

I MARCO
REFERENCIAL

1.1. -Crónica de la enfermería.

Antes de la era cristiana (año 1500 d.c.) eran las mujeres las encargadas de prestar atención a los enfermos en el hogar. Siendo mas tarde las ordenes monásticas quienes se ocuparían de estas actividades, integrándolas en sus actividades normales. La primera orden de enfermería, las hermanas agustinas, se fundo en la edad media.

Antes de la reforma protestante del siglo XVI, los hospitales se organizaban bajo la dirección de la iglesia católica. A partir de la reforma, a principios de 1517 el interés por la iglesia y la religión disminuyo; Esta crisis provoca el nacimiento del llamado "periodo oscuro" de la enfermería. Los hospitales eran lugares insalubres, oscuros y denigrantes. Mujeres conocidas como amigas de la bebida, crueles e inmorales se ocupaban de la atención del enfermo. Sus labores eran realizar la tarea domestica del hospital, lavar ropa y hacer la limpieza. Este periodo abarca hasta mediados del siglo XIX con el surgimiento de la enfermería profesional. (Kozier Bárbara y col. 1993)

Es con Florencia Nightingale quien transforma los hospitales de un lugar insalubre de asistencia y reclusión de enfermos a un medio de intervención sobre estos. Nightingale también destaco por sus actuaciones sanitarias en el pueblo, ella creía en la prevención y en la necesidad de un ambiente siempre fresco, agua potable, paz, reposo y les enseñó a los habitantes sobre el cuidado de sí mismo.

Sobresalió como la iniciadora en la formación de profesionales de enfermería fundando también una escuela para la misma práctica, en el Hospital de Santo Thomas en Londres.

1.2 - Concepciones de enfermería.

Florencia Nightingale dijo que enfermería es la encargada de la salud personal de alguien y lo que la enfermería tiene que hacer es ubicar al usuario en la mejor condición para que la naturaleza actúe sobre él. (Iyer y col. 1993)

A principios de siglo pasado, las enfermeras intentaban trabajar organizadas por un rol profesional y de carácter general del estudio de la naturaleza de enfermería. Posteriormente, viendo una necesidad de la disciplina en la práctica de la enfermería, se formaron las asociaciones de carácter científico como la Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros (N.A.N.D.A.); (Balderas Pedrero María de la Luz. 1998).

Orlando (1961) hace referencia que enfermería es la ayuda que el paciente pudiera necesitar para cubrir sus necesidades garantizando con esto bienestar físico y mental.

Roger (1970) describe enfermería como arte y ciencia, la cual implica cuidados del usuario y ayuda para un estado de salud máximo a lo largo de su vida.

Henderson (1987) subrayó que enfermería es la ayuda al individuo sano o enfermo a realizar actividades que conlleven a un óptimo de salud o su recuperación, añade también que enfermería no ha definido claramente su campo de acción; Posee un reglamento y un código de ética que le ha sido transmitido de generación en generación los cuales han sido influenciados por diferentes sectores sociales.

Fagin (1978) aclaró que enfermería es fomento y mantenimiento de la salud, prevención y atención de la enfermedad, rehabilitación y restauración de la salud.

Marriner Tomey (1983) menciona que enfermería es una cualidad de las personas educadas y entrenadas las cuales ayudan al individuo a conocer su auto cuidado terapéutico.

En este mismo sentido María de la Luz Balderas Pedrero (1999). Agrega que los campos de actuación de la enfermería no es solo individual sino también de la comunidad y sus funciones, además del auto cuidado de la salud destaca el ejercicio del liderazgo, la toma de decisiones y la constante planeación valorativa en coordinación con otros integrantes del equipo de salud para el logro del éxito en el cuidado.

La Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE) define a la disciplina como: servicio dinámico de atención

preventiva, promocional, terapéutica y educativa orientada a dar respuesta a las necesidades de salud de la comunidad.

1.3. - Generalidades del proceso de atención de enfermería.

A lo largo del siglo xx, el juicio clínico enfermero ha evolucionado hacia un componente visible de la práctica y un concepto esencial en la educación. Las enfermeras siempre han recogido información a través del proceso de valoración y han utilizado esta información para realizar juicios acerca de las necesidades de cuidados al cliente. (Gordón Marjory 1996).

Antes de que se desarrollara el proceso de enfermería las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basadas en las ordenes redactadas por los médicos y que se centraban en los procesos patológicos específicos mas que en la persona que estaba siendo atendida; los cuidados que se brindaban con independencia del medico se guiaban frecuentemente por la intuición y la experiencia mas que por un método científico. Es a partir de 1950 que surge en la práctica de enfermería un método sustentado en la metodología científica siendo Lidia Hall su precursora, en donde la enfermera para estudiar al sujeto (usuario) emplea varias fuentes de información que después de analizarlas establece conclusiones, define los diagnósticos y en base a ellos plantea y ejecuta una serie de intervenciones para coadyuvar en el mantenimiento y/o recuperación del nivel de salud. El proceso de atención de enfermería desde que se le concibe como tal ha tenido varias

definiciones según esta se ha ido enriqueciendo con las aportaciones de las distintas teóricas de enfermería.

Así pues Wolf y col. (1979) y lo define como una serie de etapas conformadas por una serie de acciones para alcanzar una meta por medio de la planificación de la asistencia. Por otro lado Dugas y col. (1986) retoma ideas de varios autores y mencionan que es la aplicación del método científico en la solución de problemas inherentes a la enfermería. El proceso proporciona una estructura sistemática en que pueda basarse la atención de enfermería de manera que brinde una asistencia continua, coordinada y racionalizada para el bienestar del paciente. (Dugas 1986; Bayly R.E y col. 1987)

Yura y Walsh (1988) lo conciben como una serie designada de acciones que pretenden cumplir el propósito de la enfermería, conservar el estado óptimo del usuario y en caso de cambiar ese estado proporcionar la cantidad y calidad de atención de enfermería que requiera para recuperar la salud.

Método sistemático de brindar cuidados humanos, eficientes centrados en el logro de resultados esperados. (Alfaro. 1992.;Kozier B.1993).

Características del proceso de atención de enfermería.

El PAE es cíclico y dinámico, posee propiedades exclusivas que le permiten responder a los cambios que sufre el estado de salud del usuario; se centra en el individuo, es interpersonal y de colaboración; debe compartir con el cliente las inquietudes y problemas. Es universal: se puede aplicar en cualquier edad y momento de salud-enfermedad.

En 1970, el PAE, adquirió mayor legitimidad en la práctica clínica por la asociación americana de enfermería (ANA) y desde esa época se le identifican cinco fases: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Valoración.- primera fase del proceso de enfermería, debe realizarse antes de que pueda hacerse un diagnóstico de enfermería. La valoración es un proceso continuo que se realiza durante todas las etapas del PAE, por ejemplo en la fase de evaluación, la valoración se hace para determinar los resultados de las estrategias de enfermería y para evaluar la consecución de los objetivos.

Todas las fases del PAE dependen de la exactitud y la completa recopilación de los datos, los cuales incluyen aspectos sobre la vida diaria, la salud, y sobre situaciones biofísicas, emocionales, socioeconómicas, culturales y espirituales.

Hay cuatro clases distintas de valoración: inicial, focalizada, de urgencia y después de un tiempo, estas clases varían según su necesidad, oportunidad, tiempo disponible y estado del usuario. (kozier B. 1993).

La valoración incluye lo siguiente:

1. - recolección de datos: obtenidos de diversas fuentes a través de varios métodos, técnicas. Las fuentes primarias (usuario) y secundarias (documentos, registros, familia, resultados de laboratorio, bibliografías, expedientes clínico etc..) Nos proporcionan datos subjetivos, objetivos, de antecedentes y actuales.

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.

Datos objetivos: son aquellos susceptibles de ser observados y medidos (cuantificables).

Datos de antecedentes: son aquellos que se refieren a situaciones de salud o enfermedad ocurridas con anterioridad.

Datos actuales: comprenden los hechos que están ocurriendo en el momento presente.

Estos datos se obtienen a través de modelos diferentes para la recolección de datos que son estructurados de manera sistematizada. Uno de los modelos es el de valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordón y éste ha sido adoptada por varias instituciones educativas.

Los métodos son los siguientes: entrevista, observación, el examen físico el cual utiliza técnicas a través de la inspección, auscultación, palpación, percusión y mediciones antropométricas entre otras.

2. - validación de datos, que es la comprobación, es decir asegurarse de que los datos son los correctos.
3. - organización de datos: si en la recolección de la información se utilizo un método y un modelo específico, la ordenación de los datos será fácil y rápida.
4. - identificación de patrones a partir de las capacidades del usuario (fortalezas), problemas de salud (reales y potenciales).
5. - registro-comunicación para el registro inmediato y atención oportuna.

Diagnostico.- Segunda etapa, en esta fase, las enfermeras utilizan habilidades de pensamiento critico para interpretar los datos de la valoración e identificar los

factores relacionados y los problemas del usuario. Todas las actividades que preceden a esta fase se dirigen hacia la formulación de los diagnósticos enfermeros, todas las actividades de planificación de los cuidados que la siguen se basan en ella. La literatura recoge varias definiciones del termino diagnostico enfermero, cada una de ellas hace hincapié en aspectos distintos, pero todas son similares.

En 1990, la Nort american Nursing Diagnosis Association (NANDA), adopto una definición la cual dice: "Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad, a problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales. Proporciona las bases que permite seleccionar las intervenciones de enfermería, para el logro de los objetivos de los cuales es responsable el profesional de enfermería.

Diagnostico de salud: es un diagnostico de bienestar, es un juicio clínico sobre una persona, familia o comunidad en transición de un nivel determinado de bienestar a un nivel superior.

De los diagnósticos enfermeros (Dx) existen varios tipos:

Dx Real: es un juicio clínico sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería. Se basa en la presencia de signos y síntomas asociadas.

Dx Potencial o de riesgo: según definición de la NANDA, es un juicio clínico de que un usuario es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida.

Dx posible: es aquel en que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales.

Dx de salud: se refiere a una respuesta saludable por parte de un usuario que desea un mayor nivel de salud.

El proceso diagnóstico consta de tres etapas:

Análisis de datos, identificación de problemas de salud, riesgos y factores relacionados y la formulación de enunciados diagnósticos.

El enunciado básico del diagnóstico enfermero en tres partes se denomina formato PES, y consta de: Problema (P), enunciado de la respuesta del paciente. Etiología(E), factores que contribuyen a la respuesta o que son causa problema de ella. Signos y síntomas (S), características definitorias manifestadas por el usuario. En resumen es: Respuesta humana R/C factor contribuyente M/P signos y síntomas.

Planeación; Es la tercera etapa del PAE, que consiste en la elaboración de intervenciones para promover o reforzar las respuestas del usuario sano o para

evitar, minimizar o eliminar los problemas usuario enfermo. Como producto de esta etapa, resulta el plan de atención de cuidados.

Para planificar las estrategias de enfermería es necesario la participación de una o más enfermeras, el usuario, los integrantes de la familia y otras personas de apoyo y a veces otros profesionales de la salud.

Kozier y col. mencionan 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 nuevos datos y se evalúa la respuesta del mismo ante las intervenciones.

Los objetivos de la enfermera al planear continuamente son: determinar variaciones en el estado de salud del usuario durante el turno y establecer las prioridades de atención en el usuario durante el turno, definir en cuales problemas del usuario enfocar la atención de enfermería durante el turno, coordinar las intervenciones de enfermería, para atender mas de un problema en cada contacto con el usuario.

Durante la planeación se diseñan: los objetivos, las intervenciones, los responsables de su ejecución y los indicadores de evaluación.

Fases de la planeación:

- ◆ -establecimiento de prioridades
- ◆ -elaboración de objetivos
- ◆ -diseño de intervención de enfermería
- ◆ -registro o documentación del plan.

El plan de cuidados es el instrumento de enfermería en donde se plasman de manera sistemática, flexible y jerárquica los diagnósticos enfermeros, objetivos, intervenciones, ejecutantes del plan e indicadores de evaluación para una planeación y organización de la atención individualizada de los problemas de salud reales y potenciales del usuario.

Ejecución; Cuarta etapa del PAE, cuyo objetivo central es eliminar o minimizar la etiología del problema, o bien la modificación de los factores de riesgo para prevenir la presentación de diagnósticos enfermeros reales.

La ejecución consiste 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 él médico, resultado de los diagnósticos médicos. Es importante aclarar que la enfermera en esta etapa de ejecución actúa también en ámbitos extrahospitalarios como es el hogar del usuario y su comunidad; Estas intervenciones van dirigidas al fomento de la salud o en su caso al tratamiento de factores de riesgo cuando se detectan diagnósticos de enfermería potenciales.

En estos ámbitos se fortalece a través de la enseñanza-aprendizaje, la participación del propio usuario y su familia.

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

Para la ejecución el personal de enfermería requiere de habilidades intelectuales, de interacción humana y técnicas.

Fases de la ejecución: preparación, intervención y documentación o registro.

Evaluación; Etapa final del PAE en la que la enfermera determina la evolución del usuario hacia el logro de sus objetivos, como resultado de la eficacia del plan de cuidados. La evaluación es una actividad programada, continua y con objetivos bien definidos, en la que los usuarios y el personal de enfermería definen:

diagnósticos correctos; durante la fase de planeación, los resultados esperados deben quedar determinados en comportamientos concretos por parte del usuario para que sean útiles en la evaluación. Por último sin los registros concretos durante la ejecución, será totalmente difícil evaluar las respuestas del usuario (Kozier B. 1999).

1.4-Generalidades de la enfermedad del VIH/SIDA

Desde la primera descripción del SIDA en 1981 el mundo ha sido testigo de una aventura científica extraordinaria. En poco más de una década se han logrado avances notables en la comprensión de la enfermedad y el agente causal, el VIH.

El origen de este virus todavía se desconoce, pero las pruebas parecen apoyar la hipótesis de que proviene de África. Los primeros informes de una enfermedad similar al SIDA se remontan a comienzos de la década de los sesentas en África central. es posible que el VIH que ataca a los humanos tenga un origen animal, muy probablemente en primates (Shirley E. Y col, 1999) a pesar de los avances que caracterizan al periodo de la época moderna existen pruebas de que la epidemia esta fuera de control. Dado que el agente causal es un virus, este se describe en latín antiguo como "jugo, humor" o más a menudo como "veneno", se empleaba en el siglo XIX para designar cualquier materia susceptible de multiplicarse en un organismo y enfermarlo. Estos son los seres vivos más sencillos que existen y su principal característica es la capacidad de multiplicarse rápidamente dentro de las células

a) El progreso del usuario hacia la consecución de los objetivos.

b) La eficacia del plan de cuidados. Como resultado de esta etapa, se determina si las intervenciones de enfermería deben suspenderse, continuarse o modificarse.

La evaluación puede ser:

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, sino se obtiene la respuesta programada en el usuario.

Intermitente: es realizada durante periodos determinados (cada 24 horas, cada semana etc.).

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 auto cuidado 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

vivientes de otras criaturas, en cuyo proceso reproductor transmiten o causan numerosas enfermedades infecciosas.

El sistema de defensa del cuerpo contra organismos que le son extraños y dañinos están compuesto por diferentes grupos de células llamadas linfocitos. Destacando las CD4 que son las que dirigen la defensa, enviando señales químicas a otros grupos linfocitarios para exterminar al agente dañino, llamado antígeno. El virus de la inmunodeficiencia humana ataca precisamente a las células CD4, introduciendo, en ellas su código genético. , Así las obliga a reproducir el virus en lugar de células CD4, al tiempo que las aniquila, cuando el virus a logrado destruir en forma considerable al sistema inmunitario, encabezados por las células CD4, decimos que hay una inmunodeficiencia y que esta es adquirida porque no es congénita, es decir, no es hereditaria. (Murillo David Alberto y col. 1997)

En la actualidad el SIDA ha impactado a todo el mundo, ha infectado a cientos de miles de personas en todo el planeta y en el futuro incrementara mas estas cifras, provocando una pandemia en nuestro país, demandando la enfermedad mas servicios de salud cada día, además asciende rápidamente entre las causas de muerte.

La carencia de conocimientos acerca del contagio y los prejuicios hacia los homosexuales y drogadictos han originado una atmósfera negativa de sensacionalismo, confusión y miedo irracional. A través de diversos estudios

científicos se ha identificado la extensión de la epidemia, la forma de transmisión y los impactos sociales, educativos, políticos, económicos, y médicos de la diseminación del SIDA. El medio no supera aun actitudes de manejo de estos casos, la pregunta ¿quién debe cuidar a estos usuarios? Tiene una sola respuesta. : TODOS.

Es necesario que el equipo de salud se dedique a ellos, aunque algunos se niegan a atender estos casos y haya rechazo para participar activamente. En la actualidad prácticamente todo profesional de la salud, sin importar su área de trabajo se vera de una u otra manera implicado en la atención de pacientes infectados; negar lo anterior seria negar el objetivo de ser profesional de la salud en algunos casos el rechazo es producido por miedo a contraer la infección, en otros se alega la falta de infraestructura.

SIDA requiere el mismo enfoque que cualquier enfermedad multisistémica, sin emociones, políticas, ni extrañas fascinaciones y faltas apariencias. Debe considerarse como una alteración que necesita diagnóstico, vigilancia y tratamiento y cuya supervivencia y calidad de vida no es muy diferentes de otras enfermedades crónicas.

El humanismo que la enfermera demuestre una estrecha relación enfermera-usuario, puede trascender a los prejuicios y pensamientos mágicos que genera la enfermedad. Liberar al usuario de estos, creará diferencias en su vida y permitirá un manejo eficaz con enriquecimiento de ambas partes.

El cuidado de los usuarios infectados por el VIH requiere del motivo de la profesión de enfermería, un abordaje humano, informado, lógico y metódico. (Luna German, Nieto Leopoldo, 1995).