



Nombre del Alumno: Adriana Zohemy Roblero Ramírez

Nombre del tema: Proceso de atención en enfermería (PAE) Apendicitis aguda

Parcial: Segundo parcial

Nombre de la Materia: Practicas profesionales

Nombre del profesor: Enfra. María del Carmen López Silba

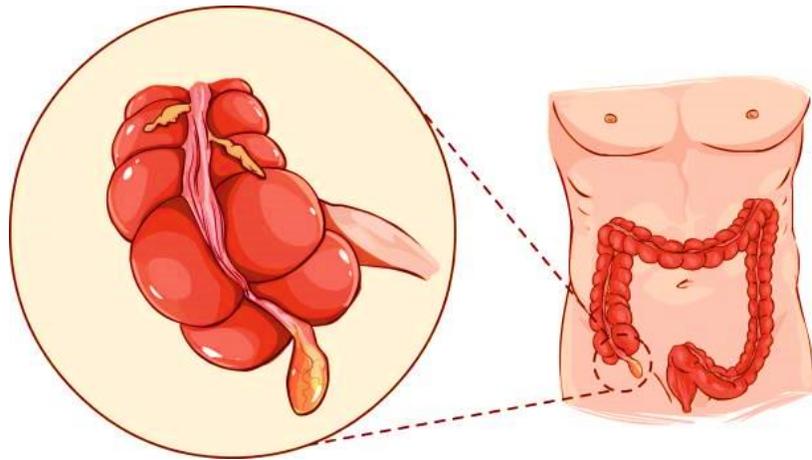
Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: Noveno cuatrimestre, grupo A.

Fecha y lugar de trabajo: Comitán de Domínguez, 10/06/2025

Apendicitis

AGUDA



INDICE

Introducción -----

Justificación -----

Objetivos -----

Marco teórico-----

Apendicitis -----

Fisiopatología-----

Clasificación -----

Síntomas -----

Diagnostico -----

Tratamiento -----

Presentación del caso clínico-----

Valoración inicial-----

14 necesidades de virginia Henderson -----

Valoración cefalocaudal -----

Diseño de diagnósticos de enfermería -----

Anexos -----

Bibliografías -----

1. Introducción

La apendicitis es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, para entenderla, la apendicitis tiene diferentes etapas, en su etapa aguda, representa un problema inflamatorio agudo que prevalece en el ámbito hospitalario, siendo una de las afecciones más frecuentes en el mundo, se estima que un 7% de la población general sufre apendicitis, en la etapa pediátrica que representa entre el 1 y el 2% de consulta y del 1% a 8 % ingresan con dolor abdominal, el 5% de ellos son adolescentes, por lo que es considerada una condición del tipo quirúrgica mas frecuentes en las emergencias hospitalarias.

Es sabido que la apendicitis puede acontecer a cualquier edad, la máxima incidencia abarca de los 9 a los 15 años, siendo las etapas más frecuentes, en adultos también suele aparecer según el estilo de vida que estos lleven.

Al ser una patología tan común, de gran impacto, es muy importante conocer su fisiopatología, su etiología, el cuadro clínico por el cual tiene que aparecer y muy importante el saber como tiene que abordarse, para así proporcionar un diagnóstico certero.

Este proceso de atención de enfermería, busca obtener las mejores herramientas, para conocer la evolución de esta patología en el paciente, detectar todas aquellas necesidades que presenta el paciente para poder intervenir de manera oportuna, que la atención sea la mas actualizada, permitiendo que la persona participe en su autocuidado, promoción de la salud, estilos de vida, apoyando y resolviendo los problemas de salud con la ayuda profesional de la enfermera.

Este trabajo abarco un proceso que es considerada una de las metodologías más importantes, llamado PAE, el cual funciona como herramienta sistemática que da lugar a planear un proceso de atención enfermero, dirigida al paciente, que abarca sus distintas etapas como es: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de acuerdo a la patología que presento el paciente y la evolución que lleva la patología.

El principal objetivo de este proceso es identificar y relacionar la patología con los lineamientos que ya existen, poder adecuarlos, relacionarlos, comparando, para luego continuar lo que se quiere lograr con el paciente, identificando todos aquellos factores de riesgo para ver que cuidados mejorar y para ello planificar por medio de intervenciones de enfermería, donde el enfoque sea un cuidado consciente, organizado y dinámico, queriendo lograr la más alta calidad en el trabajo profesional de enfermería.

Suele presentarse con dolor abdominal de inicio en el epigastrio, e irradiarse hacia la fosa ilíaca derecha, cursando con dolor a la palpación durante la exploración física del paciente, con la aparición de náuseas, vómitos y fiebre. Para el diagnóstico de esta patología debemos tener en cuenta la historia clínica, la valoración inicial y exploración física, las pruebas de imagen como ecografía o tac, y las analíticas^{1,2}.

2. Justificación

La apendicitis aguda es una patología de gran prevalencia e impacto a nivel social, salud, económico y cultural, tanto en el país, como en el estado de Chiapas, fundamentado por los diversos estudios, que no solo han demostrado que la apendicitis aguda ocupa el segundo lugar entre las 40 primeras causas de morbilidad, si no que muchos pacientes con apendicitis aguda requieren de una hospitalización, puesto a que es una de las urgencias más comunes con una incidencia de 1 caso por cada 1000 personas, este es un problema de salud publica importante, puesto a que se ha demostrado que se llega alcanzar 30 000 casos al año, siendo de mayor incidencia entre los 9 y 15 años de edad, siendo más común en hombre.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Llevar a cabo un proceso atención de enfermería (PAE) al paciente diagnosticado con apendicitis aguda, que sirva como herramienta para brindar todos los cuidados necesarios de manera integral mediante las cinco etapas del proceso enfermero, utilizando la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar las necesidades que se encuentran desequilibradas debido a la patología de apendicitis aguda por la cual está cursando el paciente, fundamentado y valorado por las 14 necesidades de virginia Henderson.
- Valorar y evaluar al paciente.
- Identificar los cuidados de enfermería que se le pueden brindar a un paciente que presenta apendicitis, para poder reducir al mínimo de complicaciones, fundamentando a través de las taxonomías de NANDA, NIC Y NOC.

4. Marco teórico

4.1 Apendicitis

El apéndice, un tubo cerrado de tejido que se encuentra unido al intestino largo en la parte inferior derecha del abdomen.

La apendicitis es una inflamación del apéndice. El apéndice es una bolsa en forma de dedo que sobresale del colon en la parte inferior derecha del vientre, también llamada abdomen.

Clasificación de apendicitis

- **Apendicitis congestiva o catarral**

Cuando ocurre la obstrucción del lumen apendicular se acumula la secreción mucosa y agudamente distiende el lumen. El aumento de la presión intraluminal produce una obstrucción venosa, acúmulo de bacterias y reacción del tejido linfoide, que produce un exudado plasmático leucocitario denso que va infiltrando las capas superficiales. Todo esto macroscópicamente se traduce en edema y congestión de la serosa.

- **Apendicitis flemosa supurativa**

La mucosa comienza a presentar pequeñas ulceraciones o es completamente destruida siendo invadida por enterobacterias, coleccionándose un exudado mucopurulento en la luz y una infiltración de leucocitos neutrófilos y eosinófilos en todas las tunicas incluyendo la serosa, que se muestra intensamente congestiva, edematosa, de coloración rojiza y con exudado fibrino-purulento en su superficie, si bien aún no hay perforación de la pared apendicular, se produce difusión del contenido mucopurulento intraluminal hacia la cavidad libre.

- **Apendicitis gangrenosa o necrótica**

Cuando el proceso flemonoso es muy intenso, la congestión y rémora local y la distensión del órgano producen anoxia de los tejidos, a ello se agrega la mayor virulencia de las bacterias y a su vez el aumento de la flora anaeróbica, que llevan a una necrobiosis total. La superficie del apéndice presenta áreas

de color púrpura, verde gris o rojo oscuro, con micro perforaciones, aumenta el líquido peritoneal, que puede ser tenuemente purulento con un olor fecaloide.

- **Apendicitis perforada**

Cuando las perforaciones pequeñas se hacen más grandes, generalmente en el borde anti mesentérico y adyacente a un fecalito, el líquido peritoneal se hace francamente purulento y de olor fétido, en este momento estamos ante la perforación del apéndice.

Síntomas

- **Facies:** Al inicio no presenta nada de particular, aunque algunas veces la expresión facial refleja disconfort y aprehensión. Cuando el cuadro es compatible con perforación apendicular y peritonitis, la facies puede ser tóxica pálida y con tinte terroso (facies peritonítica).
- **Posición:** En las primeras horas el paciente prefiere el reposo en posición dorsal; cuando los síntomas se localizan en fosa ilíaca derecha se va adquiriendo una posición antiálgica de semiflexión del muslo sobre el abdomen, la cual se hace más ostensible a medida que el proceso avanza.
- **Pulso:** Muy poco alterado al comienzo, va aumentando a medida que la temperatura asciende. Ciertas formas gangrenosas suelen acompañarse de bradicardia.
- **Temperatura:** En general no es elevada, sin embargo, en procesos flemonosos agudos o complicados se encuentra temperatura elevada.
- Dolor repentino que comienza en el lado derecho en la parte inferior del abdomen.
- Dolor repentino que comienza alrededor del ombligo y a menudo se desplaza a la parte inferior derecha del abdomen.
- Dolor que empeora al toser, caminar o realizar otros movimientos bruscos.
- Náuseas y vómitos.
- Pérdida del apetito.
- Fiebre baja que puede aumentar a medida que empeora la enfermedad.

- Estreñimiento o diarrea.
- Distensión del estómago.
- Gases

Anatomía del apéndice

El apéndice cecal o vermicular morfológicamente representa la parte inferior del ciego primitivo. Tiene la forma de un pequeño tubo cilíndrico, flexuoso, implantado en la parte inferior interna del ciego a 2-3 cm por debajo del ángulo ileocecal, exactamente en el punto de confluencia de las tres cintillas del intestino grueso. Sus dimensiones varían desde 2,5 cm hasta 23 cm, su anchura de 6-8 mm, es mayor a nivel de la base del órgano, la cual a veces (en niños) se continúa con la extremidad del ciego, sin línea de demarcación bien precisa.

Exteriormente es liso de color gris rosado. Interiormente comprende una cavidad central que en su extremidad libre termina en fondo de saco y en el otro extremo se continúa con el ciego, en el que algunas veces se encuentra un repliegue valvular, llamado válvula de Gerlach, la cual se aplica sobre el orificio cuando el ciego se distiende, impidiendo así hasta cierto punto que las heces penetren en la cavidad apendicular. Aparentemente no desempeña ningún papel en la patogenia de la apendicitis.

Según esto la posición descendente interna es la más frecuente: 44%, le sigue la posición externa 26%, la posición interna ascendente 17% y después la retro cecal 13%. Estas distintas situaciones y posiciones que adquiere el apéndice nos explican la variedad de zonas y puntos dolorosos que a veces dificultan el diagnóstico de apendicitis aguda.

La túnica serosa que recubre a toda la superficie es lo que va a constituir el meso del apéndice y en cuyo borde libre discurre la arteria apendicular, que es una de las cuatro ramas de la arteria mesentérica superior y que desciende por detrás del ángulo ileocecal, cruza la cara posterior del íleon y se introduce en el meso apéndice.

La túnica muscular sólo dispone de dos capas de fibras musculares: las longitudinales y las circulares.

La túnica mucosa y submucosa es igual a la del intestino grueso, presenta un epitelio cilíndrico, un estroma reticulado, una muscular mucosa y glándulas tubulares.

Causas

Una obstrucción en el revestimiento del apéndice, llamado lumen, es la causa probable de la apendicitis. Esta obstrucción puede causar una infección. Las bacterias se multiplican rápidamente, lo que causa que el apéndice se inflame, se hinche y se llene de pus. Si no se trata de inmediato, el apéndice puede romperse y abrirse.

4.2 Fisiopatología

La obstrucción luminal apendicular provoca un aumento de la presión intraluminal e intramural. Este aumento de presión provoca oclusión de pequeños vasos, trombosis y estasis linfática. Como resultado, el apéndice obstruido se llena de moco y se distiende. A medida que progresa el compromiso linfático y vascular, la pared del apéndice sufre isquemia y necrosis. Además, se produce un sobrecrecimiento bacteriano dentro del apéndice obstruido, inicialmente dominado por organismos aeróbicos durante las primeras etapas de la apendicitis y posteriormente en transición a una mezcla de bacterias aeróbicas y anaeróbicas a medida que progresa la enfermedad. Los organismos comúnmente involucrados incluyen E. coli, Peptostreptococcus, Bacteroides y Pseudomonas.

Una vez que se desarrolla una inflamación y necrosis significativas, el apéndice se vuelve susceptible a la perforación, que puede formar un absceso localizado. En casos graves, esto puede progresar a peritonitis.

4.3 Cuadro clínico

Cuadro clínico inicial

- Evolución no mayor de 24-36 horas.

- Inapetencia.
- Dolor periumbilical y luego en fosa ilíaca derecha.
- Náuseas y/o vómitos.
- Estado subfebril y luego hipertermia, 37,5°-38,5°

En su forma más simple y clásica, la apendicitis comienza con inapetencia y dolor periumbilical (dolor metamérico, por distensión del apéndice inervado por el dermatomo correspondiente a D8-D10, que también recibe las aferencias nerviosas de la zona periumbilical). Es importante tener en cuenta que la inflamación de cualquier sector del intestino medio causará tal sintomatología. Con el transcurso de las horas, el dolor periumbilical migra hacia la fosa ilíaca derecha, por irritación del peritoneo adyacente, lo que refleja un estadio más avanzado de la enfermedad. El dolor suele ser continuo, de intensidad creciente, a veces irradiado hacia hipogastrio o zona lumbar derecha, y aumenta con el movimiento y dificulta la marcha, obligando al paciente a adoptar una actitud incurvada hacia delante y a la derecha. Lo más común, es que luego del dolor aparezcan náuseas y/o vómitos, y estado subfebril y luego hipertermia moderada de 37,5-38°. La presencia de hipertermia moderada es un signo común en caso de apendicitis, sin embargo, su ausencia no la descarta. Por el contrario, la presencia de hipertermia elevada y cuadro clínico compatible, es muy sugestiva de perforación apendicular, en tanto que la presencia de temperatura elevada y dolor en fosa ilíaca derecha sin signos peritoneales, sugiere una patología clínica subyacente, principalmente adenitis mesentérica. La presencia de diarrea puede sugerir perforación apendicular o apendicitis pelviana con irritación de recto, y en general desvía el diagnóstico hacia gastroenteritis. Excepcionalmente, la apendicitis puede presentarse como un cuadro de escroto agudo, en un niño con conducto peritoneo vaginal persistente, o como descarga de material purulento por vagina, en una niña con una apendicitis retrovesical no diagnosticada. La administración de analgésicos suele atenuar estos primeros signos y síntomas, y puede llevar a demorar el diagnóstico.

Estadios avanzados

Evolución mayor de 36-48 horas. Si el paciente no es diagnosticado y tratado a tiempo aparecen:

- Cierta compromiso del estado general (facies séptica, taquipnea, taquicardia, deshidratación, aliento cetónico).
- Dolor más generalizado (flanco, fosa ilíaca derecha, hipogastrio, flanco contralateral, o generalizado).
- Hipertermia mayor de 38-38,5°.
- Dolor a la descompresión y defensa más generalizados.
- Palpación de una masa tumoral en flanco derecho, fosa ilíaca derecha y/o hipogastrio (plastrón).

4.4 Diagnostico medico

Su proveedor de atención médica le hará preguntas sobre sus antecedentes de salud y le hará un examen físico.

Análisis de sangre. Para ver si presenta signos de infección, como tener un recuento alto de glóbulos blancos.

Análisis de orina. Para ver si tiene alguna infección de las vías urinarias.

También es posible que le hagan pruebas de diagnóstico por imágenes, por ejemplo:

Ecografía abdominal. Permite ver los órganos internos mientras están en funcionamiento. Revisa cómo fluye la sangre a través de diferentes vasos sanguíneos.

Tomografía computarizada (TC). Muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, tales como los huesos, los músculos, la grasa y los órganos.

Resonancia magnética (RNM). En ocasiones se usa una resonancia magnética en lugar de una tomografía computarizada para diagnosticar la apendicitis, en especial, en una mujer embarazada.

4.5 Tratamiento

El tratamiento es quirúrgico en todos los casos. Se puede realizar la apendicectomía abierta o por vía laparoscópica. En todos los pacientes, con apendicitis simples o complicadas, se deberá de aplicar antibióticos por lo menos 30 minutos antes del procedimiento quirúrgico recomendándose una cefalosporina de tercera generación (ceftriaxona) asociada a metronidazol o clindamicina. El tiempo máximo de tratamiento es de 48 horas hasta 10 días dependiendo de los hallazgos

Manejo antibiótico

Se ha mencionado que una parte esencial para el manejo de pacientes con apendicitis es el uso de antibióticos. Su uso ha sido investigado con el fin de determinar cuándo debe de iniciarse, qué tipo de antibiótico debe usarse, por cuánto tiempo y, en últimos años, como elemento único en el manejo de esta enfermedad. Uno de los problemas a los que se encuentra expuesto el uso de estos medicamentos es la resistencia antimicrobiana.

El manejo antibiótico debe cubrir, idealmente, microorganismos aerobios y anaerobios. Andersen, propusieron el uso de cefalosporinas e imidazoles. Ravari. demostraron que el uso de metronidazol oral de forma preoperatoria es suficiente como parte del tratamiento de apendicitis no complicada y es comparable con el uso del mismo antibiótico de forma intravenosa. En otro estudio realizado por Kumarakrishnan se demostró que el uso de cefotaxima y metronidazol presenta la menor tasa de infección comparado con otros esquemas que incluían gentamicina o ciprofloxacino en combinación con metronidazol.

5. APLICACIÓN DE PAE

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Nombre: Adrián Salas Rodríguez

Edad: 10 años

Etapas de la vida: Escolar

Sexo: masculino

Fecha de nacimiento: 05 de octubre del 2015

Estado civil: Soltero

Lugar de nacimiento o procedencia: Comitán de Domínguez Chiapas, fraccionamiento arboledas.

Ocupación: estudiante

Idioma: español

Religión: católico

Fecha de ingreso: 03/06/2025

Forma de llegada: ambulatorio

Admisión: Urgencia.

Motivo de consulta: Dolor abdominal, vómitos y fiebre

Antecedentes personales:

Sin cirugías previas

No consume ningún tipo de medicamento

Diagnostico medico de ingreso: Apendicitis Aguda

5.2 valoración inicial

Se trata de paciente masculino de nombre Adrián Salas Rodríguez, con 10 años de edad escolar, soltero, originario de Comitán de Domínguez Chiapas, quien es acompañado de su madre, vive en casa propia, habitada por 4 personas, en óptimas condiciones.

Ingreso el día 03/06/2025 que acude al servicio de urgencias en el Hospital Materno Infantil de Comitán de Domínguez Chiapas, paciente comenta que desde el día sábado inicio con dolor abdominal, periumbilical que irradia a la fosa ilíaca derecha, el dolor es continuo con 9 de 10 en la escala de Eva, con 8 horas de evolución, el paciente se encuentra irritado, con nauseas después de cada comida, con presencia de vomito después del desayuno, con inapetencia. Refiere haber tomado analgésico para aliviar el dolor, sin embargo, el cuadro de dolor persiste hasta el día de hoy con fiebre, estreñimiento, sensación de angustia, fatiga y falta de aire.

El paciente permanece en posición supina, con dolor intenso, quedando en observación de manera urgente al servicio de urgencias con diagnóstico de síndrome doloroso abdominal.

Valoración objetiva:

Temperatura: 38°C

Tensión arterial (TA): 140/90 mmhg

Frecuencia cardiaca (FC): 98 /lx¹

Frecuencia respiratoria (FR): 27 rx¹

SPO2: 90%

Peso: 23 kilos

Talla: 1.35 cm.

IMC: 12.

5.3 14 necesidades de Virginia Henderson

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

La fiebre y el dolor pueden dificultar la respiración profunda, dificultando la oxigenación.

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

El paciente presenta náuseas, vómitos, dolor abdominal signos que ha reducido el apetito, el paciente no ha ingerido alimentos y líquidos provocando deshidratación, con un posible riesgo de desequilibrio electrolítico.

3. NECESIDAD DE ELIMINAR NORMALMENTE POR TODAS LAS VÍAS

Se lleva a cabo una evaluación estricta de secreción y excreción de los productos corporales de desechos como las pérdidas insensibles, que en este caso de apendicitis aguda son alteradas por el dolor, el estreñimiento que el paciente presenta y un balance hídrico estricto para una evaluación continua.

4. NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

El paciente presenta limitación en la movilidad y dificultad en el movimiento debido al dolor y la inflamación en el abdomen.

5. NECESIDAD DE DORMIR/ DESCANSAR

El paciente no puede dormir, presenta trastorno de la cantidad y calidad del sueño, limitado por el dolor y la incomodidad, dificultando el descanso adecuado.

6. NECESIDAD DE VESTIRSE/ DESVESTIRSE

El movimiento genera más dolor en el paciente, por lo que al vestirse el dolor aumenta, es por ello que necesita de ayuda para poder vestirse.

7. NECESIDAD DE TEMPERATURA CORPORAL

La termorregulación del paciente se ve desequilibrada, con síntoma de común de la apendicitis que es la fiebre.

8. NECESIDAD HIGIENE CORPORAL/ INTEGRIDAD DE LA PIEL Y MUCOSA

El dolor y la movilidad limitada dificulta que el paciente se bañe y mantenga buena higiene corporal, aumentando el riesgo de infección.

9. SEGURIDAD

Se recomienda que la primera vez que se incorpore y levante lo haga acompañado. Utiliza zapatillas con suela antideslizante para evitar caídas o tropiezos.

10. COMUNICACIÓN / RELACIONES

Presenta dificultad de comunicación debido al dolor, sin alteraciones sociales, en la escuela tiene buen ambiente escolar.

11. VALORES/ CREENCIAS

Sin alteraciones, el paciente muestra creencias religiosas perteneciente a una iglesia.

12. AUTORREALIZACIÓN

Sin alteraciones

13. ENTRETENIMIENTO

El paciente se alienta a realizar actividades, pero el dolor no le permite realizar muchos movimientos.

14. APRENDIZAJE

Se muestra colaborador y participativo en sus cuidados. Déficit de conocimientos.

5.4 Valoración cefalocaudal

ASPECTO GENERAL

Paciente con irregularidad en el estado general, irregular en el estado nutricional y regular estado de higiene, despierto de cubito dorsal, con sinus de dolor y busca posiciones de comida, para solventar el dolor, activo, llenado capilar de 2 a 3 a segundos, no hay adenopatías, orientado en persona, tiempo y espacio, colabora muy poco con el interrogatorio y con el examen físico, debido a la inquietud e irritabilidad casado por el dolor.

CABEZA

CRÁNEO Y CUERO CABELLUDO:

- Inspección: Sin hematomas, normo cefálico, a la palpación cabello bien implantado.

CARA

- Inspección: Cara simétrica, pálido, con facies de inquietud, con signos de dolor por la expresión facial de tristeza y molestia.
- Palpación: Cara áspera, deshidratada
- Auscultación: Quejidos que expresan molestia y dolor.

OJOS

- Inspección: Ojos simétricos, pupilas reactivas, isocóricas, con movimientos normales, sin signos de irritación ocular o afección.

OÍDOS:

- Inspección: Oídos simétricas, no se palpan ganglios retro auriculares, cerumen en conducto auditivo externo con reflejo auditivo activo.

NARIZ:

- Inspección: fosas nasales permeables, con escasa secreción nasal
- Palpación: sin dolor al tacto

BOCA

- Inspección: labios simétricos movibles, zona bucal permeable, lengua móvil y con piezas dentarias incompletas con cambio de dientes, y dos piezas dentales con presencia de caries

CUELLO

Inspección: Tiene forma cilíndrica, con movilidad

Palpación: No presenta adenopatías cervicales

TORAX Y PULMONES

- Inspección: Tórax simétrico, movimientos de respiración normales.
- Auscultación: Se distingue taquipnea con intensidad, acompañado de episodios con disnea
- Palpación: Tórax tenso
- Percusión: vibraciones bucales poco entendibles

CARDIOVASCULAR

- Ruidos cardiacos aumentado notablemente, con taquicardia, con presencia de taquicardia debido al dolor y presión arterial elevada.

ABDOMEN

- Inspección: Abdomen poco simétrico, con dificultad de la expansión normal del abdomen durante la respiración
- Auscultación: ruidos intestinales disminuidos o ausentes, especialmente en la zona del cuadrante inferior derecho, donde se encuentra el apéndice inflamado.
- Palpación: refiere dolor intenso al tacto superficial y profundo, el abdomen muestra sensibilidad y rigidez, especialmente en la fosa ilíaca derecha, signo de Psoas positivo.
- Percusión: refiere dolor a la percusión, matidez en el cuadrante inferior derecho, especialmente en la zona del punto de McBurney, debido a la inflamación, con timpanismo aumentado en áreas del abdomen por presencia de gas.

GENITOURINARIO

- Riñón y vías urinarias: puño percusión negativa. No hay presencia de alteración de la micción
- Órganos genitales: Sexo masculino a la inspección aparentemente de aspecto y configuración normal, genitales no evaluados.

EXTREMIDADES

Extremidades superiores: extremidades simétricas, movimientos voluntarios sin anomalías, con presencia de catéter venoso periférico en el dorso de la mano izquierda en la vena dorsal basílica.

Extremidades inferiores: extremidades simétricas, los movimientos voluntarios son normales, fuerza y tono conservados.

PIEL:

Presenta signos de deshidratación ligera, presencia de escalofríos y caliente al tacto, enrojecimiento, masa muscular con edemas e inflamación, con sensibilidad al tacto en la zona abdominal.

ESTADO NEUROLÓGICO

- Paciente con estado neurológico aparentemente normal, sin alteraciones neurológicas.

5.5 DISEÑO Y PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Dominio: 12 confort	Clase: 01 confort físico
Dx:	00132 DOLOR AGUDO
<u>Etiqueta (problema) (P)</u> Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular, real, potencial o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.	
<u>Factores relacionados (causas) (E)</u> <ul style="list-style-type: none">• Agentes lesivos biológicos	
<u>Características definitorias (signos y síntomas)</u> <ul style="list-style-type: none">• Conducta expresiva de irritabilidad• Expresa dolor• Expresión facial• Gestos de protección y defensa• Informe codificado en la escala de EVA con 10 de 10.	

Dominio: 12 confort	Clase: 01 confort físico
Dx:	00134 NÁUSEAS
<u>Etiqueta (problema) (P)</u> Sensación subjetiva desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos	
<u>Factores relacionados (causas) (E)</u> <ul style="list-style-type: none">• Dolor	
<u>Características definitorias (signos y síntomas)</u> <ul style="list-style-type: none">• Aversión de los alimentos• Expresa tener náuseas• Sensación nauseosa	

DIAGNÓSTICO

Dominio: 03 Eliminación e intercambio	Clase: 02 Función gastrointestinal
Dx: 00013 DIARREA	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u> Eliminación de heces líquidas, no formadas	
<u>Factores relacionados (causas) (E)</u> • Inflamación	
<u>Características definitorias (signos y síntomas)</u> • Dolor abdominal • Calambres • Eliminación de al menos tres deposiciones líquidas por día	

Dominio: 11 Seguridad/Protección	Clase: 06 Termorregulación
Dx: 00007 HIPERTERMIA	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u> Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal	
<u>Factores relacionados (causas) (E)</u> • Inflamación	
<u>Características definitorias (signos y síntomas)</u> • Aumento de la temperatura corporal, por encima del límite normal • Calor al tacto • Taquicardia • Taquipnea	

PLANIFICACIÓN

<i>RESULTADO (NOC)</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>	<i>PUNTUACIÓN DIANA</i>
Dominio 05: salud percibida Clase V: Sintomatología 2102 NIVEL DE DOLOR Intensidad de dolor referido o manifestado	210201 Dolor referido	Gravemente comprometido	3/4
	210204 duración de los episodios de dolor	Sustancialmente comprometido	3/4
	210223 irritabilidad	Moderadamente comprometido	4/4
	210227 náuseas	Levemente comprometido	4/4
	210228 intolerancia a los alimentos	No comprometido	3/4
Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud Clase Q: Conducta de salud 1605 CONTROL DEL DOLOR Acciones personales para controlar el dolor	160502. Reconoce el comienzo del dolor	Gravemente C.	Mantener: 17 Aumentar: 20
	160504. Utiliza medidas de alivio no analgésicas.	Sustancialmente C.	3/5
	160505. Utiliza los analgésicos de forma apropiada	Moderadamente C.	5/5
	460509: Reconoce síntomas asociados del dolor	Levemente C.	3/5
	160511. Refiere dolor controlado.	No comprometido	4/5
			Mantener: 18 Aumentar: 25

<i>RESULTADO (NOC)</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>	<i>PUNTUACIÓN DIANA</i>
Dominio 07: salud percibida Clase V: Sintomatología 2107 SVERIDAD DE LAS NÁUSEAS Y VOMITOS Gravedad de los signos y síntomas de nauseas y vómitos	210701 Frecuencia de las náuseas	Gravemente comprometido	4/4
	210702 Intensidad de las náuseas	Sustancialmente comprometido	3/4
	210707 Frecuencia de los vómitos	Moderadamente comprometido	2/4
	210714 Pirosis	Levemente comprometido	3/4
	210720 Desequilibrio electrolítico	No comprometido	Mantener: 14 Aumentar: 20
Dominio 02: Salud fisiológica Clase G: Líquidos y electrolitos 0602 HIDRATACIÓN	60205 Sed	Gravemente comprometido	2/5
	6025 Ingesta de líquidos	Sustancialmente comprometido	2/5
	60225 Espasmos musculares	Moderadamente comprometido	2/5
	60226 Diarrea	Levemente comprometido	3/5
	60227 Aumento de la temperatura corporal	No comprometido	3/5
			Mantener: 12 Aumentar: 25

EJECUCIÓN

INTERVENCIONES (NIC):

1450 MANEJO DE LAS NÁUSEAS

()

Campo: (01) Fisiológico básico

clase: (E) Fomento de la comodidad física

ACTIVIDADES

I40001 realizar una valoración de exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.

I40002 Observar claves no verbales de molestias especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente

I40003 Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

I40001 Proporcionar información acerca del dolor, causas del dolor, tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.

I40016 Disminuir o eliminar factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor

I40018 Seleccionar y desarrollar aquellas medidas farmacológicas, no farmacológicas, interpersonal que faciliten el alivio del dolor.

INTERVENCIONES (NIC):

2210 ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS

()

Campo: (02) Fisiológico complejo

clase: (H) Control de fármacos

ACTIVIDADES

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

221002 Comprobar las ordenes medicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito

221007 Determinar el analgésico, vía de administración, y dosis para conseguir un efecto analgésico optimo.

221012 Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y vales de la analgesia, especialmente con el dolor severo

221020 Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos irregulares después de cada administración y observas los efectos adversos.

221021 Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso

INTERVENCIONES (NIC):*1450 MANEJO DE LAS NÁUSEAS*

()

Campo: (01) Fisiológico básica

clase: (E) Fomento de la comodidad física

ACTIVIDADES

145002 Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas

145003 Realizar una valoración completa de las náuseas, frecuencia, duración, intensidad y factores desencadenantes de náuseas y vómitos.

145010 Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas

145017 Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas

145022 Animar a que ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas para la persona con náuseas

145024 Administrar una dieta con alimentos líquidos, fríos sin olor y color

INTERVENCIONES (NIC):*1570 MANEJO DE VÓMITO*

()

Campo: (01) Fisiológico complejo

clase: (E) Fomento de la comodidad física

ACTIVIDADES

157001 Valorar el color, la consistencia y presencia de sangre, la duración. Etc.

157002 Medir el volumen de la emesis

157011 Colocar al paciente de forma adecuada para evitar la aspiración

157012 Mantener vías aéreas abiertas

157013 Proporcionar apoyo físico durante el vómito

157022 Controlar el equilibrio de fluidos y electrolitos

5.6 PLAN DE ALTA

Alimentación:

Iniciar con líquidos claros (agua, caldo), luego alimentos blandos y fáciles de digerir (galletas saladas).

Actividad Física:

Evitar actividades extenuantes, levantar objetos pesados y deportes de contacto durante algunas semanas.

Higiene:

Mantener limpia y seca la zona de la incisión quirúrgica, evitando baños de inmersión o natación hasta que se retire el drenaje.

Medicamentos:

Seguir las indicaciones médicas para la administración de analgésicos y otros medicamentos.

Control del Dolor:

Si el dolor persiste, consultar con el médico o farmacéutico sobre posibles efectos secundarios de los analgésicos, como el estreñimiento.

Movilidad:

Es importante moverse después de la cirugía para prevenir el estreñimiento y ayudar en la recuperación.

Hidratación:

Beber líquidos y consumir alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.

Signos de Alarma:

Prestar atención a signos de complicaciones como fiebre alta, dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, dificultad para respirar o signos de infección en la herida, y buscar atención médica inmediata si se presentan.

Importante:

No aplicar calor en el abdomen:

Esto podría causar la ruptura del apéndice, según la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica.

Consultar al médico si:

El niño presenta dolor abdominal persistente, fiebre alta, vómitos o cualquier otro síntoma preocupante después de la cirugía

CONCLUSIÓN

El PAE es una herramienta demasiado eficaz, para el manejo adecuado de muchas patologías, sirven como guía para establecer criterios, planear, ejecutar y realizar las actividades enfermeras lo más eficientes posibles, la aplicación del PAE en casos clínicos como la apendicitis resulta fundamental, ya que esta patología requiere atención rápida, precisa y cuidados posteriores bien estructurados. La apendicitis es una inflamación del apéndice, que puede presentarse con síntomas como dolor abdominal agudo, náuseas, vómitos, fiebre y malestar general. Si no se atiende a tiempo, puede complicarse con una peritonitis, poniendo en riesgo la vida del paciente. Además, al aplicar este proceso, se fomenta un seguimiento adecuado, se reducen los riesgos de complicaciones y se mejora el bienestar general del paciente. También se promueve una mejor comunicación entre los profesionales de salud y se fortalece el rol del personal de enfermería dentro del equipo multidisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4574/TESINA%20RMAA%20QX%20220416.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171p.pdf>

NANDA-NOC-NIC

14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON