



*CAPITULO*

*I*

*MARCO TEORICO*

## **1.1. PROCESO ENFERMERO**

### **1.1.1 Antecedentes Históricos**

Jimenez Esquenazi (1997) en su obra indica que Delwey en 1910 propone utilizar el método de solución de problemas, es hasta a mediados del siglo pasado cuando enfermeras líderes y dinámicas se percatan de la necesidad de un proceso clínico.

En 1955 Hall define el proceso de enfermería (citado en Kozier, 1993) pero se presenta por primera vez en 1961 por Orlando, mismo que llegó a ser instrumento y contenido de enfermería. A principios de esta década Louis Knowle incorpora el planeamiento científico donde involucra a la enfermera a discutir, sondear, hacer y discriminar.

Por otra parte en 1967 Yura y Walsh escriben el primer libro que define en forma integral los componentes del proceso (Griffith, 1993). A partir de 1971 el diagnóstico enfermero se ha convertido en una parte integrante de la práctica profesional enfermera y ha servido para hacer más visible la contribución de la enfermería en los cuidados de salud; en 1973 la American Nurses Association establece normas para la práctica de enfermería y en el mismo años los pasos del proceso fueron legitimizados. (Glover, 1993).

Desde 1982 la utilización del diagnóstico enfermero ha aumentado en forma considerable y la relevancia del proceso enfermero en la práctica, la educación y la investigación continua estimulándose para su desarrollo continuo.

### 1.1.2 Definición del Proceso Enfermero

Brunner, (1998) y Smeltzer, (1998) refieren que es la base o esencia de la profesión y se basa en un método para solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales generales y de enfermería para los pacientes, aunado a esto, que requieren una capacidad cognocitiva y técnicas interpersonales (Iyer, 1993). Sin embargo Long, (1997) indica que es el enfoque sistemático empleado para llevar a cabo las funciones independientes de enfermería, que se basa en el método científico más que en la intuición. Con otras palabras Alfaro (1992) lo maneja como un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes, orientados al logro de objetivos.

### 1.1.3 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

El proceso es una serie de actuaciones planificadas u operaciones dirigidas hacia un resultado en particular. (Kozier, 1999).

El proceso de enfermería debe concebirse como la forma natural del desempeño profesional; sus etapas se realimentan continuamente, se dinamizan para operacionalizar el conocimiento abstracto con los que los diversos conceptos del campo de enfermería ayudan a la profesión a delimitar su dominio.

### 1.3.1 VALORACION

Consiste en realizar una evaluación sistemática del usuario para determinar su grado de bienestar general, identificar problemas de salud reales o potenciales y elaborar diagnóstico. Sus actividades están centradas en la recogida de la información relativa al cliente, al sistema cliente-familia ó a la comunidad, con el propósito de identificar las necesidades, los problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista ó anamnesis de enfermería, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes. (Iyer, 1993). Reeder (1995) agrega los aspectos físicos, sociales y psicológicos del estado de salud del individuo y su familia, en la obtención de información.

Durante esta fase se realizan actividades específicas que ayudan a ser una pensadora crítica y a encontrar la información necesaria para comprender los problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados. Las actividades son: Recogida de datos, validación de los datos, organización de datos, identificación de patrones/comprobación de las impresiones iniciales y comunicación/ anotación de los datos.

### Tipos de valoraciones de enfermería:

- Valoración de los datos básicos:

Debería ser planificada, sistemática y completa para promover la recogida de datos sobre todos los aspectos del estado de salud del usuario. Se realiza durante la entrevista inicial con el usuario para reunir información; esta información también llamada base de datos de referencia, dice como está el usuario, antes de iniciar la intervención.

- Valoración focalizada:

Se denomina así porque se emplea para reunir información específica sobre un solo aspecto o problema, es el principal método de la valoración continuada. Es decir, tras identificar un problema tendrá que realizar acciones focalizadas periódicas para controlar su estado. (Alfaro, 1992).

### **Los métodos para la recogida de datos son:**

#### \*La observación:

Es una técnica consciente e intencionada que se desarrolla a través del esfuerzo y de un enfoque organizado. Dentro de ésta se encuentran dos aspectos a) Reconocer los estímulos y B) Seleccionar, organizar e interpretar los datos. Observar consiste en recoger información a través de los cinco sentidos.



\*La entrevista:

Es una comunicación planificada o una conversación con una finalidad. Sus posibles objetivos son recoger datos, dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo y aconsejar o realizar una terapia. Puede ser vista como un proceso que se aplica en la mayoría de las fases del proceso de enfermería. Los planteamientos son dirigible y no dirigible y los tipos de preguntas son cerradas y abiertas.

\*Exploración física:

Se hace sistemáticamente, para obtener los datos y objetivos y complementar una base de reconocimiento del proceso de enfermería. La completa base de datos objetivos y subjetivos permite formular un diagnóstico de enfermería, desarrollar las metas del cliente y actuar para promover la salud y prevenir la enfermedad. (Kozier, 1995).

\*Historia de enfermería:

Debe realizarse mediante la entrevista, con un cuestionario, o con la combinación de ambos. Las ventajas de este procedimiento es que ahorra una parte del tiempo de la enfermera y sigue existiendo una oportunidad de obtener más detalles sobre problemas reales o potenciales.

### **1.1.3.2 DIAGNOSTICO**

Consiste en identificar los problemas reales o potenciales que reciben tratamiento mediante intervenciones de enfermería; por lo cual la enfermera organiza, analiza, sintetiza y resume los datos recopilados en la valoración y define las necesidades de asistencia en enfermería del paciente (Smeltzer, 1998). Iyer (1993) refiere que es la extracción de las conclusiones en cuanto a necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente; basándose en los diagnósticos de enfermería se diseña, ejecuta y evalúa el plan de cuidados. Con otras palabras Reeder (1995) hace notar un juicio clínico acerca de un individuo, familia ó comunidad, que se deriva a través de un proceso sistemático de recolección de datos y análisis, que constituye la base para prescribir un tratamiento definitivo, del cual enfermería es responsable.

**Los tipos de diagnósticos enfermeros son:**

#### **Diagnóstico Real:**

Es un juicio sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería, se basa en la presencia de signos y síntomas asociados.

#### **Diagnóstico de enfermería potencial o de riesgo:**

Es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida.

Diagnósticos de enfermería posible:

Es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales. Requiere de más datos ya sea para corroborarlo o para refutarlo.

Diagnóstico de salud:

Se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un mayor nivel de salud. (Kozier, 1999).

En esta fase la enfermera formula una relación causal entre el problema de salud y los factores asociados, los cuales pueden ser ambientales como sociológicos, fisiológicos, psicológicos o espirituales, teniendo en cuenta que un problema de salud está relacionado con más de un factor.

**FORMATO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: PES**

Los componentes son:

Los términos que describen el problema (P). Se refiere al título o etiqueta de categoría diagnóstica, se describe el estado del cliente claro y concisamente en pocas palabras.

La etiología del problema (E) o los factores contribuyentes. Identifica una o más de las causas probables del problema de salud y da una dirección a la terapia de enfermería requerida.

Las características definidas o los grupos de signos y síntomas (S). Aportan información necesaria para llegar a la etiqueta de la categoría diagnóstica, cada categoría de enfermería diagnóstica está asociada a signos y síntomas que ocurren como una entidad clínica.



### **Directrices para la redacción de un diagnóstico de enfermería:**

- 1.-Escribir el diagnóstico en cuanto a la respuesta del cliente en vez de a la necesidad de la enfermera.
- 2.-Usar “relacionado con” en vez de “debido a” o “causado por” para unir dos partes de la declaración.
- 3.-Redactar el diagnóstico en unos términos legalmente aconsejables.
- 4.-Escribir los diagnósticos sin emitir juicios de valores.
- 5.-Evitar cambiar las partes de la declaración.
- 6.-Evitar el uso de señales únicas en la primera parte de la declaración.
- 7.-No deberán significar lo mismo las dos partes de la declaración.
- 8.-Expresar los factores relacionados de forma que puedan cambiarse.
- 9.-No incluir diagnósticos médicos en la declaración del diagnóstico de enfermería.
- 10.-Escribir el diagnóstico de forma clara y concisa. (Iyer, 1993).

### **1.1.3.3 PLANEACION**

Desarrollo de metas y de un plan de cuidados diseñado para asistir al usuario en respuesta a los diagnósticos de enfermería. Esta fase consta de varias etapas: establecer prioridades para el diagnóstico de problemas, fijar con el cliente los resultados para corregir, reducir ó impedir los problemas, escribir intervenciones de enfermería que conduzcan al logro de los resultados propuestos, registros en el plan de cuidados de los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en forma organizada. (Iyer, 1993).

Carpenito (1991) menciona que después de que se han identificado los problemas reales y potenciales, hay que formular las actividades de enfermería para controlar, prevenir, reducir y eliminar los problemas.

#### **1.1.3.4 EJECUCION**

Ejecutar el plan de cuidados mediante intervenciones de enfermería; este componente comprende las habilidades necesarias para ejecutar la orden de enfermería. Los cuidados se centran en realizar actividades para el cliente ó ayudar a realizarla. (Carpenito, 1991). En otra línea de ideas Smeltzer, (1998) lo describe como poner en práctica el plan propuesto. La enfermera se responsabiliza de tal ejecución pero incluye al paciente, sus familiares y otros miembros del personal de enfermería y asistencia general, según resulte; a la vez coordina las actividades de todas las personas que participan en esta fase.

#### **1.1.3.5 EVALUACION**

Determinar respuestas del usuario a las intervenciones de enfermería y la medida en que se han logrado las metas. Es un proceso continuo que determina hasta qué punto se han alcanzado los objetivos asistenciales. La enfermera evaluará el progreso del cliente y establece medidas correctivas si es necesario y revisa el plan de cuidado de enfermería. (Iyer, 1993). Smeltzer, (1998) establece identificar la respuesta del individuo a las intervenciones de la enfermera y la medida en que se han logrado los objetivos sirve de base de diagnósticos, problemas en colaboración, intervenciones y resultados esperados, permiten disponer de pautas específicas de las que depende el enfoque de la evaluación de enfermería.

## 1.2 NECESIDADES HUMANAS

El humanista Abraham Maslow desarrolló su teoría de las necesidades humanas durante los años cuarenta. Para Maslow las necesidades motivan la conducta del individuo. El modelo de las necesidades humanas de Maslow (1970) incluye tanto las necesidades fisiológicas como psicológicas, clasificándolas según su importancia para supervivencia. (Kozier, 1995).

1.2.1 Necesidades Fisiológicas: Son esenciales para la supervivencia; incluyen las necesidades de agua, alimento, aire, eliminación, descanso y sueño, conservación de la temperatura corporal y evitación del dolor.

1.2.2 Necesidades de Seguridad y Protección: Maslow considera esta necesidad muy importante ya que las personas que carecen de amor y afecto no se desarrollan bien, por más que satisfagan sus necesidades fisiológicas y de seguridad. Se necesita tener cerca de personas con quienes compartir alegría, penas, ansiedades y dudas.

1.2.3 Necesidades de Amor y Pertenencia: La persona tiene que sentir que vale la pena como ser humano, es decir, tener autoestimación y que se considere de valor y necesidad para otros individuos.

1.2.4 Necesidades de Realización Personal: Incluye la necesidad que tiene la persona de obtener su potencial más elevado y lograr las ambiciones que tenga en la vida; se incluyen aquí las necesidades de conocimiento y estética. (Long, 1998, DuGas, 1989).

### **1.3 PATRONES FUNCIONALES DE SALUD**

Los patrones funcionales de la salud proporcionan una estructura de valoración para una base de datos básico para el diagnóstico de enfermería.

Los once patrones funcionales son una división artificial del funcionamiento humano integrado; los patrones están interrelacionados, son interactivos e interdependientes.

Descripción de los patrones funcionales de salud:

#### **1.3.1 Patrón percepción de salud-manejo de salud.**

Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el usuario y como maneja la salud.

Incluye la percepción del cliente de su estado de salud y la relevancia que éste tiene de las actividades actuales y la planificación futura.

También incluye el nivel general de comportamientos de cuidados de salud, adherencias a prácticas preventivas de salud mental y física, prescripciones médicas ó enfermeras y seguimiento de cuidados.

#### **1.3.2 Patrón nutricional-metabólico.**

Describe el patrón del consumo de alimentos y líquidos del usuario relativo a las necesidades metabólicas y aportes complementarios de nutrientes, así como la temperatura corporal.

#### **1.3.3 Patrón de eliminación.**

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

También incluye el uso de dispositivos para el control de la excreción. Si procede se incluye el patrón de eliminación de residuos tanto familiar como comunitario.

#### 1.3.4 Patrón de actividad y ejercicio.

Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y recreo; incluye las actividades de la vida diaria que requieren gasto de energía como la higiene, compra de comida, trabajo y el mantenimiento del hogar.

#### 1.3.5 Patrón de sueño-descanso.

Describe los patrones de sueño, descanso y relax durante las 24 horas del día; incluye la percepción del individuo de la calidad y cantidad del sueño y descanso y la percepción del nivel de energía, así como también las ayudas para dormir con medicación o rutinas para irse a dormir que emplea el individuo.

#### 1.3.6 Patrón cognitivo-conceptual.

Describe los patrones sensorio-perceptual y cognitivo. Incluye la adecuación de las formas sensoriales, como visión, audición, gusto, tacto y olfato, la compensación o prótesis utilizadas para las alteraciones. También se incluyen cuando proceden las referencias de la percepción del dolor y como se trata este; así mismo se incluyen las capacidades cognitivas como el lenguaje, la memoria y la toma de decisiones.

#### 1.3.7 Patrón autopercepción-autoconcepto.

Describe el patrón del autoconcepto del usuario y las percepciones de si mismo, por ejemplo: Imagen corporal y estado emocional.

#### 1.3.8 Patrón de rol-relaciones.

Describe el patrón de compromisos de rol y relaciones. Incluye la percepción del individuo de los principales roles y responsabilidades en la actual situación de vida. Se incluyen la satisfacción o alteraciones en la familia, trabajo, o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

#### 1.3.9 Patrón sexual-reproductivo.

Describe los patrones del usuario de satisfacción o insatisfacción con el patrón de sexualidad, así como el patrón de reproducción.

#### 1.3.10 Patrón adaptación-tolerancia al estrés.

Describe el patrón general de adaptación del usuario y la efectividad de los mecanismos que utiliza en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva ó capacidad para resistir los cambios en la propia integridad, formas de tratar el estrés, sistemas de apoyo familiar ó de otro tipo y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones.

#### 1.3.11 Patrón valores-creencias.

Describe los patrones de valores, creencias incluidas las espirituales y objetivos que guían las elecciones o decisiones del usuario.

## 1.4 GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD

### Apendicitis aguda

Inflamación del apéndice vermiforme debido a una obstrucción de la luz apendicular por la presencia de un coprolito o un cuerpo extraño. Afecta principalmente a grupos de la segunda y tercera décadas de la vida y es más frecuente en el varón. La frecuencia de ésta enfermedad ha disminuido notablemente en muchos países principalmente en E.U., Gran Bretaña y la región Escandinava; así como en algunos países en vías de desarrollo sobre todo en Africa y Asia la incidencia es menor (Schwartz,1994, Silen, 1998).

El síntoma más frecuente es un dolor constante en el cuadrante inferior derecho del abdomen o fosa iliaca derecha en torno al punto McBurney y que comienza de forma intermitente en la región periumbilical. La inflamación se caracteriza por la aparición de vómitos, febrícula, leucocitosis, hipersensibilidad abdominal así como rigidez y disminución o ausencia del peristaltismo.

El tratamiento es apendicetomía en las primeras 24 a 48 horas después de la aparición de síntomas ya que cualquier retraso hace que el cuadro evolucione a perforación y peritonitis. (Mosby,1992).

Es el trastorno quirúrgico agudo más común del abdomen; en las últimas décadas ha disminuido notablemente. Constituye cerca del uno por ciento de todas las intervenciones quirúrgicas.(Internet)

Los resultados en el estado de Sonora de 1223 apendicectomías de diagnósticos histopatológicos fueron: apendicitis aguda 989 (80%), 76 hiperplasias linfoides (6.2%), 10 atróficas (0.8%), 1 endometriosis (0.08%), 3 parasitarias (0.24%), 2 carcinoides (0.16%), 2 metastásis (0.2%) y 1 mucocelo (0.08%). El promedio de apendicectomías fue de 200 por año, mínima de 155 y máxima de 240 (Depto. Patología H.G.E.).