

I MARCO REFERENCIAL

1.1 Sinopsis Histórica

Desde los primeros tiempos se reconoce la figura de la enfermera como la persona que ayuda a los enfermos, niños y recién nacidos. Antes del siglo XVI los hospitales eran dirigidos por la iglesia católica; a principios de 1517, inicia el periodo obscuro de la enfermería provocada por el bajo interés de la iglesia y la religión, los hospitales eran insalubres y oscuros, (Kozier, 1993) Sanhuesa,(2001) menciona que la enfermera nace ligada a la magia y a la religión, muy similar a los inicios de la medicina, ya que era ejercido por mujeres crueles o de mala reputación, Florence Nightingale (1854 – 56), logro a base de esfuerzos, que la enfermería se convirtiera en una profesión respetada; además, lucho por la limpieza de los hospitales, trabajó en la educación del pueblo, enseñado a tomar medidas sanitarias y evitar enfermedades provocadas por las infames condiciones de la ciudad. Siendo la que dio inicio a la primera organización de atención domiciliaria fundo la escuela de enfermería, donde se instruía a personas y se orientaban a la gente para los cuidados que se ejercía a los necesitados.

1.2 Conceptos de Enfermería.

Para Gispert (1994) la enfermería es la ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarias para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad, referente a la salud, su conservación, promoción, y su restablecimiento.

Mientras que Madeleine Leininger (1984) la describe como un arte humanístico aprendido y una ciencia que se enfoca en los comportamientos personalizados (individuales o conjuntos), en las funciones y procesos dirigidos hacia la promoción y mantenimiento de la conducta para la salud o hacia la recuperación en la enfermedad. Esta misma autora enfatiza que los comportamientos tienen un significado psicocultural, físico y social para aquellos seres, asistidos generalmente por una enfermera profesional o una de las similares competencias. Así también, Virginia Henderson (1960), define como la única función de la enfermería; ayudar a los usuarios sanos o enfermos, en el desarrollo de aquellas actividades que contribuyen a la salud, recuperación o muerte tranquila, actividades que realizarían sin ayuda, si tuvieran la fuerza, el deseo o el conocimiento necesario, todo esto de manera que recuperen su independencia lo más rápido posible.

Por otro lado Duran de Villalobos (2001) menciona que a la enfermería se le ha conceptualizado de distintas formas como profesión subordinada, servicio humano amplio compasivo y de apoyo, vocación aprendida, pero, mas recientemente se le visualiza como una disciplina del área de la salud y comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano. Duran. Reconoce que enfermería es una disciplina profesional- un campo científico de aplicación porque su desarrollo disciplinar se basa en conocimientos propios particulares y en otros derivados de la ciencias naturales, sociales y de las humanidades.

1.3 Generalidades del Proceso Enfermero

Para Patricia W. Iyer y Col (1995) el proceso de enfermería es el sistema de practica en cual el profesional utiliza sus conocimientos, opiniones, habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del usuario a los problemas reales o potenciales de salud. Esta misma autora menciona que Yura y Walsh 1988 visualizaron al proceso de enfermería, como; la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería que es mantener el bienestar optimo del usuario, y, si esta no se lograba se brindará la asistencia de enfermería necesaria para que el paciente emplea al

máximo sus recursos (fortalezas) y alcanza la mayor calidad de vida posible.

Según Brunner y Suddart (1997) el proceso enfermero es la esencia de la profesión de enfermería y se basa en un método para la solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales generales de enfermería y usuario.

El proceso de enfermería tiene seis propiedades:

Es intencionado, sistemático, dinámico, interactivo, flexible, y tiene una base teórica.

El proceso de enfermería se puede describir como: Intencionado por que va dirigido a un objetivo. El profesional de enfermería utiliza las fases del proceso para ofrecer una atención de calidad centrada en el usuario. El proceso es sistemático por que consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito. Este método premeditado favorece la calidad de enfermería y evita los problemas asociados a la intuición o a la prestación de la asistencia tradicional. Es dinámico por que esta sometido a continuos cambios. Se trata de un proceso continuo enfocado a las respuestas cambiantes del usuario que se identifican a través de la relación entre el profesional de enfermería, y el usuario. Es interactivo ya que el proceso de enfermería se basa en las relaciones reciprocas que

se establecen entre el profesional de enfermería y el usuario, la familia y otros profesionales sanitarios.

Es flexible el proceso se puede demostrar en dos contextos: a) Se puede adaptar a la práctica de enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades.

b) Sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y recurrente.

Base teórica El proceso se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

1.4 Etapas del Proceso Enfermero

El proceso de enfermería cuenta con cinco fases identificables:

Fase de Valoración: Es la valoración sistemática del usuario para determinar su grado de bienestar general, identificando problemas de salud reales o potenciales para elaborar diagnósticos. (Brunner y Sudart, 1997).

Es la primera fase del proceso de enfermería sus actividades se centran en la obtención, información con el usuario, el sistema usuario/ familia o comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones, o respuestas humanas

del usuario, los datos se recogen de manera sistemática utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería. (Patricia W. Iyer 1995).

La valoración debe realizarse a través de una guía diseñada a partir de uno o varios modelos enfermeros que propicien la identificación de datos y faciliten la organización y uno de esos modelos son los patrones funcionales de salud los cuales son formas de vida que contribuyen o favorecen el nivel de salud de un individuo, familia o comunidad. Este modelo fue propuesto por Marjorie Gordon quien integra aspectos de diversas teorías de enfermería que permiten identificar indicadores de respuestas humanas antes los problemas, necesidades o situaciones de salud actuales y potenciales. (Rendón y Col. 2001).

Tipología de patrones funcionales de Marjorie Gordon.

1. Patrón de mantenimiento- percepción de la salud. Incluye el modo como el usuario percibe su estado de salud y la importancia que le da para sus planes actuales y futuros.
2. Patrón nutricional metabólico. Describe el comportamiento habitual del consumo de alimento y líquidos: horas habituales de comida, tipos y cantidad, preferencias de cualquier tipo;

piel-mucosas, estado general de la misma y los anexos.

3. Patrón de eliminación. Describe la regularidad de las funciones escretoras (intestinal, vesical y piel)
4. Patrón de actividad- ejercicio. Incluye la capacidad demostrada para el autocuidado y la frecuencia de realización, además el ejercicio, actividad, tiempo libre, recreo y la energía requerida para ello, sobre todo para las actividades de la vida diaria.
5. Patrón de sueño-descanso. Describe hábitos de sueño y descanso durante las horas de sueño y tiempo para siesta/descanso.
6. Patrón cognitivo-perceptivo. Incluye aspectos sensoriales, dolor, lenguaje, memoria, juicio y toma de decisiones y órganos de los sentidos: vista, oído, tacto, gusto y olfato.
7. Patrón de autopercepción y concepto de si mismo. Incluye lo expresado por el usuario a cerca de cómo se ve así mismo.

-
8. Patrón rol- relaciones. Muestra el patrón de la responsabilidad, o roles mas importantes que tiene el usuario actualmente.
 9. Patrón sexualidad-reproducción. Incluye la satisfacción - insatisfacción de la sexualidad y la función de procreación.
 10. Patrón de afrontamiento - tolerancia al estrés. Describe las formas de adaptación y como tolera las situaciones de estrés.
 11. Patrón de valores-creencias. Describe los valores o creencias incluyendo a los espirituales.

La valoración contempla las siguiente fase:

-Recolección de datos: obtenidos de diversas fuentes a través de varios métodos y técnicas .

- Fuente primaria. Es la información obtenida directamente del usuario referente a sus percepciones y/o manifestaciones.

-
- Fuente secundaria: es la información sobre un usuario obtenida de otras personas. Documentos o registros como : familia, amigos, personal de salud, expediente clínico, resultados de laboratorios, vivienda y bibliografía.

Obtención de datos del paciente se utilizan cuatro categorías:

1. Datos subjetivos, son aquellas percepciones propias del usuario respecto a su estado de salud y su forma de expresar o responder ante los problemas o preocupaciones que tiene.
2. Datos objetivos son aquellos susceptibles de ser observados y medidos estos se obtienen durante la observación y el examen físico mas concretamente a través del uso de métodos y técnicas.
3. Datos de antecedentes son aquellos que se refieren a situaciones de salud o enfermedad ocurridas con anterioridad.
4. Datos actuales comprenden los hechos que están ocurriendo en el momento presente (aquí y ahora). Las cifras de signos vitales, la herida quirúrgica, el vómito etc.

Métodos y técnicas de recolección de datos.

Para la recolección de la información es necesaria la utilización de métodos que sirvan de guía al profesional de enfermería y proporcionen un enfoque lógico, sistemático y continuo en la obtención de datos.

- Anamnésis: entendida como plática o conversación entre dos o más personas con un objetivo determinado.
- Observación : comprende la utilización de los sentidos para captar la información de manera globalizadora, por lo que se requieren amplios conocimientos teóricos y habilidades en el uso de los mismos.
- Examen físico: este método se realiza a través del uso de técnicas como:
Inspección, palpación , percusión, auscultación y medición, cuyo objetivo es la obtención de información objetiva de las respuestas del usuario a los procesos vitales.

El Diagnóstico: durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del usuario.

se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. (Patricia w. Iyer 1995).

Esta etapa tiene cuatro fases:

-Procesamientos de datos: búsqueda de datos claves que revelen la situación del usuario

-Interpretación de los datos: Establecimiento de hipótesis y deducciones.

-Validación: verificar con las fuentes primarias y secundaria

Clasificación de datos: en esta fase se identifican los diagnósticos enfermeriles y los problemas conjuntos. El diagnóstico de enfermería, aluden a problemas de salud reales o potenciales que reciben tratamiento mediante intervenciones independiente de enfermería, los problemas conjuntos o también llamados problemas interdependientes hacen referencia a las respuestas o complicaciones fisiológicas(tratamiento, enfermedad, estudio diagnóstico o modalidad terapéutica) y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico u otro profesional.

(Brunner y Suddart, 1997).

Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr objetivos de lo que la enfermera es responsable (NANDA, 2000). Los diagnósticos se clasifican en:

- Diagnóstico de enfermería real: describe respuestas a procesos vitales/estado de salud que existen en el individuo, familia a comunidad.
- Diagnóstico de enfermería de riesgo: es un juicio en el que un individuo, una familia o una comunidad, es mas vulnerable a un determinado problema que otras personas que se encuentran en una situación igual o similar.
- Diagnóstico de enfermería posible: las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales. un diagnóstico posible requiere mas datos ya sea para validarlos o eliminarlos.
- Diagnóstico de enfermería de bienestar o de salud: es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel mas elevado. (Iyer . et. al. 1997)

En la actualidad los diagnósticos aprobados por la NANDA suelen aparecer en una tabla ordenada alfabéticamente y se clasifican según los nueve patrones de respuestas humanas ó mas recientemente según los once patrones funcionales de salud de Marjorie Gordon.

Características de los diagnósticos de enfermería:

- Es una exposición del problema del paciente y no una necesidad de enfermería.
- Trata sobre el estado a los problemas potenciales de salud.
- Es una conclusión que se deduce tras haber encontrado un patrón o conjunto de signos y síntomas.
- se apoya en datos subjetivos y objetivos que se puedan constatar.
- Trata de temas que las enfermeras están autorizadas a atender.
- Trata aspectos espirituales, físicos, psicológicos y sociocultural.
- Se expone con una frase breve y concisa.
- Puede tener una, dos o tres partes, siendo una etiología, si se conoce.
- Trata aquellas situaciones que la enfermera puede atender en forma independiente .
- Debe ser validado por el usuario siempre que sea posible.

Fase de planificación o planeación.

En esta fase se desarrollan metas y estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. (Brunner y Suddart, 1997).

La fase de planificación consta de varias fases:

- Establecimiento de prioridades para los diagnósticos encontrados.
- Fijar resultados con el usuario para corregir, reducir al mínimo o evitar problemas.
- Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
- Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados. (Patricia Iyer , 1995).

Para planificar las estrategias de enfermería es necesaria la participación de una o mas enfermeras, el usuario, los integrantes de la de la familia y otras personas de apoyo, y a veces otros profesionales de la salud. Aunque fundamentalmente el proceso de planear es responsabilidad del profesional de la enfermería, las aportaciones del usuario y las personas de apoyo son esenciales para que un plan sea eficaz; no es idóneo que las enfermeras planifiquen para el usuario, es necesario que se planee con el usuario, para garantizar su

participación. Kozier (1999) menciona dos tipos de planeación:

-Planeación inicial: esta es desarrollada por la enfermera que recibe al usuario en su ingreso y se deriva de la valoración inicial realizada al usuario en el primer contacto con la institución de salud.

-Planeación continua: la ejecuta todo el personal de enfermería que asiste al usuario a medida que se detectan los nuevos datos y se evalúa la respuesta del mismo ante las intervenciones; también se lleva a cabo en el inicio de cada turno de trabajo, cuando la enfermera organiza la atención a desarrollar durante ese tiempo.

Los objetivos de la enfermera al planear continuamente son:

- a) Determinar variaciones en el estado de salud del usuario durante el turno.
- b) Establecer las prioridades de atención en el usuario durante el turno.
- c) Definir en cuales problemas del usuario enfoca la atención de enfermería durante el turno.
- d) Coordinar las intervenciones de enfermería, para atender mas de un problema en cada contacto con el usuario.

Durante la planeación se diseñan:

- a) los objetivos. Indican las conductas que será capaz de realizar el usuario como resultados de las intervenciones de enfermería, de su familia y de el mismo.
- b) Las intervenciones. Describen las estrategias a través de las cuales el profesional de la enfermería puede ayudar al usuario a conseguir los objetivos.
- c) Los responsables de su ejecución. Determinan las personas que participaran en el desarrollo de las estrategias.
- d) Los indicadores de evaluación. Son los parámetros a través de los cuales la enfermera determinara el logro de los objetivos durante la etapa de evaluación.

Los diagnósticos de enfermería deben de jerarquizarse, lo que significa ordenar según la importancia del problema, para abordar inicialmente el de mayor urgencia para lograr esa jerarquización se sugiere utilizar un marco de referencia; el modelo mas utilizado en nuestra profesión es la Jerarquía de las necesidades humanas de A. Maslow.

Organizado en cinco niveles: Fisiológicas, Seguridad y Protección, Afecto y Pertenencia, Estima y Autorrealización.

Fase de Ejecución: Ejecutar el plan de acciones mediante la intervención de enfermería.

(Brunner, 1997). La ejecución incluye también el registro de la atención al usuario en los documentos adecuados. esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

(Patricia, Iyer 1995).

La ejecución consiste fundamentalmente en realizar o delegar al resto del equipo de enfermería, usuario o familiares, las intervenciones prescritas por el profesional de enfermería derivadas de los diagnósticos enfermeros y los tratamientos indicados por el medico, resultados de los diagnósticos médicos.

La correcta ejecución depende en gran medida de la calidad de la valoración, del diagnóstico y de la planeación realizada con anticipación, por lo tanto fungen como plataforma para iniciar una ejecución satisfactoria.

Para la ejecución satisfactoria del plan de cuidados, el profesional de enfermería requiere de habilidades intelectuales, habilidades de interacción humana y habilidades técnicas.

- a) Habilidades intelectuales: son de gran importancia para una atención de enfermería de calidad, estas se ponen en practica al emplear el

conocimiento científico en el momento de la intervención.

- b) Habilidad de interacción humana: redundan en la calidez de la atención y se ponen en juego al establecer una relación de ayuda de tipo profesional con el demandante del servicio.
- c) Habilidades técnicas: se refieren a la destreza con la que el profesional de la enfermería maneja los procedimientos con el individuo, familia y comunidad.

La ejecución se lleva a cabo por tres fases:

- a) Preparación
- b) Intervención.
- c) Documentación o registro.

Preparación: en esta fase se programan una serie de actividades para dar inicio a las intervenciones de enfermería.

-Revisión de las interacciones de enfermería. Para asegurarse que no se contraponen al tratamiento establecido y que son vigentes para el estado actual del usuario. Análisis de los conocimientos y habilidades de enfermería necesarias para la ejecución del plan. La responsable de ejecutar el plan, deberá evaluar el nivel de conocimiento y habilidades exigidas para desarrollar las intervenciones sin necesidad de ayuda, o en

contrario, cuando no este familiarizada con un procedimiento o equipo específico.

-Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas al tratamiento enfermero. Con la finalidad de poner en marcha enfoques preventivos que disminuyan el riesgo para el usuario, o bien, agudizar el monitoreo para la detección temprana y así intervenir precozmente, de igual manera, informar al usuario del riesgo para asegurar su colaboración.

-Asegurarse de contar con los recursos necesarios entre ellos el tiempo y horario para la ejecución seleccionar el tiempo adecuado para intervenir.

-Preparación de un ambiente terapéutico y seguro. La creación de un entorno agradable, cómodo y seguro garantiza el éxito de las intervenciones de enfermería.

Intervención. Es el inicio de las acciones independientes e interdependientes diseñadas para resolver, minimizar, modificar o evitar los problemas de enfermería.

Registro. Es la redacción completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar durante la ejecución; esta fase de ejecución termina al registrar las intervenciones independientes e interdependientes de enfermería.

Evaluación: La última etapa del proceso enfermero es la evaluación, trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del usuario, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa, el plan de cuidados de enfermería.

Como resultado de esta etapa, se determina si las intervenciones de enfermería deben suspenderse, continuarse o modificarse.

En este contexto, la evaluación puede ser:

-Evaluación continua. Esta se realiza mientras las intervenciones de enfermería son ejecutadas o inmediatamente después de estas permite a la enfermera cambiar las intervenciones de una manera inmediata y radical si no se obtiene la respuesta programada en el usuario.

-Evaluación intermitente. Es realizada durante periodos determinados (cada-24 horas, cada semana, etc); al igual que la anterior, permite valorar el grado de consecución de los objetivos, y de esta manera corregir el plan de atención.

-Evaluación final. Especifica el estado del usuario. En el momento de ser dado de alta. Se valora el alcance de los objetivos y las habilidades del usuario

para su autocuidado y actividades de seguimiento en el tratamiento ambulatorio.

La evaluación depende en gran medida de las etapas anteriores; los datos de la valoración deben ser claros y concretos para que la enfermera pueda formular diagnósticos correctos; durante la fase de planeación, los resultados esperados (indicadores de evaluación) deben quedar determinados en comportamientos concretos por parte del usuario para que sean útiles en la evaluación, por último. Sin los registros correctos durante la ejecución, sería totalmente difícil evaluar las respuestas del usuario.

Para una evaluación eficaz. Kozier (1999) sugiere considerar las siguientes directrices propuestas por la Asociación Americana de Enfermeras (ANA) en 1991:

- a) la evaluación es sistemática y continua.
- b) las respuestas del usuario ante las intervenciones de enfermería deben registrarse .
- c) La eficacia de las intervenciones de enfermería se evalúan en relación a la evolución del usuario.

-
- d) Los datos de la evaluación continua se emplean para revisar los diagnósticos enfermeros, evolución y el plan de cuidados en función de las necesidades del usuario.
 - e) Las revisiones, cambios y modificaciones de los diagnósticos enfermeros, objetivos y plan de atención se documentan.
 - f) El usuario, su familia. Cuidadores y personal del equipo de salud, participan en la evaluación, cuando sea pertinente.