estado de salud.
- Objetivos: Es la información observable y mensurable que se obtiene a través de los sentidos durante la exploración física.
- Históricos: Son situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son importantes para identificar las características de la salud normal del usuario y para determinar

experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto sobre el estado de salud del sujeto.

- Actuales: Es lo que le esta sucediendo al individuo en este momento.

❖ DIAGNOSTICO:

Es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, que se deriva de la obtención de datos y de su análisis. Se utilizan habilidades de pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas del usuario para resolverse mediante las intervenciones de enfermería. El diagnóstico de enfermería brinda los fundamentos para el plan de atención individualizado. Se encuentra compuesto de tres fases:

1. -Preparación de datos:

Antes de poder planificar habrá que preparar, clasificar, interpretar y convalidar los datos reunidos. La clasificación permite a la enfermera identificar datos que necesitan mayor discusión, observación o exploración física.

2. -Interpretación:

Implica la identificación de datos importantes, comparación con las normas o patrones y el reconocimiento de los hábitos.

3. -Convalidación:

En esta fase se verifica la exactitud de la interpretación de datos, esto se lleva a cabo mediante la interacción con el usuario, consulta con otros profesionales o comparando los datos con una referencia autorizada y documentada.

Las fases del proceso diagnóstico pueden verse afectadas por varios tipos de errores, incluyendo la recolección incompleta de datos, la incorrecta interpretación o la falta de conocimientos. Existen varias formas de exponer los diagnósticos de enfermería usando una serie de sistemas de diagnósticos. El sistema más utilizado es el de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA). Un diagnóstico de enfermería consta de tres componentes: El enunciado del problema, la etiología, y las características definitorias.

1. -Enunciado del problema: (etiqueta diagnóstica): Se describe el problema de salud con claridad y tiene que ser concreto.
2. -Etiología: (Factores relacionados y/o factores de riesgo): Se identifican las causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención del usuario.
3. -Características definitorias: Son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta.

❖ PLANEACION

Una vez que se ha realizado la valoración e identificación de los problemas se puede iniciar la planificación, esto implica el desarrollo de

estrategias diseñadas para reforzar las respuestas saludables del usuario, utilizando un plan de cuidados individualizado dirigido al logro de objetivos y ayuda a la persona a lograr un óptimo nivel de funcionamiento.

Los componentes planificadores del proceso de enfermería constan de:

1. -Fijación de prioridades: Se establecen sistemas para determinar que diagnóstico se tratara primero, para ello se recomienda utilizar la jerarquía de necesidades humanas.

A) Jerarquía de Maslow: Las describe en cinco niveles que son: necesidades fisiológicas, de seguridad, social, estima y autorrealización.

Una vez determinadas las prioridades el siguiente paso es el establecimiento de objetivos (resultados esperados) claros y realistas. Existen objetivos a corto y a largo plazo y tienen tres propósitos: Son instrumentos de medición del plan de cuidados, dirigen las intervenciones y son factores de motivación.

2. -Establecimiento de resultados: Son formulaciones de lo que se espera conseguir pasando cierto tiempo, deben ser claros, concisos, observables, mensurables, con limitación de tiempo, realistas. Cada resultado esperado tiene que tener los siguientes componentes:

- * Sujeto: Quien es la persona que se espera que logre el resultado.
- * Verbo: Que acciones debe realizar para lograr el resultado.
- * Condición: Bajo que circunstancias va a realizar las acciones.
- * Criterio: En que medida tiene que realizarlos.
- * Momento específico: Cuando se espera que las realice.

3. -Desarrollo de las intervenciones de enfermería: Se describe de que modo la enfermera ayudara al usuario a conseguir los resultados propuestos. Son actividades que realiza la enfermera para controlar, prevenir o resolver el problema de salud y ayudar a realizar las actividades de la vida diaria, incluyendo las de fomento a la salud.

Estas intervenciones pueden ser independientes e interdependientes. Las características de las intervenciones de enfermería son individualizadas, congruentes con otros tratamientos y basadas en conocimientos científicos y la experiencia de la enfermera.

4. -Documentación del plan de cuidados: Consiste en registrar los diagnósticos enfermeros, objetivos, intervenciones, indicadores de evaluación y evaluación en forma organizada.

❖ EJECUCION:

Son las acciones de enfermería o intervenciones prioritarias que se realizan para lograr un objetivo específico y empieza después de que se haya elaborado el plan de cuidados. Se basa en la valoración, interpretación de datos, identificación de necesidades, los objetivos del paciente, el diagnóstico de enfermería y las estrategias para alcanzar los objetivos. Para completar esta fase de ejecución se utilizan tres etapas:

1. Preparación: Exige que la enfermera se prepare para el comienzo de las intervenciones de enfermería, esto implica un repaso en las intervenciones identificadas en la fase de planificación, análisis de los conocimientos y

técnicas de enfermería necesarias, reconocimiento de posibles complicaciones asociados con determinadas actividades de enfermería.

2. Ejecución: Es la iniciación de las intervenciones de enfermería diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del usuario, utilizando acciones independientes e interdependientes, basados en los datos de valoración, diagnóstico y planificación del proceso de enfermería.
3. Documentación: La ejecución de las intervenciones de enfermera debe ir seguida de la anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería.

❖ EVALUACION:

Es la quinta y última fase del proceso, aquí se determina si el paciente ha logrado los resultados esperados del plan de cuidados y decide si debe modificar, continuar o finalizar el plan. Constituye un proceso continuo y terminal.

- Continuo: Porque se realiza también durante ejecución, si las reacciones son las esperadas o no.
- Terminal: Porque después que la enfermera completa su plan de cuidados, evalúa si se han cubierto o no los objetivos.

La evaluación del plan de cuidados individual implica las siguientes actividades:

a).- Evaluación del logro de resultados esperados:

- Realizar una valoración para determinar el estado de salud actual.

-
- Hacer una lista de los resultados esperados determinados en la planificación.
 - Valorar lo que el paciente es capaz de hacer en relación con los resultados esperados.
 - Comparar la conducta del cliente con los resultados establecidos.
 - Anotar los hallazgos, hasta que punto se ha logrado los resultados.

b).- Identificación de las variables que afectan al logro de los resultados: Cuando se determina el logro de resultados se podrá identificar los factores que afectan el alcance de los mismos.

c).- Decidir si se debe continuar, modificar o finalizar el plan de cuidados.

- Continuar el plan si el paciente no ha logrado los objetivos.
- Modificar el plan cuando los resultados esperados no se han logrado y nosotros hemos identificado factores que dificultan o facilitan los cuidados.
- Finalizarlo si el paciente ha logrado los resultados y muestra habilidad para cuidarse así mismo.