



UDS

Mi Universidad

PAE

Nombre del Alumno: Shady Mariell López Enamorado, Lesly Vazquez Mazariegos

Nombre del tema: Proceso de Atención en Enfermería de Apendicitis

Parcial: Segundo parcial

Nombre de la Materia: Prácticas Profesionales

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería

Cuatrimestre: Noveno cuatrimestre

INDICE

I.I INTRODUCCIÓN.....	2
II. JUSTIFICACIÓN.....	3
III. OBJETIVOS.....	4
3.1 Objetivo general	
3.2 Objetivos específicos	
IV. MARCO TEÓRICO.....	5-14
4.1 Antecedentes Históricos	
4.1.1 Apéndice	
4.1.2 Apendicitis	
4.2 Fisiopatología	
4.3 Signos y Síntomas	
4.4 Diagnóstico	
4.4.1 Diagnóstico Diferencial	
4.5 Estudios Complementarios	
4.6 Tratamiento	
4.6.1 Apendicectomía	
4.6.2 Apendicectomía Abierta	
4.6.3 Apendicectomía Laparoscópica	
4.6.4 Antibioticoterapia y Cirugía	
V. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.....	15
5.1 Caso Clínico	
VALORACIÓN.....	16-28
5.2 Valoración cefalocaudal	

5.3 Teoría de Virginia Henderson 14 Necesidades

DIAGNOSTICO.....	29-31
PLANIFICACIÓN.....	32-52
EJECUCIÓN.....	53-56
EVALUACIÓN.....	57-68
VI. PLAN DE ALTA.....	69
VII. CONCLUSIÓN.....	70
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	71
IX. ANEXOS.....	72

I. INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda constituye la condición inflamatoria aguda abdominal más común observada en el ámbito hospitalario. Aproximadamente 7 % de la población general sufre apendicitis en el curso de su vida, por lo que se considera que es la afección quirúrgica más frecuente entre las emergencias hospitalarias.

Según las estadísticas mundiales, es la causa principal del abdomen agudo quirúrgico, pues más del 50% corresponden a apendicitis aguda, y es responsable de las 2/3 partes de las laparotomías practicadas.

Dentro de las complicaciones presentadas en pacientes post operados de apendicectomía destacan: infección del sitio quirúrgico, serosidad sanguinolenta en la herida quirúrgica, abscesos parietal e intraabdominal, hemorragia, flebitis, obstrucción intestinal, fístulas entero cutáneas, evisceración y eventración.

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

II.JUSTIFICACIÓN

El siguiente proceso atención enfermería (PAE) tiene como principal propósito brindar una atención de calidad al paciente con apendicitis y para ello se requiere del profesional de enfermería capacitado con una visión analítica y juiciosa que asegure la atención del paciente post operado con base en un modelo de cuidado, tomando como herramienta el proceso de cuidado de enfermería ; La aplicación del PAE permite al profesional de enfermería proporcionar una atención de mayor calidad al paciente y más aún si es llevado a la práctica con intervenciones basadas en evidencia científica.

El Plan de atención de Enfermería estandarizado (PLACE), basado en el Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería que ofrece la Comisión Permanente de Enfermería la cual es un órgano colegiado asesor de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto conducir y analizar las actividades que se emprenden en materia de enfermería.

El Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería elaborado y difundido por el PAE, constituye una herramienta accesible y de fácil empleo, el cual incluye la metodología de vinculación NANDA, NIC, NOC, donde expone la importancia de homologar el cuidado de enfermería profesional en todos sus ámbitos con base en la implementación de los PLACES.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Presentar un Plan de atención de Enfermería estandarizado con el uso de la taxonomía NANDA-NIC-NOC enfocado al paciente post operado de apendicetomía que presenta retraso en la recuperación quirúrgica, con la finalidad de disminuir los días de estancia hospitalaria y contribuir a que el paciente se integre a sus actividades diarias en las mejores condiciones posibles.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fundamentar la necesidad de la elaboración del plan de atención de enfermería estandarizado.
- Exponer las bases teóricas que sustentan la propuesta del plan de cuidados de enfermería estandarizado.
- Proponer un formato de Valoración focalizada para pacientes post operados de Apendicectomía en el posoperatorio mediato.
- Presentar una propuesta de un plan de atención de Enfermería (PLACE) a pacientes post operados de apendicectomía con retraso en la recuperación quirúrgica.

IV. MARCO TEORICO

4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Si bien los textos antiguos incluyen descripciones dispersas de operaciones practicadas por dolencias parecidas a la apendicitis, el crédito de la ejecución de la primera apendicectomía corresponde a Claudius Amyand, un cirujano del St. George's Hospital, de Londres y adscrito al servicio de la reina Ana y los reyes Jorge I y II.

En 1736 operó a un niño de 11 años de edad con una hernia escrotal y una fístula cecal. Dentro del saco herniario, Amyand encontró el apéndice perforado por un alfiler. Extirpó con éxito el apéndice y reparó la hernia. El apéndice no se identificó como un órgano capaz de causar enfermedades hasta el siglo xix.

En 1824, Louyer-Villermay presentó un artículo ante la Royal Academy of Medicine en París. Notificó dos casos en necropsias de apendicitis e insistió en la importancia del padecimiento. En 1827, François Melier, un médico francés, expuso el trabajo de Louyer-Villermay. Comunicó seis casos de necropsia y fue el primero que sugirió la identificación de apendicitis antes de la muerte.

4.1.1 APÉNDICE

Apéndice Vermiforme. Del latín vermis, (que significa “gusano” y forme “forma”), es un órgano tubular semejante a un gusano. Mide unos 8-10 cm de longitud y un peso aproximado de 13 gramos; suele encontrarse justo detrás del ciego o por encima del borde pélvico. La luz del apéndice se comunica con el ciego unos 3 cm por debajo de la válvula ileocecal, es un órgano accesorio del sistema digestivo.

Algunos científicos creen que el apéndice sirve como suelo reproductor para las bacterias intestinales. El predominio, en condiciones normales de bacterias no patogénicas colabora

en la prevención de enfermedades. Se cree que algunas bacterias ayudan a digerir y absorber los nutrientes esenciales.

En la pared apendicular aparecen folículos de tejido linfoide poco después del nacimiento, que se hacen prominentes durante los 10 primeros años de vida que desaparecen de forma progresiva. El apéndice normal del adulto solo contiene restos de tejido linfoide.

Los linfocitos empiezan a poblar el apéndice de la 10^a a la 20^a semana vida fetal y luego durante las primeras semanas de vida se agrupan en folículos linfoides, hecho que coincide con la colonización del ciego por las bacterias. Los folículos continúan aumentando en número y de los 12 a los 20 años se llega a un máximo de unos 200 y de allí en adelante su número empieza a disminuir, habiendo unos 100 a los 30 años para ir desapareciendo durante el curso de la vida.

4.1.2 APENDICITIS

Se considera apendicitis a la inflamación del apéndice vermiforme por diversas causas, habitualmente como resultado de la obstrucción de su luz. De no interrumpirse éste proceso mediante la extirpación del órgano, su evolución es hacia la progresión y el compromiso de todas las paredes, pudiendo desembocar en la perforación del órgano. Puede ser aguda o crónica.

4.2 FISIOPATOLOGÍA.

La apendicitis aguda se inicia por el aumento progresivo de la presión intraluminal, que compromete el flujo de salida venoso. En el 50-80% de los casos, la apendicitis aguda se asocia a una obstrucción evidente de la luz por una pequeña masa de heces a modo de cálculo o fecalito, o por un cálculo biliar, un tumor o una masa de gusanos.

No obstante, el modelo obstructivo no siempre explica la etiología, ya que algunos pacientes tienen un lumen libre por los hallazgos del diagnóstico por imágenes e

histopatológico. En pacientes inmunocomprometidos (infección por VIH y citomegalovirus), se describen causas no obstructivas.

La lesión isquémica y la estasis del contenido luminal con sobreproducción de ésta, con la consiguiente elevación de la presión del órgano que ocasiona la interrupción del drenaje linfático, lo que inducen la proliferación bacteriana, activan respuestas inflamatorias, como un edema tisular e infiltrados neutrófilos en la luz, la pared muscular y los tejidos blandos periapendiculares. De no interrumpirse este proceso, se corta el flujo venoso, con incremento del edema parietal e isquemia, que en su progresión ocasiona trombosis venosa y compromiso de la irrigación arterial.

En los casos más graves, es posible que se formen abscesos focales en el interior de la pared (apendicitis aguda supurativa), que pueden generar zonas extensas de ulceración hemorrágica y necrosis gangrenosa hasta alcanzar la serosa, cuadro denominado apendicitis aguda gangrenosa, que se asocia a rotura y peritonitis supurativa. Por pasaje del contenido de la luz apendicular a la cavidad peritoneal.

La obstrucción de la luz intestinal deriva en tres consecuencias importantes:

- 1.- Hiperperistaltismo del apéndice con el objeto de vencer la obstrucción.
- 2.- Aumento de la secreción mucosa de su epitelio, que al mismo tiempo origina un incremento en la presión dentro de su luz.
- 3.- Multiplicación de los gérmenes en la cavidad apendicular.

Clasificación.

Los casos de apendicitis se clasifican histológicamente como:

- Catarral o congestiva: es inicialmente una inflamación de la mucosa y submucosa, al principio el apéndice puede tener un aspecto externo.

- Obstruktiva: Puede haber obstrucción del apéndice más allá de la inflamación aguda, distensión con pus y, en casos avanzados progresión a la gangrena, necrosis y por último perforación.

Si el proceso continuo, sobreviene la perforación con la consiguiente peritonitis. El contacto de la serosa del apéndice inflamado con el peritoneo parietal determina la localización del dolor en la fosa iliaca derecha, típica de esta enfermedad. El cuadro infeccioso originado en la luz del órgano ha atravesado su pared y se encuentra en contacto con el peritoneo parietal anterior.

4.3 SIGNOS Y SINTOMAS

Los **síntomas de la apendicitis** pueden incluir:

1. Dolor repentino en el lado derecho o alrededor del ombligo, que empeora con movimientos bruscos.
2. Náuseas y vómitos.
3. Pérdida del apetito.
4. Fiebre baja que puede aumentar.
5. Estreñimiento o diarrea.

4.4 DIAGNOSTICO CLÍNICO

- Síntomas:

El principal síntoma de la apendicitis aguda es el dolor abdominal. De manera característica, al inicio el dolor se centra de modo difuso en el epigastrio bajo o en el área umbilical, es moderadamente intenso y constante, en ocasiones con cólicos intermitentes superpuestos, se localiza el dolor en el cuadrante inferior derecho. Si bien ésta es la secuencia clásica del dolor, puede variar. La apendicitis se acompaña casi siempre de anorexia. Es tan constante que debe dudarse del diagnóstico si el paciente no es anoréxico. Aunque casi 75% de los

enfermos presenta vómito, no son notables ni prolongados y la mayoría de los individuos sólo vomita una o dos veces, lo cual se debe a estimulación neural y presencia de íleo

- Signos:

Los pacientes con apendicitis prefieren colocarse en posición supina, con los muslos, en especial el derecho, hacia arriba porque cualquier movimiento acentúa el dolor. Si se les pide que se muevan, lo hacen con lentitud y cautela. Los signos físicos habituales en el cuadrante inferior derecho se presentan cuando el apéndice inflamado se halla en la posición anterior.

La hipersensibilidad máxima suele encontrarse en el punto de McBurney o cerca de él. A menudo hay hipersensibilidad de rebote directo. Además, existe hipersensibilidad de rebote referida o indirecta. Esta hipersensibilidad referida es más intensa en el cuadrante inferior derecho, lo que hace pensar en irritación peritoneal localizada. El signo de Rovsing, dolor en el cuadrante inferior derecho cuando se ejerce presión a la palpación en el cuadrante inferior izquierdo, señala también el sitio de irritación peritoneal.

- Signo de McBurney: Dolor localizado a unos 3.5 a 5 cm de la línea imaginaria que une la espina iliaca antero superior con el ombligo.
- Signo de Blumberg: dolor a la descompresión al retirar la mano después de una palpación profunda y sostenida en el punto anterior.
- Signo de Rovsing: dolor en el flanco derecho y FID provocado por la palpación profunda en el flanco izquierdo y la fosa iliaca izquierda; es causado por el desplazamiento de gas desde el lado izquierdo hacia el derecho con la consiguiente distensión del apéndice inflamado.

4.4.1 Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico diferencial de apendicitis aguda es en esencia el diagnóstico de “abdomen agudo”. Esto se debe a que las manifestaciones clínicas no son específicas de una

enfermedad determinada, sino específicas de la alteración de una función fisiológica. Por consiguiente, es posible que se presente un cuadro clínico casi idéntico con una gran variedad de procesos agudos en la cavidad peritoneal o cerca de ella que origina las mismas alteraciones funcionales que la apendicitis aguda.

La precisión del diagnóstico preoperatorio se aproxima a 85%. Si es menor de manera consistente, es probable que se practiquen algunas operaciones innecesarias y debe establecerse un diagnóstico diferencial preoperatorio más riguroso. También debe preocupar una tasa de precisión diagnóstica mayor de 90%, puesto que ello significa que algunos sujetos con apendicitis aguda atípica, que son casos de buena fe, se “observan” cuando deberían someterse a la brevedad a una intervención quirúrgica.

4.5 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- Recuento de leucocitos: Cifras superiores a 15,000/mm³, indican una probabilidad de apendicitis aguda de alrededor de un 70%, sin embargo, no significa que el paciente tenga apendicitis aguda y la ausencia de leucocitosis no descarta el diagnóstico.
- Ultrasonido abdominal: Solo se debe recurrir a este examen en los casos de duda diagnóstica. No hay que olvidar que la toma de decisiones es fundamentalmente clínica.
- Sedimento urinario: éste tiene importancia en el diagnóstico diferencial con el cólico nefrítico y/o infección urinaria.

4.6 TRATAMIENTO

4.6.1 Apendicectomía

Es la extirpación del apéndice, una bolsa ciega, angosta y alargada que está unida al ciego. Se penetra el abdomen por medio de una incisión generalmente de McBurney. Se realiza disección y hemostasia, localización del apéndice y liberación de éste, ligadura del

mesoapéndice y de la arteria apendicular, aislamiento de la zona para evitar contaminación de la herida, ligadura de la base apendicular y amputación de ésta, sutura en bolsa de tabaco en ciego alrededor del muñón apendicular, invaginación de este contra el ciego y cierre de la bolsa de tabaco. Se lleva a cabo la limpieza abdominal con suero fisiológico si procede, y se cierra la pared abdominal y la piel.

4.6.2 Apendicectomía Abierta.

Se penetra el abdomen por medio de una incisión de McBurney. El ayudante del cirujano separa los bordes de la herida con un separador de Richardson o alguno similar a éste. El cirujano toma elapéndice por medio de una pinza de babcock y lo exterioriza a través de la incisión. La punta delapéndice se toma entonces con una pinza de mayo o de Kelly. Se coloca una compresa de campo húmeda alrededor de la base delapéndice para evitar la contaminación de la herida, en caso de producirse derramamiento de contenido intestinal durante el procedimiento.

Durante una apendicectomía u otro procedimiento intestinal, todo instrumental que entre en contacto con la superficie interna del intestino debe aislarse del resto del material, los campos y el equipamiento. El instrumentista debe tener una bandeja designada como “sucia” para recibir el instrumental contaminado y la pieza quirúrgica. El cirujano separa elapéndice de sus fijaciones intestinales (mesoapéndice). Utilizando tijeras de metzenbaum, se sitúa un pequeño orificio avascular que esté cerca de la base del mesoapéndice. Tomando pequeñas porciones de tejido a lo largo del mesoapéndice, éste se clampea doblemente y se liga por medio de ligaduras al aire de seda o material absorbible 3-0, hasta que elapéndice se encuentre completamente liberado.

La base delapéndice se toma con una pinza Kelly, el cirujano procede a ligar la base delapéndice. El ayudante coloca entonces una pinza Kelly cerca del nudo y el cirujano corta los extremos de la sutura directamente por encima de la pinza; elapéndice se encuentra listo para ser amputado.

Empleando el bisturí, el cirujano amputa el apéndice. Se procede a colocar la sutura en jareta alrededor del muñón apendicular contra el ciego invaginándolo mientras el cirujano liga la jareta. El muñón queda así sepultado, se irriga la herida con solución salina tibia y se cierra el abdomen de forma habitual.

4.6.3 Apendicectomía Laparoscópica.

Se prepara al paciente y se colocan los campos para una incisión abdominal, debido a que existe la posibilidad de un procedimiento a cielo abierto, debe prepararse todo el abdomen. En éste procedimiento, después de establecer un neumoperitoneo se colocan cuatro trocares: un trocar umbilical de 10/11 mm, que se utiliza para la extracción del apéndice.

Se coloca al paciente en posición de trendelenburg para que los intestinos se desplacen en dirección cefálica. El cirujano localiza el apéndice movilizándolo de manera sistemática a un lado el intestino grueso con pinzas gráspers endoscópicas atraumáticas o tipo babcock hasta encontrar el ciego.

Después de inspeccionar la cavidad abdominal, se utiliza un prensor (gráspers) recto para sostener el ciego y traccionarlo hacia arriba. Esto expone el apéndice, se utiliza un segundo prensor para poner en tensión el apéndice de modo de separarlo del mesoapéndice. Se utiliza el electrocauterio con un disector de gancho (gancho electrocoagulador aislado) para cauterizar y seccionar simultáneamente el apéndice del mesoapéndice, la disección continua hasta la base del apéndice. En ésta etapa el cirujano puede ligar el extremo apendicular y utilizar los extremos de la ligadura para utilizar una tracción más manejable, o en su caso utilizar grapas.

A medida que el asistente tracciona hacia arriba sobre la punta del apéndice, el cirujano aplica una sutura en su base o grapa. Deben colocarse dos ligaduras alrededor del apéndice entre la línea de amputación, una de ellas se coloca en la base del apéndice y la otra justo por encima (distal) a la primera. Ahora el apéndice está listo para ser seccionado de su base y extraído por la herida, esto se logra con tijeras de gancho.

El apéndice se puede extraer directamente a través del orificio del trocar lateral de 10/11 mm o se puede utilizar un saco especial para piezas; se retiran simultáneamente la pieza y el trocar. El muñón apendicular se cauteriza con el gancho electrocoagulador aislado, en ese momento se puede irrigar la herida con solución fisiológica tibia. Se libera el neumoperitoneo y se retiran todos los trocares, se cierran las heridas de los trocares con bandas estériles para piel o puntos cutáneos individuales.

4.6.4 Antibioticoterapia y cirugía

Como bien se conoce, las infecciones posoperatorias son producidas por agentes patógenos diversos: bacterias (gérmenes aerobios, anaerobios y mixtos), virus y hongos y entre los factores microbianos que intervienen en su génesis se encuentran la virulencia y el número de bacterias contaminantes, así como las vías de contaminación (directa o indirecta).

Entre los dependientes del huésped se consideran factores modificables (anemia, malnutrición, tejido necrótico, hematomas, cuerpos extraños), potencialmente modificables (diabetes, ictericia, sepsis, inmunosupresión o inmunodisfunción) y no modificables (edad, enfermedad vascular periférica, radiación). Por último, el ambiente es otra de las condiciones que provoca su aparición.

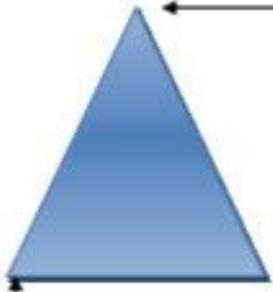
A escala mundial, según los informes de infecciones intrahospitalarias, el signo más importante lo constituye la infección del tracto urinario (40 %), seguida, por la del sitio operatorio. Esta última representa entre 20-25 % de todas las que ocurren en las instituciones sanitarias de cualquier país, con menor frecuencia aparecen la respiratoria en 20 % y las restantes en 16 %.

El riesgo de infección de la herida quirúrgica se encuentra determinado por 3 factores principales en el momento de la incisión:

- 1). La cantidad y los tipos de microorganismos que se hallan en el sitio de la incisión.
- 2). Las condiciones de la herida al final de la intervención, determinadas por la técnica operatoria y el proceso patológico que condujo a la resolución quirúrgica.
- 3). La susceptibilidad del huésped, es decir, la capacidad intrínseca de defenderse de la contaminación microbiana.

Además del diagnóstico, debe tenerse en cuenta el grado de contaminación, el tipo de cirugía (electiva o urgente), la duración de la intervención y la evaluación del anestesista acerca del estado de salud preoperatorio del paciente (ASA).

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DE APENDICITIS

PERIODO PRE - PATOGENICO		PERIODO PATOGENICO		PERIODO POSTPATOGENICO
 <p style="text-align: center;">AMBIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Zonas calidas. Hacinamiento Contaminación ambiental. Nivel socioeconómico bajo 	<p style="text-align: center;"><u>AGENTE:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Respuesta inespecífica a infecciones virales o bacterianas del tracto respiratorio o intestinal. Obstrucción por fecalitos, producto de la degradación de los alimentos. 	<p style="text-align: center;"><u>COMPLICACIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Obstrucción Intestinal. Absceso pélvico. Infección de herida. apendicitis crónica. Peritonitis. 	<p>RECUPERACIÓN</p>  <p>MUERTE</p>	
	<p style="text-align: center;"><u>HUÉSPED:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Más frecuente en el preescolares, escolares, adolescentes. Más frecuente en sexo masculino. 	<p style="text-align: center;"><u>SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Anorexia. Diarrea. Fiebre Disuria. polakiuria 	<p style="text-align: center;"><u>SIGNOS Y SINTOMAS INESPECIFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Nauseas</u> <u>-vómito</u> <u>-Dolor</u> 	<p style="text-align: center;">PERIODO DE INCUBACION</p>
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN Terciaria
<p style="text-align: center;"><u>PROMOCIÓN A LA SALUD</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Alimentación. Higiene personal Higiene de los alimentos Higiene personal. 	<p style="text-align: center;"><u>PREVENCIÓN ESPECÍFICA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Dieta balanceada. Lavado de manos. Control sanitario de los alimentos Visitar al médico. 	<p style="text-align: center;"><u>DX. PRECOZ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Interrogatorio. -Exploración Física. -Semiología del dolor. -Exámenes de Laboratorio. -Rx 	<p style="text-align: center;"><u>TX. OPORTUNO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Intervención Quirúrgica. -Se les trata con antibióticos: -Clindamicina. -Kanamicina. 	
<p style="text-align: center;">-Rehabilitación.</p> <p style="text-align: center;">-Evitar complicaciones.</p> <p style="text-align: center;">-Chequeos médicos.</p>				

5.1 CASO CLINICO

Paciente de 28 años que acude a urgencias del hospital sobre las 17h tras presentar dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha, acompañado de inflamación, fiebre de 38°C y náuseas. Refiere haber empezado el dolor por la noche y que ha ido en aumento.

A su llegada se realiza valoración.

Anamnesis:

Antecedentes personales: sin interés.

- Alergias no conocidas.

Antecedentes familiares: sin interés.

Exploración en urgencias:

- TA: 130/72, FC: 98 lpm, T^a: 38°C y saturación O₂: 99% basal.
- En la exploración se aprecia signo de blumberg: +, signo de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias:

- ECG: rítmico a 89 lpm.
- Analítica de sangre: hemograma, bioquímica y coagulación. En los resultados se aprecia leucocitosis con desviación izquierda.
- Ecografía abdominal.

En urgencias se canaliza vía periférica nº 18.

Valoración

5.2 VALORACIÓN CEFALOCAUDAL

1- CABEZA: inspeccione el cuero cabelludo en busca de lesiones, descamación, sensibilidades, presencia de paracitos. Examine cabello describiendo color, textura, distribución, fragilidad, implantación, caída o alopecia. Presencia de heridas, vendajes, drenajes u otro dispositivo. Estado de conciencia

(somnolencia, obnubilación, estupor, coma, estado vegetativo, muerte cerebral).

1.1- CARA: observe simetría, color, presencia de lesiones, manchas, lunares, movimientos, vitíligo, diaforesis, expresión (tranquilidad, dolor, parálisis).

1.2- NARIZ: inspeccionar presencia de aleteo nasal, permeabilidad de fosas nasales, secreciones (color, cantidad, consistencia), sondas (tipo, utilidad, permeabilidad, dispositivos para administrar oxígeno, catéter nasal, humidificador).

1.3- OJOS: observe presencia de edema.

Conjuntivas: prestando atención al color, hidratación, exudado y lesiones.

Inspeccione pupilas, tamaño, simetría y reflejos al rayo de luz (isocoria, midriasis, miosis y anisocoria). Estado de los ojos (cerrados, muy abiertos, desorbitados, con desviación,). Presencia de dispositivos visuales.

1.4- PARPADOS: Observe color, ptosis, edema palpebral, exoftalmia, entropión (el parpado se pliega sobre sí mismo contra el globo ocular). El ectropión (parpado se pliega hacia fuera y no entra en contacto con el globo ocular).

1.5- OREJAS Y OIDOS: Explore presencia de otorrea (purulento o sanguinolento, higiene del conducto auditivo, rictus de dolor al mover la oreja o presionar sobre el mastoides, presencia de dispositivos para escuchar, ausencia de oreja(s).

1.6- BOCA Y GARGANTA:

1. A) Labios: observe coloración, edema (cianótica o pálida).
2. : coloración (rosada, pálida), xerostomía (sequedad) y semi hidratación.
3. C) Boca: sialorrea, producción de esputo, hemoptisis, hematemesis, olor (ácido, metálico, halitosis).
4. D) Dientes: inspeccione la existencia de caries, exceso de placa, falta total o parcial de piezas, prótesis y dispositivos dentarios, hiperplasia, palidez gingival, gingivitis, gingivorragia, periodontitis.
5. E) Lengua: coloración (rosada, pálida, cianótica)
6. F) Garganta: evalúe características de la voz, tono, ronquera o pérdida de voz.

2- CUELLO: buque señales de infección (piel rojiza, drenado, olor fuerte, hinchazón), señales de acumulación de mucosidad, respiración rápida y ruidosa o profunda, cianosis

3- TORAX ANTERIOR: observe la expansión torácica (simetría, duración de la inspiración y espiración, frecuencia, ritmo), profundidad de la respiración (normal, taquipnea, bradipnea, hiperventilación) y existencia de ginecomastia y/o mastectomía.

4- TORAX POSTERIOR: observe integridad cutánea en prominencias óseas (escapulas, columna, sacro), presencia de catéteres, malformaciones óseas (lordosis, cifosis, escoliosis).

5- ABDOMEN: inspeccione presencia de dolor a la palpación con foco en la fosa iliaca derecha

6- GENITALES: . Observe integridad del vello púbico, lesiones cutáneas,

7- EXTREMIDADES SUPERIORES: observa rigidez, temperatura, edema, coloración ungueal, llenado capilar, onicomycosis, polidactilia, adactilia, sindactilia , presencia de pulso.

8- EXTREMIDADES INFERIORES: observe tamaño, forma, simetría, integridad cutánea, prominencias óseas (laterales de las rodillas, maléolos, talones, alteraciones de las superficies de la piel, deterioro de la movilidad física.

5.3TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON 14 NECESIDADES BÁSICAS

DATOS GENERALES

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

Nombre: Juan Alberto Santis López Edad: 28 años
 Religión: Católico Estado civil: Casado Género: Masculino
 Domicilio: 2ª calle sur pte sin Número
 Ocupación: Carpintero Tel: 6345567 Lugar de procedencia: Comitán
 Servicio: Urgencias Diagnóstico(s) Médico(S): Apendicectomía
 Antecedentes de alergias: Ninguna
 Fecha de la valoración: 13/04/2025 Nombre de la enfermera:
Lesly Vazquez Mazariegos

1. RESPIRACIÓN NORMALMENTE

Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Tabaquismo: Asma: Frecuencia respiratoria 89 lpm
 _____ por minuto. Patrón respiratorio: Taquipnea:

Bradicardia: Intensidad: _____ Ausencia o disminución de la tos: Tos productiva: Tos seca: Aleteo nasal: Disnea al esfuerzo: Disnea en reposo:
 SaO₂: _____% Cianosis peribucal: Incapacidad para expulsar secreciones: Ortopnea: Hiperemia: Tiros intercostales: Tratamiento: _____

2. COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

Para mantener la necesidad de alimentación considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Número de comidas al día: 1 comida_ Horario: 12:30 pm Siempre a la misma hora:

Discontinuamente: Frecuencia y tipo de alimentos que consume:

	Leche	Huevo	Carne blanca	Carne roja	Verduras	Cereales	Leguminosas
Diario:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cada 3er. Día:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semanalmente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentos que desagrada: mariscos en general _____

Patrón de pérdida/aumento de peso: a perdido peso

Consumo de suplementos/ complementos diarios: ninguno

Normalmente dónde consume sus alimentos: En la calle regularmente: En casa regularmente:

Náuseas: Vómitos: Pirosis: Problemas al deglutir: Problemas al masticar: Glucosa en capilar: 98 mg/dL Diabetes Mellitus:

Tipo: _____ Diabetes Mellitus en familiares: Tipo: _____

Quiénes: _____ Dolor abdominal: Tipo cólico: Ardor:

Punzante: Irradiante a: _____ Gingivorragia: Estomatitis: Polifagia:

Palidez: Ictericia: Petequia: Caída de cabello: Pérdida de peso:

Aumento de peso: Anoxia: Anorexia: Lengua: Ulceras:

Inflamación: Labios: Fisuras: Ulceras: Inflamación:

Ausencia de dientes: Cuáles: _____ Usa prótesis dentales:

Higiene bucal: Muy buena Buena Regular Mala Peso: 68Kg. Talla 1.72 cm

Para mantener la necesidad de hidratación considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Cantidad de líquidos: _____ml Tipo: Agua pura: Agua de sabor: Refresco:

Consumo café: Cantidad: _____ml Frecuencia: _____

Consumo bebidas alcohólicas: si Tipo: whisky, Cantidad: desconoce ml Frecuencia: muy recurrente__ Método de purificación del agua: Comercial:

Hervida: Clorada: Otro: _____ Mucosa oral deshidratada:

Edema generalizado: Polidipsia:

Ojos hundidos: Líquidos parenterales: _____

Tratamientos: _____

Datos asociados al sistema cardio-circulatorio:

Presión arterial: 130/72 mmHg Pulso: 89 por minuto del pulso:

Soplos cardíacos: _____ Bradicardia:

Taquicardia: Fosfenos: Acufenos: Edema en Msls:

Agitación: Hormigueo: Sudoración: Dolor en pecho:

Llenado capilar de Msls: D____/ I__1__ Seg. Varices en Msls:

Hipertensión arterial: Hipertensión arterial en familiares:

Quiénes: _____ Hemorragias: Cantidad: _____

_____ml Ubicación: _____ Cardiopatías en

familiares: Quiénes: _____

Tratamientos: _____

3. eliminación

Para mantener la necesidad de eliminación urinaria considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Patrón urinario: Frecuencia: 6 al día. Cantidad: _____ml Características: amarillo

pajoso Incontinencia: Anuria: Oliguria: Disuria:

Retención: Poliuria: Enuresis: Nicturia:

Piura: Infecciones urinarias frecuentes:

Dolor: Polaquiuria: Ardor: Goteo al terminar de orinar:

Antecedentes de cáncer en las vías urinarias: Quiénes: _____

En caso del hombre: Crecimiento prostático en familiares: Quiénes: _____

En caso del hombre: Examen de la próstata: Cuando: _____

Especificar: _____

Tratamientos: _____

Para mantener la necesidad de eliminación intestinal considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Patrón intestinal: Frecuencia 3__ al día Cantidad: __ ml Características: acuosa amarilla
verdosa _____

Diarrea: Estreñimiento: Hemorroides: Melena: Acolia:
Hemaquesia: Esteatorrea: Flatulencia: Dolor: Perístalsis ____ x'

Antecedentes de cáncer en el tracto gastrointestinal: Quiénes: _____

Tratamientos:

4. MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA POSTURA ADECUADA

Para realizar actividad física considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:
 Qué le hace falta: _____
 Actividad física: Tipo de actividad: ninguna Duración: _____ min En dónde: _____
 Cuántas veces por semana ____ Conoce los beneficios de la actividad física: Si: No: Porque: _____
 Alteraciones musculoesqueléticas que le impiden desarrollar actividad: _____
 Especificar: _____

A la actividad física presenta alguna de las siguientes:

Disnea: Debilidad: Fatiga: Otras: _____
 Especificar: _____
 Tratamientos: _____

Para moverse y trasladarse considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:
 Qué le hace falta: _____ Para moverse o trasladarse requiere de alguno de los siguientes:

Algún dispositivo: Silla de ruedas: Andadera: Bastón: Otro: _____
 De ayuda de alguien: De quién: ____ Le realizan actividad pasiva: por cuánto tiempo _____
 Limitación a la: deambulaci3n: Movilidad física: Movilidad en cama:

Postura habitual en relación al trabajo o actividades de la vida diaria: _____
 Alteraciones musculoesqueléticas que le impidan moverse y trasladarse:

Especificar: _____
 Tratamientos: _____

5. SUEÑO Y DESCANSO

En la satisfacción del descanso y sueño considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:
 Qué le hace falta: _____
 Número de horas que duerme durante el día: 5 Horas Por la noche:
 Durante el día Calidad del sueño: Profundo: Difícil de conciliar:
 Pesadillas:

Falta de energía: Ausentismo: Mala calidad de vida: Disminución del estado de salud: Somnolencia: No se concentra: Cambios de humor: Sueño no reparador/siestas diurnas: Tratamientos: _____

6. SELECCIONAR VESTIMENTA ADECUADA

En la selección de vestimenta adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Presenta alguna de las siguientes incapacidades:

Elegir ropa: Ponerse la ropa: Mantener el aspecto a un nivel satisfactorio:
 Coger la ropa: Ponerse los zapatos: Quitarse la ropa: Abotonarse la ropa:

Alteraciones musculo-esqueléticas que le impidan vestirse/desvestirse:

Especificar: _____

Tratamientos: _____

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Para mantener la temperatura corporal adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Se protege de los cambios de temperatura ambiental: No _____

Presencia de infecciones: Donde: Abdominales, urinarias _____

Piel enrojecida: Piel caliente: Taquicardia: Taquipnea:
 Piel fría: Cianosis: Escalofrío: Piloerección:

Temperatura corporal _____°C Que hace en caso de fiebre: _____
 Tratamientos: _____

8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL

Para mantener la higiene corporal adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones
 Qué le hace falta: _____ Aspecto físico:
 Arreglado: Desarreglado:

Presenta alguna de las siguientes incapacidades:

Obtener los artículos del baño: Obtener agua o llegar al grifo: Lavar total o parcialmente el cuerpo:
 Coger artículos del baño: Entrar y salir del baño: Lavarse el cuerpo: Secarse el cuerpo:
 Que le motiva para arreglarse y mantener la higiene: _____
 Tratamientos: _____

Para mantener la integridad de la piel y anexos adecuadamente considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones
 Qué le hace falta: _____ Aspecto:
 Limpia e íntegra Mal aspecto y alterada

Especificar: _____
 Presencia de micosis en: _____
 Otras alteraciones en la piel: _____

9. EVITAR LOS PELIGROS

Para mantener la higiene corporal adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones
 Qué le hace falta: _____
Antecedentes personales

Alcoholismo: Drogadicción: Tabaquismo: Automedicación: _____
 Deportes extremos: Agudeza visual: OD _____ OI _____ Agudeza auditiva: _____
 Reconoce peligros ambientales: Vive solo (a): Antecedentes de caídas:
 Prótesis en extremidades: _____
 Uso de dispositivos para deambular y/o moverse: _____
 Tratamientos: _____

Características del hogar: De concreto _____ Tipo de piso: Liso de material
 Número de plantas (pisos, niveles): 1 piso__ Escaleras sin pasamanos: no Animales: no
 Esquema de vacunación: no presenta Peligros ambientales cerca de su hogar: ninguno _____

10. COMUNICARSE CON OTROS, EXPRESAR EMOCIONES, MIEDOS U OPINIONES

Examen de mama: Cuándo: _____ Prueba de Papanicolaou Cuándo: _____

Para mantener la necesidad de comunicación considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Comunicación Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Estado de conciencia: Ubicado en tiempo Lugar Persona

Con quien vive: Esposa _____

Cuando se siente sólo, triste o deprimido con quien platica: Esposa _____

En caso de soledad y tristeza, qué conducta adopta: Me aílo: Busco ayuda:si

Platico con alguien:

Defectos o alteraciones físicas que le limiten la comunicación: ninguno _____

Tratamientos: _____

ASPECTOS DE SEXUALIDAD:

Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Estado civil: Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Otro: _____

Método de planificación familiar: Implante sub dermico _____

DESEA HABLAR DE SU SEXUALIDAD: Si: No:

Satisfacción con su estado civil:

Si la respuesta es no; por qué: _____

Preferencias sexuales: _____ Se

ha realizado la prueba de VIH Resultado: _____ Si la
respuesta es no, por qué: _____

Problemas o alteraciones en los órganos sexuales que le impidan cumplir con esta necesidad:

Tratamiento: _____

11. EJERCER CULTO A DIOS, ACORDE CON LA RELIGIÓN

Para mantener la espiritualidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones Qué

le hace falta: _____

Práctica alguna religión: Si No

Cuál: catolico _____ Su

religión le impide tomar algunos tratamientos ofrecidos por el sector salud: no _____

12. TRABAJAR DE FORMA QUE PERMITA SENTIRSE REALIZADO

Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____ Ocupación: _____

Se siente satisfecho con lo que hace: si Si la respuesta es no, por qué: _____

Cree que su situación laboral o profesional repercute en su estado de salud: si _____

Si la respuesta es no, por qué: como en la calle __ Dentro de su familia que rol
ocupa: esposo

_____ Se siente satisfecho con su rol: si Si la respuesta es no, por qué: _____

13. PARTICIPAR EN TODAS LAS FORMAS DE RECREACIÓN Y OCIO

Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Dispone de tiempo libre: si a veces Cuánto: 60 min. En que lo invierte: mirar television _____

Cuáles son sus pasatiempos: salir de compras

Considera que sus pasatiempos repercuten su estado de salud: no _____ Si la respuesta es si,
por qué: _____ Estaría dispuesto a cambiar de pasatiempo: no _____

Si la respuesta es no, por qué: me siento agusto
asi

14. ESTUDIR, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE
CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD

Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Nivel de estudios: secundarias trunca Se siente satisfecho con su nivel de estudios

Si la respuesta es no, por qué: debi estudiar mas

Le gustaría seguir estudiando: ya no Si la respuesta es no, por qué: ha pasado mucho tiempo _____

Conoce actividades de aprendizaje para su edad: si Cuáles: caminar, jugar futbol _____

Le gustaría involucrarse con alguna de ellas: aveces

Si la respuesta es no, por qué: por mi tiempo

Diagnóstico

<p>Diagnostico</p>
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA (PROBLEMA) (P) <u>Dolor agudo (00132)</u> Pág. 576</p> <p>DEFINICIÓN</p> <p>Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses</p>
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA n (PROBLEMA) (P) <u>Hipertemia (00007)</u></p> <p>DEFINICIÓN</p> <p>Temperatura corporal por encima del rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.</p>
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA (00214) Comodidad deteriorada Pag.560 DEFINICIÓN</p> <p>Falta percibida de tranquilidad, alivio y trascendencia de dimensiones físicas psicoespiritual, ambiental y/ o social</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

ETIQUETA (PROBLEMA) (P)

(00246) Riesgo de recuperación quirúrgica tardía pág. 516

DEFINICIÓN

Susceptible a una extensión del número de días posoperatorios necesarios para iniciar y realizar actividades que mantengan la vida, la salud y bienestar que puede comprometer la salud.

Etiqueta (problema) (P) Riesgo de sangrado. (pág. 492)

Definición:

Susceptible a una disminución del volumen sanguíneo que puede comprometer la salud.

Factores relacionados (causas) (E)

Conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado.

Etiqueta (problema) (P) Riesgo de infección (pág. 488)

Definición:

Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

Planificación

DOMINIO 12. CONFORT	CLASE 1. CONFORT FÍSICO	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p align="center">DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA (PROBLEMA) (P) <u>Dolor agudo (00132)</u> Pág. 576</p> <p align="center">DEFINICIÓN</p> <p>Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses.</p>		<p>(1605) Control del dolor Dominio: 4 Conocimiento y conducta de la salud Clase: Q Conducta de salud Pág. 273</p>	<p>(160502) Reconoce el comienzo del dolor. (160515) Describe el dolor. (160509) Reconoce los síntomas asociados del dolor. (160513) Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.</p>	<p>1 - Nunca demostrado 2 - Raramente demostrado 3 - A veces demostrado 4 - Frecuentemente demostrado 5 - Siempre demostrado</p>	<p>MANTENER A: AUMENTAR A:</p>
<p align="center">FACTORES RELACIONADOS (ETIOLOGÍA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesión por agentes biológicos • Lesiones por agentes físicos • Uso inapropiado de agentes químicos 		<p>(2008) Estado de comodidad Dominio: 5 Salud percibida y calidad de vida Clase: U Salud Pág. 374</p>	<p>(200801) Bienestar físico. (200802) Control de síntomas. (200804) Entorno físico.</p>	<p>1 -Gravemente comprometido 2 -Sustancialmente comprometido 3 - Moderadamente comprometido 4 - Levemente comprometido 5 - No comprometido</p>	<p>MANTENER A: AUMENTAR A:</p>
<p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el apetito • Diaforesis • Conducta expresiva • Expresión facial del dolor • Conducta defensiva • Postura para aliviar el dolor • Verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor • Alteración de los parámetros fisiológicos • Dilatación pupilar 		<p>(2102) Nivel del dolor Dominio: 5 Salud percibida Clase: V Sintomatología Pág. 466</p>	<p>(210210) Frecuencia respiratoria. (210211) Frecuencia cardíaca apical. (210212) Presión arterial. (210214) Sudoración (210206) Expresiones faciales de dolor. (210223) Irritabilidad.</p>	<p>1 -Desviación grave del rango normal 2 -Desviación sustancial del rango normal 3 - Desviación moderada del rango normal 4 - Desviación leve del rango normal 5 - Sin desviación del rango normal</p>	<p>MANTENER A: AUMENTAR A:</p>

INTERVENCIÓN: Administración de analgésicos (2210)

CAMPO: 2 Fisiológico: complejo.

CLASE: H Control de fármacos.

DEFINICIÓN: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

PÁGINA: 51

ACTIVIDADES

- Establecer patrones de comunicación efectivos entre el paciente, la familia y los cuidadores para lograr un manejo adecuado del dolor.
- Monitorizar el dolor de los pacientes con alteraciones de comunicación (p. ej., niños, ancianos, con alteraciones cognitivas, psicóticos, enfermos críticos, que no hablen el idioma del país, demencia).
- Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado del paciente utilizando una escala de medición del dolor apropiada.
- Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales.
- Poner en práctica medidas para reducir los efectos adversos de los analgésicos (p. ej., depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad bucal, estreñimiento, irritación gástrica).
- Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Evaluar y documentar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.
- Administrar antagonistas de los opiáceos (p. ej., naloxona) para la depresión respiratoria o sedación no deseada, si está indicado.
- Instruir al paciente y a su familia sobre el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas para la implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.
- Involucrar a la familia y allegados en medidas de control del dolor tales como masajes simples o técnicas de aplicación de calor/frío.

INTERVENCIÓN: Manejo ambiental: confort (6482)

DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico.

CLASE: E Fomento de la comodidad física.

DEFINICIÓN: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

PÁGINA: 250

ACTIVIDADES

- Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.
- Preparar la transición del paciente y de la familia dándoles una cálida bienvenida al nuevo ambiente.
- Proporcionar una habitación individual si la preferencia y necesidad del paciente (y de la familia) son el silencio y el descanso, si es posible.
- Atender inmediatamente las llamadas del timbre, que siempre debe estar al alcance del paciente.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
- Ofrecer la elección, siempre que sea posible, de sociales y visitas.
- Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.
- Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar las cejas; aplicar cremas dérmicas, o limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal).
- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo).
- Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.
- Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes (heces diarreicas o drenaje de heridas).
- Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a los pacientes y sus familias, según corresponda.

INTERVENCIÓN: Monitorización de los signos vitales (6680)

DOMINIO: 4 Seguridad

CLASE: V Control de riesgo

DEFINICIÓN: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

PÁGINA: 341

ACTIVIDADES

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar la presión arterial mientras el paciente está acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.
- Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda.
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.
- Palpar los pulsos apical y radial al mismo tiempo y anotar las diferencias, según corresponda.
- Observar si hay pulso paradójico.
- Observar si hay pulso alternante.
- Observar si hay pinzamiento o aumento de la tensión diferencial.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- Monitorizar los ruidos pulmonares.
- Monitorizar la pulsioximetría.
- Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Observar si se presenta la tríada de Cushing (aumento de la tensión diferencial, bradicardia y aumento de la presión sistólica).
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

DOMINIO 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN	CLASE 6 TERMOREGULACIÓN	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p align="center">DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA n (PROBLEMA) (P) <u>Hipertemia (00007)</u></p> <p align="center">DEFINICIÓN Temperatura corporal por encima del rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.</p>		<p align="center">(0800) Termorregulación Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: I Regulación metabólica Pág. 581</p>	(080013) Frecuencia respiratoria. (080001) Temperatura cutánea aumentada. (080003) Cefalea. (080004) Dolor muscular. (080005) Irritabilidad.	<p>1 -Gravemente comprometido 2 - Sustancialmente comprometido 3 - Moderadamente comprometido 4 - Levemente comprometido 5 - No comprometido</p>	<p>MANTENER A:</p> <p>AUMENTAR A:</p>
		<p align="center">(2010) Estado de comodidad física Dominio: 5 Salud percibida Clase: U Salud y calidad de vida Pág. 375</p>	(201001) Control de síntomas. (201002) Bienestar físico. (201010) Temperatura corporal. (201014) Respiración dificultosa. (201015) Disnea.	<p>1 -Gravemente comprometido 2 - Sustancialmente comprometido 3 - Moderadamente comprometido 4 - Levemente comprometido 5 - No comprometido</p>	<p>MANTENER A:</p> <p>AUMENTAR A:</p>
<p align="center">CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apnea • Coma • Convulsiones • El lactante no mantiene la succión • Estupor • Hipotensión • Irritabilidad • Letargia • Piel caliente al tacto • Piel ruborizada • Postura anormal • Taquicardia • Taquipnea • Vasodilatación <p align="center">FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad vigorosa • Deshidratación • Vestimenta inapropiada 		<p align="center">(0602) Hidratación Dominio: 2 Salud Fisiológica Clase: G Líquidos y electrolitos Pág. 426</p>	(060201) Turgencia cutánea. (060202) Membranas mucosas húmedas. (060211) Diuresis. (060215) Ingesta de líquidos. (060205) Sed.	<p>1 -Nunca demostrado 2 -Raramente demostrado 3 - A veces demostrado 4 - Frecuentemente demostrado 5 - Siempre demostrado</p>	<p>MANTENER A:</p> <p>AUMENTAR A:</p>

INTERVENCIÓN: Monitorización de los signos vitales (6680)

DOMINIO: 4 Seguridad

CLASE: V Control de riesgos

DEFINICIÓN: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

PÁGINA: 341

ACTIVIDADES

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar la presión arterial mientras el paciente está acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.
- Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda.
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.
- Palpar los pulsos apical y radial al mismo tiempo y anotar las diferencias, según corresponda.
- Observar si hay pulso paradójico.
- Observar si hay pulso alternante.
- Observar si hay pinzamiento o aumento de la tensión diferencial.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- Monitorizar los tonos cardíacos.
- Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
- Monitorizar los ruidos pulmonares.
- Monitorizar la pulsioximetría.
- Observar si se producen esquemas respiratorios anormales (Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, apnéustico, atáxico y suspiros excesivos).
- Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Monitorizar si hay cianosis central y periférica.
- Monitorizar la presencia de acropaquias.
- Observar si se presenta la tríada de Cushing (aumento de la tensión diferencial, bradicardia y aumento de la presión sistólica).
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

INTERVENCIÓN (NIC): Tratamiento de la fiebre (3740)

DOMINIO: 2 Fisiológico: Complejo

CLASE: M Termorregulación

DEFINICIÓN: Tratamiento de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal causado por pirógenos endógenos.

PÁGINA: 427

ACTIVIDADES

- Controlar la temperatura y otros signos vitales.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos.
- Administrar medicamentos o líquidos i.v. (p. ej. antipiréticos, antibióticos y agentes antiescalofríos).
- No administrar aspirinas a los niños.
- Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta cálida para la fase de escalofríos y ropa o ropa de cama ligera para las fases de fiebre y de defervescencia).
- Fomentar el consumo de líquidos.
- Facilitar el reposo, aplicando restricciones de actividad, si es preciso.
- Administrar oxígeno, según corresponda.
- Aplicar un baño tibio con esponja con cuidado (es decir, administrarlo a los pacientes con fiebre muy alta, pero no durante la fase de defervescencia y evitar en los pacientes que tengan frío).
- Aumentar la circulación del aire.
- Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de la afección causante de la fiebre (p. ej., crisis comicial, disminución del nivel de consciencia, anomalías electrolíticas, desequilibrio acidobásico, arritmia cardíaca y cambios celulares anómalos).
- Garantizar que se controlan otros signos de infección en los ancianos, pues pueden presentar solo febrícula o ausencia de fiebre durante las infecciones.
- Garantizar que se aplican las medidas de seguridad si el paciente desarrolla agitación o delirio.
- Humedecer los labios y la mucosa nasal secos.

INTERVENCIÓN (NIC): Regulación de la temperatura (3900)

DOMINIO: 2 Fisiológico: Complejo

CLASE: M Termorregulación

DEFINICIÓN: Consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del rango normal.

PÁGINA: 392

ACTIVIDADES

- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda.
- Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice.
- Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.
- Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Envolver al bebé inmediatamente después del nacimiento para evitar la pérdida de calor.
- Envolver a los lactantes de bajo peso al nacer en plástico (p. ej., polietileno, poliuretano) justo después de nacer mientras aún están cubiertos por líquido amniótico, si es adecuado y siguiendo el protocolo del centro.
- Poner un gorro de malla para evitar la pérdida de calor del recién nacido.
- Colocar al recién nacido en incubadora o calentador, si es necesario.
- Mantener la humedad al 50% o más en la incubadora para reducir la pérdida de calor por evaporación.
- Precalentar los objetos (p. ej., mantas, cobertores) situados cerca del lactante en la incubadora.
- Enseñar al paciente a evitar el agotamiento por el calor y los golpes de calor.
- Comentar la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de enfriamiento, según corresponda.
- Enseñar al paciente, sobre todo a los ancianos, acciones encaminadas a evitar la hipotermia por exposición al frío.
- Explicar al paciente los signos de agotamiento por calor y el tratamiento de urgencia adecuado, si es el caso.
- Explicar al paciente los signos de hipotermia y el tratamiento de urgencia adecuado, según corresponda.
- Utilizar un colchón de calentamiento, mantas calientes y un ambiente cálido para elevar la temperatura corporal, según corresponda.
- Utilizar un colchón de enfriamiento, mantas de agua circulante, baños tibios, compresas de hielo o aplicación de compresas de gel, así como un cateterismo intravascular de enfriamiento para disminuir la temperatura corporal, según corresponda.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
- Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos.
- Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.
- Conservar la normotermia en pacientes recién fallecidos que sean donantes de órganos mediante el incremento de la temperatura del aire ambiente, el uso de lámparas de infrarrojos de calentamiento, aire caliente o mantas de agua, o mediante la instilación de líquidos i.v. calentados, según sea apropiado.

DOMINIO 12: COMODIDAD	CLASE 2: CONFORT AMBIENTAL	RESULTADO (NOC)	INDICADOR		PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA (00214) Comodidad deteriorada Pag.560 DEFINICION Falta percibida de tranquilidad, alivio y trascendencia de dimensiones físicas psicoespiritual, ambiental y/ o social		2008 Estado de comodidad: entorno Dominio 05: Salud percibida Clase U: salud y calidad de vida Pag.374	(200904) Satisfacción con el entorno físico (200910) Privacidad (200914) Adaptaciones ambientales necesarias	1 -Gravemente comprometido 2 - Sustancialmente comprometido 3 - Moderadamente comprometido 4 - Levemente comprometido 5 - No comprometido	
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ansiedad ❖ Deterioro del sueño ❖ Dificultad relajante 		1211 Nivel de ansiedad Dominio 03: Salud psicosocial Clase M: Bienestar psicológico Pág. 452	(121102) Impaciencia (121105) Inquietud (121114) Dificultad para resolver problemas.	1 -Gravemente comprometido 2 - Sustancialmente comprometido 3 - Moderadamente comprometido 4 - Levemente comprometido 5 - No comprometido	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Expresa descontento de la situación ❖ Expresa sentir calor ❖ Expresa sentir frío ❖ Expresa sentir hambre ❖ Expresa sentir incómodo ❖ Incapacidad para relajarse ❖ Escalofrío ❖ Expresa miedo 		3007 Satisfacción del paciente/ usuario: entorno físico Dominio 05: Salud percibida Clase EE: Satisfacción con los cuidados Pag.541	(301401) Conocimiento y experiencia del personal de enfermería (301407) Interés por el paciente/ usuario por parte del personal de enfermería (301422) Cuidados para mantener el aseo personal	1 -No del todo satisfecho 2 - Algo satisfecho 3 - Moderadamente satisfecho 4 - Muy satisfecho 5 -completamente satisfecho	

INTERVENCIÓN: Manejo ambiental: confort (6482)

CAMPO 01: Fisiológico

CLASE E: Fomento de la comodidad física

DEFINICIÓN: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima

- Determinar los objetivos del paciente y de la familia4s manipulación del entorno de una comodidad óptima
- Tener en cuenta la ubicación del paciente de múltiples camas (compañerismo de habitación con preocupaciones ambientales similares cuando del posible
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodo de reposo
- Proporcionar retirar mantas para fomentar la comodidad
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro
- Proporcionar un ambiente tranquilo y de apoyo
- Ofrecer la elección siempre que sea posible de actividades sociales y visitas
- Determinar las fuentes de incomodidad como
 - vendajes mojados posición de la sonda, vendaje constrictivo, ropa de cama arrugadas y factor ambiental irritante
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona si fuese posible
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directamente en sus ojos
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad del paciente
- Vigilar la piel, especialmente prominencias corporales, por si hubiera signos de presión e irritación
- Evitar exponer la piel o mucosa o factores irritantes.

INTERVENCIÓN: Apoyo emocional (5270)

CAMPO 03: Conductual

CLASE M: Ayuda para el afrontamiento

DEFINICIÓN: Proporciona seguridad, aceptación y ánimo en momento de tensión

PÁGINA: 74

ACTIVIDADES

- Realizar afirmaciones, empáticas o de apoyo
- Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones
- Abrazarte o tocar al paciente para proporcionar apoyo
- Apoyar el uso de mecanismo de defensas adecuados
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira y tristeza
- Animar al paciente a que se exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza
- Escuchar las experiencias de sentimientos y creencias
- Facilitar la identificación por parte del paciente por patrón habitual de afrontamiento de los temores
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de la fase del duelo
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
- Permanecer con el paciente, y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de ansiedad

DOMINIO 11: Seguridad/ Protección	CLASE 2: Lesión Física	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA ETIQUETA (PROBLEMA) (P) (00246) Riesgo de recuperación quirúrgica tardía pág. 516</p> <p>DEFINICIÓN Susceptible a una extensión del número de días posoperatorios necesarios para iniciar y realizar actividades que mantengan la vida, la salud y bienestar que puede comprometer la salud.</p>		<p>1103 Curación de heridas por segunda intención Dominio 02: Salud fisiológica Clase L: Integridad tisular Pág. 322</p>	<p>110312 Necrosis 110314 Fistulización 110317 Mal olor de la herida</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extenso ▪ Sustancial ▪ Moderador ▪ Escaso 	<p>MANTENER A:</p> <p>AUMENTAR A:</p>
<p>FACTORES RELACIONADOS (ETIOLOGÍA)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Movilidad física alterada ❖ Aumento del nivel de glucosa en sangre ❖ Desnutrición ❖ Respuesta emocional negativa al resultado quirúrgico 		<p>2109 Nivel de malestar Dominio 05: Salud percibida Clase V: Sintomatología Pag.461</p>	<p>210901 Dolor 210919 Tensión facial 210921 Inadecuada del cuerpo 210925 Perdido de apetito</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grave ▪ Sustancial ▪ Moderado ▪ Leve ▪ Ninguno 	<p>MANTENER A:</p> <p>AUMENTAR A:</p>
<p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Nauseas persistente ❖ Dolor persistente ❖ Vómito persistente ❖ Preparados farmacéuticos ❖ Procedimientos quirúrgicos extensos 		<p>1842 Conocimiento: Control de infección Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud Clase S: conocimiento sobre la salud Pag.196</p>	<p>18204 Signos y síntomas de infección 180706 Procedimiento en el control de infección 180707 Importancia del lavado de mano 184209 Tratamiento de la infección diagnosticada</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ningún conocimiento ▪ Conocimiento escaso ▪ Conocimiento Moderado ▪ Conocimiento Sustancial ▪ Conocimiento escaso 	<p>MANTENER A:</p> <p>AUMENTAR A:</p>

INTERVENCIÓN: Cuidados de la herida (3660)

CAMPO 02: Fisiológico: complejo

CLASE L: Control de la piel / herida

DEFINICIÓN: Prevención de complicaciones de las heridas y estipulación de su curación

ACTIVIDADES

Monitor las características de la herida incluyendo drenaje color, olor,

tamaño Medir el lecho de la herida según corresponda

Limpiar con solución salina fisiológico o un limpiador no tóxico, según corresponda

Administrar cuidados en el sitio de incisión según sea necesario

Aplicar una crema adecuada para la piel/lesión según corresponda

Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida

Mantener una técnica de estéril al realizar los cuidados de la herida

Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje

Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida

Colocar de manera que se evite la tensión sobre la herida según corresponda

Fomentar la ingesta de líquidos según corresponda

Enseñar al paciente y familiares los signos y síntomas de infección

INTERVENCIÓN: Control de infecciones (6540)

CAMPO 04: Seguridad

CLASE V: Control de riesgo

DEFINICIÓN: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos

PÁGINA: 113

ACTIVIDADES

- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes
- Cambiar el equipo de cuidado del paciente según protocolo del centro
- Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles
- Aplicar las precauciones de aislamiento designada que sea apropiada
- Limitar el número de visitas según corresponda
- Instruir al paciente acerca de las técnicas del correcto lavado de manos
- Utilizar jabón antimicrobianos para el lavado de mano que sea apropiado
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente
- Poner en práctica precauciones universales
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v
- Mantener un ambiente aséptico óptico durante la inserción de vías centrales a la cabecera del paciente

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DOMINIO 11. SEGURIDAD/ PROTECCIÓN	CLASE 2. LESIÓN FÍSICA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) (P) Riesgo de sangrado. (pág. 492)</p> <p>Definición: Susceptible a una disminución del volumen sanguíneo que puede comprometer la salud.</p> <p>Factores relacionados (causas) (E)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado. 		<p>Dominio (4) Conocimiento y conducta de salud. Clase (T) Control de riesgo. Código 1902 Control de riesgo Pág. 165</p>	<p>190220 Identifica los factores de riesgo. 190207 Sigue las estrategias de control de riesgo. 190201 Reconoce los factores de riesgo personales</p>	<p>1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado</p>	<p>MANTENER A: AUMENTAR A:</p>
		<p>Dominio (2) Salud fisiológica Clase (E) Cardiopulmonar Código 0413 Severidad de la pérdida de sangre Pág. 564</p>	<p>041306 Distensión abdominal. 041308 Hemorragia postoperatoria 041312 Pérdida de calor corporal. 041313 Palidez de piel y mucosas. 041314 Ansiedad</p>	<p>1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno.</p>	<p>MANTENER A: AUMENTAR A:</p>

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES (NIC)	CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES (NIC)
<p>INTERVENCIÓN: 4020 Disminución de la hemorragia CAMPO: Fisiológico: complejo. CLASE: N Control de la perfusión tisular. DEFINICIÓN: Limitación de la pérdida de volumen sanguíneo durante un episodio de hemorragia. PÁGINA: 165</p>	<p>INTERVENCIÓN: 4010 Prevención de hemorragia CAMPO: Fisiológico: complejo. CLASE: N Control de la perfusión tisular. DEFINICIÓN: Disminución de los estímulos que pueden inducir hemorragia en pacientes con riesgos de sufrirlas. PÁGINA: 377</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la causa de la hemorragia • Monitorizar de forma exhaustiva al paciente en busca de una hemorragia • Observar cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre • Monitorizar la presión arterial y de los parámetros hemodinámicos. • Monitorizar el estado hídrico, incluyendo entradas y salidas • Monitorizar la función neurológica • Organizar la disponibilidad de hemoderivados para la transfusión si fuera necesario • Mantener un acceso i.v permeable • Administrar hemoderivados (plaquetas, y plasma fresco congelado), si está indicado. • Instruir al paciente sobre la restricción de actividades. • Instruir al paciente y familia sobre la gravedad de la pérdida de sangre y sobre las acciones adecuadas que han de tomarse 	<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar la historia clínica del paciente para determinar los factores de riesgo (p. ej., cirugía, trauma, úlceras, hemofilia, coagulación deficiente, inhibición de la coagulación por el tratamiento con medicación. • Vigilar de cerca al paciente para detectar signos y síntomas de la hemorragia interna o externa. • Monitorizar los signos y síntomas de sangrado persistente. • Mantener un control cuidadoso de la ingesta y la eliminación. • Mantener un acceso i.v. según corresponda. • Mantener reposo en cama durante la hemorragia. • Evitar inyecciones (i.v., i.m., o subcutánea) • Evitar administrar medicamentos que comprometan aún más la coagulación. • Utilizar cepillos de dientes blandos en la higiene bucal. • Informar al paciente que evite procedimientos invasivos • Evitar tomar temperaturas rectales. • Indicar al paciente que aumente la ingesta de alimentos ricos en vitamina K. • Utilizar colchones terapéuticos para minimizar el traumatismo cutáneo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DOMINIO 11. SEGURIDAD/ PROTECCIÓN	CLASE 1. INFECCIÓN.	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) (P) Riesgo de infección (pág. 488)</p> <p>Definición: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.</p> <p>Factores relacionados (causas) (E)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultad para manejar dispositivos invasivos a largo plazo. ➤ Dificultad para manejar el cuidado de las heridas. ➤ Motilidad gastrointestinal disfuncional. ➤ Alimentación exclusiva con fórmula. ➤ Deterioro de la integridad cutánea. ➤ Acceso inadecuado a equipos de protección individual. ➤ Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones de salud pública. ➤ Higiene inadecuada del entorno. ➤ Alfabetización en salud inadecuada. ➤ Higiene inadecuada. 		<p>Dominio (4) Conocimiento y conducta de salud. Clase (T) Control de riesgo. Código 1902 Control de riesgo Pág. 165</p>	<p>190220 Identifica los factores de riesgo. 190207 Sigue las estrategias de control de riesgo. 190201 Reconoce los factores de riesgo personales</p>	<p>1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado</p>	<p>MANTENER A: AUMENTAR A:</p>
		<p>Dominio (2) Salud fisiológica Clase (L) Integridad tisular. Código 1102 Curación de la herida por primera intención Pág. 564</p>	<p>110201 Aproximación cutánea. 110213 Aproximación de los bordes de la herida. 110214 Formación de la cicatriz</p>	<p>1. Ninguno. 2. Escaso. 3. Moderado 4. Sustancial. 5. Extenso.</p>	<p>MANTENER A: AUMENTAR A:</p>

<ul style="list-style-type: none">➤ Conocimiento inadecuado para evitar la exposición a los agentes patógenos.➤ Hábitos inadecuados de higiene oral.➤ Inmunización inadecuada.➤ Malnutrición.➤ Lactancia materna mixta.➤ Obesidad.➤ Tabaquismo➤ Retención de líquidos corporales.				
--	--	--	--	--

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES (NIC)	CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES (NIC)
<p>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. PÁGINA: 131</p>	<p>INTERVENCIÓN: 6540 Control de infecciones. CAMPO: 4 Seguridad CLASE: V Control de infecciones. DEFINICIÓN: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos. PÁGINA: 113</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Despegar los apósitos y el esparadrapo. • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Medir el lecho de la herid, 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. • Aplicar una crema adecuada para la piel/lesión, según corresponda. • Aplicar un vendaje apropiado al tipo de la herida. • Reforzar el apósito si es necesario. • Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. • Cambiar la posición del paciente como mínimo cada 2 horas, según corresponda. • Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda. • Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura. • Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidados de la herida. • Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección. 	<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea adecuado. • Lavarse las manos antes y después de los cuidados de paciente. • Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. • Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado. • Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de vías centrales. • Garantizar una manipulación adecuada de todas las iv. • Fomentar una ingesta nutricional adecuada. • Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado. • Administrar un agente de inmunización, cuando sea adecuado. • Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

Ejecución

Diagnostico	Actividades
<p style="text-align: center;">DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) ETIQUETA (PROBLEMA) (P) <u>Dolor agudo (00132)</u> Pág. 576</p> <p style="text-align: center;">DEFINICIÓN</p> <p>Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses</p>	<p>(1605) Control del dolor Dominio: 4 Conocimiento y conducta de la salud Clase: Q Conducta de salud Pág. 273</p> <hr/> <p>(2008) Estado de comodidad Dominio: 5 Salud percibida Clase: U Salud y calidad de vida Pág. 374</p> <hr/> <p>(2102) Nivel del dolor Dominio: 5 Salud percibida Clase: V Sintomatología Pág. 466</p>
<p style="text-align: center;">DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) ETIQUETA n (PROBLEMA) (P) <u>Hipertemia (00007)</u></p> <p style="text-align: center;">DEFINICIÓN</p> <p>Temperatura corporal por encima del rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.</p>	<p style="text-align: center;">(0800) Termorregulación Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: I Regulación metabólica Pág. 581</p> <hr/> <p>(2010) Estado de comodidad física Dominio: 5 Salud percibida Clase: U Salud y calidad de vida Pág. 375</p> <hr/> <p>(0602) Hidratación Dominio: 2 Salud Fisiológica electrólitos Pág. 426</p>

<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA (00214) Comodidad deteriorada Pag.560 DEFINICIÓN Falta percibida de tranquilidad, alivio y trascendencia de dimensiones físicas psicoespiritual, ambiental y/ o social</p>	<p>2008 Estado de comodidad: entorno Dominio 05: Salud percibida Clase U: salud y calidad de vida Pag.374</p>
	<p>1211 Nivel de ansiedad Dominio 03: Salud psicosocial Clase M: Bienestar psicológico Pág. 452</p>
	<p>3007 Satisfacción del paciente/ usuario: entorno físico Dominio 05: Salud percibida Clase EE: Satisfacción con los cuidados Pag.541</p>
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA ETIQUETA (PROBLEMA) (P) (00246) Riesgo de recuperación quirúrgica tardía pág. 516 DEFINICIÓN Susceptible a una extensión del número de días posoperatorios necesarios para iniciar y realizar actividades que mantengan la vida, la salud y bienestar que puede comprometer la salud.</p>	<p>1103 Curación de heridas por segunda intención Dominio 02: Salud fisiológica Clase L: Integridad tisular Pág. 322</p>
	<p>2109 Nivel de malestar Dominio 05: Salud percibida Clase V: Sintomatología Pag.461</p>
	<p>1842 Conocimiento: Control de infección Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud Clase S: conocimiento sobre la salud Pag.196</p>
<p>Etiqueta (problema) (P) Riesgo de sangrado. (pág. 492) Definición: Susceptible a una disminución del volumen</p>	<p>Dominio (4) Conocimiento y conducta de salud. Clase (T) Control de riesgo. Código 1902 Control de riesgo Pág. 165</p>

<p>sanguíneo que puede comprometer la salud. Factores relacionados (causas) (E) Conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado.</p>	<p>Dominio (2) Salud fisiológica Clase (E) Cardiopulmonar Código 0413 Severidad de la pérdida de sangre Pág. 564</p>
<p>Etiqueta (problema) (P) Riesgo de infección (pág. 488) Definición: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.</p>	<p>Dominio (4) Conocimiento y conducta de salud. Clase (T) Control de riesgo. Código 1902 Control de riesgo Pág. 165</p> <hr/> <p>Dominio (2) Salud fisiológica Clase (L) Integridad tisular. Código 1102 Curación de la herida por primera intención Pág. 564</p>

Evaluación

DIAGNOSTICO	ACTIVIDADES	FUNDAMENTACION
<p style="text-align: center;">DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) ETIQUETA (PROBLEMA) (P) <u>Dolor agudo (00132)</u> Pág. 576</p> <p style="text-align: center;">DEFINICIÓN</p> <p>Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses</p>	<p>(1605) Control del dolor Dominio: 4 Conocimiento y conducta de la salud Clase: Q Conducta de salud Pág. 273</p>	<p>En el contexto de la apendicitis, el control del dolor tiene implicaciones tanto clínicas como psicológicas. Un manejo adecuado contribuye a reducir el estrés, prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad o la hiperventilación por dolor intenso, y mejora la adherencia del paciente al tratamiento quirúrgico y postoperatorio. Desde la perspectiva educativa y conductual, el profesional de enfermería debe brindar información clara sobre la enfermedad, el procedimiento quirúrgico, los signos de alarma postoperatorios y las técnicas no farmacológicas para mitigar el dolor (como la respiración diafragmática, cambios de posición y distracción cognitiva).</p>
	<p>(2008) Estado de comodidad Dominio: 5 Salud percibida Clase: U Salud y calidad de vida Pág. 374</p>	<p>Desde esta perspectiva, el profesional de enfermería debe evaluar regularmente el nivel de comodidad del paciente, observando indicadores clave como la expresión facial, postura, calidad del sueño, apetito, interacción social, y manifestaciones verbales y no verbales de malestar. A partir de esta</p>

		<p>valoración, se diseñan estrategias que no solo incluyan la administración de medicamentos (como analgésicos o ansiolíticos), sino también intervenciones no farmacológicas como el acompañamiento emocional, el ambiente tranquilo, la higiene adecuada, el posicionamiento postoperatorio y la orientación continua sobre el proceso quirúrgico.</p>
	<p>(2102) Nivel del dolor Dominio: 5 Salud percibida Clase: V Sintomatología Pág. 466</p>	<p>El profesional de enfermería, al aplicar este resultado NOC, debe realizar una valoración inicial del dolor tomando en cuenta parámetros cuantitativos (intensidad del dolor medida con escalas como la numérica o la visual análoga) y cualitativos (tipo de dolor, duración, localización, irradiación y factores desencadenantes o calmantes). Esta valoración no solo facilita la toma de decisiones clínicas, sino que también permite establecer objetivos de cuidado realistas y personalizados, orientados al alivio del</p>

		dolor y al bienestar del paciente.
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) ETIQUETA n (PROBLEMA) (P) <u>Hipertemia (00007)</u></p> <p>DEFINICIÓN Temperatura corporal por encima del rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.</p>	<p>(0800) Termorregulación Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: I Regulación metabólica Pág. 581</p>	<p>Desde la perspectiva del cuidado de enfermería, la evaluación continua del resultado 0800 – Termorregulación permite identificar de manera oportuna cualquier desviación en la temperatura corporal y actuar de inmediato. Las acciones de enfermería incluyen la medición regular de signos vitales, la aplicación de medios físicos para controlar la fiebre (como compresas frías o baños de esponja), la administración de antipiréticos prescritos y, sobre todo, la vigilancia de signos de complicación infecciosa. Además, es importante educar al paciente y a su familia sobre la importancia de mantener una hidratación adecuada y el uso correcto de ropa y cobijas para evitar extremos térmicos.</p>
	<p>(2010) Estado de comodidad física Dominio: 5 Salud</p>	<p>Este resultado NOC, enmarcado en el</p>

	<p>percibida Clase: U Salud y calidad de vida Pág. 375</p>	<p>Dominio 5: Salud percibida, Clase U: Salud y calidad de vida, permite valorar de manera sistemática aspectos físicos fundamentales como el confort relacionado con el dolor, el descanso, la movilidad, la eliminación, la nutrición y la respiración. En el caso específico de la apendicitis, el dolor abdominal intenso es el principal generador de incomodidad y uno de los síntomas más relevantes para la toma de decisiones clínicas, especialmente en la etapa preoperatoria. Además, el reposo forzado, el ayuno, la ansiedad ante la cirugía y los cambios fisiológicos asociados al proceso inflamatorio contribuyen a un desequilibrio físico que impacta directamente en la calidad de vida del paciente.</p>
	<p>(0602) Hidratación Dominio: 2 Salud Fisiológica electrólitos Pág. 426</p>	<p>Desde el enfoque del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el resultado NOC 0602 permite al profesional de enfermería realizar una valoración objetiva y continua del estado de hidratación del paciente, mediante la observación de parámetros clínicos (estado de piel y mucosas,</p>

		<p>turgencia, diuresis, color de orina, signos vitales) y la interpretación de resultados de laboratorio (osmolaridad plasmática, niveles séricos de electrolitos, densidad urinaria, creatinina). Esta información guía la implementación de intervenciones específicas que incluyen la administración de soluciones intravenosas, el control estricto de ingresos y egresos, el monitoreo del balance hídrico, la vigilancia de signos de sobrecarga o déficit de volumen, y la educación al paciente y familia sobre la importancia de una hidratación adecuada.</p>
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA (00214) Comodidad deteriorada Pag.560 DEFINICIÓN Falta percibida de tranquilidad, alivio y trascendencia de dimensiones físicas psicoespiritual, ambiental y/ o social</p>	<p>2008 Estado de comodidad: entorno Dominio 05: Salud percibida Clase U: salud y calidad de vida Pag.374</p>	<p>Valorar el resultado (2008) Estado de comodidad: entorno permite identificar elementos que interfieren con la recuperación del paciente y realizar intervenciones específicas para mejorar su entorno inmediato. Esto incluye garantizar una habitación limpia, ordenada y con iluminación adecuada, controlar los niveles de ruido durante el día y la noche, respetar la privacidad del paciente durante</p>

		<p>procedimientos y cuidados, asegurar el acceso a llamadas o visitas familiares (cuando sea posible) y adaptar la temperatura ambiental de acuerdo con las necesidades del paciente. Cada uno de estos aspectos contribuye a una experiencia más positiva dentro del proceso de hospitalización.</p>
	<p>1211 nivel de ansiedad Dominio 03: Salud psicosocial Clase M: Bienestar psicológico Pág. 452</p>	<p>Desde la práctica enfermera, la valoración del nivel de ansiedad es un componente clave del abordaje psicosocial. El NOC 1211 ofrece indicadores específicos para medir la severidad de la ansiedad, como la frecuencia de los síntomas físicos, la expresión verbal de preocupaciones, el nivel de alerta o nerviosismo, y la presencia de conductas evitativas. Esta valoración permite identificar la necesidad de intervenciones dirigidas a reducir la ansiedad y promover un estado emocional más estable y receptivo.</p>

	<p>3007 satisfacción del paciente/ usuario: entorno físico Dominio 05: Salud percibida Clase E: Satisfacción con los cuidados Pag.541</p>	<p>La enfermería desempeña un rol fundamental en la creación y mantenimiento de un entorno físico adecuado que satisfaga las necesidades y expectativas del paciente. La evaluación de la satisfacción con el entorno físico implica escuchar al paciente, identificar aspectos que requieren mejora y realizar intervenciones dirigidas a optimizar las condiciones del espacio donde se brinda la atención. Estas intervenciones pueden incluir mantener el área limpia y ordenada, controlar factores ambientales como ruido e iluminación, respetar la privacidad, promover la accesibilidad a objetos personales y asegurar un ambiente seguro y libre de riesgos.</p>
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA ETIQUETA (PROBLEMA) (P) (00246) Riesgo de recuperación quirúrgica tardía pág. 516 DEFINICIÓN Susceptible a una extensión del número de días posoperatorios necesarios para iniciar y realizar actividades que mantengan la vida, la salud y bienestar que puede comprometer la salud.</p>	<p>1103 Curación de heridas por segunda intención Dominio 02: Salud fisiológica Clase L: Integridad tisular Pág. 322</p>	<p>El resultado NOC (1103) Curación de heridas por segunda intención permite medir objetivamente el avance en la recuperación tisular, evaluando parámetros como la presencia de tejido de granulación saludable, ausencia de signos de infección, reducción del tamaño</p>

		<p>de la herida, control del exudado, y reepitelización. Esta evaluación sistemática facilita la identificación temprana de complicaciones y la implementación oportuna de intervenciones de cuidado.</p>
	<p>2109 Nivel de malestar Dominio 05: Salud percibida Clase V: Sintomatología Pag.461</p>	<p>El rol de la enfermería en este contexto es fundamental. El profesional de enfermería debe reconocer que el malestar es una experiencia altamente subjetiva, influenciada por múltiples factores como la tolerancia individual al dolor, el nivel de ansiedad, el entorno hospitalario y el apoyo social percibido. Por ello, resulta esencial realizar una valoración integral y continua del paciente utilizando los indicadores del resultado NOC 2109, que incluyen el grado de incomodidad, la presencia de síntomas somáticos o emocionales y el impacto del malestar sobre las actividades cotidianas y el descanso.</p>
	<p>1842 Conocimiento: Control de infección Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud Clase S:</p>	<p>La evaluación de este resultado NOC debe realizarse de manera estructurada, considerando indicadores como la capacidad del paciente para describir las prácticas adecuadas de</p>

	<p>conocimiento sobre la salud</p> <p>Pag.196</p>	<p>higiene, identificar factores de riesgo, seguir instrucciones sobre el cuidado de la herida y aplicar estrategias preventivas en su entorno.</p> <p>Estos indicadores permiten al personal de enfermería personalizar las intervenciones educativas y corregir conceptos erróneos, adaptando el contenido a las características individuales del paciente, como su nivel educativo, estado emocional y entorno familiar.</p>
<p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Riesgo de sangrado. (pág. 492)</p> <p><u>Definición:</u> Susceptible a una disminución del volumen sanguíneo que puede comprometer la salud.</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u> Conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado.</p>	<p>Dominio (4) Conocimiento y conducta de salud. Clase (T) Control de riesgo. Código 1902 Control de riesgo</p> <p>Pág. 165</p>	<p>El resultado NOC 1902 permite evaluar la efectividad con la que un paciente identifica riesgos potenciales, sigue recomendaciones médicas, adopta comportamientos preventivos y participa activamente en su proceso de cuidado. En pacientes con apendicitis, esto puede abarcar desde el reconocimiento temprano de signos de infección postquirúrgica, como fiebre o secreción en la herida, hasta evitar esfuerzos físicos prematuros o dietas inadecuadas durante la recuperación.</p>

	<p>Dominio (2) Salud fisiológica Clase (E) Cardiopulmonar Código 0413 Severidad de la pérdida de sangre Pág. 564</p>	<p>La aplicación del resultado NOC 0413 en el PAE no solo permite una intervención clínica más eficaz, sino también documentar la evolución del estado del paciente con base en criterios objetivos, contribuyendo así a la seguridad del paciente, la prevención de eventos adversos y el fortalecimiento de los procesos de atención basados en la evidencia.</p>
<p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Riesgo de infección (pág. 488)</p> <p><u>Definición:</u> Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.</p>	<p>Dominio (4) Conocimiento y conducta de salud. Clase (T) Control de riesgo. Código 1902 Control de riesgo Pág. 165</p>	<p>Favorece un enfoque preventivo y proactivo, en donde el paciente no solo responde ante los riesgos ya presentes, sino que también desarrolla competencias para prevenir futuras complicaciones o identificar situaciones similares en otros contextos. Por ejemplo, el reconocimiento de síntomas abdominales anormales en el futuro podría llevarlo a consultar de manera</p>

		<p>precoz, previniendo episodios críticos.</p>
	<p>Dominio (2) Salud fisiológica Clase (L) Integridad tisular. Código 1102 Curación de la herida por primera intención Pág. 564</p>	<p>Una vez realizada la intervención, uno de los principales objetivos de la atención de enfermería es favorecer la adecuada cicatrización de la herida quirúrgica, sin complicaciones infecciosas ni retrasos en el proceso de curación. Por ello, se selecciona el resultado NOC 1102: Curación de la herida por primera intención, perteneciente al Dominio 2: Salud fisiológica, ya que este permite evaluar la evolución del sitio operatorio, considerando indicadores como la aproximación de bordes, presencia o ausencia de signos de infección, y características del exudado.</p>

VI.PLAN DE ALTA

- Vigilancia de la herida quirúrgica
- Tomar antibióticos y anestésicos en horario correspondiente
- Baño diario con jabon neutro
- No colocar pomadas o remedios caseros en herida
- Lavado de manos antes de manipular la herida y uso de guantes
- En caso de dolor o salida de pus regresar al servicio de urgencia

VII. CONCLUSIÓN

En el presente PAE, se consiguió realizar el objetivo principal, ya que a través de una ardua búsqueda de información y el análisis de ésta, se logra construir un Plan de atención de Enfermería para el paciente posoperado de apendicectomía que presenta retraso en la recuperación quirúrgica, con el desarrollo de cinco etiquetas diagnósticas y una valoración posoperatoria. Debido a la gran diversidad en los sistemas de enfermería, es importante la construcción de Planes de atención de enfermería estandarizados (PLACE), para ser aplicados en el ámbito hospitalario, con la finalidad de homologar los cuidados y de ésta manera contribuir a mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente. La elaboración e implementación de los PLACES, son de valiosa utilidad para identificar el estado de salud y/o enfermedad del individuo que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades independientes de enfermería.

Con la convicción de que los PLACES desarrollados en el presente trabajo sean de valiosa utilidad éste logre recibir lo deseado que es la recuperación de su salud, para poder incorporarse a su vida diaria en las mejores condiciones posibles. Todo planteamiento requiere de tiempo para su implementación y evaluación y será un propósito en adelante poder implementar y poner en practica para mejoría de todos los pacientes con apendicitis.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ramos SS, Martinessi V. Valor del laboratorio en el diagnóstico de la apendicitis aguda. Cuba - Rev Esc Salud Pub 2007; 11(2):78-88.
- 2.- Zenón Rodríguez Fernández. Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda. Rev. Cub. De Cir. 2010. Vol. 4 núm. 2. Pag. 13 [consultado el 03/06/2015] Disponible <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281223017006> en:
- 3.- S. Rodríguez Jiménez, M. Cárdenas-Jiménez, (et al). Una Mirada fenomenológica del cuidado de Enfermería. Rev. ENEO 2014; 11(4):145-153. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F. [Consultado el 03/03/2016]. Disponible <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/46070/41219> en:
- 4.- Ramírez Chávez Gretta Itzel, Olvera Aneala Sandra Sonalí, (et al). Proceso enfermero Aplicado a una persona con Síndrome de Marfan y disección aortica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2014; 22(1):17-24. México D.F. [Consultado el 03/03/2016]. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en141d.pdf> Disponible en:
- 5.- Comisión Permanente de Enfermería, Secretaria de Salud. Sitio Oficial de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud [Consultado el 27/11/2015]. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/

IX. ANEXOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio: 11. Seguridad/Protección		Clase: 6. Termoregulación	
Dx: Apendicitis			
<u>Etiqueta (problema) (P)</u>			
Hipertemia (00007)			
Temperatura corporal por encima del rango normal diurno a causa del fallo de la termoregulación			
<u>Factores relacionados (causas) (E)</u>			
-Actividad vigorosa			
-Deshidratación			
-Vestimenta inapropiada			
<u>Características definitorias (signos y síntomas)</u>			
-Apnea			
-Coma			
-Convulsiones		-Piel ruborizada	
-El lactante no mantiene la succión		-Postura anormal	
-Estupor		-Taquicardia	
-Hipotensión		-Taquipnea	
-Irritabilidad		-Vasodilatación	
-Letargia			
-Piel caliente al tacto			
<u>Página:</u>			

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(0800) Termoregulación Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: I Regulación metabólica	(080013) Frecuencia respiratoria. (080001) Temperatura cutánea aumentada. (080003) Cefalea. (080004) Dolor muscular. (080005) Irritabilidad.	1-Gravemente comprometido 2- Sustancialmente comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- No comprometido	MANTENER A: 15 AUMENTAR A: 25
(2010) Estado de comodidad física Dominio: 5 Salud percibida Clase: U Salud y calidad de vida	(201001) Control de síntomas. (201002) Bienestar físico. (201010) Temperatura corporal. (201014) Respiración dificultosa. (201015) Disnea.	1-Gravemente comprometido 2- Sustancialmente comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- No comprometido	MANTENER A: 17 AUMENTAR A: 25
(0602) Hidratación Dominio: 2 Salud Fisiológica Clase: G Líquidos y electrólitos	(060201) Turgencia cutánea. (060202) Membranas mucosas húmedas. (060211) Diuresis. (060215) Ingesta de líquidos. (060205) Sed.	1-Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado	MANTENER A: 18 AUMENTAR A: 25



INTERVENCIONES (NIC): Monitorización de los signos vitales (6680) ()

Campo: (4) Seguridad **clase:** (V) Control de riesgos
página:

ACTIVIDADES

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.
- Observar si se presenta la tríada de cushing.
- Observar si se producen esquemas respiratorios anormales.
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.

INTERVENCIONES (NIC): Tratamiento de la fiebre (3740) ()

Campo: (2) Fisiológico: complejo **clase:** (M) Termorregulación
página:

ACTIVIDADES

- Controlar la temperatura y otros signos vitales.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos.
- Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre.
- Fomentar el consumo de líquidos.
- Aplicar un bao tibio con esponja con cuidado.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio: 12. Confort	Clase: 1. Confort físico
Dx: Apendicitis	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u>	
Dolor agudo (00132)	
Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses	
<u>Factores relacionados (causas) (E)</u>	
<ul style="list-style-type: none"> -Lesión por agentes biológicos -Lesiones por agentes físicos -Uso inapropiado de agentes químicos 	
<u>Características definitorias (signos y síntomas)</u>	
<ul style="list-style-type: none"> -Cambios en el apetito -Diaforesis -Conducta expresiva -Expresión facial del dolor -Conducta defensiva -Postura para aliviar el dolor -Verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor -Alteración de los parámetros fisiológicos -Dilatación pupilar 	
<u>Página:</u>	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(1605) Control del dolor Dominio: 4 Conocimiento y conducta de la salud Clase: Q Conducta de salud	(160502) Reconoce el comienzo del dolor. (160515) Describe el dolor. (160509) Reconoce los síntomas asociados del dolor. (160513) Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.	1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado	MANTENER A: 11 AUMENTAR A: 20
(2010) Estado de comodidad física Dominio: 5 Salud percibida Clase: U Salud y calidad de vida	200801) Bienestar físico. (200802) Control de síntomas. (200804) Entorno físico.	1-Gravemente comprometido 2- Sustancialmente comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- No comprometido	MANTENER A: 8 AUMENTAR A: 15
(2102) Nivel del dolor Dominio: 5 Salud percibida Clase: V Sintomatología	210210) Frecuencia respiratoria. (210211) Frecuencia cardíaca apical. (210212) Presión arterial. (210214) Sudoración (210206) Expresiones faciales de dolor. (210223) Irritabilidad.	1-Desviación grave del rango normal 2- Desviación sustancial del rango normal 3- Desviación moderada del rango normal 4- Desviación leve del rango normal 5- Sin desviación del rango normal	MANTENER A: 18 AUMENTAR A: 25

INTERVENCIONES (NIC): Administración de analgésicos (2210) ()

Campo: (2) Fisiológico: Complejo **clase:** (H) Control de Fármacos
página:

ACTIVIDADES

- Establecer patrones de comunicación efectivos entre el paciente, la familia y los cuidadores para lograr un manejo adecuado del dolor.
- Monitorizar el dolor de los pacientes con alteraciones de comunicación.
- Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor.
Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

INTERVENCIONES (NIC): Manejo ambiente: confort (6482) ()

Campo: (1) Fisiológico: Básico **clase:** (E) Fomento de la comodidad física
página:

ACTIVIDADES

- Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
- Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona.
- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio: 12. Comodidad	Clase: 2. Confort ambiental
Dx: Apendicitis	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u>	
(00214) Comodidad deteriorada	
Falta percibida de tranquilidad, alivio y trascendencia de dimensiones físicas psicoespiritual, ambiental y/ o social	
<u>Factores relacionados (causas) (E)</u>	
<u>Características definitorias (signos y síntomas)</u>	
<ul style="list-style-type: none"> -Ansiedad -Deterioro del sueño -Dificultad relajante -Expresa descontento de la situación -Expresa sentir calor -Expresa sentir frío -Expresa sentir incómodo -Incapacidad para relajarse -Escalofrío -Expresa miedo 	
<u>Página:</u>	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
2008 Estado de comodidad: entorno Dominio 05: Salud percibida Clase U: salud y calidad de vida	(200904) Satisfacción con el entorno físico (200910) Privacidad (200914) Adaptaciones ambientales necesarias	1-Gravemente comprometido 2- Sustancialmente comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- No comprometido	MANTENER A: 7 AUMENTAR A: 15
1211 Nivel de ansiedad Dominio 03: Salud psicosocial Clase M: Bienestar psicológico	(121102) Impaciencia (121105) Inquietud (121114) Dificultad para resolver problemas.	1-Gravemente comprometido 2- Sustancialmente comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- No comprometido	MANTENER A: 9 AUMENTAR A: 15
3007 Satisfacción del paciente/ usuario: entorno físico Dominio 05: Salud percibida Clase EE: Satisfacción con los cuidados	(301401) Conocimiento y experiencia del personal de enfermería (301407) Interés por el paciente/ usuario por parte del personal de enfermería (301422) Cuidados para mantener el aseo personal	1- No del todo satisfecho 2- Algo satisfecho 3- Moderadamente satisfecho 4- Muy satisfecho 5- Completamente satisfecho	MANTENER A: 8 AUMENTAR A: 15

INTERVENCIONES (NIC): Apoyo emocional (5270) ()

Campo: (3) Conductual **clase:** (M) Ayuda para el afrontamiento
página:

ACTIVIDADES

- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.
- Apoyar el uso de mecanismo de defensas adecuados.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira y tristeza.
- Escuchar las experiencias de sentimientos y creencias
- Facilitar la identificación por parte del paciente por patrón habitual de afrontamiento de los temores

INTERVENCIONES (NIC): Manejo ambiental: Confort (6482) ()

Campo: (1) Fisiológico **clase:** (E) Fomento de la comodidad física
página:

ACTIVIDADES

- Ofrecer la elección siempre que sea posible de actividades sociales y visitas.
- Determinar las fuentes de incomodidad como
vendajes mojados posición de la sonda, vendaje constrictivo, ropa de cama arrugadas y factor ambiental irritante.
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona si fuese posible.
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directamente en sus ojos
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad del paciente.
- Evitar exponer la piel o mucosa o factores irritantes.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio: 11. Seguridad/Protección	Clase: 2. Lesión física
Dx: Apendicitis	
Etiqueta (problema) (P)	
(00246) Riesgo de recuperación quirúrgica tardía	
Susceptible a una extensión del número de días posoperatorios necesarios para iniciar y realizar actividades que mantengan la vida, la salud y bienestar que puede comprometer la salud.	
Factores relacionados (causas) (E)	
-Movilidad física alterada	
-Aumento del nivel de glucosa en sangre	
-Desnutrición	
-Respuesta emocional negativa al resultado quirúrgico	
Características definitorias (signos y síntomas)	
-Nauseas persistente	
-Dolor persistente	
-Vómito persistente	
-Preparados farmacéuticos	
-Procedimientos quirúrgicos extensos	
Página:	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
1103 Curación de heridas por segunda intención Dominio 02: Salud fisiológica Clase L: Integridad tisular	110312 Necrosis 110314 Fistulización 110317 Mal olor de la herida	Extenso Sustancial Moderador Escaso	MANTENER A: 7 AUMENTAR A: 15
2109 Nivel de malestar Dominio 05: Salud percibida Clase V: Sintomatología	210901 Dolor 210919 Tensión facial Posición 210921 Inadecuada del cuerpo 210925 Perdido de apetito	Grave Sustancial Moderado Leve Ninguno	MANTENER A: 9 AUMENTAR A: 20
1842 Conocimiento: Control de infección Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud Clase S: conocimiento sobre la salud	18204 Signos y síntomas de infección 180706 Procedimiento en el control de infección. 180707 Importancia del lavado de mano 184209 Tratamiento de la infección diagnosticada	Ningún conocimiento Conocimiento escaso Conocimiento Moderado Conocimiento Sustancial Conocimiento escaso	MANTENER A: 12 AUMENTAR A: 20

INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de la herida (3660) ()

Campo: (2) Fisiológico: Complejo **clase:** (L) Control de la piel/ Herida
página:

ACTIVIDADES

- Monitor las características de la herida incluyendo drenaje color, olor, tamaño.
- Medir el lecho de la herida según corresponda.
- Limpiar con solución salina fisiológico o un limpiador no tóxico, según corresponda.
- Administrar cuidados en el sitio de incisión según sea necesario .
- Aplicar una crema adecuada para la piel/lesión según corresponda Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida.
- Mantener una técnica de estéril al realizar los cuidados de la herida.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.

INTERVENCIONES (NIC): Control de infecciones (6540) ()

Campo: (4) Seguridad **clase:** (V) Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos
página:

ACTIVIDADES

- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.
- Cambiar el equipo de cuidado del paciente según protocolo del centro.
- Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.
- Aplicar las precauciones de aislamiento designada que sea apropiada.
- Limitar el número de visitas según corresponda.
- Poner en práctica precauciones universales.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio: 11. Seguridad/ Protección		Clase: 2. Lesión física	
Dx: Apendicitis			
<u>Etiqueta (problema) (P)</u> Riesgo de sangrado Susceptible a una disminución del volumen sanguíneo que puede comprometer la salud.			
<u>Factores relacionados (causas) (E)</u> -Conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado.			
<u>Características definitorias (signos y síntomas)</u>			
<u>Página:</u>			

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Dominio (4) Conocimiento y conducta de salud. Clase (T) Control de riesgo. Código 1902 Control de riesgo	190220 Identifica los factores de riesgo. 190207 Sigue las estrategias de control de riesgo. 190201 Reconoce los factores de riesgo personales	1-Nunca demostrado 2-Raramente demostrado 3-A veces demostrado 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado	MANTENER A: 9 AUMENTAR A: 15
Dominio (2) Salud fisiológica Clase (E) Cardiopulmonar Código 0413 Severidad de la pérdida de sangre	041306 Distensión abdominal. 041308 Hemorragia postoperatoria 041312 Pérdida de calor corporal. 041313 Palidez de piel y mucosas. 041314 Ansiedad	1-Grave 2-Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno.	MANTENER A: 9 AUMENTAR A: 20

INTERVENCIONES (NIC): (4020) Disminución de la hemorragia ()

Campo: (2) Fisiológico: Complejo **clase:** (N) Control de la perfusión tisular
página:

ACTIVIDADES

- Identificar la causa de la hemorragia.
- Monitorizar de forma exhaustiva al paciente en busca de una hemorragia.
- Observar cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
- Monitor la presión arterial y de los parámetros hemodinámicos.
- Mantener un acceso i.v permeable.
- Administrar hemoderivados, si está indicado.

INTERVENCIONES (NIC): (4010) Prevención de hemorragia ()

Campo: (2) Fisiológico: Complejo **clase:** (N) Control de la perfusión tisular
página:

ACTIVIDADES

- Revisar la historia clínica del paciente para determinar los factores de riesgo.
- Vigilar de cerca al paciente para detectar signos y síntomas de la hemorragia interna o externa.
- Monitorizar los signos y los síntomas de sangrado persistente.
- Mantener un control cuidadoso de la ingesta y la eliminación.
- Evitar administrar medicamentos que comprometan aún más la coagulación.
- Mantener reposo en cama durante la hemorragia.

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

Campo: (2) Fisiológico: Complejo **clase:** (L) Control de la piel/heridas
página:

ACTIVIDADES

- Despegar los apósitos y el esparadrapo.
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.
- Administrar cuidados de la úlcera cutánea, si es necesaria.
- Aplicar una crema adecuada para la piel/lesión, según corresponda.
- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de la herida.
- Reforzar el apósito si es necesario.

INTERVENCIONES (NIC): (6540) Control de infecciones ()

Campo: (4) Seguridad **clase:** (V) Control de infecciones
página:

ACTIVIDADES

- 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.
- Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.