

# CAPÍTULO I

## MARCO REFERENCIAL

---


## I. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

### 1.1. PROCESO ENFERMERO

#### 1.1.1. Concepto:

Método sistemático y organizado utilizado para administrar cuidados de enfermería centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas del usuario ante las alteraciones de salud reales y/o potenciales.

#### ETAPAS



- VALORACIÓN
- DIAGNÓSTICO
- PLANEACIÓN
- EJECUCIÓN
- EVALUACIÓN

#### 1.1.2. Antecedentes

La primera definición de enfermería la hizo Florence Nightingale, en 1859 que la define como "Aquello que se encarga de la salud personal de alguien y lo que la enfermería tiene que hacer" es poner al paciente en la mejor condición para que la naturaleza actúe sobre él.

Henderson (1961), refiere que la enfermería es "ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud para su

---

recuperación (o a morir en paz) que el individuo realiza por sí mismo en caso de tener las fuerzas, los deseos o los conocimientos necesarios.

Según Long C. Barbara (1997), el proceso enfermero es el enfoque sistemático empleado para llevar a cabo las funciones independientes de enfermería. Es una forma de pensamiento y acción que se basa más en el método científico que en la intuición; provee organización y dirección a las actividades de enfermería, es un medio para predecir y evaluar los resultados y un método para establecer estándares de los cuidados de enfermería. En esta definición coinciden también Alfaro (1996), Grawtlet (1995), Kozier (1995).

Por otra parte Smith S. (1995); Iyer (1993), establece que dicho método es utilizado para la resolución de problemas y satisface las necesidades del cuidado de la salud.

En 1967 Yura y Walsh, escribieron el primer libro que describía en forma integral los componentes del proceso, los cuales fueron legitimados en 1973 y son Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

---

### **1.1.3. Etapas del Proceso Enfermero**

#### **1.1.3.1. Etapa de Valoración**

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería, pudiéndose describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos de distintos tipos de fuentes, para analizar el estado de salud de un cliente. Consta de dos componentes: la recogida de datos y la documentación.

La fase de valoración proporciona una base sólida que fomenta la administración de una atención individualizada de calidad; así como también permite a la enfermera recoger datos globales acerca de las respuestas de salud y ayuda también a identificar factores específicos que contribuyen a la existencia de estas respuestas en cada cliente.

#### *Recogida de datos*

Se recogen los datos de forma sistemática, la información necesaria para diagnosticar la respuesta de salud del cliente e identificar los factores contribuyentes.

Durante la valoración, la enfermera reúne cuatro tipos de datos; subjetivos, objetivos, históricos y actuales.

Los datos subjetivos; se describe como la visión que el individuo tiene de una situación o serie de acontecimientos; y se obtiene durante la anamnesis de

---

enfermería e incluyen las percepciones, sentimientos e ideas del cliente sobre sí mismo y sobre su persona.

Por lo contrario, los datos objetivos son observables y mensurables; esta información habitualmente se obtiene a través de los sentidos, (visión, olfato, oído y tacto); durante la exploración física del cliente.

En este contexto, los datos pueden ser históricos o actuales (Bellack y Bamford, 1984); los datos históricos son aquellos referentes a hechos acaecidos con anterioridad al momento presente, que podrían incluir hospitalización previas, patrones normales de eliminación o enfermedades crónicas.

Por otra parte los datos actuales son aquellos que se refieren a hechos que están pasando en el momento presente (tensión arterial, vómito, dolor postoperatorio).

Durante la fase de valoración los datos se recogen de distintas fuentes y estas se clasifican en primarias y secundarias.

La fuente primaria es el cliente y debe utilizarse para obtener datos subjetivos pertinentes. El cliente puede, con toda exactitud; 1).-compartir percepciones y sentimientos personales sobre la salud y la enfermedad, 2).- Identificar objetivos o

---

problemas individuales y 3).- convalidar respuestas al diagnóstico o modalidades de tratamiento.

La fuente secundaria son aquellas distintas del cliente. Se utilizan en los casos en los que el cliente no puede participar o cuando se precisa información adicional para aclarar a convalidar datos aportados por él. Las fuentes secundarias pueden ser los familiares del cliente o persona allegadas, individuos del entorno inmediato del paciente y otros miembros del equipo de salud y los historiales médicos

#### Métodos

Existen tres métodos principales que se utilizan para recoger información durante la valoración de enfermería; estos métodos son la entrevista, la observación y la exploración física, estos proporcionan a la enfermera un enfoque lógico y sistemático de recogida de los datos necesarios para los posteriores diagnósticos y planificación de cuidados.

#### Entrevista

Es un proceso complejo que requiere unas capacidades perfeccionadas de comunicación e interacción. Se diferencia de los tipos de entrevista realizados por otros miembros del equipo de salud, ya que se centra en la identificación de las respuestas del paciente que pudieran tratarse mediante la intervención de

---

enfermería. Se trata de un proceso determinado diseñado para permitir a la enfermera y al cliente dar y diseñar información.

Observación

La observación sistemática implica el uso de los sentidos para adquirir información relativa al cliente, personas allegadas, el entorno y las relaciones existentes entre estas tres variables. La observación es una técnica que requiere disciplina y practica por parte de la enfermera así como también base de conocimientos y utilización consciente de los sentidos (visión, olfato, oído y tacto).

Exploración Física

El tercer método más importante de recogida de datos durante la valoración es la exploración física, lo más importante que realiza el médico con la exploración física es el diagnóstico de enfermedad y se centra en; 1).- definir a un más la respuesta del cliente, ante el proceso patológico, sobre todo aquellas respuestas susceptibles de ser tratadas con acciones de enfermería; 2).- establecer una base de datos para comparar a la hora de evaluar la eficiencia de las intervenciones de enfermería o medicas, y ; 3).- justificar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista u otra relación enfermera- cliente.

La enfermera utiliza cuatro técnicas especiales durante la exploración y son; Inspección, palpación, percusión y auscultación.

---

Documentación

La documentación es la complementación de los resultados obtenidos de la historia de enfermería con el examen físico. Es decir es un registro del estado de salud del cliente y su objetivo es ser claro, conciso, completo y actual. En dicha documentación quedan bien definidos los patrones funcionales y los patrones disfuncionales del usuario y en base a esto el profesional de enfermería identifica los problemas reales o potenciales, elaborando así los diagnósticos enfermeros. (Iyer. et. al. 1993).

**1.1.3.2. Etapa de Diagnostico**

El diagnostico de enfermería es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad, a problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales. Estos proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería con el fin de lograr los objetivos que son responsabilidad de la enfermera.

Fases del Diagnostico

a).- Procesamiento de datos

Esto significa agrupar los datos obtenidos, clasificarlos, interpretarlos y validarlos. Ya que la forma en que se agrupe la información influirá en la habilidad para identificar los problemas.



## 1.1.3.2. Etapa de Diagnóstico

---

Etiquetar y describir los problemas, nombrar el problema con la etiqueta que mejor se adapte a las claves que presenta el usuario. El diagnóstico se fundamenta en reconocer las características, signos y síntomas de un diagnóstico específico que permitirá establecer intervenciones correctas.

### c).- Verificación

Ya que se obtiene el diagnóstico, éste se estudia para validar que sea el correcto, se observan las evidencias nuevamente en la valoración, estudios de laboratorio, entrevista, etc. y se confirma el diagnóstico final.

Validar con fuentes primarias y secundaria. Explicar los problemas al cliente ya que este tiene derecho a estar informado de sus diagnósticos, y debe tener en cuenta su opinión para determinar los objetivos

### d).- Documentación

Registrar con una expresión la categoría diagnóstica en base a los diagnósticos de enfermería establecidos por la NANDA.

### 1.1.3.3. Etapa de Planificación

La planificación implica el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar una respuesta saludable del cliente o impedir, reducir y corregir las respuestas insanas, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase empieza después

---

de la formulación de diagnóstico, y finaliza con la documentación del plan de cuidados.

Durante esta fase se desarrollan los resultados e intervenciones de enfermería y consta de cuatro fases;

a).-Fijación de Prioridades

Es identificar las respuestas reales o potenciales que requieren intervenciones de enfermería. Por tanto debe establecer un sistema para determinar que diagnóstico o diagnósticos se tratan primero. Un mecanismo es la jerarquización de necesidades humanas que propone Abraham Maslow (1983), los cuales son 1.- Necesidades Fisiológica, 2.- Necesidad de seguridad y protección, 3.- Necesidad de Afecto y Pertenencia, 4.- necesidad de Autoestima y 5.- Necesidad de Autorrealización.

b).- Redacción de Resultados

Los resultados también pueden denominarse objetivos ya que definen de que modo la enfermera y el cliente saben que la respuesta humana identificada en el diagnóstico ha sido impedida, modificada o corregida.

Para que los resultados estén bien escritos debe llevar las siguientes directrices;

- Debe estar relacionado con la respuesta humana.
- Tiene que estar centrado en el cliente.
- Deben ser claros y concisos.
- Se debe describir un comportamiento que sea mensurable y observable.

- 
- Debe ser realista.
  - Deberán de estar limitados en cuanto al tiempo.
  - Tiene que estar delimitados conjuntamente con el cliente y la enfermera.

c).- Intervenciones de Enfermería

Las intervenciones de enfermería se desarrollan de distintas formas incluyendo la formulación de hipótesis y lluvia de ideas. Estas intervenciones se basa en: a). La información obtenida durante la entrevista de la valoración, y b). Las posteriores intervenciones que tiene la enfermera con el cliente y su familia. Las características deseables de las intervenciones de enfermería son que sean coherentes, que se basen en principios científicos y que estén individualizados para un cliente.

d).- Documentación

Implica comunicar el plan de cuidados escrito a otros miembros de personal de enfermería. El plan de cuidados ésta diseñado para compartir información referente a las principales necesidades de atención sanitaria del cliente, los resultados identificados por la enfermera y las intervenciones planificadas. (Iyer.etal, 1993).

#### **1.1.3.4. Ejecución**

Existen cuatro principales modelos para la ejecución de la atención de enfermería y son:

---

a).- Enfermería Funcional

Todos los profesionales están implicados en la atención del cliente, pero a cada individuo se le asigna la realización de determinadas funciones,

b).- Enfermería de Equipo

Es un sistema de administración de los cuidados de enfermería en el que trabajan junto con un grupo de personas profesionales y no profesionales para prestar atención de enfermería a una serie de clientes.

c).- Enfermería Primaria

Desarrolla un plan de cuidados, garantizando que el plan se lleve a cabo durante las 24 horas del día, y puede emplearse en distintas situaciones tales como los hospitales y los centros de salud pública.

d).- Control de Caso

Es la organización de los cuidados para lograr determinados resultados del cliente, dentro de un límite de tiempo compatible con el período de permanencia del cliente designado por el médico. (Iyer.etal, 1993).

**1.1.3.5. Etapa de Evaluación**

La evaluación es un proceso activo, sistemático, planeado que compara el estado de salud del paciente con los objetivos y las metas. Tiene lugar primariamente durante las interacciones enfermera – paciente. La evaluación abarca

la comparación de las respuestas actuales del paciente con las respuestas previas para determinar el progreso en el logro de las metas y los objetivos. Los juicios acerca del progreso del paciente se hacen sobre las observaciones, interacción y medidas de la enfermera, el paciente, la familia y los miembros del personal del cuidado de salud.

## **1.2. PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON**

### **1.2.1. Concepto**

Los patrones funcionales de salud son una herramienta de trabajo utilizadas por el profesional de enfermería, estos proporcionan una estructura para el análisis de la evolución inicial y continua del estado de salud de una persona, familia y comunidad.

Aquí se registran los comportamientos que ocurren en forma secuencial en el transcurso del tiempo. Esta secuencia de comportamientos mas que los hechos aislados son los datos utilizados para hacer los juicios clínicos y elaborar diagnósticos de enfermería.

### **1.2.2. Clasificación de los patrones funcionales de salud**

#### **1).- Patrón Percepción- Manejo de Salud**

Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el paciente y cómo maneja su 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 el nivel general de comportamientos de cuidados de salud como actividades de promoción de salud, prácticas preventivas de salud mental, física; ~~percusión~~ y el seguimiento de tratamientos médicos y cuidados de enfermería.

#### 2).- Patrón Nutricional – Metabólico

Describe los patrones de consumo de alimentos en relación a las necesidades metabólicas y la provisión de nutrientes. Incluye las horas de comida diarias, tipos, cantidad y calidad de alimentos y líquidos consumidos, preferencias particulares de alimentos; el uso de suplementos dietéticos o vitamínicos. Se consideran también las condiciones de la piel, pelo, uñas, membranas mucosas, dientes, medidas de la temperatura corporal, altura y peso; además las referencias de cualquier lesión de la piel, así como la capacidad general de cicatrización.

#### 3).- Patrón de Eliminación

Describe los patrones de 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 o alteración en el patrón del tiempo, de evacuación, forma de excreción, cantidad y calidad; considerando también el uso de dispositivos para el control de la excreción.

#### 4).- Patrón de Actividad- Ejercicio

Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo, requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria, como

---

higiene, cocinar, comprar, comer, trabajar y el mantenimiento del hogar. También están incluidos el tiempo, la cantidad y calidad de ejercicio, deportes, los cuales describe el patrón típico. Abarca también los patrones del tiempo libre que describe las actividades de recreo llevados a cabo con otros o individualmente. El énfasis esta en las actividades de mayor importancia para el cliente.

5).- Patrón Sueño – Descanso

Describe los patrones de sueño, descanso y relax. Incluye los patrones de sueño y los periodos de descanso- relax a lo largo de las 24 horas del día. Incluye la percepción de la calidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía. También están incluidas las ayudas para dormir como medicamentos o rutinas empleadas a la hora de acostarse.

6.- Patrón Cognitivo – Perceptivo

Describe los patrones sensorios – perceptuales y cognitivos. Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos, como la vista, el oído, el gusto, tacto, y el olfato, y la compensación o prótesis utilizadas para hacer frente a los trastornos. Las manifestaciones de percepción del dolor y como se trata éste, también se incluye cuando proceda. Se describe las habilidades cognitivas funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio, y la toma de decisiones.

7).- Patrón Autopercepción y Concepto de sí Mismo

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones del cliente sobre sí mismo en cuanto a capacidades cognitivas, afectivas, físicas, imagen, identidad,

sentido general de valía y patrón emocional general. Describe también el patrón de la postura corporal y el movimiento, contacto visual, voz y conversación.

8).- Patrón Rol Relaciones

Describe el patrón de compromisos del rol y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del cliente; satisfacciones o alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

9).-Patrón Sexualidad – Reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, y patrón reproductivo. Incluye el estado reproductor en la mujer, premenopausica o postmenopausica y los problemas percibidos .

10).- Patrón Adaptación - Tolerancia al Estrés

Describe el patrón general de adaptación y la efectividad de éste patrón en tolerancia al estrés. Incluye la capacidad para resistir los cambios en la propia integridad, formas de trabajar el estrés, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo y la habilidad para controlar y dirigir situaciones.

11).—Patrón Valores y Creencias

Describe los patrones de valores resultados o creencias (incluyendo las espirituales), que guían las elecciones o decisiones. También lo que es percibido como importante en la vida y cualquier percepción de conflictos, creencias o expectativas relativas a la salud. (Marjory Gordon, 1996).



---

### **1.3. NECESIDADES HUMANAS DE ABRAHAM MASLOW**

Las necesidades básicas del cliente según Abraham Maslow se realizan con conformidad con el grado de prioridad que les corresponde, lo que significa que algunas son más apremiantes que otras. Sin embargo, una vez satisfecha una necesidad básica la persona pasa a cubrir necesidades de nivel más alto:

#### **1.3.1. Categoría por orden de prioridad**

##### **a).- Necesidades Fisiológicas**

Las necesidades fisiológicas son las que predominan en la motivación de la conducta humana y dan lugar a los mecanismos que conservan la homeostasia, es decir la regularización constante del medio interno de un organismo, incluye las de nutrición, excreción, hidratación y temperatura, así como las del sueño y reposo o la de evitar el dolor. Se considera que el sexo es un motivo básico pero no indispensable para la supervivencia.

##### **b).- Necesidad de Seguridad Física y Psicológica**

EL adulto normal puede protegerse así mismo y es usual que no se sienta en peligro. Pero cualquier enfermedad constituye una amenaza. Las pruebas diagnósticas y los procedimientos terapéuticos quizá contribuyan a aumentar sus temores, anhela sentirse seguro y protegido.

---

c). Necesidad de Afecto y Pertenencia

Toda persona enferma o sana desea la compañía y la aceptación de otros.

d). Necesidad de Autoestima y Respeto de sí mismo

El hombre es por naturaleza un ser social que aborrece el aislamiento. Las enfermedades lo alejan del mundo en que acostumbra a convivir y lo transplanta a un ambiente extraño y desconocido en que se siente incompetente y de falta de confianza, capacidad y competencia. La educación del paciente centrada en la adquisición de las aptitudes y conocimientos es útil para aumentar la autoestima y el respeto de sí mismo.

e). Necesidad de Realización Personal

Según Maslow sólo en un por ciento de los adultos logran la realización personal a lo largo de su vida. Además, muchas personas se dan por bien servidas con la satisfacción de otras necesidades del nivel inferior y no luchan por su realización personal. (Smaltzer, Susan, 1994).

---

#### 1.4. GENERALIDADES DE LA APENDICITIS AGUDA

En la mayor parte de los casos, la inflamación de la apéndice es precedida por obstrucción de la luz apendicular por un fecálito, por doblez de la pared, o por hiperplasia linfoide submucosa. El estancamiento en el punto distal a la obstrucción permite la proliferación de la flora bacteriana colónica, incluyendo patógenos potenciales como; Escherichia Coli, Streptococo Faecalis y Bacterias anaerobias. Estas bacterias invaden después la mucosa y la pared apendicular causando la inflamación aguda.

Esta inflamación aguda de la mucosa, es continuada por ulceración o inflamación de la pared muscular. Los neutrofilos son las células dominantes, comúnmente se produce supuración, microscópicamente el apéndice inflamado se presenta hinchado y rojo, con superficie que ha perdido su aspecto brillante normal, y frecuentemente está cubierto por un exudado purulento. En una minoría de casos, el aspecto exterior es normal y el diagnóstico se confirma únicamente con exámenes histológicos mediante el hallazgo de infiltración con neutrofilos de la mucosa y de la pared.

Los pacientes se presentan con fiebre de iniciación aguda, dolor abdominal y vómito. El dolor es inicialmente periumbilical, pero se vuelve localizado en el cuadrante inferior derecho cuando se afecta el peritoneo parietal sensible al dolor; comúnmente se presenta sensibilidad dolorosa y defensa abdominal (espasmo muscular refleja durante la palpación). La sangre periférica muestra leucocitosis

---

neutrofilica. El diagnóstico debe establecerse con base en las características clínicas, ya que los datos de laboratorio y radiólogos son inespecíficos.

#### **MORBILIDAD A NIVEL NACIONAL DE ENFERMEDADES DEL APÉNDICE**

La morbilidad registrada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en 1998 de enfermedades de apéndice a nivel nacional fue de un total de 178,591 casos; de los cuales 93,528 fueron hombres y 85,078 fueron mujeres.

Esta información corresponde a las instituciones tales como la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE.