

# **CAPÍTULO I.**

# **MARCO REFERENCIAL**

## **1.1 ENFERMERÍA: DESARROLLO HISTÓRICO Y CONCEPTUALIZACIÓN.**

Hoy en día la enfermería es distinta a como se practicaba décadas atrás. El papel de la enfermera ha sido proporcionar asistencia, educación, consuelo y apoyo. Las primeras narraciones de la civilización antigua se enfocan en la creencia de las causas de las enfermedades las cuales estaban cargadas de magia y supersticiones; a menudo el tratamiento consistía en curas mágicas. Conforme la evolución de la civilización, surgieron ideas prácticas sobre las enfermedades que se observaban; por ejemplo, se sabe que las comadronas se encargaban de cuidar a las madres y a sus hijos durante el alumbramiento.

También existían las nodrizas, las cuales amamantaban y cuidaban a los niños de las familias ricas. Estas tareas las desempeñaban las mujeres empleadas. Las enfermeras, que eran consideradas como esclavas, dependían del maestro, curandero o sacerdote, quienes se encargaban de instrirlas y dirigir las en sus trabajos (Kozier, Bárbara, 1999).

Sin embargo, no hay datos específicos sobre la enfermería en la civilización babilónica. La ilustración médica de este periodo suele consistir en una figura parecida a una enfermera que proporciona al paciente apoyo y bienestar. Las enfermeras son mencionadas de forma ocasional en el Antiguo Testamento, las cuales llevaban a cabo las mismas actividades que las enfermeras esclavas de las civilizaciones antiguas (Potter, Patricia, 1996).

En la antigua Grecia y Roma los cuidados de los enfermos y heridos presentaban un avance importante, tanto en la mitología y la realidad. El dios griego Asclepio era el curandero principal, su mujer Epíone era quien tranquilizaba a los enfermos, Higiea, que era hija de Asclepio, era la diosa de la salud, y algunos la reverenciaban como la personificación de una enfermera.

Asimismo, en la antigua India, los primeros hospitales estaban atendidos por enfermeras fijas que debían cumplir cuatro requisitos: 1) *Conocimientos de la forma de preparar los fármacos para administrarlos*; 2) *Inteligencia*; 3) *Dedicación al paciente*; 4) *Pureza de cuerpo y mente* (Kozier, Bárbara, 1999).

La religión ha influido en el desarrollo de la enfermería; siendo el valor cristiano de "amar al prójimo como a uno mismo" el que ha tenido un gran impacto en el desarrollo de enfermería en el occidente. Con el crecimiento de la Iglesia Católica se edificaron numerosos hospitales que se especializaron en el cuidado de los huérfanos, viudas, ancianos, pobres y enfermos (Kozier, Bárbara, 1999).

Durante la Edad Media (500-1500 d.C.) se fundaron órdenes religiosas masculinas y femeninas, militares y seculares, con la finalidad principal de cuidar a los enfermos. Destacaron entre ellos caballeros de San Juan, la Hermandad de San Alejo, y las hermanas Agustonianas, que fue la primera orden de enfermería pura.

A finales del siglo XVI Camilo Delellis, fundó una orden de enfermería para cuidar a los pobres, enfermos, moribundos y los que se encontraban en prisión. En

1633, San Vicente de Paul fundó en Francia la Orden de las Hermanas de la Caridad; esta fue la primera de otras muchas órdenes al cuidado del enfermo. Dicha orden envió hermanas enfermeras para prestar cuidados "en el nuevo mundo", cuya finalidad fue la de crear hospitales en Canadá, Estados Unidos y Australia (Kozier, Bárbara, 1999).

Los grupos de diaconizas formados por mujeres que prestaban cuidados tienen sus orígenes en el imperio romano del siglo III y IV, pero fueron suprimidos en la Edad Media. En 1836, cuando Teodoro Fliedner volvió a crear la orden de las diaconizas y abrió un pequeño hospital, y una escuela de prácticas en Kaiserswerth, Alemania.

Florence Nightingale, quien obtuvo su "capacitación en enfermería en la Escuela de Kaiserswerth", fue considerada la alumna más famosa de dicha institución. Nacida en una familia de intelectuales ricos se esperaba que siguiera el camino habitual de las mujeres ricas e inteligentes de la época, sin embargo, ella creía que "había sido llamada por Dios para ayudar a los demás y para mejorar el bienestar de la comunidad".

Estaba decidida a convertirse en enfermera a pesar de la oposición de su familia y del código que regía su entorno. Visitó Kaiserswerth en 1847, recibió un entrenamiento de tres meses como enfermera. En 1853 estudió en París con las hermanas de la caridad, después de lo cual regresó a Inglaterra para encargarse del puesto de superintendente de un hospital de caridad para institutrices. Asimismo, Patricia Potter (1996) precisa que durante este periodo llevó a cabo grandes reformas en higiene, saneamiento y práctica de enfermería y redujo la tasa de mortalidad en un

hospital de Turquía de 42.7 a 2.2 por ciento en seis meses (Cohen 1984; Woodham, Smith 1983; Donahue, 1985).

Florence Nightingale concebía la función de la enfermería como estar “al cargo de la salud de alguien” basado en el conocimiento de “cómo colocar al cuerpo en un estado tal que se libre de la enfermedad o que se recupere” (Potter, Patricia, 1996). Sin embargo, para Kozier (1999), la aportación más importante a la ciencia fue el cuidar de los enfermos y heridos en la guerra de Crimea. Nightingale y sus enfermeras transformaron los hospitales militares creando cocinas dietéticas, lavanderías, centros de recreo, salas de lectura y organizando clases para los asistentes.

En 1860 abrió las puertas de la escuela de entrenamiento para enfermeras. Dicha institución sirvió de modelo para la creación de otros centros. Las personas graduadas de dicha escuela viajaron a otros países para dirigir hospitales y crear programas de prácticas para las enfermeras; los esfuerzos se transformaron en el prestigio de la enfermería, convirtiéndola en una ocupación respetable para la mujer.

Por lo tanto, Florence Nightingale definió la enfermería como: “el acto de influir sobre el entorno del paciente para ayudarle en su recuperación” (Nightingale, Florence, 1860). También creía que un ambiente limpio y bien ventilado era esencial para la recuperación del paciente.

Virginia Henderson escribió que la función propia de la enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la

salud, o a su recuperación “o a una muerte tranquila”; y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible (Henderson, Virginia, 1955).

Holsclam Mitchel (1973) dice que enfermería es ayudar a las personas a dominar las dificultades en la vida diaria, que están asociadas a sus problemas de salud-enfermedad reales o potenciales o el tratamiento de los mismos.

Un año después, en 1974, Kozier y Dugas Witter Beverly establecen que las enfermeras prestan servicio sanitario al individuo, la familia y la comunidad, el servicio a la humanidad es la principal función de las enfermeras y la razón de la existencia de la enfermería como profesión.

La Asociación Canadiense de Enfermeras publicó en 1984 una definición que sirve como norma profesional: “la enfermería o el ejercicio de la enfermería significa la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud, y comprende la práctica y la supervisión de las funciones y servicios que directa o indirectamente y en colaboración con un cliente o con otros profesionales de la salud (Kozier, Bárbara, 1999).

Griffit Janet y Chistensen Paula, en 1986, comparten la definición que otorga la CNA agregando que la enfermería es una ciencia aplicada que requiere de destrezas intelectuales e interpersonales.

Para Beverly Witter Dugas (2000) la enfermería es una profesión dinámica cuya práctica cambia de manera constante, es una de las profesiones de mayor y más honorable tradición entre las que brindan asistencia directa al ser humano.

## **1.2 EL MÉTODO DE ENFERMERÍA: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

El Proceso de Atención de Enfermería es el método científico aplicado a la práctica asistencial, el cual permite a la enfermera prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática (Universidad Católica de la Santísima Concepción, Agosto 2002).

En 1983, Marriner Ann define el Proceso de Atención de Enfermería como la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería, utilizándose para planear y efectuar en forma sistemática los resultados obtenidos con estos cuidados, mediante las fases valoración, planeación, ejecución y evaluación. No obstante, el Proceso de Enfermería ha tenido significativos cambios en sus etapas; de este modo, Carpenito (1991) lo describe como: valoración, identificación del problema, planeación, ejecución y evaluación.

Se ha cuestionado sobre los beneficios del Proceso en Enfermería, pero la ciencia de enfermería se basa en un amplio tronco teórico, ya que es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería. Es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requiere de capacidades cognitivas, técnicas e impersonales, y va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente y familia (W., Iyer, 1993).

Asimismo, se puede definir el Proceso Enfermero con tres importantes dimensiones: propósito, organización y propiedades. Estas a su vez se dividen en seis etapas: resultado, sistemático, dinámico, interactivo y base teórica (W. Iyer, 1993).

Para Bárbara Long y Virginia Phipps Cassmeyer (1997), el Proceso de Enfermería es un enfoque sistemático empleado para llevar a cabo las funciones independientes de enfermería. Es una forma de pensamiento y acción que se basa más en el método científico que en la intuición; en cambio, Sandra M. Nettina (1999) lo describe como un método dirigido a resolver problemas y satisfacer la atención de la salud y las necesidades de enfermería de los pacientes, el proceso en conjunto es cíclico, la etapas están relacionadas y son interdependientes y recurrentes. Para ambas autoras, el proceso de atención de enfermería consta de cinco etapas:

- 1) *Valoración*: Es recopilar la información relevante del paciente para la enfermería de fuentes primarias o secundarias.
- 2) *Diagnóstico*: Identificación de problemas de salud presentes o potenciales que puedan tratarse hasta su resolución mediante acciones de enfermería.
- 3) *Planificación*: establecimiento de objetivos y un plan de atención diseñado para ayudar al paciente a resolver los diagnósticos de enfermería.
- 4) *Implementación o Instauración*: Actualizar y llevar a cabo las acciones de enfermería planificadas, necesarias para alcanzar los objetivos definidos.
- 5) *Evaluación*: Identificación de las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería y el grado de obtención de objetivos.



### 1.3 VALORACIÓN: PRIMERA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCIÓN.

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería. Se define como la obtención de datos de la salud de las personas, familia o comunidad, en forma intencionada, organizada y continua. En esta etapa, se lleva a cabo la recolección de datos, que puede ser mediante fuentes primarias (usuario) y también por fuentes secundarias (familia, amigos, expediente clínico, personal de salud, resultados de exámenes de laboratorio y bibliografía), (Jiménez, Gutiérrez, 2000).

Los datos que se obtienen son de cuatro categorías:

- a) *Datos subjetivos*: Son aquellos referentes a las percepciones propias del usuario respecto a su estado de salud, y su forma de expresar o responder ante los problemas o preocupaciones que tiene.
- b) *Datos objetivos*: Son aquellos susceptibles de ser observados y medidos. Estos se obtienen durante la observación y el examen físico, más concretamente, a través del uso de métodos y técnicas.
- c) *Datos de antecedentes*: Se refieren a situaciones de salud o enfermedad ocurridas con anterioridad.
- d) *Datos actuales*: Hechos que están ocurriendo en el momento presente.

---

Los métodos y técnicas que se utilizan en la valoración son:

- *Entrevista*: Es la técnica empleada para la obtención de los datos subjetivos.
- *Observación*: En esta se requieren amplios conocimientos teóricos y habilidades en el uso de esos sentidos.
- *Examen físico*: Es efectuado utilizando los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación. Cuyo objetivo es obtener información centrada en detectar y determinar las respuestas del usuario a los procesos vitales, problemas reales y potenciales y confirmar los datos subjetivos obtenidos en la entrevista, interrogatorio o de otras fuentes.

#### **1.4 DIAGNÓSTICO: SEGUNDA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Existen diferentes tipos de diagnóstico, de los cuales podemos destacar lo siguiente:

- 1) *Diagnóstico de enfermería real*, es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad, ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de vida.
- 2) *Diagnóstico de enfermería de riesgo*, es un juicio clínico de que un 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.

- 3) *Diagnóstico de enfermería posible*, en él las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales.
- 4) *Diagnóstico de enfermería de bienestar o salud*, es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

Las fases del proceso de diagnóstico son:

- *Clasificación de los datos*, se hace según los indicadores o categorías que se hayan utilizado en la valoración para la obtención de los mismos.
- *Examen de los datos*, se buscan datos clave, aquellos datos que con su presencia dentro de la situación destacan o validan la existencia en cada patrón de signos y síntomas.
- *Interpretación de los datos o inferencia de problemas*, este proceso de pensamiento utiliza un razonamiento tanto inductivo como deductivo y permite que el profesional establezca hipótesis o problemas iniciales en la situación. Un problema no puede ser justificado con un solo dato.
- *Validación de los problemas propuestos*: se logra en cada problema mediante la revisión y el análisis de los datos obtenidos de manera que se pueda confirmar dicho problema o quizás tenga que rechazarse por no estar suficientemente apoyado en los datos claves.

## **1.5 PLANEACIÓN: TERCERA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

Una vez elaborados los diagnósticos correspondientes, se procede a la fase de planeación del proceso de enfermería, esa fase incluye estos puntos:

- 1) Asignación de prioridades a los diagnósticos de enfermería.
- 2) Especificación de objetivos inmediatos, mediatos y a largo plazo de las acciones que se deben tomar.
- 3) Identificación de las intervenciones de enfermería apropiadas para el logro de tales objetivos.
- 4) Identificación de las acciones interdependientes.
- 5) Especificaciones de resultados esperados.
- 6) Registro de los diagnósticos correspondientes, objetivos del plan asistencial, intervenciones de enfermería y resultados esperados del plan asistencial.
- 7) Comunicación al personal apropiado de todos los datos derivados de la evaluación que indique necesidades que puedan satisfacer otros miembros del personal asistencial.

Las definiciones de prioridades es la jerarquía de necesidades de Maslow que proporciona un marco útil para determinar los problemas prioritarios. De acuerdo con este modelo, las necesidades físicas son las de máxima prioridad, seguidas de necesidades de nivel menor.

Después de definir las prioridades de los diagnósticos, se identifican los objetivos inmediatos, mediatos y a largo plazo, así como las acciones apropiadas para el logro de tales objetivos.

El paciente y sus familiares deben participar en la definición de los objetivos de las acciones de enfermería.

Los resultados esperados de las intervenciones de enfermería se definen en base al lapso en que se logrará, y a las conductas esperadas del paciente, los resultados deben ser objetivos y mensurables.

La información que se incluye en el plan asistencial debe de redactarse de manera concisa y sistemática, para facilitar su empleo por parte de todo el personal de enfermería; asimismo debe registrar las respuestas del paciente a todas las intervenciones, recuérdese también que dicho instrumento está sujeto a cambios, conforme se modifiquen los problemas del paciente, ocurrirá lo propio con las prioridades, se resolverán los problemas mismos y se recopilará información adicional acerca del estado del individuo.

Un plan asistencial bien elaborado y actualizado es la mejor garantía, para el paciente, de que se resolverán los diagnósticos de enfermería y los problemas en colaboración y se satisfacerán sus necesidades básicas (Brunner y Suddart, 1998).

## **1.6 EJECUCIÓN: CUARTA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

Es la que le procede a la formulación del plan asistencial. Ejecución es la puesta en práctica del plan propuesto. La enfermera se responsabiliza de tal ejecución pero incluye al paciente, sus familiares y otros miembros del personal de enfermería y asistencia general, según resulte apropiado.

La enfermera coordina las actividades de todas las personas que participan en esta fase.

- 1) El plan de atención de enfermería sirve de base para la fase de ejecución .
- 2) Los objetivos inmediatos, mediatos y a largo plazo se emplean para dirigir la ejecución de las intervenciones de enfermería específicas.
- 3) En la ejecución de dicha asistencia, la enfermera evalúa de manera constante al paciente y sus respuestas.
- 4) Se hacen cambios al plan asistencial conforme se modifiquen su estado, los problemas y las respuestas del paciente, y en la medida en que se precise la reasignación de prioridades.

En las intervenciones de enfermería se incluyen los cuidados higiénicos, fomento del bienestar físico, psicológico y medidas de apoyo para la respiración y función de eliminación; facilitar la ingestión de alimentos, líquidos y nutrientes; organización del entorno inmediato del paciente, impartición de instrucciones sobre la salud, estimular la relación terapéutica y efectuar una serie de actividades de

---

enfermería terapéutica. Dichas intervenciones se centran en el paciente y están dirigidas por objetos estipulados y se basan en principios científicos (Brunner y Suddart, 1998).

### **1.7 EVALUACIÓN: QUINTA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

La evaluación de resultados es la fase final del proceso y tiene como objetivo identificar las respuestas del individuo a las intervenciones de enfermería y la medida en que se lograron los objetivos.

El plan asistencial sirve de base para tal evaluación, mientras que los diagnósticos, problemas en colaboración, objetivos, intervenciones y resultados esperados, permiten disponer de pautas específicas, las que dependen del enfoque de la evaluación de enfermería (Brunner y Suddart, 1998).