

122

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

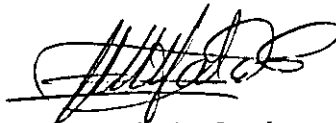
APLICADO A UN ADOLESCENTE CON HIPERTERMIA ASOCIADO A
PROCESO INFLAMATORIO E INFECCIOSO POR APENDICITIS AGUDA
MANIFESTADO POR FIEBRE DE 40 ° C, ESCALOSFRIOS Y DIAFORESIS.

Para obtener el título de
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

BERTHA LOZADA ARMENTA
No. de Cta 09761038-4

Director de trabajo recepcional



Lic. Magdalena Mata Cortés

508234
708234

OCTUBRE del 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
I MARCO TEÓRICO	
1.1 Concepto de Proceso Atención de Enfermería	6
1.2 Concepto de Enfermería	8
1.3 Etapas del Proceso Atención Enfermería	
1.3.1 Valoración	9
1.3.2 Diagnostico	13
1.3.3 Planeación	15
1.3.4 Ejecución	19
1.3.5 Evaluación	21
1.4 Generalidades del modelo de Virginia Henderson	24
1.5 Patología Apendicitis Aguda	
1.5.1 Concepto	30
1.5.2 Epidemiología	30
1.5.3 Etiología	31
1.5.4 Sintomatología	32
1.5.5 Diagnóstico	34
1.5.6 Tratamiento	38
1.5.7 Complicaciones	39

II METODOLOGÍA	41
III APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.	
3.1 Presentación del caso clínico	44
3.2 Valoración	45
3.3 Diagnóstico de Enfermería	48
3.4 Planeación	51
3.5 Ejecución y Evaluación	52
IV CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	60
V GLOSARIO	63
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCIÓN

La enfermería nace como respuesta a la necesidad manifestada por la sociedad, es una profesión que requiere de conocimientos y habilidades específicas encaminadas a mantener o restablecer la salud así como prevenir la enfermedad y de ser necesario la seguridad de una muerte tranquila y digna de la persona.

La enfermería es una disciplina en el campo de la salud responsable de planificar, organizar, ejecutar y evaluar los servicios de enfermería.

La actividad fundamental de la enfermería es proporcionar cuidados al paciente, familia o comunidad, actuando de forma directa en la prevención, promoción y mantenimiento de la salud del individuo así como en su rehabilitación para reintegrarlo en las mejores condiciones posibles a su entorno natural y laboral.

Para la ejecución de estas actividades la enfermera debe de contar con un método sistemático que le permita un ordenamiento lógico de las acciones de enfermería encaminados a satisfacer las necesidades del individuo como es el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.).

Hall en el año 1955 utiliza por primera vez el término PAE, desde ese entonces varias enfermeras han descrito el proceso de diferentes formas y ha pasado por diferentes fases hasta que en 1982 el Nacional Council of State Boards of Nursing define y describe las cinco fases del PAE, que se conocen actualmente y que son: Valoración, Diagnóstico la enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación.

El presente PAE esta conformado por un Marco Teórico donde de incluyen las etapas del proceso, aspectos generales de la patología, la metodología con que se trabajó la información, la aplicación del proceso de atención de enfermería y su evaluación, conclusión, glosario y bibliografía

JUSTIFICACIÓN

El siguiente PAE se realizó para ser aplicadas cada una de las etapas que lo componen, llevándolas a cabo en forma ordenada y real en un individuo con apendicitis aguda ya que el PAE es considerado como un modelo de atención que puede servir de guía en la práctica diaria organizando las acciones de enfermería guiadas hacer más efectivo y eficiente el trabajo, así también proporcionar las bases para la investigación y contribuye además a la prevención y restauración de la salud del individuo, familia y comunidad.

El desarrollo de este proceso sirvió para identificar y jerarquizar las necesidades de atención de enfermería para planificarlas en base a las recomendaciones propuesta por una Virginia Henderson y la taxonomía aprobada por la NANDA; se fijaron objetivos de acuerdo a las necesidades del individuo y su consiguiente satisfacción de las mismas con la finalidad de brindar una atención de enfermería profesional y de calidad.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un Proceso Atención de Enfermería encaminado a identificar y jerarquizar las necesidades detectadas en la persona y satisfacerlas con oportunidad, a través de una valoración real de enfermería brindándole una atención efectiva al individuo que nos permita coadyuvar en la limitación del daño, el restablecimiento de la salud y la reincorporación a su entorno natural y laboral fundamentado en los lineamientos propuestos por Virginia Henderson y su modelo de atención basado en la satisfacción de las catorce necesidades por ella propuesta así como en la taxonomía de la NANDA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar cada una de las etapas del Proceso Atención de Enfermería en forma ordenada y realizar las actividades correspondientes a cada etapa.
- Jerarquizar las necesidades detectadas de acuerdo a su importancia y formular los objetivos que nos lleven a la satisfacción de las mismas.
- Llevar a cabo una evaluación fidedigna de los resultados que nos permita ver con claridad los objetivos alcanzados.
- Brindar una atención de enfermería oportuna mediante la aplicación del Proceso Atención de Enfermería

I. MARCO TEÓRICO

1.1 ENFERMERÍA

DEFINICIÓN.- De acuerdo a Virginia Henderson (1966) define a la enfermería como: ayudar a las personas enfermas o sanas en la realización de actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila) y que puedan efectuarlas sin ayuda si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Además hacerlo de manera que se les ayude a recuperar su independencia con la mayor rapidez posible.¹

En 1980 la (ANA) desarrollada una definición básica vigente que describe los alcances de esta actividad:

La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales.

FUNDAMENTO.- Se le denomina fundamento de enfermería lo que nos va a dar conocimientos y enseñanza básica sobre principios técnicas y conservación del material y equipo; nos enseña básicamente a dar atención de enfermería al paciente, familia o comunidad.²

¹ Brunner Suddarth
"Enfermería Médico Quirúrgica" 6ª Edición. Editorial Interamericana.
México 1994, pag 2.

² Rosales Barrera
"Fundamentos de Enfermería" tomo 1 2ª Edición. Manual Moderno.
México D.F. Santa Fé de Bogotá 1999, pag 27

PRINCIPIO.- Es un hecho provocado o grupo de hechos tan relacionados entre sí que forman una ley o una teoría generalmente admitida; o sea una ley moral aceptada por la mayoría de la sociedad.

TÉCNICA.- Conjunto de procedimientos propios de una arte ciencia u oficio.

NORMA.- Son reglas que controlan las acciones y la conducta humana.³

PRINCIPIO CIENTÍFICO.- Está basado en observaciones de un hecho que sigue siendo verdad en cualquier circunstancia que se presente.

PRINCIPIO DE ENFERMERÍA.- Está basado en experimentos y observaciones de un hecho aprobado o un grupo de hechos tan relacionados entre sí que forman una ley o una teoría generalmente admitida por la mayoría de la sociedad.

El principio sirve para normar la acción, no determina lo que debe hacerse sin embargo ayuda a guiar la acción necesaria de acuerdo al resultado que se desea.

Sirven para guiar a la enfermera en la atención del paciente y en la aplicación de diferentes terapias.

CUIDADO BÁSICO.- Son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterio de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en el apersona.

³ Palmero Silveti Oga

"Administración de los Servicios de Salud en Enfermería"

Centro Interamericano de Seguridad Social, Organización Panamericana de Salud.
México D.F. 1992, pag 19

Son considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes: sin embargo varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades, o a la de idiosincracia de cada persona.

1.2 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

En su proceso sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientando al logro de objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados que son: Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución y Evaluación en los cuales se van ha realizar acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados a largo plazo.

El proceso de enfermería se basa la idea de que el éxito de los cuidados se miden por el grado de eficiencia de satisfacción y progreso del paciente.⁴

1.3 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Es un sistema de planeación en la ejecución de cuidados de enfermería basados en el método científico considerado un modelo conceptual que proporciona bases para la investigación, prevención, mantenimiento, promoción y restauración de la salud del individuo familia y comunidad en el cual se sustenta la enfermería profesional.⁵

⁴ Rosalinda Alfaro. Le Fevre
“Aplicación del Proceso de Enfermería” 3ª Edición. Editorial Mosby, pag 3

⁵ Fernández Ferrin Carmen
“El Proceso de Atención de Enfermería Estudio de casos”

Su objetivo es identificar las necesidades de cuidados reales o potenciales del cliente para establecer planes y realizar actividades específicas que las satisfagan y que puede aplicarse a individuos, familias y comunidades.

1.3.1 VALORACIÓN

Es el primer paso del proceso de cuidados y de mayor importancia en la recolección de datos y consiste en reunir toda la información disponible que nos permitan formarnos una idea clara del estado de salud del paciente, se identifican problemas y capacidades.

Todas las decisiones e intervenciones de la enfermera se basan en la información reunida en esta etapa, se considera muy importante porque se realizan actividades específicas que contribuyen a ser una pensadora crítica para encontrar la información necesaria para comprender los problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados.⁶

RECOLECCIÓN DE DATOS

Empieza cuando alguien entra en contacto con el sistema de cuidados de la salud y continúa durante el tiempo que se necesitan esos cuidados.

La información recopilada proporciona la base para determinar el estado actual de salud y establecer un plan inicial de cuidados. La información recopilada en visitas posteriores no solo aporta datos sobre la situación de salud, sino también cómo responde el individuo al plan de cuidados, esto implica la utilización de diferentes recursos no obstante se debe considerar al paciente como la principal fuente de información, el resto de la información se obtendrá de los registros médicos; de enfermería y de otros profesionales de la salud, así como de

la familia y la bibliografía relevante para elaborar una historia clínica y un diagnóstico de enfermería y poder conocer los problemas que aquejan al individuo.

El profesional de enfermería posee tres medios para la recopilación de información primaria como la observación, la entrevista y la exploración física.⁷

1.3.1.1 OBSERVACIÓN

Es una habilidad de enfermería de alto nivel que requiere mucha práctica, las habilidades de observar y recordar son difíciles de adquirir y sin embargo es esencial para la valoración.

La observación es una técnica consciente e intencionada que se desarrolla a través del esfuerzo y un enfoque organizado y que implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del individuo, como de cualquier otra fuente significativa, del entorno y de la interacción de estas tres variables.

La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina los hallazgos encontrados mediante la observación deberán de ser posteriormente confirmados o descartados.⁸

1.3.1.2 ENTREVISTA

Es una comunicación planeada o una conversación con una finalidad. Algunos objetivos son: recabar datos, dar información, identificar problemas o

⁶Op Cit Alfaro Le Fevre Rosalinda, pag 36

⁷ "Beverly Witter, Du, Was, "Tratado de Enfermería Práctica" 4ª Edición Nueva Edición americana México, España, Nueva York, Brasil, Colombia, Venezuela, México D.F. 1986, pag 73

⁸ San Martín Hernán "Salud y Enfermedad" 4ª Edición Ediciones científicas. La prensa Médica Mexicana S.A. de C.V. México D.F. 1991, pag 122

preocupaciones mutuas, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo y aconsejar o realizar una terapia. La entrevista puede ser vista como un proceso que se aplica en la mayoría de las fases del proceso de enfermería.

Existen dos planteamientos de la entrevista: Dirigible y no Dirigible.

ENTREVISTA DIRECTA.- Esta muy estructurada y se obtiene una información específica, a menudo son utilizadas para recoger y dar información en un tiempo limitado.

ENTREVISTA INDIRECTA.- Es aquella en la cual se obtiene información de fuente secundaria como la familia o expedientes.

1.3.1.3 EXPLORACIÓN FÍSICA

Se realiza para obtener información y completar nuestra base de datos objetivos y subjetivos que permitan a la enfermera formular un diagnóstico de enfermería, desarrollar las metas del cliente y actuar para promover la salud y prevenir la enfermedad.

La exploración física se hace sistemáticamente para evitar omisiones, se puede seguir un planteamiento de pies a cabeza (cefalocaudal) o un planteamiento por aparatos y sistemas.

Método Cefalocaudal.- Se inicia el reconocimiento físico valorando cabeza continua con el cuello, tórax, abdomen, extremidades terminando en los dedos de los pies.

Método por Aparatos y Sistemas.- Se puede iniciar considerando el sistema respiratorio, circulatorio, nerviosos, digestivo, etc. Cualquier enfoque

metodológico es aceptable siempre que satisfaga las necesidades de reunir datos relevantes que ayuden a identificar problemas de salud que requieren la intervención de enfermería.

Para la realización del exámen físico la enfermera utiliza sus sentidos y habilidades que le permiten reunir la información necesaria sobre el individuo y utiliza técnicas como la visualización, auscultación, palpación y percusión.

Visualización.- Es la inspección del cuerpo del individuo, la enfermera usa sus sentidos como el oído, olfato y tacto, la visualización es a menudo el punto de partida para la realización de un exámen físico.

Auscultación.- Consiste en escuchar, a través de un estetoscopio los sonidos propios del corazón, pulmones e intestinos.

Palpación.- Consiste en sentir y valorar la posición de los órganos, la temperatura corporal, tumores, rigidez abdominal o localización del dolor.

Percusión.- Se realiza golpeando suavemente con un martillo de punta de caucho o con la yema de los dedos, esto se hace para evocar respuestas, usualmente en la forma de sonido o movimiento que dan información acerca de la parte corporal subyacente.⁹

1.3.1.4 HISTORIA CLÍNICA

Es un método sistemático de recopilación de los datos deseados sobre el individuo, cuyo propósito es recopilar tanta información como sea posible para

⁹ Ibidem Alfaro Le Fevre, pag 54

identificar problemas y planear la actuación de enfermería (Yura y Walsh 1988 pag 116).

Los datos obtenidos en la historia de enfermería entre enfermera e individuo constituyen ampliamente un reconocimiento subjetivo, pues se consigue información sobre el individuo, su salud, respuestas a la enfermedad, factores socioculturales, prácticas y creencias sanitarias, patrones de lucha y las actividades diarias.¹⁰

1.3.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad o problemas de salud, procesos vitales, reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.¹¹

Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA son: reales, de alto riesgo, posible y de bienestar o síndrome.

Dx. Real.- Describe un juicio clínico que la enfermera a confirmado a causa de la presencia de características que lo definen, signos o síntomas principales.

Dx de Alto Riesgo.- Este describe un juicio clínico de un individuo o grupo que es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar.

¹⁰ Abdellan

"Introducción al Proceso de Enfermería", pag 18

¹¹ Carpenito L. J.

"Manual de Diagnóstico de Enfermería" 5ª Edición. Editorial Mc. Graw - Hill Interamericana, pag XXVIII

Dx de Bienestar.- Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar (NANDA).

Dx de Síndrome.- Consiste en una agrupación de diagnósticos de enfermería reales o de alto riesgo que se afirma se presentarán debido a la existencia de una situación o acontecimiento determinado.

Dx Posibles.- No constituyen un tipo de diagnóstico representan una opción a quien diagnostica para indicar que aun cuando existen datos para establecer un diagnóstico estos no son suficientes.

ENUNCIADO DE DIAGNOSTICO

Este describe el estado de salud del individuo o grupo y los factores que han contribuido a dicho estado.

ENUNCIADO DE UNA PARTE

Son los diagnósticos de enfermería de bienestar potencial para favorecer. seguido por el mayor nivel de bienestar que la persona o grupo desea alcanzar.

DX. SINDROMICO

Son enunciados de una parte con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenido en la denominación diagnóstica.

ENUNCIADO EN DOS PARTES

Son los diagnósticos de enfermería de alto riesgo. Es la comprobación de un diagnóstico de enfermería y la presencia de factores de riesgo.

Dx Enf. Posibles.- Se sospecha la presencia de ciertos factores que la enfermera debe descartar o confirmar con datos adicionales. Dx Enfermería en relación con factores de alto riesgo.

ENUNCIADOS EN TRES PARTES

Son los diagnósticos de enfermería reales, consta de la denominación del Dx + factores concurrentes + signos y síntomas.

Presencia de signos y síntomas principales confirman que un diagnóstico real esta presente.

La presencia de un Dx de Enfermería se determina por la valoración del estado de salud del individuo y su capacidad para funcionar.¹²

1.3.3 PLANIFICACIÓN

Se define como el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del individuo que se han identificado durante el diagnóstico.¹³

La planificación es un proceso deliberado y sistemático que es fundamental para el logro de los cuidados de enfermería de calidad. Es un

¹² Op. Cit Carpenito L. J , pag XXX y XXXI

¹³ Op. Cit Beverly Witter, pag 137

proceso en el que se lleva a cabo la toma de decisiones y la solución de los problemas identificados durante el diagnóstico de enfermería.

LA PLANIFICACIÓN IMPLICA

- Fijación de prioridades
- Establecimiento de los resultados esperados
- Determinación del plan de cuidados
- Documentación del plan de cuidados

EL PLAN DE CUIDADOS TIENE LOS SIGUIENTES PROPÓSITOS

1. Facilitar la comunicación entre los distintos cuidadores
2. Dirigir los cuidados y las anotaciones de los mismos
3. Proporcionar un registro que posteriormente pueda utilizarse para la evaluación y la investigación.

FIJACIÓN DE PRIORIDADES

Es el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias de enfermería, establecer prioridades.

- ¿Que problemas necesitan atención inmediata?
- ¿Que problemas tienen soluciones sencillas?
- ¿Que problemas deben derivarse a otro profesional?
- ¿Que problemas deben anotarse en el plan de cuidados? ¹⁴

¹⁴ Ibidem. Alfaro Le Fevre, pag 129

El mecanismo habitual para la fijación de prioridades es la jerarquización de necesidades básicas de Maslow (1968) quien postulo que todos los seres humanos tenemos necesidades básicas.

- Necesidades Fisiológicas
- Necesidades de Protección/Seguridad
- Necesidades de Amor o Pertenencia
- Necesidades de Autoestima
- Necesidades de Autorrealización

Establecimiento de objetivos del cliente y los criterios de resultado

Un objetivo del individuo es un resultado o un cambio deseado en la conducta del cliente hacia la salud. El logro del objetivo refleja la resolución de la inquietud o problema de salud del cliente especificado en el Dx de Enfermería.

Los objetivos pueden reflejar la recuperación de la salud, el mantenimiento de la salud o la promoción de la salud.

Un objetivo del cliente es el resultado deseado de la atención de enfermería y estos objetivos son indicadores amplios de resultados.

Los objetivos pueden ser a corto o a largo plazo. Dado que gran parte del tiempo de la enfermera se centra en las necesidades inmediatas del cliente la mayor parte de los objetivos se plantean a corto plazo; y son aquellos que pueden lograrse en forma rápida con frecuencia a menos de una semana.

Los objetivos a largo plazo son aquellos que van a lograrse a un tiempo más largo con frecuencia semanas o meses y son adecuados para individuos con problemas crónicos de salud y atendidos en su domicilio.¹⁵

➤ DETERMINACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar que problemas serán los que se incluirán en el plan de cuidados y por tanto tratados, estos deben de consensurarse con el individuo de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario esto nos facilitara aún más la relación terapéutica.

➤ DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS

La cuarta etapa y final de la fase de planeación es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería.

La finalidad de los planes de cuidados están dirigidos a fomentar cuidados de calidad mediante:

Los cuidados individualizados.

La continuidad de los cuidados.

La comunicación.

La evaluación

¹⁵ Iyer, P.W.B.J. Tapich D. Bernochi - Losey
"Proceso y Diagnóstico de Enfermería" 3ª Edición
Editorial Interamericana Mc. Graw - Hill, pag 157 a 159

1.3.4 EJECUCIÓN

También denominada actuación y consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.

La actuación de enfermería se define como una acción autónoma basada en el razonamiento científico que se ejecuta para beneficiar al cliente de una forma prevista en relación con el diagnóstico de enfermería y con los objetivos establecidos (Bulechek y Mc Closkey 1985 pag P).

La fase de la ejecución marca todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de los diagnósticos correspondiente y las necesidades existenciales del individuo.

Durante toda la fase de la operación se debe continuar recopilando información ya que ha medida que las condiciones del individuo cambian las base de datos también cambiara por lo que es necesario revisar y actualizar el plan de cuidados. Las actividades de enfermería que se realizan en esta etapa son de tipo: Dependiente, Interdependiente y de Colaboración.¹⁶

Actividades Dependientes.- Son aquellas que se realizan bajo una orden o supervisión del médico o jefe inmediato.

Actividades Independientes.- Son las acciones que realiza la enfermera como resultado de sus conocimientos y su capacidad para decidir su actuación.

¹⁶ Murray P.H. B. R.M. Atkinson Leslie
"Proceso de Atención de Enfermería" 5ª Edición
México D.F. 1996, pag 115

Actividades de Colaboración.- Son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud, como resultado de una decisión conjunta del equipo.

Para la ejecución del plan de cuidados la enfermera debe reunir las siguientes capacidades: Cognoscitiva, Interpersonal y Técnica o Manual.

Cognoscitiva.- Se refiere a la capacidad intelectual necesaria para la toma de decisiones, la resolución de problemas, un pensamiento crítico y creatividad.

Interpersonales.- Son todas las actividades que realiza una persona para comunicarse con otra, la eficacia de la actividad de enfermería depende en gran medida de la habilidad de la enfermera para comunicarse con los demás.

Técnicas o Manuales.- Son las actividades que se realizan con las manos como la aplicación de técnicas y procedimientos o la utilización del equipo médico que se encuentra a su disposición.

Es de especial importancia el conocimiento de los principios científicos en los que se basa un procedimiento para que se pueda adaptar sin riesgos a cada individuo.

Para que la enfermera pueda aplicar o ejecutar el plan de cuidados de enfermería al individuo generalmente realiza las siguientes actividades; cuidar, comunicar, ayudar, educar, asesorar, actuar como abogado de la persona y agente de cambio, conducir y controlar.¹⁷

¹⁷ Op. Cit Murray pag 247, 48 y 49

Esta fase finaliza con el registro de las actividades de enfermería y las respuestas del paciente, esta información debe ser precisa, concisa y objetiva.

1.3.5 EVALUACIÓN

Es juzgar o valorar y consiste en valorar el grado en que se han logrado alcanzar los objetivos, es fundamental en el proceso de enfermería ya que a las conclusiones a las que se llega determina si la introducción de enfermería debe terminarse, revisarse o cambiarse. Constituye un proceso continuo y terminal.

Continuo.- Por que se realiza también durante la ejecución o implementación del plan de cuidados. En esta etapa la enfermera puede cambiar algunas actividades para ayudar al individuo a lograr sus objetivos.

Terminal.- Por que una vez aplicado el plan de cuidados de enfermería evalúa si se han cubierto los objetivos del individuo.

El proceso de evaluación tiene seis etapas:

1. Identificar los criterios de resultado

(estándares de medida) que utilizará para determinar el grado de alcance de los objetivos. Estos criterio tienen dos propósitos: Orientar la clase de datos de evaluación que se necesitan recoger y proporcionar un estándar para enjuiciar estos datos. Si estos criterios están bien definidos, son precisos y mensurables orientan al siguiente paso.

2. Recogida de Datos.

Los datos se recogen de manera que se puedan sacar conclusiones sobre el logro de los objetivos, por lo que los datos deben tener relación con los

criterios de resultado recogidos mediante la observación, la comunicación directa con la persona o los registros de otros profesionales de la salud.

Estos datos pueden ser objetivos y subjetivos.

Objetivos.- Son los mas útiles en la evaluación ya que estos son medibles.

El registro de los datos debe ser conciso y exacto.

3. Cuantificación de logro de los objetivos

Consiste en comparar los datos recogidos con los criterios establecidos dando tres posibles resultados.

- Si se ha logrado el objetivo; es decir la respuesta del individuo es la esperada.
- El objetivo se ha alcanzado parcialmente; o sea solamente se han alcanzado objetivos a corto plazo pero no los de largo plazo.
- Si no se ha cubierto el objetivo.

4. Relación de las actividades de Enfermería con los resultados del individuo

Jamás se debe suponer que las acciones de enfermería es el único factor casual de que se logren o no el total de los objetivos.

Por lo tanto la enfermera deberá revisar todos los aspectos del plan de cuidados y del proceso de enfermería independientemente de los objetivos que se hayan alcanzado, así como evaluar y reestructurar sus estrategias.¹⁸

5. Modificación del Plan

Cuando se determina la necesidad de cambiar o modificar el plan de cuidados la enfermera debe de seguir los siguientes pasos.

- Modificar los datos de valoración y para diferenciar los nuevos hallazgos se anota la fecha y alguna señal que nos indique que son nuevos.
- Revisar los diagnósticos y anotar igualmente la fecha a los nuevos.
- Revisar las prioridades del individuo, los objetivos y los criterios de resultado para correlacionarlos con los nuevos diagnósticos y fecharlos también.
- Establecer nuevas estrategias que correspondan a los diagnósticos estas estrategias pueden incrementar o disminuir las necesidades del individuo, cambio de esquemas y nuevas disposiciones en las actividades de enfermería que permitan agrupar actividades similares o para permitir al individuo periodos de descenso de actividades más largos.

6. Modificar los criterios de resultado.

Ajustándolos a los cambios del plan de cuidados. Estos cambios deben indicar el nivel de bienestar deseado por el individuo.

Invalidar los diagnósticos de enfermería incorrectos

¹⁸ Ibidem. Murray, pag 52-56

1.4 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Define de la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena) actividades que realizara por si mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria, todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson

Persona.- Necesidades Básicas.

Salud.- Independencia y Dependencia

 Causas de la dificultad o problema

Rol Profesional.- Cuidados básicos de enfermería.

 Relación con el equipo de salud

Entorno.- Factores Ambientales

 Factores Socioculturales

LA PERSONA Y LAS CATORCE NECESIDADES BÁSICAS

Cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tiene catorce necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.

9. Necesidad de evitar los peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.

LA SALUD. INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Virginia Henderson desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales que buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continuada con el fin de mantener un estado óptimo de la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe a tres causas y son: falla de fuerza, falta de conocimiento falla de voluntad.

INDEPENDENCIA

Es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo.

Los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

DEPENDENCIA

Se considera desde una doble vertiente. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades.

Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona.

CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades; se agrupan en tres posibilidades.

1. **FALTA DE FUERZA.**- Se interpreta por fuerza no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual estará determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
2. **FALTA DE CONOCIMIENTO.**- Relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. **FALTA DE VOLUNTAD.**- Entendida como incapacidad o limitación de la persona, para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en

la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

Las presencias de estas tres causas o de alguna de ellas como puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deberían ser valores para la planificación de las intervenciones correspondientes.

ROL PROFESIONAL

Cuidados básicos de enfermería y equipo de salud.

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. (V. H.) dice: "Este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla en el que es dueña de la situación".

ENTORNO

Comprende la importancia de los aspectos socioculturales y de los aspectos físicos (familia, grupo, aprendizaje, factores ambiente) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

APLICACIONES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención.

1.- ETAPA DE VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Sirve de guía en la recolección de datos, en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción.
- Las causas de dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad indefinidas.

2.- ETAPA DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN

En la cual se formulan objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectada, en la elección del modo de intervención más adecuada de la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impiden al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado. Lo que significa determinar el modo de intervención más adecuada a la situación, todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

3.- ETAPA DE EVALUACIÓN

Determina los criterios que nos indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados pues nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápido posible ya que nuestra

actuación va encaminada a ayudarle al individuo a alcanzar dicha independencia por si mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.¹⁹

¹⁹ Op. Cit Fernández Ferrin Gloria Novel Martí pags 3 a la 10.

1.5 PATOLOGÍA APENDICITIS AGUDA

1.5.1 CONCEPTO

Es la inflamación de la apéndice, es un órgano hueco adherido al intestino grueso ubicado en la parte inferior derecha del abdomen.

Es un órgano diverticular en contacto con el contenido séptico del colón particularmente predispuesto a la infección.²⁰

Los defectos congénitos del apéndice, como divertículos, duplicación o ageneosa son raros y tienen poca importancia clínica. El apéndice en ocasiones es afectado por tumores, como carcinoides y adenocarcinoides y por enfermedades inflamatorias del ciego e íleon como tuberculosis, fiebre, tifoidea o enteritis regional, pero la enfermedad más importante del apéndice es la inflamación.

1.5.2 FRECUENCIA

La apendicitis aguda es el padecimiento quirúrgico agudo más común del abdomen.

Se presenta en todas las edades en el niño pequeño rara vez, este padecimiento afecta a individuos de cualquier sexo antes de la pubertad aunque entre los 15 y 25 años es más frecuente en los hombres.

²⁰ Praxis Médica

"Aparato Digestivo, Peritonco, Hernias" Editor: S.A. Praxis Médica
Alcalá, 126 Madrid - 9 pag 4580

1.5.3 ETIOLOGÍA

La obstrucción de la luz es el factor más común en la patogénesis de la apendicitis aguda. Los fecalitos son la causa de la obstrucción apendicular y menos comunes la hipertrofia del tejido linfoide, la solidificación del bario de estudios radiograficos previos, legumbres y semillas de frutas, parásitosis gastrointestinales como ascaris.

Se encuentran fecalitos en el 40% de las apendicitis agudas simples, en casi 65% de las gangrenadas sin rotura y en el 90% de éstas últimas con rotura.

Es probable que la secuencia de fenómenos consecutivos a la oclusión de la luz sea: Un bloqueo - proximal produce la obstrucción de asa cerrada y secreción normal de la mucosa apendicular causando distensión con rapidez.

La capacidad luminal normal del apéndice es aproximadamente de 0.1 ml y una secreción de 0.5 ml aumenta la presión intraluminal. El hombre es capaz de secretar a presiones altas que puede causar gangrena u perforación. Ésta distensión estimula terminaciones nerviosas y origina dolor, difuso, vago en la mitad del abdomen ó epigastrio bajo. El peristaltismo se estimula por el aumento de la distensión, el cual aumenta por la secreción constante y por la multiplicación rápida de bacterias que residen en el apéndice. Conforme aumenta la presión en el apéndice se obstruyen capilares y venas, originando ingurgitación y congestión vascular continua, lo que afecta a la serosa del apéndice y a su vez el peritoneo parietal lo que origina el dolor en el cuadrante inferior derecho. A medida que la distensión progresiva aumenta hay menor irrigación y se presentan infartos elipsoidales, la invasión bacteriana compromete el riego y hay más infartos ocurriendo la perforación del apéndice.

En individuos con apendicitis gangrenosa o perforada se han cultivado anaerobios y aerobios o bacterias facultativas del líquido perineal como: Bacteroides y E. Coli gérmenes como Peptospreptococcus 80% seudomona 40% B. Splanchnicus 40% y Lactobacillus 37%.

En niños se cultivaron más comúnmente Bacteroides, E. Coli y estreptococos.²¹

1.5.4 SINTOMATOLOGIA

Síntomas.- El principal síntoma de la apendicitis aguda es el dolor abdominal al inicio se centra en el epigastrio de intensidad moderada y constante en el transcurso de 4 a 6 horas el dolor se localiza en el cuadrante inferior derecho.

La variación de la situación anatómica del apéndice explican el sitio principal de la localización del dolor.

En un apéndice largo con la punta inflamada en el cuadrante inferior izquierdo causa dolor en esa área.

El apéndice retrocecal puede localizarse el dolor en la espalda y principalmente en el flanco.

Apéndice pélvico por lo general el dolor es suprapúbico. En un apéndice retroileal puede ocasionar dolor testicular.

²¹ Schwartz, Shircs, Spincer
"Principios de Cirugía" 6ª Edición Volumen II

En la apendicitis casi siempre se observa anorexia y vomito aunque la mayoría de los enfermos solo vomitan una o dos veces.

En niños particularmente hay diarrea. En más del 95% de los pacientes con apendicitis aguda el primer síntoma es anorexia seguido de dolor abdominal y a su vez de vomito.

Signos.- En la apendicitis no complicada los signos vitales no varían mucho, el pulso puede estar aumentado.

Los pacientes con apendicitis prefieren estar acostados con los muslos flexionados pues cualquier movimiento aumenta el dolor, hay hipersensibilidad principalmente en el punto de Mc Burney localizado entre 2.5 y 6.5 cm de la apofisis espinosa anterior del ilaceo en una línea recta hasta el obliquo.

Hipersensibilidad de rebote directa con frecuencia referida o indirecta, más intensa en el cuadrante inferior derecho lo cual indica irritación peritoneal.

Sino de Rovsing.- Dolor en el cuadrante inferior derecho cuando se presiona en el lado opuesto.

Hiperestesia Cutánea.- Consiste en una sensación dolorosa a la palpación de la piel, hay inervación de los nervios raquídeos a la derecha T₁₀ T₁₁ T₁₂.

Hiperbaralgnesia.- Es el dolor provocado por el pellizcamiento del tejido celular subcutáneo.

Resistencia Muscular de la pared del abdomen a la palpación es de acuerdo a la intensidad del proceso inflamatorio al inicio de la patología hay defensa muscular voluntaria y a medida que progresa la irritación peritoneal el espasmo muscular aumenta y se torna involuntario.

De acuerdo a la posición en que se encuentre el apéndice originan variaciones de los datos físicos.

Signo de Psoas.- Se refiere a la prueba que consiste en pedirle al individuo que se acueste sobre su izquierda y el médico extiende con lentitud el muslo derecho estirando en consecuencia al músculo iliopsoas, la prueba es positiva si la maniobra causa dolor.

Signo Obturador Positivo de dolor hipogástrico al estirar el obturador interno indica irritación en ese sitio.²²

1.5.5 DIAGNOSTICO

En una apendicitis aguda no complicada hay una leucocitosis de 10,000 a 18,000 mm^3 si la leucocitosis es mayor de 18,000 mm^3 es probable que haya apendicitis perforada.

La orina es normal a menos que el apéndice se encuentre cerca del uréter o la vejiga en estos casos se puede observar leucocitos y eritrosis.

En las radiografías simple de abdomen suelen mostrar una o dos asas de intestino delgado distendidas en el cuadrante inferior derecho y con menor frecuencia distensión secal.

²² Gama Carpio José Pedro
"Gastroenterología" Tomo 1

ULTRASONOGRAFIA (U.S.G.)

Se ha utilizado para completar el diagnóstico clínico en el 80% de los casos se observa una apendicitis inflamada.

La U.S.G. es particularmente útil para diferenciar una ileotifitis bacteriana de la apendicitis.

LAPAROSCOPIA

Este procedimiento puede utilizarse para diferenciar una afección ginecológica e ileitis de la apendicitis si se establece el Dx de apendicitis se puede hacer una apendicectomía Laparoscópica.

1.5.5.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial en esencia es el abdomen agudo y se debe a que las manifestaciones clínicas no son específicas de una afección determinada. Por lo que puede haber un cuadro clínico prácticamente idéntico a una gran variedad de procesos agudos de la cavidad abdominal.

El diagnóstico diferencial de apendicitis depende de tres factores principales: La localización anatómica del apéndice inflamado, etapa del proceso simple o roto y edad y sexo del individuo.²³

Editor Méndez Oteo, pag 876, 877

²³ Op. Cit Schwartz, pag 1351, 1352

Adenitis Mesentérica Aguda.- Es la afección que se confunde con mayor frecuencia en apendicitis aguda en los niños así como la gastroenteritis aguda.

Otros padecimientos son:

Padecimientos gineco-obstétricos.- Embarazo en el primer trimestre, enfermedad inflamatoria de los anexos, anexitis, tumores de ovario malignos, absceso de ovario y trompa y embarazo extrauterino.

Padecimientos de vías urinarias.- Infecciones de vías urinarias, infecciones de uretra, de vejiga, de ureteros, de riñón y litiasis.

Padecimientos de colon e intestino delgado.- Tiflitis, colitis (parasitaria y no parasitaria), diverticulitis, poliposis, tumores (malignos y benignos), adenitis mesentérica, divertículo de mekel, parasitosis, enf. chrom, enf. colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) y hemorroides, abscesos perineales, fistulas y fisuras.

Padecimientos extra intestinales digestivos.- Úlcera gástrica o duodenal, cáncer (gástrico), colesistitis, pancreatitis, insuficiencia hepática y hepatitis.

Padecimientos extra abdominales.- Fractura de pelvis, torsión de testículo, orquiepididimitis.

Apendicitis en Jóvenes

Este padecimiento es más grave en lactantes y niños ya que el índice de rotura es más alto originando mayor morbimortalidad. La precisión diagnóstica es mucho más baja que en adultos. Se presenta un cuadro clínico menos típico hay fiebre más alta y más vómitos.

La afección progresa con mayor rapidez que en el adulto, la gangrena y la rotura ocurre antes en la evolución de la apendicitis en niños la frecuencia varía de 15 al 50% y en preescolares es más alta 50 al 85%.

La rotura de la apéndice gangrenosa va seguida con mayor frecuencia de peritonitis difusa y abscesos intraabdominales el proceso de tabicamiento es menos eficaz porque el epiplón mayor es pequeño y no se ha desarrollado por completo.

Apendicitis en la edad avanzada

Al igual que en los niños la apendicitis aguda en los ancianos es más grave, con frecuencia la apendicitis es muy engañosa es esta edad porque las manifestaciones clínicas son más leves a menudo el dolor abdominal es más leve y preocupa poco, la fiebre y la respuesta leucocitaria en algunos enfermos de edad avanzada se encuentran dentro de límites normales. Debido a esta evolución engañosa en 67 a 90% de los enfermos se encuentra un apéndice roto durante la intervención.

Apendicitis en el Embarazo

Es la urgencia extrauterina más común y es más frecuente en los dos primeros trimestres. El diagnóstico es difícil ya que en el embarazo es común las náuseas y el dolor abdominal.

El desplazamiento del apéndice por el útero gestante cambia la localización del dolor y de hipersensibilidad máxima, a una posición más alta y externa, en casos atípicos puede hacerse una Laparoscopia es esencial extirpar el apéndice con inflamación aguda antes de que se perforo.

Apendicitis en Pacientes con SIDA e Infección VIH

En estos enfermos la apendicitis se presenta en la misma sintomatología que en enfermos con capacidad inmunológica.

El tratamiento es quirúrgico al igual que en los demás enfermos.

1.5.6 TRATAMIENTO

No existe mas que un tratamiento para la apendicitis aguda y sus complicaciones que es el tratamiento quirúrgico.²⁴

En la apendicitis aguda sin rotura esta indicada una apendicectomía inmediata tan pronto estén los estudios mínimos compatibles con un buen ejercicio médico.

²⁴ http://pedisurg.com/spanishpedisurg/sp_apendicitis.htm.

En la apendicitis rota con peritonitis local o flemón se aconseja una preparación previa a la cirugía en la cual se instituye una aspiración nasogástrica, y suficientes líquidos intravenosos para corregir el déficit sistemático de líquidos y electrolitos, se utilizan grandes dosis de antibióticos sistémicos.

Los pacientes con apendicitis rota ocasiona peritonitis diseminada también deben de prepararse con toda la prisa deliberada para una intervención quirúrgica temprana.

1.5.7 COMPLICACIONES

Casi todas las complicaciones tempranas importantes son sépticas e incluyen abscesos e infección de la herida siendo esta última más común, pero casi siempre se limita al tejido subcutáneo y responde con rapidez al drenaje de la herida, la infección de la herida predispone a su dehiscencia, con la incisión de Mc. Burney rara vez ocurre este problema, la eficacia de la antibioticoterapia sistemática para reducir la frecuencia de infecciones, como el uso de Metronidazol o la combinación de clindamicina sistémica y ampicilina tópica.

Los abscesos intrabdominales secundarios a contaminación peritoneal por apéndice gangrenosa o perforada han disminuido de manera importante a partir de la introducción de antibióticos potentes.

Las complicaciones tardías son muy raras, después de una apendicectomía ocurren obstrucciones intestinales por adherencias pero con mucha menor frecuencia que en la terapéutica quirúrgica pélvica.

1.5.8 PRONOSTICO

El pronostico de la apendicitis aguda es bueno cuando su tratamiento es en las primeras veinticuatro horas.

Cuando pasa de 24 hrs. y de acuerdo a la complicación que presenta el diagnóstico cambia hasta ser fatal cuando se acompaña de septicemia o falla orgánica múltiple.

II. METODOLOGÍA

La siguiente metodología se realizó a un paciente del sexo masculino en un Dx de apendicitis aguda, que ingresó al servicio de urgencia el día 7 de agosto a las 24 p.m.

a) **VALORACIÓN.**- Es la primera etapa del P.A.E.; durante esta etapa se necesita reunir y examinar la información con el fin de obtener todos los hechos necesarios para definir el estado de salud del individuo y describir sus capacidades y problemas.²⁵

Los métodos de valoración incluyen: observación, entrevista, exploración física e historia de enfermería.

Ésta valoración se llevo a cabo mediante un formato que fue utilizado para la recopilación de datos y de acuerdo a la información obtenida se propusieron las acciones de enfermería encaminadas a solucionar la problemática detectada.

(Formato 1)

b) **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Es la evaluación de las respuestas del paciente a sus experiencias personales. Es un informe de los problemas del paciente incluyendo su condición física, limitaciones y forma de adaptarse.

²⁵ *Ibidem* Alfaro, pag 36

Para los diagnósticos de enfermería se utilizó la taxonomía de la NANDA compatible con el modelo de Virginia Henderson basado en las catorce necesidades básicas.²⁶

c) PLANEACIÓN

Esta etapa tiene como propósito la elaboración de los planes de cuidados de enfermería, estratégicos e individualizados que se diseñan con el fin de efectuar cambios en el estado de salud del individuo o individuos a quienes esta dirigido.²⁷

El plan de cuidados se elaborará de acuerdo a la importancia de las necesidades detectadas en el individuo.

Priorizar y jerarquizar cada una de estas necesidades así también se establecerá un objetivo para cada una de ellas.

El plan de cuidados de enfermería se aplicó con la participación de la enfermera, paciente y familiar.

²⁶ Ibidem Carpenito, pag 49

²⁷ Ibidem, Beverly Witer, pag 137

d) EJECUCIÓN

La ejecución es la aplicación real de la atención de enfermería, ya sea la terapia de enfermería o los tratamientos, significa actuar, poner en práctica el plan teniendo en cuenta que las acciones han de ser sobre todo éticas.²⁸

En la ejecución del plan de cuidados se desarrollan las acciones de enfermería encaminadas a satisfacer las necesidades ya detectadas en el individuo.

Para la aplicación de este plan de cuidados se utilizó el siguiente formato que consta de los siguientes datos: Necesidad, Dx de Enf. Objetivo, Intervención (c. del Enf) Justificación (Razón científica).

(Formato 2)

e) EVALUACIÓN

Es la etapa final del proceso de atención de enfermería que consiste en comparar las acciones de enfermería con los resultados obtenidos.²⁹

La evaluación del proceso de enfermería es una revisión de los resultados reales en los pacientes comparados con los objetivos planteados y la modificación correspondiente de estos.

Este plan debe evaluarse constantemente para poder identificar el progreso de la persona y nuestros objetivos alcanzados y modificarlos si fuera necesario.

La evaluación en este plan de cuidados se efectuó al final de cada necesidad.

²⁸ *Ibidem* Murray, pag 115

²⁹ *Ibidem*. Fernández Ferrín, pag 9

III APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

3.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de adolescente masculino de nombre J. M. J. G. de 15 años de edad originario del Estado de Hidalgo con residencia actual en Francisco Villa Municipio de Zempoala Hgo; estado civil soltero de religión católica, estudiante actualmente cursando el segundo semestre de bachillerato de medio socio económico bajo, el cual ingresa al servicio de urgencias el día 7/08/00 aproximadamente a las 24 horas por presentar las siguientes necesidades:

- **Termorregulación:** Manifestada por una temperatura cuantificada en 40°C así como escalofríos y diaforesis.
- **Hidratación:** Manifestada por el vomito, evacuaciones deareicas y fiebre.
- **Oxigenación:** Manifestada por respiraciones rápidas y superficiales.
- **Reposo y Sueño:** Manifestada por el dolor que presenta en fosa ilíaca derecha: e irritabilidad y nerviosismo.
- **Comunicación:** Manifestado por ansiedad y temor al ambiente hospitalario.
- **Moverse y mantener una buena postura:** Manifestado por la intolerancia al movimiento causado por el dolor en fosa ilíaca derecha y tensión muscular.
- **Aprendizaje:** Manifestada por la falta de conocimiento sobre su padecimiento actual así como sus consecuencias.

3.2. Valoración

Formato I

Valoración de enfermería

Fecha de ingreso 7-08-00 Hora 24:00 Acompañante Madre

Ingreso de: Domicilio Particular: X Otro Institución — Urgencias —

Forma de llegada: Deambulando — Vehículo Particular X Ambulancia —

Dx. de Ingreso: Probable Apendicitis

Inicio del padecimiento actual 7 Agosto 2000

1. Mantenimiento Salud

a) Tratamiento	Prescrito	Automedicación	Dosis	Frecuencia
Ampicilina		X	1 gr	C/8 hrs.

b). Toxicómanas:

Tabaco — Frecuencia — Fecha Inicio — Fecha termino —

Alcohol — Frecuencia — Fecha Inicio — Fecha termino —

Drogas — Frecuencia — Fecha Inicio — Fecha termino —

Otros (especificar) —

c) Alergias

Medicamentos — Alimentos — Otros —

II Patrón de Nutrición

a) Ingesta alimenticia en las ultimas 24 horas

Desayuno - Comida - Cena -

Apetito normal X Aumentado — Disminuido —

Nauseas — Vomito En una ocasión

Peso 60 Kilos Talla 1.65 mts Constitución delgado

III.- Patrón de eliminación

a) Hábitos Intestinales Normal — Costipación — Diarrea —

Características Líquida fétida

Hábitos vesicales Normales — Disuria —

IV Patrón de Actividad y Ejercicio

Practica Algún deporte Si Cuantos días a la semana 2 horas 1/3º día

V Patrón Reposo y Sueño

Cuantas horas duerme 8 Toma Siesta No Sufre Insomnio No

3. Ap. Metabólico Tegumentario

a) Piel

Integra — Lesiones — Edema — Otros húmeda

b) Boca

Dentadura Normal Caries — Hidratación si

c) Abdomen

Ruidos Peristálticos — Presentes X Ausentes —

Forma plana Volumen —

Dolor — Cólico — Pungitivo X

Búsqueda de datos de Irritación Peritoneal

4. Ap Neurosensorial

Nivel de Consciencia — Consciente X Inconsciente —

Pupila — Isocóricas X Normoreflexivas X

Cap Motora — Movilidad X Sensibilidad X

5. Ap Muscular Esquelético

Equilibrio X Marcha Pet encamado

Fuerza en MT. — Fuerte X Débil — Parálisis D —

Fuerza en MP — Fuerte X Débil — Parálisis D —

Posición antálgica

3.3. DX. DE ENFERMERÍA

3.3.1 NECESIDAD DE TERMORREGULARIZACIÓN.

DEFINICIÓN.- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo.

Este debe conservar una temperatura más o menos constante (la asociación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1°C y 38°C) para mantenerse en buen estado.³⁰

Dx de Enfermería.- Hipertermia asociado a proceso inflamatorio probablemente infeccioso causado por un cuadro de apendicitis aguda manifestado por fiebre cuantificada de 40°C escalofríos y diaforesis.

3.3.2 NECESIDAD DE OXIGENACIÓN O RESPIRAR

DEFINICIÓN.- Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular.

Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer la necesidad.³¹

Dx de Enfermería.- Patrón respiratorio ineficaz asociado a hipoventilación manifestado por respiraciones rápidas y superficiales.

³⁰ RIOPELLE LISE, Grondin Louise, Phaneuf Margot, "Cuidados de enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona" Editorial Mc Graw Hill Interamericana España 1997 pagina 35-36

³¹ Op Cit RIOPELLE LISE pagina 7.

3.3.3 NECESIDAD DE HIDRATACIÓN

DEFINICIÓN.- Beber y comer es la necesidad de todo organismo e ingerir y absorber alimentos de buena calidad y en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.³²

Dx de Enfermería.- Déficit de volumen de líquidos asociado a desequilibrios hídrico manifestado por la presencia de vomito y evacuación dearréica.

3.3.4 REPOSO Y SUEÑO

DEFINICIÓN.- Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.³³

Dx de Enfermería.- Alteración del reposo y sueño asociado a la patología y manifestado irritabilidad y nerviosismo.

3.3.5 NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

DEFINICIÓN.- La necesidad de comunicar es una obligación que tiene el ser humano de humano de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opciones, experiencias e información.³⁴

³² *Ibidem* Riopelle Lise pagina 14

³³ *Ibidem* Riopelle Lise pagina 29

Dx de Enfermería.- Deterioro de la comunicación asociado a una alteración de la personalidad manifestada por el temor al ambiente hospitalario.

3.3.6 NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DEFINICIÓN.- Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineados permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo.

La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.³⁵

Dx de Enfermería.- Intolerancia al movimiento asociado al dolor manifestado por la tensión muscular y la flexión del miembro pélvico derecho (M.P.D.)

3.3.7 NECESIDAD DE APRENDER

DEFINICIÓN.- Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos actitudes y habilidades para la modificación de su comportamiento o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o recobrar la salud.³⁶

Dx de Enfermería.- Déficit del conocimiento asociado a la falta de información sobre la patología manifestado por la ansiedad, nerviosismo y temor.

³⁴ Ibidem Riopelle Lise pagina 49

³⁵ Ibidem Riopelle Lise pagina 23

³⁶ Ibidem Riopelle Lise pagina 68

3.4 PLANEACIÓN

NECESIDADES JERARQUIZADAS

- Termoregularización
- Oxigenación
- Hidratación
- Reposo y Sueño
- Comunicación
- Moverse y mantener una buena postura
- Aprendizaje

3.5. Ejecución y Evaluación

FORMATO DEL PLAN DE CUIDADOS

Necesidad.- <u>Termorregulación</u>	
Dx. de Enf. <u>Hipertermia asociado a proceso inflamatorio probablemente infeccioso causado por un cuadro de apendicitis aguda y manifestada por fiebre cuantificada de 40° C, escalofríos y diaforesis</u>	
Objetivo.- <u>Controlar la temperatura y mantener eutérmico al individuo</u>	
Acciones de enfermería	Fundamentación científica
Control de temperatura por medios físicos	➤ La temperatura óptima para la actividad enzimática normal esta dentro de los límites de la temperatura corporal la cual fluctúa entre 36 y 38° C con un promedio de 37° C ³⁷
Colocación de compresas húmedas y frías. Toma y registro de la temperatura cada hora.	➤ El cuerpo pierde calor a través de la evaporación ³⁸ ➤ La función de las células del organismo se altera cuando la temperatura es menor de 34.5° C o mayor de 40° C ³⁹
Descubrir la mayor parte de la economía corporal.	➤ El calor que se desprende de la superficie corporal por evaporación depende de la superficie cutánea expuesta ⁴⁰
Recabar exámenes de laboratorio	➤ La elevación de la cuenta leucocitaria por arriba de los 11 mil leucocitos nos habla de un proceso inflamatorio. ⁴¹

³⁷ NORDMARK/Rohweder.- "Bases Científicas de la Enfermería" 2ª Edición, Editorial el Manual Moderno México D.F. Santa Fé de Bogotá 1996 pagina 291

³⁸ Op Cit NORDMARK/ Rohweder pagina 291

³⁹ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 293

⁴⁰ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 291

⁴¹ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 293

Acciones de enfermería	Fundamentación científica
Monitoreo de signos vitales cada hora	➤ Permite detectar, evaluar cambios importantes en los parámetros normales. ⁴²
Mantener al individuo en reposo	➤ El ejercicio hace que la temperatura corporal se eleve ⁴³
Cambio de ropa de cama	➤ Mantener seco el paciente permite una mejor evaporación de la piel. ⁴⁴
Baño de regadera	➤ El calor que se desprende de la superficie corporal es por evaporación ⁴⁵
Evaluación: Posterior al manejo el paciente presenta una franca dimensión de la temperatura cuantificándose en 38° C	

⁴² Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 169

⁴³ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 292

⁴⁴ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 293

⁴⁵ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 292

Necesidad.- <u>Oxigenación</u>	
Dx. de Enf. <u>Patrón respiratorio ineficaz asociado hipoventilación manifestado por respiración rápidas y superficiales</u>	
Objetivo.- <u>Orientar al individuo sobre la forma correcta de respirar para mejorar un aporte de oxígeno adecuado</u>	
Acciones de enfermería	Fundamentación científica
Explicar al paciente la forma correcta de respirar.	➤ Todas las células requieren de la administración continua y suficiente de oxígeno ⁴⁶
Disminuir la ansiedad del individuo mediante una comunicación directa	➤ La frecuencia y la amplitud respiratoria se encuentra afectada por las emociones ⁴⁷
Permitir que un acompañante o familiar este a su lado	➤ Debe reducirse al máximo la ansiedad ⁴⁸
Colocar al paciente en posición Semifowler	➤ Mantener una postura adecuada que facilita la respiración. ⁴⁹
Valorar la frecuencia respiratoria.	➤ Una respiración ineficaz puede afectar al aporte de oxígeno a las células del organismo ⁵⁰
Evaluación: El paciente presenta ligera mejoría en el patrón respiratorio.	

⁴⁶ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 86

⁴⁷ Ibidem RIOPELLE Lise pagina 11

⁴⁸ Ibidem RIOPELLE Lise pagina 11

⁴⁹ Ibidem RIOPELLE Lise pagina 10

⁵⁰ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 93

Necesidad.- <u>Hidratación</u>	
Dx. de Enf. <u>Déficit de volumen de líquidos asociado a desequilibrio hídrico</u> <u>manifestando por la presencia de vómito, evac. Líquidas y fiebre.</u>	
Objetivo.- <u>Ayudar a recuperar y mantener el equilibrio hídrico del individuo</u>	
Acciones de enfermería	Fundamentación científica
Control de líquidos	➤ Para conservar el equilibrio hídrico del organismo son esenciales volúmenes suficientes de agua ⁵¹
Mantener vía endovenosa permeable	➤ Los líquidos parenterales reponen los líquidos perdidos por cualquier vía. ⁵²
Vigilar volumen y características de la uresis	➤ Los riñones excretan continuamente de 60 a 120 c. C. De orina por hora. ⁵³
Vigilar número y características de la evacuaciones	➤ El aumento de la motilidad intestinal disminuye la absorción de agua. ⁵⁴
Ministrar analgésico para disminuir el dolor	➤ El volumen de orina depende la presencia de dolor ⁵⁵
Brindarle apoyo y confianza al paciente.	➤ La tensión emocional influye en la producción de orina. ⁵⁶
Cualificar ingresos y egresos del paciente	➤ La cantidad de agua que hay en el organismo depende del equilibrio entre el ingreso y egreso diario ⁵⁷
Evaluación: Se realiza una cuantificación de ingresos y egresos obteniéndose un balance positivo	

⁵¹ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 188

⁵² CARPENTITO Lynda Juall, "Planes de cuidados y documentación en enfermería", segunda edición Editorial Interamericana Mc Graw Hill España 1994 pagina 735

⁵³ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 198

⁵⁴ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 244

⁵⁵ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 198

⁵⁶ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 198

⁵⁷ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 193

Necesidad.- Reposo y sueño

Dx. de Enf. Aliteración del patrón del reposo y sueño asociado a la patología y manifestación por irritabilidad y nerviosismo

Objetivo.- Proporcionar un ambiente intrahospitalario tranquilo dentro de las posibilidades del servicio

Intervención de enfermería	Razón científica
Disminuir el Estado emocional del paciente	➤ El nerviosismo es un Estado de inquietud mental que causa alteraciones en el sueño. ⁵⁸
Brindar apoyo y confianza permitiendo al paciente expresar sus sentimientos y emociones	➤ Los estados emocionales pueden alterarse por los estímulos ambientales. ⁵⁹
Proporcionar información en cuanto a los procedimientos que se le van a realizar	➤ Una información adecuada produce tranquilidad y confianza ⁶⁰
Favorecer un ambiente de tranquilidad	➤ Los adolescentes generalmente necesitan dormir de 12 a 14 horas diarias ⁶¹
Procurar un ambiente adecuado evitándole estímulos ambientales (Ruido, Luz)	➤ El sueño restablece el equilibrio normal del sistema nervioso ⁶²
Cambio de ropa de cama	➤ La ropa limpia y seca permite la evaporación de la superficie corporal. ⁶³

Evaluación:
Se logra disminuir la ansiedad aunque no concilia el sueño.

⁵⁸ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 306
⁵⁹ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 597
⁶⁰ Op Cit CARPENITO pagina 519
⁶¹ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 303
⁶² Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 304
⁶³ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 293

Necesidad.- <u>De comunicación</u>	
Dx. de Enf. <u>Deterioro de la comunicación asociando a una alteración de la personalidad manifestada por temor al ambiente intrahospitalario.</u>	
Objetivo.- <u>Proporcionar un medio adecuado de comunicación entre el individuo el personal de salud y familia</u>	
Intervención de enfermería	Razón científica
Tener una actitud positiva hacia el paciente	➤ La confianza hace que el individuo entable una comunicación directa ⁶⁴
Dirigirse al individuo en un lenguaje que sea entendible para el	➤ El nivel educación hace más fácil la comprensión del mensaje ⁶⁵
Orientar al acompañante sobre la forma en que puede apoyar al paciente	➤ La comunicación entre paciente y familiar disminuye el estado emocional del paciente ⁶⁶
Proporcionar un ambiente agradable y de tranquilidad	➤ Los factores ambientales influyen en la comunicación ⁶⁷
Evaluación: El paciente manifiesta más confianza con el grupo de salud.	

⁶⁴ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 586

⁶⁵ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 588

⁶⁶ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 404

⁶⁷ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 592

Necesidad.- <u> Moverse y mantener una buena postura </u>	
Dx. de Enf. <u> Intolerancia al movimiento asociado al dolor manifestado por la tensión muscular y la flexión del M. P. D. </u>	
Objetivo.- <u> Mantener una buena postura </u>	
Intervención de enfermería	Razón científica
Orientar al individuo sobre el padecimiento	➤ Se debe reducir al máximo las emociones ⁶⁸
Indicar al paciente de forma de moverse o desplazarse en la cama	➤ La postura correcta y una mecánica corporal adecuada reduce el esfuerzo ⁶⁹
Evitar esfuerzos innecesarios al paciente	➤ La postura correcta del cuerpo ocurre cuando las fuerzas musculares que se necesitan para balancear, el peso que producen las diferentes partes del cuerpo son mínimos ⁷⁰
Mantener informado al paciente sobre la evolución de su padecimiento	➤ La estrecha comunicación entre la enfermera y el paciente disminuye el nerviosismo y ansiedad ⁷¹
Evaluación: Se permite al paciente elegir la posición más cómoda siendo esta en decúbita dorsal ligeramente elevada la cabeza. Posición que le permite respirar normalmente y mantener una buena postura.	

⁶⁸ Ibidem CARPENITO pagina 420

⁶⁹ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 329

⁷⁰ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 329

⁷¹ Ibidem NORDMARK/ Rohweder pagina 586

IV CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegaron al realizar este trabajo me llevan a confirmar que actualmente la enfermera debe de estar preparándose constantemente dentro de su profesión, que la teoría y la practica deben de ir de la mano una complementándose con la otra ya que si deja de actualizarse y de continuar con el hábito de leer y estudiar este tipo de trabajo se toman más difíciles de lo que verdaderamente son.

Creo que se debe de motivar más a la enfermera desde las mismas aulas de formación académica encaminándolas a la investigación para que la enfermería pueda avanzar y alcanzar los niveles de otras profesiones.

La motivación es un factor muy importante en el desarrollo de la enfermera y de la enfermería como profesión, ya que no se le ha dado el reconocimiento que debe de tener dentro de las disciplinas de la salud por lo que un porcentaje importante de enfermeras se vuelven apáticas tanto en su quehacer diario como en su superación profesional pues pocas instituciones respaldan a su personal para que este siga superándose.

Al realizar el presente trabajo me encontré con algunas limitantes dentro de la institución donde laboro, pues para la aplicación del PAE y siguiendo la metodología recomendada fue difícil por lo siguiente: Primero no se cuenta con el personal de enfermería suficiente ya que la carga de trabajo es bastante considerable para las cinco enfermeras que laboramos en el servicio de urgencias.

No existe personal para cubrir vacaciones, incapacidades e incidencias lo que de alguna manera es una limitante para aplicar la metodología a cada paciente que ingresa a la unidad.

La falta de disponibilidad de personal de los otros turnos es otra limitante ya que no se puede llevar un seguimiento adecuado ni una evaluación constante de resultados, ni mucho menos replantear los diagnósticos de enfermería y objetivos.

Los recursos materiales son un factor muy importante en el logro de nuestros objetivos pues el no contar con suficiente equipo y material así como la calidad del mismo obstaculiza el buen desempeño de la enfermera en la atención del individuo.

Por otro lado creo que sin tener que realizar una metodología sistemática, de manera informal es aplicando el PAE en la práctica diaria a cada uno de las personas que ingresan a la unidad ya que en el primer contacto que se tiene con el individuo podemos detectar algunas de sus necesidades básicas que en ese momento manifiesta y tratamos de satisfacerlas de la mejor manera posible aunque no estén plasmadas en un documento.

Para que el PAE se pueda aplicar a todo individuo que amerite ser hospitalizado sería recomendable que la institución hospitalaria se identifique con un modelo de atención, que agrupe las principales patologías que son causa de internamiento y en base a esto crear una taxonomía interna de padecimientos para que puedan ser creados los PAE conjuntamente con el equipo de salud.

Al aplicar el PAE a un determinado individuo con un diagnóstico específico me doy cuenta cuan importante es poder brindarle una atención integral no solamente realizando una rutina sino realmente poder detectar cada necesidad del individuo y lograr su satisfacción o intentar por lo menos satisfacerla, estando consciente de lo que se le hace por que se le hace y cuales son los resultados que uno espera del paciente. Si este proceso se aplicara a cada uno de los individuos

creo que se lograría una mayor aceptación y una mejor relación entre individuo, familia y personal de salud.

V GLOSARIO DE TERMINOS

APENDICULAR.-	Perteneiente o relativo al apéndice.
FECALITO.-	Masa de heces pequeña y dura.
HIPERTROFIA.-	Crecimiento anormal de un tejido o de un órgano, desarrollo excesivo.
HIPOCONDRIO.-	Cada una de las partes laterales de la parte superior del abdomen.
LEUCOSITOSIS.-	Elevación de las cifras normales de leucocitos
FIEBRE.-	Es la elevación de la temperatura.
AEROBIO.-	Seres vivos cuya existencia depende de la presencia del oxígeno.
ANAEROBIO.-	Microorganismos o ciertos tejidos que se desarrollan en medios carentes de aire o sea sin oxígeno, extrayendo la energía que precisan para vivir de las sustancias orgánicas que descomponen.
ANOREXIA.-	Perdida del apetito cualquiera que sea su causa.
SUPINA.-	Posición de una persona en decúbito dorsal.
HIPERESTESIA.-	Sensación dolorosa a la palpación de la piel.

HIPERBARALGESIA.- Dolor provocado por el pellizcamiento del tejido celular subcutáneo.

PERITONEO.- Membrana serosa que tapiza interiormente la cavidad del abdomen (peritoneo parietal) y los órganos que contiene (peritoneo visceral).

GANGRENA.- Necrosis local de los tejidos.

TAXONOMIA.- Ciencia biológica que estudia la clasificación de los seres vivos según sus afinidades morfológicas, fisiológicas, genéticas y filogenéticas; para ello agrupa a los organismos en distintos taxones.

NECESIDAD.- Requerimiento de una persona que cuando se satisface, alivia o reduce el sufrimiento o promueve una sensación de adecuación y bienestar.

INTERVENCIÓN.- Acción realizada para prevenir, curar o controlar un problema de salud.

DATO.- Antecedente necesario para llegar al conocimiento exacto de una cosa. Documento, testimonio, fundamento.

SIGNO.- Dato objetivo que indica una anomalía o alteración.

SINTOMA.- Dato subjetivo que indica una alteración o anomalía.

CUIDADOS.-	Método de administración de cuidados de salud que se centra en reducir al mínimo las estancias en el hospital mediante la identificación temprana de objetivos, la utilización óptima de los recursos y la coordinación de los servicios.
ANSIEDAD.-	Estado de inquietud o zozobra del estado de animo. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades.
COMUNICAR.-	Hacer a otro participe de lo que uno tiene. Descubrir, manifestar o hacer saber a uno alguna cosa, conversar tratar con alguno de palabra o por escrito.
COMPRESA.-	Pedazo de algodón o gasa con varios dobleces que se pueda utilizar como apósito.
AMBIENTE.-	Conjunto de factores externos potencialmente capaces de influir en un organismo. Disposición de un grupo social o de un conjunto de personas respecto de alguien o algo.
POSTURA.-	Disposición anatómica de las diferentes partes del cuerpo, en reposo o en movimiento.
PERCEPCIÓN.-	Aprehensión de la realidad por medio de los datos recibidos por los sentidos.
FUNDAMENTAR.-	Establecer, asegurar y hacer firme una cosa o acción dar las razones.

- NECESIDAD.-** Estado del individuo en relación con lo que le es preciso (sueño, descanso, alimentación. Bienestar, etc.)
Manifestación natural de sensibilidad interna que despierta una tendencia a cumplir un acto o a buscar una determinada categoría de objetos.
- FRECÜENCIA RESPIRATORIA.-** Es el número de veces que respira un individuo en un tiempo dado, generalmente en un minuto.
- SUEÑO.-** Estado de reposo caracterizado por una disminución de la agudeza física y psicológica.
- HIPOVENTILACIÓN.-** Aumento de la cantidad de aire inspirado caracterizado por respiraciones superficiales.
- MECANICA CORPORAL.-** Movimientos y coordinación de los movimientos corporales.
- SUDOR.-** Producto de secreción de las glándulas sudoríparas.
- EVAPORACIÓN.-** Pérdida de calor por eliminación de líquidos fuera del organismo (transpiración y respiración).
- ESTIMULO.-** Agente externo o interno susceptible a provocar una reacción y de poner en marcha el mecanismo de la comunicación.
- ENSEÑANZA.-** Método que permite transmitir los conocimientos.
- PROCESO.-** Serie de fases de un fenómeno, evolución de una serie de fenómenos.

BIBLIOGRAFIA

- 📖 *Alfaro Le Fevre Rosalinda.* "Proceso Atención de Enfermería" 5ª Edición
Editorial Interamericana. Madrid España 1996
- 📖 *Beverly Witter, Du, Gas.* "Tratado de Enfermería Práctica" 4ª Edición. Nueva
Edición Americana. México, D.F. 1986
- 📖 *Burdwigs, Med. R.N.* "Enfermería Materno Infantil" 7ª Edición Mc. Graw - Hill -
Interamericana. México 1999
- 📖 *Brunner y Suddarth.* "Enfermería Médico quirúrgica" 7ª Edición. Mc. Graw - Hill -
Interamericana Vol. I. México D.F. 1992
- 📖 *Carpenito Lynda Juall.* "Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería".
Editorial Interamericana Mc Graw Hill España 1994
- 📖 *Carpenito Lynda Juall.* "Manual de Diagnóstico de Enfermería" 5ª Edición. Mc.
Graw - Hill - Interamericana. Madrid 1997
- 📖 *Fernández Ferrin Carmen.* Novel Martí Gloria. "El Proceso de Atención de
Enfermería estudio de caso" Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Masson
Salvat. Barcelona España 1993
- 📖 *Gama Carpio Jose Pedro Ar.* "Gastroenterología" Tomo 1. Méndez Oteo Editor
- 📖 Internet, "Apendicitis Aguda". [http://www.cvcs.udg.mx/~virchow/archivos/
practicas/apendici.htm](http://www.cvcs.udg.mx/~virchow/archivos/practicas/apendici.htm)

- 📖 *Murray P.H.B; R.N. Atkinson Leslie. "Proceso de Atención Enfermería" 5ª Edición.* Editorial Interamericana. México D.F. 1996
- 📖 *Nordmark/Rohweder. "Bases Científicas de la Enfermería" 2ª Edición.* Editorial el Manual Moderno. México D.F. Santa Fé de Bogotá 1996
- 📖 *N. Roder/w.n. Logan/A. S. Tierney. "Proceso Atención Enfermería" Modelos de Aplicación.* Nueva Editorial Interamericana. México D.F. 1986
- 📖 *Olds London Ladewing. "Enfermería Materno Infantil" 4ª Edición.* Mc. Graw - Hill - Interamericana. México D.F. 1995
- 📖 *Praxis Médica. "Aparato Digestivo Peritoneo, Hernias",* Editor S.A. Praxis Médica. Alcalá, 126 Madrid - 9
- 📖 *Riopelle Lise, inf MN Grondin Louise, inf M. Ed. Phaneauf Margot, inf MA (Educación) "Cuidados de enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona".* Editorial Mc Graw Hill Interamericana España 1997
- 📖 *Rosales Barrera Susana. "Fundamentos de Enfermería" 2ª Edición.* Tomo 1 Manual Moderno. México D.F. Santa Fé de Bogotá 1999
- 📖 *San Martín Hemán. "Salud Y Enfermedad" 4ª Edición.* Ediciones Científicas la Prensa Médica Mexicana. S.A. de C.V. México D.F. 1991
- 📖 *Schwartz, Shires, Spincer. "Principios de Cirugía" 6ª Edición.* Volumen II. Interamericana Mc. Graw - Hill
- 📖 *Zolinger Zolinger. Atlas de Técnica Cirugía"*