

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1 Proceso de Atención de Enfermería

En el pasado la enfermería se describía en términos funcionales, es decir mediante actividades realizadas por las enfermeras. A principios de la década de 1960, la enfermería enfatizaba en los aspectos interpersonales, intelectuales y científicos de la profesión.

Los aspectos interpersonales de la relación usuario-enfermera fueron subrayados por Ida Jean Orlando, quien destacó la necesidad de acciones más deliberadas que intuitivas.

Por su parte Lois Knowles incorporó el planteamiento científico describiendo a la enfermería como profesión involucrada en descubrir, sondear, hacer y discriminar. Con un enfoque continuo en el planteamiento científico los dirigentes de enfermería explicaron la forma de aplicarlo al desarrollo de la profesión. En 1966 Kelly describió la información disponible para la valoración de enfermería como los signos y síntomas del usuario y la

historia, el diagnóstico médico, los antecedentes sociales, el bagaje cultural, los factores físicos y psicológicos del medio ambiente.

Dorothy Johnson enfatizó la importancia de la recolección sistemática de datos y su análisis riguroso. El diagnóstico de enfermería se definió en ese tiempo como la determinación de la causa y el alivio de un síntoma. En 1967 Yura y Walsh escribieron el primer libro que definía en forma integral cuatro componentes del proceso de atención de enfermería. Para la década de 1970, la profesión de enfermería empezó a visualizarse como una disciplina científica orientada a una práctica con base teórica y centrada en el usuario. Los pasos del proceso fueron legitimizados en 1973, cuando la Asociación Norteamericana de Enfermeras publicó las normas de la práctica de enfermería, por lo que muchos estados iniciaron una revisión de las actividades, como reflejo del extenso campo que abarca.

A inicio de la década de los 80 dichas actividades fueron revisadas, para valorar los conocimientos enunciados de los 5 componentes mayores del PAE: valoración, análisis, planeación, implementación y evaluación.

Levine sugirió la palabra troficognosis para expresar con mayor claridad la idea del diagnóstico de enfermería; otros creían que el término diagnóstico de enfermería era más fácil de comprender en el ámbito de las

profesiones de salud. Los participantes de la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros de 1973 establecieron un ente de coordinación denominado sección especial del grupo nacional para la clasificación del diagnóstico de enfermería. Dicha sección era independiente de cualquier organismo profesional y sus miembros se administraban para financiar su asistencia a reuniones de creatividad.

En 1982 la organización se incorporó a la NANDA y se encargó del trabajo de colaboración entre las enfermeras de Estados Unidos y Canadá.

En el momento actual se han aceptado 163 diagnósticos en la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA). Los diagnósticos se disponen de acuerdo a una adaptación del marco conceptual de las teorías. Cada dos años siguiendo un proceso de revisión de diagnósticos se añaden grupos de ellos al sistema de clasificación denominado taxonomía.

1.2 Patrones Funcionales. Marjory Gordon

Todos los seres humanos tienen en común algunos patrones funcionales que contribuyen a su salud, calidad de vida y logro de su potencial humano. Estos patrones son el eje de la valoración de enfermería.

La descripción y evaluación de los patrones de salud permiten a la enfermera identificar patrones funcionales (necesidades del cliente) y patrones disfuncionales (diagnósticos enfermeros).

Las ideas actuales y tradicionales de la práctica enfermera se presentan en una lista de categorías concisa y fácil de aprender.

Los patrones funcionales de salud pueden ser utilizados de varias formas:

1. Como un formato para organizar los datos de la valoración y como su estructura correspondiente para agrupar los diagnósticos enfermeros.
2. Como un sistema para organizar el conocimiento clínico. Los cursos o currículos que han utilizado estos patrones los han organizado en varios programas educativos.
3. Como un sistema para organizar la literatura clínica.
4. Como tema para la investigación clínica sobre patrones de salud.

Definición de los patrones funcionales

1.- Patrón de mantenimiento y percepción de la salud

Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y cómo se automaneja regularmente. Incluye la percepción del usuario sobre su estado de salud y la relevancia que ésta tiene en sus actividades y la planificación a futuro. También incluye el nivel general de comportamientos como actividades de promoción a la salud y prácticas preventivas de salud mental y física, prescripciones médicas o enfermeras y seguimiento de cuidados.

2.- Patrón nutricional-metabólico

Describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos, los horarios de comida diarias, los tipos y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, las preferencias particulares de alimentos, el uso de suplementos dietéticos y vitamínicos. Se incluyen las referencias de cualquier lesión de piel y la capacidad general de cicatrización, el estado general de la piel, uñas, mucosa, dientes y medidas de la temperatura corporal, altura y peso.

3.- Patrón eliminación

Describe los patrones de la función excretora (intestino vejiga, piel) de los individuos. Incluye la regularidad percibida de la función excretora, el

uso sistemático de laxantes y cualquier cambio o alteración en el patrón del tiempo, forma de excreción, calidad o cantidad. También incluye el uso de dispositivos para el control de la excreción y el patrón de eliminación de residuos tanto familiar como comunitario.

4.- Patrón actividad ejercicio

Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo. Incluye los requerimientos de consumo de energía para la realización de las actividades diarias.

También están incluidos el tipo, la cantidad y la calidad del ejercicio, incluyendo los deportes, lo cual describe el patrón típico (si procede se incluyen los factores que interfieren en el patrón deseado o esperado por el individuo como los déficits neuromusculares y las compensaciones, disnea, angina o calambres musculares con el esfuerzo, así como la clasificación cardiopulmonar).

El énfasis está en las actividades de mayor importancia para el cliente.

5.- Patrón de sueño y descanso

Describe los patrones de sueño y descanso a lo largo de las 24 horas, Incluye la percepción de la calidad y la cantidad de sueño y relax,

además de la percepción del nivel de energía. También están incluidos las ayudas para dormir, como medicamentos o la rutina empleada a la hora de acostarse.

6.- Patrón cognitivo-perceptual

Describe los patrones sensorio-perceptuales y cognitivos del usuario. Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos como la vista, el oído, el gusto, el tacto y el olfato y la compensación o prótesis utilizada para hacer frente a los trastornos. Las manifestaciones de percepción de dolor y cómo se trata éste, cuando proceda, se incluyen las habilidades cognitivas funcionales como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones.

7.- Patrón de autopercepción y concepto de sí mismo

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo, incluye la percepción de las capacidades cognitivas, afectivas y físicas, imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general.

Está incluido el patrón de la postura corporal y el movimiento, contacto visual y patrones de voz, así como conversación.

8.- Patrón rol-relaciones

Describe el patrón de compromisos del rol y las 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, relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

9.- Patrón de sexualidad y reproducción

Describe los patrones de satisfacción e insatisfacción de la sexualidad. Describe el patrón reproductivo. Incluye la satisfacción percibida o las alteraciones en la sexualidad, así como el estado reproductivo en las mujeres, premenopausia o posmenopausia y demás problemas agregados que se observen.

10.- Patrón afrontamiento y tolerancia al estrés

Describe el patrón general de adaptación y la efectividad de éste en términos de tolerancia al estrés.

Incluye la reserva o capacidad para resistir los cambios de la propia integridad, formas de relajación, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones.

11.- Patrón de valores y creencias

Describe los patrones de valores, resultados o creencias que guían las elecciones o decisiones del usuario, incluye lo que es percibido como importante en la vida y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud. (Gordon 1996, p. 457).

1.3 Jerarquización de Necesidades. Abraham Maslow

Todos los individuos necesitan satisfacer ciertas necesidades para lograr un nivel de vida óptimo. Las necesidades fisiológicas tienen primacía sobre otras, ya que son esenciales para la supervivencia, incluyen las necesidades de agua, alimento, aire, eliminación, descanso y sueño, conservación de la temperatura y evitación del calor.

El logro de algunas necesidades es tan esencial que si se impide, es necesario actuar de inmediato para salvar la vida de la persona. Por ejemplo, si se interrumpe la respiración y se suprime el suministro de aire en un individuo, hay que iniciar de inmediato las medidas para restablecer su respiración adecuada o morirá en minutos.

La siguiente prioridad según Maslow son las necesidades de seguridad y protección, incluyendo componentes tan fundamentales como la

protección adecuada de los elementos y factores perjudiciales del ambiente.

Las personas también deben sentir que están a salvo y protegidas de peligros reales e imaginarios.

Se suele experimentar mayor seguridad cuando se está en ambientes familiares, con las rutinas usuales, personas en quienes se puede confiar y rodeadas de cosas conocidas. Por el contrario, se sienten amenazadas si se encuentran en sitios extraños, se alteran los patrones usuales de vida o no hay objetos familiares a su alrededor.

Maslow piensa que siguen en importancia las necesidades de amor y pertenencia. Los lactantes que carecen de amor y afecto simplemente no se desarrollan bien por más que satisfagan sus necesidades fisiológicas y de seguridad; los adultos también necesitan de amor y afecto, tener cerca a personas con quien compartir alegrías, penas, ansiedad y dudas.

A continuación Maslow coloca en su jerarquía las necesidades de estimación. Una persona tiene que sentir que vale la pena como ser humano, es decir tener autoestimación y que se le considera de valor y dignidad para su familia y otros individuos.

Maslow ha sugerido que muchos de los problemas en nuestras sociedades se deben a la falta de satisfacción de las necesidades básicas de amor y pertenencia.

Por último, en la jerarquía de Maslow se encuentran las necesidades de realización personal, que incluye la necesidad que tiene la persona de obtener su potencial más elevado y lograr las ambiciones que tenga en la vida. Maslow también incluyó aquí las necesidades de conocimiento y estética, es decir de algo bello en la vida del individuo.

1.4 Historia Natural de la Enfermedad. Paradigma

El concepto Historia Natural de la enfermedad fue introducido por Sir Mac Farlane Burnet en 1940, aplicándolo exclusivamente a las enfermedades infecciosas. Para esos años el proceso para lograr el control de tales enfermedades apenas estaba iniciando.

El conocimiento preciso de la historia natural de la enfermedad ha utilizado optimizando los resultados de la aplicación de grandes descubrimientos como las vacunas, los antibióticos y los insecticidas. Posteriormente Leavell y Clark derivaron de esa base conceptual de las enfermedades infecciosas su aplicación a cualquier tipo de enfermedad y

dentro de ese esquema general se adaptó todo un sistema de prevención que permite evitar en cualquier etapa de la evolución de la enfermedad en que se encuentre el usuario.

El modelo de la historia natural de la enfermedad surgió como una propuesta metodológica que permite un mayor conocimiento sobre los factores que participan antes y durante la evolución de la enfermedad en el hombre. El ideal de prevención sólo se alcanza si se actúa con el criterio de la historia natural de la enfermedad, al aplicar en cada caso el tipo de medidas o recursos específicos para prevenir, las cuales pueden representar acciones a nivel del usuario, su familia o de la comunidad.

Los objetivos del conocimiento de la historia natural de la enfermedad son:

- Manejar la acción recíproca del hospedero, agente y medio ambiente para conocer y anticipar sus riesgos y así facilitar las medidas preventivas.
- Establecer en que las etapas de la enfermedad ocurren cada una de las alternativas con lo cual se pueden programar, realizar y evaluar la atención médica y de enfermería.

- Ejercer una enfermería que permita desarrollar conductas más preventivas que motiven a detectar y elaborar diagnósticos precoces y participar en tratamientos oportunos para mejorar la salud, rehabilitar o curar al individuo, evitando invalideces permanentes y aun la muerte. (Montaño, et al 1997).