

CAPITULO

I

Marco Referencial

I MARCO REFERENCIAL

1.1 PROCESO ENFERMERO

1.1.1 Antecedentes Históricos

Sánchez Molinero (1998) refiere que a mediados del siglo XIX se llevó a cabo la guerra de Crimea, en la cual Florence Nightingale ofrecía sus servicios como cuidadora de los soldados heridos ya que según data la autora de manera informal ella observaba y recolectaba información sobre el paciente para colocarlo en las mejores condiciones ambientales y humanas del lugar donde los atendía y ofrecía los cuidados que se requerían buscando siempre colaborar en su rehabilitación (Nightingale F., 1991).

De acuerdo a la revisión presentada por Iyer (1997), señala que Hall(1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron cada uno por separado un proceso distinto que consistía de tres fases, dicho proceso contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. Al respecto Yura y Walsh (1967), fueron las autoras del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases que consistía en: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

A mediados de los años 70's, Bloch (1974), Mondinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976), le añadieron la fase diagnóstica, para dar lugar a un proceso de cinco fases que se utiliza hasta nuestros días.

1.1.2 DEFINICION DEL PROCESO ENFERMERO

Gordon (1998) menciona que el Proceso de Atención de Enfermería es un método que permite asignar cuidados de enfermería en forma sistemática y organizada; el Proceso de Atención de Enfermería , facilita la identificación de problemas únicos en el usuario, familia y comunidad ya sean reales o potenciales.

Así mismo Alfaro y col. (1996) definen que el Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos.

Al respecto Suddarth (1995), concluyó que el Proceso de Enfermería es un método de resolución de problemas deliberado para satisfacer las necesidades de cuidado de la salud y de enfermedad de los pacientes

En la misma línea Iyer (1997), concluyó que el Proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la Enfermería, se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o sistema familiar.

1.1.3 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

El proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. (Alfaro Rosalinda, y col. 1996) Su meta es identificar el estado de salud del cliente así como los problemas de salud reales o potenciales, establecer planes para cubrir las necesidades identificadas , y ofrecer actuaciones específicas de Enfermería para cubrir dichas necesidades, consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

1.3.1 VALORACION

El término valoración significa evaluación, el cual se utiliza para describir la evaluación inicial y continuada del estado de salud de una persona, familia o comunidad. La valoración debe ser sistemática y premeditado es un proceso intencionado basado en un plan para recoger y organizar la información. La recogida de información se organiza de forma que facilite la evaluación de salud y el diagnóstico enfermero.

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería: la primera parte de la identificación del problema en la que se reúnen la información para asegurarse de que dispone de todas las piezas necesarias del rompecabezas para obtener una imagen clara del estado de salud del paciente.

Es importante recordar que el paciente debe ser considerado como la fuente básica de información. La demás información se recogerá de los registros médicos, registros de enfermería, la familia, otros profesionales que hayan trabajado con el paciente y la bibliografía que encuentre respecto a sus problemas.

Tipos de valoraciones de enfermería.

Valoración de los datos básicos. Es la que realiza durante la entrevista inicial con el paciente para reunir información sobre todos los aspectos de su estado de salud, también llamada (base de datos de referencia).

Valoración focalizada. Realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.

Los métodos para la recogida de datos son:

La observación:

Es la técnica en donde a través de un esfuerzo sistemático y organizado utilizando los cinco sentidos se recolecta la información, la cual tiene dos aspectos muy importantes que son: a) identificar los estímulos, y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos, es decir percibirlos.

La entrevista:

Es una comunicación planeada o una conversación con una finalidad. Esto es con el fin de recoger datos, dar información, identificar problemas de preocupación mutua, evaluar el cambio, enseñar, dar apoyo, y dar consejo o terapia. Puede verse como un proceso que se aplica a la mayoría de las fases del proceso de enfermería. Hay dos tipos de entrevista: dirigida y no dirigida.

Exploración física:

Se realiza 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 y prevenir la enfermedad. (Kossier, 1995).

Historia de enfermería:

Debe realizarse mediante una entrevista, para la cual se utiliza un cuestionario. La ventaja de este procedimiento es que le ahorra tiempo y le proporciona más datos y detalles a la enfermera sobre problemas reales o potenciales que pudieran existir en su entorno.

1.1.3.2 DIAGNOSTICO

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las actuaciones de enfermería con el fin de corregir los resultados de lo que es responsable la enfermera. (NANDA, 1990.)

Así mismo Moritz dice que los diagnósticos de enfermería son “respuesta a problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces de tratar y están y son legalmente responsables de hacerlo” (Moritz. 1984) por lo tanto Carpenito (1987) dice que no todos los problemas que identifique una enfermera son necesariamente diagnósticos de Enfermería.

Los tipos de diagnósticos enfermeros son:

Diagnóstico Real:

Es el juicio que se realiza de un paciente centrado en un problema de salud, manifestado por la respuesta fisiopatológica del cuerpo mediante signos y síntomas detectados en la valoración de enfermería.

Diagnósticos de enfermería potenciales o de riesgo:

Es el juicio clínico que se hace sobre los factores de riesgo que predisponen a las personas y a sus familias a problemas de salud.

Diagnósticos de enfermería posibles:

Es aquel en el que las probabilidades de que existe un problema de salud no son totalmente claras y se requiere de más pruebas y datos para corroborarlo o refutarlo.

FORMATO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: PES

Los componentes son:

Los términos que describen el problema (**P**). Este componente, denominado designación de la categoría diagnóstica o título, es una descripción del problema de salud real o potencial del cliente, Familia o comunidad para el que se da el tratamiento. La etiología del problema (**E**) o factores concurrentes. Este componente identifica una o más causas probables del problema de salud y da directrices para el tratamiento de enfermería requerido. Las características que lo definen o grupo de signos y síntomas (**S**). Las características definitorias proporcionan la información necesaria para llegar a la denominación de la categoría diagnóstica. Cada categoría de diagnóstico de enfermería se asocia con los signos y síntomas que se producen como una entidad clínica.

Características de un enunciado de diagnóstico:

- Un enunciado de diagnóstico es claro y conciso.
- Es específico y centrado en el cliente.
- Es exacto.
- Se basa en datos de valoración fidedignos y pertinentes.

1.1.3.3 PLANEACION

Es el desarrollo de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. Esta etapa consiste en varias etapas: establecer prioridades para el diagnóstico de problemas, fijar con el cliente metas para corregir, reducir o impedir los problemas, plantear intervenciones de enfermería que conduzcan a los resultados planteados, registrar en el plan de cuidados los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en forma organizada. (Iyer, 1993). Carpenito (1991) menciona que después de haber identificado los problemas reales y potenciales, hay que formular las actividades de Enfermería para controlar, prevenir 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 o ayudar a realizarlas, (Carpenito, 1991). Así mismo Smeltzer, (1998) lo describe como poner en marcha el plan propuesto. La enfermera se responsabiliza de tal ejecución pero hace participe al Paciente, familiares y al resto del personal interdisciplinario, según los resultados, coordina las actividades de las personas participantes en esta fase.

1.1.3.5 EVALUACION

Es determinar el grado de respuesta del usuario a las intervenciones de de enfermería y así mismo conocer la medida en que las metas se han logrado.

La enfermera evaluará el progreso del cliente y establece medidas Correctivas si es necesario y revisa el plan de cuidados 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 l enfoque de la evaluación de enfermería.

1.2 NECESIDADES HUMANAS

DuGas (1986), menciona que las necesidades humanas según Maslow son un postulado en las que todas las personas tienen necesidades básicas que deben satisfacerse para que el individuo alcance un nivel óptimo de bienestar. Estas necesidades son comunes en todos los seres humanos e Incluyen:

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 y evitación del dolor.

1.2.2 Necesidades de seguridad y protección: Incluyen componentes tan fundamentales como la protección adecuada de los elementos y factores perjudiciales del ambiente. Pero las personas también deben sentir que están a salvo y protegidas de peligros reales e imaginarios.

1.2.3 Necesidades de Amor y Pertenencia: Maslow considera esta necesidad muy importante pues los lactantes que carecen de amor y afecto no se desarrollan bien, por más que se satisfagan sus necesidades fisiológicas y de seguridad.

1.2.4 Necesidades de Realización Personal: Las personas tienen que sentir que valen la pena como ser humano, es decir, tener auto estimación y que se le considera de valor y dignidad para su familia y otros individuos.

El modelo de necesidades humanas de Abraham Maslow la enfermera lo utilizó para priorizar los diagnósticos y los cuidados de enfermería.

1.3 PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

Rendón Olguín, describe el término valoración para referirse a la evaluación inicial y continuada del estado de salud de una persona, familia y comunidad.

Todos los seres humanos tienen en común algunos patrones funcionales que contribuyen a su salud, calidad de vida y logro de su potencial humano. Estos patrones comunes son el eje de la valoración enfermera. La descripción y evaluación de los patrones de salud permiten a la enfermera identificar patrones funcionales (necesidades del cliente) y patrones disfuncionales (diagnósticos Enfermeros).

DESCRIPCION DE CADA PATRON

1. Patrón percepción-manejo de salud. Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y como maneja su salud. Incluye la percepción del cliente de su estado de salud y la relevancia que este tiene en las actividades actuales y la planificación futura.
2. Patrón nutricional-metabólico. Menciona los patrones de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y los patrones indicadores de provisión restringida de nutrientes. Incluye los patrones de consumo del individuo de alimentos y líquidos, las horas de comidas diarias, los tipos y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, las preferencias articulares de alimentos o el uso de suplementos vitamínicos.
3. Patrón eliminación. Aporta sobre los patrones de función excretora (intestinal, vejiga y piel) de los individuos. Incluyen 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, forma de excreción, cantidad o calidad de la misma.
4. Patrón actividad-ejercicio. Lista el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo. Incluye los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria como higiene, cocinar, comprar, trabajar y mantenimiento del hogar. También está incluido el

tipo, la calidad y la cantidad de ejercicio, incluyendo los deportes practicados por el usuario.

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. Incluyendo la calidad y cantidad de sueño-descanso y la percepción del nivel de energía requerido.
6. Patrón cognitivo-perceptual. Da a conocer los patrones sensorio-perceptuales y cognitivos. Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos, como la vista, el oído, el gusto, el tacto y el olfato. Incluye la compensación o prótesis utilizadas para hacer frente a los trastornos. Las manifestaciones de percepción del dolor y como se trata éste, también se incluyen cuando proceda.
7. Patrón autopercepción-autoconcepto. Refiere el patrón de autoconcepto del cliente y las percepciones de sí mismo, sobre las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general. Está incluido el patrón de postura corporal y el movimiento, contacto visual y patrones de voz y conversación.
8. Patrón rol-relaciones. Informa el patrón del cliente de los papeles de compromiso y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del cliente. están incluidos la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.
9. Patrón sexual – reproducción. Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con el patrón de sexualidad. Describe el patrón reproductivo. Incluye la satisfacción percibida o las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales.

10. Patrón adaptación – tolerancia al estrés. Abarca la adaptación y la efectividad general en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva o capacidad para resistir los cambios en la propia integridad, formas de tratar el estrés, sistema de apoyo, familiar o de otro tipo y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones.

11. Patrón de valores – creencias. Hace referencia sobre los patrones de valores, resultados o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones. Incluye lo que es percibido como importante en la vida y la presencia de conflicto en los valores creencias o expectativas a la salud.

1.4 GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD

Apendicitis aguda

La apendicitis aguda es la inflamación de la apéndice vermiforme, se debe principalmente a infección consecutiva a obstrucción. Aproximadamente El 60% de los casos se relacionan con hiperplasia de los folículos submucosos, el 35% con la existencia de fecalitos, el 4% con la presencia de otros cuerpos extraños y el 1% con estenosis o tumores de la pared apendicular o del ciego.

El principal síntoma es el dolor abdominal. Clínicamente al inicio está centrado de manera difusa en el epigastrio más bajo o el área umbilical, su intensidad es moderada y constante en ocasiones con cólicos intestinales después de un período que varía de 1 a 12 horas, pero por lo general en el Transcurso de 4 a 6 horas se localiza en el cuadrante inferior derecho.

En la apendicitis no complicada no varían mucho los signos vitales, rara vez la temperatura aumenta más de 1 grado centígrado, la frecuencia del pulso es normal o un poco elevada. El signo clásico de dolor en el cuadrante inferior derecho se encuentra cuando la apéndice inflamada está en su posición anterior. La hipersensibilidad suele ser máxima en el punto descrito por Mac Burney como localizado exactamente entre 2.5 y 6.5 centímetros de la apófisis espinosa anterior del iliaco. (Schwartz, 1995).

resultados estadística en el estado de Sonora es de 1223 apandicectomías de diagnóstico histopatológico, apendicitis aguda fueron 989 casos (80%) y endometriosis (0.08%), hiperplasia linfoide 76 (6.2%), por atrofia (0.8%).

El promedio de apandicectomías realizadas en el Hospital General del Estado fueron 200 por año, mínima de 155 y máxima de 240 (Departamento de Patología del Hospital General del Estado).

A nivel nacional en 1998 el INEGI registró un total de 178,591 casos de los cuales 93,528 fueron hombres y 85,078 fueron mujeres.