
I. MARCO REFERENCIAL

1.1. Historia de Enfermería

Desde las sociedades primitivas a la contemporáneas, el cuidado de los enfermos ha estado influido por muchos factores tales como la superstición, la magia, la mitología y la religión, a los curanderos se les dejaba la responsabilidad de curar a los enfermos, ya que se creía que la enfermedad era provocada por fenómenos sobrenaturales; el cuidado del enfermo se daba en instituciones religiosas.

Según Martínez B. y col.(1988), La figura de la mujer en todas las sociedades ha estado estrechamente ligada a la atención de la salud principalmente por sus características de género y su función maternal (y desde épocas remotas hasta en la actualidad la mujer predomina en el cuidado del enfermo.)

La enfermería empieza a visualizarse como una profesión en el siglo XIX con Florencia Nightingale pues, fue la primera en fundar una escuela destinada a formar enfermeras y sus enseñanzas se basaban en el arte, ciencia y espiritualidad.

A Nightingale también se le conoce como investigadora pues indagó los efectos que ejercía el medio ambiente hospitalario en los enfermos y propuso cambios que coadyuvaran en la rehabilitación más temprana. Ella basó su definición de enfermería principalmente en la manipulación del entorno, que éste

debería ser un ambiente limpio, ventilado, tranquilo y eran fundamentales para recuperar la salud. A partir de entonces elevó el estatus de profesión.

Virginia Henderson en 1960, define a la enfermería cuya función propia es ayudar al individuo sano o enfermo cuando este no es capaz de realizar por sí mismo aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación y cuando esta no es posible se le ayude a que su muerte sea tranquila.

La definición del concepto de enfermería ha tenido muchas modificaciones y es hasta 1973 cuando la Asociación Americana de Enfermeras (ANA) publicó la siguiente definición (Iyer y col. 1993, Kozier B. 1993-99):

Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud actuales y potenciales. Este organismo describe la práctica de la enfermería como directa orientada hacia una meta, adaptable a las necesidades del individuo la familia y la comunidad.

1.2. Desarrollo del proceso de atención de enfermería.

El proceso de atención de enfermería, es el método que guía el trabajo del cuidado de enfermería, dicho modelo surge por primera vez en 1955 y su precursora fue Lidia Hall, desde ese entonces ha tenido cambios relacionados con la evolución misma de la profesión se le concibe como un proceso continuo integrado por diferentes etapas o fases ordenadas lógicamente e interrelacionadas entre sí que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente. En la

actualidad se distinguen cinco fases que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Orlando 1961; Wiedenback 1963; Yura y Walsh 1967; Bloch 1974; Aspiral 1976; en Kozier y col 1999).

El proceso de enfermería abarca la recogida, el análisis y la interpretación de los datos precisos para determinar las necesidades del usuario y por otra parte la planificación de los cuidados oportunos, su ejecución y su evaluación global. Pueden distinguirse cinco fases cada una debe de ser adecuadamente complementada para el logro satisfactorio de los objetivos.

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, donde éste es el centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utiliza el proceso de enfermería. Esto ayuda al usuario a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

1.3. Ventajas del Proceso de Enfermería Para el Cliente.

El empleo del proceso de enfermería es beneficioso para el cliente y la familia, los anima a participar en forma activa en la atención, al incluirlo en las cinco etapas del proceso, el cliente proporciona datos para la valoración valida él diagnóstico de enfermería confirma los resultados y actuaciones ayuda en su ejecución y proporciona antecedentes para la evaluación además el plan de cuidados, escrito favorece la continuidad de la atención.

1.4. Ventajas del Proceso Enfermero para el Profesional de Enfermería.

- Proporciona satisfacción por el trabajo.
- Potencia al desarrollo profesional.
- Fomenta las relaciones significativas entre profesional de enfermería y cliente.
- Ahorrar tiempo y energía evitando la frustración generada por los ensayos y errores de enfermería.
- Dar una mejor satisfacción por el trabajo y aumento del desarrollo profesional.

1.5. Etapas del Proceso Enfermero.

1.5.1. Valoración.

Primera fase del proceso de enfermería, sus actividades se centran en la obtención de información relacionadas con el cliente, el sistema cliente/familia o la comunidad con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente, los datos se recogen en forma sistemática utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería. En la valoración para la recogida y organización de datos se utilizan varios modelos, uno de ellos es el de patrones funcionales de salud los cuales son proporcionar; sobre formas de vida que contribuyen a favorecer el nivel de salud de un individuo, familia o comunidad. Es un modelo propuesto por Marjorie Gordon que integran aspectos de diversas teorías de enfermería que permiten identificar indicadores de respuestas humanas ante los problemas, necesidades o situaciones de salud actuales y potenciales.

Objetivos de la Valoración por Patrones Funcionales

Conocer respuestas humanas ante problemas de salud actuales y potenciales para establecer acciones individuales que disminuyan, corrijan o prevengan aquellas que son disfuncionales.

Servir de marco para la valoración integral (biopsicosocial, espiritual), que permitan de manera planificada recoger y organizar la información, así como facilitar la evaluación y el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

Establecer diagnósticos de base enfermeril que sirvan de punto de partida para la planeación del cuidado de enfermería.

Los patrones funcionales son:

- I. Mantenimiento y percepción de la salud
- II. Patrón nutricional metabólico
- III. Patrón de eliminación
- IV. Patrón de actividad-ejercicio
- V. Patrón de sueño descanso
- VI. Patrón cognitivo-perceptivo
- VII. Patrón autopercepción y concepto de sí mismo
- VIII. Patrón de rol relaciones
- IX. Patrón de sexualidad y reproducción
- X. Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés
- XI. Patrón de valores- creencias

1.5.2. 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 al cliente.

Consta de cuatro sub-fases:

Clasificación de datos. Se hace según los indicadores de categorías que se hayan utilizado en la valoración para la obtención de los mismos.

Examen de datos. Se buscan datos claves es decir aquellos datos que su presencia dentro de la situación destaca o validan la existencia de cada patrón.

Interpretación de los datos o inferencias. En esta etapa se recurre a la memoria o conocimiento científico previo que se tiene de la experiencia vivida con otros usuarios, de literatura existente, de consulta con profesores de enfermería y enfermeros.

Validación de los problemas propuestos. Se logra mediante la revisión y análisis de los datos obtenidos de manera que se pueda confirmar dicho problema o quizá tenga que rechazarse por no estar suficientemente apoyado en los datos claves (Teresa Jiménez de Esquinasi, 1997).

En esta fase se identifican los diagnósticos o juicios clínicos los cuales son las respuestas del individuo familia comunidad frente a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinados a lograr objetivos de lo que la enfermera es responsable (NANDA, 2000).

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en reales, de riesgo, posibles y de salud.

El diagnóstico de enfermería real, describe respuestas humanas a los procesos vitales/estado de salud que existe en el individuo familia y comunidad.

Diagnóstico de enfermería de riesgo, es en el que el individuo una familia o una comunidad es más vulnerable a un determinado problema que otras personas que se encuentran en una situación igual o similar.

Diagnóstico de enfermería posible, es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no son tan claras o se desconoce los factores causales.

Diagnóstico de enfermería de bienestar o de salud, es el juicio clínico sobre el individuo familia o comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel mas elevado.

En esta fase además de los diagnósticos enfermeros se contemplan los problemas interdisciplinarios, los cuales son un problema de salud real o potencial (complicación) que se centra en la respuesta fisiopatológica de cuerpo a un traumatismo, enfermedad, estudio diagnóstico (o modalidades terapéuticas) y que

la enfermera es responsable de identificar y tratar en colaboración con otros profesionales de la salud.

1.5.3. Planeación

Etapa del proceso enfermero que consiste fundamentalmente en la elaboración de intervenciones para promover o reforzar las respuestas del usuario sano o para evitar, minimizar o eliminar problemas, para planificar estrategias se necesita una o mas enfermeras, los integrantes de familia y otras personas de apoyo y en ocasiones otros profesionales de salud.

La planeación se inicia durante el primer contacto con el usuario y continua hasta que la relación enfermera-usuario termina. Kozier (1999) menciona dos tipos de planeación: La inicial y la continua.

La planeación inicial, desarrollada por la enfermera a su ingreso y se deriva de la valoración inicial.

La planeación continua, la ejecuta todo el personal de enfermería que asiste al usuario a medida que se detectan nuevos datos y se evalúan las respuestas del mismo ante las intervenciones. Tiene como objetivo determinar variaciones en el estado de salud durante el turno, establecer prioridades de atención, definir los problemas del usuario y enfocar la atención de enfermería durante el turno.

Durante la planeación se diseñan objetivos que indican conductas que será capaz de realizar el usuario como resultado de intervenciones de enfermería.

Las intervenciones, describen estrategias a través de las cuales la enfermera puede ayudar al usuario a conseguir objetivos.

Los responsables de su ejecución determinan las personas que participan en el desarrollo de estrategias.

Los indicadores de evaluación son parámetros a través de los cuales la enfermera determinará el logro de objetivos durante la etapa de evaluación.

1.5.4. Ejecución

Etapa del proceso enfermero cuyo objetivo es eliminar o minimizar el problema o bien, la modificación de los factores de riesgo para prevenir la presentación de diagnósticos de enfermería reales, consiste fundamentalmente en realizar o delegar al resto del equipo intervenciones prescritas por profesionales derivadas de diagnósticos de enfermería y tratamiento médico, resultado de los diagnósticos médicos. La enfermera también actúa en ambiente extrahospitalario como el hogar del usuario y estas acciones van dirigidas al fomento de la salud y tratamiento de factores de riesgo. La correcta ejecución depende de la calidad de la valoración del diagnóstico y la planeación realizada con anticipación.

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

Fases de la ejecución.

Se lleva a cabo en tres fases.

- a) **Preparación;** en donde se programa una serie de actividades para dar inicio en las intervenciones de enfermería.
- b) **Intervención;** es el inicio de las acciones independientes e interdependientes para resolver, minimizar, modificar o evitar los problemas de enfermería.
- c) **Documentación;** es la redacción completa de los acontecimientos que tienen lugar en la ejecución, esta fase termina al registrar las intervenciones independientes e interdependientes de enfermería. Existen varios sistemas de registros entre ellos la hoja de enfermera, de balance hídrico, gráfica de control de signos, etc.

Directrices para un registro de enfermería eficaz.

Tomando en consideración que los sistemas de registro constituyen un documento legal, el personal de enfermería debe tener presente algunos elementos para documentar eficazmente sus intervenciones.

Consideraciones de tiempo, Los registros deben ser duraderos e inalterables, confidenciales, deben identificarse con la firma, precisar registros completos y en orden, emplear abreviaciones estándares completas y redactar el escrito en términos legalmente aconsejable.

1.5.5. Evaluación

Etapa final de proceso en que la enfermera determina la evaluación del usuario, establece medidas correctoras si fuese necesario y determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención.

La evaluación puede ser.

- a) **Evaluación continua**, que se realiza mediante las intervenciones de enfermería son ejecutadas o inmediatamente después de esta.
- b) **Evaluación intermitente**, que se realiza durante periodos determinados y de esta manera corregir el plan de atención.
- c) **Evaluación final**, especifica el estado de salud del usuario en el momento de ser dado de alta, habilidades del usuario para su autocuidado y actividades de seguimiento.

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.

Para una evaluación eficaz Kozier, (1999) sugiere considerar las siguientes directrices propuestas por la ANA.

1. La evaluación es sistemática y continua.
2. Las respuestas del usuario ante las intervenciones de enfermería deben registrarse.
3. La eficacia de las intervenciones de enfermería se evalúa en relación con la evaluación del usuario.

4. 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.
5. Las revisiones, cambios y modificaciones de los diagnósticos enfermeros, objetivos y plan de atención se documentan.
6. El usuario, su familia cuidadores y personal del equipo de salud, participan en la evaluación cuando sea pertinente.

Los datos de la evaluación ofrecen información para las fases de diagnóstico y de planeación. De forma similar, el plan de cuidados sirve de guía para la fase de ejecución y determina los criterios de evaluación.

1.6. Generalidades de Hernia Abdominal Incisional

Es la salida de una víscera a través de la pared abdominal después de una enfermedad u operación. Las hernias incisionales se producen por la debilidad de la pared abdominal dependen casi siempre de operaciones previas en las cuales hubo necesidad de dejar un drenaje, resultando imposible el cierre de tejidos. Debilitada la pared, al principio solo se produce una ligera prominencia, pero esta aumenta gradualmente de volumen hasta que se produce un verdadero saco herniario.

Los factores que con mas frecuencia la causan son:

-
- Edad, siendo más lenta la cicatrización en pacientes geriátricos
 - Obesidad, los pacientes obesos tienen con frecuencia aumento en la presión abdominal.
 - El tipo de incisión empleada en la herida operatoria anterior.
 - Complicaciones postoperatorias.
 - Colocación de canalización o abertura de colostomía o iliostomía de herida quirúrgica primaria.

Se presenta más frecuentemente en usuarios geriátricos, es más frecuente en sexo masculino, puede surgir más en la edad adulta como respuesta de la presión abdominal como ocurre al levantar objetos pesados, toser, estornudar, siendo mayor la incidencia en el varón que es de tres a cinco por ciento del total de población.

La mayoría de las hernias al principio no producen síntomas pero a medida que pasa el tiempo los síntomas son dolor al nivel de la estrangulación seguido de calambres abdominales en forma de cólicos, vómitos e hinchazón del saco herniario.

Las complicaciones son la estrangulación y hernia encarcelada.

Una hernia abdominal si se atiende y trata oportunamente, el usuario se recuperará satisfactoriamente, como el peligro de muerte no existe, a menos que se complique como una hernia estrangulada que puede causar absorción intestinal.

El tratamiento de la hernia abdominal es conservador, todas las hernias deben tratarse en cuanto se diagnostican ya que inevitablemente progresarán y exigirán operación quizá de urgencia.

Las medidas para limitar el daño corresponde a tratamiento quirúrgico.