

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

“EL PROCESO DE ENFERMERIA Y LA FILOSOFÍA DE
VIRGINIA HENDERSON APLICADA A UN USUARIO
POSOPERADO DE APENDICITIS”

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

GUADALUPE KARLA ZACARÍAS GUZMÁN

ASESORAS:

M.C MA. MARTHA MARÍN LAREDO
M.C MA. MAGDALENA LOZANO ZÚÑIGA

MORELIA MICH., SEPTIEMBRE DEL 2009



“EL PROCESO DE ENFERMERÍA Y LA FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON APLICADA A UN
USUARIO POSOPERADO DE APENDICITIS”

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PRESIDENTE

M.C. MA. MARTHA MARIN LAREDO

1er. VOCAL

M.E MA. LILIA ALICIA ALCÁNTAR ZAVALA

2do. VOCAL

DR. JOSÉ CARMEN LEDESMA MORALES

SUPLENTE

DR. BENIGNO CALDERÓN JUÁREZ

DIRECTIVOS

DIRECTORA

M.E.M Josefina Valenzuela Gandarilla

SECRETARIA ACADEMICA

M.E María de Jesús Ruiz Recendíz

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

M.E. Ana Celia Anguiano Moran

INDICE

1. Introducción.....	5
2. Justificación.....	6
3. Objetivos.....	7
3.1 General.....	7
3.2 Específicos.....	7
4. Marco teórico y conceptual.....	8
4.1 Etapas del proceso de enfermería.....	11
4.2 Beneficios del proceso de enfermería	12
4.3 Teoría de Virginia Henderson	15
4.3.1 Propuestas teóricas de Virginia Henderson.....	17
4.3.2 Afirmaciones teóricas.....	18
4.4 Patología (apéndice).....	20
4.4.1. Apendicitis.....	22
4.4.2. Apendicetomía.....	23
5. Caso Clínico.....	31
6. Diagnósticos de Enfermería.....	33
7. Conclusiones.....	40
8. Sugerencias.....	41
9. Referencias Bibliográficas.....	42
10. Glosario de Términos.....	44
11. Anexos.....	48

1.- INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es una herramienta fundamental en la práctica de enfermería, introducido por Lydia Hall en 1955 y concebido en términos generales como el conjunto sistemático de acciones a llevar a cabo por el personal de enfermería para responder a las necesidades y problemas de salud que presenta el usuario, ya sea individual o colectivamente, con el objetivo de otorgarle una calidad de vida más satisfactoria.

En el presente trabajo, se argumenta la importancia y finalidad de la aplicación del proceso de enfermería, donde se aborda el método utilizado para la intervención de enfermería, desarrollado dentro del marco contextual sus antecedentes históricos y características de las etapas en las que se divide, la teoría de Virginia Henderson, abordando las 14 necesidades del ser humano, así como sus principales supuestos.

También se tratan aspectos generales de la apendicitis, su fisiopatología, incidencia y cuadro clínico, señalando su tratamiento quirúrgico (apendicectomía).

Dentro del presente trabajo, se presenta la metodología de intervención de enfermería en sus cinco etapas, aplicadas a un caso clínico de apendicitis, en una joven de 26 años de edad, internada en el Hospital Hispano de Morelia Mich; la valoración se realizó en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson que fueron priorizadas y a través de las cuales, se identificaron las respuestas humanas alteradas que guiaron el diseño de los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los estándares aplicados por la (North American Nurse Diagnostics Association) NANDA, planteando intervenciones de enfermería cuyo objetivo fue proporcionar cuidados de enfermería integrales, y evaluando finalmente, los avances logrados.

2.- JUSTIFICACIÓN

La progresiva complejidad de la práctica de la enfermería en la sociedad moderna ha estimulado, en especial a partir del siglo XIX, la elaboración de diversas teorías sobre las cuáles se han de cumplir los objetivos globales de esta profesión, así como el establecimiento de pautas capaces de definir de forma inequívoca las competencias y funciones propias del personal de enfermería, y criterios para evaluar la calidad de la asistencia prestada. La enfermera profesional requiere del proceso de enfermería como método de atención, al permitir identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales e intervenciones individualizadas para la atención de calidad y calidez del paciente, familia y sociedad. Esto permite dar una atención óptima satisfaciendo las necesidades que el paciente junto con su familia o sociedad requiere para una pronta recuperación e incorporación a su vida diaria. El proceso de enfermería amplía actividades para beneficio del paciente, ya que es un medio del que dispone el personal de enfermería para demostrar el interés y responsabilidad dirigida hacia el paciente, tales como los cuidados realizados a pacientes post-operados de apéndice. La apendicectomía se lleva a cabo para prevenir que el apéndice inflamado (apendicitis), se perfora y provoque una peritonitis (inflamación de la membrana que recubre el abdomen), un absceso abdominal, o inclusive la muerte por falla orgánica múltiple. La apendicitis es la principal causa de cirugía en los procesos abdominales agudos de la población en México, en donde el 7-12% la padece, con incidencia entre los 10 y los 30 años de edad, afectando a ambos sexos por igual; presentándose con mayor frecuencia en varones. El total de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en el IMSS a nivel nacional el 50,030% corresponde a apendicectomía; en el ISSSTE, el total sido 395,060% de los cuales se han reportado un total de 445,09 a la secretaria de salud. Lo anterior, precisa que la principal causa de intervenciones quirúrgicas es la apendicectomía.

3.-OBJETIVOS

3.1 GENERAL:

Aplicar el proceso de enfermería en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson a un paciente posoperado de apéndice, con la finalidad de lograr su pronta reincorporación a su vida diaria.

3.2 ESPECÍFICOS:

- ◆ Identificar las necesidades alteradas y realizar los diagnósticos de enfermería reales y de riesgo de acuerdo a los parámetros de la Nanda.
- ◆ Elaborar un plan de intervenciones para cada uno de los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes identificados en el paciente.
- ◆ Lograr la recuperación del paciente a través de la aplicación del plan diseñado especialmente para el usuario.

4.- MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

(PROCESO DE ENFERMERIA)

El termino Proceso de Enfermería fue introducido por primera vez por Lydia Hall en 1955. Durante finales de los años 50 y principios de los 60, Dorothy Jonson (1959), Ida Orlando (1961) y Ernestina Wiedenbach (1963) introdujeron un modelo de proceso de enfermería que constaba de tres pasos. En 1966, Virginia Henderson identificó las acciones de enfermería básica como funciones independientes y afirmó que el proceso de enfermería utiliza los mismos pasos de método científico. En 1967, Lois Knowles presentó un modelo de proceso que llamo las cinco D: Descubrir (discover), Investigar (delve), Decidir (decide), Hacer (do) y Distinguir (discriminante). En 1967, la Western Interstate Comisión of Higher Education (WICHE) y la Catholic University of America estudiaron el proceso de enfermería. La WICHE, elaboro una lista de los pasos del proceso, como percepción y comunicación, interpretación, actuación (o intervención) y evaluación. El profesorado de la Catholic University of America dividió el proceso de enfermería en 4 fases: valoración, planificación, interpretación, actuación y evaluación.

En 1969, Dolores Little y Doris Carnevali utilizaron un proceso de cuatro pasos que combinaba la valoración de la salud y la denominación del problema en el primer pasó. En 1973, kristine Gebbie y Mary Ann Lavin de Is St. Louis University School of Nurssing, iniciaron conferencias nacionales sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería, además educadores de enfermería y clínicos comenzaron a utilizar el modelo del proceso de cinco pasos de forma habitual.

A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases. (Iyer 1997: 9).

En 1982, se revisaron los exámenes del tribunal estatal profesional (NCLEX) para incluir al proceso de enfermería como uno de los conceptos sobre organización necesarios para la práctica competente de enfermería.

La definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS); resume las características del proceso de enfermería, resaltando que muchas de las características mencionadas cuentan con actividades intelectuales, una eficaz resolución de problemas y la toma de decisiones.

Todo ello contribuye a la valoración, planificación, implementación y evaluación de los cuidados de modo sistemático. La definición dada por la OMS (1977) declara:

El proceso de enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos. Implica por mencionar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades de salud del paciente/cliente/familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería; incluye también la planificación para cubrir estas necesidades, la administración de unos cuidados y la evaluación de los resultados. La enfermera(o) en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que se atiende, define los objetivos, fija prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza recursos. Proporciona servicios de enfermería directa o indirectamente, con posterioridad, se evalúan los resultados. La información recibida de la evaluación de los resultados debería ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en similares de cuidados de enfermería. De este modo, la enfermera se convierte en un proceso dinámico, que se presenta a adaptación y mejora.

- ◆ El proceso de atención de enfermería: es un instrumento para evaluar la eficiencia de intervención y demostrar el interés de la enfermera, que está influida por las creencias personales acerca de los individuos, la sociedad, la salud y la enfermería misma.
- ◆ Término familiar por ser una herramienta habitual y útil para organizar los cuidados del individuo en la salud o en la enfermedad; es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería para proporcionar cuidados al individuo, la familia y la comunidad.

◆ El proceso de enfermería: es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupo a las alteraciones de salud **reales** o **de riesgo**.

Esté tiene las siguientes propiedades:

- Es resuelto porque va dirigido a un objetivo.
- Es sistemático por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito.
- Es dinámico porque implica un cambio continuo, centrado en las respuestas humanas.
- Es interactivo por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identifica durante la relación enfermera-paciente.
- Es flexible, ya que se puede demostrar dentro de dos contextos:
 1. Adaptación a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos, grupos o comunidades.
 2. uso de sus fases en forma sucesiva o más de una etapa a la vez.

Posee una base teórica sustentada en una amplia variedad de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades, que pueden aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

4.1.- ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Las etapas del proceso son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, las cuales son flexibles, adaptables y aplicables en todas las situaciones, para promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades de la persona.

VALORACIÓN: obtención de datos del pte, organización y análisis de la información ---- diagnóstico de enfermería.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: problema de salud real o de riesgo, etiología, signos y síntomas.

PLANIFICACIÓN O PLANEACIÓN: establecimiento de prioridades, identificación de objetos, intervención de enfermería.

EJECUCIÓN: validar el plan, fundamentar los cuidados, brindar cuidados, registrar los cuidados.

EVALUACIÓN: evaluación del logro de los objetivos, revaloración o modificación del plan de cuidados.

4.2.- BENEFICIOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico
- Evita que se pierda de vista el factor humano
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad)

Ayuda a que:

Los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos, y que las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados. El proceso de enfermería: tiene enfoque holístico, amplio, que valora el cuerpo, la mente y el espíritu y pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes. Considera principalmente, como se ven afectadas las personas por los problemas de funcionamiento de los órganos y sistemas (respuestas humanas). Se centra en enseñar a mejorar el funcionamiento y a ser independiente. Requiere la consulta con los médicos para el tratamiento de la enfermedad o traumatismo.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Los Diagnósticos enfermeros, son los problemas de salud o necesidades detectados en la valoración y que entran dentro de la competencia de enfermería. Estos problemas, pueden ser tratados por el profesional de enfermería de forma totalmente independiente.

Existen varias definiciones de Diagnósticos Enfermeros:

“Los diagnósticos enfermeros son diagnósticos clínicos efectuados por profesionales enfermeros, describen problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces de tratar y están autorizadas para ello. Esta definición excluye por tanto problemas de salud para los cuales la forma de terapia aceptada es la prescripción de fármacos, cirugía, radiaciones y otros tratamientos que se definen legalmente como practica de la medicina”.

“El diagnostico enfermero es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, de la cual la enfermera es responsable”. (NANDA 1990).

Existen dos tipos fundamentales de diagnósticos enfermeros:

Potenciales o de Riesgo

Reales

Un diagnóstico enfermero real está compuesto de tres partes:

- ◆ Problema de salud
- ◆ Factores etiológicos o relacionados
- ◆ Características definitorias

Un diagnóstico enfermero potencial está compuesto de dos partes:

- ◆ Problema de salud
- ◆ Factores de riesgo

El PAE: (PA E), es el origen de los planes de cuidado.

La tendencia universal en la atención de enfermería es realizarla a través de los planes de cuidado al objeto de unificar los criterios de atención y procurar el máximo de calidad de la misma.

De esa manera, no solo se garantiza la calidad en la atención, sino que a la vez se puede cuantificar tanto los tiempos de atención como los costos que estos suponen.

Dada la dificultad que entrañaría la realización de planes de cuidado individualizados, en la práctica se realizan de forma estandarizada. Así, cada proceso de atención de enfermería debe de estar asociado al objeto de establecer las mismas actividades enfermeras derivadas de los diagnósticos establecidos.

La estructura correcta para la realización de un plan de cuidados es la siguiente: valoración, concepto, guía y diagnósticos (NANDA), criterios de resultados (objetivos), intervenciones (actividades), evaluación.

Una vez definido el diagnóstico, deberemos de marcar uno o varios objetivos encaminados al paciente y marcados en el tiempo.

4.3 TEORICA

Virginia Avenle Henderson



(1897-1996)

En España, el modelo más utilizado es el de Virginia Henderson, pero curiosamente su fundamentación teórica es poco conocida. Esta enfermera definió las actividades de los profesionales de la enfermería en el año 1961 con la siguiente afirmación: “La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

La propia Virginia Henderson afirma: Hoy veo que el papel de las enfermeras es dar “los primeros cuidados sanitarios”, hacer diagnósticos y prescribir tratamientos cuando no se dispone de un médico, y llevar a cabo funciones de comadrona en ausencia de un tocólogo. Las enfermeras pueden ser los médicos generales del mañana. En algunas situaciones, la enfermera puede considerar necesario asumir el rol de médico, por ejemplo, en hospitales sin residentes o médicos internos, en caso de urgencias.

Henderson fue una de las primeras autoras que intentó aclarar la naturaleza de la enfermería en 1955 y su definición de la misma es tal vez la mejor que se conoce en el mundo:

La única función de una enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, para realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que él mismo realizaría si tuviera la suficiente fuerza,

voluntad o conocimiento. Además lo ayudará a ganar independencia tan rápido como sea posible.

Para ella, la enfermera es maestra en este aspecto de su trabajo, que inicia y controla ella misma y que además ayuda al paciente a llevar a cabo el papel terapéutico que inició el médico. Henderson también toma en cuenta acceso al equipo: la enfermera... como miembro del equipo médico, ayuda a otros, así como otros la ayudan a ella, a planear y realizar un programa completo para mejorar la salud, recuperarse de una enfermedad o como apoyo en la muerte.

La mayoría de las enfermeras está familiarizada con el término “proceso de enfermería”, el cual universalmente se reconoce como la descripción sistemática de la enfermería que conlleva una serie (o ciclo) de paso (o etapas) que casi siempre se refiere como valoración, planeación, aplicación y evaluación.

A pesar de la resistencia inicial, se reconoció muy rápido al proceso de la enfermería a nivel formal; en 1977 el cuerpo de registro profesional del Reino Unido decretó que “el cuidado de enfermería de los pacientes debe estudiarse y practicarse en la secuencia del proceso de enfermería (Dickinson, 1982). El desarrollo del proceso en términos prácticos tuvo un gran ímpetu cuando la oficina regional de la OMS (organización mundial de la salud) decidió incorporarlo al programa europeo de términos médicos para enfermería/parttería y cierto número de países de la región europea de la OMS.

De hecho, las ideas principales no son nuevas, aun si se considera al término “proceso de enfermería” como tal, una “buena enfermera” las usó siempre. Sin embargo, las enfermeras no analizan o explican lo que hacían, según proceso con varias fases, como tampoco apoyaron la información en forma ordenada y comprensible.

4.3.1- PROPUESTA TEORICA DE VIRGINIA HENDERSON

ENFERMERÍA: la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación.

SALUD: en sus escritos comparo a la salud con la independencia, su definición fue de varias fuentes interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda de los 14 componentes del cuidado de enfermería.

ENTORNO: tampoco dio una definición propia si no que acudió, al Websters New Collegiate Dictionary “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.

PERSONA (PACIENTE): consideraba que el paciente era un individuo que precisaba, ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables, de igual forma, el paciente y su familia son una unidad.

NECESIDADES

No existe ninguna definición específica de necesidad, pero Henderson identificó 14 necesidades básicas del paciente, que integran los elementos del cuidado enfermero. Estas necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.

6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuado la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

4.3.2 AFIRMACIONES TEÓRICAS

LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Pueden identificarse tres niveles de relaciones entre la enfermera y el paciente, que van de una dependencia mayor a menor: a) la enfermera como sustituta del paciente; b) la enfermera como ayudante del paciente y c) la enfermera como compañera del paciente.

Henderson reflejó esta opinión en su afirmación “es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor por la vida del suicidio, la pierna del amputado, los ojos de alguien que ha perdido la vista, el medio de locomoción para un bebé, la sabiduría y la confianza para una joven madre, la “portavoz” de aquellos demasiado débiles o que han renunciado a Hablar, etc.

Como colaboradores, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan de cuidados. Independientemente del diagnóstico, existen unas necesidades básicas, pero éstas pueden variar según la patología y según características como la edad, el carácter, el estado anímico, la clase social o el nivel cultural y las capacidades físicas e intelectuales.

Henderson señaló que “Toda enfermera debe ponerse en el lugar de todos sus pacientes para saber cuáles son sus necesidades. Después, debe verificar las necesidades detectadas con el paciente.

La promoción de la salud es otro objetivo importante de la enfermera. Henderson afirmó: Es más provechoso enseñar a la gente a llevar una vida sana que preparar a los mejores terapeutas para que atiendan a los enfermos.

FORMACIÓN: Henderson afirmó: para que una enfermera pueda ejercer como experta y utilizar el planteamiento científico con el fin de mejorar la práctica, necesita una educación universitaria. La educación de la enfermera debe servir para comprender a los seres humanos. Esta afirmación coincide con la posición que adoptó la ANA en 1965.

MÉTODO LÓGICO: Henderson aplicaba aparentemente una forma deductiva de razonamiento lógico y psicológico en el desarrollo de su definición de enfermería, las 14 necesidades las obtuvo con la clasificación de las necesidades humanas.

TRASCENDENCIA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL: Henderson afirma que la enfermera debía ponerse en lugar del paciente. Señala que si una enfermera considera que su función principal es en el cuidado directo del paciente recibirá la compensación inmediata de observar un progreso en él mismo desde la dependencia y la independencia.

CRÍTICA Y CUESTIONAMIENTO: Henderson puede considerar una gran teoría o filosofía dentro del estadio previo al paradigma del desarrollo teórico sobre enfermería.

El concepto de enfermería de Henderson es más complejo que simplista no se asocia con organizaciones estructurales dentro de un marco o un modelo, tiene un alcance amplio y trata de incluir la función de todas las enfermeras y todos los pacientes en sus diferencias interrelaciones e interdependencias.

La noticia de su muerte fue difundiendo por Internet hasta llegar a toda la comunidad enfermera internacional. Halloran escribió en Internet: “Miss Virginia

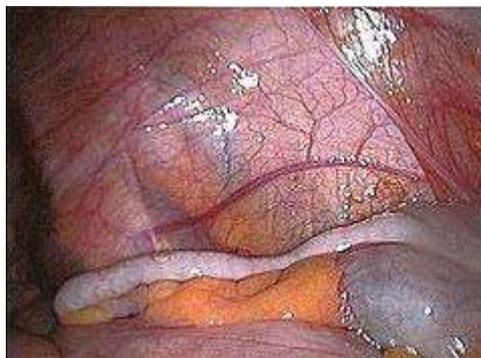
Avenel Henderson fue al siglo xx lo que Florence Nightingale fue al siglo xlx. Ambas escribieron una extensa obra que ha influido el mundo entero”.

4.4 PATOLOGÍA (Apéndice)

Es un tubo pequeño, estrecho, que nace del intestino grueso y no tiene ninguna función conocida. En los adultos suele medir unos 9 cm. y tiene paredes gruesas, una cavidad estrecha y una superficie interna similar a la del intestino. Contiene una gran cantidad de tejido linfóide, que constituye una importante defensa contra las infecciones locales. Nace al principio del colon, en la zona inferior derecha del abdomen, y puede situarse detrás del ciego, o delante o detrás del íleon. Estas variaciones en su localización determinan en parte los diferentes síntomas que puede producir la apendicitis.

El apéndice también se puede extirpar empleando técnicas mínimamente invasivas. Esto se denomina apendicectomía laparoscópica y se lleva a cabo con pequeñas incisiones y una cámara.

Si el apéndice se ha roto o se ha formado una cavidad de infección (absceso), se lavará el abdomen completamente durante la cirugía. Se puede dejar un pequeño tubo en el área ventral para ayudar a drenar los líquidos o el pus.



Indicaciones para la operación de apéndice

Es necesario realizar una apendicectomía de emergencia si la persona presenta síntomas de una apendicitis repentina (aguda). Estos síntomas pueden ser:

Dolor abdominal (localizado en el lado inferior derecho)

Fiebre

Inapetencia

Náuseas y vómitos

Si la persona presenta síntomas de apendicitis, debe buscar ayuda médica urgente de inmediato, dado que una apendicitis repentina (aguda) sin tratamiento puede ser mortal.

CONTRAINDICACIONES: “No se deben usar compresas calientes, enemas, laxantes o cualquier otro tratamiento casero para tratar de aliviar los síntomas. El médico examinará el abdomen y el recto para verificar si hay inflamación del apéndice. Igualmente, se puede realizar exámenes de sangre, como un conteo de glóbulos blancos, para verificar la presencia de infección.”

No existe un examen real para confirmar la presencia de apendicitis y es importante entender que los síntomas pueden ser producidos por otras enfermedades. El apéndice se puede extirpar incluso cuando no esté infectado para prevenir problemas futuros.

4.4.1.- APENDICITIS

Apendicitis, inflamación aguda del apéndice vermicular, tubo de 1-2 cm de diámetro y de 5 a 15 cm de longitud con final en forma de fondo de saco y que nace del *ciego* (primera porción del intestino grueso). El ciego, y por tanto el apéndice, están situados en el cuadrante inferior derecho del abdomen. El apéndice, en el ser humano, es un resto filogenético cuya función queda reducida a ser asiento de algunas formaciones de tejido linfoide (encargado de las funciones inmunes); su extirpación no causa alteración patológica. La causa más habitual de la apendicitis es una infección de la pared del apéndice; sin tratamiento, la infección acaba destruyendo la pared del apéndice y perforándolo, y entonces el contenido intestinal se vierte en la cavidad abdominal, originándose una peritonitis. La apendicitis es una enfermedad frecuente en los adultos jóvenes, pero puede aparecer a cualquier edad. Sus síntomas típicos son: dolor abdominal (especialmente en el cuadrante abdominal inferior derecho), fiebre, náuseas y vómitos, estreñimiento y diarrea. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica del apéndice (*apendicectomía*).

La apendicitis aguda suele ser muy difícil de diagnosticar, como se ha dicho anteriormente, y a veces para prevenir complicaciones (perforación, infección, absceso, peritonitis...), que pueden ser peligrosas, se realiza una laparotomía, aunque sólo se sospeche que pueda existir una apendicitis.

En tales casos se extirpa el apéndice, aunque presente un estado normal, para prevenir la posibilidad de una futura apendicitis.

La apendicitis aguda, o *cólico miserere* como era llamada en la antigüedad, fue un cuadro raro en el pasado y lo es aún en países subdesarrollados. Existe evidencia de su descripción durante el siglo XVIII. De esta manera, realizar un diagnóstico precoz no siempre es fácil debido a la gran variedad de manifestaciones clínicas que puede presentar, preferentemente relacionadas con la ubicación, edad del paciente y grado de evolución del cuadro.

4.4.2.- APENDICECTOMÍA

La apendicectomía o extirpación quirúrgica del apéndice tiene por objeto retirar el apéndice inflamado. La incisión quirúrgica atraviesa las capas de piel, panículo adiposo, músculo y peritoneo para alcanzar el apéndice, que está unido al ciego, una bolsa esférica situada al principio del intestino grueso. El ciego y el apéndice se sacan de la cavidad abdominal a través de la incisión. Después de ligar con hilo los vasos sanguíneos de la base del apéndice, el cirujano corta éste y cose la herida. El ciego y la herida cerrada se introducen de nuevo en la cavidad abdominal y se cose con cuidado la incisión quirúrgica.

Una apendicectomía se lleva a cabo bajo anestesia general, lo cual significa que la persona permanece dormida y sin sentir ningún dolor durante la cirugía.

Riesgos: Los riesgos de cualquier anestesia abarcan los siguientes:

Reacciones a los medicamentos

Problemas respiratorios

Los riesgos de cualquier cirugía abarcan los siguientes: Sangrado, Infección

Otros riesgos adicionales de una apendicectomía cuando se presenta ruptura del apéndice pueden ser los siguientes: Estadías en el hospital más prolongadas.

Efectos secundarios de los medicamentos

Expectativas después de la cirugía

Los pacientes tienden a recuperarse rápidamente después de una apendicectomía simple y la mayoría salen del hospital en 1 a 3 días después de la operación. Las actividades normales se pueden reanudar en 1 a 3 semanas después de salir del hospital.

La recuperación es más lenta y más complicada si el apéndice se ha roto o se ha formado un absceso.

El hecho de vivir sin el apéndice no causa problemas de salud conocidos.

FISIOPATOLOGÍA

La inflamación del apéndice cecal puede obedecer a diferentes causas, la más común corresponde a una obstrucción del orificio que lo comunica con el ciego, en tal caso las bacterias presentes normalmente en el intestino grueso y el interior del apéndice cecal encuentran las condiciones óptimas para desarrollarse, provocando una infección y el consecuente proceso inflamatorio que pasa por fases de congestión, supuración, necrosis de la pared apendicular y perforación del órgano.

Factores que pueden provocar la oclusión: acumulación de materia fecal en el interior del órgano, hipertrofia del tejido linfoide apendicular, impactación de cuerpos extraños como: restos alimentarios no digeridos, parásitos que taponan el orificio de entrada.

Otro factor que puede provocar su inflamación es la infección bacteriana causada por gérmenes que se propagan desde el foco infeccioso por vía hematógena y alcanzan así el tejido linfoide apendicular.

INCIDENCIA

No obstante, en la actualidad corresponde a un cuadro clínico de alta prevalencia y a la causa más común de abdomen agudo quirúrgico en occidente, tanto es así que un 7% de la población podría presentarla en algún momento de su vida, afectando a un amplio rango etario, preferentemente entre la 2ª y 3ª década de la vida con una incidencia levemente mayor en el sexo masculino.

La apendicitis afecta cada año en los países occidentales, a unas dos personas de cada mil en época de calor. Además de ser la causa más frecuente de urgencia quirúrgica abdominal.

MANIFESTACIONES SINTOMATOLÓGICAS

El síntoma más típico del cuadro apendicular agudo es el dolor abdominal, comenzando con una molestia vaga por encima del ombligo y sus alrededores, cuya localización y características suelen presentar unas modificaciones bastante habituales en el curso de unas horas.

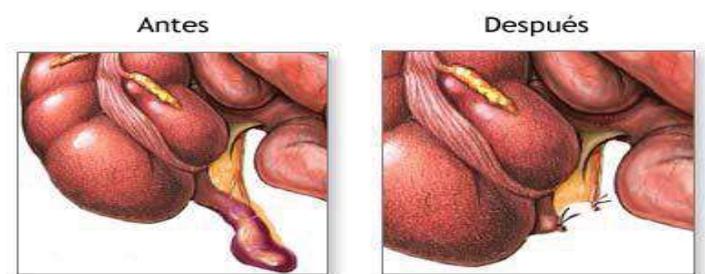
El dolor y la sensibilidad abdominal suelen ir acompañados de fiebre, escalofríos, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, lengua sucia, mal aliento e incluso estreñimiento.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es el diagnóstico más común en pacientes con apendicitis, el principal objetivo es que el enfermo no sufra las complicaciones de la apendicitis debidas a la alteración del riego tisular (perforación, abscesos o peritonitis). La enfermera vigila el tipo de dolor para ayudar a establecer un diagnóstico médico y el plan terapéutico definitivo.

TRATAMIENTO

La conducta terapéutica de elección es quirúrgica, es la apendicectomía, que suele realizarse de forma más o menos inmediata con su diagnóstico.



ADAM.

APLICACIONES

La apendicectomía se lleva a cabo para prevenir que el apéndice inflamado se perfora y provoque una peritonitis (inflamación de la membrana que recubre el abdomen) o un absceso abdominal.

CUIDADOS PREOPERATORIOS

El período preoperatorio comienza cuando el paciente se programa para una intervención quirúrgica y termina en el momento en que es trasladado al quirófano.

La función principal de la enfermera antes de la operación es la de informar al paciente y los familiares de la rutina preoperatoria y de preparar al paciente para la intervención, tanto física como psicológica y espiritualmente.

Controlar con regularidad las constantes vitales: Pulso, Tensión arterial y Temperatura.

Mantener al paciente con dieta absoluta hasta que se confirme el diagnóstico. Disponer lo necesario para los exámenes complementarios pertinentes.

Una vez diagnosticado el cuadro, la intervención se llevará a cabo en pocas horas, o bien de urgencia si se produce alguna complicación. En caso de indicarse la intervención: contactar con la unidad quirúrgica para disponer el traslado del enfermo al quirófano.

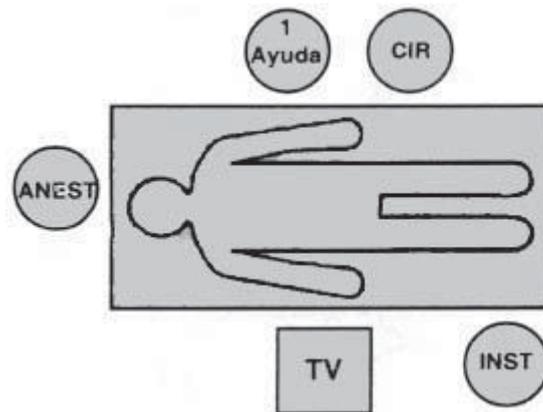
Informar al paciente y familia de la intervención, resolviendo dudas para solventar la situación de ansiedad, y hacer de abogada cuando se firmen los consentimientos de la intervención y de la anestesia.

Se prepara al paciente para la intervención: Enema, se le instaura una vía intravenosa para la administración de hidratación, y la pre medicación prescrita por el médico (antibióticos para evitar infección, y antiinflamatorios) y por el anestesista; sonda vesical para evitar retención urinaria, medias de compresión para mejorar el retorno venoso y evitar trombos, retirada de objetos metálicos, esmalte de uñas, gafas, lentillas, audífono, prótesis dentales. Se prepara la zona operatoria con el lavado con agua y jabón de la región abdominal; rasurado de la región pubiana y perineal y desinfección), colocación del camisión quirúrgico.

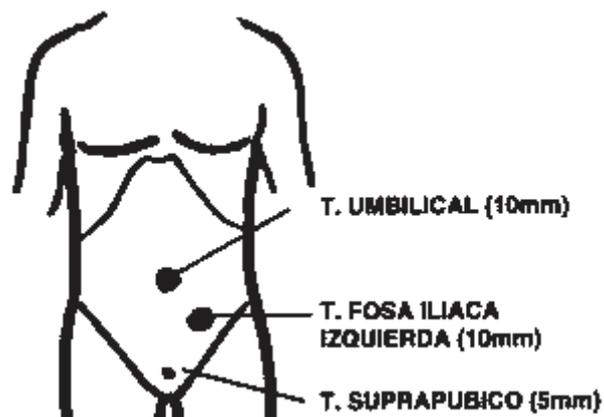
PROCEDIMIENTO: TÉCNICA DE LA APENDICECTOMÍA

Después de haber realizado los preoperatorios específicos, haberle trasladado al área quirúrgica (en camilla), y colocado en la posición adecuada (decúbito supino), al paciente se le administra por una vía venosa un anestésico, dependiendo de las características del paciente a intervenir, como su edad, su estado físico y las posibles complicaciones que pueda desarrollar en los períodos transoperatorio y postoperatorio se utilizaría la anestesia epidural. Normalmente se suele administrar anestesia general. Durante el acto anestésico y la cirugía el paciente se encuentra controlado por un monitor que nos revela datos sobre las constantes vitales y así detectar la posible aparición de anomalías que pudieran poner en peligro al enfermo.

DISPOSICIÓN DEL EQUIPO QUIRÚRGICO



UBICACIÓN DE TROCARES



CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Está acondicionada con equipo y suministros de uso frecuente por la enfermera, como oxígeno, equipo de aspiración, monitores cardíacos y cánulas respiratorias para solventar las posibles complicaciones.

La operación de apendicectomía puede durar entre 10 minutos y más de una hora, dependiendo de los problemas y complicaciones que se presenten.

COMPLICACIONES POTENCIALES DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

Shock, atelectasias, embolismo pulmonar, tromboflebitis, infección y dehiscencia de la herida, evisceración, íleo paralítico, insuficiencia renal aguda.

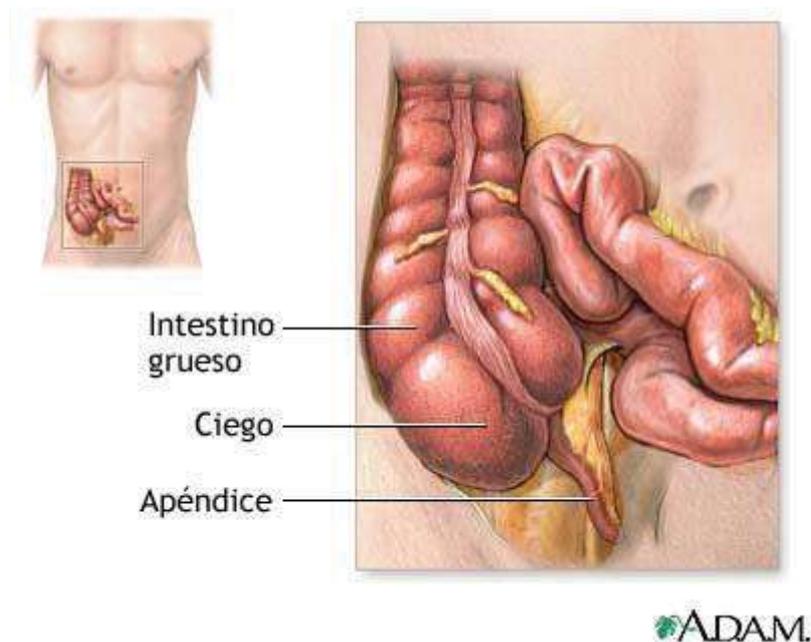
CUIDADOS POSTOPERATORIOS ESPECÍFICOS DE LA APENDICECTOMÍA.

Antes de que el paciente sea trasladado a la habitación tiene que estar preparada para su llegada, es necesario tener:

- Soporte para los sueros
- Soporte para drenajes y sondas
- Equipo y mascarilla de oxígeno
- Material para la limpieza de la boca
- Equipo de aspiración

La enfermera recibe al paciente procedente de quirófano con todo su historial médico completo. Cuando ya esté acomodado se realiza una valoración inicial: respiratoria, circulatoria (signos vitales), estado de conciencia (efectos de la anestesia), zona quirúrgica (incisión, apósito, drenajes, signos de hemorragia), dolor, náuseas, vómitos u otras molestias, vía venosa, sonda vesical,...

Más tarde, hay que revisar los datos de quirófano, del cirujano y del anestesista y las órdenes médicas, como las indicaciones de las fluidas terapias, analgesia, y la reanudación de la dieta oral.



5.- CASO CLINICO

Joven de 26 años de edad originaria de Morelia Michoacán. Es la tercera de los 4 hijos, curso secretariado, actualmente trabajando en oficinas del gobierno, soltera, refiere ser católica.

Vive en casa de sus padres, cuenta con los servicios intra y extra domiciliarios, también tiene cuarto propio a lo que refiere, tenerlo un poco desordenado.

Padre y Madre aparentemente sanos, abuela paterna diabética, abuelo materno padecía hipertensión arterial, cáncer de pulmón, malformaciones congénitas, (fallecido). Abuela materna aparentemente sana y abuelo paterno aparentemente sano.

Refiere nunca haber estado hospitalizada ni haber sido anteriormente intervenida quirúrgicamente, menciona contar con todo el esquema de vacunación y acudir al servicio de odontología anualmente y contar con todas las piezas dentales. Consume alcohol en eventos sociales, niega consumo de tabaco u otro tipo de drogas. Refiere un poco de falta de sueño por falta del dinero en ocasiones.

La joven relata que el 26 de Enero inicia con su padecimiento encontrándose trabajando; con dolor peri umbilical el cual ha ido en aumento en la actualidad lo refiere en fosa ilíaca derecha haciéndose de tipo punzante, acompañado de nauseas, vómito y presentando sudoración y escalofríos, motivo por el cual acude al Hospital Hispano de Morelia, acompañada de una amiga del trabajo.

EXAMEN FÍSICO:

Joven consciente orientada en tiempo y espacio, normocefalo, cuello simétrico sin alteraciones, campos pulmonares bien ventilados, dentadura en buen estado, mucosas orales bien semihidratadas, sin sudoración cutánea, tegumentos ligeramente pálidos con Tem: 36°C, T/A: 90/60mm/hg, F/C: 80x min. F/R: 20x min.

Presenta un poco de somnolencia y dolor abdominal. Herida quirúrgica limpia sin secreción en fosa ilíaca derecha a las 24 hrs. de post operada.

Diagnóstico Médico: P.O Apendicectomía Laparoscópica.

Posteriormente a la intervención quirúrgica de apendicitis aguda (apendicectomía) se realizó la valoración por necesidades del modelo de Virginia Henderson.



6.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. DIAGNÓSTICO

Necesidad: Sueño

Alteración del sueño, relacionado con la falta de dinero y manifestado verbalmente.

OBJETIVO:

Animar a la usuaria a que exprese su problema de conciliar el sueño, respecto al dinero ante su familia.

PLAN DE INTERVENCIÓN:

- Elegir el momento adecuado para conversar con su familia.
- Que la familia ayude a la usuaria a conciliar el sueño, por medio de masajes, técnicas de relajación, o mediante música de relajación.
- Darle a conocer a la usuaria las demás maneras que tiene para conciliar el sueño, por ejemplo; caminar una hora antes de dormir, bañarse antes de dormir con agua caliente, leer.
- Conversar con la usuaria para inspirar confianza y ver de que otra manera le puedo ayudar.

FUNDAMENTACIÓN:

- La importancia de que conozca la familia la situación de la usuaria es para poder ayudarla a que concilie el sueño.

- La usuaria con los ejercicios y técnicas que se le dieron podrá conciliar el sueño.

EJECUCIÓN:

La usuaria y familiares se encuentran enterados de el problema por el que pasa la joven, por lo que se les ha proporcionado toda información que se encuentra a nuestro alcance para que en su domicilio, al igual que durante su estancia hospitalaria, pueda conciliar el sueño sin que se encuentre pensando en el dinero que se va a necesitar en el hospital.

EVALUACIÓN:

La usuaria muestra gran interés al igual que la familia en solucionar este problema así que refieren apoyar a la joven para que deje de despreocuparse por la economía, y agradecen el apoyo que se le esta dando a su hija.

2. DIAGNÓSTICO

Necesidad: Conocimiento

Déficit de conocimientos de situación de salud actual relacionado con alta hospitalaria manifestado por búsqueda de información.

OBJETIVO:

La usuaria y su familia adquirirán los conocimientos necesarios para manejar su situación de salud actual, aumentando los conocimientos y habilidades para el cuidado de su salud en el hogar.

PLAN DE INTERVENCIÓN:

- ◆ Elegir método de enseñanza adecuada a las capacidades de la usuaria y la familia, respetando el ritmo de aprendizaje de cada una de los integrantes.
- ◆ Proporcionar la información de forma clara y precisa evitando el exceso de información.
- ◆ Que la usuaria y familia verbalice sus dudas respetando a los cuidados domiciliarios.
- ◆ Dar a conocer movimientos o actividades específicas que deben evitarse para evitar la complicación de la intervención realizada.
- ◆ Elaborar un plan de dieta nutricional al alcance económico de la familia.
- ◆ Citatorio para revisión de herida quirúrgica e informar que acuda de inmediato al hospital en caso de complicaciones.

FUNDAMENTACIÓN:

El conocimiento de los familiares sobre el cuidado de su paciente, facilita el cuidado en las actividades que el paciente requiere y proporciona mayor seguridad en el plan terapéutico en el hogar.

La importancia de conocer todas las actividades que puede realizar el usuario permite conocer los cuidados domiciliarios para que estos sean precisos y claros, donde la familia tenga la capacidad de detectar complicaciones, y la comprensión del tratamiento médico prescrito prevenga errores en la administración de fármacos.

EJECUCIÓN:

La usuaria y familiares reciben información sobre todas las actividades requeridas para el cuidado de su paciente en el hogar, mediante material visual (trípticos) involucrando a la familia en las actividades que se realizan dentro de la estancia hospitalaria.

Estas actividades de cuidado incluyen: la realización de ejercicio moderado sin esfuerzos mayores, caminar mínimo 15 minutos en cada periodo del día recomendando 4 periodos al día. Utilizar ropa cómoda, no restrictiva; principios de mecánica corporal, utilizar vendaje abdominal para proporcionar seguridad al caminar (en el entendido de que al retirar los puntos, ya no será necesario); la ingesta de alimentos recomendados debe ser la que el médico indique y cantidad de líquidos establecida es (mínimo 1.5 litros); la higiene personal, debe ser una ducha con jabón neutro para el lavado de la herida quirúrgica, cambio de aposito para mantener seca la herida y observar características de la misma. La retroalimentación respectó a la importancia de manejar un plan terapéutico adecuado, de tal manera que el paciente y la familia se muestren tranquilos y colaboradores y no presenten dudas respecto a su cuidado al recibir el alta hospitalaria.

Se proporciono una lista de alimentos que puede consumir y de los que no debe de consumir, esto de acuerdo al alcance económico que la familia considere adecuado, se le explico respecto a la medicación prescrita del uso de analgésicos y el horario indicado.

EVALUACIÓN:

El usuario y su familia muestran una gran disposición a la enseñanza de cuidados que se le realizarán en el hogar, despejando toda duda sobre el alta hospitalaria.

3. DIAGNÓSTICO

Necesidad: Desempeño del Rol

Estado en que la usuaria experimenta confusión y conflicto del rol en respuesta de una crisis.

OBJETIVO:

Que la usuaria identifique el rol que le corresponde dentro de la familia, junto a sus demás hermanos.

PLAN DE INTERVENCIÓN:

- ❖ Que la usuaria llegue a un convenio con sus demás hermanos, para que asuman su rol.

- ❖ Que la familia al igual que la usuaria, tengan presente que esta convaleciente, y no podrá trabajar de inmediato, ni realizar cosas pesadas.

- ❖ Proporcionar a la familia y hermanos los cuidados que debe tener en casa para que la puedan apoyar durante su tratamiento y su pronta recuperación.
- ❖ Elegir alguna alternativa para que no asuma todos los problemas familiares la usuaria, y no se llegue a estresar durante su recuperación.
- ❖ Elaborarle una lista en la que se le explique los problemas que se le pueden ocasionar si es que no atiende su rol como hija como debe de ser, y que debe de dejar que los demás vivan sus vidas al igual que ella debe de vivir la suya.

FUNDAMENTACIÓN:

La usuaria conoce el rol que tiene en su familia por lo que, no hay que preocuparse tanto por los roles dentro de la familia ahora.

La usuaria no debe de poner mucho cuidado por el rol que maneja ya que hay otras cosas por las que debe de tener cuidado, ya que acaba de ser operada.

El proporcionarle una lista de los cuidados que debe de tener durante su recuperación es de total importancia ya que los tiene que llevar al 100% para que pueda manejar como se debe su rol de hija. Y así llevar una vida plena.

EJECUCIÓN:

La usuaria y familia, reciben información acerca del rol que maneja cada uno en la familia, para que así puedan llegar a ser una familia un poco más unida, al igual para que esta unión la ayude a la usuaria, a recuperarse más rápidamente, con la ayuda de sus hermanos y de sus padres, y amigos, además de que esto va a servirles de mucho para que la usuaria, sepa manejar su papel de hija sin tanta preocupación. Por lo que esta decisión de conversar como la familia que son les va a servir para que se roten entre ellos los cuidados que se le van a hacer a la usuaria, sin que llegue a perder cada quien su rol como hermanos.

EVALUACIÓN:

La usuaria se ve y refiere el sentirse muy bien por que están sus hermanos todos juntos para apoyarla tanto a ella como a sus padres, ya que tenia tiempo que no se reunían por una cosa u otra casi nunca estaban todos.

7.- CONCLUSIONES

El proceso de enfermería es un método científico en el que la enfermera se puede basar para ofrecer una atención holística al usuario y sustentar con ello su quehacer profesional.

Por lo anterior mencionado se puede demostrar que es de total importancia el proceso enfermero, para conocer las necesidades de un paciente, y poder ayudar al mismo a mejorar sus necesidades que se encuentren alteradas según Virginia Henderson.

Este proceso se realizó con la finalidad de poder ayudar a una usuaria a que siguiera con sus actividades cotidianas, después de que se le realizó la cirugía, (apendicectomía laparoscópica), al igual que con la ayuda de los diagnósticos de enfermería, y con la valoración que se le realizó de Virginia Henderson.

Por último se demostró que con ayuda de la usuaria al igual que la de la familia, se pudo lograr el objetivo, y cubrir las necesidades de la usuaria. Además de que deseó agradecer la confianza de la usuaria así como la de la familia por brindarme la confianza.

8.- SUGERENCIAS

- Aplicación del proceso como parte del desempeño profesional en la facultad de enfermería.
- Que las enfermeras tituladas mediante el (PAE) den a conocer a la facultad de enfermería los resultados obtenidos, al elaborar este.
- Que el alumnado de la facultad de enfermería conozca que mediante un proceso de enfermería puede ayudar a un usuario a cubrir alguna necesidad alterada, en caso de que se encuentre internado o con problemas.
- Realizar un plan en donde la enfermera, conozca los beneficios que tiene el realizar el proceso enfermero, para así poder llegar a realizarse como una profesional titulada.

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ann Marrinor Tomey, Martha Raile Alligood, DEFINICIÓN DE LA ENFERMERÍA CLINICA, Mosby, p.p. 98-107.

Hernández J. C, et al. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA, TEORIAS Y MÓDELOS. Edición Macgraw-Hill interamericana, España. 1999. p.p. 143- 160.

Janet W, Griffith-Paula, J Christensen., PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICACIÓN DE TEORÍA, GUIAS Y MODELOS, Manual Moderno, 1996, p.p 1-17.

Kozier, Bárbara, et al. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA, CONCEPTOS, PROCESOS Y PRÁCTICAS, Vol., 1, 7ª Edición, Ed Macgraw-Hill Interamericana, España 2004. p.p. 45-53. 60-69.

Lynda y Juall Cardenito, DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA, APLICACIONES A LA PRACTICA CLINICA, 9ª edición Mcgraw-Hill Interamericano España, 2003, p.p 3- 14. 1282-1286.

Potter. Perry. Harcourt, FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA, Edición Océano Vol. 1 p.p. 34-43.

Rosales, Reyes., FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA, Manual Moderno, 1999, p.p-37-47.225-255.

“EL PROCESO DE ENFERMERÍA Y LA FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON APLICADA A UN
USUARIO POSOPERADO DE APENDICITIS”

<http://www.tusalud.com.mx>. 22.02.09

<http://www.sages.org/publication/id/pi08s.com.mx>.07.02.09

<http://www.gogle.com.mx>.27.02.09

[http://www. Enfermería.com.mx/2002.htm](http://www.Enfermería.com.mx/2002.htm).22.02.09

<http://www.uady.mx/erermer/proceso/htm>.22.01.09

10.- GLOSARIO

Diagnóstico: Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de las pruebas analíticas y otros procedimientos.

Enfermería: Ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarias para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad referente a la salud, su conservación y su restablecimiento.

Entrevista Clínica: Interrogatorio sistemático del paciente con el fin de obtener información aplicable a la planificación de un tratamiento individualizado.

Proceso: Serie de acontecimientos relacionados entre sí que se suceden consecutivamente desde un estado o situación determinada hasta la conclusión o resolución.

OMS: Organización mundial de la salud.

ECG: Electro cardiograma.

Fenol: Desinfectante derivado del alquitrán de carbón.

Atelectasia: La palabra atelectasia procede de *atele-vs* (incompleto) y *éktasis* (expansión). Atelectasia es la disminución del volumen pulmonar. Se debe a la obstrucción de la vía aérea (atelectasia obstructiva) o a otras causas no obstructivas (atelectasia no obstructiva) como por ejemplo pérdida de surfactante, que es una sustancia que impide el colapso de los alvéolos.

Tromboflebitis: Puede definirse como la presencia de trombos dentro de las venas, que ocasionan una obstrucción en el normal pasaje de la sangre por ellas, en lo que está implicada una inflamación de la vena afectada.

Dehiscencia: Abertura espontánea de una parte u órgano. // Apertura de una sutura. Puede producirse como una complicación grave de cirugía mediastínica (pulmonar y cardíaca) y sobre todo de patología del esófago (perforación traumática o espontánea del esófago y dehiscencia de sutura tras cirugía del esófago).

Evisceración: Salida de las vísceras fuera del abdomen a consecuencia de un accidente, traumatismo o en el postoperatorio de una cirugía abdominal por dehiscencia de la sutura. Evisceración abdominal: salida de asas intestinales fuera del abdomen por dehiscencia de la sutura de una laparotomía o a través de una herida traumática. Evisceración: Salida de los intestinos fuera del abdomen.

Hemograma: Es un análisis de sangre en el que se mide en global y en porcentajes los tres tipos básicos de células que contiene la sangre, las denominadas tres series celulares sanguíneas:

Serie eritrocitaria o serie roja

Serie leucocitaria o serie blanca

Serie plaquetaria.

Filogenético: Adj. biol. Perteneiente o relativo a la filogenia.

Filogenia (del griego: φυλον *phylon*: "tribu, raza" y γενεα *geneá*: "nacimiento, origen, procedencia") es la determinación de la historia evolutiva de los organismos. Aunque el término también aparece en lingüística histórica para

referirse a la clasificación de las lenguas humanas según su origen común, en general el término se utiliza en su sentido biológico.

Vermicular: Adj. Que se parece a los gusanos o tiene alguna característica propia de ellos: apéndice vermicular. Que tiene gusanos o los produce.
'vermicular' también aparece en estas entradas: Apéndice - apendicitis.

Paradigma: Es un conjunto de reglas que "rigen" una determinada disciplina. Están "reglas" se asumen normalmente como "verdades incuestionables", porque son "tan evidentes" que se tornan transparentes para los que están inmersos en ellas.

Locomoción: Acción de trasladarse de un lugar a otro.

Apéndice cecal: En anatomía humana, el apéndice vermiforme (apéndice vermicular, apéndice cecal o simplemente apéndice). Es un tubo sin salida conectado al ciego.

ANEXOS

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

I. VALORACIÓN GENERAL

Nombre y apellidos.....

Fecha de nacimiento..... Edad..... Sexo.....

Familiar/persona para contactar..... Tfno.....

T.A..... F.C..... T^a..... F.R.....

PIEL:

Color: Normal ____ Pálida ____ Cianótica ____ Ictericia ____ otras ____

Edemas: si ____ no ____ descripción / localización.....

Lesiones: si ____ no ____ descripción / localización.....

Prurito: si ____ no ____ descripción / localización.....

Sentidos corporales: Vista ____ Oído ____ Olfato ____ Gusto ____ Tacto ____

Enfermedades graves/operaciones: si ____ no ____ cuales.....

Secuelas: si ____ no ____ especificar.....

Tabaquismo ____ Abuso de alcohol ____ Cafetismo ____

Uso de sustancias tóxicas____ Diabetes____ HTA____ Alergias____

Especificar.....

II. VALORACIÓN POR NECESIDADES

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Respiración:

Frecuencia...../min.

Calidad: Normal____ Superficial____ Rápida____ otros____

Ruidos a la auscultación: si____ no____ descripción/localización.....

Tos:si____ no____ Secreciones:si____ no____ Dolor al respirar:si____ no____

Tabaco: si____ no____ Lo dejó____ especificar fecha.....

Consumo:< 1 paquete/día____ 1-2 paquetes/día____ >2 paquetes/día____

Otras drogas: si____ no____ Tipo..... Uso.....

¿Tiene alguna alergia respiratoria? Si____ no____ ¿De que tipo?.....

T.A..... F.C..... Pulso: Fuerte____ Débil____ Regular____

Irregular____

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso..... Talla.....

Ingesta habitual: Desayuno___ Comida___ Merienda___ Cena___

Dieta especifica: si___ no___ Tipo de dieta.....

Ingesta de líquidos: < 1 litro/día___ 1-2 litro/día___ >2 litro/día___

Intolerancia a alimentos: si___ no___ ¿Cuáles?.....

Apetito: Normal___ Disminuido___ Aumentado___ Náuseas___ Vómito___

Fluctuación de peso (últimos 6 meses): si___ no___ Kg ganados/perdidos.....

Problemas de:

Masticación: si___ no___ Usa prótesis dental___

Deglución: si___ no___ Sólidos___ Líquidos___ Ambos___

Digestión: si___ no___ Tipo: Gases___ Ardor___ Pesadez___ Dolor___

otros___

Prótesis dental: si ___ no ___ Superior ___ Inferior ___
¿La piel está hidratada? (cuando se pellizca, ¿la marca dura un rato?) si ___
no ___

¿Come entre comidas?: Rara vez ___ Con frecuencia ___ Con mucha frecuencia ___

¿Necesita ayuda?: Preparar la comida ___ Comer ___ Trocear los alimentos ___

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Intestinal:

Frecuencia.....

Estreñimiento ___ Diarrea ___ Incontinencia ___

Ostomía: si ___ no ___ Tipo..... Autocuidado: si ___ no ___

Problemas de: Hemorroides ___ Sangrado ___ Heces negras ___ otros ___

Uso de laxantes o rutinas: si ___ no ___ Ayudas empleadas.....

Urinaria:

Frecuencia.....

Disuria___ Nicturia___ Hematuria___ Retención___ Incontinencia___

Pañal___

Color: Amarillo claro___ Amarillo oscuro___ Naranja___ Rojo___

¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria?: si___ no___ ¿Cuál?.....

Sonda vesical___ Fecha del último sondaje.....

Cutánea: Sudoración cutánea: si___ no___ Sudoración profusa: si___ no___

Menstruación: Regular___ Irregular___ Abundante___ Dolorosa___

Secreciones vaginales: aspecto..... ¿son abundantes? Si___ no___

¿Tiene molestias (fuera de la menstruación)? Si___ no___

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial: Adecuado___ Alerta___ Inexpresivo___ Hostil___ Inadecuado___

Comportamiento motor: Inhibición___ Agitación___ Temblores___ Rigidez___

Incoordinación___ Inquietud___ Tics___

Postura: Erecto___ Decaído___

Modo de andar: Normal__ Acelerado__ Tambaleante__ Lento__

Limitaciones físicas: Temporales__ Permanentes__
¿Cuáles?.....

Aparatos de ayuda: Ninguno__ Bastón__ Mueles__ Andador__
otros.....

Vértigo: si__ no__ ¿Siente dolor o rigidez articular? Si__ no__

¿Hace ejercicio? Si__ no__ Tipo..... ¿Cuánto tiempo?.....

¿Practica algún deporte? Si__ no__ ¿Cuál?.....

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Hora de sueño nocturno..... Otros descansos.....

Problemas de sueño:

Al inicio__ Interrumpido__ (nº de veces.....) Despertar temprano__ Sueño
excesivo__ Pesadillas__ (tipo.....)

Sensación después de dormir: Descanso__ Cansado__ Confuso__ otros__

Factores que alteran el sueño.....

Ayuda para favorecer el sueño: Lectura__ Baño__ Fármacos__ otros.....

6. NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si misma? Si__ no__

Con limitaciones__

Alergias a determinados tejidos__ ¿Cuáles?.....

¿Qué importancia da a su aspecto? Poca__ Bastante__ Mucha__

¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancia? Si__ no__

Otros datos de interés.....

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: Normal__ Hipotermia__ Hipertermia__ T^a__

Sudoración cutánea: si__ no__ ¿Están fríos sus pies y/o manos? Si__ no__

¿Si fuese necesario sería capaz de mirarse usted mismo la T^a? Si__ no__

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: Baño__ Ducha__ Frecuencia.....

Cepillado de dientes__ Frecuencia.....

Autónomo__ Necesita ayuda: si__ no__ especificar.....

Descuidado en: Cabello__ Dientes__ Uñas__ su piel es: Seca__ Grasa__

¿Ha notado alguna lesión? (úlceras, eccema...) Descríbalo.....

Sus cabellos: ¿son secos? __ ¿grasos?__ ¿se rompe con facilidad?__

¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo ¿ si__ no__

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento__ Confuso__ Apático__ Hipervigilante__ Distráido__ Fluctuante__

No responde a estímulos__ sólo sigue instrucciones__

Orientación Espacio__ Tiempo__ Persona__

Tiempo: (estación, día, mes, año) Especificar.....

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) Especificar.....

Persona: (reconoce personas significativas...) Especificar.....

Alteraciones perceptivas:

Auditivas__ tipo.....

Visuales__ tipo.....

Táctiles__ tipo.....

Olfativas__ tipo.....

Localización de la percepción: Interna__ Externa__

Autodescripción de sí mismo:

Alegre__ Triste__ Confiada__ Desconfiada__ Tímida__ Inquieta__

Sobrevaloración de logros____ Exageración de errores____ Infravaloración____

Autoevaluación general y competencia personal: Positiva__ Negativa__

Sentimientos respecto a ello:

Inferioridad___ Superioridad___ Culpabilidad___ Inutilidad___

Impotencia___ Tristeza___ Ansiedad___ Miedo___ Rabia___ Depresión___

Otros.....

Alergias a algunas sustancias o medicamentos: si___ no___ cuales.....

El estado de esta persona puede constituir un peligro potencial para ella.....

O para otros..... Especificar.....

Precauciones: Más vigilancia___ Poner barandillas___ Contención mecánica___

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización de pensamiento-lenguaje:

Contenido: Coherente y organizado___ Distorsionado___

Descripción de la alteración.....

Curso del pensamiento:

Inhibido___ Acelerado___ Perseverancia___ Incoherencia___

Desorganizado___

Formas de expresión:

Claro___ Organizado___ Coherente___ Confuso___ Desorganizado___

Incoherente___ Tartamudeos___ Autista___

Humor:

Deprimido___ Eufórico___ Ansioso___ Triste___ Fluctuante___ Apático___
otros.....

Lenguaje:

Velocidad: Rápido___ Lento___ Paroxístico___

Cantidad: Abundante___ Escaso___ Lacónico___ Verborreico___

Tono y modulación: Alterado___ Tranquilo___ Hostil___

Vive: Solo___ Acompañado___ Lugar que ocupa en la familia rol.....

Personas más significativa..... Principal confidente.....

Personas con las que se relaciona a diario.....

Su relación es: Satisfactoria__ Insatisfactoria__ Indiferente__

Tiempo que pasa sólo y por qué.....

Tiempo que pasa con amigos y compañeros.....

Sexualidad:

Última regla..... Anticonceptivos: si__ no__ Método.....

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: si__ no__ motivos.....

Nº de embarazos..... Realiza autoexamen: si__ no__

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

¿Qué es lo más importante para usted en la vida?.....

Religión. Católico__ Romana__ Protestante__ Judía__
otra.....

Desea realizar prácticas religiosas: si__ no__ ¿visita del capellán?: si__ no__

En caso de no poder tomar decisiones, ¿Qué persona le gustaría que lo hiciera por usted?.....

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: si__ no__

Si la respuesta es si, explíquese.....

Problemas laborales.....

Tiempo dedicado al trabajo..... tiempo dedicado al ocio.....

Capacidad de decisión: si__ no__ Resolución de problemas: si__ no__

Grado de incapacitación personal atribuida.....

13. NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco__ Mucho__ Suficiente__

¿Cuál es su diversión preferida?.....

Pérdida de interés por las actividades recreativas: si__ no__

Cambio en habilidades o funciones físicas/corporales.....

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración en la memoria: Reciente__ Remota__

Inteligencia general: Adaptado al momento__ Retraso en el desarrollo__

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:

Pregunta__ Escucha__ Interés__ Desinterés__ Propone alternativas__

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización?.....

¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra?.....