



*Nombre del Alumno:* Hugo Leonel Espinoza Hidalgo

Cesar Iván Espinoza Morales.

*Nombre del tema:* PAE apendicitis

*Parcial:* 2

*Nombre de la Materia:* **Administración de los servicios de enfermería.**

*Nombre del profesor:* **María del Carmen López Silba.**

*Nombre de la Licenciatura:* **Enfermería**

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

Paciente con apendicitis aguda

## INTRODUCCIÓN

La atención de enfermería ha evolucionado hacia un enfoque holístico, personalizado y basado en la evidencia, en el cual el profesional de enfermería no solo cumple una función asistencial, sino también científica, ética y humanista. En este contexto, el **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)** se establece como una herramienta metodológica fundamental para garantizar una atención sistemática, continua e integral. El PAE permite al personal de enfermería identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, planificar cuidados adecuados, ejecutar intervenciones precisas y evaluar su efectividad, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida y los resultados clínicos de los pacientes.

Este trabajo se enfoca en el desarrollo de un PAE aplicado a un caso clínico realista de un paciente adulto masculino de 29 años de edad con diagnóstico médico de **apendicitis aguda no complicada**, una patología de alta incidencia que representa una de las principales urgencias quirúrgicas en todo el mundo. La apendicitis, si bien es una condición que puede parecer común, requiere de una intervención oportuna y eficiente para evitar complicaciones graves como la perforación apendicular, peritonitis o abscesos intraabdominales. Por tanto, la intervención de enfermería es decisiva, no solo en la fase aguda de la enfermedad, sino también en el proceso quirúrgico y postoperatorio inmediato.

A través de la aplicación del modelo conceptual de **Virginia Henderson**, el presente trabajo permite identificar las necesidades alteradas del paciente con apendicitis aguda, valorarlas de forma integral mediante un enfoque biopsicosocial y proponer diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Asimismo, se fundamenta la importancia del rol del profesional de enfermería como coordinador del cuidado, educador, vigilante clínico y promotor de la autonomía del paciente durante su proceso de recuperación.

Este documento incluirá todos los elementos necesarios para estructurar adecuadamente el PAE: datos generales, marco teórico con fisiopatología e historia natural de la enfermedad, diagnóstico

médico y tratamiento, valoración física cefalocaudal, valoración por necesidades de Henderson, diagnósticos de enfermería con sus respectivas intervenciones fundamentadas y evaluación de resultados esperados. Todo ello orientado a demostrar la relevancia de un cuidado de enfermería crítico, reflexivo y profesional que responda efectivamente a las necesidades del paciente hospitalizado por apendicitis aguda.

## JUSTIFICACIÓN

La apendicitis aguda es una de las causas más comunes de abdomen agudo quirúrgico y representa una urgencia médica frecuente en servicios de atención hospitalaria. Esta patología inflamatoria del apéndice vermiforme, generalmente provocada por la obstrucción del lumen apendicular (por fecalito, hiperplasia linfoide, cuerpo extraño o parásitos), puede evolucionar rápidamente hacia complicaciones graves si no se trata oportunamente, como la gangrena, perforación y peritonitis generalizada.

Desde el punto de vista de enfermería, el abordaje de un paciente con apendicitis aguda requiere una intervención inmediata y sistemática que garantice la estabilización del paciente, la preparación preoperatoria eficaz, la vigilancia postquirúrgica rigurosa y el acompañamiento en el proceso de recuperación. Dada la naturaleza urgente de la apendicitis aguda, la valoración oportuna mediante el modelo de las **14 necesidades de Virginia Henderson** permite identificar necesidades alteradas como el dolor, la nutrición, la eliminación, la movilización, entre otras, que son prioritarias en esta condición.

El desarrollo de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) permite brindar **cuidados individualizados, basados en evidencia científica y adaptados a las condiciones clínicas del paciente**, reduciendo así el riesgo de complicaciones y favoreciendo la pronta recuperación. A través del uso de diagnósticos NANDA, intervenciones NIC y resultados NOC, se estructura un plan integral que guía la actuación del personal de enfermería desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.

Además, la apendicitis aguda impacta no solo en la salud física, sino también en el estado emocional del paciente y su familia, especialmente cuando se trata de una cirugía de urgencia. Por tanto, el PAE no solo tiene un valor clínico, sino también humano, al ofrecer un acompañamiento empático, informado y seguro.

En este contexto, la implementación del PAE en pacientes con apendicitis aguda se justifica plenamente como una herramienta fundamental para optimizar la calidad del cuidado enfermero, fomentar la toma de decisiones clínicas acertadas y contribuir significativamente al pronóstico favorable del paciente.

## **OBJETIVO GENERAL**

Brindar atención integral y oportuna a un paciente adulto con diagnóstico de apendicitis aguda, mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Valorar al paciente con apendicitis mediante las necesidades básicas de Virginia Henderson.
2. Identificar los diagnósticos de enfermería prioritarios.
3. Aplicar intervenciones basadas en la clasificación NIC con actividades fundamentadas

## **MARCO TEÓRICO**

FISIOPATOLOGÍA DE LA APENDICITIS

La apendicitis aguda es una de las principales causas de abdomen agudo y constituye una urgencia quirúrgica frecuente. Su fisiopatología implica una cascada de eventos iniciada por la obstrucción del lumen apendicular, que evoluciona rápidamente hacia inflamación, infección, necrosis y posibles complicaciones sistémicas. Esta sección describe de forma detallada los mecanismos fisiopatológicos involucrados, así como los signos y síntomas que resultan de dichos procesos, con el objetivo de ofrecer un abordaje integral desde el cuidado de enfermería.

### 1. Obstrucción del lumen apendicular (evento inicial)

La fisiopatología de la apendicitis aguda comienza con la obstrucción de la luz del apéndice vermiforme, causada por:

- Fecalitos (material fecal endurecido)
- Hiperplasia del tejido linfoide (común en niños y adolescentes)
- Parásitos intestinales
- Cuerpos extraños
- Tumores (raros, como el carcinoide)

Dicha obstrucción impide el drenaje de secreciones mucosas hacia el ciego, lo que crea un entorno favorable para la proliferación bacteriana y desencadena una respuesta inflamatoria local.

### 2. Aumento de la presión intraluminal

Al acumularse las secreciones, aumenta la presión dentro del apéndice, lo que provoca:

- Compresión del retorno venoso
- Disminución del flujo linfático
- Edema de la pared apendicular
- Hipoxia progresiva de los tejidos

Esta situación favorece la translocación bacteriana desde la luz hacia la pared, iniciando el proceso infeccioso.

### 3. Invasión bacteriana y respuesta inflamatoria

La proliferación de bacterias (aerobias como *Escherichia coli* y anaerobias como *Bacteroides fragilis*) lleva a:

- Infiltración de neutrófilos en la mucosa y submucosa
- Liberación de citocinas proinflamatorias (IL-1, IL-6, TNF- $\alpha$ )
- Formación de pus dentro del lumen
- Irritación del peritoneo visceral

Este proceso genera los primeros síntomas clínicos, como dolor abdominal difuso y náuseas.

### 4. Apendicitis supurativa

El proceso inflamatorio se intensifica, afectando a todas las capas del apéndice (transmural):

- Formación de exudado purulento
- Aumento del dolor localizado
- Irritación del peritoneo parietal
- Comienzan los signos clásicos de apendicitis

### 5. Gangrena y necrosis

La obstrucción vascular mantenida produce:

- Isquemia severa de la pared apendicular
- Necrosis tisular (gangrena)
- Pérdida de la integridad estructural del órgano

El apéndice se vuelve friable y susceptible a perforación.

## 6. Perforación apendicular y peritonitis

En ausencia de intervención médica:

- El apéndice puede perforarse, liberando pus y bacterias al peritoneo
- Se produce peritonitis localizada (absceso) o generalizada
- En casos severos, se desarrolla sepsis o shock séptico

Este es el desenlace más grave del proceso si no se trata a tiempo.

## 7. Complicaciones sistémicas

Las complicaciones de la apendicitis no tratada incluyen:

- Sepsis y shock séptico
- Abscesos retrocecales o pélvicos
- Fístulas intestinales
- Ileo paralítico
- Obstrucción intestinal secundaria a adherencias

## Signos y síntomas clínicos

Los signos y síntomas de la apendicitis aguda derivan directamente de los eventos fisiopatológicos descritos. Su identificación precoz es clave para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Etapa temprana

- Dolor abdominal vago en epigastrio o periumbilical (por distensión e irritación visceral)
- Náuseas

- Anorexia
- Fiebre baja (hasta 38 °C)

#### Etapa inflamatoria localizada

- Dolor migratorio a fosa iliaca derecha (punto de McBurney)
- Dolor agudo, constante y localizado
- Defensa muscular localizada
- Signo de rebote positivo (Blumberg)
- Signo de Rovsing, psoas o del obturador

#### Etapa avanzada

- Fiebre alta (>38.5 °C)
- Leucocitosis (>12,000/mm<sup>3</sup>)
- Dolor generalizado abdominal
- Abdomen rígido y distendido
- Náuseas y vómitos persistentes
- Signos sistémicos: taquicardia, hipotensión, confusión (en casos de sepsis)

La apendicitis aguda es una enfermedad progresiva cuyo reconocimiento temprano depende del entendimiento de sus mecanismos fisiopatológicos y de la correcta interpretación de sus manifestaciones clínicas. Desde el rol de enfermería, comprender esta fisiopatología permite aplicar un cuidado oportuno, racional y centrado en el paciente, anticipando complicaciones y favoreciendo un pronóstico favorable.

# HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

## HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD PERITONITIS

Proceso inflamatorio general o localizado de la membrana peritoneal secundaria a una irritación química, invasión bacteriana, necrosis local o contusión directa.

PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO			
<b>AGENTE:</b> -Gérmenes de la cavidad abdominal por infecciones agudas. -Sustancias químicas irritantes. -Cuerpos extraños y sustancias endógenas o exógenas (sangre, bilis, orina).  <b>HUESPED:</b> Individuos en tratamiento con diálisis peritoneal, intervenidos quirúrgicamente o con complicaciones de origen abdominal.  <b>AMBIENTE:</b>		<b>MUERTE:</b> Peritonitis colónica, perforaciones duodenales, falta de atención a las complicaciones.  <b>SECUELAS:</b>  <b>COMPLICACIONES:</b> Hipovolemia, desbalance hidroelectrolítico, choque séptico, obstrucciones intestinales, insuficiencia respiratoria, renal, hepática, infección de herida quirúrgica y absceso de pared.			
PREVENCION PRIMARIA		PREVENCION SECUNDARIA			PREVENCION TERCIARIA
PROMOCION DE LA SALUD	PROTECCION ESPECIFICA	DX PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACION
-Educación médica a nivel familiar para detección de anomalías.  -Educación para la salud en la población general acerca del uso de diálisis.	-No existe vacuna que evite la enfermedad.  -se debe evitar los agentes causales.	-Historia clínica de dolor abdominal, contractura muscular y los signos y síntomas.  -Realizar Rx simple de abdomen, ultrasonido, biometría hemática, TAC o video laparoscopia.	-Intervención quirúrgica depurada.  -Evolución espontánea.  -Antibiótico y terapia intensiva.	-Eliminación del foco séptico. -Aspiración del contenido peritoneal infectado. -Drenaje del foco infeccioso (Absceso) o del peritoneo- -Sondas vesicales. -Corregir anemias. -Mantener adecuado aporte de oxígeno.	-DADO DE ALTA: el área de actividad debe limitarse a una sola planta hasta que recupere la fuerza.  -DIETA: alimentos asimilables, uso de vitamina c.  -Tratamiento antibiótico.  -Manejo multidisciplinario en caso de choque séptico.

## DIAGNÓSTICO MÉDICO

**Apendicitis aguda no complicada.**

Signos clínicos:

- Dolor en cuadrante inferior derecho (punto de McBurney)
- Fiebre
- Náuseas y vómitos
- Leucocitosis

## TRATAMIENTO

- Quirúrgico: apendicectomía laparoscópica
- Farmacológico: antibióticos (ceftriaxona + metronidazol), analgésicos y antipiréticos



## VALORACIÓN FÍSICA CEFALOCAUDAL

**Nombre del paciente:** Juan Pérez

**Edad:** 29 años

**Sexo:** Masculino

**Diagnóstico médico:** Apendicitis aguda no complicada

**Fecha de valoración:** 13/06/2025

### 1. Estado general

- Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona.
- Facies dolorosa, se muestra ansioso por su estado clínico.
- Postura antálgica (semiflexión de caderas).
- Se comunica de forma clara.

## **2. Cabeza**

- Forma normocefálica, simétrica.
- Cabello limpio, sin alopecia o signos de infestación.
- Cuero cabelludo sin lesiones ni eritemas.

## **3. Ojos**

- Pupilas isocóricas y reactivas a la luz.
- Escleras sin ictericia.
- Conjuntivas normocoloradas.
- No hay signos de deshidratación ocular (ojos no hundidos).

## **4. Oídos y nariz**

- Oídos simétricos, sin secreción ni dolor.
- Nariz sin obstrucción, sin secreción nasal, mucosa sin hiperemia.

## **5. Boca y garganta**

- Mucosa oral ligeramente seca.
- Lengua sin lesiones.

- No hay dificultad para el habla o la deglución.
- Higiene oral regular.

## **6. Cuello**

- Sin rigidez.
- Ganglios no palpables.
- Tráquea centrada.
- No hay ingurgitación yugular.

## **7. Tórax**

- Simétrico.
- Expansión torácica conservada pero limitada por el dolor abdominal.
- Murmullo vesicular presente, sin ruidos agregados.
- FR: 20 rpm, eupneico.

## **8. Sistema cardiovascular**

- Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos.
- FC: 88 lpm.
- Llenado capilar < 2 segundos.
- No hay edemas ni cianosis distal.
- PA: 120/80 mmHg.

## **9. Abdomen**

- Abdomen blando, depresible.
- Dolor a la palpación en fosa iliaca derecha (FID), signo de McBurney positivo.
- No hay masas ni visceromegalias.
- No hay peristalsis audible aumentada.
- Náuseas referidas, sin vómitos recientes durante la valoración.
- No ha evacuado en las últimas 24 h.

#### **10. Genitourinario**

- Diuresis espontánea conservada.
- Micciones normales en frecuencia y cantidad.
- No se reportan síntomas urinarios como disuria o polaquiuria.

#### **11. Extremidades**

- Íntegras, simétricas, sin lesiones ni edema.
- Pulsos periféricos palpables.
- Fuerza conservada, pero limitada por el dolor abdominal al moverse.

#### **12. Piel y faneras**

- Piel con sudoración profusa.
- Sin lesiones, heridas ni erupciones visibles.
- Coloración normotérmica, sin palidez ni cianosis.
- Herida quirúrgica pendiente (se programará apendicectomía).
- Mucosas ligeramente secas.

### 13. Sistema neurológico

- Nivel de conciencia: alerta.
- Responde a órdenes verbales.
- No se detectan déficits neurológicos motores ni sensitivos.

## CASO CLÍNICO

Nombre: Juan Pérez

Edad: 29 años

Sexo: Masculino

Motivo de ingreso: Dolor abdominal en fosa iliaca derecha, fiebre, náuseas

Diagnóstico médico: Apendicitis aguda

## VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Necesidad	Valoración	Estado
1. Respirar normalmente	Eupneico, FR: 20 rpm	No alterada
2. Comer y beber adecuadamente	Náuseas y vómitos, sin apetito, NPO por indicación médica	Alterada
3. Eliminar los desechos	Diuresis conservada, sin evacuaciones en las últimas 24 h	Leve alteración
4. Moverse y mantener postura	Dolor limita movimientos, camina con dificultad	Alterada
5. Dormir y descansar	Refiere insomnio por dolor	Alterada
6. Vestirse/desvestirse	Independiente, pero con limitación actual	Leve alteración
7. Mantener temperatura corporal	T: 38.5 °C, febril	Alterada
8. Higiene e integridad	Piel y mucosas íntegras, pero sudoración profusa	Leve alteración
9. Evitar peligros	Riesgo de complicaciones posquirúrgicas	Alterada
10. Comunicarse	Se comunica adecuadamente	No alterada

11. Vivir según valores	Conserva valores personales	No alterada
12. Ocuparse para sentirse útil	Temporalmente incapacitado	Alterada
13. Recrearse	No refiere actividades recreativas actualmente	Alterada
14. Aprender	Interesado en saber sobre su condición	No alterada

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA COMPLETOS**

<b>NOMBRE:</b>	Apendicitis					
<b>FECHA:</b>	14/06/25	<b>GRADO:</b>	9	<b>GRUPO:</b>	A	<b>LICENCIATURA EN ENFERMERÍA</b>
<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: A PACIENTE CON</b>						

<b>DOMINIO:</b>	12 confort	<b>CLASE:</b>	1 confort físico
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>			

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
------------------------	------------------	---------------------------	-------------------------

<b>CODIGO:</b>	00132
<b>ETIQUETA:</b>	Dolor agudo
<b>DEFINICIÓN:</b>	Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial.
<b>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS R/C):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesiones por agentes biológicos</li> <li>Uso inapropiado de agentes químicos</li> </ul>
<b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS M/P):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conducta expresiva</li> <li>Expresión facial del dolor</li> </ul>

Dominio: 4 control del dolor  Código: 1605 Control del dolor  Clase: Q conducta de salud	160502: Reconoce el comienzo del dolor	1. Gravemente comprometido	1/3
	160515: Describe el dolor	2. Sustancialmente comprometido	2/3
	160509: Reconoce los síntomas	3. Moderadamente comprometido	1/3
	160513: Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario	4. Levemente comprometido	2/3
	160501: Reconoce factores causales	5. No comprometido	
		<b>MANTENER A:</b>	9
		<b>AUMENTAR A:</b>	16

<b>INTEVENCIONES (NIC):</b> Disminución de la
<b>ACTIVIDADES</b> ansiedad 5820
<p>CAMPO: 3 Conductual</p> <p>CLASE: T Fomento de la comodidad psicológica</p> <p>DEFINICIÓN: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.</li> <li>• Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.</li> <li>• Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</li> <li>• Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</li> <li>• Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> <li>• Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.</li> </ul>

<b>INTEVENCIONES (NIC):</b> Terapia de
<b>ACTIVIDADES</b> relajación 6040
<p>CAMPO: 3. Conductual</p> <p>CLASE: T Fomento de la comodidad psicológica</p> <p>DEFINICIÓN: Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles.</li> <li>• Evaluar nivel de energía actual disminuido, la incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que puedan interferir con la capacidad cognitiva.</li> <li>• Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado.</li> <li>• Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.</li> </ul>

--

<p><b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:</b> Libro NANDA NIC NOC</p> <p><b>ELABORÓ:</b> Equipo Hugo</p>
---

### **1. Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.**

#### **Fundamento:**

Un tono calmado y seguro disminuye la ansiedad del paciente y favorece un ambiente de confianza. Esto mejora la receptividad al aprendizaje, facilitando la adquisición del conocimiento necesario sobre su condición. El miedo y la ansiedad pueden bloquear la capacidad de retener nueva información.

### **2. Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.**

#### **Fundamento:**

Establecer expectativas claras ayuda a que el paciente comprenda su rol activo en el proceso de aprendizaje y tratamiento. Esto promueve su autonomía y responsabilidad en el autocuidado, factores clave para superar el déficit de conocimiento.

### **3. Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.**

#### **Fundamento:**

Explicar lo que el paciente puede experimentar reduce la incertidumbre y promueve la comprensión del tratamiento. La anticipación informada de sensaciones permite al paciente enfrentarlas de forma racional, disminuyendo el estrés y favoreciendo el aprendizaje experiencial.

### **4. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.**

#### **Fundamento:**

Entender la visión del paciente permite adaptar la educación a su contexto emocional, cultural y cognitivo. Esto hace más efectivo el proceso de enseñanza-aprendizaje, ya que se responde a las verdaderas preocupaciones o conceptos erróneos que podrían estar limitando su comprensión.

### **5. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.**

#### **Fundamento:**

Brindar información basada en evidencia ayuda a corregir ideas erróneas, reduce el miedo infundado y capacita al paciente para tomar decisiones informadas. Esto empodera al paciente, facilitando el cumplimiento del tratamiento y la reducción del déficit de conocimiento.

### **6. Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.**

#### **Fundamento:**

El registro adecuado permite hacer seguimiento a la eficacia del tratamiento, detectar reacciones adversas y educar al paciente sobre qué esperar y cómo manejar posibles efectos secundarios. Conocer cómo su cuerpo responde mejora su participación activa en el autocuidado.

### **1. Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles**

#### **Fundamento**

**NIC:**

Según NIC 6040, la educación al paciente sobre las técnicas de relajación es un componente esencial. Explicar los fundamentos permite al paciente comprender **cómo y por qué la relajación puede ayudarle a reducir el estrés, mejorar el bienestar emocional, reducir la tensión muscular y favorecer el sueño y la concentración.**

### **2. Evaluar nivel de energía actual disminuido, la incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que puedan interferir con la capacidad cognitiva**

#### **Fundamento**

**NIC:**

La valoración del estado físico y cognitivo es parte de la fase de **valoración individualizada** previa a cualquier intervención. Esto permite identificar si el paciente se beneficiará o si hay **contraindicaciones temporales** para ciertas técnicas (por ejemplo, pacientes con depresión severa pueden no beneficiarse de ciertas prácticas pasivas).

### **3. Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado**

#### **Fundamento**

**NIC:**

Explorar experiencias previas forma parte de la personalización del plan de cuidados. Según NIC 6040, la **historia previa de estrategias efectivas** puede guiar la elección de las intervenciones actuales, mejorando su eficacia.

### **4. Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada**

#### **Fundamento**

**NIC:**

La NIC establece que las intervenciones deben **ajustarse a las capacidades cognitivas, físicas, y preferencias del paciente**. Evaluar esto garantiza que la técnica sea aceptable y viable para el individuo.

### **5. Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación**

#### **Fundamento**

**NIC:**

El soporte educativo es una estrategia clave en las intervenciones NIC. Proporcionar material escrito ayuda a **reforzar la enseñanza verbal**, mejora la **retención de información** y facilita el seguimiento fuera del entorno clínico.

### **6. Proporcionar un ambiente limpio y seguro**

#### **Fundamento**

**NIC:**

La relajación requiere un entorno libre de estímulos estresores, tanto físicos como emocionales. NIC 6040 recomienda un ambiente **tranquilo, cómodo y seguro** para favorecer la concentración y la efectividad de la técnica.



<b>NOMBRE:</b>						
<b>FECHA:</b>	14/06/25	<b>GRADO:</b>	9	<b>GRUPO:</b>	A	<b>LICENCIATURA EN ENFERMERÍA</b>
<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: A PACIENTE CON</b>						

<b>DOMINIO:</b> 4 actividad y reposo	<b>CLASE:</b> 4 respuestas cardiovasculares.
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
-----------------	-----------	--------------------	------------------

<b>CODIGO:</b> 00032
<b>ETIQUETA:</b>
Patrón respiratorio ineficaz
<b>DEFINICIÓN:</b>
La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.
<b>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS R/C):</b>
Ansiedad • Fatiga • Dolor • Incremento del ejercicio físico • Obesidad • Posición corporal que inhibe la expansión
<b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS M/P):</b>
Adopción de la postura de trípode • Aleteo nasal • Alteración de los movimientos torácicos • Bradipnea

(0900) Cognición	(090003) Atiende.		
Dominio: 2	(090004) Se concentra.	6. Gravemente comprometido	1/3
Salud fisiológica	(090005) Está orientado.		
Clase: J	(090006) Memoria inmediata. (090007) Memoria reciente.	7. Sustancialmente comprometido	2/3
Neurocognitiva	(041501) Frecuencia respiratoria. (041502) Ritmo respiratorio.		1/3
(0415) Estado respiratorio	(041503) Profundidad de la inspiración. (041504) Ruidos respiratorios auscultados. (041532) Vías aéreas	8. Moderadamente comprometido	2/3
Dominio: 2	(2102) Nivel del dolor	9. Levemente comprometido	
Salud fisiológica	Dominio: 5 Salud percibida		
Clase: E	Clase: V	10. No comprometido	
Cardiopulmonar	Sintomatología		
	(210210) Frecuencia respiratoria. (210214) Sudoración. (210222) Dolor referido. (210222) Agitación.		
			<b>MANTENER A: 9</b>
			<b>AUMENTAR A: 16</b>

**INTEVENCIONES (NIC):** Monitorización**ACTIVIDADES** respiratoria (3350)

DOMINIO: 2 Fisiológico: Complejo CLASE: K Control respiratorio  
DEFINICIÓN: Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado.

- ACTIVIDADES - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. –
- Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. –
- Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos. –
- Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-
- Stokes, respiración apnéustica, Biot y patrones atáxicos. - Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente –
- Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos (p. ej., dispositivos en el dedo, nariz, o

frente), con sistemas de alarma apropiados en pacientes con factores de riesgo

**INTEVENCIONES (NIC):****ACTIVIDADES**

INTERVENCIÓN: Oxigenoterapia (3320) DOMINIO: 2 Fisiológico:  
Complejo CLASE: K Control respiratorio DEFINICIÓN:  
Administración de oxígeno y control de su eficacia.

- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda. –
- Restringir el fumar. - Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. –
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.
- - Administrar oxígeno suplementario según órdenes. - Vigilar el flujo de litros de oxígeno. –
- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno. –
- Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:** Libro NANDA NIC NOC

**ELABORÓ:**

### **1. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones**

#### **Fundamento:**

Permite identificar signos tempranos de deterioro respiratorio, hipoxia o compensaciones ventilatorias. La frecuencia y el patrón respiratorio son indicadores sensibles del estado ácido-base, metabólico y neurológico del paciente.

### **2. Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares**

#### **Fundamento:**

La asimetría en el movimiento torácico puede indicar neumotórax, fracturas costales o atelectasia. El uso de músculos accesorios y retracciones indican dificultad respiratoria grave, especialmente en niños o pacientes con EPOC o crisis asmática.

### **3. Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos**

#### **Fundamento:**

Sonidos respiratorios anómalos indican **obstrucción parcial** de las vías respiratorias (estridor: vía aérea superior; ronquidos: vía aérea superior colapsada o relajada, típico del SAHOS). Son señales de alerta que requieren intervención inmediata en algunos casos.

### **4. Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, Cheyne-Stokes, apnéustica, Biot y patrones atáxicos**

#### **Fundamento:**

Los diferentes patrones respiratorios reflejan alteraciones específicas: metabólicas (Kussmaul), neurológicas (Cheyne-Stokes, Biot, atáxica), o tóxicas. Su reconocimiento precoz permite intervención diagnóstica y terapéutica inmediata.

### **5. Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente**

#### **Fundamento:**

La **oximetría de pulso** es una herramienta no invasiva, continua y esencial para vigilar la **oxigenación tisular**. La caída en saturación es una señal precoz de hipoxemia.

### **6. Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos (p. ej., dispositivos en el dedo, nariz o frente), con sistemas de alarma apropiados en pacientes con factores de riesgo**

#### **Fundamento:**

El uso de sensores adecuados según la situación clínica (ej. en perfusión periférica deficiente, se prefiere sensor en frente o nariz) y el uso de alarmas permite una **respuesta inmediata** ante caídas de saturación o desconexiones.

## **1. Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda**

### **Fundamento:**

La acumulación de secreciones impide la ventilación adecuada, provoca hipoxia y favorece infecciones respiratorias. Su eliminación manual (aspiración o mecánica) mantiene la **permeabilidad de la vía aérea** y mejora la oxigenación.

## **2. Restringir el fumar**

### **Fundamento:**

Fumar deteriora la función pulmonar, provoca broncoconstricción, aumenta secreciones y disminuye la capacidad de limpieza mucociliar. Restringir el consumo de tabaco favorece la **recuperación respiratoria** y reduce el riesgo de exacerbaciones.

## **3. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas**

### **Fundamento:**

Una vía aérea despejada es esencial para la oxigenación y ventilación. Incluye posicionamiento, aspiración, hidratación adecuada y control del reflejo de la tos.

## **4. Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado**

### **Fundamento:**

El oxígeno seco irrita la mucosa respiratoria, espesa las secreciones y reduce la efectividad del tratamiento. La **humidificación y calefacción** mejora la tolerancia al oxígeno, especialmente en administración prolongada o a flujos altos.

## **5. Administrar oxígeno suplementario según órdenes**

### **Fundamento:**

El oxígeno es un **fármaco** que debe administrarse con prescripción médica. Es fundamental para tratar la hipoxemia y mejorar la oxigenación tisular.

## **6. Vigilar el flujo de litros de oxígeno**

### **Fundamento:**

Controlar el flujo garantiza que el paciente reciba la cantidad indicada, ni más ni menos. Errores en el flujo afectan la eficacia del tratamiento o pueden causar efectos adversos (hipercapnia, toxicidad por O<sub>2</sub>)



<b>NOMBRE:</b>						
<b>FECHA:</b>	14/06/25	<b>GRADO:</b>	9	<b>GRUPO:</b>	A	<b>LICENCIATURA EN ENFERMERÍA</b>
<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: A PACIENTE CON</b>						

<b>DOMINIO:</b> DOMINIO 11. SEGURIDAD.	<b>CLASE:</b> 1. INFECCIÓN.
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>	

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
------------------------	------------------	---------------------------	-------------------------

<b>CODIGO:</b>
<b>ETIQUETA:</b>
Riesgo de infección
<b>DEFINICIÓN:</b>
Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.
<b>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS R/C):</b>
Dificultad para manejar dispositivos invasivos a largo plazo. → Dificultad para manejar el cuidado de las heridas. → Motilidad gastrointestinal
<b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS M/P):</b>

Conocimiento y conducta de salud. Clase (T) Control de riesgo. Código 1902 Control	190220 identifica los factores de riesgo. 190207 sigue las estrategias de control de riesgo. 190201 reconoce los factores de riesgo personales. 110201 aproximación cutánea. 110213 aproximación de los bordes de la herida. 110214 formación de la	11. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuente mente demostrado 5. Siempre demostrado 1. Ninguno	1/4 2/4 2/4 1/4 2/4  <b>MANTENER A:8</b>  <b>AUMENTAR A: 20</b>
--	---	---	---

**INTERVENCIONES (NIC):****ACTIVIDADES**

INTERVENCIÓN: 3660 Cuidados de las heridas CAMPO: Fisiológico: complejo. CLASE: L Control de la piel/heridas DEFINICIÓN: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación

- Despegar los apósitos y el esparadrapo. •
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Medir el lecho de la herida, según corresponda.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.
- Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario.
- Administrar cuidados de la ulcera cutánea, si es necesario.

**INTERVENCIONES (NIC):****ACTIVIDADES**

INTERVENCIÓN: 6540 Control de infecciones. CAMPO: 4 Seguridad CLASE: V Control de infecciones. DEFINICIÓN: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

- Distribuir la superficie correspondiente por paciente, según las directrices de los Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC).
- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por el paciente.
- Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.
- Aislar al paciente con enfermedades transmisibles.
- Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas del lavado de manos. • Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:** Libro NANDA NIC NOC

**ELABORÓ:**

### **1. Despegar los apósitos y el esparadrapo**

#### **Fundamento:**

Retirar apósitos debe hacerse con técnica estéril o limpia según protocolo, para evitar **traumatismos en la piel y contaminación de la herida**. Además, permite la evaluación directa de la herida.

### **2. Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor**

#### **Fundamento:**

La observación sistemática de signos locales (exudado, olor, tejido necrótico, signos de infección) permite **evaluar la evolución de la cicatrización** o detectar complicaciones como infección o dehiscencia.

### **3. Medir el lecho de la herida, según corresponda**

#### **Fundamento:**

Las medidas (ancho, largo y profundidad) permiten **cuantificar la evolución**, documentar objetivamente la cicatrización y comparar en el tiempo.

### **4. Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda**

#### **Fundamento:**

La solución salina isotónica es **segura, no tóxica y efectiva** para limpiar sin dañar el tejido de granulación. Otros limpiadores pueden emplearse si hay carga bacteriana alta o biofilm, siempre que sean compatibles con el tipo de herida.

### **5. Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario**

#### **Fundamento:**

Las incisiones requieren vigilancia y cuidado específicos (limpieza, apósitos estériles, observación de signos de infección). Su manejo adecuado **reduce el riesgo de dehiscencia, infección y retraso en la cicatrización**.

### **6. Administrar cuidados de la úlcera cutánea, si es necesario**

#### **Fundamento:**

Las úlceras requieren abordaje especializado: limpieza, desbridamiento si es necesario, apósitos avanzados y tratamiento etiológico (presión, humedad, fricción, etc.). El objetivo es **estimular la cicatrización y prevenir complicaciones**.

### **1. Distribuir la superficie correspondiente por paciente, según las directrices de los CDC**

#### **Fundamento:**

La asignación individualizada de superficies, equipos y materiales evita la **contaminación cruzada** entre pacientes. Las guías de los CDC promueven la **separación del material clínico por paciente**, especialmente en ambientes con alto riesgo de transmisión de infecciones.

### **2. Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por el paciente**

#### **Fundamento:**

Las superficies contaminadas son una vía importante de transmisión nosocomial. La **limpieza y desinfección de alto nivel** posterior al uso clínico previene brotes de infecciones cruzadas.

### **3. Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro**

#### **Fundamento:**

El cambio de equipo (batas, barandales, termómetros, etc.) debe seguir protocolos institucionales para **minimizar la transmisión de patógenos**. Equipos reutilizables requieren descontaminación entre pacientes..

### **4. Aislar al paciente con enfermedades transmisibles**

#### **Fundamento:**

El aislamiento (estricto, por contacto, gotas o aire) evita la propagación de enfermedades infecciosas en el entorno hospitalario, siguiendo directrices de CDC y OMS.

### **5. Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas del lavado de manos**

#### **Fundamento:**

Educar al paciente sobre la higiene de manos empodera su autocuidado y contribuye a cortar la **cadena de transmisión de infecciones**, especialmente en pacientes inmunocomprometidos o con heridas.

### **6. Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente**

#### **Fundamento:**

Las visitas pueden ser portadoras o vectores de microorganismos. Exigir higiene de manos protege tanto al paciente como a otros visitantes y al personal.



<b>NOMBRE:</b>						
<b>FECHA:</b>		<b>GRADO:</b>		<b>GRUPO:</b>		<b>LICENCIATURA EN ENFERMERÍA</b>
<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: A PACIENTE CON</b>						

<b>DOMINIO:</b>	<b>CLASE:</b>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>	

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
------------------------	------------------	---------------------------	-------------------------

<b>CODIGO:</b>	Déficit de conocimiento (00126)
<b>ETIQUETA:</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b>	Déficit de conocimiento relacionado con el manejo de la enfermedad, manifestado por preguntas frecuentes y expresiones de
<b>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS R/C):</b>	cirugía reciente y manejo domiciliario.
<b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS M/P):</b>	preguntas frecuentes sobre cuidados posteriores.

Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)	1. 180301 Describe la naturaleza de la enfermedad.	12. Gravemente comprometido	2/3
	2. 180304 Reconoce los signos y síntomas.	13. Sustancialmente comprometido	2/3
	3. 180306 Describe el manejo adecuado de la enfermedad.	14. Moderadamente comprometido	3/4
	4. 180310 Explica los factores de riesgo.	15. Levemente comprometido	11
	5. 180312 Describe la relación entre el estilo de vida y	16. No comprometido	18
		<b>MANTENER A:</b>	
		<b>AUMENTAR A:</b>	

)

**INTEVENCIONES (NIC):**

**ACTIVIDADES**

**NIC 1: 5602 - Enseñanza: proceso de enfermedad**

1. Evaluar conocimientos previos. Adapta enseñanza al nivel del paciente.
2. Explicar evolución de apendicitis. Promueve comprensión.
3. Describir signos de alarma. Favorece autocuidado y consulta oportuna.
4. Entregar información escrita. Refuerza conocimientos.
5. Aclarar dudas. Reduce ansiedad.
6. Reforzar información clave. Mejora retención.

**INTEVENCIONES (NIC):**

**ACTIVIDADES**

**NIC 2: 5606 - Enseñanza: procedimiento/tratamiento**

1. Enseñar cuidado de herida. Disminuye riesgo de infección.
2. Explicar régimen farmacológico. Mejora cumplimiento.
3. Indicar cuándo retirar puntos. Favorece control adecuado.
4. Instruir sobre actividad física. Previene recaídas.
5. Programar cita de seguimiento. Asegura continuidad del cuidado.
6. Comprobar entendimiento. Garantiza aprendizaje.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:**

**ELABORÓ:**

### **1. Evaluar conocimientos previos. Adaptar enseñanza al nivel del paciente**

Evaluar lo que el paciente ya sabe permite **personalizar la enseñanza** y evita repetir información innecesaria. Adaptar el contenido a su nivel de comprensión (edad, alfabetización en salud, contexto cultural) mejora la eficacia de la intervención educativa.

### **2. Explicar la evolución de la apendicitis. Promueve comprensión**

#### **Fundamento:**

Explicar qué es la apendicitis, sus causas y evolución permite que el paciente y su familia **comprendan la condición y participen activamente en el tratamiento**. Mejora la toma de decisiones y reduce temores.

### **3. Describir signos de alarma. Favorece autocuidado y consulta oportuna**

#### **Fundamento:**

Informar sobre signos de complicación (fiebre, dolor intenso, vómitos persistentes, etc.) permite que el paciente o cuidador **reconozca precozmente una emergencia** y busque atención, evitando desenlaces graves.

### **4. Entregar información escrita. Refuerza conocimientos**

#### **Fundamento:**

El material escrito ayuda a **reforzar lo aprendido verbalmente**, especialmente si el paciente olvida detalles o desea consultar nuevamente. También puede ser compartido con otros cuidadores.

### **5. Aclarar dudas. Reduce ansiedad**

#### **Fundamento:**

Resolver dudas disminuye la **incertidumbre y el miedo**, lo que mejora la disposición del paciente para seguir indicaciones y afrontar el proceso de salud-enfermedad.

### **6. Reforzar información clave. Mejora retención**

#### **Fundamento:**

La repetición intencionada de la información esencial fortalece el **almacenamiento en la memoria** y garantiza que los mensajes clave (cuidados, signos de alerta, dieta, etc.) sean recordados.



## PLAN DE ALTA

Paciente masculino de 29 años con diagnóstico de apendicitis aguda (post-apendicectomía)

### 1. Datos generales del paciente

- **Edad:** 29 años
- **Sexo:** Masculino
- **Diagnóstico médico de ingreso:** Apendicitis aguda
- **Intervención quirúrgica realizada:** Apendicectomía
- **Días de estancia hospitalaria:** *4 días*
- **Condición al egreso:** Estable, sin signos de infección, con adecuada tolerancia a la vía oral y control del dolor

### 2. Objetivo del plan de alta

Brindar información, apoyo y recomendaciones al paciente y su familia para asegurar una recuperación óptima en casa, prevenir complicaciones postquirúrgicas y fomentar la adherencia a los cuidados médicos y de enfermería.

### 3. Instrucciones de cuidados postoperatorios

#### A. 🏠 Cuidados generales en casa

- Mantener reposo relativo los primeros 5–7 días.
- Evitar levantar objetos pesados o hacer esfuerzos físicos intensos por al menos 4 semanas.
- Realizar caminatas cortas diarias para prevenir trombosis venosa profunda.

#### B. 💡 Cuidados de la herida quirúrgica

- Mantener la herida limpia y seca.
- Realizar curaciones según indicación médica, con técnica aséptica.
- No aplicar pomadas ni remedios caseros.
- Observar signos de alarma: enrojecimiento, secreción purulenta, mal olor, aumento de dolor, fiebre.

#### C. 📍 Medicación en casa

- Tomar analgésicos, antibióticos u otros fármacos prescritos según dosis e indicación.
- No automedicarse ni suspender el tratamiento sin indicación médica.

### 4. Educación al paciente y familia

#### 🧠 Enseñanza sobre signos de alarma

Instruir al paciente para que acuda al servicio de urgencias si presenta:

- Fiebre mayor a 38.5 °C

- Dolor abdominal intenso o progresivo
- Náuseas o vómito persistente
- Sangrado o secreción de la herida quirúrgica
- Hinchazón o enrojecimiento del abdomen

#### **Alimentación**

- Iniciar con dieta blanda o según tolerancia.
- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Evitar comidas grasosas, irritantes o con alto contenido de fibra los primeros días.
- Introducir progresivamente una dieta balanceada.

#### **5. Aspectos psicosociales y emocionales**

- Evaluar nivel de ansiedad ante la cirugía y recuperación.
- Promover espacios de descanso y apoyo familiar.
- Brindar contención emocional y resolver dudas del paciente sobre su recuperación.

#### **6. Recomendaciones generales**

- Asistir a consulta de control postoperatorio (generalmente entre el 7.º y 10.º día).
- Llevar informe médico y resultados de estudios si los tiene.
- Seguir recomendaciones del médico tratante.

## ANEXOS

### GUÍA DE VALORACIÓN BASADA EN LAS 14 NECESIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

#### DATOS GENERALES

Nombre:	Juan	Pérez
Edad:	29	años
Religión:	No	especificada
Estado civil:		Soltero
Género:	Masculino	
Domicilio:	No	especificado
Ocupación:	No	especificada
Tel:	No	especificado
Lugar de procedencia:	No especificado	
Hospitalizaciones previas:		No
Servicio:	Cirugía	General
Diagnóstico médico:	Apendicitis aguda	
Antecedentes de la valoración:		Negados
Fecha de la valoración:		13/06/2025
Nombre del enfermero:	Hugo Espinosa, Cesar Morales	

#### NECESIDADES VALORADAS

##### 1. Respirar normalmente

¿Está satisfecha?: Sí

Justificación: El paciente se encuentra eupneico con frecuencia respiratoria de 20 rpm, sin disnea ni uso de músculos accesorios.

## 2. Comer y beber adecuadamente

¿Está satisfecha?: No

Justificación: Está en ayuno por indicación médica. Presenta náuseas y vómitos, con falta de apetito.

## 3. Eliminar los desechos corporales

¿Está satisfecha?: Parcialmente

Justificación: Diuresis conservada, pero no ha evacuado en las últimas 24 horas.

## 4. Moverse y mantener una postura adecuada

¿Está satisfecha?: No

Justificación: Dolor abdominal limita su movilidad, camina con dificultad.

## 5. Dormir y descansar

¿Está satisfecha?: No

Justificación: Refiere dificultad para conciliar el sueño debido al dolor.

## 6. Vestirse y desvestirse

¿Está satisfecha?: Parcialmente

Justificación: El paciente usualmente es independiente, pero actualmente tiene limitaciones por el dolor.

## 7. Mantener la temperatura corporal

¿Está satisfecha?: No

## CONCLUSION

El Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un paciente con diagnóstico médico de apendicitis aguda permitió una valoración integral desde las cinco dimensiones de Virginia Henderson, identificando necesidades alteradas como el dolor agudo, el riesgo de infección, el déficit de conocimientos y el temor frente al procedimiento quirúrgico.

Durante la etapa de valoración, se recopilaron datos subjetivos y objetivos que permitieron establecer diagnósticos de enfermería pertinentes como:

- Dolor agudo relacionado con proceso inflamatorio en el apéndice ciego, manifestado por verbalización de dolor y facies de disconfort.
- Riesgo de infección relacionado con proceso quirúrgico y posible contaminación del sitio operatorio.
- Déficit de conocimientos relacionado con falta de información sobre el proceso de la enfermedad y los cuidados postoperatorios.
- Ansiedad relacionada con hospitalización, cirugía y pronóstico incierto.

A partir de estos diagnósticos, se establecieron objetivos claros y alcanzables, a corto y mediano plazo, orientados a disminuir el dolor, prevenir complicaciones postoperatorias, fomentar el autocuidado y brindar apoyo emocional al paciente y su familia. Las intervenciones de enfermería estuvieron basadas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y se ejecutaron de forma continua y personalizada, destacando acciones como: el control del dolor, la monitorización de signos vitales, el manejo de la herida quirúrgica, la educación sobre signos de alarma, y la promoción del lavado de manos y cuidado del sitio quirúrgico.

El seguimiento constante permitió evaluar la efectividad de las intervenciones, observándose una adecuada evolución clínica del paciente: disminución progresiva del dolor, ausencia de signos de infección, adherencia al tratamiento médico y mayor participación en los cuidados posteriores a la cirugía.

Se brindó educación para el alta, incluyendo recomendaciones sobre la dieta, higiene de la herida, actividad física progresiva, signos de alarma y fecha de control médico, fortaleciendo la autonomía del paciente en su proceso de recuperación.

En conclusión, el PAE resultó ser una herramienta fundamental para planificar y ejecutar cuidados individualizados y de calidad, que no solo respondieron a las necesidades clínicas del paciente, sino también a sus necesidades educativas y emocionales. Se logró una recuperación favorable y se promovió la continuidad del cuidado en el hogar, cumpliendo con los principios del cuidado integral, humanizado y basado en evidencia.