

CAPITULO 1

MARCO REFERENCIAL

EVOLUCION DEL CONCEPTO DE ENFERMERIA

Hoy en día la enfermería es muy distinta a como se practicaba hace 50 años y hace falta recurrir a la imaginación para entender como ha evolucionado la profesión de enfermería en el siglo XXI. Hace casi 100 años, Florence Nightingale definió la enfermería como; el acto de influir sobre el entorno del usuario para ayudarlo en su recuperación. Creía que un ambiente limpio, bien ventilado y tranquilo era esencial para la recuperación del paciente.

Virginia Henderson, fue una de las primeras enfermeras modernas que definieron la enfermería; en 1960, escribió; La función propia de la enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano a desarrollar aquellas actividades que contribuyan a su salud o su recuperación (o morir en paz), que el mismo realizaría, si tuviera la fuerza, la voluntad, o los conocimientos necesarios que le ayudaran adquirir independencia lo mas rápido posible.

La Asociación Americana de Enfermeras (ANA), describe el ejercicio de la enfermera como; directo, orientado hacia un objetivo, y adaptable a las necesidades del los individuos, la familia y la comunidad, tanto la enfermedad como de la salud. En 1980 La Asociación Americana de Enfermeras (ANA), publico una definición "La enfermería es el diagnostico y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y potenciales". (Kozier 1999)

En 1978 la ANA, tiene una nueva definición de nuevo alcance y define la diferencia entre una enfermera técnica y una profesional: "La profundidad y amplitud que alcanza cada enfermera en el ámbito total del ejercicio clínico de la enfermería esta definida por los conocimientos básicos de la enfermera, su papel y la naturaleza de la población del cliente que existe en el ámbito de su ejercicio". (Kozier, 1999).

La Canadian Nurses Asociation (CNA), publico en 1984 que "La enfermería" o el ejercicio de la enfermería significa la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas o los problemas reales o potenciales y comprenden la practica y la supervisión de las funciones y servicios que directa e indirectamente, y en la colaboración con un usuario o otros profesionales de la salud, tienen como objetivo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento, la recuperación de la salud. (Kozier 1999).

A mitad del siglo XX, estudiosas de la enfermería elaboran sus propias definiciones, al igual que Virginia Henderson y Florence Nightingale. Algunas coinciden con estas definiciones y son:

- ❖ La enfermería es un cuidado
- ❖ La enfermería es un arte
- ❖ La enfermería es una ciencia
- ❖ La enfermería esta centrada en el usuario
- ❖ La enfermería es holística
- ❖ La enfermería es adaptable
- ❖ La enfermería se ocupa de la promoción a la salud, del mantenimiento de la salud y la recuperación de la salud.
- ❖ La enfermería es una profesión que ayuda

Según Kozier (1999) "La enfermería significa la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales y potenciales de la salud y comprende la práctica y las supervisiones de los problemas y servicios que directa e indirectamente y en colaboración con el usuario o con otros profesionales de la salud, tiene como objetivo promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación de la salud".

En el campo de la enfermería, Nightingale (1856), Abdellah (1950), Henderson (1955), Orem (1958), coinciden con sus opiniones sobre el humanismo y el concepto holístico de la práctica profesional y afirman que el desarrollo de la capacidad analítica esclarece los valores y las primicias para determinar los propósitos de la práctica y viceversa, como lo demuestran en sus observaciones. Estas autoras enfatizan en el toque holístico para tomar en cuenta las capacidades naturales de la persona para mantener y recuperar la salud. (Kozier, 1999).

1.2 GENERALIDADES DEL PROCESO ENFERMERO

En el año de 1955 Lidia Hall crea y describió el Proceso de Enfermería, como un Proceso distinto, Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un Proceso de 3 Fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del Proceso, en 1967 Yura y Walsh fueron los primeros autores del primer texto en que se describía en 4 fases: Valoración, Planificación, Ejecución Y Evaluación. Iyer 1997. Roy, Mondringer y Jauron en 1975, así como Aspinall en 1976 y Bloch en 1979 agregan la fase diagnóstica dando lugar al proceso en 5 fases.

El Proceso Enfermero "Es un Método Sistemático de brindar cuidados Humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente". Alfaro (1999 o 1994).

Los conceptos citados por Alfaro (1996), Brunner (1998), Koziar (1999), coinciden en que el proceso Enfermero es un método Sistemático, Organizado para brindar cuidados de Enfermería, por lo tanto, El Proceso Enfermero se basa en principios y reglas que se ha comprobado para brindar calidad y atención al Usuario.

Según la Asociación Americana de Enfermeras (A.N.A) en el año de 1973, el Proceso Enfermero adquirió legitimidad, y desde entonces es considerado como estándar para la práctica, y describe las 5 fases del Proceso de Enfermería que son; Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación. (Rodríguez, 2001).

El proceso enfermero contiene las siguientes características (Yura y Walsh, 1988 en Rodríguez 2001):

- ❖ Es un método
- ❖ Es sistemático
- ❖ Es humanista
- ❖ Es intencionado
- ❖ Es dinámico
- ❖ Es flexible
- ❖ Es interactivo
- ❖ Facilita la toma de decisiones

1.3 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO:

A continuación se describe las cinco etapas del Proceso Enfermero: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

- **VALORACION:**

Es la primera fase del Proceso Enfermero que, incluye la recogida de datos, organización y validación de datos. Valoración es una parte de cada una de las actividades que realiza la enfermera por el paciente y con el paciente. (Atkinson y Murria 1990 en Kozier 1996). En esta etapa Alfaro (1996) enfatiza en la recogida y examen de los datos para reunir los hechos necesarios para definir el estado de salud del usuario. Iyer (1993) dice que comprende Identificación de las necesidades, problemas y preocupaciones.

Hay cuatro clases distintas de valoración: Valoración Inicial, Valoración Focalizada, Valoración de Urgencia y Valoración después de un tiempo.

- **VALORACION INICIAL:** Es la que se realiza en un plazo determinado, después del ingreso en una institución de salud, sus propósitos son; establecer una base de datos completa para identificar el problema, las referencias y las futuras comparaciones, por ejemplo; valoración de enfermería al ingreso
- **VALORACION FOCALIZADA:** Proceso progresivo integrado durante los cuidados Enfermeros. Su propósito es Identificar problemas nuevos, identificados en la valoración Anterior. Por ejemplo: Valoración horaria de la toma de líquidos y de la diuresis en una UCI.

- **VALORACION URGENTE:** Durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del Cliente. Su propósito es identificar problemas que amenazan la vida. Ejemplo: Valoración rápida de las vías respiratorias de una persona, valoración de las tendencias al suicidio o posibles actos de violencia.
- **VALORACION DESPUES DE UN TIEMPO:** Varios meses después del estudio Inicial. Su propósito es Comparar la evolución del cliente con los datos básales obtenidos anteriormente Ejemplo: Nueva Valoración del estado funcional del cliente en su domicilio o fuera del hospital.

Una valoración incompleta o incorrecta significa una valoración equivocada, porque se tendrán criterios incompletos sobre los cambios que ha de evaluar en el usuario y sobre la eficacia de sus acciones.

Durante la valoración de datos el usuario se recoge cuatro tipos de datos. (Iyer 1997 en Rodríguez S. 2001)

1. **LOS DATOS SUBJETIVOS:** Son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (ejemplo, dolor, el temor, la debilidad, la importancia, etc.)
2. **LOS DATOS OBJETIVOS:** La información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (ejemplo: la frecuencia cardíaca, el color de la piel, el peso, la talla, la t/a, la presencia de edema, etc.).
3. **LOS DATOS HISTORICOS:** Se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario. (Ejemplo: antecedentes

familiares y personales de enfermedad, hospitalización, tratamientos médicos recibidos.

4. **LOS DATOS ACTUALES:** Son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización (ejemplo: la hipertermia, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, el alcoholismo, la ansiedad).

Los principales métodos empleados para la valoración del usuario son la observación, la entrevista y la exploración física.

- **OBSERVACION:** Es reunir datos, utilizando los 5 sentidos, visión, olfato, audición, gusto y tacto.
- **LA ENTREVISTA:** Una conversación que se realiza con el propósito principal en la recogida de datos, (ejemplo: dar información, de identificar problemas o preocupaciones mutuas.
- **EXPLORACION FISICA:** Es un método sistemático, se realiza a través del uso de técnicas como: inspección, palpación, percusión, auscultación y medición.

La valoración incluye cuatro de las siguientes fases:

- **RECOGIDA DE DATOS:** Consiste en reunir la información sobre el estado de salud del usuario a través de diversas fuentes y de varios métodos y técnicas. Estas son fuentes primarias y fuentes secundarias.
- **ORGANIZACIÓN DE DATOS:** Obtención sistemática de datos de acuerdo a algún modelo enfermeril.



- **VALIDACION DE DATOS:** Objetivos y subjetivos, confirmar que los datos sean exactos y completos.
- **REGISTRO DE DATOS:** Registra los datos, se recogen en forma objetiva y la enfermera no los interpreta.

- **DIAGNOSTICO**

Alfaro (1996) lo describe como una "determinación de los problemas que se pueden resolver mediante las intervenciones independientes de Enfermería y cuales requerirán actuaciones que deben ser prescritas por un médico u otro profesional de salud calificado para ello".

Kozier (1999) menciona que el diagnóstico es un proceso cuyo resultado es formular o hacer un diagnóstico de Enfermería, la enfermera ordena, reúne y analiza los datos. Mientras que Rodríguez (2001) y Iyer (1997) dicen que consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

Según la NANDA 1990, el diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud sobre procesos vitales, reales o potenciales. Proporcionan la base para seleccionar las intervenciones enfermeras, para conseguir los objetivos de lo que es responsable el enfermero o la enfermera.

Cada diagnostico tiene características definidas como un conjunto de signos y síntomas que siguen como criterio para formular él diagnostico. (Gordon 1996)

Se refiere a los tres componentes con el formato P E S:

- **P.-** Problema de salud .
- **E.-** Factores relacionados o etiológicos
- **S.-** Características definitorias o conjunto de signos y síntomas

EL PROBLEMA:

El primer componente del diagnostico es el problema, un estado o proceso relacionado con la salud, manifestado por el individuo, la familia o la comunidad. El problema esta expresado en términos claros, concisos, y preferiblemente en dos o tres palabras.

FACTORES RELACIONADOS O ETIOLOGICOS:

El segundo componente de un diagnostico enfermero comprende el probable factor que ocasiona o mantiene el problema de salud del cliente. Estos factores pueden ser comportamientos del usuario, elementos del entorno o una alteración en ambos.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS O CONJUNTO DE SIGNOS Y SINTOMAS:

Las características definitorias, son los criterios para integrar un diagnóstico. Cuando un cliente manifiesta signos y síntomas, que corresponden a las características definitorias, es apropiado utilizar la categoría diagnóstica. Son los signos y síntomas que van a validar la presencia de un diagnóstico enfermero.

TIPOS DE DIAGNOSTICOS:

- **REALES:** Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: Enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados.
- **DE RIESGO:** Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.
- **POSIBLES:** Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir.
- **DE BIENESTAR:** Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

- **PLANEACION:**

Es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones a predecir donde se establecen objetivos y acciones a predecir, prevenir y tratar problemas con la salud. (Rodríguez, 2001). También incluye la determinación de objetivos y desarrollo de un plan de acción que reducirá o eliminara los problemas y promoverá la salud. Incluye las siguientes Actividades (Alfaro, 1999).

- Determinación de prioridades.
- Establecimiento de objetivos.
- Decisión de las Intervenciones de Enfermería.
- Anotación del Plan de cuidados.

La planificación del cuidado de enfermería involucra varios pasos (Long 1997):

1. Establecer prioridades cuando se han identificado varios diagnósticos.
2. Determinar los objetivos (resultados) de atención para cada diagnostico de enfermería.
3. Seleccionar acciones específicas de enfermería.

1.-**Establecer prioridades:**

PRIMERO: Problemas inmediatos que amenazan la salud (Ej.: falta de oxígeno).

SEGUNDO: Amenazas a la integridad fisiológica o psicológica por las cuales la persona esta en alto riesgo.

TERCERO: Amenazas a la integridad fisiológicas o psicológicas por las cuales las personas están en bajo riesgo (pero que pueden ocurrir sino se emprenden acciones).

CUARTO: Conservación de la salud.

2.-DETERMINACION DE OBJETIVOS:

Determinación de objetivos mutuos enfermero-paciente debe hacerse cada vez que sea posible, de manera que exista congruencia entre lo que la enfermera y el paciente esperan como resultado de las intervenciones de enfermería.

3.-SELECCIÓN DE ACCIONES DE ENFERMERIA:

Pueden seleccionarse varias acciones alternativas para lograr un objetivo o resultados deseable. Las intervenciones se basan en conocimientos de los expertos, y sugerencias del paciente, observaciones y acciones de otras personas, sugerencias de otros proveedores de atención de salud y la creatividad de la misma enfermera.

Las acciones se fundamentan en principios científicos y selección de la acción se hace con base a las siguientes directrices:

- La mayor posibilidad de éxito
- El menor riesgo
- El mínimo de incomodidad
- El mínimo de intromisión para con el paciente

- **EJECUCIÓN:**

Consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.

Las Actividades a realizar son:

- Valorar el estado actual del Usuario.
- Realizar o delegar Intervenciones Planificadas.
- Informar sobre las actividades realizadas.
- Registrar los cuidados y las respuestas del cliente a los mismos.
- Informar verbalmente si es necesario.

La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan pero incluye al paciente y a la familia, así como a los miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnóstico enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

- **EVALUACIÓN**

Permite determinar el progreso del usuario, familia y Comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la Enfermería en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores. (Rodríguez S. 2001). Kozier (1999) dice "ponderar los objetivos / resultados logrados por el cliente e identificar los factores que influyen positiva o negativamente en la obtención de los resultados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las

que se evalúan los resultados esperados, son según Iyer las siguientes áreas:

1. **Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:**
 - Observación directa, examen físico.
 - Examen de la historia clínica.
2. **Señales y síntomas específicos:**
 - Observación directa.
 - Entrevista con el paciente
 - Examen de la historia
3. **Conocimientos:**
 - Entrevista con el paciente
 - Cuestionarios (test)
4. **Capacidad psicomotora (habilidades):**
 - Observación directa durante la realización de la actividad
5. **Estado emocional:**
 - Observación directa, mediante el lenguaje corporal y expresión verbal de emociones Información dada por el resto del personal
6. **Situación espiritual (Modelo holístico de la salud):**
 - Entrevista con el paciente
 - Información dada por el resto del personal

1.4 PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES:

Proceso continuo, intencionado y sistemático, basado en la planeación para recoger y organizar 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.

PATRON FUNCIONAL:

Forma de vida que favorece el nivel de salud de un individuo, familia o comunidad,

1. PATRON DE MANTENIMIENTO Y PERCEPCION DE LA SALUD:

Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el usuario y como maneja la salud. Incluye la percepción del usuario de su estado de salud y la relevancia que este tiene las actividades actuales y la planificación futura.

2. PATRON NUTRICIONAL METABOLICO:

Engloba los patrones de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y los patrones indicadores de provisión restringida de nutrientes. Incluye los patrones de identificación de alimentos y líquidos, las horas de comida diarias, los tipos y cantidad de alimentos y líquidos consumidos.

3. PATRON DE ELIMINACION:

Menciona los patrones de la función excretora (intestino vejiga y piel) de los individuos. Incluye la regularidad percibida por el individuo de la función excretora, el uso sistemático de laxantes y cualquier cambio y alteración en el patrón del tiempo, forma de excreción, calidad o cantidad.

4. PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO:

Describe el patrón de ejercicio, actividad tiempo libre y recreo. Incluye los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria, como higiene, cocinar, comprar, comer, trabajar, y mantenimiento del hogar.

5. PATRON SUEÑO-DESCANSO:

Refiere los patrones de sueño, descanso y relax. Incluye los patrones de sueño y los periodos de descanso-relax a lo largo de las 24 hrs. del día incluye la percepción de la cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía. También están incluidas las ayudas para dormir como; los medicamentos o la rutina empleada a la hora de acostarse.

6. PATRON COGNITIVO PERCEPTUAL:

Habla sobre los patrones sensorio-preceptuales y cognitivos. Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos, como la vista, el oído, el gusto, el tacto o el olfato, y la compensación o prótesis utilizadas para hacer frente a los trastornos. Las manifestaciones de percepción del dolor y como se trata, este también se incluyen cuando proceda. Se describen las habilidades cognitivas funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones.

7. PATRON DE AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO:

Describe el patrón de auto concepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes a cerca de uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general y patrón emocional general, esta incluido el patrón de la postura corporal y el movimiento, contacto visual, y patrones de voz y conservación.

8. PATRON ROL RELACIONES:

Es el patrón de compromisos y relaciones, incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del usuario, están incluidas la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo y comunidad, y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

9. PATRON SEXUALIDAD REPRODUCCION:

Contiene los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, el patrón reproductivo, incluye satisfacciones percibidas o las alteraciones en la sexualidad o relaciones sexuales, estado reproductor en las Mujeres, premenopausia o posmenopáusica y los problemas percibidos.

10. PATRON ADAPTACION-TOLERANCIA AL ESTRÉS:

Refiere el patrón general la adaptación y la efectividad del patrón en términos de tolerancia al estrés, incluye la reserva y capacidad para resistir a cambios en la propia integridad, formas de tratar el estrés, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo, y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones.

11. PATRON DE VALORES Y CREENCIAS:

Describe los patrones de valores, resultado o creencias incluyendo las espirituales que guían las elecciones o decisiones, incluyen lo que es percibido importante para la vida y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud.