



RESÚMEN

La investigación tiene como objetivo identificar los MODELOS, TEORÍAS Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA APLICADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERAS, PROFESIONALES E INTERNAS DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO BRINDADO A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. CUENCA 2010 – 2011

Materiales y métodos.- El tipo de estudio fue Descriptivo Cuantitativo, analiza las características del cuidado brindado por el profesional de Enfermería.

El grupo de estudio lo constituyeron: 19 personas, 3 enfermeras de planta, 16 de contrato y 8 internas de enfermería, dado el tamaño del universo no se realiza cálculo de muestra.

Las técnicas de investigación empleadas fueron: la observación participante y la entrevista al personal de Enfermería.

Resultados.- Según resultados obtenidos en nuestra investigación las Enfermeras profesionales que laboran en el servicio de emergencia desconocen los modelos de atención de enfermería situación que repercute en la atención y el cuidado del paciente.

Conclusión.- La investigación muestra que el cuidado brindado al paciente en el servicio de emergencia es rutinaria poco trascendente y no visibilizada socialmente, su accionar no produce impacto, es intrascendente y deteriora la calidad y eficiencia del cuidado, pues no aplican ningún modelo de atención sino solo algunos componentes aislados del Proceso de Atención de Enfermería.



Palabras claves: modelos de enfermería, procesos de Enfermería, práctica profesional. Atención de enfermería, Hospital Vicente Corral Moscoso.



ABSTRACT

The research aims to identify the models, theories and nursing practice APPLIED BY THE STAFF OF NURSES, AND INTERNAL PROFESSIONAL NURSING CARE PROVIDED TO PATIENTS WHO GO TO THE HOSPITAL EMERGENCY SERVICE "Vicente Corral Moscoso." CUENCA 2010 – 2011.

Materials and methods .- The present study was descriptive Quantitative analyzes the characteristics of care provided by nursing professionals.

The study group was constituted by: 19 people, 3 floor nurses, 16 and 8 internal contract nursing, given the size of the universe sample calculation is made.

The research techniques used were: participant observation and interviewing nursing staff.

Results .- According to our research results in professional nurses working in emergency service models of care unaware of situation that affects nursing care and patient care.

Conclusion .- The research shows that the care given to patients at the emergency service is routinely made visible less meaningful and socially, their action has no impact, is inconsequential and impairs the quality and efficiency of care, they do not apply any model of care but only some isolated components of the Nursing Care Process.

KEYWORDS: nursing models and processes of nursing practice. Nursing Care, Hospital Vicente Corral Moscoso.



INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACIÓN Y USO DE RESULTADOS	15
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
CAPITULO I	
1. DISEÑO METODOLÓGICO	21
1.1 Tipo de estudio	21
1.2 Tipo de investigación	21
1.3 Universo	22
1.4 Unidad de observación	22
1.5 Instrumentos	22
1.6 Instrumento de investigación	23
1.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos	24
1.8 Asociación empírica de variables	24
1.9 Esquema de operacionalización de variables	25
CAPITULO II	
2. MARCO REFERENCIAL	28
2.1 Antecedentes Históricos del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”	28
2.2 Localización Geográfica	31
2.3 Descripción del ambiente físico del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”	32
2.4 Políticas de la Institución	33
2.5 Proyectos principales	33
2.6 Organigrama funcional del Hospital “Vicente Corral Moscoso”	36
2.7 Diez principales causas de morbilidad hospitalaria en el Hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca 2010	37



2.8	Diez principales causas de mortalidad hospitalaria (+de 48 horas) en el hospital "Vicente Corral Moscoso". Cuenca 2010	38
2.9	Ubicación geográfica del Servicio de Emergencia	39
2.10	Misión	46
2.11	Visión	47
2.12	Condiciones que rodea a la Institución	48

CAPITULO III

3.	MARCO TEÓRICO	55
3.1	Modelos de atención de enfermería	55
3.2	Elementos de la filosofía de enfermería	57
3.3	Proceso de desarrollo de la construcción teórica de enfermería	61
3.4	Características de una disciplina	63
3.5	Paradigma	64
3.5.1	Paradigma de la categorización	66
3.5.2	Paradigma de la integración	66
3.5.3	Paradigma de la transformación	67
3.6	Fundamentación teórica para la construcción de conocimientos de enfermería	70
3.7	Modelos de Enfermería	73
3.7.1	Modelos naturalistas	73
3.7.2	Modelos de suplencia o ayuda	75
3.7.3	Modelos de interrelación	75
3.7.4	Modelo suplementario y complementario	76
3.7.5	Modelo de autocuidado	80
3.7.6	Modelo de adaptación	85
3.7.7	Modelo de vida Nancy Ropper	89
3.8	Proceso de enfermería	94
3.8.1	Importancia y ventajas del proceso de enfermería	95
3.8.2	Etapas del proceso de atención de enfermería.	96



CAPITULO IV

4. TABULACION Y PRESENTACION DE DATOS	102
--	------------

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	119
---------------------------------------	------------

BIBLIOGRAFÍA	122
---------------------	------------

ANEXOS	125
---------------	------------



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“MODELOS, TEORÍAS Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA APLICADOS
POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO BRINDADO A
LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2010 – 2011”**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIATURA
EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

CARMEN ORELLANA ORELLANA
MARÍA ISOLINA DEL CARMEN JEREZ BORJA

DIRECTORA:

LCDA. CARMEN CABRERA CÁRDENAS

ASESORA:

LCDA. NARCISA ARCE GUERRERO

CUENCA - ECUADOR



2011

RESPONSABILIDAD

Todos los criterios y opiniones vertidos en este trabajo son de exclusiva responsabilidad de las autoras.

Carmen Guillermina Orellana Orellana

María Isolina del Carmen
Jerez Borja



AGRADECIMIENTO

Exteriorizamos nuestro sincero agradecimiento al personal docente y directivo de la Escuela de Enfermería, de manera especial a la Lcda. Olga Guillén Directora de la Escuela, a las Lcdas. Carmen Cabrera y Narcisa Arce en su calidad de Directora y Asesora respectivamente por sus sabias enseñanzas y por guiarnos en este trabajo de investigación.

Agradecemos también al personal de emergencia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, en especial a la Lcda. Clara Tamayo, por su colaboración y apertura para que esta investigación llegue a su término.

Las Autoras



DEDICATORIA

Dedico esta investigación a Dios, por darme sabiduría para la realización de este trabajo.

A mi esposo José y a mis hijos/as Jorge, Francisco, Tatiana y Erika, que me han brindado su apoyo incondicional en el transcurso de mis estudios.

Carmen Orellana



DEDICATORIA

Esta tesis le dedico con todo mi cariño, amor: a Ti Dios, que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

A mi esposo Marcelo y a mis hijos/as Marcelo, Byron, Mariela, Johanna, Gisella, Milena, gracias a todos los que creyeron en mí, y me apoyaron.

Carmen Jerez



INTRODUCCIÓN

La práctica de enfermería se interrelaciona con la práctica de otras personas miembros del equipo que también suministran cuidado de la salud. La Enfermera tiene la capacidad de relacionarse tempranamente con los usuarios e identificar precozmente los problemas, priorizarlos y solucionarlos de manera independiente y creativa.

Esta práctica requiere contar con un sistema de trabajo que le de identidad, pertinencia social, organización a sus funciones independientes e interdependientes y defina su esfera de actuación, del mismo modo promoverá entre las Enfermeras actividades de investigación y recreación del conocimiento que fortalecerá la imagen social y el autoconcepto profesional.

La práctica vigente de enfermería se ha caracterizado por la escasa participación en la toma de decisiones; el desarrollo de acciones operativas que reflejan un ambiente inequitativo de trabajo y poder; otro factor que ha incidido sobre el proceso de trabajo de enfermería, son la falta de un modelo de atención de Enfermería que contribuye a dinamizar la práctica, visualizar el cuidado brindado, incrementar la participación proyección e impacto del cuidado de enfermería, así como, llenar las propias expectativas de las Enfermeras para contextualizar y elevar la calidad del cuidado.

La Enfermería como arte y ciencia ha ido desarrollándose paulatinamente desde el juicio intuitivo y aplicación de principios aislados, hacia la utilización de enfoques teóricos referenciados, que ayudan a los Enfermeros/as a comprender, analizar, interpretar las situaciones de salud individuales y colectivas así como, para la toma de decisiones en el cuidado de la salud de los diversos grupos, capacitándolos/as para



demostrar su responsabilidad Y autonomía del cuidado proporcionándoles las bases teóricas para explicar lo que hacen y porqué lo hacen.

La aplicación de un enfoque teórico al cuidado, implica sistematizar la experiencia e investigar los problemas colectivos dentro de un marco conceptual que sirve como base para recoger, organizar, dosificar y analizar la información, elaborar juicios que orientan a la planificación y ejecución del plan de cuidados, la toma de decisiones y sistematización de la práctica para construir una nueva imagen social y científica de la Enfermería.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La aplicación del proceso de atención de enfermería es un método ordenado, sistemático de trabajo profesional para obtener información e identificar y diagnosticar los problemas de salud o bienestar del individuo, familia o comunidad para poder planificar ejecutar evaluar el cuidado directo de enfermería aplicando el método científico.

La ciencia de enfermería inicia su constitución desde el siglo XVII. En el año 1852 Florencia Nightingale, desarrolló la primera teoría de enfermería denominada "Teoría del entorno", en la que plantea que la salud estaba influenciada por factores como la calidad de la vivienda, iluminación ventilación falta de saneamiento, por lo que deben ser investigadas para el planteamiento de soluciones, de modo que los cuidados de enfermería sean más eficaces reflexivos, fundamentados y apoyados en conocimientos científicos y los enfermos adquieran la capacidad de pensar por sí mismos.

La profesión de enfermería viene desarrollándose desde hace algo más de un siglo y ha sido a partir de los años 50 cuando aparecen las teorías este campo ha sufrido una rápida evolución hasta alcanzar un cuerpo doctrinal de conocimientos propio de una disciplina académica. Antes de esa fecha, no se había empezado a desarrollar, articular y contrastar una teoría global en esta disciplina. La práctica profesional se basaba en un compendio de principios y tradiciones determinados por una formación basada en el aprendizaje y en el sentido común desarrollado por los años de experiencia.

Ya en la década de los 70, existía consenso sobre el ejercicio profesional de la Enfermería, el cual debía basarse en un sustrato teórico propio y no en conocimientos de otras disciplinas. No obstante, las investigaciones



revelaban que la disciplina carecía aún de conexiones conceptuales y de sistemas teóricos sólidos.

Posteriormente, en los años 80 cada vez más bases teóricas eran incorporadas a los currículos profesionales y el interés se centraba en el análisis y el uso de las teorías en la práctica clínica. Así se alcanzó un consenso sobre los conceptos dominantes de la disciplina: persona entorno, salud y la disciplina de la enfermería (cuidados enfermeros acción / actividad de enfermería).

En los años 90, no ha existido acuerdo sobre un enfoque teórico unitario el cual presenta sus defensores y sus detractores. Estos últimos abogan por el pluralismo en las teorías y por el enriquecimiento que aporta la diversidad al conjunto de la disciplina, ya que, ninguna visión es lo bastante amplia para abarcar u orientar el conocimiento de la enfermería en su totalidad.

Los Meta paradigmas intentan explicar una visión global de la realidad para la comprensión de los conceptos y principios claves del cuidado de enfermería que tienen como objetivo interpretar fenómenos o conceptos específicos como dolor, estrés para estimular la investigación y generalizar los resultados para la construcción teórica que fundamente el cuidado brindado.

Las Teorías son un conjunto de conceptos, relacionados entre sí que proporcionan una perspectiva sistemática, predictiva y explicativa de los fenómenos. Pueden empezar como una premisa no comprobada (hipótesis) que llega a ser una teoría cuando se verifica, se sustenta y se demuestra; las teorías son verificadas y validadas a través de la investigación y proporcionan una orientación para la práctica social de la profesión.



JUSTIFICACIÓN Y USO DE RESULTADOS

El tema de nuestra investigación es: **MODELOS, TEORÍAS Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA APLICADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO BRINDADO A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. CUENCA 2010 – 2011.**

La razón fundamental que ha motivado la realización de este estudio radica en la ausencia, en nuestro medio, de trabajos que aborden la relación entre la teoría de enfermería y su aplicación en la práctica, lo que es motivo de preocupación en gran parte de los profesionales Enfermeras / os, que frecuentemente se preguntan sobre los porqués del alejamiento explícito entre el discurso teórico de la enfermería, que está presente en la formación básica y continuada y el ejercicio profesional. Por ello la tesis se centra en explorar las causas que influyen en una práctica de enfermería sustentada en el método científico e identificar las concepciones teóricas que están implícitas en ella, en relación con los conceptos que actualmente se aceptan como paradigmáticos: 1) el cuidado, 2) la persona, 3) la salud y 4) el entorno.

El proceso de profesionalización de la enfermería no ha sido fácil, los cuidados de las personas ha estado tradicionalmente circunscrita al ámbito de lo cotidiano y lo doméstico al igual que otras prácticas como: el funcionamiento de las estructuras humanas, la enseñanza, el apoyo emocional o la solución de conflictos, etc. La diferencia entre la evolución de estas prácticas y la enfermería es que las primeras se han ido estructurando e institucionalizándose como áreas específicas de saber desde la Grecia Clásica, mientras que la enfermería ha permanecido en el área de invisibilidad que caracteriza a lo doméstico como lo expresan investigadores como Alberdi en 1999, Germán en 2006 y Mazarrasa en el



2000, o como formula Rodríguez en el año 2007 que relaciona a la enfermería con lo maternal y como carente del proceso científico, siendo necesario el conocimiento filosófico para dar el salto cualitativo de la práctica a la teoría.

Los esfuerzos realizados para identificar y fundamentar la singularidad de la enfermería y su aportación a la sociedad, han transcurrido de una manera desigual a lo largo del tiempo. Aunque es evidente que el verdadero desarrollo y consolidación como profesión en nuestro entorno, tiene lugar a mediados del siglo XX. Es a partir de los inicios de la década de los años 50 cuando las enfermeras desarrollan y publican los primeros fundamentos teóricos y metodológicos de la enfermería que nos permite contar hoy con una importante producción científica.

A lo largo de la trayectoria profesional, las enfermeras/os se han preguntado sobre las razones que dificultan la aplicación de los modelos de cuidados, desarrollados como estructuras teóricas, en la práctica enfermera, investigaciones realizadas en varios países como en España, México muestran procesos de aceptación y aplicación muy desiguales de los modelos por parte de los profesionales, debido a la falta de implicación, de compromiso y rutinización de la práctica de éstos para tener un nivel de aplicabilidad más efectivo a pesar que los estudiantes disponen de capacidades que les permiten, explicar las situaciones que se encuentran en sus prácticas clínicas desde los modelos de cuidados y del proceso de atención de enfermería, de manera singular, en nuestra experiencia.

Sin embargo, no siempre se mantienen las teorías y modelos en su trayectoria profesional posterior, ni el modelo como referente explicativo ni el proceso, consideran que no es necesario adoptar un modelo de manera explícita ya que cada enfermera tiene su propio modelo que ha ido desarrollando con la experiencia; Benner en 1987 plantea que la



enfermera profesional debe aprender a diferenciar entre el **saber teórico y el conocimiento práctico** en el marco de la ciencia aplicado, *“el proceso del saber consiste en aplicar los conocimientos prácticos (know-how) mediante investigaciones científicas, pues la autora considera que la práctica profesional mejorara cuando la enfermera es capaz de pasar de la práctica a la teoría basada en postulados teóricos, en el análisis de los conocimientos técnicos existentes perfeccionados con la experiencia clínica, en el ejercicio o aplicación activa de la ciencia aplicada”¹*, pues los conocimientos adquieren significado en las actuaciones reales.

La enfermería es una profesión con bases científicas y humanísticas dedicada al cuidado integral de la salud del individuo la familia y la comunidad por lo que su aplicación y la presente investigación tiene gran relevancia para el desarrollo profesional debido a que:

1. La enfermería como profesión existe desde que Florence Nightingale, a mediados del siglo XIX, expresó la firme convicción de que la enfermería requería conocimientos, su tarea pionera funda el concepto moderno de enfermería y sienta la base de los cuidados de enfermería como profesión independiente y de la enfermería como disciplina.
2. En la década de los 50, en pleno siglo XX la enfermería como profesión comienza a desarrollar sus modelos conceptuales que han estado en constante movimiento y transformación para darle al cuidado integral los fundamentos científico – técnicos.
3. El cuidado de enfermería es integral, orientado al cuidado de la salud, a promover el bienestar, disminuir los riesgos y prevenir el desarrollo de la enfermedad así como recuperar la salud; estas características del

¹ Benner, R.- INVESTIGACION APLICACIÓN DE LOS MODELOS EN LA ATENCIÓN.- publicado en página Notas Científicas de Enfermería. 2010 citado www.google.com



ámbito de actuación de la enfermería profesional es lo que le da su identidad e importancia en el campo de la salud.

4. La aplicación de los modelos de enfermería ligado a la práctica social que tiene, es lo que le han dado sus características esenciales de ser arte, ciencia y filosofía, estas características son dialécticamente antagónicas pero permite sistematizar, sustentar la práctica para planificar los cuidados a través de su proceso de enfermería dándole calidad, eficiencia, eficacia y actuación oportuna.
5. La teoría permite al personal profesional de enfermería trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud tomar decisiones y elaborar el plan de cuidados en función de la conducta y carácter del paciente ya que las funciones de la enfermera son independientes de las del médico.
6. El profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud, utiliza el plan de cuidados para proporcionar el cuidado al paciente durante las 24 horas del día.



OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Identificar los modelos, teorías y prácticas de enfermería aplicados por el personal de enfermería en el cuidado brindado a los pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca 2010-2011.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar la gestión de enfermería en función de la aplicación de modelos teóricos para las actividades de cuidado directo, prevención y curación de la salud.
- Describir las actividades en la gestión de cuidado directo, administración y educación.
- Plantear estrategias de intervención para mejorar la calidad del cuidado brindado y fundamentar la práctica profesional.



CAPITULO I

DISEÑO METODOLÓGICO



1. DISEÑO METODOLÓGICO

1.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se inscribe en la modalidad de estudios de tipo descriptivo cuantitativo, porque estudió las situaciones y eventos nos permitió medir diversos aspectos del fenómeno a investigar, midió independientemente los conceptos su objeto es evaluar el cuidado brindado por las/os profesionales de enfermería a los pacientes que acuden al servicio de emergencia del hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca 2010 - 2011.

Cuantitativo: En la investigación se observó la realidad expresados en valores diferentes que ayudo a evaluar interpretar los resultados.

1.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Las técnicas de investigación es Descriptiva Cuantitativa empleadas para identificar qué modelo de atención de enfermería aplica en el servicio las Enfermeras de emergencia del hospital” Vicente Corral Moscoso”

Este tipo de investigación descriptiva cuantitativa que es la forma de actividad en donde participaron grupos pequeños de personas y su participación fue activa durante la investigación lo cual permitió recoger testimonios del personal de enfermería, para analizar y evaluar el nivel de conocimientos sobre los modelos aplicados con el fin de buscar cambios en el servicio.



1.3 UNIVERSO

Lo constituyeron 19 personas 3 Enfermeras de planta 16 de contrato y 8 internas de enfermería.

Las internas de enfermería participan en la investigación por ser sujetos en formación, personal transitorio que también brinda cuidado, personas que disponen de conocimientos sobre los modelos y teorías.

En la investigación participa todo el universo por ser pequeño, por lo que no se realiza calculo de muestra.

1.4 UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Enfermeras profesionales.

Internas de enfermería

1.5 INSTRUMENTOS

OBSERVACION: es uno de los instrumentos de la investigación más utilizados porque permiten mirar los hechos y comportamiento de las personas, se realizó durante 10 días en los diferentes turnos de 6 horas en las jornadas de trabajo del personal de enfermería.

Observar el procedimiento de cuidado directo, actividades educativas, de administración e investigación la misma que fue de tipo participante con una duración de cuarenta horas repartidas en los diferentes turnos. La interpretación de la calidad de los cuidados y técnicas en los procedimientos fueron: la aplicación del modelo, el proceso de atención de enfermería y el diagnostico de enfermería.



La escala para la atención fue: que dentro de los modelos se calificó las actividades: valoración entrevista, diagnóstico y evaluación: con siempre ocasionalmente rara vez (ver anexo1)

ENTREVISTAS: se realizó el primer contacto con el personal profesional de Enfermería para hacer preguntas como aplica las etapas del proceso para obtener la información y poder realizar comparación con la observación.

Entrevista: se realizó a cada profesional de enfermería para conocer sobre el modelo de enfermería, la teoría de enfermería, los componentes del modelo de atención, que modelo de atención aplica en su práctica como aplica ese modelo en la atención de los pacientes, que actividades de cuidado directo realiza en sus labores cotidianas, y el proceso de atención de enfermería.

La escala para la interpretación fue la misma de la observación

Según los resultados obtenidos concluimos que los modelos de atención de enfermería ningún personal aplica los modelos de atención completamente, lo que incidirá negativamente en la calidad del cuidado pues rutiniza la atención, deteriora y desgasta al personal de enfermería, causando insatisfacción, frustración y predisponiéndole a accidentes laborales.

1.6 INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

1. Guía de observación, (ver anexo1)
2. Formulario de entrevista, (ver anexo 2).
3. Utilizamos los programas Microsoft office, Word.



1.7 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

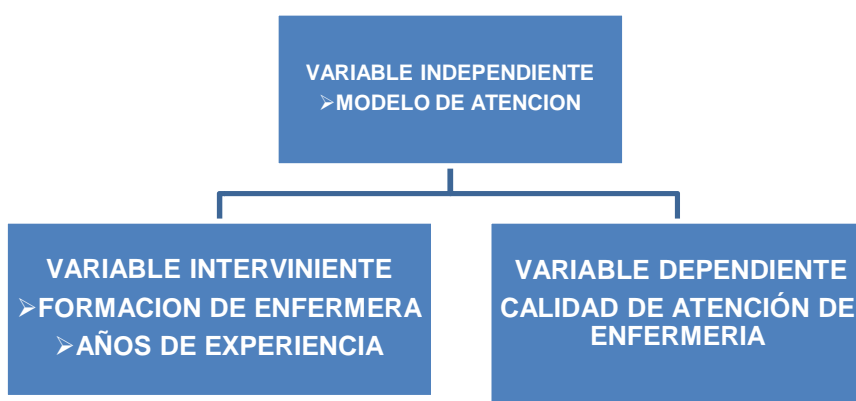
Para el desarrollo de la investigación se firmó el consentimiento informado del personal involucrado.

Los recursos humanos que participaron en la investigación fueron: las Enfermeras profesionales, internas de enfermería, la Directora, Asesora, y las autoras.

Los recursos financieros de los materiales utilizados tienen un costo de 1500 dólares

1.8 ASOCIACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES

MODELOS, TEORÍAS Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA APLICADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERAS PROFESIONALES E INTERNAS DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO BRINDADO A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”.





1.9 ESQUEMA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION DE VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Modelo de Atención de enfermería	<i>Cualitativa independiente</i>	Los modelos son representaciones esquemáticas de ciertos aspectos de la realidad son útiles en el desarrollo teórico porque ayudan a seleccionar los conceptos relevantes necesarios para representar un fenómeno	Modelo de vida	Actividades Vitales	Entorno seguro Comunicación respiración Ejercicio y movimiento Eliminación vesical e intestinal Comida y bebida Limpieza y arreglo personal Temperatura Trabajo y diversión Sueño Sexualidad Agonía y muerte
			<i>Modelo de la adaptación</i>	Metodología de los cuidados	Persona Meta Salud Entorno Dirección de las actividades
			Auto cuidado	Tipo de cuidado	Teoría del déficit del auto cuidado. Teoría del cuidado. Teoría de los sistemas de enfermería
Cuidados de enfermería	Cualitativa dependiente	Son los Cuidados que la enfermera proporciona a un individuo con calidad científica en condiciones de salud enfermedad para prevenir, fomentar, proteger, y rehabilitar	Niveles de aplicación del proceso de atención de enfermería	Valoración Dx de enfermería planificación Ejecución Evaluación	Guía de entrevista Guía observación de los cuidados de enfermería Valoración física



					plan de cuidados evaluación, ejecución
Formación de enfermería	Cuantitativa dependiente	Es el transcurso en el que se adquiere conocimientos teóricos con prácticas que van siendo experiencias positivas y negativas que refuerzan los conocimientos científicos.	Tiempo de formación -Auto capacitación -Actualización permanente	años de servicio tiempo de formación Calidad científica del aprendizaje Función Niveles de formación	-1año1-5 años 6-10años 11-15 años, +16 Grado de conocimiento científico Destreza profesional Licenciadas e internas Tercer nivel Diplomado Especialidad Máster
			Relación laboral	Enfermeras e planta. Enfermeras de contrato.	10 enfermeras 6 enfermeras
Disponibilidad de recursos	Cuantitativa dependiente	Conjunto de personas, bienes materiales, financieros y técnicos con que cuenta y utiliza una dependencia, entidad, u organización para alcanzar sus objetivos y producir los bienes o servicios que son de su competencia.	Disponibilidad de recursos de enfermería	Índice de atención de enfermería -adquisición y organización de trabajo Humanos	Presupuesto rotación y mantenimiento o de equipos índice de ocupación de camas más el índice de atención de enfermería.



CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL



2. MARCO REFERENCIAL

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”

FOTO N° 1

ANTIGUO HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAÚL”



Fuente: <http://www.forojovenes.com>- Fecha 1981

El 12 de abril de 1977, a los cuatrocientos veinte años de la fundación de Cuenca, se inaugura el nuevo y moderno Hospital de la ciudad; este acontecimiento significó un hito trascendental en la historia médica de la Región Austral del país.

La historia del hospital se puede dividir en épocas:

1ª ÉPOCA: Va desde la conquista de Los Cañaris hasta la llega de los betlemitas donde funciona el hospital real el 26 de Abril de 1557 por Gil Ramírez Dávalos para la atención de españoles y naturales. Se practicaba la medicina casera, la medicina mágica de sangrías



laboratorios, exorcismos, ayuno, hidroterapia, tipo de fracturas y luxaciones con sobamientos.

El primer medico que llega a cuenca el Dr. Jorge de Rosas que murió el 25 de Abril de 1681, en 1742 llegan los betlemitas.

2ª ÉPOCA: Los betlemitas se hacen cargo del Hospital real elevando la calidad de los conocimientos médicos. El Fraile José de San Miguel fue prefecto del hospital de Belén desde 1803 hasta la llegada del ejército de sucre en 1822 en que se ocupo el Hospital para enfermos militares llamándose Hospital Militar.

3ª ÉPOCA: El Hospital Militar funcionó hasta el año de 1827 pero por sus malas condiciones se lo traslada al hospicio y convento de la Merced.

En 1861 el consejo municipal considera la necesidad de un Hospital de Caridad y lo construye en el terreno de Sr. Manuel Escudero, en el paseo y la concordia y se lo llama Hospital San Juan de Dios que en 1765 fue cambiado su nombre por el de hospital Real porque atendía a los españoles de la colonia, para el año de 1766 Dionisio de Alcedo lo denomina nuevamente con el nombre de Hospital San Juan de Dios.

Luego a mediados del siglo pasado, debido a su ubicación, se lo conoce como Hospital de San Blas; como consta en el informe que el Gobernador del Azuay, en 1871, envía a Quito refiriéndose a una de las “Ex-directoras del Hospital de San Blas”.

El Hospital pasa a cargo de la conferencia San Vicente de Paúl; y en Diciembre de 1872 se hacen cargo las hermanas de la caridad, época en la cual el Hospital cambia su nombre por el de San Vicente De Paúl nombre que se conserva por casi un siglo.



En el año de 1973 se inicia la construcción del nuevo hospital, a finales del año 1974 está ya muy avanzado el nuevo edificio del Hospital regional docente en el sector de “El Paraíso”.

El 2 de febrero de 1975 el Ministro de Salud, Dr. Raúl Maldonado Mejía mediante acuerdo ministerial N° 4387, resuelve: “Designar con el nombre de Vicente Corral Moscoso al nuevo Hospital Regional y Docente de la ciudad de Cuenca, como una forma de reconocer la labor altruista y el compromiso social de éste médico cuencano, designación que es acogida con beneplácito por Autoridades, Instituciones y la ciudadanía Azuaya, considerando como un reconocimiento y demostración de gratitud y recuerdo permanente de tan preclaro ciudadano, cuya labor sirvió de ejemplo a la clase médica y a las generaciones futuras”. Quito 25 de Febrero 1975.

El 12 de abril de 1997 se inauguro el Hospital “Vicente Corral Moscoso” con: 200 empleados, 240 camas y las especialidades de: clínica, cirugía traumatología, ginecología, pediatría y neonatología. En un principio el Hospital dependía de la junta de asistencia social y funcionaba como institución autónoma financiada en base a unas haciendas que tenía esta Junta de Beneficencia. Cuando ya se crea el Ministerio de Salud, este absorbe algunas entidades como la junta de asistencia social luego incorpora sus propiedades.



2.2 LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

FOTO N°2 PANORÁMICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”



Fuente:<http://valerievanbiervliet.files.wordpress.com>

El Hospital “Vicente Corral Moscoso” se encuentra ubicado en el sector urbano “El Paraíso”, entre las avenidas 12 de Abril y Paraíso.

La estructura física del Hospital "Vicente Corral Moscoso" consta de seis pisos.



2.3 DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”.

CUADRO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. CUENCA 2010

PLANTA	SERVICIOS
Plata baja	Emergencia pediátrica y de adultos, Sala de Triage, Sala de espera, Auditorio, Sala de costura, Rehabilitación, Oficina de sindicato de Trabajadores, Laboratorio de Anatomía Patológica, Lavandería, Cocina, Morgue.
Primera planta	Información, Biblioteca, Consulta Externa, Estadística, Ecografías, Rayos X, Oficina de Recursos Humanos, Pagaduría, Farmacia, Banco de Sangre, Laboratorio, Consultorio de Curaciones, Consultorio de ginecología, Neonatología, Quirófano, Centro Obstétrico, Hospitalización de Maternidad y el bar.
Segunda Planta	Hospitalización Ginecología, Jefatura de Enfermeras, Oficina Consultorio de Medicina Nuclear, Endocrinología, Dispensario del IESS o Laboratorio, Oficina de registro civil.
Tercera Planta	Cirugía
Cuarta planta	Clínica
Quinta Planta	Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos.
Sexta Planta	Pediatría: Clínica, Cirugía, UCIP.

Fuente: Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”

Elaboración: Las Autoras



2.4 POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

Se refiere a los compromisos que tiene el hospital con la sociedad para brindar una atención oportuna, ágil, de calidad y calidez, para lo cual diseña proyectos de diversa índole que trabajan conjuntamente por un mismo fin.

2.5 PROYECTOS PRINCIPALES

Dentro de los proyectos principales están:

- Reconstrucción total de la planta física del Hospital para brindar una mejor atención al usuario.
- Proyectos técnicos sociales, diseñados como un plan de capacitación continúa para el personal que labora en la institución.
- Ampliación de la cobertura, optimizando sus recursos para una atención permanente y oportuna, con la finalidad de disminuir el tiempo de espera y el mal trato al usuario.
- Implementación de la farmacia institucional con atención las 24 horas del día, manteniendo un stock de medicamentos genéricos e insumos de primera necesidad con precios económicos, con el fin que el usuario no tenga que salir a comprar en farmacias de afuera y ponga en riesgo su integridad física, económica pérdida de tiempo.
- Dentro de los programas y actividades sociales tenemos: grupos de discapacitados, epilepsia, diabetes, artritis, que acuden al hospital para recibir educación y tratamiento.



El Hospital “Vicente Corral Moscoso”, como Institución pública es dependiente del Estado ecuatoriano y atraviesa serios problemas como:

Financiero: La elaboración del presupuesto fiscal depende del Ministerio de Salud que lo calcula tomando en consideración solo criterios históricos como gastos anteriores y no procedimientos técnicos como necesidades, costos de servicios, resultando insuficiente e incrementándose el déficit por el desarrollo estructural.

Administrativas: Los problemas son originados por la presencia de organizaciones gremiales que trabajan descoordinadamente con las autoridades, provocando problemas de orden administrativo y de recursos humanos, por ejemplo: existe ausentismo, el personal asignado por el Código de Trabajo debido a permisos sindicales, calamidad doméstica y enfermedad.

Otro problema es la falta de manejo administrativo gerencial de los procesos que promueven un mal funcionamiento de la institución repercutiendo en la calidad de atención brindada al usuario. Esta falta de liderazgo administrativo se refleja en el funcionamiento de los diferentes departamentos institucionales que conforman la institución; pues también carecen de políticas de desarrollo, de sistemas de información, existe falta de toma de decisiones y evaluaciones sobre la producción sobre la producción de servicios y la calidad de atención.

Es indispensable desarrollar estrategias administrativas que permitan mejorar los procesos de atención y la calidad en diferentes áreas para cumplir con la visión y misión de dar una atención con calidad y calidez y orientado a solucionar los problemas, fortalecer las potencialidades ampliar la cobertura y accesibilidad del usuario.



El Hospital Vicente Corral Moscoso sin fines de lucro, pertenece al Estado y está bajo el cargo del Ministerio de Salud Pública quienes están encargados de abastecer de material y de presupuesto necesario para el funcionamiento y atención de todos los usuarios; cabe destacar que la institución cuenta con un presupuesto para cada área según las necesidades que presente.

Presupuesto vigente del H V C M Cuenca 2010

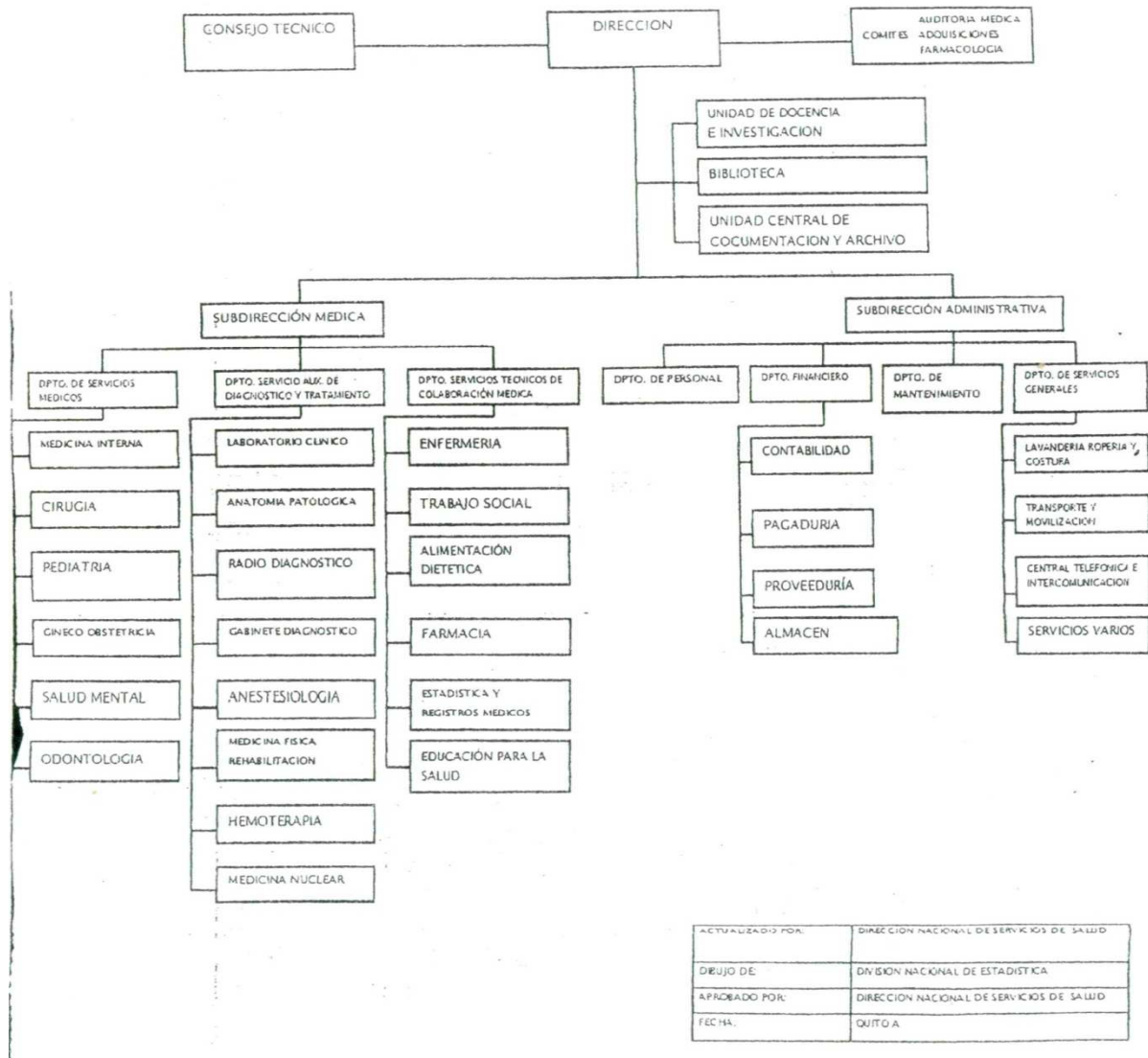
Administración general de los servicios de salud 80,283.956, equipamiento, insumos y mantenimiento 74,408.331, infraestructura física de salud 4.300.432 prestación de servicios de salud 373.690.324, maternidad Gratuita 22.200.481, plan nacional de Medicamentos Genérico 10.112.559 servicios normativos y regulación de salud 4.507.078, mitigación, prevención y atención de emergencias y desastres 114.674.925 Total **13,149.982.04 USD**

ANÁLISIS:

En el 2005 se tuvo un presupuesto de \$7'831.994.40. En el año 2006 el presupuesto con que cuenta es de 8'305.342. El presupuesto del año 2008 es de 9'942.805,94 y el presupuesto actual del 2010 es de 13,149.982.04, el mismo que es una cantidad mayor a las anteriores, pero todavía insuficiente para cubrir las necesidades de los usuarios.



2.6 ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”



ACTUALIZADO POR:	DIRECCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD
DISEÑO DE:	DIVISIÓN NACIONAL DE ESTADÍSTICA
APROBADO POR:	DIRECCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD
FECHA:	QUITO A

Fuente: Archivos de la Institución.



CUADRO Nº 2

2.7 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. CUENCA 2010

CODIGO		CAUSAS	Nº- CASOS	%
1		PARTO DISTÓCICOS	1882	13.0
2	J18	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECÍFICO	823	5.7
3	K35	APENDICITIS AGUDA	587	4.1
4	K80	COLELITIASIS	373	2.6
5	S06	TRAUMATISMO INTRA CRANEAL	335	2.3
6	P22	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	182	1.3
7	E11	DIABETES MELLITUSNO INSULINO DEPENDIENTE	150	1.0
8	K40	HERNIA INGUINAL	146	1.0
9	T60	EFFECTOS TÓXICOS DE FLAGICIDAS	140	1.0
10	K81	COLECISTITIS	137	0.9
		LAS DEMÁS	5613	38.8
		PARTOS	3392	23.4
		ABORTOS	724	5.0
TOTAL			14484	100

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso

Elaboración: Lcda. Elvia Guillen, Ing. Rosario Juca, Lcda. Rosario Pacurucu, Econ. Luis Aguirre.

La principal causa de atención en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” son los partos distócicos, al igual que las estadísticas del país las neumonías, constituyen la causa de morbilidad más importante.



CUADRO Nº 3

2.8 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD (+ DE 48 HORAS) EN EL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" CUENCA 2010

CÓDIGO		CAUSAS	Nº CASOS	%
1	J18	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECÍFICO	28	8.4
2	P22	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	17	5.1
3	S06	TRAUMATISMO INTRA CRANEAL	15	4.5
4	K74	FIBROSIS Y CIRROSIS DEL HIGADO	11	3.3
5	I50	INSUFICIENCIA CARDIACA	11	3.3
6	B23	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNO DEFICIENCIA HUMANA	11	3.3
7	I60	HEMORRAGIA SUBARAGNOIDEA	10	3.0
8	I67	OTRAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES	8	2.4
9	A41	OTRAS CEFTICMIAS	8	2.4
10		LAS DEMÁS	204	61.4
TOTAL			332	100

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso

Elaboración: Lcda. Elvia Guillen, Ing Rosario Juca, Lcda Rosario Pacurucu, Econ. Luis Aguirre

Entre las primeras causas de mortalidad son la neumonía, seguida de la dificultad respiratoria en el recién nacido.



FOTO N° 3

2.9 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA



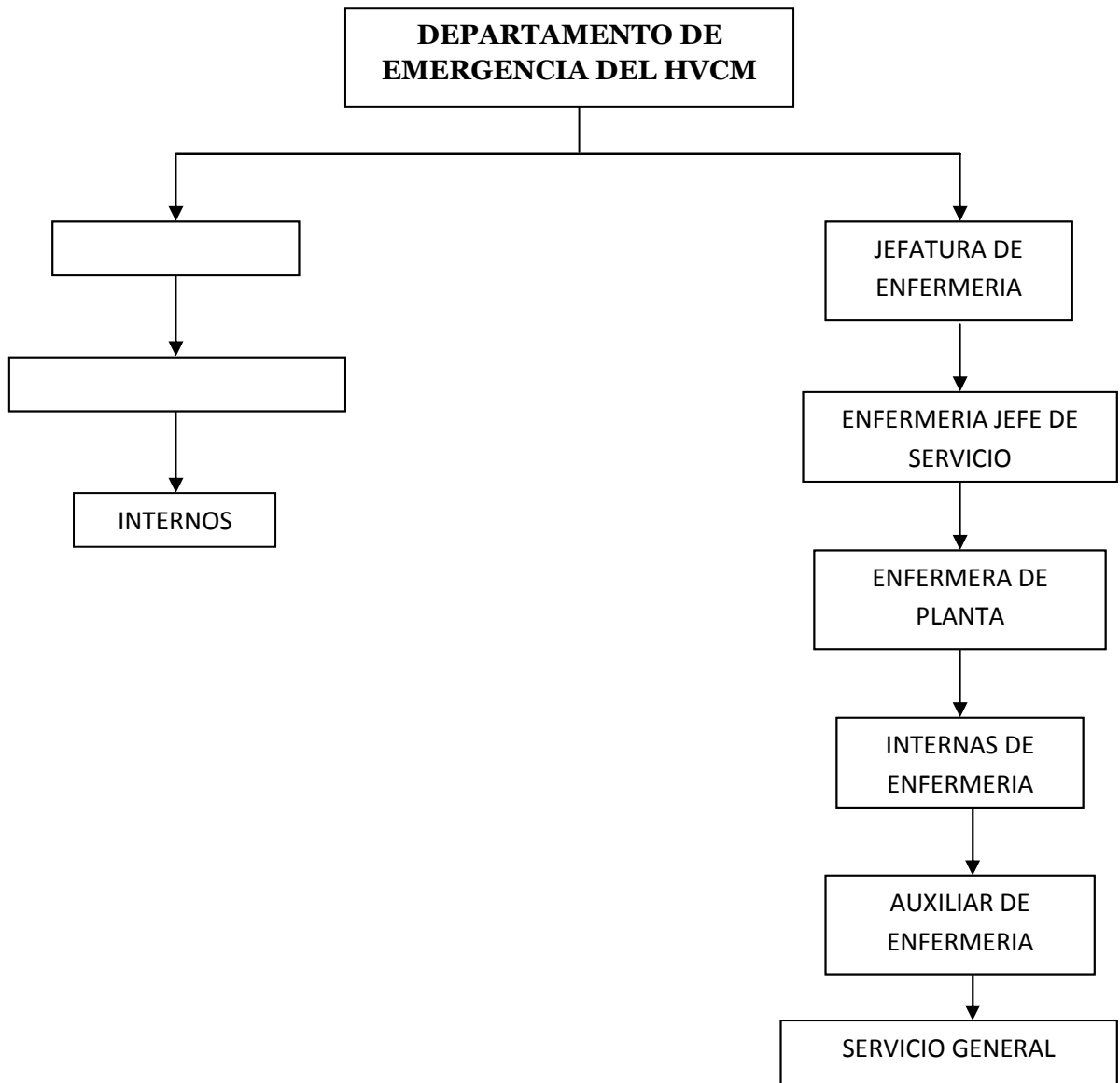
Fuente: Foto de la autoras

Limites: se encuentra ubicado en la parte del subsuelo del HVCM en el sur este:

- **Norte:** Área de rehabilitación
- **Sur:** Por la Facultad de Ciencias Médicas
- **Este:** Área de lavandería
- **Oeste:** Por la calle 12 de abril.



ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA



**DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL H. "V.C.M".**

La Emergencia cuenta con 1 Enfermera Líder, 23 Enfermeras profesionales, 8 Internas de enfermería, 24 Auxiliares de enfermería distribuidas en turnos de la mañana, tarde, noche en las diferentes salas, Médicos Residentes R1, R2, R3, Internos de medicina cinco personas de servicios generales, 1 conductor de ambulancia.

CUADRO Nº 4**PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO". CUENCA 2010**

Cirugía	PATOLOGÍAS	Casos Nº
Enero a Diciembre	Trauma y heridas cortantes	5812
	Trauma de accidentes de tránsito	380
	Trauma de abdomen	126
	Politraumatismos	528
	Colelitiasis	388
	Dolor abdominal	356
	Hernias	135
	Quemaduras	201
Total		7926

Fuente: Estadística de emergencia

Elaborado por: Las autoras

Las patologías del servicio de cirugía con mayor número de casos son el trauma y heridas cortantes con 5812, seguidos de politraumatismos y accidentes de tránsito.

**CUADRO Nº 5****PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DEL ÁREA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. CUENCA 2010**

Clínica	Patologías	Casos Nº
Enero a Diciembre	Gastroenteritis	2264
	Intoxicación alcohólica	562
	Hipertensión	370
	Amigdalitis	523
	Úlcera Péptica	316
	Intoxicación Suicidio	480
	Transgresión Alimentaria	689
	Diabetes Mellitus	325
	Neumonía	374
	Hemorragia Digestiva	222
Total		6125

Fuente: Estadística de emergencia

Elaborado por: Las autoras

Las patologías más frecuentes de clínica son la gastroenteritis con 2264 casos y la Transgresión Alimentaria con 689 casos.

**CUADRO N° 6****PATOLOGÍAS PEDIÁTRICAS MÁS FRECUENTES DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. CUENCA 2010**

Pediatría	Patologías	Casos N°
Enero - Diciembre	Síndrome Diarreico	3272
	Infecciones de vías respiratorias	2931
	Traumas	1031
	Traumas de abdomen	104
	Asma	186
	Síndrome Convulsivo	178
	Abdomen Agudo	476
	Desnutrición	53
Total		8231

Fuente: Estadística de emergencia

Elaborado por: Las autoras

En la sala de Pediatría los casos más frecuentes son: el Síndrome diarreico con 3272 casos y las Infecciones de vías respiratorias con 2913 casos.

**CUADRO Nº 7****PATOLOGÍAS GINECO-OBSTETRICIA MÁS FRECUENTES DE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. CUENCA 2010**

Gineco - Obstetricia	Patologías	Casos Nº
Enero Diciembre	Labor de parto	4198
	Amenaza de Aborto	684
	Amenaza de Parto Prematuro	477
	Aborto Incompleto	632
	Patologías Ginecológicas	903
	Preclampsia	213
	Eclampsia	11
	Retención de placenta	21
Total		7139

Fuente: Estadística de emergencia

Elaboración: Las autoras

En la sala de Gineco - obstetricia las patologías más frecuentes son la labor de parto con 4198 casos, seguido de las patologías ginecológicas con 903 casos.

ÁREA DE EMERGENCIA

En Agosto de 1995, el Ministerio de Salud Pública a través del Proyecto FASBASE – Red de Emergencias Médicas, con financiamiento del Banco Mundial, a través del Convenio de Préstamo 3510-EC BIRF, implementó Proyectos para el mejoramiento de la atención en salud de emergencias que incluyó:

- La adecuación de la infraestructura física, dotación de equipos médicos, mobiliario, insumos, medicamentos y actualización y



capacitación técnico-científica de los recursos humanos en los hospitales y Centros de Salud que forman parte de la Red de emergencias médicas;

- Creó la Comisión Interinstitucional de la Red de Emergencias Médicas CIREM en convenio con la Ilustre Municipalidad de Cuenca para la administración de la Central de Comunicaciones 9.1.1, para lo cual se dotó de equipos de comunicación informático para la recepción de requerimientos de emergencias ciudadanas en coordinación con los organismos básicos de Defensa Civil (Policía, Cuerpo de Bomberos, Cuenca Radio club, Cruz Roja y Defensa Civil) a la cual dotó de ambulancias equipadas para la estabilidad, tratamiento y transporte de pacientes de emergencia.

El Ministerio de Salud Pública, a pesar de sus limitaciones de orden económico mantiene atención de emergencias en sus unidades hospitalarias, en las que se procede al manejo, examen y tratamiento de pacientes en condiciones críticas.

El Departamento de Emergencia del Hospital “Vicente Corral Moscoso” cada día experimenta un incremento en el número de casos de pacientes que acuden solicitando atención, por lo que es imperioso una ampliación y reestructuración de dicho Departamento y la creación de un CENTRO DE TRAUMA, con la dotación de equipos médicos modernos que posibiliten brindar la atención requerida.

Las causas que elevan el número de usuarios están relacionadas con el aumento de accidentes de tránsito en la ciudad de Cuenca, al igual que en la provincia y la región y la violencia social ocasionada por el auge delincencial que es cada vez mayor. Además del incremento cuantitativo de las emergencias, éstas en la actualidad conllevan lesiones



de complejidad y gravedad incrementadas, que ameritan cuidados de salud más complejos y especializados.

Mediante Acuerdo Ministerial No. 239, publicado en el Registro Oficial No. 30, de fecha 21 de septiembre de 1998, se faculta a los señores Directores Provinciales de Salud del país, la suscripción de convenios y comodatos, en representación de dicha cartera de Estado.

La I. Municipalidad de Cuenca a través del Consejo de Seguridad Ciudadana de Cuenca consideraron primordial la creación de un CENTRO DE TRAUMA en el Hospital Vicente Corral Moscoso; pues, si bien la Constitución Política de la República establece que la salud pública es responsabilidad del Estado, a través del Ministerio de Salud Pública, es también responsabilidad de las instituciones públicas nacionales y seccionales apoyarlo para el mejor cumplimiento de sus objetivos. Ello motivó a la Ilustre Municipalidad de Cuenca, al Consejo de Seguridad Ciudadana de la ciudad de Cuenca, a la Dirección Provincial de Salud del Azuay y al Hospital Vicente Corral Moscoso, a suscribir un convenio de cooperación y ayuda en el campo de la seguridad y emergencias, sabiendo que es tarea de todos incorporarse a la lucha por la prevención y erradicación de toda forma de violencia.

Con el propósito de mejorar los servicios de emergencias en el ámbito hospitalario, para proporcionar una atención adecuada y oportuna que conduzcan a una disminución de la mortalidad.

2.10 MISIÓN

Emergencia es el servicio de apoyo intermedio e intensivo del Hospital General "VICENTE CORRAL MOSCOSO", de la Ciudad de Cuenca localizado en el subsuelo posterior con un acceso directo para el usuario



brinda atención urgente integral con calidad y calidez al cliente del Austro del País, cuenta con el apoyo de talento humano especializado y entrenado las 24 horas, los 365 días del año, guía sus acciones bajo los principios de universalidad, eficiencia, eficacia y equidad.

2.11 VISION

El servicio de emergencia está en la capacidad de resolver la problemática urgente y emergente de la población del Austro aplicando procesos, gerencias y protocolos de atención. Las especialidades de Cirugía, Medicina Interna, Gineco - Obstetricia y Pediatría que cuenta con autonomía de gestión, planta física adecuada, tecnología de punta mobiliario, insumos, materiales y medicamentos necesario, servicios técnicos y de diagnóstico propios del servicio, con un talento humano especializado y entrenado para las 24 horas del día.

Ubicación del Servicio de Emergencia

El Servicio de Emergencia se encuentra ubicado en el subsuelo del Hospital “Vicente Corral Moscoso” ocupando solamente una parte de esta planta.

Dispone de 6 salas para la atención de los pacientes como son:

- La sala 06 que pertenece a pacientes de cirugía,
- La sala 08 que atiende a los pacientes de clínica,
- La sala 011 encargada de Gineco - Obstetricia,
- Las salas 014 y 017 dedicadas a la observación y estabilización de los pacientes atendidos en las salas anteriores.
- La sala de trauma, dedicada a pacientes críticos.



- La sala de triaje destinada a la atención de pacientes con el virus H1N1

Cuenta además con: estación de Enfermería, oficina de trabajo social, la secretaría de emergencia, la oficina del jefe de emergencia y de la jefa de emergencia, , la cocina, un pequeño cuarto donde se guarda la medicación y se prepara la misma, el vestidor de mujeres, del personal auxiliar y de Enfermeras, el dormitorio de médicos residentes, el vestidor de varones, auxiliar y Licenciados en Enfermería, una pequeña bodega, la utilería limpia y la utilería sucia que se encuentra ubicada frente a los consultorios, servicios higiénicos tanto para hombres como mujeres exclusivo para el personal, la portería; también en esta misma planta se encuentra ubicada el área de emergencia pediátrica.

2.12 CONDICIONES QUE RODEA A LA INSTITUCIÓN

- **Sanitarias:** Buenas que le permiten brindar atención a los usuarios.
- **Seguridad:** Actualmente el hospital cuenta con servicio policial y guardias que brinda seguridad al usuario y al personal que labora.
- **Tránsito:** En este sector hay mucho tráfico en las que todo tipo de personas están expuestos a peligro debido a que no existe una buena señalización de tránsito, además la institución cuenta con garajes para los vehículos del personal que labora.

CUARTO DE PREPARACION DE MEDICACION

Este se encuentra ubicado dentro de la misma estación de Enfermería aquí podemos encontrar dos vitrinas.



En la primera vitrina encontramos:

Toda la medicación que se tiene en stock. Encontramos soluciones como: dextrosas al 5% en solución salina, al 5% en agua, manitol, solución salina al 09 %, equipos de venoclisis medicación parenteral distribuida cada una en un casillero de madera y rotulados con su nombre respectivo.

Este cuarto también cuenta con un mesón donde se prepara la medicación, sobre éste encontramos un kardex donde se coloca las tarjetas de la medicación de cada paciente que se encuentra en los distintos consultorios debidamente ordenados por:

- Número de sala
- Nombre del paciente,
- Número de cama,
- Charol para la medicación
- Recipiente para los corto punzantes
- Lavamanos con porta papel
- Porta jabón.

COCINA

Aquí encontramos todos los utensilios de cocina, al igual que un microondas, refrigerador en donde se guarda la Insulina y antitetánicas.

SALA DE CIRUGIA

Esta sala cuenta con:

- 8 camillas.



- 8 soportes empotrados en la pared
- 4 fuentes de oxígeno empotradas en la pared
- lámparas
- 1 escritorio
- 1 negatoscopio
- sillas
- 2 mesas mayo
- 1 mueble con su computador e impresora

NUMERO DE SALAS DISPONIBLES EN EMERGENCIA.

El departamento de Emergencia cuenta con 2 salas exclusivamente para observación tanto de hombres y mujeres como son las salas 014 y la 017 que cuentan con: 6 camas, porta sueros, tres tomas de oxígeno empotradas en cada sala.

FOTO N° 4

MODELO DE UNA DE LAS SALAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA



Fuente: Las Autoras



El departamento de emergencia cuenta con:

- 30 camas disponibles para la atención inmediata de los pacientes que acuden al servicio de Emergencia.

SALA DE TRAUMA

La sala de Trauma es un área destinada para la atención de pacientes críticos como son los poli traumatizados, con ECV Shock. Está implementada con:

- 4 camas monitores
- 1 ventilador
- 3 tomas de oxígeno y succión
- 1 carro de paro
- 2 vitrinas de material e insumos y la otra contienen equipos que manejan los Médicos

La estación de enfermería consta de:

1 mesón, teléfono, televisor, material de insumo.

UTILERIA LIMPIA

En este cuarto podemos encontrar un mesón con varios cajones los cuales son utilizados para colocar toda la ropa limpia necesaria para los pacientes, debiendo recalcar que mucha de esta ropa se encuentra en mal estado.



VESTIDOR DEL PERSONAL.

Cuenta con: canceles para guardar los objetos personales del personal,
Dos servicios higiénicos de uso exclusivo para el personal.

ILUMINACIÓN Y VENTILACIÓN DEL ÁREA DE EMERGENCIA

En lo que se refiere a iluminación y ventilación, están en buen estado, el espacio de las salas es el adecuado para moverse libremente.

Cada sala de los pacientes cuenta con ventanales amplios los mismos que facilitan una claridad y ventilación adecuadas.

MATERIAL ADMINISTRATIVO

Cuenta con Hojas de historias clínicas.- Para armar la ficha de la historia clínica de cada uno de los pacientes ingresados a este departamento, se necesitan de las siguientes hojas.

Hojas de signos vitales, hojas de evaluaciones y prescripciones médicas, hojas de anamnesis, hoja en emergencia 008.

RECURSOS HUMANOS

Lo que se puede decir del personal médico está conformado por los residentes R1 que permanecen todo el tiempo, los residentes R2 y R3 bajan del área de clínica al 008, del área de cirugía al 006 y de obstetricia al 011 también están 3 internos de medicina por cada sala.

Los pacientes están atendidos por licenciadas/os e internas de enfermería asignadas a cada sala.



FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL H.V.C.M.

Entre otras están:

- Proporcionar y supervisar los cuidados de enfermería a pacientes en estado crítico.
- Valoración: Controlar los signos vitales, a todos los pacientes.
- Realizar el examen físico.
- Canalizar vía periférica.
- Administrar medicación según prescripción médica.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Controlar ingesta y eliminación.
- Proporcionar medidas de confort al paciente.
- Priorizar a pacientes según patologías.
- Brindar cuidados específicos en defunciones de pacientes.
- Realizar y supervisar reportes de enfermería de pacientes críticos
- Brindar educación al paciente, familiares, sobre: medicación a tomar, alimentación y rehabilitación en caso de requerirlo, cuando el paciente está con el alta.
- Educación e investigación. Participar en la programación y ejecución de actividades educativas por el personal de enfermería del servicio.
- Colaborar con los estudiantes de enfermería.
- Enviar a los pacientes para realizarles los diferentes exámenes.



CAPITULO III

MARCO CONCEPTUAL



3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 MODELOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La profesión de enfermería se basa en reglas, principios y tradiciones transmitidas a través del aprendizaje en la sabiduría acumulada a lo largo de años de experiencia. En la década de los sesenta surgió una teoría de la enfermería como profesión y disciplina académica por derecho propio; esta concepción se hizo realidad a través de la profesionalización explosiva de programas, doctorados y maestrías en enfermería y literatura.

Filosofía: Orientación, manera habitual de afrontar la vida: posición general con relación a la naturaleza de las cosas y del mundo, la filosofía de una ciencia guía los valores que son la base del desarrollo de una disciplina, que se ocupa de ofrecer juicios fundados sobre los componentes de la ciencia los asuntos de interés de la filosofía no tienen una base empírica así que en ella se recogerán enunciados del tipo “creemos que” y otras formulaciones que reflejan valores, metas u opiniones, son enunciados verificables, verdades relativas por cuanto no subyace en ellos ninguna verdad absoluta, porque constituyen la base para el desarrollo de nuevos conocimientos. Tampoco se puede comprobar con exactitud sino que se aceptan en el marco de una cierta disciplina a través de su afirmación pública.

“La enfermería al igual que otras ciencias, se beneficia de la filosofía esencialmente porque ella rige sus métodos a través de la lógica y la ética su punto de convergencia con las demás ciencias será el de compartir e incrementar los conocimientos de la humanidad, su principal propósito es lograr que los pacientes recuperen la salud, por esto todas las teorías analizadas tienen un componente filosófico aunque para la época en que



surgen las primeras teorías de enfermería sus autoras desconocían sobre las escuelas filosóficas que imperaban en los años 50 y 60²

En esta década algunas enfermeras intentaron establecer la base científica de enfermería, partiendo de las ciencias básicas, especialmente de la ciencia del comportamiento, orientadas en la idea de que la teoría siempre debe guiar la práctica.

La filosofía positivista realizaba sus definiciones y conceptos principales desde un marco operacional, ya que sus postulados teóricos estaban basados en las experiencias, dentro de este contexto se podría ubicar a Virginia Henderson. (Marriner 1.999) tiene como propósito medir la eficiencia de la Enfermera al satisfacer las necesidades del paciente por un lado y por otro busca lograr que el paciente con enfermedades graves alcance una muerte tranquila.

En su mayoría gran parte de las teorías de enfermería desarrolladas en los años 70 estuvieron influenciadas por algunas de las escuelas filosóficas.

En términos generales abarcan tres elementos: preocupación por el conocimiento, los valores y el ser, o las creencias que tiene el individuo sobre su existencia, en todos estos aspectos, la filosofía emplea como método para desarrollar los procesos intelectuales.

El conocimiento es importante para la enfermera porque es una ciencia y su proceso se basa en la lógica dialéctica y en el método científico, la importancia dada a los valores es esencial porque guían su práctica para el desarrollo de acciones colectivas, para privilegiar el bienestar social investigar la causalidad de los problemas y contribuir a la solución

² http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100003



desarrollando en los profesionales de enfermería *actitudes comprometidas con el bien social, valores de solidaridad responsabilidad, respeto que fortalecen la relación terapéutica enfermera - paciente*, promoviendo una activa participación en el perfeccionamiento de una teoría propia, resultando evidente su compromiso por construir sus propios conocimientos científicos.

El objeto de estudio de la profesión es el Cuidado de enfermería al hombre, la familia y la comunidad sanos y/o enfermos en relación dialéctica con su medio social y tomando como base las necesidades humanas y su satisfacción a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, bajo la aplicación de la lógica dialéctica del materialismo dialéctico.

3.2 ELEMENTOS DE LA FILOSOFÍA DE ENFERMERÍA

“Con la finalidad de crear una filosofía de la enfermería, la Enfermera debe mostrar interés en la naturaleza de los seres humanos y en la ciencia del ser desde su perspectiva, cada Enfermera debe tratar de responder las interrogantes que reflejan los elementos fundamentales de la enfermería”³.

- ¿Cuál es su creencia sobre el individuo y su potencial?
- ¿En qué forma interactúan sociedad, individuo y medio ambiente?
- ¿Cuál es la razón fundamental de la existencia de la enfermería?

³[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(2\)_18/p18.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(2)_18/p18.html)

Filosofía y ciencia de la enfermería vinculada al proceso formativo de sus recursos humanos. Dr. Arturo Puga García, Lic. Mayra Madieto Albolatrach, Lic. Idania Brito Hernández



Desde el punto de vista de la preocupación de un filósofo respecto al conocimiento, la enfermera debe tratar de dar respuesta a preguntas que reflejan los elementos esenciales de la disciplina científica.

- ¿Cuál es el proceso de la enfermería?
- ¿Cuál es la base cognoscitiva con la que opera la Enfermera profesional?
- ¿Cuáles son los fines y procesos de la investigación en enfermería?

Desde la perspectiva filosófica, ética y estética, la Enfermera debe procurar responder las interrogantes que reflejan los elementos de evaluación de la enfermería

- ¿Cuáles son los derechos y responsabilidades más importantes de la Enfermera?
- ¿Cuáles son los principios éticos que rigen la atención de enfermería y la conducción de investigaciones en esta profesión?
- ¿Qué opina sobre los requisitos académicos en el ejercicio de la profesión?

La experiencia educativa de la Enfermera brinda la mayor oportunidad para comenzar a generar respuestas a las interrogantes anteriores, sobre la base de la experiencia de toda su vida y del conocimiento de su educación profesional, la Enfermera desarrolla un auto concepto dentro del cual es posible integrar una filosofía dinámica de la enfermería relacionados con la lógica, la psicología, la filosofía, ética o filosofía moral.

“En cuanto al problema de la ética, es la duda de lo correcto, lo incorrecto y el deber, es el problema de la moralidad en los seres humanos cuando toman decisiones y llevan a cabo las tareas que les corresponden. La



enfermería es un arte moral, su propósito final es el bienestar de los seres humanos. Este fin no es científico sino por el contrario, moral, es decir, incluye la búsqueda del bien y la relación que tenemos con otros seres humanos". (Curtin 1979)⁴

Considera el autor que es este aspecto un elemento sustancial y de suma importancia en la filosofía de la Enfermera actual, pues el humanismo, la solidaridad, la responsabilidad y el amor por la profesión son valores consolidados, para que junto con los conocimientos teóricos, respondan a la excelencia.

Al ser analizadas las tres áreas de la Filosofía, estas pueden ser relacionadas con el proceso científico de enfermería como se observa en el siguiente cuadro.

CUADRO Nº 8

APLICACIÓN DE LA FILOSOFÍA AL DESARROLLO DE LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA

Áreas de la filosofía	Proceso de enfermería
Conocimiento	Basado en el Pensamiento lógico y En el Método Científico.
Valores	Regido por un Código de Ética.
Existencia del Hombre	Se ocupa la Enfermera del Paciente como ser Bio psicosocial.

Fuente: [http://www. Filosofía y ciencia de de la enfermería](http://www.Filosofía y ciencia de de la enfermería)

Elaboración: Las autoras

⁴ *Filosofía y ciencia de la enfermería vinculada al proceso formativo de sus recursos humanos. Dr. Arturo Puga García, Lic. Mayra Madieto Albolatrach, Lic. Idania Brito Hernández*



Ciencia: Doctrina del conocimiento que mediante la observación descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos naturales construye el conocimiento científico para lo cual se requiere contar con destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas que se aplican a través de un método científico de actuación, con carácter teórico-filosófico, para guiar y respaldar cada uno de los componentes sustentado en investigaciones que regulan la práctica profesional.

La enfermería como profesión no debe prescindir del conocimiento científico pues sus fundamentos para la administración del cuidado se nutren tanto de los conocimientos propios desarrollados a través de la investigación, de su quehacer como el aporte brindado por otras disciplinas científicas.

Las características del desempeño laboral colocan en juego aspectos que van más allá de su base teórica y que determinan la aplicación de su trabajo a un objeto concreto que es la persona definida como un ser Bio-psico-socio en relación dialéctica con su realidad histórico – social, con su singularidad propia e irrepetible tanto en su estructura como en su esencia, transformándose en la fuente del conocimiento.

El conocimiento científico es el resultado de la investigación, que es el camino para la consolidación del marco teórico, el cimiento de la ciencia y su desarrollo mediante la aplicación de principios, leyes y conceptos previamente establecidos, producto del análisis de la realidad objetiva observada.

La racionalidad es uno de los niveles de construcción del conocimiento científico que implica la ideación es decir, la elaboración de conceptos juicios y raciocinios, dejando de lado sensaciones, imágenes y pautas de conducta, ideas combinadas de acuerdo a un conjunto de reglas lógicas



con el fin de producir nuevas ideas organizadas en un conjunto ordenado de proposiciones para llegar al conocimiento filosófico.

La objetividad del conocimiento científico se refiere a que busca alcanzar la verdad y verifica la adaptación de las ideas a los hechos, recurriendo a la observación y a la experimentación.

3.3 PROCESO DE DESARROLLO DE LA CONSTRUCCION TEORICA DE ENFERMERIA

“Desde hace algunos años las Enfermeras/os han intentado desarrollar la práctica autónoma de la profesión, quizás como ningún otro grupo ha deseado convertir la especialidad en una disciplina científica, se han realizado esfuerzos para delimitar una área particular de pensamiento que guíe la práctica de investigación, formación y la gestión en enfermería esta actividad a través de la historia ha estado relacionada con la mujer caracterizada por el temperamento maternal, idiosincrasia propia y muchas veces impuesta por diferentes sociedades.”⁵

- **Florencia Nightingale (1820-1910)**, es la iniciadora de la obra y de las tareas de las enfermeras durante la guerra en Crimea, organizó mejor sensiblemente las instalaciones sanitarias de campaña; además escribió varias obras acerca de estas reformas.

Su Obra se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican en la práctica mediante el Proceso de Atención de Enfermería; proporcionando el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas de la

⁵http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_2_04/enf07204.htm#cargo. La Enfermería como disciplina profesional holística. Lic. Abdul Hernández Cortina y Lic. Caridad Guardado de la Paz



persona, la familia o la comunidad a través de una valoración holística adecuada que le permita identificar y satisfacer las necesidades afectadas, mediante la elaboración de un plan de cuidados dirigido a mantener y preservar la integridad física, las creencias y valores personales.

- **Carper** identificó los patrones del conocimiento de enfermería a partir del análisis de la estructura conceptual y sistemática del conocimiento, determinando que son tres: el empírico o ciencia de enfermería, el ético o componente moral, el estético o arte de enfermería.

En la actualidad con el nivel de desarrollo de la disciplina, la práctica científica adopta como referencia teórica, un modelo de cuidados y como metodología el Proceso de Atención de Enfermería con carácter teórico-filosófico, que guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional.

Disciplina: Campo de investigación marcado por una perspectiva única es decir, una manera distinta de ver los fenómenos. Una disciplina profesional recomienda maneras de intervención para la práctica (ciencia enfermera, médica, ciencias sociales...) contrariamente a una disciplina teórica que describe o analiza los fenómenos a partir de modelos precisos (**filosofía, sociología...**) sin intervenir.

En este contexto, la disciplina de enfermería, se abre continuamente a nuevos temas, enigmas y acciones, porque su principio es ético, al restaurar el cuerpo y la mente, protegiéndolos en su integralidad, en armonía con el respeto que se debe tener a la dignidad de la persona.

La enfermería, ha diversificado sus competencias y actividades relacionadas con la salud que cuidan, educan, dirigen, aconsejan y



también investigan. Su trabajo actualmente está marcado por la polivalencia, la flexibilidad y la multidisciplinariedad, esto ha ocasionado que la profesional apunte al desarrollo de un espíritu analítico y globalizado, con el dominio de competencias técnicas de alto nivel manteniendo el calor humano y la simplicidad en el contacto.

De tal modo que se convierten en observadores sensibles de las necesidades de niños, jóvenes, adultos y ancianos, ya sea en el contexto familiar o social. Estas cualidades hacen de las Enfermeras/os, la columna vertebral de la atención de salud en todo el mundo convirtiéndose en defensoras de los derechos de las personas ante las inequidades de la salud.

La profesión aborda el desempeño de la práctica y la disciplina se preocupa del desarrollo y del conocimiento enriqueciendo la profesión desde su esencia y profundizando el sustento teórico de la práctica, si los conocimientos que genera la disciplina no suplen las necesidades de la práctica no habrá un desarrollo coherente lo que limitará la evolución de la profesión, la teoría y la práctica no pueden ser entidades mutuamente excluyentes las dos son indispensables, se debe evidenciar su contribución particular a la salud de los individuos, grupos, comunidad y población en general, el uso de modelos conceptuales y diagnósticos de enfermería es una forma de articular esta contribución

3.4 CARACTERÍSTICAS DE UNA DISCIPLINA

Una disciplina se caracteriza porque sus miembros son capaces de compartir creencias fundamentales en relación a su razón de ser por las investigaciones que ellos realizan, es el terreno del aprendizaje y del conocimiento característico que se desarrollan a partir de una forma particular de ver un aspecto, tiene base de conocimientos distintos a otras



disciplinas lo que ofrece fundamentos para su práctica por lo tanto tiene materia propia.

3.5 PARADIGMA

Es un conjunto de realizaciones científicas universalmente reconocidas que durante un tiempo proporcionan modelos de problemas, plantean soluciones a una comunidad científica, es decir, es una secuencia en espiral; según Thomas Kuhn es un conjunto de suposiciones interrelacionadas respecto al mundo que generan un marco filosófico para el estudio organizado del mundo; define una disciplina científica durante un periodo específico de tiempo.

El paradigma no es fijo, estático, sino que al ser una forma de visualizar la realidad, de interpretarla puede entrar en crisis, cambiar y dar inicio a una nueva ciencia formal y servir de base para el planteamiento de nuevos paradigmas científicos para dar respuestas a las necesidades sociales.

PARADIGMA MATERIALISTA.- Corriente de pensamiento científico, una forma de ver y comprender el mundo a partir de la existencia de la materia, influyó en el desarrollo del saber y de las disciplinas, su marco filosófico se apoya en la aplicación del método de la lógica dialéctica para la construcción del conocimiento, en las leyes de la dialéctica que son: *“la unidad y lucha de contrarios, la negación de la negación y la transformación de los cambios cuantitativos en cualitativos”*.

La aplicación de la lógica dialéctica en salud permite entender la naturaleza, el proceso de salud, la conducta humana como un fenómeno histórico, dotado de movimiento, la lógica dialéctica parte de la observación y análisis directo de los fenómenos tanto en su forma como en su esencia para la producción del conocimiento.



PROCESO DE CONSTRUCCION DE PARADIGMAS DE ENFERMERIA

Los paradigmas en Enfermería tiene su auge en la década de los setenta cuando se profundiza en la discusión epistemológica, la misma surge de la necesidad de establecer o construir teorías para explicar los fenómenos relacionados con el cuidado y la salud.

El análisis deja ver en los diferentes momentos de su evolución los aspectos teóricos en los cuales se fundamentan siendo el paradigma ecológico, la primera referencia en la construcción teórica de la enfermería, pasando aproximadamente un siglo para que se presentaran otras proposiciones teóricas, el paradigma de las necesidades humanas propone el proceso de enfermería y el método científico, el autocuidado establece que la ciencia de enfermería incluirá las descripciones y explicaciones de cuándo, cómo y por qué, la gente puede ser ayudada por la enfermera/o.

En la época actual emergen como paradigmas la ciencia del cuidado humano y la tecnología, el primero considera a enfermería como un arte y una ciencia, haciendo énfasis en la tradición de ciencia humana llamada la ciencia del cuidado. La tecnología está estrechamente relacionada con las experiencias de los seres humanos, con la construcción del conocimiento y su aplicación para resolver problemas en la sociedad.

Los modelos de enfermería han sido clasificados como paradigma, que aplicaba conceptos meta paradigmáticos como: persona, entorno, salud y enfermería; observa los trabajos en este campo como un modo de mejorar la comprensión del desarrollo del conocimiento y mostrar el avance de la ciencia de enfermería. "En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación que a la vez se



han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería⁶”.

3.5.1 PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

3.5.2 PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica.

La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo los trabajos de enfermería de V. Henderson, H. Peplau y D. Orem quedan enmarcados dentro de este

⁶*Hacia la consolidación de los paradigmas de enfermería a través de la universalización de la enseñanza.* Lic. Luiris Sanabria Triana¹ Lic. Marta Otero Ceballos² y Lic. Omayda Urbina Laza³



paradigma. Según esta orientación, en los conceptos meta paradigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud la enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.



3.5.3 PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

“Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Los modelos y teorías propuestos por M. Newman, M. Rogers y Walson quedan encerrados dentro de este paradigma”⁷.

Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos de la meta paradigma de la siguiente manera:

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.

El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define de este modo, la intervención de enfermería supone

⁷<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema11.htm> **Revista Médica Electrónica 2008; 30(2)**. Hacia la consolidación de los paradigmas de enfermería a través de la universalización de la enseñanza.



respeto e interacción del que ambos, persona-Enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que proporcionan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica. Como describiera Kerouac, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería, cuando expone. "El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud". Este paradigma cumple las cinco funciones enunciadas por Merton:

- Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones que puede utilizarse para la descripción y el análisis.
- Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.
- Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.
- Promueve el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

Los cuidados Enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra en el



fenómeno, en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

Se coincide plenamente con el criterio teniendo en cuenta el auge que tienen las acciones de promoción y prevención de la salud, encargadas de facilitar a las personas el conocimiento para modificar estilos y modos de vida hacia formas de vida saludables y crear en ellas una conciencia que facilite el autocuidado y la autorresponsabilidad en el proceso salud-enfermedad

3.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA

“La fundamentación teórica o planteamiento de teorías se realiza a través de dos procedimientos:

- 1. Construcción de un cuerpo de conocimientos propios.*
- 2. Construcción del Auto concepto profesional.*

La construcción del cuerpo de conocimientos es un procedimiento científico que permite la construcción de la ciencia de Enfermería para validarla a través de un cuerpo de conocimientos que guían la práctica y la orienten a generar una metodología particular de trabajo a partir de la aplicación del método científico, esto le permitirá a la Enfermería crear su propio utillaje conceptual y operatorio.⁸

El cuerpo de conocimientos está constituido por teorías, una teoría es:

“Un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno designado, interrelaciones

⁸ Cabrera Carmen.- NATURALEZA DE LA PROFESION DE ENFERMERIA.- Modulo N° 1 del programa de Salud e Intervención de Enfermería. 2009. SRP. Pág. 1.



*específicas entre los conceptos con el propósito de describir, explicar predecir y/o controlar el fenómeno*⁹

El valor de las teorías está dado porque proporcionan las bases para formular supuestos relativos a la práctica que hacen posible obtener un fundamento para las acciones de enfermería. La práctica basada en la ciencia, respalda la imagen de la Enfermera como una disciplina profesional dándole un carácter sistémico, dinámico que interactúa con el medio ambiente.

Las herramientas científicas de toda profesión están constituidas por categorías de base como: la teoría, la práctica, investigación y educación. Pues, la teoría proporciona al profesional las herramientas necesarias para dirigir la práctica suministra un ambiente para aplicar y validar los conocimientos así como para el desarrollo de otras teorías; la educación brinda experiencias para construir un sistema de creencias y difundir los conocimientos.

Para la construcción de teorías de Enfermería se deben tomar en consideración algunos criterios que la validen:

1. Deben tener claridad semántica, ser estructurados, organizados, es decir los conceptos deben ser claros de fácil comprensión y ser visibles.
2. Deben guardar coherencia, tener concreción y precisión dialéctica desde los supuestos filosóficos hasta las proposiciones.
3. Deben ser generales, orientadores, flexibles, comprobables.

⁹ Figueroa María.- "TEORIAS DE ENFERMERIA - Separata. -Profesora Asociada, Departamento de Enfermería. – Universidad de Concepción. - Chile. – 1986.



4. Partir de una precisión empírica, es decir deben estar fundamentadas en una realidad observada.

5. Promover resultados derivables o positivos: capaces de diferenciar el trabajo de enfermería de otros profesionales, permitir la formulación de problemas y de soluciones concretas, plantear nuevas hipótesis y líneas de investigación que direccionen el proceso de búsqueda científica de manera permanente, clarificando el núcleo de acción de enfermería.

El diseño y utilización de teorías en enfermería permitirá:

- a) Reorientar la práctica a algo con más sentido y propósito dándole validez social.

- b) Se transformara en una guía flexible, abierta a diversas posibilidades de interpretación y aplicación, canalizando la función de los profesionales promoviendo explicaciones, argumentaciones evitando la rutinización en el servicio.

- c) Favorecería para un control interno de la profesión, un funcionamiento autónomo, una reflexión de las características de la práctica social y profesional de enfermería.

- d) Motivara para la comunicación profesional creando opciones teóricas básicas para el diseño de instrumentos cognitivos para el análisis y la transformación de la práctica, dotándole de bases comunes del conocimiento."¹⁰

¹⁰ Cabrera carmen.- NATURALEZA DE LA PROFESION DE ENFERMERIA.- Modulo N° 1 del programa de Salud e Intervención de Enfermería. 2009. SRP. Pág. 3.



3.7 MODELOS DE ENFERMERIA

“Es la construcción de un conjunto de conceptos, de enunciados teóricos elaborados sistemáticamente con bases científicas, relacionados en forma lógica articulados alrededor de la práctica, identificando sus elementos esenciales, valores y contribución en la solución de los problemas de las personas, familia y comunidad.”¹¹

Los distintos autores agrupan los modelos de acuerdo a su propio criterio. Suele basarse en el rol que la enfermería desempeña a la hora de prestar cuidados, así podemos dividirlos en:

- Modelos naturalistas.
- Modelos de suplencia o ayuda.
- Modelos de interrelación

3.7.1 MODELOS NATURALISTAS

“Su representante es Florence Nightingale a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado. En 1859 trata de definir la naturaleza de los cuidados de enfermería en su libro “Notas sobre enfermería (Notes on nursing)”¹².

Se cree que la medicina sana, no es cierto, la medicina es la cirugía de las funciones de los órganos, lo que hacen los cuidados de enfermería en los dos casos es poner al enfermo en su obra.

¹¹ IDEM.

¹² <http://es.scribd.com/doc/49133864/tarea-proceso-teoristas-1>



APORTES CIENTIFICOS DE FLORENCIA NIGHTINGALE AL DESARROLLO DE LA ENFERMERIA

“En 1860, se crea la Fundación Nightingale y la primera Escuela - Hogar para Enfermeras en el Hospital St. Thomas de Londres.

Dentro de los aportes científicos dados a la profesión están:

- El planteamiento de la teoría miasmática, que indica que en el mantenimiento de la salud, o en su recuperación la naturaleza juega un papel determinante. Además expresa que la enfermedad era producida por el aire (miasmas).
- Incorpora el uso de la estadística al cuidado de la enfermería.- Mejora las condiciones de vida del ejército británico utilizando la estadística sanitaria, demostrando a través de ésta que en tiempo de paz la mortalidad de los soldados de un cuartel es más alta que del resto de la población civil.
- Creación de escuelas de Enfermería (Hospital de Santo Thomas) como instituciones formadoras de cuidadoras de la salud, la carrera de enfermería es independiente de la Religión, por tanto seglar, una profesión de la cual una mujer pudiera vivir. El tipo de enseñanza que recibían era de un año de teórica y dos años de prácticas en un hospital donde se les preparaba para ser Enfermeras hospitalarias, domiciliarias y también para que enseñaran a otras Enfermeras.
- Enseñanza regida por una disciplina militar: horario estricto llevaban uniforme diario revisado por la directora. Era una enseñanza totalmente secularizada y profesional.



- Apertura de campos de acción para las Enfermeras pasando de la atención domiciliaria a la hospitalaria.
- Escribe contenidos profesionales de Enfermería orientado el quehacer práctico que debe realizar la Enfermera: Plantea que las Enfermeras tienen un papel propio que cumplir como "controladoras" de factores medioambientales para promover la salud.
- Establece niveles de autonomía al quehacer de las Enfermeras: Enfermera del enfermo, Enfermera de salud.
- Plantea un código deontológico desde un punto de vista religioso y moral.
- Titulación, reconocimiento social de las Enfermeras, categorización de enfermería como campo laboral y asignación de remuneraciones.¹³

3.7.2 MODELOS DE SUPLENCIA O AYUDA

El rol de enfermería consiste en ayudar a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, fomentando ambas el auto cuidado por parte de la persona

3.7.3 MODELOS DE INTERRELACIÓN

En estos modelos el rol de la Enfermera consiste en fomentar la adaptación de la persona en un entorno cambiante, fomentando la

¹³ Cabrera carmen.- DESARROLLO HISTORICO DE LA ENFERMERIA.- Modulo N° 1 del programa de Salud e Intervención de Enfermería. 2009. SRP. Pág. 15



relación bien sea interpersonal (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.

3.7.4 MODELO SUPLEMENTARIO Y COMPLEMENTARIO

FOTO N°5

VIRGINIA HENDERSON, 1966



Fuente: www.terra.es/personal/dueñas/teorias2.htm.

BIOGRAFIA

“Virginia Henderson nació en 1897, en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y trabaja como Enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido en la primera guerra mundial, se especializó como Enfermera docente. Su teoría incorporó principios fisiológicos y psicológicos al cuidado; su obra es considerada como una filosofía definitoria de la profesión. Inició sus estudios a la edad de 21 años en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.

En 1955 publica la sexta edición de su libro *“Principios básicos de los cuidados enfermeros”* que contenía la Definición de Enfermería y que ha sido el texto de referencia para muchas Enfermeras.



El pensamiento de Virginia Henderson gira alrededor de los conceptos de enfermería, persona, salud, cuidados, opina que el ejercicio de enfermería es independiente del médico para ella la persona y la familia es una unidad.

La función propia de la Enfermera es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que mantienen su salud o ayudan a su recuperación de tal manera que le ayude a adquirir su independencia lo más rápidamente posible y que él llevaría a cabo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

El ser un humano es un ser bio-sicosocial que trata de cubrir sus necesidades de forma independiente según sus hábitos de cultura.

SU TEORÍA

El modelo de enfermería ha sido clasificado por las teoristas en el grupo de la enfermería humanística por que considera a la enfermería como un arte y una ciencia, estudia la fisiología, la psicología de cada individuo en su totalidad para satisfacer sus necesidades fundamentales.

Parte del concepto de las necesidades humanas de Maslow, Cuenta con 14 necesidades básicas:

Respirar, comer, beber, evacuar, moverse, mantener la postura, dormir descansar vestirse, desnudarse, mantener la temperatura corporal mantenerse limpio, evitar los peligros, comunicarse, ofrecer culto, trabajar jugar y aprender.

ELEMENTOS CONCEPTUALES DE SU TEORIA

a. Enfermería: Concibe el rol de la Enfermera como la productora y realizadora de acciones que las personas no pueden llevar a cabo en un



momento de sus vidas, constituye la principal ayuda del enfermo para realizar las actividades que conservan la salud, previene la enfermedad, recuperan la salud o contribuyen a una muerte tranquila, la Enfermera ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible. Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente con funciones independientes.

Distintos elementos del meta-paradigma enfermero

La Enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la Enfermera es un sustituto para cuidar las carencias del paciente, satisfacer las necesidades de los usuarios cuando éstos tienen falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La Enfermera como cuidadora del paciente: durante los periodos de convalecencia ayudándolo a recuperar su independencia.

La Enfermera como asesora del paciente: supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado, fomenta la relación terapéutica Enfermera – paciente, actuando como un miembro del equipo de salud.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales, humanidades, costumbres sociales y las prácticas religiosas, establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona.

b. Persona: individuo que necesita ayuda para recuperar su salud independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables, dos partes de un solo ser, una unidad el paciente como parte de una familia.



La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales la mente y el cuerpo son inseparables.

Valores: la persona requiere de independencia en cada una de sus actividades donde la enfermera cree y confía en las capacidades de la persona para lograr su independencia.

c.- Salud: Henderson al equiparar la salud con la independencia dice que para ella la calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería, equipara salud con independencia:

- Siete están relacionados con la fisiología (respiración alimentación, eliminación, movimiento, sueño, reposo y apropiada temperatura).
- Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).
- Tres con la autorrealización (trabar jugar y aprender).

d. Entorno: Escenario en donde se encuentran en conjunto todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo incluye relaciones con la propia familia, las responsabilidades de la comunidad para proveer cuidados, satisfacer las necesidades aunque existen factores internos con estrechos lasos entre lo psíquico y físico



FUNCIONES DE ENFERMERÍA

Las funciones de enfermería en el modelo de Virginia Henderson son atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su restablecimiento, o a evitarle sufrimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

No son otros, que los fundamentos que componen los cuidados enfermeros, actividades que ayudan a cubrir a través de un plan de cuidados las deficiencias o necesidades detectadas en materia de salud.

METODOLOGÍA DE TRABAJO DE LOS CUIDADOS

Consiste en un plan de cuidados mediante la aplicación del método de resolución de problemas.

3.7.5 MODELO DE AUTOCUIDADO

FOTO N° 6

DOROTHEA OREN, 1971



Fuente: <http://studyingnursing.files.wordpress.com/2010/10/dorotea1.jpg?w=90&h=100>



BIOGRAFÍA

Orem, nació en Baltimore, se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl, graduándose en 1930.

En su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas las enfermeras /as con las que tuvo contacto, empleando la experiencia práctica de éstas como fuente teórica.

SU TEORÍA

Para *Dorothea Oren el ser humano* es un organismo biológico psicológico en interacción con su medio, al que está sometido; tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás.

Cree que la vinculación con otras Enfermeras a lo largo de los años le proporcionó muchas experiencias de aprendizaje junto con sus trabajos con estudiantes graduados y de colaboración con colegas, fueron esfuerzos valiosos. Si bien no reconoce a nadie como influencia principal sin embargo sí cita los trabajos de muchas otras Enfermeras en términos de contribución a la Enfermería.

TEORIAS DE APOYO

La teoría general de enfermería está compuesta en tres teorías relacionadas entre sí: teoría del auto cuidado, teoría del déficit del auto cuidado, teoría de los sistemas de enfermería.



a. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

Parte del principio filosófico de que los seres humanos tienen la capacidad para realizar actividades en su propio beneficio y contribuir en el mantenimiento de su propia existencia, bienestar y salud. Es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo; formas de comportamiento en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento.¹⁴

b. DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO

Parte del principio de que debe haber una relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado, relación que determina si la persona está capacitada o no para satisfacer las demandas; es decir, se determina cuando y porque se necesita el trabajo de Enfermería.

Una vez determinado el nivel de déficit, se describen y explica las causas que provocan dicho déficit, los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella no pueden asumir el autocuidado transformándose en seres dependientes que requieren el cuidado enfermero.

c. TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

“Plantea que las Enfermeras /os pueden usar sus habilidades para prescribir, diseñar y proveer cuidados de Enfermería a los pacientes

¹⁴[http/ www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm) - 11k



usuarios, familia y comunidad; tomando en consideración la capacidad que pueden tener estos para participar en el autocuidado.”¹⁵

En base a estas teorías el modelo reconoce que los individuos tienen necesidades de autocuidado frente a los cuales asumen conductas que les permiten vigilar su salud y bienestar, es decir, se convierte en gestor de su propia salud, lo que determina que el cuidado de Enfermería se provea solo cuando los seres humanos son incapaces de mantener de manera continua el cuidado de su salud, asumiendo una acción de enfermería terapéutica dirigida a devolverle esa capacidad y retornarlo de manera temprana nuevamente a su estilo de vida.

Los sistemas de Enfermería permiten describir y explicar las acciones que aplicaran las Enfermeras/os para atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas.

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores, la Enfermera sule al individuo, porque no es capaz de atender sus necesidades.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores, donde el cuidado de la salud es compartido entre el personal de enfermería proporciona cuidados que el paciente es incapaz de satisfacer y el usuario de salud que realiza ciertas actividad de de auto cuidado.
- Sistemas de enfermería de apoyo El paciente es el gestor de su autocuidado porque conserva sus capacidades para hacerlo, la Enfermera cambia su rol transformándose en educadora, ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

¹⁵ CABRERA, Carmen.- *NATURALEZA DE LA PROFESION DE ENFERMERIA*.- Modulo Nº 1 del programa de Salud e Intervención de Enfermería. 2009. SRP. Pág. 5.



ELEMENTOS Y CONCEPTOS DE SU TEORIA

a. Enfermería: Profesional que proporciona a las personas y/o grupos asistencia directa en su auto cuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de auto cuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias, Cuando el sistema de enfermería es totalmente compensador trata de compensar una incapacidad total del paciente para su auto cuidado la Enfermera realiza algunas acciones de auto cuidado del paciente tratando de compensar sus limitaciones.

- El Sistema de apoyo educativo aplicado cuando el individuo es capaz de autocuidar su salud, siendo el rol de la Enfermera es orientar a la persona para llevar a cabo las acciones de auto cuidado necesarias.

Los métodos de asistencia de enfermería de Oren se basan en la relación de ayuda y/o suplencia hacia el paciente y son:

- ✓ Actuar en lugar de la persona, ejemplo cuando un paciente esta inconsciente.
- ✓ Ayudar u orientar a la persona ayudada.
- ✓ Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada.
- ✓ Promover un entorno favorable al desarrollo personal.
- ✓ Enseñar a la persona que se ayuda.



b. Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su auto cuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante.

Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de auto cuidado y el cuidado dependiente.

c. Salud: la salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas auto cuidado.

Es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional ausencia de defecto que implique deterioro de la persona desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

d. Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.



FUNCIONES DE ENFERMERÍA

En el modelo de Oren consiste en actuar de modo complementario con las personas familias y comunidades en la realización del auto cuidado cuando está alterado, el equilibrio de las habilidades de cuidarse.

3.7.6 MODELO DE ADAPTACION

FOTO N° 7

CALLISTA ROY



www.espacionurseril.blogspot

BIOGRAFÍA

Nació en Los Ángeles California en octubre 14 de 1939. Pertenece a la comunidad religiosa de las hermanas de San José de Carondelet, terminó sus estudios básicos de enfermería y sus estudios de maestría en la Universidad de California en los Ángeles en 1966; en 1971 concluyó sus estudios de doctorado en Sociología en la misma Universidad. Una de las experiencias principales que motivaron a la Doctora Roy para profundizar en el proceso de adaptación, fueron su experiencia como Enfermera pediátrica, al observar la habilidad de los niños para adaptarse a las circunstancias y la motivación de la Doctora Dorothy Johnson para que



escribiera y desarrollara un modelo conceptual de adaptación, que contribuyera al desarrollo del conocimiento de enfermería. El primer artículo sobre el modelo fue publicado en 1970.

En 1964, Roy comenzó a trabajar en su modelo basándose en el trabajo de Harry Helson.

En 1976 publicó "Introduction to Nursing: An Adaptación Model", en 1984 publico nuevamente una versión revisada de su modelo.

SU TEORÍA

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades, los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos.

La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación depende de tres clases de estímulos.

1. Focales, los que enfrenta de manera inmediata.
2. Contextuales, que son todos los demás estímulos presentes.
3. Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado.

El ser humano es un ser bio psicosocial en interacción constante con el entorno. Esta interacción se lleva a cabo por medio de la adaptación que para Roy, consiste en la adaptación de las 4 esferas de la vida:

- **Área Fisiológica.**- Circulación, temperatura, oxígeno, líquidos sueño, actividad, alimentación y eliminación.



- **Área de Autoimagen.**- La imagen que uno tiene de sí mismo.
- **Área de dominio del Rol.**- Los diferentes papeles que un ser humano cumple a lo largo de su vida.
- **Área de Independencia.**- Interacciones positivas con su entorno, en este caso, las personas con las que intercambia influencias que le procuran un equilibrio de su autoimagen y dominio de roles.

Las bases teóricas del modelo de Calista Roy se apoya en tres teorías: modelo de interrelación, teoría de la adaptación de Helson y teoría general de sistemas.

ELEMENTOS Y CONCEPTOS DE SU TEORÍA

a. Enfermería: define la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno la enfermera actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno y fomentar la adaptación.

b. Persona: ser biopsicosocial en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados Enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

c. Salud: es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y complejo, reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno, la salud y la enfermedad forman una dimensión inevitable y coexistente basada en toda la experiencia de la vida que tiene la persona.



d. Entorno: es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales contextuales y residuales, entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse.

FUNCIONES DE ENFERMERÍA

Para Callista Roy son promover las acciones que hagan posible la adaptación del ser humano en las 4 esferas, tanto en la salud como en la enfermedad, a través del cuerpo de conocimientos científicos de la enfermería.

3.7.7 MODELO DE VIDA NANCY ROPPER

FOTO N° 8
NANCY ROPPER



Fuente: http://www.palliativnetz-ostschweiz.ch/fileadmin/user_upload/04aktuelles/fachartikel/nancy_ropper.jpg



BIOGRAFÍA

Nació en el Reino Unido el 29 de Septiembre del 1918. Luego de terminar el programa general de educación abandonó su centro de enseñanza en 1936 e inició estudios de tres años en un hospital de niños, donde obtuvo el título de Registered Sick Children's Nurse (RSCN).

En esta época se afilió a la asociación de estudiantes del Royal Collage Of. Nursing. Realizó un programa de formación de Enfermería con el título de Registered General Nurse (RGN). Fue llamada al servicio militar recortando así sus opciones profesionales, pero en servicio militar tenía puesto de docente.

Luego de dos años reanudo su carrera profesional y ocupó múltiples destinos en enfermería hasta ejercer como Enfermera jefe.

En 1963 se convirtió en profesional autónoma y se dedicó a la creación de libros siendo la primera Enfermera Británica que adoptó una decisión semejante (Elegir entre docencia y escritura).

En 1970 fue nombrada miembro de la Universidad de Edimburgo, lo que aprovecho para realizar un Máster en Filosofía en esa Universidad. Con tal motivo dedicó a investigar el núcleo de cuidados de Enfermería que requieren los pacientes con independencia de donde ellos se encontraran definió ésta labor central de la enfermería y diseño un modelo vital y un modelo de enfermería derivado de él. La monografía donde se recogen estas investigaciones titulada " Clinical Experience in Nurse Education" se publicó en 1976.

Entre 1974 y 1978 sirvió en el Scottish Home and Health Departament, como directora de investigación en enfermería. Ellos le permitieron



emprender acciones a corto plazo encomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

SU TEORIA

Desarrollo un Modelo de Enfermería basado en el modelo de vida, con los siguientes fundamentos básicos:

1. La vida se describe como una mezcla de Actividades Vitales.
2. Lo propio del individuo viene marcado por como realiza estas actividades.
3. El Ser Humano es valioso en todas sus fases de la vida, y va siendo progresivamente más independiente hasta ser adulto.
4. La dependencia que pueda tener una persona no limita su dignidad.

Roper refiere que *"Hay unos factores que influyen en el conocimiento actitudes y conducta del individuo: como son los biológicos, psicológicos, socioculturales ambientales y político-económicos"*.

- **Teoría del Modo de Vida:** el proceso de salud – enfermedad de las personas está ligado a los estilos de vida particulares.
- **Actividad Vital:** son actividades que forman parte integral de la vida aunque en ocasiones no estemos conscientes de realizarlas, pero que son fundamentales para mantener la vida.
- **Tiempo de Vida:** son las diversas etapas por las que atraviesa el ser humano desde el nacimiento hasta la muerte, caracterizado por un continuo cambio en cada etapa, influenciado por factores



físico psicológicos, socioculturales, ambientales, político económicos, que surgen a lo largo de la vida.

- **Línea continúa de dependencia e independencia:** aquí se estudia la dependencia e independencia de la persona. Estudia relacionando lo con cada actividad vital por separado. Se reconoce que hay fases de la vida en la que una persona todavía no ha perdido la capacidad de realizar las actividades vitales.
- **Individualidad de la Vida:** particularidad con la que cada ser humano realiza sus actividades vitales.
- **Enfermería Individualizada:** proceso de enfermería definido como el método de pensamiento y acción trabajo orientado a promover mantener, restaurar o rehabilitar.

COMPONENTES DEL MODELO

- **Ciclo Vital:** Comprende las etapas de vida del ser humano que transcurre desde el nacimiento hasta la muerte.
- **Factores:** Son condicionantes que pueden influir positiva o negativamente sobre las actividades vitales, pueden ser: físico: psicológicos, socio culturales, ambientales, políticos, económicos.
- **Actividades vitales:** entorno seguro, comunicación, respiración alimentación y bebida eliminación de excretas .limpieza personal vestido control de la temperatura corporal, movilización, trabajo y juego expresión de la sexualidad, sueño y muerte.

Las actividades vitales, variaran completamente de una persona a otra porque están compuestos por numerosos elementos que



destacan por la prioridad que establecemos todas las personas sobre unos o sobre otros esta idea de prioridad es esencial en la enfermería, porque tendremos que tratar la relevancia que tienen cada dato que se ha recogido del paciente en estudio.

- **Nivel de dependencia / independencia.-** La capacidad del individuo para realizar sus actividades vitales, en una relación dialéctica, estatus dependencia están en relación con ciclo vital de cada individuo.

FACTORES QUE INFLUYEN

- **Físicos:** Anatomía, fisiología, promover, mantener, restaurar y rehabilitar
- **Psicológicos:** Desarrollo cognitivo y emocional áreas: intelectual emocional.
- **Socioculturales:** Aspectos espirituales, religiosos y éticos.
- **Ambientales:** Características del entorno que rodea al individuo.
- **Político – Económicos:** Nivel de acceso, condiciones de vida, trabajo.

ELEMENTOS CONCEPTUALES DE SU TEORÍA:

a. Enfermería: La meta y visión del trabajo de enfermería está orientado hacia el cuidado integral del ser humano integral- holístico, reconoce la individualidad y heterogeneidad de los seres humanos, es decir, el cuidado más centrado en las necesidades del paciente.



b. Persona: individuo que desarrolla su existencia en base de actividades vitales que se interrelacionan, constituyendo un sistema complejo que está influido por factores internos (físicos y psicológicos) y externos (ambientales, socioculturales y político económicos). Presenta características específicas de acuerdo a su ciclo vital y niveles de dependencia independencia.

c. Salud: Constituye un proceso de realización de las actividades vitales de acuerdo a su ciclo vital, se aspira a que logre la máxima independencia aun cuando tenga una discapacidad manifiesta.

d. Entorno: medio que rodea a la persona, constituido por factores que determinan el cumplimiento de las actividades, físicamente externo a la persona.

3.8 PROCESO DE ENFERMERIA

“La aplicación del método científico en la práctica asistencial Enfermera es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.).

Es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de enfermería, que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática para obtener información e identificar los problemas del paciente, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

Además permite definir el ejercicio profesional, garantizar y asegurar la calidad de los cuidados al paciente, proporciona bases para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en enfermería.



*Permite realizar las actividades de forma eficaz y eficiente, trabajar de forma ordenada y con los mismos criterios, racionaliza el tiempo, el trabajo y los recursos.*¹⁶

3.8.1 IMPORTANCIA Y VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

La aplicación del proceso de Enfermería como herramienta de trabajo le permite a la Enfermera:

- *“Contar con un instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería*
- *Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería*
- *El proceso de enfermería proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.*
- *Por otra parte, al profesional de enfermería le facilita la comunicación concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; mejora la calidad de la atención; propicia el crecimiento profesional y proporciona información para la investigación.*

¹⁶ CABRERA C, *Proceso de atención de Enfermería*, Cuenca, Octubre-2006-separata.Srp



- *Al sujeto de atención permite participar en su propio cuidado; garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.*¹⁷

3.8.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Método ordenado, sistemático, aplica un marco teórico a la práctica profesional identifica las potencialidades o los problemas reales o potenciales.

“Permite a la Enfermera organizar y prestar cuidados para aplicar satisfactoriamente el proceso, la Enfermera integra los elementos del pensamiento crítico para emitir juicios y poner en práctica las razones basadas en la razón, el proceso se emplea para y tratar las respuestas humanas de salud en la enfermedad e incluye 5 pasos:

1. *Valoración*
2. *Diagnostico de Enfermería*
3. *Planificación*
4. *Ejecución*
5. *Evaluación*¹⁸

PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN

El Proceso de Enfermería se la define como un proceso organizado y sistemático. La primera etapa del proceso es la valoración y consiste en la recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente,

¹⁷ CABRERA, Carmen. *Proceso de enfermería.*- Separata del modulo 1 del programa de Enfermería Básica. 2011. Página. 3. SRP.

¹⁸ Fundamentos de Enfermería, 5ta edición, pág. 301



a través de diversas fuentes, que incluyen al paciente o a cualquier otra persona que tenga relación con el paciente, la recolección de datos es organizada y sistemática, siendo necesaria para realizar el diagnóstico de enfermería.

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

La recolección de datos se hace mediante tres criterios básicamente:

- Valoración céfalo caudal: el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano comienza por el aspecto general de la cabeza a los pies de forma sistemática.
- Valoración por sistemas y aparatos: se valora el aspecto general y las constantes vitales.
- Valoración por patrones funcionales de salud: se pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo, familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Proceso mental complejo que le permite establecer la relación de los hechos. Este proceso mental estará influido por sus conocimientos científicos, sus experiencias previas de enfermería.

Se atribuye a George Shaw la frase:



“EL DIAGNOSTICO SIGNIFICA DESCUBRIR TODO LO QUE ANDA MAL EN DETERMINADO PACIENTE”.

TERCERA ETAPA: PLANIFICIÓN

Elaborar un plan de atención y determinar que enfoque se utilizará para ayudar a solucionar, disminuir o reducir al efecto de los problemas del usuario.

La Enfermera(o) y usuario determinan el orden en que deben resolverse. El diagnóstico da prioridad a satisfacer las necesidades del usuario es más importante siempre y cuando no interfiera con el tratamiento médico.

De no existir contraindicaciones se da la oportunidad al paciente de establecer sus prioridades, en la etapa de planeación se analizan e identifican los objetivos.

CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la etapa donde se aplica el plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborados, la ejecución, implica las siguientes actividades enfermería:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas



QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: La eficacia y la efectividad es decidir, si el objetivo del plan de atención se logró, el objetivo se evalúa en el momento o en la fecha que se especificó en el plan, mientras la enfermera/ o da atención al usuario, reúne continuamente nueva información del mismo.

En este punto se evalúa solo la capacidad del usuario para realizar las actividades del objetivo del plan de atención.



CAPITULO IV

TABULACIÓN Y PRESENTACION DE DATOS



4. TABULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DATOS

TABLA Nº 1

DISTRIBUCIÓN DE 19 ENFERMERAS PROFESIONALES Y 8 INTERNAS DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN EDAD. CUENCA 2010 – 2011

ENFERMERAS E INTERNAS DE ENFERMERÍA												
Edad	20 - 25		26 – 30		31 – 35		36 – 40		+ 40		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	7	25.9	4	15	7	25.9	1	3.7	8	29.6	27	100
Total	7	25.9	4	15	7	25.9	1	3.7	8	29.6	27	100

Fuente: Guía de observación
Elaboración: las autoras.

Análisis:

El gráfico refleja que el mayor porcentaje del personal de enfermería tiene más de 40 años que corresponde al 29.6%, luego está el grupo de 20 a 25 años y el grupo de 31 a 35 años con un porcentaje del 25.9% respectivamente, con un 15% está el grupo de 26^a 30 años y finalmente tenemos un porcentaje mínimo del 3.7% del personal de enfermería con 36 a 40 años.



TABLA Nº 2

DISTRIBUCIÓN 19 ENFERMERAS PROFESIONALES Y 8 INTERNAS DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN AÑOS DE SERVICIO. CUENCA 2010 – 2011

ENFERMERAS E INTERNAS DE ENFERMERÍA												
Años de servicio	menos de 1 a		1-5		6-10		11-15		+ 16		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermeras de planta	-	-	-	-	-	-	1	3.7	2	7.40	3	100
Enfermeras de contrato	1	3.7	9	33.3	6	22.2	-	-	-	-	16	100
Internas de Enfermería	8	29.6	-	-	-	-	-	-	-	-	8	100
Total	9	33.3	9	33.3	6	22.2	2	7.4	10	37	27	100

Fuente: Guía de observación

Elaboración: las autoras

Análisis:

El Gráfico expone los porcentajes relacionados con los años de servicio de las enfermeras e internas es superior en menos de 1 año con un equivalente de 33.3%, en donde fueron registradas las internas de Enfermería esto hace que al ser profesionales jóvenes y en proceso de formación, su práctica profesional no se ha consolidado, existiendo dificultades para tomar decisiones, teorizar la práctica, aplicar un modelo, lo que puede incidir en la calidad del cuidado brindado en el servicio. Un grupo mayoritario del personal es de contrato 26% lo que indica la permanencia en la casa de salud en un tiempo aproximado de 1 a 5 años, condición laboral implica que todo el tiempo están cambiando de servicio, no haya estabilidad, no se consolide la práctica.



El personal antiguo es mínimo equivale al 8% con un tiempo laboral de más de 16 años, lo que podría constituirse en un factor positivo, pues la experiencia laboral permite ajustar los contenidos del perfil de formación con la práctica profesional, lo que daría solvencia, sin embargo en el presente estudio, a pesar de la experiencia no existe una práctica sustentada en un modelo.

TABLA Nº 3

**DISTRIBUCIÓN DE 19 ENFERMERAS PROFESIONALES Y 8
INTERNAS DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”
SEGÚN CARGO. CUENCA 2010 – 2011**

ENFERMERAS E INTERNAS DE ENFERMERÍA		
CARGO	Nº	%
Licenciada en Enfermería	19	70.4
Internas de Enfermería	8	29.6
Total	27	100

Fuente: Guía de observación

Elaboración: Las autora

Análisis:

De las 27 profesionales de enfermería que participaron en el estudio el 70.4% fueron Licenciadas en Enfermería, y el 29.6% fueron internas en formación de pregrado pero capacitadas y formadas con conocimientos científicos competentes para el desenvolvimiento de las actividades de Enfermería.



TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN DE 19 ENFERMERAS PROFESIONALES Y 8 INTERNAS DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN NIVEL DE FORMACIÓN. CUENCA 2010 - 2011

ENFERMERAS E INTERNAS DE ENFERMERÍA		
NIVEL DE FORMACIÓN	FRECUENCIA	%
Tercer nivel	2	7.4
Diplomado en enfermería	2	7.4
Magister en Enfermería	2	7.4
Licenciadas en Enfermería	13	48.1
Estudio (Internas)	8	29.6
Total	27	100,00

Fuente: Guía de observación

Elaboración: las autoras

Análisis:

El Gráfico nos da a conocer el nivel de formación académica del personal de enfermería del Área de Emergencia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, el 48% licenciatura, un 30% corresponde a las Internas de Enfermería, y el 7% tercer nivel y 7 % del personal realizaron maestrías, y diplomados en Administración en Salud con ello se podría decir que es un personal capacitado para la atención de los pacientes.



TABLA N°5

DISTRIBUCIÓN DE 19 ENFERMERAS PROFESIONALES Y 8 INTERNAS DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN APLICACIÓN DE LA PRIMERA ETAPA DEL PAE VALORACIÓN. CUENCA 2010 - 2011

Etapa de Valoración	ENFERMERAS						INTERNAS					
	Siempre		Ocasional mente		Rara vez		Siempre		Ocasional mente		Rara vez	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Revisa la historia clínica	18	94.7	1	5.2	-	-	7	87.5	1	12.5		
Realiza la entrevista	17	89.4	2	10.5	-	-	5	62.5	3	37.5	-	-
Realiza examen físico	16	84.2	3	15.7	-	-	6	75	2	25		

Fuente: Guía de observación

Elaboración: las autoras

Análisis:

La tabla muestra que la aplicación de la primera etapa del proceso que es la Valoración el 94.7% de enfermeras profesionales revisa historia clínica siempre y ocasionalmente el 5.2%; la entrevista lo realizan siempre el 89.4 % y ocasionalmente el 10.5%; el examen físico lo efectúan siempre el 84.2% y ocasionalmente 15.7%. Mientras que las internas de enfermería revisa la historia clínica siempre el 87.5% ocasionalmente el 12.5%, realizan la entrevista siempre el 62.5 % y ocasionalmente 37.5%; el examen físico lo realizan siempre el 75% y el 25% lo hacen ocasionalmente.



TABLA Nº 6

DISTRIBUCIÓN DE 19 ENFERMERAS PROFESIONALES Y 8 INTERNAS DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN SEGUNDA ETAPA DEL PAE DIAGNÓSTICO. CUENCA 2010 - 2011

Diagnóstico	ENFERMERAS						INTERNAS					
	Siempre		Ocasional mente		Rara vez		Siempre		Ocasional mente		Rara vez	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Identificación de signos y síntomas	15	78.9	2	10.5	2	10.5	3	37.5	5	62.5	-	-
Caracterización y priorización de problemas	18	94.7	1	5.2	-	-	5	62.5	3	37.5	-	-
Elaboración de diagnósticos	-	-	14	74	5	26.3	-	-	2	25	6	75
Analiza problemas	9	47.3	-	-	10	52.6	-	-	4	50	4	50

Fuente: Guía de observación

Elaboración: las autoras

Análisis:

Con respecto a la segunda etapa del PAE el 78.9% siempre identifican los signos y síntomas el 10.5% identifican ocasionalmente y el 10.5% identifican rara vez; el 94.7% caracterizan y priorizan siempre los problemas y el 5.2% lo hacen ocasionalmente; el 74% elaboran diagnósticos enfermeros ocasionalmente y el 26.3% lo hacen rara vez; el 47.3% siempre analizan los problemas el 52.6% lo efectúan rara vez. En relación a las internas de enfermería el 37.5% siempre identifican los problemas y el 62.5% lo hacen ocasionalmente, caracterizan y priorizan ocasionalmente los problemas el 62.5% y el 37.5% ocasionalmente; siempre elaboran diagnósticos el 25% y ocasionalmente el 75% rara vez, analizan problemas ocasionalmente el 50% y rara vez el 50%. Esto demuestra que no se cumple correctamente esta etapa.



TABLA Nº 7

DISTRIBUCIÓN DE 19 ENFERMERAS PROFESIONALES Y 8 INTERNAS DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN TERCERA ETAPA DEL PAE LA PLANIFICACIÓN. CUENCA 2010 - 2011

Planificación de cuidados	ENFERMERAS						INTERNAS					
	Siempre		Ocasionalmente		Rara vez		Siempre		Ocasionalmente		Rara vez	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Plantea metas y objetivos	14	74	5	26.3	-	-	1	12.5	6	75	1	12.5
Planifica cuidados de enfermería	-	-	2	10.5	17	89.4	2	25	4	50	2	25
Evaluación	-	-	15	78.9	4	21	-	-	7	87.5	1	12.5

Fuente: Guía de observación

Elaboración: las autoras

Análisis:

La tabla refleja que el 74% de la enfermeras siempre se plantean metas y objetivos y el 26% lo hacen ocasionalmente; el 89.4% planifica los cuidados rara vez, ocasionalmente el 10.5%; el 78.9% evalúan sus cuidados ocasionalmente y el 21% rara vez. Con respecto a las internas de enfermería el 12.5% siempre se plantean metas y objetivos, el 75% lo hacen ocasionalmente el 12.5% rara vez; el 25% planifican los cuidados de enfermería siempre el 25%, el 50% ocasionalmente y el 25% rara vez; el 87.5% evalúan sus cuidados ocasionalmente y el 12.5% rara vez.



TABLA N° 8

DISTRIBUCIÓN DE 19 ENFERMERAS PROFESIONALES Y 8 INTERNAS DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, SEGÚN ETAPA CUARTA ETAPA DEL PAE EJECUCIÓN. CUENCA 2010 – 2011

ENFERMERAS							INTERNAS					
Etapa de Ejecución	Siempre		Ocasional mente		Rara vez		Siempre		Ocasional mente		Rara vez	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dominio de técnicas	15	78.9	4	21	-	-	6	75	2	25	-	-
Ejecuta el plan	-	-	2	10.5	17	89.4	-	-	1	21.5	7	87.5

Fuente: Guía de observación

Elaboración: las autoras

Análisis:

En esta tabla se puede observar que con respecto a la cuarta etapa del PAE que es la ejecución el 78.9% posee dominio de técnicas siempre el 21% ocasionalmente; con respecto a la ejecución del plan el 10.5% lo hace ocasionalmente y el 89.4% lo hace rara vez. Con relación a las internas de enfermería vemos que el 75% tiene dominio de técnicas siempre y el 25% ocasionalmente; el 21.5% ejecuta el plan de cuidados ocasionalmente y el 87.5% rara vez.



TABLA N°9

DISTRIBUCIÓN DE 19 ENFERMERAS PROFESIONALES Y 8 INTERNAS DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN EVALUACIÓN. CUENCA 2010 – 2011

Evaluación	ENFERMERAS						INTERNAS					
	Siempre		Ocasional mente		Rara vez		Siempre		Ocasional mente		Rara vez	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Logro de objetivos	-	-	4	21	15	78.9	-	-	2	25	6	75
Observa satisfacción del paciente	-	-	2	10.5	17	89.4	-	-	1	21.5	7	87.5

Fuente: Guía de observación

Elaboración: las autoras

Análisis:

La información que consta en la tabla es preocupante con respecto al logro de objetivos de las enfermeras que laboran en el área de emergencia vemos que el 21% consigue sus objetivos ocasionalmente y el 78.9% rara vez; y en lo referente a la satisfacción del usuario notamos que el 10.5% siempre observa satisfacción en el usuario y el 89.4% rara vez observa satisfacción en el usuario. Casi sucede igual en la internas de enfermería así tenemos que el 25% logra sus objetivos ocasionalmente y el 75% rara vez; 21.5% ocasionalmente observa satisfacción en el usuario y el 87.5% observa rara vez.



SEGÚN LA OBSERVACIÓN DE LOS FORMULARIOS

TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN DE 19 ENFERMERAS PROFESIONALES Y 8 INTERNAS DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”

SEGÚN REALIZA LA PRIMERA ETAPA DE VALORACIÓN. CUENCA
2010 – 2011

Etapa de Valoración	ENFERMERAS						INTERNAS					
	Siempre		Ocasionalmente		Rara vez		Siempre		Ocasionalmente		Rara vez	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Revisa la historia clínica	19	100	-	-	-	-	7	87.5	1	12.5	-	-
Realiza la entrevista	15	78.9	3	15.7	1	5.2	6	75	2	25	-	-
realiza examen físico	13	68.4	3	15.7	3	15.7	5	62.5	3	37.5	-	-
Identifica problemas	5	26.3	9	47.3	5	26.3	3	37.5	5	62		

Fuente: Guía de observación

Elaboración: Las autoras

Análisis:

De acuerdo a los valores obtenidos en la aplicación de la primera etapa del proceso que es la valoración, que se realizó en el servicio de Emergencia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, revisa la historia clínica el 100% siempre, las internas el 87.5%, realiza la entrevista el 78.9% siempre existiendo un 15.7% ocasionalmente, las internas el 75%,



el 25% ocasionalmente ,él examen físico lo realizan el 68.4%, siempre ocasionalmente y rara vez el 15.7%, y las internas el 62.5%, ocasionalmente el 37.5%, en la identificación de problemas el 26.3% siempre el 47.3% ocasionalmente y rara vez el 26.9%, mientras que las internas, no cumplen satisfactoriamente con esta etapa, siempre el 37% el rara vez 62.5 % lo realizan ocasionalmente en donde vemos que realiza la Valoración en forma parcial como parte del cuidado de Enfermería solo cuando ingresa el paciente.

TABLA N° 11

DISTRIBUCIÓN DE 19 ENFERMERAS PROFESIONALES Y 8 INTERNAS DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN ETAPA DE DIAGNÓSTICO. CUENCA 2010 - 2011

Etapa de Diagnóstico	ENFERMERAS						INTERNAS					
	Siempre		Ocasional mente		Rara vez		Siempre		Ocasion almente		Rara vez	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Identificación problemas	11	57.8	6	31.5	2	10.5	2	25	6	75	-	-
Prioriza problemas	10	52.6	9	47.3	-	-	2	25	4	50	2	25
Priorización de diagnósticos	-	-	14	74	5	26.3	-	-	2	25	6	75
Analiza problemas	-	-	9	47.3	10	52.6	-	-	2	25	6	75

Fuente: Guía de observación

Elaboración: las autoras

Análisis:

De acuerdo con la observación de la tabla señala la etapa de la fase diagnóstica no es cumplida en su totalidad en el servicio de emergencia excepto de la identificación de signos y síntomas y caracterización de



problemas que se realizan siempre con un porcentaje de 57.8% por parte de las Enfermeras el 31.5% ocasionalmente, 10.5% rara vez un 25% las internas siempre, 25% ocasionalmente 75%, en la caracterización de problemas 52.6% de Enfermeras lo realizan siempre ocasionalmente 47.3%, las internas 25% siempre, 50% ocasionalmente mientras que la elaboración de diagnósticos se realiza ocasionalmente 74%, ocasionalmente el 26.3% rara vez, las internas 25% ocasionalmente, 70% rara vez finalmente analizan problemas rara vez el 52.6% de Enfermeras y 75% de internas.

TABLA N°12

DISTRIBUCIÓN DE 19 ENFERMERAS PROFESIONALES Y 8 INTERNAS DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN ETAPA DE PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS. CUENCA 2010 - 2011

Planificación de cuidados	ENFERMERAS						INTERNAS					
	Siempre		Ocasionalmente		Rara vez		Siempre		Ocasionalmente		Rara vez	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Elabora cuidados de Enfermería	-	-	17	89.4	2	10.5	2	25	6	75	-	-
Planea los cuidados de enfermería	-	-	16	84.2	3	15.7	-	-	5	62.5	3	37.5
Evaluación	-	-	15	78.9	4	21	-	-	7	87.5	1	12.5

Fuente: Guía de observación
Elaboración: las autoras

**Análisis:**

Como se puede observar los datos obtenidos de las profesionales Internas enfermería, el 89.4% de las Enfermeras elabora cuidados de enfermería ocasionalmente, planea los cuidados 84.2% realizan ocasionalmente, un 10.5%, rara vez, en la planificación de los cuidados el 89.4% lo realizan ocasionalmente, 15.7% rara vez, la evaluación 78.9% ocasionalmente, el 21% rara vez mientras que hay una minoría de internas que equivale al 25% que elabora cuidados de enfermería siempre, planea los cuidados 62.5% lo realizan ocasionalmente, 37.5% rara vez, en cuanto a la evaluación un 87.5% lo hacen ocasionalmente 25% rara vez existiendo una deficiencia en el conocimiento.

Tabla N°13**DISTRIBUCIÓN DE 19 ENFERMERAS PROFESIONALES Y 8 INTERNAS DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN ETAPA DE EJECUCIÓN. CUENCA 2010 – 2011**

ENFERMERAS							INTERNAS					
Etapa de Ejecución	Siempre		Ocasionalmente		Rara vez		Siempre		Ocasionalmente		Rara vez	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dominio de técnicas	15	78.9	4	21	-	-	6	75	2	25	-	-
Ejecuta el plan	-	-	2	10.5	17	89.4	-	-	1	21.5	7	87.5

Fuente: Guía de observación
Elaboración: las autoras

**Análisis:**

La etapa de ejecución y la aplicación del dominio de técnicas dentro de área de enfermería en el servicio de emergencia donde el cuidado es el factor protector para la salud del usuario el 78.9% lo realiza satisfactoriamente, en la ejecución del plan 89.4% de profesionales lo realiza rara vez, 10.5% ocasionalmente, y las internas el 87.5% rara vez, el 12.5% ocasionalmente.

TABLA N° 14**DISTRIBUCIÓN DE 19 ENFERMERAS PROFESIONALES Y 8 INTERNAS DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, SEGÚN GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA. CUENCA 2010 -2011**

Grado de conocimiento de modelos y teorías	ENFERMERAS						INTERNAS					
	Si		NO		TOTAL		Si		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Que es el Modelo de atención	15	78.9	4	21	19	100	4	50	4	50	8	100
componentes del modelo	12	63.1	7	36.8	19	100	2	25	6	75	8	100
teorías de enfermería	14	74	5	26	19	100	3	37.5	5	62.5	8	100

Fuente: Guía de observación

Elaboración: las autoras

Análisis:

Acerca del conocimiento de los modelos y teorías de enfermería las profesionales de enfermería del área de emergencia el 78.9% conoce los modelos, el 63.1% saben cuáles son los componentes del modelo y 74% conoce las teorías y un porcentaje acumulado del 83.8% no sabe lo que



es una teoría un modelo ni sus componentes. Con relación a Las internas de enfermería tenemos que el 50%, 25% y el 37% respectivamente saben lo que es un modelo, saben sus componentes y teorías y el 50%, 75% y 62.5% no saben lo que es una teoría, un modelo ni sus componentes.

TABLA Nº 15

DISTRIBUCIÓN DE 19 ENFERMERAS PROFESIONALES Y 8 INTERNAS DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, SEGÚN APLICACIÓN MODELOS DE ENFERMERÍA. CUENCA 2010- 2011

Aplicación de los modelos de enfermería	ENFERMERAS						INTERNAS					
	Siempre		Ocasionalmente		No aplican		Siempre		Ocasionalmente		No aplican	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Modelo de vida de Nancy Ropper	-	-	-	-	19	100	-	-	1	12.5	7	87.5
modelo del auto cuidado de Dorotea Orem	-	-	-	-	19	100			2	25	6	75
modelo de adaptación de callista Roy	-	-	-	-	19	100	-	-	-	-	-	-

Fuente: Guía de observación

Elaboración: las autoras



Análisis:

En la tabla se puede apreciar que el 100% de las enfermeras que trabajan en el área de emergencia del hospital “Vicente Corral Moscoso” no aplica ningún modelo en su ejercicio profesional y las internas de enfermería el 12.5% y el 25% aplican ocasionalmente el modelo de Nancy Popper y Dorotea Orem respectivamente.



CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



OBJETIVO	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
<ul style="list-style-type: none">Identificar los modelos, teorías y prácticas de enfermería aplicados por el personal de enfermería en el cuidado brindado a los pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”	Luego de realizada la investigación podemos concluir que en la atención del paciente del área de emergencia del hospital “Vicente corral Moscoso” el 100% de Enfermeras las profesionales y casi el mismo porcentaje de las Internas de enfermería no aplican ningún Modelo o Teoría de Enfermería.	Implementar programas de educación continua sobre Teorías y Modelos de Enfermería que pueden aplicar para el cuidado enfermero dirigido al personal profesional de Enfermería que labora en el área de emergencia del hospital “Vicente Corral Moscoso”. Esto le permitirá a la enfermera adquirir experiencia satisfacción en su trabajo, eficiencia, eficacia y su crecimiento profesional.
<ul style="list-style-type: none">Analizar la gestión de enfermería en función de la aplicación de modelos teóricos para las actividades de cuidado directo, prevención y curación de la salud.	En la aplicación de la primera etapa del proceso que es la Valoración el personal de enfermería del Hospital “Vicente Corral Moscoso” en el servicio de emergencia revisa historia clínica siempre 94.7%, realiza la entrevista el 89.4 % ocasionalmente, el examen físico 84.2% las internas no cumplen con esta etapa satisfactoriamente, en la fase del Diagnostico en la identificación de signos y síntomas el 78.9% lo	Aplicar correctamente los las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería para mejorar la calidad de los cuidados brindados a los pacientes en vista de que es la herramienta científica fundamental para la aplicación de las diversas teorías.



	<p>realiza siempre caracterización de problemas que se realizan siempre 94.7%, elaboración de diagnósticos 74%, el 37.5% las internas identifica problemas siempre, caracterización de problemas 62.5% siempre, 37.5% elaboración de diagnósticos 25% ocasionalmente la planificación del cuidado las enfermeras lo realizan ocasionalmente el 74% plantean metas y objetivos , en la Planificación de los Cuidados el 89.4% y la Evaluación 78.9% mientras que una minoría de internas que equivale al 12.5% que lo hacen siempre y un 75% en la etapa de la ejecución donde el cuidado es dependiente por el tipo de pacientes o por su estado crítico las Enfermeras lo realizan 78.9%, rara vez mientras que el 25% de internas lo realizan ocasionalmente podemos decir que en esta etapa es la que menos se practica el personal entrevistado.</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Describir las actividades en la gestión de cuidado directo, administración y	<p>La Enfermería se define como un sistema de conocimientos teóricos es un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados y</p>	<p>Que los cuidados de enfermería sean dados con calidez, calidad para así poder ayudar al paciente a resolver sus problemas</p>



educación.	procedimientos importantes. ya que la formación esencial para realizar el trabajo planificado y ejecutarlo.	reales de salud prevenir la aparición de complicaciones potenciales.
Plantear estrategias de intervención para mejorar la calidad del cuidado brindado y fundamentar la práctica profesional	<p>El Proceso permite a la enfermera organizar y prestar cuidados para aplicar satisfactoriamente las diferentes etapas basados en la razón científica para emitir juicios y poner en práctica las acciones se identificara, diagnosticará las respuestas puede utilizar los modelos de la teoría del autocuidado el déficit del autocuidado y los sistemas de enfermería.</p> <p>Métodos de asistencia de enfermería: actuar en el lugar de la persona.</p> <p>Ayudar y orientar a la persona ayudada.</p> <p>Apoyar física y psicológicamente</p> <p>Promover un entorno saludable.</p> <p>Ensenar a la persona que se ayuda.</p>	Desarrollar cursos de actualización, talleres para el personal de enfermería con el fin de proporcionar intercambios de conocimientos lo que permitirá adquirir experiencia, eficacia efectividad a si como su crecimiento profesional.



BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- AHSINSON, Murray. *Proceso de Atención de Enfermería*. Segunda edición. Editorial El Manual Moderno S.A. de CV, México DF. 1993.
- BUNGE, Mario, *La investigación científica*, editorial Ariel España 1969.
- BRIONES, Guillermo, *Epistemología de las ciencias sociales*, ICFES. Bogotá 2002.
- CARPENITO, LJ, Interamericana Mcgraw-hill. Tercera edición
- FIGUEROA, María.- “*Teorías de enfermería*” - Separata. -Profesora Asociada, Departamento de Enfermería. – Universidad de Concepción. - Chile. – 1986.
- HERNÁNDEZ Conesa J., Esteban Albert M. *Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método*. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. 1999. Madrid.
- KÉROVAC S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., Major F. *El pensamiento enfermero*. Editorial Masson. 1996. Barcelona.
- KOZIER B., Erb G., Olivieri R. *Enfermería Fundamental*. Biblioteca Enfermería Profesional. Vol. I. 4ª edición. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. 1993. Madrid.
- MARRINER, Tomey, RAILE, Alligood. *Modelos y teorías en enfermería*. 4ª edición. Editorial Harcourt Brace. 1999. Madrid.
- Mg PAZÁN, Carmen, ANGULO, Aydee, AGUILERA, Lourdes. “*Procedimientos Básicos de la Enfermería fundamentados en el modelo de vida*”. Facultad de ciencias médicas Universidad de Cuenca 2007. Editorial Gráficas Hernández.
- ROPER, Lorgan Tierney, *Modelo de enfermería*. Tercera ediciones, 1993, interamerican, Mcgraw-hill



INTERNET

- Relación filosófica de las teorías de enfermería:
<http://www.monografias.com/trabajos16/filosofia-enfermeria/filosofia-enfermeria.shtml>
- Evolución Teórica:<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias7.htm>
Association Philadelphia. Pennsylvania North American Nursing
Diagnosis. Diagnósticos Enfermeros de la Nanda, 1999-2000.
Definiciones y clasificación 1999-2000, 25 aniversario; Harcourt, p
116. [es.wikipedia.org/wiki/ Proceso_de_enfermería](http://es.wikipedia.org/wiki/Proceso_de_enfermeria) - .
- *Epistemología-y-el-problema-del-conocimiento-en-enfermeria-*
presentation - *Estados Unidos* -
www.scribd.com/.../ENFERMERIA-COMO-DISCIPLINA
- Martínez Pérez M. **Hacia la consolidación de los paradigmas de enfermería.**www.revmatanzas.sld.cu/.../tema11.htm
- Filosofía y ciencia de la enfermería vinculada al proceso formativo de sus recursos humanos. **Dr. Arturo Puga García, Lic. Mayra Madiedo Albolatrach, Lic. Idania Brito Hernández**
- www.slideshare.net/.../modelos-de-enfermeria-parte-i-presentation
- *Estados Unidos*

PUBLICACIONES

- Anotaciones históricas del Doctor Cesar Hermida Piedra.
- Informe rotativo del área de emergencia, Lcda. Carmen Chalán
- Carmen montero.



ANEXOS



ANEXO 1

GUIA DE OBSERVACIÓN

OBJETIVO

Modelos, teorías y prácticas aplicadas en la atención de enfermería, brindado a los pacientes que acuden al Área de Emergencia 2010-2011

Lista de chequeo 40 horas

Modelo de Atención De Enfermería

1) Modelo de Vida: Nancy Ropper

1.- Organización del cuidado por actividades vitales

- Entorno seguro
- Comunicación
- Respiración
- Ejercicio y movimiento
- Eliminación vesical e intestinal
- Comida y bebida
- Limpieza y arreglo personal
- Temperatura
- Trabajo y diversión
- Sueño
- Sexualidad
- Agonía y muerte

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.- Ciclo Vital: nacimiento muerte

3.- Factores: físico: psicológicos, socio culturales, ambientales, políticos, económicos.

4.- Nivel de dependencia/independencia

De la realización de cada actividad vital por separado se reconoce que hay fases de la vida en que la persona todavía no ha perdido su capacidad de realizar las actividades vitales.



2).- CALLISTA ROY Modelo de Adaptación

- | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Persona | 1 | 2 | 3 | 4 |
| • Meta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Salud | | | | |
| • Entorno | | | | |

Dirección de las actividades.

Roy, consiste en la adaptación de las 4 esferas de la vida:

- **Área fisiológica.** Circulación, temperatura, oxígeno, líquidos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- **Área de autoimagen.** La imagen que uno tiene de sí mismo.
- **Área de dominio del rol.** Los diferentes papeles que un ser humano cumple a lo largo de su vida.
- **Área de independencia.** Interacciones positivas con su entorno, en este caso, las personas con las que intercambia influencias que le procuran un equilibrio de su autoimagen y dominio de roles.

Modelo del auto cuidado

3. Dorotea Orem:

1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **teoría del Auto cuidado:** En la que explica el concepto de auto cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia
- **ejem:** ayudarle a vestirse, bañarse.
- **Teoría déficit del auto cuidado:** Los pacientes sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente: terapia respiratoria
- **Teoría de los sistemas de enfermería**

Identifica tipos de cuidado:

- 1.- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera supe al individuo: en el caso del enfermo inconsciente.



- 2.- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona autocuidados: Curación de la herida, administración del tratamiento médico. apoya y protege al paciente, educación sanitaria.
- 3.- Sistemas de enfermería: da apoyo- educación, actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado.

1. Valoración

¿Revisa la historia clínica?

- Siempre
- Ocasionalmente
- Rara vez

¿Realiza la entrevista?

- Siempre
- Ocasionalmente
- Rara vez

¿Realiza examen físico?

- Siempre
- Ocasionalmente
- Rara vez

2.- Elaboración del diagnostico de enfermería

a.- identificación de signos y síntomas

- Siempre
- Ocasionalmente
- Rara vez

b.- caracterización y priorización de problemas

- Siempre
- Ocasionalmente



- Ocasionalmente

- Rara vez

c.- Prioriza diagnóstico

- Siempre

- Ocasionalmente

- Rara vez

d.- Analiza de problemas

- Siempre

- Ocasionalmente

- Rara vez

3. Aplicación del Plan de Cuidados

a.-Plantea metas y objetivos

- Siempre

- Ocasionalmente

- Rara vez

b.-Planifica cuidados de enfermería

- Siempre

- Ocasionalmente

- Rara vez

c.- Evaluación

- Siempre

- Ocasionalmente

- Rara vez

4.-EVALUACIÓN

a) Logro de objetivos

- Siempre



- Ocasionalmente

- Rara vez

b) Observa satisfacción del paciente

- Siempre

- Ocasionalmente

- Rara vez



ANEXO 2

GUIA PARA LA ENTREVISTA

1.- INSTRUCTIVO

El presente formulario tiene como finalidad, recolectar información del personal de enfermería como aplica el proceso en la atención de los pacientes, que actividades de cuidado directo realiza y que modelos y teorías utiliza.

En tal virtud solicito de la manera más comedida responder con sinceridad y claridad las preguntas aquí planteadas. Por la colaboración brindada anticipamos nuestros agradecimientos.

2.- OBJETIVO

Identificar los modelos de atención de enfermería aplicados en la atención de Enfermería brindada a los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso.

3.- CUERPO DE LA ENTREVISTA

PREGUNTAS:

1.- Datos de identificación

Título-----

Formación académica ----- posgrado -----

Edad----- Años de servicio-----Características del
puesto: de planta-----contrato-----Interna-----

2.- Índice de atención de enfermería

Número de pacientes por turno-----

Condiciones del paciente que atienden-----

Como se realiza la asignación-----

3.- Modelos y Teorías

a) Conoce que es un modelo de enfermería

- SI

- NO



b) Conoce que es teoría de enfermería

- SI

-N O

c) Indique cuales son los componentes del modelo de atención de enfermería-----

1.-VALORACIÓN

¿Revisa la historia clínica del paciente?

- Siempre

- Ocasionalmente

- Rara vez

¿Realiza la entrevista?

- Siempre

- Ocasionalmente

- Rara vez

¿Realiza el examen físico?

- Siempre

- Ocasionalmente

- Rara vez

¿Identifica problemas?

- Siempre

- Ocasionalmente

- Rara vez



2.-DIAGNOSTICO

¿Identifica problemas?

- Siempre
- Ocasionalmente
- Rara vez

¿Prioriza Problemas del paciente?

- Siempre
- Ocasionalmente
- Rara vez

¿Prioriza Diagnostico del paciente?

- Siempre
- Ocasionalmente
- Rara vez

¿Analiza problemas del paciente?

- Siempre
- Ocasionalmente
- Rara vez

3.-PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

¿Elabora cuidados de enfermería?

- Siempre
- Ocasionalmente
- Rara vez



¿Planea cuidados de enfermería?

- Siempre
- Ocasionalmente
- Rara vez

¿Realiza la evaluación?

- Siempre
- Ocasionalmente
- Rara vez

4.-EJECUCIÓN

¿Dominio de técnicas?

- Siempre
- Ocasionalmente
- Rara vez

¿Ejecuta plan de atención?

- Siempre
- Ocasionalmente
- Rara vez