



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**



**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TEMA DEL CASO CLÍNICO**

**“APENDICITIS AGUDA EN PACIENTE FEMENINA DE 28 AÑOS EN EL ÁREA DE  
CIRUGÍA DEL HOSPITAL BÁSICO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE  
QUEVEDO”**

**AGUDA**

**AUTOR:**

**JINES MONCADA MIRIAN MARICELA**

**TUTORA:**

**LCDA. ELSA MARÍA BERNAL MARTÍNEZ**

**BABAHOYO- LOS RÍOS- ECUADOR**

**2020**

## INDICE

RESUMEN .....	3
Palabras claves: apendicitis aguda, signos y síntomas, diagnostico, plan de cuidados. ....	3
INTRODUCCION .....	4
I.-MARCO TEORICO .....	5
JUSTIFICACIÓN.....	12
1.2 OBJETIVOS.....	13
1.2.1 Objetivo General.....	13
1.2.2 Objetivo Especifico.....	13
1.3 Datos Generales .....	14
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	15
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA.....	15
2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL.....	15
2.3 EXAMEN FISICO (EXPLORACION CLINICA) .....	15
EXAMEN FISICO: .....	16
2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	19
2.5 Formulación del Diagnóstico Presuntivo y Diferencial.....	20
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determina el origen del problema y de los procedimientos a realizar .....	21
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	26
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	27
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	28
2.7 indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales .....	29
2.8 Seguimiento.....	29
2.9 Observaciones .....	30
III. CONCLUSION.....	31
Referencias Bibliográficas .....	32
Anexos.....	34

## RESUMEN

La apendicitis aguda continúa siendo hasta la actualidad unas de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico que se presentan con mayor frecuencia en los servicios de urgencias en los centros hospitalarios, que ocurre con mayor frecuencia entre la segunda y tercera década de la vida siendo sus principales causas la hiperplasia del tejido linfoide o fecalitos en la luz apendicular. que si no es tratada a tiempo puede causar una peritonitis, su presentación clínica se caracteriza por dolor de gran intensidad en la fosa iliaca derecha seguido de anorexia, vómitos y en algunos casos presencia de temperatura, para su diagnóstico se tiene en cuenta principalmente la historia clínica del paciente y el examen físico y para confirmar el diagnóstico se realiza exámenes complementarios acompañados de imágenes radiológicas y exámenes de laboratorio, el principal tratamiento que existe hasta la actualidad es el quirúrgico.

unas de las principales razones por la cual se realizó el presente caso clínico de apendicitis aguda a una paciente de 28 años de edad de sexo femenino es el de saber reconocer su sintomatología mediante la realización de la valoración y una vez encontrado el problema elaborar un plan de cuidados individualizado, utilizando la taxonomía de enfermería NANDA, NIC Y NOC para identificar los diagnósticos y establecer las intervenciones llevando a cabo un seguimiento de la paciente hasta el momento del alta.

**Palabras claves:** apendicitis aguda, signos y síntomas, diagnostico, plan de cuidados.

## INTRODUCCION

La apendicitis aguda representa la indicación más común de cirugía abdominal no traumática de urgencia en el mundo; es una entidad que ocurre con mayor frecuencia entre la segunda y tercera décadas de la vida. El riesgo de presentarla es de 16.33% en hombres y 16.34% en mujeres. Su incidencia anual es de 139.54 por 100,000 habitantes. (Hernández, León, & Martínez, 2019)

En el año 2017, se registraron en Ecuador 38 533 casos de apendicitis aguda, que representó una tasa de 22,97 por cada 10 000 habitantes, siendo la primera causa de morbilidad (enfermedad) en el país, informó hoy el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (COMERCIO, 2018)

La apendicitis aguda es una de las patologías quirúrgicas que con mayor frecuencia enfrentan los médicos en las salas de emergencias, es una enfermedad muy común que se da a nivel mundial y el pronóstico en los pacientes es muy bueno si se efectúa un diagnóstico oportuno y un tratamiento precoz, aunque en algunos pacientes se hace difícil establecer el diagnóstico por enmascaramiento de los síntomas, por esa razón se deben efectuar exámenes complementarios para comprobar.

El siguiente caso clínico se le realizó a una paciente de sexo femenino, de 28 años de edad que es ingresada al servicio de emergencias del Hospital Básico Sagrado corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo, orientada en tiempo, espacio y persona, con facies dolorosas y pálidas, mucosas orales moderadamente deshidratadas, con dificultad en la marcha, afebril, y dolor de gran intensidad en fosa iliaca derecha compatible con apendicitis aguda que fue diagnosticada luego de la realización de la evaluación clínica y exámenes complementarios realizados por los médicos de guardia.

Este caso clínico nos deja en claro como una buena evaluación de enfermería realizada a tiempo es fundamental para poder instaurar un plan de cuidados específico basados en las teorías de enfermería.

# I.-MARCO TEORICO

## APÉNDICE

Sin duda la palabra apéndice es uno de los términos que más se escucha en terminología médica y se utiliza en general para designar una parte suplementaria, accesoria o dependiente de una estructura principal de nuestro organismo, a la cual está unida. El apéndice vermiforme o apéndice vermicular es una estructura tubular estrecha en forma de dedo que se une al intestino grueso, y la cual aparentemente no tiene función alguna en nuestro organismo, aunque algunos especialistas estiman que su contenido de tejido linfático constituye un posible instrumento de defensas del sistema inmunológico del cuerpo para evitar el desarrollo de las infecciones en el área abdominal. (Roncali, 2010)

## APENDICITIS AGUDA

Es el proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal producida por obstrucción del lumen y proliferación bacteriana subsiguiente. (Álvarez Yupanqui, 2014)

## ANATOMIA

El apéndice cecal morfológicamente representa la parte inferior del ciego primitivo, está implantado en la parte inferior interna del ciego 2 a 3 cm por debajo del ángulo ileocecal, exactamente en el punto de confluencia de las tres cintillas del intestino grueso; sus dimensiones son de 2,5 hasta 23 cm de largo, su anchura de 6 – 8 mm. La posición descendente interna es la más frecuente con 44%, seguido de la posición externa 26%, la posición ascendente interna 17 % y después la retro cecal 13%. Esto nos explica la variedad de zonas y puntos dolorosos que a veces dificultan el diagnóstico.

El apéndice está irrigado por la arteria apendicular, rama de la arteria ileocólica que irriga el ciego, siendo rama de la arteria mesentérica superior. Los nervios del apéndice proceden como los del ciego, del plexo solar, por medio del plexo mesentérico superior. (Álvarez Yupanqui, 2014)

## EPIDEMIOLOGIA

La apendicitis es una patología con elevada frecuencia en nuestro medio; a nivel mundial el 20% de las apendicetomías realizadas presentan complicaciones importantes. Durante el 2015, “en América del Norte se diagnosticaron 378.614 casos de apendicitis. En América central de aproximadamente 36.311 casos y en América del Sur 102.314 casos”. Según el INEC en Ecuador durante el 2017 registraron 38.533 casos lo que representa una tasa de 22.97 por cada 10.000 habitantes, considerado como la primera causa de morbilidad en el País. El

género masculino es el más afectado con 20.693 casos registrados, en comparación de las mujeres con 17.840 reportes. (Chaglla Alomoto, 2018)

## ETIOLOGIA

La principal causa del apéndice aguda es la obstrucción de la luz apendicular esto se da debido a fecalitos, parásitos, neoplasma o estenosis, hiperplasia linfóide secundaria a enfermedad de Crohn, síndrome carcinoide o infecciones virales incluyendo infecciones de vías respiratorias altas, mononucleosis o gastroenteritis. Como factor de riesgo se ha reportado también el enema baritado de colon. (Dr. Sanjuan, Martinez; Dr. Flores, Francisco, 2013)

## CLASIFICACION ANATOMOPATOLOGICA

En la apendicitis aguda se diferencia cuatro estadios anatomopatológicos bien diferenciados: (Tejeido, 2010)

- **Apéndices Catarral:** existe hiperemia y edema de la mucosa, con infiltración de la submucosa por células inflamatorias. El aspecto macroscópico del apéndice es casi normal, con alteración limitadas a la mucosa tras su apertura.
- **Apéndices Fibrinosa:** la inflamación afecta a todas las capas con exudado fibrinoso en la serosa. El apéndice tiene aspecto hiperémico con fibrina en su superficie y frecuentes adherencias.
- **Apéndices Purulenta:** hay exudado purulento en la luz apendicular y microabscesos en su pared.
- **Apéndices Gangrenosa:** por isquemia de la pared aparecen zonas de necrosis y esfacelos que pueden dar lugar a la perforación.

Una clasificación más sencilla que la anterior y más relacionada con los acontecimientos clínicos sería la que se distingue entre Apendicitis aguda sin perforación y Apendicitis aguda con perforación la cual incluye peritonitis y la apendicitis con absceso local. (Tejeido, 2010)

## CAUSAS

La apendicitis se produce como consecuencia de la obstrucción de su luz, es decir, del conducto interno del apéndice. Esta obstrucción sucede por diferentes motivos: (blogspot, 2016)

**Hiperplasia de folículos linfoides:** es la causa de apendicitis más frecuente. Los folículos linfoides apendiculares funcionan igual que las amígdalas

faríngeas, de modo que si se infectan por un microbio se inflaman, crecen y obstruyen la luz. Quizá en las edades jóvenes de la vida nuestro organismo es más propenso a ello, y eso justifique que la mayoría de los casos de apendicitis sucedan entre los 10 y los 30 años.

**Apendicolito o fecalito:** es la segunda causa más frecuente. A través del intestino grueso pasa toda la masa fecal hacia el ano. En ocasiones un pequeño excremento puede ocluir la luz apendicular.

**Cuerpos extraños:** del mismo modo que un fecalito, un cuerpo extraño que hayamos ingerido podría obstruir la luz apendicular, siempre que tuviese el tamaño adecuado.

**Microorganismo y parásitos:** ya sea porque obstruyen directamente la luz o porque inflaman los folículos linfoides. El microorganismo que más se relaciona con la apendicitis es la Yersina.

**Tumores:** muy raro que den la cara provocando una apendicitis; pueden ser del propio apéndice o del colon. (blogspot, 2016)

## **Fisiopatología**

La fisiopatología de la apendicitis aguda continúa siendo enigmática, sin embargo, existen varias teorías que intentan explicar esta patología. La más aceptada por los cirujanos describe una fase inicial que se caracteriza por obstrucción del lumen apendicular causada por hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños como huesos de animales pequeños, o semillas; esto favorece la secreción de moco y el crecimiento bacteriano, generándose entonces distensión luminal y aumento de presión intraluminal. Posteriormente se produce obstrucción del flujo linfático y venoso, favoreciendo aún más el crecimiento bacteriano y desencadenando la producción de edema. (Fallas González, 2012)

En este momento encontramos un apéndice edematoso e isquémico, causando una respuesta inflamatoria. Esta isquemia a la que se somete al apéndice puede generar necrosis de la pared con translocación bacteriana, desarrollándose la apendicitis gangrenosa. Si este proceso se deja evolucionar y el paciente no es intervenido el apéndice ya gangrenoso se perfora y puede generar un absceso con peritonitis local siempre y cuando la respuesta inflamatoria y el omento logren contener el proceso, pero si estos son incapaces se producirá una peritonitis sistémica. (Fallas González, 2012)

Otras teorías han sido descritas como el compromiso del suministro vascular extrapendicular, la ulceración de la mucosa por infección viral y posterior colonización bacteriana, así como una dieta pobre en fibra con enlentecimiento

del tránsito intestinal y retención de las heces en el apéndice. (Fallas González, 2012)

### **Características Clínicas**

La mayoría de los pacientes con apendicitis aguda se presentan con dolor localizado intenso y sensibilidad en la fosa iliaca derecha. El dolor suele iniciarse como un cólico peri umbilical central que cambia de lugar después de unas 6 horas a la fosa iliaca derecha con mayor precisión, al sitio del apéndice inflamado a medida que el peritoneo adyacente se inflama. (Ellis & Calne, 2012)

Suele ocurrir náuseas y vómitos después del inicio del dolor. Murphy describió la secuencia diagnóstica como dolor abdominal central tipo cólico seguido de vómitos y luego por movimientos del dolor a la fosa iliaca derecha. La anorexia es casi invariable, es común que haya estreñimiento, pero puede ocurrir diarreas en particular cuando el íleon es irritado por el apéndice inflamado. (Ellis & Calne, 2012)

### **Diagnóstico**

#### **Anamnesis**

El dolor, de comienzo gradual y peri umbilical, es constante. Después se desvía hacia el cuadrante inferior derecho. El cambio en la localización es un signo importante explicado por la formación de exudado irritante alrededor del apéndice inflamado. La anorexia, la náusea y el vómito siguen al inicio del dolor abdominal. El vómito casi siempre tiene características gástricas y, si precede al dolor, por lo regular permite excluir apendicitis. Las variaciones en los síntomas pueden ser causadas por otra enfermedad y otra localización anatómica poco común del apéndice. Un apéndice retro cecal puede causar dolor en el flanco o en la espalda. Si la punta inflamada descansa contra el uréter, el dolor puede ser referido a la región inguinal o al testículo y puede causar síntomas urinarios. En forma similar, la apendicitis pélvica con la punta inflamada contra la vejiga puede desarrollar disuria o polaquiuria. Si se desarrolla un absceso pélvico, los síntomas urinarios pueden ser graves y acompañarse de diarrea. La fiebre, en general, no sobrepasa los 38 °C-38,5 °C. Si la evolución del cuadro lleva más de 24-48 horas, es muy alta la frecuencia con que un apéndice inflamado se perfora, aunque se demostró que el 13% se perfora en menos de 24 horas. (Udaquiola, Julio)

#### **Examen físico**

El paciente con apendicitis está agudamente enfermo, camina lentamente, muchas veces inclinado hacia delante protegiendo el lado derecho. Presenta fascias de incomodidad o aprensión, tiende a retroceder cuando va a ser tocado. La cadera presenta ligera flexión. Presenta signos de deshidratación, dependiendo de las horas de evolución del cuadro, fiebre que habitualmente no

supera los 38,5 °C, taquicardia (disociación esfigmotérmica) y palidez peri bucal. (Udaquiola, Julio)

**Se evalúa:** ubicación del dolor, distensión abdominal, hiperestesia en la fosa ilíaca derecha (punto de McBurney), presencia de defensa y contractura. Los ruidos hidroaéreos se encuentran disminuidos. Se utiliza la percusión suave para comprobar dolor a la descompresión (reacción peritoneal). La rigidez del psoas-ilíaco denota inflamación del peritoneo posterior, por lo general, a partir de la apendicitis retro cecal o formación de un absceso. (Udaquiola, Julio)

### **Importancia de la escala de Alvarado en Apendicitis Aguda**

El Dr. Alvarado evaluó en 1985 de manera retrospectiva a 305 pacientes hospitalizados con diagnóstico de dolor abdominal subjetivo de apéndices aguda y propuso 8 factores predictivos a los que le dio una puntuación de acuerdo a su peso en el diagnóstico. (Gutierrez, Maza, & Acevedo, 2007)

<b>M</b> migración del dolor	2
<b>A</b> anorexia	1
<b>N</b> nauseas	1
<b>T</b> hiperestesia	1
<b>R</b> rebote	1
<b>E</b> elevación de la temperatura	1
<b>L</b> leucocitosis	1
<b>S</b> desviación a la izquierda formula blanca	2
Puntuación:	<b>10</b>

### **Resultados**

<5 puntos      Revalorar cada 8 horas

5 a 7 puntos      Observación y revaloración

>8 puntos      Cirugía (Gutierrez, Maza, & Acevedo, 2007)

### **Exámenes complementarios**

Para comprobar el diagnóstico de apendicitis es necesario realizar ciertos exámenes que lo confirme: entre los cuales tenemos:

### **Datos de laboratorio**

**Sangre:** el recuento de leucocitosis suele estar moderadamente elevado oscila entre 10.000 a 18.000 leucocitos/mm<sup>3</sup>. La fórmula leucocitaria se desplaza hacia la izquierda con predominio de polinucleares neutrófilos superior al 70%. (Gomez, 2006)

**Orina:** Habitualmente es normal. A veces con la aparición de discretas de hematuria o leucociturias en un hallazgo frecuente en apendicitis aguda cuando este se encuentra cerca del uréter o vejiga. (Gomez, 2006)

**Datos radiológicos:** en primera estancia tenemos la ecografía o el TAC abdominal que es un método no invasivo de elección que puede confirmar el diagnóstico, también se pueden realizar radiografía simple de abdomen, estudio con enema de bario, ultrasonidos y por último la utilización de laparoscopia con fines diagnóstico. (Gomez, 2006)

### **Tratamiento**

El tratamiento curativo de la apendicitis aguda es quirúrgico llamado apendicetomía. Si bien existen reportes de tratamiento antibiótico exclusivo en series de pacientes seleccionados, el manejo conservador dista de ser la conducta recomendada por la comunidad quirúrgica internacional. El manejo preoperatorio comienza con la suspensión de la vía oral y la administración de antibióticos de amplio espectro para cubrir la flora entérica más frecuentemente responsable de la infección como la E. Coli, la klebsiella y proteus entre otros. Se recomienda el uso de amino penicilinas con inhibidores de la betalactamasa, a saber, la ampicilina-sulbactam o amoxicilina-clavulánico, a dosis estándar de 1,5 gr intravenoso cada 6 horas. Si presenta alergia a las amino penicilinas se puede utilizar la ciprofloxacina, una quilonona, a dosis de 400mg intravenoso cada 12 horas. (Fernández & Marsicano, 2018)

Concomitantemente se administra analgesia acorde al cuadro cínico del paciente, utilizando un plan progresivo y de potencia ascendente. Siempre es de rigor interrogar posibles alergias a los mismos para modificar la pauta. Se comienza con AINES de potencia moderada como el Ketoprofeno a dosis de 100mg IV, pudiendo escalar a derivados sintéticos de la morfina como el Tramadol a dosis de 100mg. El aporte hidroelectrolítico dependerá del estado de hidratación del paciente y de la demora con la que se realizará la cirugía. (Fernández & Marsicano, 2018)

La oportunidad de la cirugía es de urgencia, tomando el tiempo necesario para corregir eventuales alteraciones hidroelectrolíticas, comorbilidad o la espera de ayuno en casos no complicados.

Las directivas quirúrgicas son reseca el apéndice y realizar la toilette peritoneal respectiva si esta fuera necesaria; el abordaje puede realizarse por vía laparotomía o laparoscópica. Esta última se considera actualmente la vía de

abordaje de elección por que ofrece una mejor visualización de la cavidad peritoneal, provoca menor trauma parietal y dolor postoperatorio, menor morbilidad parietal precoz y alejada, y un reintegro más rápido a las actividades habituales. La utilización de drenajes peritoneales queda supeditada a los hallazgos y al criterio del cirujano actuante. (Fernández & Marsicano, 2018)

### **Riesgos y complicaciones**

Los riesgos de la apendicetomía suelen ser bajos, aunque se incrementan en AA complicadas y evolucionadas en las que pueden provocarse lesiones viscerales accidentales y/o hemorragia.

Dentro de las complicaciones postoperatorias destacan por su frecuencia las infecciosas. La infección de sitio quirúrgico superficial (infección de la o las heridas operatorias), es la más común. Le sigue la infección profunda representada por colecciones peritoneales postoperatorias. La fístula cecal, consecuencia de una falla de ligadura del muñón apendicular, es una complicación infrecuente pero digna de mención, ya que puede requerir de una nueva intervención para su resolución.

Las complicaciones alejadas, ya sean parietales (eventración) o viscerales como la oclusión por bridas, son infrecuentes desde la expansión del abordaje laparoscópico. (Fernández & Marsicano, 2018)

### **Pronóstico**

Depende de la etapa evolutiva en el que se encuentre el cuadro, la presencia de complicaciones y de la demora en instaurar su tratamiento. La apendicitis no perforada tiene una mortalidad del 0,2%, mientras que la perforada puede llegar hasta un 3%. La edad avanzada eleva el riesgo de muerte, así como la presencia de enfermedades asociadas. Las causas de muerte suelen estar relacionadas a las complicaciones de la sepsis de origen abdominal y peritonitis persistente. (Fernández & Marsicano, 2018)

## JUSTIFICACIÓN

Como ya sabemos la apendicitis es la inflamación del apéndice vermiforme convirtiéndose así en una de las patologías más frecuente del abdomen agudo quirúrgico a tratarse en la sala de urgencias y de consultas externas de los diferentes centros hospitalarios, quedando demostrado que se puede presentar en cualquier etapa de la vida siendo menos frecuentes en niños y adultos mayores.

El problema de la apendicitis no es en si la inflamación del apéndice si dejamos avanzar el cuadro clínico, el apéndice puede llegar a gangrenarse provocando una peritonitis causando así una situación de urgencias que pondría en peligro la vida del paciente.

Este estudio de caso clínico tiene como propósito principal aplicar lo que el proceso de atención de enfermería en una paciente de 28 años que ya ha sido apendisectomizada utilizando la taxonomía NANDA, NOC Y NIC y así poder implementar un plan de cuidados y esto va a depender de los patrones que tenga alterados y darle los respetivos cuidados en el post operatorio mediato.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo General**

Aplicar el proceso de atención de enfermería a una paciente apendicectomizada que se encuentra ingresada en el área de cirugía del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo brindándole un cuidado eficiente en el tratamiento y pronta recuperación.

### **1.2.2 Objetivo Especifico**

- Brindar cuidados en el post operatorio mediato adecuados de acuerdo a las alteraciones que presente la paciente.
  
- Identificar cuáles son los patrones que se encuentran alterados en la paciente mediante la valoración física.
  
- Diseñar un plan de cuidado de enfermería en una paciente con post-operatorio mediato de acuerdo a los patrones que se encuentren alterados.
  
- Evaluar los resultados de las intervenciones de los cuidados de enfermería fue acorde a las necesidades de la paciente.

### **1.3 Datos Generales**

**Nombres:** NN

**Apellidos:** NN

**Edad:** 28 años

**Sexo:** Femenino

**Nº Cedula:** 1205171810

**Estado civil:** Casada

**Hijos:** 2

**Instrucción:** Secundaria

**Raza:** Mestizo

**Profesión:** Ama de casa

**Dirección Domiciliaria:** 20 de febrero

**Fecha de nacimiento:** 17/11/1990

**Nacionalidad:** ecuatoriana

**Grupo sanguíneo:** "B" positivo

**Religión:** católica

## II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

### 2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

Pacientes de sexo femenino de 28 años de edad que es traída por su esposo a esta casa de salud, al servicio de emergencia por presentar cuadro clínico de dos horas de evolución caracterizado por dolor de gran intensidad en el hipogastrio que se localiza en fosa iliaca derecha lo que le dificulta la marcha acompañado de malestar generalizado, náuseas, afebril, se observa fascias pálidas y dolorosas, no refiere alergias ni patologías.

#### HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

**Antecedentes personales:** No refiere

**Antecedentes familiares:** No refiere

**Antecedentes Patológicos:** No refiere

### 2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Pacientes de sexo femenino de 28 años de edad que es traída por su esposo a esta casa de salud, al servicio de emergencia por presentar cuadro clínico de dos horas de evolución caracterizado por dolor de gran intensidad en el hipogastrio que se localiza en fosa iliaca derecha acompañado de malestar generalizado, náuseas, dificultad en la marcha, afebril, se observa fascias pálidas y dolorosas, no refiere alergias ni patologías.

Es evaluada por médico de guardia el cual ordena su ingreso al área de cirugía menor para ser valorada por el médico cirujano y realizar exámenes complementarios correspondientes.

### 2.3 EXAMEN FISICO (EXPLORACION CLINICA)

**EXAMEN GENERAL:** Paciente álgica, intranquila, consiente, orientada en tiempo, espacio y persona.

#### EXAMEN REGIONAL:

**Cráneo:** Normocéfalo simétrico sin presencia de pediculosis.

**Cara:** a la inspección facies pálidas no hay dolor a palpación.

**Ojos:** ojos simétricos, pupilas isocóricas

**Boca:** mucosas orales moderadamente deshidratadas.

**Cuello:** simétrico no se palpa ni se observa adenopatías, sin dolor a la palpación.

**Tórax:** en la auscultación presenta ruidos cardíacos rítmicos, murmullo vesicular presente no hay dolor a la palpación con frecuencia respiratoria normal.

**Abdomen:** blando no distendido, a la palpación con dolor por herida quirúrgica o apendicetomía.

**Genitales:** sin ninguna alteración.

**Miembros superiores e inferiores:** simétrico, con vía periférica permeable altura del antebrazo derecho, a la palpación pulso radial y cubital presentes.

## **EXAMEN FISICO:**

### **1) MEDIDAS ANTROPOMETRICAS**

**PESO:** 65 Kilogramos

**TALLA:** 1.56 centímetros

## **SIGNOS VITALES:**

**Presión arterial:** 130/80 mm/hg

**Temperatura:** 37°C

**Frecuencia respiratoria:** 20 por minuto

**Spo2:** 98%

**Frecuencia cardíaca:** 97 latidos por minuto

## **VALORACION POR SISTEMA Y APARATOS:**

- **Aparato Respiratorio:** a la inspección tórax expansible, simétrico a la palpación no hay dolor y a la auscultación frecuencia respiratoria normal.
- **Aparato Circulatorio:** a la inspección sin presencia de cianosis, A la palpación ruidos cardíacos presentes. A la auscultación ruidos cardíacos rítmicos
- **Aparato Digestivo:** Lo referido en la enfermedad actual
- **Aparato Endocrino:** Sin patología aparente

- **Sistema Genitourinario:** a la inspección frecuencia y característica normal de la orina a la palpación sin presencia de dolor.
- **Piel y Tegumentos:** simétricos sin edemas, ni escamaciones
- **Sistema Neurológico:** nivel de conciencia ubicada en los tres planos, tiempo, espacio y persona.

## **Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales (Marjory Gordon)**

### **✓ 1. Patrón de Percepción y Manejo de la salud**

Paciente se encuentra lucida, despierta, orientada en tiempo espacio y persona con los signos vitales dentro de los parámetros normales, con procedimientos invasivos realizados catéter endovenoso y herida quirúrgica por realización de apendicetomía por lo que hay riesgo de infección, no refiere alergia a ningún medicamento ni enfermedades hereditarias por el momento, niega el consumo de tabaco, alcohol el uso de algún tipo de droga.

### **✓ 2. Patrón Nutrición y Metabolismo**

paciente se encuentra con NPO por el momento, no presenta nauseas ni vómitos, no presenta problemas cutáneos, tiene la piel pálida tiene las mucosas moderadamente hidratadas alteración de la discontinuidad de la piel producida por herida quirúrgica, una vía venosa periférica en el miembro superior derecho a nivel del antebrazo no presenta flebitis ni enrojecimiento en el punto del pinchazo, no se evidencia presencia de edema en los miembros inferiores, su temperatura corporal es de 37°C, su peso es de 65 kg.

### **3. Patrón de Eliminación**

Paciente se encuentra con su diuresis estabilizada por tal razón se le procedió a retirar la sonda vesical por orden médica, no presenta sudoración excesiva.

### **✓ 4. Patrón de Actividad y Ejercicio**

su actividad está limitada y su movilidad disminuida por la intervención quirúrgica. por el momento la paciente se encuentra en reposo en su cama sus movimientos son limitados siendo dependiente en este momento para todos los autocuidados de la vida diaria, execto para alimentarse.

### **5. Patrón Sueño y Reposo**

Debido al dolor que siente después de la cirugía realizada no puede conciliar el sueño y presenta un poco de dificultad para dormir.

## ✓ 6. Patrón Cognitivo Percepción

La paciente se encuentra despierta, orientada en tiempo espacio y persona con fascias pálidas y dolorosas, mucosas orales moderadamente deshidratadas tiene un leguaje claro de acorde a su nivel de educación, refiere dolor a nivel de la herida o incisión quirúrgica que generalmente cesa con la aplicación de la analgesia

## ✓ 7. Patrón de Autopercepción y Auto concepto

Paciente manifiesta que se encuentra un poco asustada, e intranquila por la cirugía realizada no sabe cómo va a quedar la cicatriz por el corte que se le realizó en una parte de su cuerpo.

## 8. Patrón de Rol-relaciones

Se encuentra en compañía de su esposo desde su ingreso y recibe la visita de sus familiares y amigos, se relaciona fácilmente con el personal de salud y compañeros de habitación.

## ✓ 9. Patrón de Sexualidad y Reproducción

Paciente manifiesta tener una vida sexual activa, pero por el momento se encuentra afectada por el proceso quirúrgico realizado, pero es por motivo de su recuperación.

## ✓ 10. Patrón de Afrontamiento y Tolerancia al estrés

Paciente refiere que se siente un mejor después del proceso quirúrgico realizado ya que esto calmo bastante la dolencia que tenía y no la dejaba realizar sus actividades con normalidad. la paciente se encuentra tranquila, no manifiesta nerviosismo ni estrés.

## ✓ 11. Patrón de Valores y Creencias

Paciente manifiesta que es muy creyente de Dios y cuenta con el apoyo de su familia siempre muestra humildad y respeto por los demás.

### ➤ Patrones funcionales alterado

1. Patrón de Percepción y Manejo de la salud
- 2.- Patrón de Nutrición y metabolismo.
3. Patrón de Actividad y Ejercicio
4. Patrón Sueño y Reposo
- 5.- Patrón de Cognitivo Percepción
6. Patrón de Autopercepción y Auto concepto

## 2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

### 1.- HEMATOLOGIA HEMOGRAMA

BIOMETRIA HEMATICA	RESULTADOS	UNIDAD	VALORES REFERENCIALES
Hematies	4.0	Mm <sup>3</sup> /uL	4.0 – 5.5
Hemoglobina	10.00	g/dL	11.70 – 16.00
Hematocrito	29.2	%	36.0 – 47.0
VCM	83.0	%	76.0 – 96.0
HCM	29.0	fL	27.0 – 32.0
CCM HB	30.3	Pg	31.0 – 36.0
RDW - CV	11.1	%	0 – 16.0
RDW - SD	37.9	%	46.0 – 59.0
Plaquetas	245	fL	120 - 400
Volumen Plaquetario Medio	8.5	Mm <sup>3</sup> /uL	8.0 – 15.0
Leucocitos	9.48	fL	4.00 – 10.00
Neutrofilos %	72.40	X 10 <sup>3</sup> / uL	40.00 – 75.00
Linfocitos %	30.80	%	21.00 – 40.00
Monocitos %	7.20	%	4.00 – 8.00
Eosinofilos %	2.10	%	0.50 – 4.00
Basofilos %	0.30	%	0 – 1.50
Neutrofilos – Absolutos	3.57	%	2.00 – 7.50

Linfocitos – Absoluto	2.28	10 <sup>3</sup> /uL	1.30 – 4.00
Monocitos - Absoluto	0.54	10 <sup>3</sup> /uL	0.15 – 0.70
Eosinofilos _ Absoluto	0.14	10 <sup>3</sup> /uL	0 – 0.50
Basofilos – Absoluto	0.02	10 <sup>3</sup> /uL	0 – 0.15

### ORINA UROANALISIS FISICO

ORINA	RESULTADOS
Color	Amarillo
Aspecto	Turbio
<b>Quimico</b>	
Desindad	<b>1010</b>
pH	<b>6.5</b>
C. Cetonicos	<b>+</b>
<b>SEDIMENTOS</b>	
Celulas Epiteliales	<b>++</b>
Leucocitos	2 – 4/c
Hematies	1 – 2/c
Bacterias	<b>++</b>

BIOQUIMICA	RESULTADOS
GLUCOSA	92.0
UREA	18.0
CREATININA	0.50
PCR	0.10

*Fuente: Exámenes complementarios de la historia clínica*

### 2.5 Formulación del Diagnóstico Presuntivo y Diferencial

De acuerdo a lo que manifiesta la paciente al momento de su llegada a esta casa de salud su diagnóstico presuntivo fue dolor abdominal.

Después de haber realizado la valoración física y los signos que presentaba se le dio un diagnóstico diferencial de síndrome doloroso abdominal

Una vez que se le realizaron exámenes de laboratorio, ecografía abdominal y la valoración del especialista de cirugía se le da un diagnóstico definitivo de apendicitis aguda.

## **2.6 Análisis y descripción de las conductas que determina el origen del problema y de los procedimientos a realizar**

En la valoración que se le realizó a la paciente en el post-operatorio mediato se ha encontrado varios patrones que se encuentran alterados y que afectan la salud de la misma por tal razón vamos a poner en práctica el proceso de atención de enfermería a través del NANDA NOC Y NIC.

### **Patrones alterados**

#### **1. Patrón de Percepción y Manejo de la salud**

### **NANDA**

**DX:** Riesgo de infección(00004) **R/C:** por procedimientos invasivos

**Clase v:** control de riesgos **Campo 4:** Seguridad

**Intervenciones:** Protección contra las infecciones

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria.
- Limitar el número de visitas, si es necesario.
- Mantener la asepsia en el paciente.
- Inspeccionar la existencia de eritema, color o exudado en la piel.
- Inspeccionar el estado la incisión o herida quirúrgica.
- Obtener muestra para cultivos.
- Instruir al paciente y la familia acerca de la diferencia entre infecciones virales y bacterianas y como evitarlas.
- Enseñar al paciente y la familia a evitar las infecciones. mediante el lavado de manos.
- Vigilar lo que come y el agua que toma.
- Proporcionar un ambiente acogedor a la paciente.
- mantener medidas de bioseguridad.

## 2.- Patrón de Nutrición y metabolismo

### NANDA

**Etiqueta:** Deterioro de la integridad cutánea (00046)

 **Dominio 11: Seguridad y Protección**

**R/C:** Herida quirúrgica      **E/P:** Lesión tisular (Por procedimiento que alteran la piel)

**Clase 2:** Lesión Física

**NOC:** curación de la herida

**NIC:** Cuidados del sitio de incisión

#### **Actividades a realizar.**

- Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial.
- Inspeccionar el sitio de incisión por su hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencias o evisceración. Tomar nota de las características de cualquier drenaje.
- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
- Limpiar desde la zona más limpia hacia la menos limpia.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- Utilizar hisopos de algodón estériles para una limpieza eficaz de las suturas, heridas profundas y estrechas o heridas cavitadas.
- Limpiar la zona que rodea cualquier tipo de drenaje o el final del tubo de drenaje.
- Mantener la posición del tubo de drenaje.
- Aplicar bandas o tiras de cierre, si procede.
- Aplicar antiséptico, según prescripción.
- Cambiar el apósito a los intervalos adecuados.
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.
- Facilitar la visión de la incisión por parte del paciente, si es su deseo.
- Instruir al paciente (o cuidador) acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o ducha.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de incisión.
- Enseñar al paciente y/o familia a cuidar la incisión incluyendo la observación de signos y síntomas de infección.

## 3.- Patrón de Actividad y Ejercicio

## **NANDA**

### **🚦 Dominio 4: Actividad y reposo**

**Etiqueta:** Deterioro de la movilidad física

**R/C:** Disminución de la fuerza muscular    **E/P** Limitación de movimiento físico

**Clase 1:** Salud funcional

**NOC:** Movilidad

**NIC:** Ayuda con los autocuidados

#### **Actividades a Realizar**

- considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.
- comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.
- observar las necesidades del paciente como higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentación.
- proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante personalizada.
- proporcionar los objetos personales deseados.
- proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.
- animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria.

## **4.- Patrón Sueño y Reposo**

### **NANDA**

**Etiqueta:** trastorno del patrón del sueño (00095)

**R/C:** malestar físico  
dificultad para dormir.

**E/P:** información verbal de la paciente que tiene

**Clase 2:** Fisiológico básico

**NOC:** Sueño (0004)

**NIC:** Mejorar el sueño (1850)

#### **Actividades a realizar:**

- Determinar el patrón del sueño del paciente.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón del sueño.
- Observar el número de horas de sueño del paciente.

- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas que interrumpen el sueño.
- Ajustar el ambiente para favorecer el sueño
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes que tiene el paciente antes de dormir.

## 5. Patrón de Autopercepción y Auto concepto

### NANDA

**Etiqueta:** Dolor moderado

 **Dominio 12: Confort**

**R/C** Herida Quirúrgica

**E/P** Expresión facial y manifestación verbal de la paciente.

**Clase 1:** Fisiológico complejo

**NIC:** Control del dolor

**NOC:** Manejo del dolor

### Actividades a realizar:

- realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar signos no verbales de molestia.
- asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad).
- Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe y llevar un diario).
- Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
  - Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que facilite el alivio del dolor, si procede.
  - Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (terapia musical, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor / frío y masajes) antes, después y si fuera posible,

durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente; y junto con las medidas de alivio del dolor.

- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos

## 6. Patrón de Autopercepción y Autoconcepto

### NANDA

✚ **Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.**

**Etiqueta:** Ansiedad (00146)

**R/C:** con su estado de salud      **E/P:** por expresión de incapacidad para el afrontamiento

**NOC:** Autocontrol de la ansiedad.    **NIC:** Disminución de la ansiedad.

**Clase 1:** respuesta post traumática

### Actividades a realizar

- utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- explicar todos los procedimientos, incluida las posibles sensaciones que se han de experimentar después del procedimiento.
- tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante.
- proporcionar información objetiva sobre el tratamiento y pronóstico.
- permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NANDA:  
NOC:  
NIC:

**DX. RIESGO DE INFECCION**

**R/C: Procedimiento Invasivo (HERIDA QUIRURGICA)**

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Buscar información actual sobre riesgo para la salud.					x
Identificar los factores de riesgo.					x
Controlar los factores de riesgo ambientales.					x
Controlar los factores de riesgo personales.					X

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio:** (IV) CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD.

**Clase:** T CONTROL DE RIESGO Y SGURIDAD

**Etiqueta:** (1924) CONTROL DE RIESGO: PROCESO INFECCIOSO

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

**Campo:** (4) SEGURIDAD

**Clase:** V CONTROL DE RIESGO

**Etiqueta:** (6550) PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES

- ACTIVIDADES**
- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
  - Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
  - Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria.
  - Limitar el número de visitas, si es necesario.
  - Mantener la asepsia en el paciente.
  - Inspeccionar la existencia de eritema, color o exudado en la piel.
  - Inspeccionar el estado la incisión o herida quirúrgica.
  - Obtener muestra para cultivos.
  - Instruir al paciente y la familia acerca de la diferencia entre infecciones virales y bacterianas y como evitarlas.
  - Enseñar al paciente y la familia e evitar las infecciones.
  - Vigilar lo que come y el agua que toma.
  - Proporcionar un ambiente acogedor a la paciente.

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**DOLOR MODERADO**

NANDA:  
NOC:  
NIC:

**R/C: HERIDA QUIRÚRGICA**

**E/P: FACIES QUE EXPRESAN DOLOR Y MANIFESTACION VERBAL DE LA PACIENTE**

M  
E  
T  
A  
S

**DOMINIO: (IV) CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE LOA SALUD.**

**CLASE: Q CONDUCTA DE SALUD**

**ETIQUETA: (1605) CONTROL DEL DOLOR**

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Reconocer el comienzo del dolor.				x	
Reconocer los factores causales.				x	
Registrar los síntomas del dolor.				x	
Utilizar medidas de alivio no analgésicas.					x
Utilizar los analgésicos de forma apropiada					x

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

**CAMPO: 1 FISIOLÓGICO BASICO**

**CLASE: E FOMENTO DE LA COMODIDAD FISICA**

**ETIQUETA: ( 1400) MANEJO DEL DOLOR**

- ACTIVIDADES**
- realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
  - Observar signos no verbales de molestia.
  - asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
  - utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
  - determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad).
  - Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe y llevar un diario).
  - Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
  - Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que facilite el alivio del dolor, si procede.
  - Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas antes, después y si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente; y junto con las medidas de alivio del dolor.
    - Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

## DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

NANDA:  
NOC:  
NIC:

R/C: HERIDA QUIRURGICA

E/P: Lesión tisular (Por procedimiento que altera la piel)

M  
E  
T  
A  
S

DOMINIO: 11 SEGURIDAD Y PROTECCION

CLASE: 1 INFECCION

ETIQUETA: (1102) CURACION DE LA HERIDA

CAMPO: FISILOGIO COMPLEJO

CLASE: L CONTROL DE LA PIEL Y HERIDAS

ETIQUETA: (3440) CUIDADOS DEL SITIO DE INSICION.

### ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Aproximación cutánea				x	
Aproximación de los bordes de la herida.				x	
Formación de cicatriz				x	
Secreción serosa de la herida					x
Secreción sanguinolenta de la herida					x

### ACTIVIDADES

- Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial.
- Inspeccionar el sitio de incisión por su hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencias o evisceración.
- tomar nota de las características de cualquier drenaje.
- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
- Limpiar desde la zona más limpia hacia la menos limpia.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- Utilizar hisopos de algodón estériles para una limpieza eficaz de las suturas, heridas profundas y estrechas o heridas cavitadas.
- Aplicar antiséptico, según prescripción.
- Cambiar el apósito a los intervalos adecuados.
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.
- Facilitar la visión de la incisión por parte del paciente, si es su deseo.
- Instruir al paciente (o cuidador) acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o ducha.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de incisión.
- Enseñar al paciente y/o familia a cuidar la incisión incluyendo la observación de signos y síntomas de infección.

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

## **2.7 indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales**

En el presente caso se ha tomado como referencia la teoría del déficit del autocuidado Dorothea E. Orem. La opción de este modelo se adapta más a nuestra realidad en toda el área de la práctica de la Enfermería.

De acuerdo con Orem (1979) la intervención de la enfermera solo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado del individuo exceden sus habilidades para cubrirlas. Antes esta condición se legitima la necesidad de cuidados de enfermería. (Vega Angarita & Gonzales Escobar, s.f.)

De esto surge la teoría de los sistemas de enfermería que se refiere a la secuencia de acciones practicas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados (Vega Angarita & Gonzales Escobar, s.f.)

## **2.8 Seguimiento**

para poder evaluar los resultados de las intervenciones realizadas se comparó la puntuación inicial con la puntuación que tuvo el paciente al momento que fue dado de alta.

1.-en Noc de recuperación postquirúrgica el indicador riesgo de infección en la paciente el objetivo de esta intervención se lo hace para disminuir el riesgo de infección durante su hospitalización como lo son las infecciones intrahospitalarias, para esto se buscó información sobre los riesgo que se encontraban en el ambiente que podrían perjudicar su salud, como así mismo se logró idéntica y controlar los factores de riesgo tanto ambientales como personales, obteniendo como resultado que la paciente evidencio una temperatura normal y no mostro signos de infección durante su hospitalización.

2.- en el indicador deterioro de la integridad tisular se obtuvo los resultados con respecto a la curación de la herida quirúrgica se pudo observar aproximación cutánea, aproximación de los bordes de la herida, se pudo observar también proceso de cicatrización y se dejó de evidenciar eliminación de secreción serosa y secreción sanguinolenta logrando mejorar

3.- en el indicador deterioro de la movilidad física, las intervenciones se enfocaron en el autocuidado de la paciente ayudándola a que por ella mismo realice sus actividades logrando así que se alimente por ella mismo, que se vista, que vaya al baño por ella mismo que cuide de su higiene personal y pueda deambular sin problema,

4.- en el indicador trastorno del sueño se logró que la paciente tenga sus horas de sueño, y que este no sea interrumpido también comprendió que el poder dormir sus horas completas era importante para mejorar su salud.

5.- en el indicador dolor agudo se logró que la paciente disminuyera el dolor y esto se hizo reconociendo cuales eran sus factores causales, utilizando medidas preventivas, proporcionándole a la paciente medidas no farmacológicas, tras la administración de analgesia desaparece el dolor consiguiendo así una puntuación de 5.

6.- en el indicador ansiedad se logró controlar la ansiedad que tenía la paciente monitorizando la intensidad de la paciente buscando información para poder reducirlos, y planeando estrategias para superar las situaciones estresantes. se le consiguió un entorno más tranquilo, pero al ser una unidad donde se encuentran muchas personas en un espacio pequeño no se consiguió la puntuación diana deseada siendo esta de “4 levemente comprometido”

## **2.9 Observaciones**

la recuperación del paciente ha sido favorable en todos los aspectos las intervenciones realizadas ayudaron a la recuperación del paciente se logró cumplir con las metas propuestas, por el momento continua con tratamiento prescrito por el paciente.

### III. CONCLUSION

Unos de los motivos por el cual se realizó este estudio de caso clínico es porque en el Ecuador se presenta una gran tasa de morbilidad de apendicitis aguda que se tratan quirúrgicamente, y es de gran importancia saber cómo se presenta su sintomatología para ser tratada a tiempo y no llegar a complicaciones como una peritonitis que puede incluso causar la muerte del paciente.

la anamnesis y el examen físico forman parte de las modalidades diagnosticas más efectivas pues a través de ellas se pueden diagnosticar de manera precoz esta urgencia que es tan común y así poder reducir el tiempo de evolución preoperatoria cuya demora es causa de mortalidad y morbilidad.

Habiendo aplicado el proceso de atención de enfermería y brindado los cuidados en el post operatorio mediato se logró que el paciente haya evolucionado favorablemente se logra evidenciar proceso de cicatrización en herida quirúrgica sin evidencia de infección, se logró cuidar el espacio del paciente y así poder evitar infecciones intrahospitalarias, tolera la ambulación, y es capaz de realizar su autocuidado, se encuentra orientado en tiempo espacio y persona se logra demostrar la relevancia de los cuidados de enfermería a través de la evolución que muestra el paciente.

el proceso de atención de enfermería es un instrumento de gran importancia con el que se ha logrado una estabilidad o mejora en los diagnósticos establecidos, mediante de las actividades propuesta influyendo en la mejora de calidad de vida de la paciente y sus cuidadores.

finalmente, la realización de este caso clínico nos muestra la importancia de aplicar el proceso del cuidado a tratar con los pacientes ya que así le podemos brindar un cuidado individualizado y completo donde los diagnostico de enfermero (NANDA), las intervenciones (NIC) y los resultados (NOC), forman el pilar fundamental para la labor diaria de los enfermeros.

## Referencias Bibliográficas

1. blogspot. (8 de Junio de 2016). *Apendicitis*. Obtenido de Archivo del blog: obtenido de <http://apendiciti.blogspot.com/>
2. Chaglla Alomoto, A. P. (Octubre de 2018). *“ABSCESO RETROPERITONEAL COMO COMPLICACIÓN DE*. Obtenido de Universidad Tecnica de Ambato Facultad Ciencias de la Salud Carrera de Medicina : Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28744/1/Caso%20Cl%c3%adnico.pdf>
3. COMERCIO, E. (15 de Julio de 2018). *La apendicitis aguda, primera causa de morbilidad en Ecuador, según INEC*. Obtenido de Diario el comercio: <https://www.elcomercio.com/actualidad/apendicitisaguda-primera-causa-morbilidad-ecuador.html>
4. Dr. Sanjuan, Martinez; Dr. Flores, Francisco. (2013). Protocolo de Manejo del Paciente con Apendicitis Aguda. En I. Gutierrez, A. Dominguez, & J. Acevedo, *Medicina de Urgencias Principales Problemas Clínicos y su Tratamiento Basado en la Evidencias* (págs. Capitulo 9 pagina 298-320). Mexico: Editorial Medica Panamerica.
5. Ellis, H., & Calne, S. R. (2012). Apendicitis aguda. En *Cirugia general Diagnostico y Tratamiento* (págs. 200-204). Mexico: Editorial Manual Moderno.
6. Fernández, D. G., & Marsicano, D. J. (2018). *APENDICITIS AGUDA Y SUS COMPLICACIONES*. Obtenido de Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina Universidad de la República. : Obtenido de [https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Apendicitis\\_aguda\\_y\\_sus\\_complicaciones\\_CQFM.pdf](https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Apendicitis_aguda_y_sus_complicaciones_CQFM.pdf)
7. Gomez, S. T. (2006). Apendicitis aguda Seccion 17. En S. T. Escobar, & C. M. Ramos, *Cirugia del Aparato Digestivo, Aparato Circulatorio, Aparato Respiratorio* (págs. 157-160). Madrid: Medica Panamericana.
8. Gutierrez, I., Arturo, M., & Jose, A. (2007). *Medicina de Urgencias*. Mexico: Editorial Medica Panamericana.
9. Jorge Hernández-Cortez, \*. J.-R.-L. (Enero-Marzo de 2019). *Apendicitis aguda: revisión de la literatura*. Obtenido de acairujano General: Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2019/cg191f.pdf>
10. Jorge, F. G. (Marzo de 2012). *REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Apendicitis Aguda*. Obtenido de Medicina Legal de Costa Rica.: Obtenido de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n1/art10.pdf>
11. Juan, Á. Y. (2014). *FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN EL HOSPITAL APOYO CAMANÁ EN LOS AÑOS 2012 – 2013*. Obtenido

de Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa Facultad de Medicina: Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4273/MDalyuja.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

12. Marjori, G. (2000). *Manual Diagnosticos de Enfermeros*. Boston: Elsevier.
13. Roncali, E. M. (2010). Apendicitis. En E. M. Roncali, *Trastornos Digestivos ¿como evitarlos? ¿como tratarlos?* (pág. Capitulo 6). España: Digital Publications.
14. Tejeido, E. (2010). Apendicitis. En J. Arias, M. Aller, J. Arias, & I. Aldamendi, *Enfermería Medico-Quirurgica II* (págs. 84-87). Universidad Complutense de Madrid : Editorial Tebar.
15. Udaquiola J, A. V. (2014 de Julio). *Apendicitis aguda*. Obtenido de *Pediatría Practica* : Obtenido de [https://apelizalde.org/revistas/2014-1-ARTICULOS/RE\\_2014\\_1\\_PP\\_1.pdf](https://apelizalde.org/revistas/2014-1-ARTICULOS/RE_2014_1_PP_1.pdf)
16. Vega Angarita, O., & Gonzales Escobar, D. (s.f.). *Teoría del deficef de autocuidado*. Obtenido de ciencias y cuidado: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-TeoriaDelDeficitDeAutocuidado-2534034.pdf>



