



Proceso de Atención de Enfermería

“PAE”

Nombre del Alumno:

- *Tania Geraldine Ballinas Valdez*
- *Maria Fernanda Dearcia Albores*

Nombre del tema: APENDICITIS AGUDA

Parcial: Segundo parcial

Nombre de la Materia: Administración de los servicios de enfermería

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: Noveno cuatrimestre

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	JUSTIFICACIÓN	4
III.	OBJETIVOS	5
3.1.	General.....	5
3.2.	Específicos.....	5
IV.	MARCO TEÓRICO	
4.1.	Apendicitis	6
4.2.	Fisiopatología	6
4.3.	Cuadro clínico	7
4.4.	Historia natural de la enfermedad.....	8
4.5.	Diagnóstico médico	9
4.6.	Tratamiento	10
V.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	
5.1.	Presentación del caso clinico	12
5.2.	Valoración inicial	13
5.3.	14 necesidades de Virginia Henderson	13
5.4.	Examen fisico.....	15
5.5.	Valoración cefalocaudal	15
5.6.	Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería	17
5.6.1.	Diagnosticos NANDA.....	17
5.6.2	Planificación	18
5.6.3	Ejecución	22
5.6.4	Evaluación	25
VI.	CONCLUSIÓN	28
VII.	GLOSARIO DE TERMINOS	28
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29
IX.	ANEXOS	29

I. INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un método sistemático que permite crear un plan para la atención del paciente teniendo como objetivo un cuidado consciente organizado y dinámica logrando servir el trabajo profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado permitiendo que la persona participe en su mismo cuidado apoyándolo y resolviendo los problemas de salud con la ayuda del personal de Enfermería

El que hacer de enfermería en el ámbito quirúrgico, debe tener un impacto en la salud de los pacientes evitando mayores agravantes a su proceso de enfermedad, brindando cuidados perioperatorios de alta calidad y calidez basados en el proceso de atención de Enfermería.

El cuidado humano conlleva características que lo identifican y diferencian de otros, es un acto, actitud y preocupación consciente, bondadosa, amorosa, responsable, intencionada, libre y trascendente que no significa dominación, sino respeto por el otro; implica cuidado de la vida, para la permanencia y trascendencia del ser, valores, deseos y compromiso, conocimiento y acciones; es el ideal moral como fin, protección y engrandecimiento de la dignidad humana.

En el presente estudio se presenta una propuesta de proceso cuidado de enfermería para el paciente con apendicitis, pero por sus complicaciones se apto una apendicectomía de inmediato.

II. JUSTIFICACIÓN

La apendicitis es la causa más común de dolor abdominal agudo que requiere intervención quirúrgica en los países occidentales¹⁻³. Se trata de una patología de tratamiento eficaz y mortalidad mínima, cuya importancia radica en la elevada incidencia; su principal problema es la morbilidad postquirúrgica (18%).

El diagnóstico de la apendicitis aguda es primordialmente clínico y se basa en los síntomas y los hallazgos en la exploración física. Sin embargo, este diagnóstico es a menudo difícil. Hasta 50% de los pacientes hospitalizados por una posible apendicitis no la tienen en realidad y en diferentes estudios prospectivos consultados se refieren tasas de apendicectomías negativas de 15-20% para la población general y de hasta 47% en mujeres en edad fértil, por lo cual se ha utilizado los estudios de imagen.

Estudios recientes muestran que una de cada 15 personas tendrá apendicitis aguda algún momento de su vida; hace 50 años 15 de cada 100,000 personas morían por apendicitis aguda, actualmente la probabilidad de morir por esta patología es inferior al 0.1%.

La apendicitis aguda puede ser una enfermedad grave si no se recibe tratamiento quirúrgico oportuno con una morbilidad del 37% y una mortalidad del 1%,¹⁰ con gran repercusión en la vida del paciente tanto familiar como en lo laboral por la estancia hospitalaria prolongada y mayor tiempo para la incorporación a las actividades cotidianas.

Es importante mencionar y resaltar la necesidad de contar personal calificado que brinde educación para la salud en el ámbito hospitalario e identifique y resuelva problemas de salud de manera temprana a fin de evitar complicaciones en el paciente.

Por lo anterior se considera importante realizar un plan de cuidados de enfermería estandarizado (PLACE), enfocado a pacientes con apendicitis

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería que nos guie para proporcionar los cuidados necesarios a un paciente con apendicitis mediante las cinco etapas del proceso Enfermero.

3.2. Objetivos específicos:

- Desarrollar un pensamiento crítico en la toma de decisiones
- Describir y reconocer los signos y síntomas iniciales del paciente y los hallazgos del examen físico que condujeron al diagnóstico de apendicitis
- Diseñar el plan de cuidados según las necesidades que se encuentren alteradas en el paciente con apendicitis
- Ejecutar un plan de acción que ira dirigida a reducir o eliminar dichos problemas y promover la salud del usuario con apendicitis

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. Apendicitis

La apendicitis es una inflamación del apéndice. El apéndice es un segmento pequeño, con forma de dedo que sobresale del intestino grueso cerca del punto donde este se une al intestino delgado. El apéndice puede tener alguna función de tipo inmunitario, pero no es un órgano esencial.

El apéndice del adulto es un divertículo de unos nueve centímetros de longitud que sale de la pared póstero-medial del ciego, caudal a la válvula ileocecal unos 3 cm. Su situación es variable: interna ascendente, descendente interna, anterior o posterior (retrocecal). Es una estructura en capas: la túnica serosa recubre toda la superficie externa y constituye el mesoapéndice, en cuyo borde libre discurre la arteria apendicular (rama de la arteria mesentérica superior).

La túnica muscular sólo dispone de dos capas de fibras musculares: las longitudinales y las circulares. Las túnicas mucosas y submucosa son iguales a las del intestino grueso y sólo se diferencian de éste por el tejido linfóide de gran desarrollo.

La apendicitis aguda es una enfermedad relativamente común en México, con una incidencia que se estima en 1 por cada 1000 personas. La prevalencia de apendicitis aguda en México se estima en alrededor del 7% de la población en algún momento de su vida. La apendicitis es más común en personas entre los 10 y 30 años, siendo ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres.

4.2. Fisiopatología

La apendicitis es un proceso secundario a la obstrucción de la luz del apéndice por fecalito, alimentos, bario e hipertrofia de tejido linfático aunque hay otras causas menos comunes de obstrucción incluyen infecciones parasitarias (como *Ascaris lumbricoides*, *Enterobius vermicularis* o larvas de *Taenia*) y, raramente, tumores. También se ha sugerido que la estasis fecal (disminución o detención del flujo de las heces) puede contribuir a la apendicitis.

La obstrucción causa un aumento de la presión dentro del apéndice debido a la producción continua de moco. Este aumento de presión comprime los vasos sanguíneos, lo que lleva a una isquemia (disminución del flujo sanguíneo) y, eventualmente, a la necrosis (muerte del tejido) y perforación del apéndice. La perforación puede resultar en peritonitis (inflamación del peritoneo, la membrana que recubre la cavidad abdominal), lo cual aumenta el riesgo de complicaciones graves e incluso la muerte si no se trata adecuadamente.

Las bacterias intestinales pueden atravesar las paredes del apéndice inflamado, lo que lleva a la formación de pus dentro y alrededor del apéndice. La ruptura del apéndice puede causar peritonitis, sepsis (una respuesta inflamatoria sistémica a la infección) y disfunción orgánica múltiple, que pueden ser fatales.

La apendicitis puede cursar en diversas fases: apendicitis aguda simple, apendicitis flemonosa, apendicitis úlcero-flemonosa, apendicitis gangrenosa y finalmente la perforación a la cavidad peritoneal. Las complicaciones secundarias a la perforación son el plastrón y el absceso apendicular, las fístulas a órganos adyacentes (intestino, vejiga, vagina), pileflebitis y abscesos hepáticos, peritonitis difusa y shock séptico. La relación directa entre perforación y morbilidad conlleva la mejora y estandarización de los procedimientos de diagnóstico clínico y la irrupción de las técnicas de imagen (US y TC) en el diagnóstico de la apendicitis.

4.3. Cuadro clínico

La presentación típica de la apendicitis recibe el nombre de secuencia de Murphy, la cual suele comenzar como un dolor repentino localizado en la mitad inferior de la región epigástrica o región umbilical, caracterizado por ser un dolor de moderada intensidad y constante al que ocasionalmente se le superponen calambres intermitentes.

En el 75 % de los casos ocurre según la Tríada de Murphy, que consiste en dolor abdominal (ya descrito), vómitos alimentarios y/o náuseas, y febrícula

Unas horas después desciende hasta localizarse en la fosa ilíaca derecha, en un punto ubicado en la unión del tercio externo con los dos tercios internos de una línea imaginaria entre el ombligo y la espina ilíaca antero-superior, llamado punto de McBurney. A partir de la secuencia de Murphy se obtiene la Tríada clásica o de Murphy de Apendicitis Aguda, la cual está compuesta por dolor en epigastrio, náuseas, vómitos y la migración o cambio de dolor hacia fosa ilíaca derecha.

Los signos clásicos se localizan en la fosa ilíaca derecha, en donde la pared abdominal se vuelve sensible a la presión leve de una palpación superficial. Además, con la descompresión brusca dolorosa del abdomen, un signo llamado signo del rebote, se indica una reacción por irritación peritoneo parietal.

También, incluye síntomas como el dolor que empeora al toser, caminar o realizar otros movimientos bruscos, pérdida del apetito, hipertermia leve, estreñimiento o diarrea, náuseas, vómitos, anorexia, distensión del estómago y gases. El lugar del dolor puede variar en función de la edad y la posición del apéndice

4.4. Historia natural de la enfermedad

Afección dolorosa en la que el apéndice se inflama. La apendicitis se produce como consecuencia de la obstrucción de su luz, es decir el conducto interno del apéndice

PERIODO PRE-PATÓGENICO		PERIODO PATÓGENICO			
Agente: obstrucción por fecalitos, producto de la degradación de alimentos, semillas no digeribles, infecciones virales o bacterianas Huesped: es más frecuente en hombres, mayor frecuencia en la adolescencia y de 30 años Ambiente: hábitos alimenticios, factores higiénicos		MUERTE: Apendicitis aguda, apéndice gangrenado SECUELAS: Resección colónica y sepsis abdominal COMPLICACIONES: Obstrucción intestinal, perforación del apéndice, peritonitis, infección y absceso SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS: Dolor abdominal en fosa iliaca derecha, sensibilidad dolorosa a la palpación SIGNOS Y SINTOMAS INESPECIFICOS: Náuseas, vómito, escalofríos, fiebre y estreñimiento			
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA			PREVENCIÓN TERCIARIA
PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECIFICA	DX PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
– Fomentar los buenos hábitos alimenticios – Crear conciencia en la población para tratar infecciones bacterianas – Hablar sobre higiene bucal	– Control sanitario de los alimentos – Práctica sobre higiene como el lavado de manos – Visitar al médico	– Exploración física: palpación abdominal – Realizar ultrasonido abdominal – Exámenes de sangre – Examen de orina – Rx	– Intervención quirúrgica – Apendicetomía laparoscópica – Tratamiento con antibióticos – Verificar datos de infección en la herida	– Lavar la herida – Dieta blanda – Deambulación precoz	– Tratamiento médico basado en antibióticos para el control de la sepsis – Evitar úlceras por presión en caso de que el paciente no se pueda mover

4.5. Diagnóstico médico

El diagnóstico de la apendicitis se basa en la exploración física y en la historia clínica, complementado con análisis de sangre, orina y otras pruebas como las radiografías simples de abdomen, de pie y en decúbito, ecografía abdominal y TAC abdominal simple entre otros.

EXPLORACIÓN FÍSICA: se basa en la palpación abdominal. La presentación típica de la apendicitis recibe el nombre de secuencia de Murphy, la cual suele comenzar como un dolor repentino localizado en la mitad inferior de la región epigástrica o región umbilical, caracterizado por ser un dolor de moderada intensidad y constante al que ocasionalmente se le superponen calambres intermitentes.

Unas horas después desciende hasta localizarse en la fosa ilíaca derecha, en un punto ubicado en la unión del tercio externo con los dos tercios internos de una línea imaginaria entre el ombligo y la espina ilíaca antero-superior, llamado punto de McBurney. A partir de la secuencia de Murphy se obtiene la Tríada clásica o de Murphy de Apendicitis Aguda, la cual está compuesta por dolor en epigastrio, náuseas, vómitos y la migración o cambio de dolor hacia fosa ilíaca derecha.

Durante la evaluación del paciente se debe enfatizar en la localización del dolor y en los signos clásicos. Teniendo en cuenta que la positividad o negatividad de estos depende en gran parte de las variantes en la localización del apéndice así como el tiempo transcurrido desde la instauración del dolor.

La temperatura es un mal predictor de apendicitis, sin embargo la presencia de fiebre marcada y taquicardia advierten la posibilidad de perforación y formación de un absceso intra abdominal.

En los niños el diagnóstico puede ser más difícil por la irritabilidad del paciente y su falta de colaboración para el examen físico; cuando la apendicitis es de localización pélvica puede suceder una erección peneana, debido a la irritación del peritoneo sobre la fascia de Waldeyer, ocasionando un estímulo parasimpático; dicho evento es conocido como signo de Eros.

ESCALA DE ALVARADO: la probabilidad de un diagnóstico correcto de apendicitis se incrementa cuando se hace hincapié en las manifestaciones clínicas específicas, las cuales se sintetizan en una escala de puntuación denominada Escala de Alvarado.

Un score (valor acumulado) de 7 o más puntos es altamente sugestivo de una apendicitis. Cuando el puntaje no pasa de 5-6 puntos, se recomienda realizar una tomografía para reducir la probabilidad de falsos negativos descubiertos durante la apendicectomía. El tacto rectal puede servir para orientar el diagnóstico: si la pared

derecha (del lado donde está el apéndice) está inflamada, es un signo compatible con la apendicitis.

ESTUDIOS DE LABORATORIO:El hemograma con recuento diferencial muestra una leve leucocitosis (10 000–18 000/mm) con predominio de neutrófilos en pacientes con apendicitis aguda no complicada. Los conteos de glóbulos blancos mayores de 18 000/mm aumentan la posibilidad de una apendicitis perforada. El examen de orina es útil para descartar una infección urinaria, pues en la apendicitis aguda, una muestra de orina tomada por sonda vesical no se caracteriza la presencia de bacterias en la orina (bacteriuria).

Los análisis de orina son solicitados usualmente para excluir la posibilidad de infección del tracto urinario cuando esta se sospecha, pudiéndose encontrar piuria y/o hematuria sin bacteriuria en un tercio de los pacientes con apendicitis debido a la proximidad del uréter y la vejiga.

ESTUDIOS DE IMAGEN:estas pruebas pueden incluir una radiografía abdominal, una ecografía abdominal, una tomografía computarizada, un ultrasonido o una resonancia magnética, todo dependerá de las indicaciones del médico que atienda al paciente.

La *radiografía* de abdomen debe ser realizada en casos de abdomen agudo y, aunque no son relevantes para el diagnóstico de apendicitis, son útiles para descartar otras patologías, como la obstrucción intestinal o un cálculo uretral. Ocasionalmente, sobre todo en niños, el radiólogo experimentado puede notar un fecalito radiopaco en la fosa ilíaca derecha, sugestivo de una apendicitis.

Las *ecografías* y las *ecografías-Doppler* también ofrecen información útil para detectar la apendicitis, pero en alrededor del 15 % de los casos, especialmente en aquellos en un estado inicial sin líquido libre intraabdominal, una ecografía de la fosa ilíaca no revelaría nada anormal, aun cursando una apendicitis.

La *tomografía axial computarizada (TAC)*, ese es el método preferido, ya que tiene una tasa de detección (sensibilidad) por encima del 95%.Lo que se busca en una TAC es la falta de contraste en el apéndice y signos de engrosamiento de la pared del apéndice, normalmente >6 mm en un corte transversal; también puede haber evidencias de inflamación regional, la llamada "grasa desflecada".

4.6. Tratamiento

Al momento del diagnóstico el paciente usualmente se encuentra deshidratado y puede estar febril, acidótico y séptico. El manejo médico se inicia con hidratación del paciente y seguido por la aplicación de antibióticos adecuados, como ampicilina sulbactam; clindamicina o metronidazol más aminoglicósido (como la amikacina o gentamicina); la cefuroxima más metronidazol— y analgésicos.

La cirugía se conoce con el nombre de apendicectomía y consiste en hacer una incisión en la fosa ilíaca derecha o laparotomía, según la gravedad del paciente, y extirpar el apéndice afectado, así mismo drenar el líquido infectado, y lavar la cavidad con solución salina. La apendicectomía puede realizarse como cirugía abierta mediante un corte abdominal de entre 2 y 4 pulgadas (de 5 a 10 cm) de longitud.

La cirugía también puede realizarse a través de unos pequeños cortes abdominales. Eso se conoce como cirugía laparoscópica, en la cual, el cirujano coloca instrumentos quirúrgicos especiales y una cámara de video en el abdomen para extirpar el apéndice. Permite tener una recuperación más rápida y una fase de curación con menos dolor y cicatrices e incluso puede ser mejor para los adultos mayores y las personas con obesidad.

En casos de perforación debe realizarse lavado de cavidad con solución salina y antibióticos durante 4-5 días. Si hay peritonitis generalizada puede requerirse dejar el abdomen abierto para un lavado posterior, y luego procederse al cierre de la cavidad. En caso de muñón difícil, que se fragmente (friable), puede requerirse dejar un drenaje (simple de Penrose o de Sump). No se acostumbra la colocación de drenajes durante la operación.

Si la apendicitis no es tratada a tiempo, el apéndice puede perforarse, lo cual podría evolucionar a peritonitis, un padecimiento que exige más cuidados y es más grave. A su vez, la peritonitis puede llevar a la muerte del paciente por septicemia, por lo que es importante llamar al médico en cuanto se presente cualquier tipo de dolor abdominal agudo (súbito) que dure más de seis horas (un indicativo probable de apendicitis).

Si el apéndice ha reventado y se ha formado un absceso a su alrededor, es posible drenarlo. Para drenarlo, se coloca una sonda a través de la piel hasta el absceso.

5. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

5.5. Presentación del caso clínico

FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre: Marisol Hernández Ruíz	Fecha de nacimiento: 17 de noviembre de 2000	Estado civil: casada	Sexo: femenino
Edad: 25 años		RH: o+	
Fecha de ingreso: 13 junio de 2025	Ocupación: ama de casa	Idioma: Español	Domicilio: Séptima Calle Sur Ote. 8, San Sebastián, 30029 Comitán de Domínguez, Chis.
Diagnóstico médico: Apendicitis Aguda		Institución: Hospital general "Maria Ignacia Gandulfo"	

13/06/2025 10:00 hrs Paciente de sexo Femenino de 25 años de edad llega al servicio de urgencias acompañada por su esposo, refiere tener dolor abdominal tipo cólico que empieza desde el epigastrio de manera moderada intensidad valorado con Escala de Eva con resultado de 9/10, posteriormente presento nauseas que llega a vomito en dos oportunidades de contenido alimenticio.

Refiere haber tomado analgésico para aliviar el dolor, sin embargo no se da el cuadro de dolor profuso, exacerbándose desde el día de hoy con fiebre, estreñimiento, sensación de angustia y falta de aire, quedando en observación de emergencia. A su ingreso se encuentra con signos vitales: frecuencia cardiaca 110 latidos por minuto, saturación 96%, tensión arterial 100/70 mmhg, frecuencia respiratoria de 18, temperatura de 38°C axilar.

Se procede a canalizar a la paciente y estabilizarla con solución fisiológica iv, no refiere tener enfermedades médicas y no tiene antecedentes alérgicos, quirúrgicos y familiares desconoce; se procede a valoración en cirugía.

13/06/2025 11:00hrs Paciente femenina de 20 años ingresa al servicio cirugía general en donde realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 110 latidos por minuto, saturación 96% con fio2 21%, tensión arterial 110/70 mmhg, frecuencia respiratoria de 19, temperatura de 38.3°C axilar.

Paciente lucida, febril, orientada en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico, comprensión y juicio normales. Glasgow 15/15.

Abdomen: inspección: globoso, simétrico, no cicatrices, auscultación ruidos hidroaéreos presentes disminuidos. Palpación Suave, blanco, doloroso difuso a la palpación profunda y superficial, predominante en región de fosa iliaca derecha. McBurney positivo.

Las muestras de suero y orina al ingreso reportaron leucocitosis de 18.800 mm³, neutropenia del 86,9% y proteína C reactiva de 105,19 mg/dL. Los valores de fracciones de orina, tiempos de coagulación, nitrógeno y glucosa basal en ayunas se informaron dentro de los parámetros normales. La puntuación final de Alvarado fue de alto riesgo de apendicitis aguda.

13/06/2025 11:45 hrs Impresión diagnóstica de abdomen quirúrgico agudo inflamado secundario a apendicitis aguda complicada como motivación para tratamiento quirúrgico. El paciente sera sometido a una apendicectomía clásica mediante el método de Rocky Davis mediante la técnica de Pouchet.

5.6. Valoracion inicial

13/06/2025 11:00hrs Paciente femenina de 20 años ingresa al servicio cirugía general en donde se realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 110 latidos por minuto, saturación 96% con fio2 21%, tensión arterial 110/70 mmhg, frecuencia respiratoria de 19, temperatura de 38.3°C axilar y escala de EVA 9/10.

Paciente lucida, febril, orientada en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico, comprensión y juicio normales. Glasgow 15/15. Abdomen: inspección: globoso, simétrico, no cicatrices, auscultación ruidos hidroaéreos presentes disminuidos. Palpación Suave, blanco, doloroso difuso a la palpación profunda y superficial, predominante en región de fosa iliaca derecha. McBurney positivo.

5.7. 14 necesidades de Virginia Henderson

NECESIDAD	VALORACIÓN
1. Respirar adecuadamente	La paciente tiene una frecuencia respiratoria de 19 respiraciones por minutos esta dentro de los valores normales pero suele estar asi por la fiebre y el dolor, no refiere problemas respiratorios, refiere no consumir tabaco
2. Comer y beber adecuadamente	La paciente refiere tener dolor al consumir alimentos por lo que su diagnostico es apendicitis aguda y se le da ayuno, no refiere tener dificultad para consumir liquidos.

3. Necesidad de eliminar por todas las vías	La paciente refiere tener estreñimiento por lo cual le causa dolor, aunque refiere tener dolor al orinar, por lo cual son datos objetivos de apendicitis
4. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas	La paciente refiere dolor al caminar por lo cual prefiere estar en reposo, trata de estar en posición de decubito supino y al momento de palpación refiere dolor en fosa iliaca derecha
5. Necesidad de dormir y descansar	La paciente refiere que no puede dormir adecuadamente debido al dolor que va de aumentando
6. Necesidad de elegir ropa adecuada, vestirse y desvestirse	La paciente puede cambiarse aunque necesita ayuda para mantener el equilibrio debido al dolor que tiene
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal	La paciente al momento de la valoración tiene una temperatura de 38.3° axilar por lo cual es un dato de infección y se procede a administrarle antibióticos y compresas de agua tibia para normalizar su temperatura
8. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	La paciente puede hacer su rutina de higiene corporal aunque trata de no moverse mucho
9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas	La paciente está orientada en tiempo y espacio, aunque puede presentar un riesgo de caída mediano debido al dolor que presenta, está en constante evaluación
10. Necesidad de comunicarse con los demás	La paciente puede comunicarse sin dificultad con el personal de enfermería, expresa y localiza el dolor
11. Necesidad de practicar sus creencias	Se respeta las decisiones de la paciente la cual acepta la intervención quirúrgica para su bienestar, se le explica consentimiento informado y se le explica acerca de la operación que le realizará el médico, también el esposo se le informa estado de su familiar
12. Necesidad de trabajar en algo gratificante para la persona	La persona temporalmente no podrá desempeñar sus ocupaciones
13. Necesidad de desarrollar actividades lúdicas y recreativas	La paciente está algo ansiosa y presenta dolor por lo cual no tiene interés de distraerse o realizar otra actividad
14. Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad	La paciente se informa acerca de su padecimiento actual, se le explica y se le está en constante valoración

5.8. Examen físico

Aspecto General: Paciente en regular estado general, regular estado nutricional y regular estado de higiene, despierto de cubito dorsal, activo, piel turgente y elasticidad conservada, llenado capilar menor a un segundo, no hay adenopatías, orientado en persona, tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio y con el examen físico.

Funciones vitales:

- Frecuencia cardíaca: 110 latidos por minuto
- Saturación de oxígeno: 96%
- Tensión arterial: 110/70 mmHg
- Frecuencia respiratoria: 19 r x min
- Temperatura: 38.3°C

Medidas antropométricas:

- Peso: 53 kilos
- Talla: 1.52mts
- IMC: 23

5.9. Valoración cefalocaudal

1. CABEZA:

- *Cráneo y cuero cabelludo*: No hay hematomas, a la inspección normal cefálico, cabello seco y limpio, a la palpación cabellos bien implantados, no presenta dolor a la palpación.
- *Cara*: Simétrica, Pálida, con expresión facial triste por el dolor.
- *Ojos*: Simétricos, pupilas foto reactivas, isocóricas, normal reflexivas movimientos oculares conservados.
- *Orejas*: Simétricas, no se palpan ganglios retro auriculares, cerumen en conducto auditivo externo con reflejo auditivo activo, buena implantación del pabellón auricular.
- *Nariz*: Fosas nasales permeables, con escasa secreción nasal, sin presencia de dolor.
- *Boca*: Labio inferior con restos de sangre, labios simétricos móviles, mucosa bucal permeable, lengua móvil y con piezas dentarias de conservación regular.
- *Cuello*: Forma cilíndrica, central con movilidad, no hay adenopatías, no presentan ganglios inflamados, presencia de arteria.

2. TÓRAX Y PULMONES:

- Inspección: Tórax simétrico, móvil a la respiración.
- Auscultación: Ruidos hidroaéreos presentes, normo activos en frecuencia e intensidad.
- Palpación: normal y elasticidad normal.
- Percusión: Vibraciones bucales pasan normales, sonoridad conservada, murmullo vesicular normal.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos normo fonéticos.
- Ruidos Cardiacos aumentados ligeramente, rítmicos, sin soplos

3.ABDOMEN:

- Inspección: Voluminoso, móvil con la respiración, globuloso en hipogastrio.
- Auscultación: Ruidos hidroaéreos presentes, normo activos, regulares en frecuencia e intensidad.
- Palpación: Valonado, dolor intenso a la palpación superficial y profunda, localizado en fosa iliaca derecha, presencia de ruido hidroaéreo aumentados, signo de Psoas positivo.
- Percusión: timpanismo aumentado, en todo el marco colonico.

4.GENITOURINARIO:

- Riñón y vías urinarias: Puño percusión negativa. No hay presencia de alteración de la micción ni dolor lumbar ni edema renal.
- Órganos genitales: Sexo femenino a la inspección aparentemente de aspecto y configuración normal. Ano sin lesiones, genitales no evaluados.

5.EXTREMIDADES:

- Extremidades superiores: La inspección simétrica, movimientos voluntarios sin anomalías, presenta catéter venoso periférico en dorso de mano izquierda.
- Extremidades inferiores: A la Inspección, extremidades inferiores simétricas, fuerza y tono conservado, movimientos voluntarios normales.
- Piel: Piel trigueña, caliente al tacto, ligeramente seca, brillo, turgor y elasticidad normal, masa muscular normal sin edemas

5.ESTADO NEUROLÓGICO:

- Al examen del paciente se observa, estado neurológico aparentemente normal no se observan alteraciones neurológicas.

5.6. Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería

5.6.1 DIAGNOSTICOS NANDA

1	2	3	4
Dominio:12 confort	Dominio:11 seguridad	Dominio:11 seguridad	Dominio:03 eliminación o intercambio
Clase:1. Confort físico	Clase: 02 Lesión física	Clase:02 Lesión física	Clase:02 función gastro intestinal
Dx:Apendicitis	Dx:Apendicitis	Dx:Apendicitis	Dx:Apendicitis
00132-Dolor agudo P: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial R/C: Agentes lesivos (biológicos, químicos,físicos) M/P: Expresión verbal y gesticular del dolor y conducta de protección y defensa	00046-Deterioro de la integridad cutánea P: Alteración de la epidermis y/o la epidermis M/P: Invasión de las estructuras corporales R/C: Intervención quirúrgica	00088- Deterioro de la ambulación P: Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno M/P: Deterioro de la habilidad para caminar distancias requeridas R/C: Resistencia limitada	00011-Estreñimiento P: Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces M/P: Disminución de la frecuencia R/C: Cambios ambientales recientes

5.6.2 PLANIFICACIÓN

Diagnostico 1: 00132-Dolor agudo

Resultado NOC	Intervenciones	Escala de medición	Puntuación DIANA
1605- Control de dolor Acciones personales para controlar el dolor Dominio: 04 Conocimiento y conducta de salud Clase: Q Conducta de salud	160502- Reconoce el comienzo del dolor 160504- Utiliza medidas preventivas 160507- Refiere síntomas incontrolables 160511- Refiere dolor Controlados 160513- Refiere cambios en los síntomas	• Totalmente en desacuerdo • En desacuerdo • Indiferente • De acuerdo • Totalmente de acuerdo	2/4 2/4 3/5 2/4 2/5 Mantener a: 11 Aumentar a: 22

Resultado NOC	Intervenciones	Escala de medición	Puntuación DIANA
2102-Nivel del dolor Intensidad del dolor referido o manifestado Dominio 05: Salud percibida Clase V: Sintomatología	210201- Dolor referido 210204- Duración de los episodios de dolor 210206- Expresiones faciales de dolor 210208- Inquietud 210223- Irritabilidad	• Totalmente en desacuerdo • En desacuerdo • Indiferente • De acuerdo • Totalmente de acuerdo	2/4 1/5 2/4 2/4 2/4 Mantener a: 9 Aumentar a: 21

Diagnostico 2: 00046-Deterioro de la integridad cutánea

Resultado NOC	Intervenciones	Escala de medición	Puntuación DIANA
1102- Curación de la herida por primera intención Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a uncierre intencionado Dominio: 02 Salud fisiológica Clase: L Integridad tisular	110201- Aproximación cutánea	• Totalmente en desacuerdo	2/4
	110206- Secreción sanguínea del drenaje	• En desacuerdo	2/4
	110210- Aumento de la Temperatura cutánea	• Indiferente	2/4
	110211- Olor de la herida	• De acuerdo	2/4
	110214- Formación de la cicatriz	• Totalmente de acuerdo	3/5
			Mantener a: 11 Aumentar a: 21

Resultado NOC	Intervenciones	Escala de medición	Puntuación DIANA
1103-Curación de la herida: por segunda intención Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta Dominio 02: Salud fisiológica Clase L: Integridad tisular	110310- Ampollas cutáneas	• Totalmente en desacuerdo	3/5
	110311 Piel macerada	• En desacuerdo	4/5
	110313 Costra	• Indiferente	2/4
	110321 Disminución del tamaño de la herida	• De acuerdo	3/5
	110322 Inflamación de la herida	• Totalmente de acuerdo	3/5
			Mantener a: 15 Aumentar a: 24

Diagnostico 3: 00088- Deterioro de la ambulaci3n

Resultado NOC	Intervenciones	Escala de medici3n	Puntuaci3n DIANA
0200-Ambular Acciones personales para caminar independiente mente de un lugar a otro con o sindispositivos de ayuda Dominio: 01 Salud funcional Clase: C Movilidad	20001 -Soporta el peso 20002 -Camina con marcha eficaz 20003 -Camina a paso lento 20010 -Camina distancias moderadas 20016 -Se adapta a diferentes tipos de superficie	• Totalmente en desacuerdo • En desacuerdo • Indiferente • De acuerdo • Totalmente de acuerdo	2/4 2/5 4/5 2/4 2/4 Mantener a: 12 Aumentar a: 22

Resultado NOC	Intervenciones	Escala de medici3n	Puntuaci3n DIANA
0208-Movilidad Capacidad para moverse con resoluci3n en el entorno con o sin mecanismo de ayuda Dominio: 01 Salud Funcional Clase: C Movilidad	20802 - Mantenimiento de la posici3n corporal 20803 - Movimiento muscular 20806 - Ambulaci3n 20809 - Coordinaci3n 20814 - Se mueve con facilidad	• Totalmente en desacuerdo • En desacuerdo • Indiferente • De acuerdo • Totalmente de acuerdo	2/5 3/4 2/5 2/4 2/4 Mantener a: 11 Aumentar a: 22

Diagnostico 4: 00011-Estreñimiento

Resultado NOC	Intervenciones	Escala de medición	Puntuación DIANA
0501-Eliminación intestinal Formación y evacuación de heces Dominio:02 Salud fisiológica Clase: F Eliminación	50101 -Patrón de eliminación 50103 - Color de las heces 50105 - Heces blandas y formadas 50112 - Facilidad de eliminación de las heces 50113 - Estreñimiento	• Totalmente en desacuerdo • En desacuerdo • Indiferente • De acuerdo • Totalmente de acuerdo	2/4 2/4 2/4 1/4 1/4 Mantener a: 8 Aumentar a: 20

Resultado NOC	Intervenciones	Escala de medición	Puntuación DIANA
1015-Función gastrointestinal Capacidad del tracto gastrointestinal para ingerir y digerir alimentos, absorber nutrientes y eliminar productos de desecho Dominio:02 Salud fisiológica Clase:K Digestión y nutrición	101503 - Frecuencia de deposiciones 101506 -Volumen de deposiciones 101508 - Ruidos abdominales 101513 - Dolor abdominal 101537 -Pérdida de peso	• Totalmente en desacuerdo • En desacuerdo • Indiferente • De acuerdo • Totalmente de acuerdo	1/4 2/4 2/4 1/4 3/5 Mantener a: 9 Aumentar a: 21

5.6.3 EJECUCIÓN

Diagnostico 1: 00132-Dolor agudo

INTERVENCIONES(NIC): Administración de analgésicos (2210)		INTERVENCIONES(NIC): Manejo del dolor 1400	
Campo: 2	Clase: H Control de fármacos	Campo: 01 Fisiológico	Clase: F Fomento
Actividades		Actividades	
➤ 221001- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente ➤ 221003- Comprobar el historial de alergias a medicamentos ➤ 221004- Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis e implicar al px ➤ 221010- Controlarlos signos vitales antes y después de administrar los analgésicos ➤ 221012- Administrarlos analgésicos a la hora adecuada especialmente con el dolor intenso ➤ 221021- Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso		➤ 140009- Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes personales y familiares de dolores crónicos ➤ 140014- Proporcionar información acerca del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos ➤ 140022- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (Estimulación nerviosa, relajación, musicoterapia, aplicación de masajes) etc. ➤ 140032- Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica e informar a otros profesionales sanitarios ➤ 140035- Fomentar periodos de descanso/sueños adecuados que faciliten el alivio del dolor ➤ 140043- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor	

Diagnostico 2: 00046-Deterioro de la integridad cutánea

INTERVENCIONES(NIC): Cuidados de las heridas(3660)		INTERVENCIONES(NIC): Cuidados de las úlceras por presión (3520)	
Campo: (02)Fisiológica	Clase: (L) Control de la piel	Campo: (02) Fisiológico	Clase: (L) Control de la piel
Actividades		Actividades	
➤ 366003-Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor ➤ 366006-Limpiar la herida con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda ➤ 366011- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida ➤ 363615-Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje ➤ 366019-Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas según corresponda ➤ 366025-Colocar mecanismos de alivio de presión ejemplo: colchón de espuma o gel, almohadillas, cojines, etc.)		➤ 352002 Controlar el calor, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante ➤ 352009 Anotar las características del drenaje ➤ 352015 Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida ➤ 352019 Asegurar una ingesta dietética adecuada ➤ 352020 Controlar el estado nutricional ➤ 352023 Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida	

Diagnostico 3: 00088- Deterioro de la ambulación

INTERVENCIONES(NIC): Manejo de la energía (0180)		INTERVENCIONES(NIC): Terapia de ejercicios: ambulación 0221	
Campo: 1 fisiológico	Clase: A control de actividades	Campo: 1 fisiológico	Clase: A control de actividades
Actividades		Actividades	
➤ 18001 Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga ➤ 18008 Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados ➤ 18012 Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, arritmias, disnea, etc.) ➤ 18015 Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad		➤ 22105 Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla ➤ 22108 Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda ➤ 22113 Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas) ➤ 22115 Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de ambulación ➤ 22117 Fomentar la deambulación independiente	

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ 18029 Favorecer el reposo en cama/limitación de actividades (aumentar el número de periodos de descanso) ➤ 18040 Ayudar en las actividades físicas normales (deambulaci3n, traslados, cambios posturales y cuidado personal) | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 22120 Animar al paciente a que este levantando seg3n le apetezca |
|---|---|

Diagnostico 4: 00011-Estreñimiento

INTERVENCIONES(NIC): Manejo del estreñimiento 0450		INTERVENCIONES(NIC): Control intestinal 0430	
Campo: (01) Fisiol3gico	Clase: B Control de la eliminaci3n	Campo: (01) Fisiol3gico	Clase: (A) Control de actividades
Actividades		Actividades	
➤ 45001 Vigilar la aparici3n de signos y s3ntomas de estreñimiento ➤ 45003 Comprobar las defecaciones, incluyen do frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, seg3n corresponda ➤ 4501 Fomentar el aumento de ingesta de l3quidos, a menos que este indicado ➤ 45005 Consultar con el medico acerca del aumento/disminuci3n de la frecuencia ➤ 45014 Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra ➤ 45023 Pesar al paciente regularmente		➤ 43001 Anotar la fecha de la 3ltima evacuaci3n ➤ 43006 Monitorizar los signos y s3ntomas del estreñimiento ➤ 43012 Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal ➤ 43016 Evaluar el perfil de la medicaci3n para poder determinar ➤ 43018 Enseñar al paciente no ignorar la necesidad de defecar ➤ 43019 Enseñar al paciente a llevar una rutina para estimular el movimiento intestinal	

5.6.4 EVALUACIÓN

ACTIVIDADES	FUNDAMENTOS	ACTIVIDADES	FUNDAMENTOS
Administración de analgésicos (2210) Campo: (02)Fisiológica Clase: H Control de fármacos 221001- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente 221003- Comprobar el historial de alergias a medicamentos 221004- Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis e implicar al px 221010- Controlarlos signos vitales antes y después de administrar los analgésicos 221012- Administrar los analgésicos a la hora adecuada especialmente con el dolor intenso 221021- Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso	1-Esto nos permite dar un diagnostico certero y actuar con rapidez, es indispensable realizarlo antes de cualquier proceso 2- Esto nos ayuda a evitar eventos adversos que comprometan la salud del paciente 3-Esto ayuda al px a elegir el antibiotico y la via que mejor le acomode dependiendo su patologia 4-Los signos vitales son importantes ya que nos indican si esta estable o presenta algun cambio durante la medicación 5-Importante llevar la medicacion para que actue según lo previsto 6-Nos permite llevar un control de sintomas del paciente y ayuda a la valoracion médica	Manejo del dolor 1400 Campo:01 Clase: F Fomento 140009- Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes personales y familiares de dolores crónicos 140014- Proporcionar información acerca del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos 140022- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (Estimulación nerviosa, relajación, musicoterapia, aplicación de masajes) etc. 140032- Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica e informar a otros profesionales sanitarios 140035- Fomentar periodos de descanso/sueños adecuados que faciliten el alivio del dolor	1-Nos ayuda a la historia clinica del paciente e incluso ayuda al diagnostico médico 2-Esto ayuda a que el paciente este informado y sus familiares, ante cualquier evento que presente nos informe 3-Tomar otras medidas ayudara a que el paciente no se dañe mas con el uso frecuente de farmacos 4-La constante valoracion permite observar si hay mejoria o no del paciente 5-El descanso permite que el paciente se relaje y el dolor disminuya, incluso ayudara a que se tranquilice

ACTIVIDADES	FUNDAMENTOS	ACTIVIDADES	FUNDAMENTOS
Cuidados de las heridas(3660) Campo: (02)Fisiológica Clase: (L) Control de la piel 366003-Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor 366006-Limpiar la herida con solución salina fisiológica o un limpiador no toxico, según corresponda 366011- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida 363615-Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje 366019-Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas según corresponda 366025-Colocar mecanismos de alivio de presión ejemplo: colchón de espuma o gel, almohadillas, cojines, etc.)	- Nos ayuda a que evitemos infecciones en la zona de la herida y pueda darse una buena cicatrización - Importante usar soluciones adecuadas que permitan una adecuada limpieza de la herida y sea una técnica aséptica correcta - Las vendas ayudaran a que la herida no se contamine con el entorno y evite el contacto con algún material sucio - Esto ayuda a reducir infeccion y que se de la cicatrización correcta, evita que se contamine la herida - esto es para evitar la aparicion de ulceras por presion y sea comoda la estancia del paciente - Ayuda al paciente en su confort y que evite las UPP	Cuidados de las ulceras por presión (3520) Campo:(02) Fisiológico Clase: (L) Control de la piel 352002 Controlar el calor, la temperatura,el edema, la humedad y el aspecto de lapiel circundante 352009 Anotar las características del drenaje 352015 Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida 352019 Asegurar una ingesta dietética adecuada 352020 Controlar el estado nutricional 352023 Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida	- Una piel limpia permitira una cicatrizacion correcta y evitara la contaminacion de la herida - Importante ya que nos da datos de infección por lo cual es importante la valoracion continua - En caso de presentarlo, nos ayuda a iniciar acciones para limpiar la herida y evitar que dañe el proceso de cicatrización - La dieta debe ser adecuada para una buena digestion debido al proceso - Ayuda a que el paciente mantenga una dieta adecuada y que no afecte el funcionamiento de su organismo - Esto ayuda a reducir infecciones en la herida y se de una buena cicatrización

ACTIVIDADES	FUNDAMENTOS	ACTIVIDADES	FUNDAMENTOS
Manejo de la energía (0180) Campo: 1 fisiologico Clase:A control de actividades 18001 Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga 18008 Controlar la ingesta nutricional para asegurar	- La identificación corecta permitira que el medico tome medidas para disminuir la fatiga - La dieta ayudara a que el estado del	Terapia de ejercicios: ambulación 0221 Campo: 1 fisiologico Clase:A control de actividades 22105 Animar al paciente a sentarse en la	- esto ayudara que el paciente no resulte con UPP por estar mucho tiempo en cama - importante recalcar que hay

recursos energético adecuados	paciente mejore y aporte los nutrientes que requiere	cama, en un lado de la cama o en una silla	otras formas en las cual puede ayudarse para deambular sin riesgo de caídas
3. 18012 Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, arritmias, disnea, etc.)	3-Importante la valoración ya que así podremos detectar problemas del paciente	2. 22108 Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda	3-Para la deambulación es bueno contar con un apoyo como un bastón o silla de ruedas
4. 18015 Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad	4-Permite identificar posible afección	3. 22113 Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas)	4-La información que se le proporcione ayudara al paciente a reducir el riesgo de caídas
5. 18029 Favorecer el reposo en cama/limitación de actividades (aumentar el número de periodos de descanso)	5-Después de una intervención es importante descansar para evitar que la herida se abra o se contamine	4. 22115 Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de ambulación	5-Permitir que la recuperación del paciente sea continua
6. 18040 Ayudar en las actividades físicas normales (deambulación, traslados, cambios posturales y cuidado personal)	6-Es importante brindar ayuda ya que el paciente puede no tener la fuerza suficiente para hacerlo solo	5. 22117 Fomentar la deambulación independiente	6-esto ayudara a que no se deprima
		6. 22120 Animar al paciente a que este levantando según le apetezca	

ACTIVIDADES	FUNDAMENTOS	ACTIVIDADES	FUNDAMENTOS
Manejo del estreñimiento 0450 Campo: 01 fisiológico Clase: B Control de la eliminación	1-Así evitaremos malestar en el paciente y no tenga complicaciones	Control intestinal 0430 Campo: 01 fisiológico Clase: A control de actividades	1-El control nos permite identificar si sus evacuaciones son normales
1. 45001 Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento	2-Detectar anomalías a tiempo permite un diagnóstico más certero	1. 43001 Anotar la fecha de la última evacuación	2-permitir actuar a tiempo y poder brindarle una dieta adecuada o tratamiento
2. 45003 Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda	3-Ayudará a que no se estriñe	2. 43006 Monitorizar los signos y síntomas del estreñimiento	3-ayudará a que su tránsito intestinal sea más rápido
3. 4501 Fomentar el aumento de ingesta de líquidos, a menos que este indicado	4-El médico podrá evaluar posibles alteraciones y poder indicar algún tratamiento adecuado	3. 43012 Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal	4-Importante que el tratamiento se adapte a las necesidades del paciente
4. 45005 Consultar con el médico acerca del aumento/disminución de la frecuencia	5-La dieta rica en fibra ayudará a que el	4. 43016 Evaluar el perfil de la medicación para poder determinar	5-Enseñarle esto al paciente permitirá que no se estriñe con
		5. 43018 Enseñar al paciente no ignorar la necesidad de defecar	

5. 45014 Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra	paciente no se estriña con frecuencia	6. 43019 Enseñar al paciente a llevar una rutina para estimular el movimiento intestinal	frecuencia y que tome conciencia de la importancia de defecar
6. 45023 Pesar al paciente regularmente	6-Podremos evaluar si la dieta que lleva es la adecuada		6-El ejercicio puede ayudar a estimular el movimiento intestinal

VI. CONCLUSIÓN

La Enfermería como parte fundamental de un equipo interdisciplinario de salud y un eslabón importante en el cuidado de paciente, se ha desarrollado cada vez más con mayores conocimientos que exige su actuar cotidiano, el cual está en incremento día con día.

Dentro de éste actuar es de suma importancia que la enfermería incluya el proceso cuidado enfermero como herramienta fundamental y método científico para el cuidado que sea un aliciente observar que los cuidados brindados han originado efectos positivos en la salud de los pacientes.

Debido a que la clínica de la apendicitis es muy variable, las destrezas individuales y conocimiento nosotros como el personal de salud, debemos ser suficientes, ante la demanda que representa esta enfermedad, debiéndose brindar la atención oportuna y diagnosticar la apendicitis en etapas tempranas, resolverla en el tiempo más inmediato posible y evitar complicaciones que impliquen mayor riesgo para el paciente, con la posibilidad que éstas provoquen daños locales o sistémicos que impidan al paciente recuperarse de forma integral y reintegrarse a la sociedad, pudiendo dejar secuelas.

Cabe recalcar que la apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico y la cirugía de urgencia médica más frecuente realizada en un hospital general.

Esta puede presentarse de forma atípica debido a sus variaciones de localización intraabdominal, las cuales han cambiado en frecuencia como lo han de mostrado diversos estudios en la última década, por lo que se resalta la importancia de la sospecha diagnóstica y el uso de escalas predictoras validadas para su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

VII. GLOSARIO DE TERMINOS

- **Obstrucción luminal:** Bloqueo del interior del apéndice, a menudo por un fecalito, cuerpo extraño o hiperplasia linfoide.
- **Fecalito:** Masa de materia fecal endurecida que puede obstruir el apéndice.

- **Signo de McBurney:** Dolor a la palpación en el punto de McBurney (un tercio del camino entre la espina ilíaca anterosuperior y el ombligo).
- **Leucocitosis:** Aumento del número de glóbulos blancos en sangre, signo común de infección o inflamación.
- **Apendicectomía:** Cirugía para remover el apéndice inflamado. Puede ser abierta o laparoscópica
- **Peritonitis:** Inflamación del peritoneo, puede ocurrir si el apéndice se perfora. Es una complicación grave.
- **Apendicitis aguda :** Proceso inflamatorio súbito y severo del apéndice; requiere intervención rápida
- **Peritoneo:** Tejido que reviste la pared abdominal y cubre la mayoría de los órganos del abdomen.
- **Grasa desflecada:** se refiere a la apariencia de la grasa que rodea el apéndice en una imagen de tomografía computarizada
- **Fistula:** conexión anormal entre dos partes del cuerpo, como órganos internos, vasos sanguíneos o entre un órgano y la piel.
- **Gangrena:** muerte del tejido debido a la falta de irrigación sanguínea o una infección bacteriana grave
- **Secuencia de Murphy:** se refiere a la descripción de los síntomas en su orden de aparición: dolor en el abdomen (epigastrio o mesogastrio) que luego migra a la fosa ilíaca derecha, acompañado de anorexia, náuseas o vómitos, y finalmente fiebre
- **Drenaje Penrose:** es un tubo suave y flexible, generalmente hecho de látex, utilizado para drenar fluidos de una herida quirúrgica o área infectada.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Radiologyinfo. Apendicitis aguda:
<https://www.radiologyinfo.org/es/info/appendicitis#:~:text=La%20apendicitis%20es%20la%20inflamaci%C3%B3n,for%C3%A1neos%20o%20con%20un%20tumor.>
- MayoClinic.Apendicitis: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/appendicitis/symptoms-causes/syc-20369543>
- Medlineplus.Apendicitis aguda:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000256.htm>
- SciELO.Apendicitis aguda:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033
- Guía rápida de referencia de Apendicitis:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/031GRR.pdf>
- MSD MANUAL.Apendicitis:
<https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%B3rgica/apendicitis?ruleredirectid=757>

IX. ANEXOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio:	Clase:				
12 Confort	1: Confort Fisico				
Dx: <i>Apendicitis</i>		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
00132		1605	160502	Totalmente en desacuerdo	2/4
Dolor agudo		Control de dolor	Reconoce el comienzo Del dolor	En desacuerdo	2/4
Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial		Acciones personales para controlar el dolor	160504 Utiliza medidas preventivas	Indiferente	3/5
R/C: Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos)		Dominio: 04 Conocimiento y conducta de salud	160507 Refiere síntomas Incontrolables	De acuerdo	2/4
M/P: Expresión verbal y gesticular del dolor y conducta de protección y defensa		Clase: Q Conducta de salud	160511 Refiere dolor controlados	Totalmente de acuerdo	2/5
			160513 Refiere cambios en los síntomas		Mantener a: 11 Aumentar a: 22

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

<i>RESULTADO (NOC)</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>	<i>PUNTUACIÓN DIANA</i>
2102 Nivel del dolor Intensidad del dolor referido o manifestado Dominio 05: Salud percibida Clase V: Sintomatología	210201 Dolor referido	Totalmente en desacuerdo	2/4
	210204 Duración de los episodios de dolor	En desacuerdo	1/5
	210206 Expresiones faciales de dolor	Indiferente	2/4
	210208 Inquietud	De acuerdo	2/4
	210223 Irritabilidad	Totalmente de acuerdo	2/4
			Mantener a: 9 Aumentar a: 21

INTERVENCIONES (NIC): Administración de analgésicos (2210)

Campo: (02)
página:

clase: (H) Control de fármacos

ACTIVIDADES

221001 Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente

221003 Comprobar el historial de alergias a medicamentos

221004 Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis e implicar al px

221010 Controlar los signos vitales antes y después de administrar los analgésicos

221012 Administrar los analgésicos a la hora adecuada especialmente con el dolor intenso

221021 Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso

INTERVENCIONES (NIC): Manejo del dolor (1400)

Campo: (01)Fisiológico
página:

clase: (E)Fomento

ACTIVIDADES

140009: Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes personales y familiares de dolores crónicos

140014 proporcionar información acerca del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos

140022 Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (Estimulación nerviosa, relajación, musicoterapia, aplicación de masajes) etc.

140032 Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica e informar a otros profesionales sanitarios

140035 Fomentar periodos de descanso/sueños adecuados que faciliten el alivio del dolor

140043 Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio:	Clase:
11 Seguridad	02 Lesión física
Dx: <i>Apendicitis</i>	
00046 Deterioro de la integridad cutánea Alteración de la epidermis y/o la epidermis M/P: Invasión de las estructuras corporales R/C: Intervención quirúrgica	
<i>Firma:</i>	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
1102	110201	Totalmente en desacuerdo	2/4
Curación de la herida Por primera intensión	Aproximación cutánea		
	110206	En desacuerdo	2/4
	Secreción sanguínea del drenaje		
Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado	110210	Indiferente	2/4
	Aumento de la temperatura cutánea		
Dominio: 02 Salud fisiológica	110211	De acuerdo	3/5
	Olor de la herida		
Clase: L Integridad tisular	110214	Totalmente de acuerdo	Mantener a: 11 Aumentar a: 21
	Formación de la cicatriz		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

<i>RESULTADO (NOC)</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>	<i>PUNTUACIÓN DIANA</i>
1103 Curación de la herida: por segunda intención Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta Dominio: 02 Salud fisiológica Clase: L Integridad tisular	110310 Ampollas cutáneas	Totalmente en desacuerdo	3/5
	110311 Piel macerada	En desacuerdo	4/5
	110313 Costra	Indiferente	2/4
	110321 Disminución del tamaño de la herida	De acuerdo	3/5
	110322 Inflamación de la herida	Totalmente de acuerdo	3/5
			Mantener a: 15 Aumentar a:24

INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de las heridas (3660)

Campo: (02)Fisiológica **clase:** (L) Control de la piel
página:

ACTIVIDADES

366003 Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor

366006 Limpiar la herida con solución salina fisiológica o un limpiador no toxico, según corresponda

366011 Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida

363615 Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje

366019 Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas según corresponda

366025 Colocar mecanismos de alivio de presión ejemplo: colchón de espuma o gel, almohadillas, cojines, etc.)

INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de las úlceras por presión 3520

Campo: (02) Fisiológico **clase:** (L) Control de la piel
página:

ACTIVIDADES

352002 Controlar el calor, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante

352009 Anotar las características del drenaje

352015 Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida

352019 Asegurar una ingesta dietética adecuada

352020 Controlar el estado nutricional

352023 Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio:	Clase:
11 Seguridad	02 Lesión física
Dx: <i>Apendicitis</i>	
00088 Deterioro de la ambulación Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno M/P: Deterioro de la habilidad para caminar distancias requeridas R/C: Resistencia limitada	
<i>Familia</i>	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
0200 Ambular	20001 Soporta el peso	Totalmente en desacuerdo	2/4
Acciones personales para caminar independiente mente de un lugar a otro con o sin dispositivos de ayuda	20002 Camina con marcha eficaz	En desacuerdo	2/5
	20003 Camina a paso lento	Indiferente	4/5
Dominio: 01 Salud funcional	20010 Camina distancias moderadas	De acuerdo	2/4
Clase: C Movilidad	20016 Se adapta a diferentes tipos de superficie	Totalmente de acuerdo	2/4
			Mantener a: 12 Aumentar a:22
			7

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
0208 Movilidad Capacidad para moverse con resolución en el entorno con o sin mecanismo de ayuda Dominio: 01 Salud funcional Clase: C Movilidad	20802 Mantenimiento de la posición corporal	Totalmente en desacuerdo	2/5
	20803 Movimiento muscular	En desacuerdo	3/4
	20806 Ambulación	Indiferente	2/5
	20809 Coordinación	De acuerdo	2/4
	20814 Se mueve con facilidad	Totalmente de acuerdo	2/4
			Mantener a: 11 Aumentar a: 22

INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la energía

(0180)

Campo: (01) Fisiológico
página:

clase: (A) Control de actividades

ACTIVIDADES

18001 Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga

18008 Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energético adecuados

18012 Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, arritmias, disnea, etc.)

18015 Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad

18029 Favorecer el reposo en cama/limitación de actividades (aumentar el número de periodos de descanso)

18040 Ayudar en las actividades físicas normales (deambulaci3n, traslados, cambios posturales y cuidado personal)

INTERVENCIONES (NIC): Terapia de ejercicios: ambulaci3n 0221

Campo: (001) Fisiológico
página:

clase: (A) Control de actividades

ACTIVIDADES

22105 Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla

22108 Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda

22113 Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bast3n, muletas o silla de ruedas)

22115 Instruir al paciente/cuidador acerca de las t3cnicas de ambulaci3n

22117 Fomentar la deambulaci3n independiente

22120 Animar al paciente a que este levantando seg3n le apetezca

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio:
03 Eliminación e intercambio

Clase:
02 Función gastrointestinal

Dx: Apendicitis

00011
Estreñimiento

Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces

M/P: Disminución de la frecuencia

R/C: Cambios ambientales recientes

RESULTADO (NOC)

INDICADOR

ESCALA DE MEDICIÓN

PUNTUACIÓN DIANA

0501
Eliminación intestinal

Formación y evacuación de heces

Dominio: 02
Salud fisiológica

Clase: F
Eliminación

50101 Patrón de eliminación

50103 Color de las heces

50105 Heces blandas y formadas

50112 Facilidad de eliminación de las heces

50113 Estreñimiento

Totalmente en desacuerdo

En desacuerdo

Indiferente

De acuerdo

Totalmente de acuerdo

2/4

2/4

2/4

1/4

1/4

Mantener a: 8
Aumentar a: 20

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

<i>RESULTADO (NOC)</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>	<i>PUNTUACIÓN DIANA</i>
1015 Función gastrointestinal Capacidad del tracto gastrointestinal para ingerir y digerir alimentos, absorber nutrientes y eliminar productos de desecho Dominio: 02 Salud fisiológica Clase: K Digestión y nutrición	101503 Frecuencia de deposiciones	Totalmente en desacuerdo	1/4
	101506 Volumen de deposiciones	En desacuerdo	2/4
	101508 Ruidos abdominales	Indiferente	2/4
		De acuerdo	
	101513 Dolor abdominal	Totalmente de acuerdo	1/4
	101537 Pérdida de peso		3/5
			Mantener a: 9 Aumentar a: 21

INTERVENCIONES (NIC): Manejo del estreñimiento (0450)

Campo: (01) Fisiológico **clase:** (B) Control de la eliminación
página:

ACTIVIDADES

45001 Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento

45003 Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda

4501 Fomentar el aumento de ingesta de líquidos, a menos que este indicado

45005 Consultar con el medico acerca del aumento/disminución de la frecuencia

45014 Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra

45023 Pesar al paciente regularmente

INTERVENCIONES (NIC): Control intestinal 0430

Campo: (01) Fisiológico **clase:** (A) Control de actividades
página:

ACTIVIDADES

43001 Anotar la fecha de la última evacuación

43006 Monitorizar los signos y síntomas del estreñimiento

43012 Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal

43016 Evaluar el perfil de la medicación para poder determinar

43018 Enseñar al paciente no ignorar la necesidad de defecar

43019 Enseñar al paciente a llevar una rutina para estimular el movimiento intestinal