

86  
2es.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA  
APENDICITIS**



Escuela Nacional de **QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
Enfermería y Obstetricia  
Con duración de **LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**  
Servicio Social

**PRESENTA**

**JUDITH VALENCIA RODRIGUEZ**

**ASESORIA ACADEMICA**

**LIC. MA. MAGDALENA MATA CORTES**

267558

**MEXICO D.F. 1998**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# INDICE.

<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
INTRODUCCION .....	1
JUSTIFICACION .....	3
OBJETIVO GENERAL .....	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	5
<b>I. <u>MARCO TEORICO.</u></b>	
1.1 Aspectos Conceptuales del Proceso de Enfermería. ....	6
1.1.1 Valoración. ....	7
1.1.2 Planeación .....	8
1.1.3 Ejecución. ....	8
1.1.4 Evaluación. ....	9
<b>II <u>METODOLOGIA.</u></b>	
2.1 Valoración. ....	11
2.2 La Observación. ....	11
2.3 La Entrevista. ....	13
2.4 La Historia Clínica de Enfermería. ....	15

2.5	El Diagnóstico de Enfermería. ....	15
2.6	El Formato PES. ....	16
2.7	Resumen Clínico. ....	16

### III. APLICACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

3.1	Valoración. ....	17
3.1.1	Entrevista de Enfermería. ....	19
3.1.2	Examen de Enfermería. ....	24
3.1.3	Historia Clínica. ....	27
3.1.4	Resumen Clínico. ....	32

### IV. PLANEACION.

4.1	Clasificación de necesidades de Acuerdo a Virginia Henderson	37
4.2	Diagnóstico de Enfermería. ....	43
4.3	Historia Natural de la Enfermedad (Apendicitis) ....	45

### V. EJECUCION.

5.1	Plan de Cuidados. ....	47
-----	------------------------	----

## VI. EVALUACION.

6.1	Plan de Alta . . . . .	84
6.2	Conclusiones. . . . .	85

## VII. ANEXOS.

7.1	Marco teórico.	
7.1.1	Anatomía . . . . .	87
7.1.2	Fisiología . . . . .	88
7.1.3	Concepto . . . . .	88
7.1.4	Etiología . . . . .	88
7.1.5	Cuadro Clínico . . . . .	89
7.1.6	Diagnóstico Diferencial . . . . .	91
7.1.7	Tratamiento Clínico . . . . .	91
7.1.8	Tratamiento Quirúrgico . . . . .	92
7.1.9	Medidas Preventivas . . . . .	93

BIBLIOGRAFIA . . . . .	95
------------------------	----



## INTRODUCCION.

La profesión de enfermería día con día adquiere mayor relevancia por lo cual la enfermera enfrenta retos, los cuales irá resolviendo con la adecuada planeación, modelos de atención y todos los instrumentos para realizar un apropiado cuidado al paciente.

El proceso de atención de enfermería, es un ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera, para satisfacer las necesidades que se detecten en la evolución de la enfermedad, permitiéndonos por medio de ellas, llevarlas a cabo en forma satisfactoria, oportuna y adecuada, para poder encaminar al paciente a su plena integración reincorporándolo a las actividades que solía realizar.

Virginia Hénderon , elaboró trabajos de investigación en el campo de la enfermería como es el proceso analítico y ejercicio profesional de enfermería en 1948.

Me es grato hablar de ella porque es de quién tomamos el modelo de atención, para desarrollar el siguiente trabajo, que se irá dando a conocer paso a paso.

El presente trabajo nos habla del proceso de atención en enfermería

que es desarrollado en un paciente que padece apendicitis, ya que es una urgencia frecuente que requiere de la integración de múltiples conocimientos, procedimientos y acciones fundamentadas por la enfermera.

## JUSTIFICACION

El proceso de atención de enfermería, plantea establecer una metodología, que fundamente las acciones que realiza el personal de enfermería que es parte del equipo de salud, para que científicamente se apliquen en forma adecuada a cada paciente, en cada patología y padecimiento.

"La incidencia de apendicitis, es de los siete a los quince años de edad, solamente del 1 al 5 % de los casos, ocurre en menores de dos años. Es de suma importancia establecer el tiempo de evolución, ya que siempre es progresiva y la perforación suele ocurrir aproximadamente a la 36 horas."<sup>1</sup>

---

1 GONZALEZ, Romero Guillermo, et al . " Principios de Cirugía Pediátrica" editorial trillas, primera edición 1990 , pag. 83.

## **OBJETIVO GENERAL.**

Dar a conocer el proceso de atención de enfermería, al equipo de salud responsable del paciente que presenta apendicitis para lograr una adecuada atención tanto integral como oportuna, previniendo complicaciones

Con el proceso de atención de enfermería, se busca elevar el nivel profesional del personal de enfermería, integrando los conocimientos necesarios y mejorando la calidad de atención.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

Dar a conocer al equipo de salud, el proceso de atención de enfermería para brindar los cuidados oportunos en la atención a un paciente con apendicitis.

Realizar un interrogatorio al paciente para conocer las causas ó posibles causas que lo originan.

Orientar respecto a hábitos alimenticios que pudieran estar influyendo en este tipo de padecimiento.

Motivar al personal de enfermería, a conocer a través de este padecimiento, la aplicación del proceso de atención en enfermería.

## I. MARCO TEORICO.

### 1.1 Aspectos conceptuales.

#### **El proceso de Atención de Enfermería.**

El concepto del proceso de atención de enfermería, se considera como el ordenamiento lógico de las actividades a realizar por la enfermera, con el objeto de satisfacer las necesidades del paciente.

“El proceso es un método para realizar algo que por lo general abarca cierto número de pasos, y que intenta lograr un resultado particular. El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería”<sup>2</sup>. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.

Las etapas del proceso de enfermería se clasifican.

- Valoración.
- Planeación.
- Ejecución.
- Evaluación.

---

<sup>2</sup> MARINER, Ann. "El Proceso de Atención de Enfermería un enfoque Científico", Edición Manual Moderno, 1990, págs 12-19

### 1.1.1 Valoración.

La primera fase del proceso de enfermería es la valoración, donde se identifican y definen los problemas de dicho paciente. Esta fase comienza con la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería, la cual es un informe de los problemas que aquejan al paciente.

La información se obtiene por medio de dos métodos:

- La observación.
- La entrevista.

La valoración permite a la enfermera hacer un diagnóstico, que es un informe de los problemas del paciente, incluyendo su condición física, limitaciones y forma de adaptarse al problema del paciente. Todo lo anterior brinda a la enfermera la oportunidad de elaborar un plan individualizado para el cuidado del paciente.

El diagnóstico de enfermería. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente, que requiere de la intervención del personal de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

### 1.1.2 Planeación.

Consiste en la elaboración de un plan de cuidados y la determinación de la técnica, modelos, que se utilizaran para ayudar a solucionar o disminuir el efecto de los problemas del paciente. Requeriremos de la coordinación del equipo para cerciorarnos que se entienda el seguimiento.

Tan pronto como identifica los problemas del paciente, la enfermera debe establecer prioridades.

Debe definir los objetivos inmediatos y mediatos.

Las acciones de enfermería encaminadas a lograr los objetivos, que pueden clasificarse en intervenciones, manejo o tratamiento de enfermería, deben estar contemplados claramente en el plan de cuidados de enfermería. El plan de cuidados de enfermería debe ser individualizado, de manera que este no pueda ser empleado para otro paciente

### 1.1.3 Ejecución.

En esta etapa pondremos en practica el plan de cuidados ,que se debe dirigir, enseñar, observar y dar a conocer a todo el personal, para asegurar la continuidad en el tratamiento.

El plan favorece la realización de los cuidados de enfermería durante todas las etapas de la enfermedad del paciente y coordina el programa para el resto del equipo de salud. Una vez realizada las acciones de enfermería concluye la fase de ejecución.

Puede incluir cuatro actividades a saber:

Validación del plan, Redacción y difusión, Proporcionar la atención de enfermería, continuar con la recolección de datos.

#### 1.1.4 Evaluación.

“La fase final pero continua del proceso de enfermería es la evaluación o apreciación de los resultados brindados. La evaluación del progreso del paciente indica que problemas fueron resueltos y cuales requieren que se revaloren<sup>3</sup>.”

Comprende las siguientes actividades.

La evaluación de los logros en relación con los objetivos. Es determinar si el objetivo se logró en relación a la conducta y necesidades del paciente.

---

<sup>3</sup> MARINER, Ann. "El Proceso de Atención de Enfermería un enfoque Científico", Editorial Manual Moderno, 1990, pags 12-19.

**La revaloración del plan de atención. Proceso de cambiar o modificar el diagnóstico de enfermería, objetivo y acciones en base a nuevos datos del paciente.**

## II. METODOLOGIA

### 2.1 Valoración.

Para enfrentarse a un problema, lo primero es determinar en que consiste el problema, por lo tanto la primera fase del proceso de resolución de problemas es la valoración y esta formada por las siguientes:

- La observación.
- La entrevista.
- La historia clínica de enfermería.
- El diagnóstico de enfermería.
- El formato PES.
- El resumen clínico

### 2.2 La observación.

Una descripción minuciosa de lo observado es básica para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos, la enfermera utiliza la vista para percatarse de cambios de coloración, de color , de tumefacción, etc.

La enfermera debe saber escuchar ya que es de vital importancia , así como para detectar sonidos como sollozos, jadéo sofocación, entre otros.

## El oído.

A través deste sentido nos llegan las palabras, las flexiones de voz, los quejidos o determinados ruidos que produce el paciente, latidos del corazón, emisión de gases, escalofrío.

Por ejemplo el oído es también de ayuda dentro de la valoración, pues nos ayuda a identificar los ruidos intestinales, profundidad de la respiración.

## El olfato.

El sentido del olfato puede descubrir el olor a fruta como es en los pacientes diabéticos, que presentan acidosis diabética o bien el olor desagradable de algún material purulento .

## La vista.

La vista nos aporta multitud de información es en relación con las características físicas de una persona, su fisonomía su mirada, sus comportamientos etc.

Nos informa igualmente sobre determinados signos y síntomas que traducen una necesidad insatisfecha o un problema de salud, rostro triste o

que denota sufrimiento, agitación o abatimiento, erupciones en la piel, edemas, ictericia.

La observación del paciente es mas completa si se hace en forma ordenada, un estudio ordenado desde los pies hasta la cabeza puede ser útil, pero unicamente se incluyen aspectos fisicos

El tacto.

También este sentido es importante en los cuidados de enfermería. Desempeña un papel esencial en la exploración física o en la palpación de ciertas partes del cuerpo, que permiten conocer determinados detalles como son endurecimiento, presencia de una masa, textura de la piel, calor de los miembros.

### 2.3 La Entrevista.

Es una de las formas de recolectar la información sobre un paciente. La entrevista es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud. Se sobre entiende que el objetivo de este encuentro es de recoger información que permita descubrir las necesidades.

La enfermera que proyecta mantener una entrevista con un paciente debe tener en cuenta ciertos factores importantes.

Ante todo, debe escoger el momento oportuno para el cliente, es decir, respetar la hora de sus comidas, sus momentos de fatiga, de reposo e igualmente los períodos en que sufra. Ha de prever su trabajo, espacios de tiempo que permitan al paciente se exprese comodamente y a su tiempo.

El éxito de la entrevista depende del saber escuchar y además de la habilidad que tenga la enfermera para establecer una comunicación clara y eficaz, que le permita conseguir los objetivos que se ha fijado.

## 2.4 Historia clínica de la enfermería.

La historia clínica de enfermería es un registro escrito de la información acerca del paciente, facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales y potenciales del paciente.

La historia clínica de enfermería deberá adaptarse a cada una de las unidades de la institución, a la información que se necesite para así poder brindar un cuidado individualizado.

## 2.5 Diagnóstico de la enfermería.

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico que se deriva de aplicar el proceso de enfermería a los problemas sanitarios de los pacientes. La definición que en la actualidad hace la NANDA sobre el diagnóstico de enfermería es la siguiente:

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarios a procesos vitales o a problemas reales y potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para seleccionar las actuaciones que permiten conseguir los resultados finales que son responsabilidad del personal de enfermería.

## 2.6 El formato PES.

Son tres los componentes esenciales del diagnóstico de enfermería que han recibido en nombre de formato PES. Estos tres componentes son: el problema sanitario (P), los factores etiológicos o relacionados (E) y las características de signos y síntomas que lo definen (S).

El formato PES, se utiliza para describir una frase diagnóstica que plasma un diagnóstico de enfermería real. Las palabras "lo relacionado con", conectan el problema y la etiología, mientras se utiliza la frase "Que se manifiesta por", para conectar la etiología con los signos y síntomas.

## 2.7 El Resumen Clínico.

En el resumen clínico se recopila la información del paciente en forma sintetizada que incluye lo siguiente: la historia clínica, la exploración física, el diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico médico, también incluye información de los estudios de diagnóstico, interconsultas, procedimientos quirúrgicos y tratamiento del paciente.

### III. APLICACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

#### 3.1 Valoración:

Observación.

Factores de valoración en la observación:

Estado mental: consciente, alerta, respuesta al medio.

Estado emocional: Irritable.

Orientación: El lugar, tiempo y persona.

Capacidad intelectual: Nivel de pre-escolar.

Nivel de atención: Esta atenta y trata de entender lo que dicen los adultos.

Nivel de vocabulario: No entabla conversación, solo frases aisladas con su padres.

Capacidad de comprensión: Entiende lo que se le dice.

Visión: Es buena.

Habla: Su expresión es adecuada a su edad.

Tacto: Normal.

Olfato: Normal.

### 3.1.1 Entrevista de Enfermería :

#### Datos personales:

Nombre: Y. Avila Martínez.

Edad: 4 años.

Sexo: Femenino.

Lugar de nacimiento: México, D.F

#### Características individuales.

Religión: Católica.

Nivel de estudio: Pre-escolar.

Idioma: Español.

#### Esquema de valoración de datos básicos.

##### 1. Patrón de percepción.

a). ¿Como describiría la salud de la paciente en general?.

R= Normal.

• ¿Como describe su salud en este momento?.

R=Regular.

- ¿Realiza prácticas sanitarias diarias?  
R= Si. (Aseo dental después de cada comida, baño diario)
- Ingesta de alimentos.  
R= Desayuno, comida y cena.
- ¿Ingesta de líquidos?  
R= Jugo, leche, té, agua, refresco.
- ¿Enfermedades específicas?  
R= Ninguna.
- ¿Esquema de vacunación?.  
R=incompleto.

b). Historia de desarrollo.

Abuelos maternos:	Vivos, sin ningún padecimiento.
Abuelos paternos:	El abuelo padece diabetes mellitus..
Madre:	Actualmente sin problema de salud.
Padre:	Actualmente sin problema de salud.

2. Patrón nutricional metabólico.

- ¿Como es su apetito?  
R= Normal y acorde con el horario de ingesta.
- ¿Algún problema en la capacidad de comer?  
R=Ninguno.
- ¿Incluye alimentos variados en la dieta?  
R=No incluye alimentos de alto residuo.

3. Patrón de eliminación.

- Existe algún problema del sistema urinario?  
R=Ninguno.
- ¿Existe algún problema intestinal?  
R=Eliminación irregular.(Se desconoce con exactitud, horarios de eliminación).

4. Patrón de actividad de ejercicio.

- ¿Existe alguna limitación para jugar?  
R= Ninguna.

- ¿Existe alguna limitación en su capacidad física?

R= Se viste en un 90 %, deambula sin problema aparente, se baña con ayuda.

5. Patrón de reposo de sueño.

- ¿A que horas se acuesta?.

R= A las 2100 horas.

- ¿Cuántas horas duerme?

R= de 8 a 9 horas diarias y ocasionalmente algunas siestas.

6. Patrón cognoscitivo-perceptual..

- ¿Existe alguna deficiencia en la percepción sensorial?

R=Ninguna.

- ¿Es capaz de leer y escribir?.

R=No.

- ¿Es capaz de reconocer los colores?

R=En proceso de aprendizaje.

7. Patrón de autopercepción.

- ¿Que es lo que más le preocupa?  
R=Comer, jugar.

8. Patrón de roll-relación.

- ¿Convive con sus familiares y amigos?  
R=Si.
- ¿Convive con sus padres?  
R=Si.
- ¿Convive con sus compañeros de escuela?  
R=Si, mediante juegos infantiles.
- ¿Es capaz de leer y escribir?  
R=No.

### 3.1.2. Examen de Enfermería:

Nombre.	Y. Avila Martínez.
Edad	4 años.
Lugar de nacimiento.	México, D.F.
Escolaridad.	Pre-escolar.

#### Exploración física .

Aspecto físico: Talla 100 cms.  
Peso 14 kgs.  
Edad de acorde con su apariencia.  
Actitud de irritable.  
Adquiere posición de fetal cuando esta acostada.  
Poco colaboradora al revisarla y al interrogatorio.

Aspecto emocional: Estado de ánimo irritable, molesta por el dolor abdominal que presenta. Ubicada en sus tres esferas.

Aspecto psicológico: Angustiada por que desconoce que le pasa.

**Inspección General:****Datos generales.**

- Cabeza:** De tamaño y forma normal, sin deformaciones aparentes, conjuntivas y mucosas deshidratadas, faringe sin alteración.
- Cuello:** Simétrico, sin masas palpables, no hay puntos dolorosos, pulsos carotídeos presentes.
- Torax:** Simétrico, campos pulmonares limpios y bien ventilados, ruidos cardíacos rítmicos.
- Abdomen:** Doloroso a la palpación superficial, rebote presente, ruidos presentes, peristaltismo presente .
- Ap. Urinario:** Sin alteraciones y se encuentran de acuerdo a su edad y sexo.
- Columna vertebral.** Sin alteraciones.
- Extremidades.** Con tono y fuerza conservada, además se encuentran simétricas.

**Exploración neurológica:** Marcha y estación de pie no valorable por falta de cooperación de la paciente ya que se siente molesta e irritable.

## 3.1.3 Historia Clínica:

DATOS DE IDENTIFICACION.NOMBRE: Y.AVILA MARTINEZEDAD: 4 años. SEXO: FEMENINOLUGAR DE NACIMIENTO: MEXICO D.F.DIRECCION: UNIDAD HABITACIONAL LOMAS DE SOTELONUMERO DE HIJA : ES LA PRIMERA.TELEFONO : 3 95 30 53.FECHA DE NACIMIENTO: 7 DE MAYO DE 1993AFILIADA: HOSPITAL CENTRAL MILITAROCUPACION DE LOS PADRES: PADRE : INGENIEROMADRE: ENFERMERA

**HISTORIA SOCIO CULTURAL.**

**ESTUDIOS:** CURSA PRIMERO DE PRESCOLAR

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:** CUADROS FRECUENTES DE VIAS AEREAS SUPERIORES

**ANTECEDENTES DE ENCAMES HOSPITALARIOS:** NINGUNO

**ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:** ABUELO PATERNO CON PADECIMIENTO DE DIABETES MELLITUS

**ABUELOS MATERNOS :** ACTUALMENTE NO PADECEN NADA

**CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA:** ES UN DEPARTAMENTO QUE CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS. AGUA, LUZ, DRENAJE, VENTILACION E ILUMINACION ADECUADA PISOS Y PAREDES DE MATERIAL.

**TIPO DE ALIMENTACION:** ES COMPLETA, CONSUMEN POLLO, CARNES, VERDURAS, FRUTAS, AGUA NATURAL IRREGULARMENTE Y REGULARMENTE REFRESCO.

**Hábitos higiénicos:**

**Higiene personal:** Baño diario, se lava las manos antes de ingerir alimentos, esta aprendiendo a lavarse los dientes, las uñas se las corta la mamá de la paciente, se cambia de ropa diario.

**Hábitos de eliminación:**

**Vesical:** 5 a 6 veces al día, diuresis espontanea, de color amarillo claro, inolora.

**Intestinal:** Evacua de una a dos veces al día, en ocasiones en la mañana y otras en la noche. La evacuación es de consistencia pastosa de color café claro, no refiere problema de estreñimiento.

**Habitos de descanso:** Se acuesta entre las 21 hrs. A 22hrs. Aproximadamente, se levanta a las 6 de la mañana. Normalmente duerme en su cama propia, en ocasiones duerme con ellos.

**Hábitos de actividad:** Camina cada semana del parque a su casa o vicesersa en compañía de sus padres, juega dos

veces por semana con amiguitas.

**Horario de escuela:** Acude a su kinder por la mañana de las 7 hrs. a 1430 hrs. Aprox.

**Dinámica familiar:** Existe aparente buenas relaciones entre sus padres conviven con la paciente, salen de paseo llevando a la pequeña.

**Dinámica social:** Visita a sus familiares de dos a tres veces al mes.

**Problema actual:** Refiere la madre de la paciente que inicia por 15 hrs. Con dolor abdominal, no presenta fiebre, sin vomito, dificultad en la defecación. Como antecedente de importancia ingesta de tunas en cantidad moderada.

**Antecedentes:**

**Personales patológicos:** Cuadros frecuentes de vías respiratorias altas.

**Traumáticos:** No refiere ninguno.

Posteriormente se le solicitan datos a la madre de la paciente indicando que es producto del primer embarazo, que nace por vía vaginal, peso al nacer 3 kgs., presente una Apgar de 9-9, lloró y respiró espontáneamente sin problema, no existen alergias en la paciente, la alimentación al seno materno fué de 4 meses, refiere cuadro incompleto de vacunación por presentar varios cuadros frecuentes de vías aéreas superiores.

### 3.1.4 Resumen Clínico:

Se trata de paciente de 4 años de edad, de sexo femenino, orientada, activa, irritable, con faces de angustia por desconocer que le esta pasando, los padres de la paciente también se les observa angustiados. La paciente es originaria del D.F, viven con sus padres, con buenos hábitos higiénicos, regular en los hábitos dietéticos, el entorno familiar lo forman padre, madre e hija.

El departamento que habitan no es propio, lo rentan pero cuenta con todos los servicios.

La paciente acude al servicio de urgencias del Hospital Central Militar por conducción de sus padres, refiriendo que inicia el padecimiento con 15 hrs. de evolución aproximadamente. Con dolor abdominal, sin fiebre, sin vómito, imposibilidad al defecar, refiere solo nauseas. Refieren como antecedente la ingesta de tunas pero en cantidad moderada.

Una vez revisada la paciente se le observo lo siguiente:

- Faringe sin alteración.
- Cuello sin adenomegalias.
- Campos pulmonares ventilados y sin ruidos agregados.
- Abdomen depresible doloroso a la palpación, presente signo de

rebote.

- Extremidades superiores e inferiores sin alteración.
- Pelvis sin alteración.

Somatometría:

Peso: 14 kg.

Talla: 100 cms..

*Sus signos vitales son los siguientes:*

Temperatura: 37.4 °C

Frecuencia cardiaca: 138/ min.

Frecuencia respiratoria: 36 por minuto.

*Se le toman estudios de laboratorio, con los siguientes resultados:*

Biometría hemática:

Leucocitos 17.7 mm

Hemoglobina 13.6 g/100 ml.

Hematocrito 41.9 %

**Química sanguínea:**

Glucosa:	86 mg/dl.
Urea	15.7 mg/dl.
Creatinina	0.3 mg/ dl.

**Electrolitos séricos:**

Sodio:	142 ml/dl.
Potasio:	3.6 ml/dl.
Cloro	111 ml/dl.

La radiografía de abdomen presenta borramiento del psoas, borramiento de la grasa, borramiento de articulación sacroiliaca derecha, con todos los datos anteriores se llega al diagnóstico de impresión.

- Posible vientre agudo.
- Apendicitis.

El plan es el de hidratar a la paciente, inicio de medicamentos.

Los líquidos parenterales con los que se va a iniciar la hidratación son los siguientes:

Glucosa 5%                      400 cc.

Nacl. 2.3 cc.

Kcl. 2.0 cc.

Pasar a 50 mililitros por hora, por término de 8 horas.

Ampicilina: 466 mg. IV. cada 8 horas.

Amikacina: 100 mg. IV. cada 12 horas.

Metronidazol: 140 mg. IV. cada 8 horas.

Prepara para quirófano cuando se solicite.

#### IV. LA PLANEACION.

Estudio de caso: Pre-escolar con probable vientre agudo o apendicitis aguda.

Datos personales:

Nombre: Y. Avila Martínez.  
Edad: 4 años.  
Sexo: Femenino.  
Lugar de nacimiento: México, D.F

La paciente acude al servicio de urgencias del Hospital Central Militar la cual la llevan sus padres, refiriendo que inicia el padecimiento con 15 hrs.de evolución aproximadamente. Con dolor abdominal, sin fiebre, sin vómito, imposibilidad al defecar, refiere solo nauseas.

Refieren como antecedente la ingesta de tunas pero en cantidad moderada .

*Detección de necesidades incluyendo datos de independencia/dependencia y la valoración.*

#### 4.1 Clasificación de necesidades de acuerdo a Virginia Henderson:

##### 1. Necesidad de oxigenación.

Datos de independencia: Permeabilidad de las vías respiratorias, frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria normales.

Datos de dependencia: Ninguna.

##### 2. Necesidades de nutrición e hidratación.

Datos de independencia: Realiza sus tres comidas al día siguiendo una dieta variada y equilibrada, gusta de la mayoría de los alimentos, ingiere escasa agua natural.

Datos de dependencia: Presenta alteración en la nutrición por la ingesta de tunas.

##### 3. Necesidad de eliminación:

Datos de independencia: Eliminación urinaria de 5 a 6 veces al día, con características normales de la

orina, evacua de 1 a 2 veces al día, actualmente imposibilidad de la defecación..

Datos de dependencia: Ninguna.

4. Necesidad de moverse y mantenerse en una postura.

Datos de independencia: Postura corporal en ocasiones de tipo fetal, ya que así percibe menor dolor, intolerancia a realizar actividades por el dolor abdominal que presenta, deterioro de la movilidad física por la presencia del dolor abdominal..

Datos de dependencia: Se le prescribe reposo relativo en la unidad del paciente.

5. Necesidades de descanso y sueño.

Datos de independencia: Intolerancia al patrón de sueño, fatiga.

Datos de dependencia: Ninguno.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Datos de independencia: Viste ropa apropiada de acuerdo a su edad y posteriormente usará la ropa hospitalaria.

Datos de dependencia: Requiere ayuda para vestirse.

7. Necesidad de termorregulación.

Datos de independencia: Se encuentra con una temperatura axilar de 37.4 °C

Datos de dependencia: No se observa.

8. Necesidad de Higiene y protección de la piel.

Datos de independencia: Aspecto limpio y aseado, baño diario, higiene dental después de cada alimento.

Datos de dependencia: Requiere ayuda para realizar actividades de aseo.

9. Necesidad de evitar peligros.

Datos de independencia: La paciente se encuentra conciente, orientada, presentando ansiedad a lo desconocido, deterioro de la adaptación, dolor, temor y trastorno de la imagen corporal.

Datos de dependencia: Por su edad requiere permanentes cuidados y la presencia constante de un adulto.

10. Necesidad de comunicarse.

Datos de independencia: Funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos.

Datos de dependencia: No se observa.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Datos de independencia: Acude a la iglesia católica en forma irregular, no presentado restricción por concepto de religión a los procedimientos médicos.

Datos de dependencia: No se observa.

12. Necesidad de trabajo y realización.

Datos de independencia: Debido a su edad no se manifiesta.

Datos de dependencia: No se observa.

13. Necesidad de jugar y/o participar en actividades recreativas.

Datos de independencia: Es una pre-escolar sociable, alegre, le gusta correr, jugar y realizar actividades de acuerdo a su edad.

Datos de dependencia: Preferentemente estas actividades las realiza con niños de su edad.

14. Necesidades de aprendizaje.

Datos de independencia: Manifiesta interés por aprender y conocer de diversas situaciones.

Datos de dependencia: Orientación y guía constante por parte de un adulto.

**CLASIFICACION DE NECESIDADES.**

<b>Fisiológicas:</b>	Dolor abdominal. Nauseas. Irritabilidad. Inapetente. Imposibilidad al defecar. Febrícula. Alteración en la actividad. Alteración en la postura.
<b>Seguridad:</b>	Intranquilidad. Incertidumbre. Temor a lo desconocido.
<b>Afectiva:</b>	Se siente confusa. Insegura. Temerosa.
<b>Social:</b>	Irritable. Falta de colaboración.
<b>Estima:</b>	Poco cooperadora. Estima disminuida.

#### 4.2 Diagnóstico de enfermería:

- Intolerancia a realizar actividades por el dolor abdominal que presenta.
- Temor y ansiedad de la paciente pre-escolar ya que persiste con dolor abdominal.
- Alteración en la nutrición posterior a ingesta de fruta (tunas).
- Deterioro de la movilidad física originando inadecuada postura (fetal), persistencia de dolor abdominal e irritabilidad.
- Ansiedad presentada por la paciente pre-escolar y los padres manifestada por lo desconocido.
- Inquietud en relación con la nueva área de encame y rutinas ya que después de la cirugía pasará al área de hospitalización.
- Alteración en la postura pos-operatoria por sentir inmovilidad.
- Temor a realizar deambulacion asociada a la herida quirúrgica.
- Inicio de la vía oral.

- *Mantener equilibrio nutricional.*
- *Inquietud relacionada con la herida quirúrgica.*
- *Alteración del confort y actividades permitidas.*
- *Egreso de la paciente pre-escolar.*

### 4.3 Historia Natural de la Enfermedad (Apendicitis)

#### Concepto:

Apendicitis. Padecimiento caracterizado por la inflamación del apéndice.

Periodo prepatogénico				Periodo patogénico.		
<p><b>Agente:</b> Proceso inflamatorio que aumenta la presión intraluminal de apéndice.</p> <p><b>Huesped:</b> Pre-escolar.</p> <p><b>Ambiente:</b> Nivel sociocultural medio.</p>						
Estímulo	Desarrollo del agente	Alteración tisular	Sígnos y síntomas	Enfermedad	Complicaciones	Muerte.
Proceso inflamatorio ocasionado por aumento de presión, hipoxia, ulceración .	Ulceración de la mucosa.	Exudado purulento, invasión bacteriana, perforación.	Dolor abdominal generalizado, fiebre , nauseas, vómito, anorexia.	Apendicitis.	Ventre agudo, peritonitis, ileo paralítico.	
<p>Primer nivel de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoción de la salud</li> <li>- Educación para la salud.</li> <li>- Análisis de factores de riesgo.</li> <li>- Prevención de enfermedades inflamatorias.</li> <li>- Protección específica</li> </ul>				<p>Segundo nivel de atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico precoz.</li> <li>- Exploración física adecuada.</li> <li>- Historia clínica.</li> <li>- Tratamiento oportuno.</li> <li>- Limitación del daño.</li> <li>- Realización de estudios.</li> </ul>		
				<p>Tercer nivel de atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rehabilitación.</li> <li>- Orientar sobre la importancia de incluir alimentos de alto residuo.</li> <li>- Cuidados a la herida.</li> <li>- Actividad física paulatinamente.</li> </ul>		

## V. EJECUCION.

La cuarta fase del Proceso de Enfermería, es la ejecución, en esta fase se proporciona la asistencia a la paciente, requiere que todo el personal de enfermería conozca todas las fases para proporcionar la asistencia adecuada, el personal efectúa valoraciones adicionales, que permiten la identificación diagnóstica del paciente.

Las actuaciones de enfermería incluyen asistencia directa que permiten el acercamiento con el paciente, facilitando el proceso de enfermería.

El establecimiento de asistencia como parte integrante del registro de enfermería, garantiza el cumplimiento de dichas normas.

5.1 Plan de cuidados.

<b><u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.</u></b>	
Intolerancia a realizar actividades por el dolor abdominal que presenta.	
<b><u>OBJETIVO</u></b>	
Hospitalizar a la paciente para vigilar evolución del padecimiento y evitar complicaciones.	
Realizar interrogatorio para recopilar datos y así poder realizar adecuada historia clínica.	La historia clínica es un documento en donde se registran los antecedentes del paciente, su padecimiento actual y datos correspondientes a la exploración física.
<b><u>ACCIONES DE ENFERMERIA</u></b>	
Auscultar a la paciente.	<b>FUNDAMENTACION.</b> Este método se efectúa para percibir, oír e identificar ruidos auxiliándose del estetoscopio.
Orientar sobre su hospitalización y sobre los procedimientos que se le van a realizar	La explicación es una forma de comunicación que permite al paciente entender y colaborar adecuadamente con los procedimientos.
Colocarle ropa hospitalaria.	El uso de ropa hospitalaria es una norma de unificación en un hospital, la cual debe estar confeccionada con el material previamente establecido.

ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION.
<p>Toma de signos vitales. (Temperatura, pulso, respiración presión arterial).</p>	<p>Los signos vitales son manifestaciones objetivas de la vida que reflejan el estado fisiológico de un individuo y varían de acuerdo a la edad de los pacientes.</p>
<p>Canalizar una vena, para mantener una vía permeable.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- solución glucosada al 5%.....400 cc.</li> <li>- NaCl..... 2.3 cc.</li> <li>- Kcl..... 2.0 cc.</li> <li>- Pasar a 50 cc. X hora.</li> </ul>	<p>Lo ideal es en una vena radial, ya que es el sitio seguro.</p>
<p>Técnica de sujeción adecuada.</p>	<p>La sujeción debe conservar antes que nada la anatomía del miembro del lugar que se utilice ya que de no ser así se puede originar una deformidad.</p>
<p>Toma de muestras de laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bh, Pth, RxTx, Mbs, Qs..</li> </ul>	<p>Es importante contribuir a este procedimiento ya que es posible realizar un diagnóstico a través de ellos.</p>
<p><b><u>EVALUACION.</u></b></p> <p>Se hospitalizó a la paciente y se siguió la evolución del dolor abdominal.</p>	

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.**

Temor y ansiedad de la paciente pre-escolar ya que persiste con dolor abdominal.

**OBJETIVO**

Disminuir el temor tratando de infundir confianza durante su estancia en el hospital.

**ACCIONES DE ENFERMERIA**

**FUNDAMENTACION.**

Orientar a los padres y a la paciente sobre los procedimientos.

Explicar cada procedimiento antes de realizarlo, se obtendrá una mayor comprensión y cooperación.

Escuchar con interés, confianza y paciencia.

La capacidad de poder escuchar al paciente pediátrico y a sus padres es muy importante ya que se pueden valorar varias situaciones.

Mantener una actitud profesional en relación con la paciente pediátrica

Los valores y creencias influyen en la práctica profesional.

Utilizar lenguaje sencillo y claro.

El uso de términos médicos disminuye la efectividad de la comunicación.

**EVALUACION.**

La paciente colaboró, no obstante su estado de ánimo provocado por su malestar, se logró hacerle sentir confianza.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.**

Alteración en la nutrición posterior a ingesta de fruta (tunas).

**OBJETIVO**

Mejorar el patrón nutricional y el balance en los alimentos.

**ACCIONES DE ENFERMERIA**

Orientar sobre los alimentos que promuevan una dieta equilibrada que favorezca la evacuación regular.

**FUNDAMENTACION.**

Una dieta bien equilibrada que contenga alimentos ricos en fibra estimula el peristaltismo y promueve a una evacuación regular.

Promover una adecuada ingesta de líquidos.

La adecuada ingesta de líquidos ayuda a mantener la consistencia de las heces en el intestino y contribuir a que exista una eliminación adecuada.

**EVALUACION.**

Se logró que se entendiera la importancia de los alimentos ricos en fibra y de la ingesta de abundantes líquidos.

<b><u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.</u></b>	
Deterioro de la movilidad física originando inadecuada postura (fetal), persistencia de dolor abdominal e irritabilidad.	
<b><u>OBJETIVO</u></b>	
Colaborar para que se lleve a cabo un diagnóstico y terapéutica adecuados.	
<b><u>ACCIONES DE ENFERMERIA</u></b>	<b><u>FUNDAMENTACION.</u></b>
Colaborar en la identificación de signos y síntomas de alarma. - Dolor abdominal persistente. - incapacidad para evacuar. - fiebre.	La irritabilidad, el dolor abdominal, la postura fetal, incapacidad de evacuar, todos estos datos de interés pueden orillar a pensar en un padecimiento de vientre agudo.
Exploración física	Persistencia en dolor abdominal orillado a fosa iliaca derecha.

ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION.
<p>Control de líquidos.</p>	<p>Se inicia hidratación con el control de líquidos parenterales, realizando anotaciones estrictamente correspondientes a las cantidades que ingresan y egresan.</p> <p>Existen pérdidas insensibles, que son muy importantes de tomarse en consideración en los pacientes pre-escolares, como son: fiebre, diaforesis entre otras.</p>
<p>Administración de antibióticos.</p> <p>Ampicilina (100mgs./kg /día) 466mgs.I.V. c/8 horas.</p> <p>Amikacina (7.5 mg/kg/dosis) 100 mgs.I.V. c/12 horas</p> <p>Metronidazol (30 mgs/kg/día) 140 mg I.V. c/8 horas.</p> <p>Dipirona (30 mg I.V. PRN).</p>	<p>El uso profiláctico de antibióticos contribuye a reducir las infecciones y evitar procesos que pudieran llegar a ser sépticos.</p>
<p>Orientar a la paciente pre-escolar sobre el período que permanecerá en ayuno.</p>	<p>La disminución total de alimentos orales reduce el riesgo transoperatorio evitando aspiración del cualquier tipo.</p>

<b>ACCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION.</b>
<p>Revisión de estudios de laboratorio y radiológicos (BH, PTH, EGO, ES, RxTx, QS)</p>	<p>El adecuado conocimiento de valores normales, conllevan a integrar una decisión adecuada y oportuna.            La biometría hemática reportó aumento en los leucositos.            La PTH cifras óptimas de coagulación.            La radiografía de abdomen muestra borramiento del psoas, borramiento de grasa peritoneal derecha.</p>
<p><b><u>EVALUACION.</u></b></p> <p>Los padres de la paciente pre-escolar comprendieron los procedimientos necesarios para contribuir al diagnóstico de cirugía.</p>	

<b><u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.</u></b>	
Ansiedad presentada por la paciente pre-escolar y los padres manifestada por lo desconocido.	
<b><u>OBJETIVO</u></b>	
Infundir confianza en la paciente y los padres.	
<b>ACCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION.</b>
Explicar a los padres la importancia y finalidad de la rutina pre-operatoria.	La información puede ayudar a disminuir la ansiedad que se genera de algo desconocido.
Preparación de la paciente antes del traslado al quirófano. (Vigilar permeabilidad de líquidos parenterales y resultados de estudios de laboratorio completos)	Todo procedimiento requiere de un seguimiento y preparación adecuada evitando así pérdidas innecesarias de tiempo.
Proporcionar pijama hospitalaria adecuada.	La ropa de algodón disminuye la electrificación.
Preparación adecuada de la región. - Colocar capelina.	La asepsia médica son las técnicas que permiten reducir los microorganismo de una área o región.

**EVALUACION.**

La ansiedad presentada por la paciente y los padres disminuyó, cuando se les dió la preparación psicológica y se les explico la rutina preoperatoria.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.**

Inquietud en relación con la nueva área de encame y rutinas ya que después de la cirugía pasará al área de hospitalización.

**OBJETIVO**

Hacer del conocimiento del paciente y de los padres, las nuevas rutinas.

**ACCIONES DE ENFERMERIA**

Recibir al paciente y trasladarlo a su unidad.

**FUNDAMENTACION.**

La recepción y traslado de un paciente se debe realizar con medidas de seguridad adecuadas, ya que todavía el paciente presenta efectos anestésicos.

Al recibir a la paciente pre-escolar, vigilar estado de conciencia.

La anestesia modifica el patrón conductual. Una forma de valor el estado de conciencia de la paciente, es cuestionarla con datos como su nombre, quienes son sus padres entre otros.

Posición decúbito dorsal con la cabeza de lado.

La posición adecuada es para proteger a nuestro paciente dando la anatomía propia y así tratar de evitar posible aspiración.

ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION.
<p>Verificar permeabilidad en los líquidos parenterales.</p>	<p>Si contamos con una adecuada permeabilidad venosa, favorece a tener un equilibrio hídrico adecuado.</p>
<p>Coloración y temperatura.</p>	<p>Es de interés considerar los patrones adecuados respecto a la coloración ya que estos nos reflejan si algo esta siendo anormal como por ejemplo: La cianosis es originada por la falta de oxigenación en los tejidos y células, adquiriendo color azulado.</p>
<p><b><u>EVALUACION.</u></b></p>	
<p>Se dieron a conocer las rutinas de la nueva área de hospitalización, la paciente se recibió del quirófano sin problema alguno.</p>	

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.**

Alteración en la postura pos-operatoria por sentir inmovilidad.

**OBJETIVO**

Proporcionar la atención adecuada para una pronta recuperación anestésica y cuidados a la herida quirúrgica.

**ACCIONES DE ENFERMERIA**

**FUNDAMENTACION.**

Registro de signos vitales hasta recuperación total.

Los signos vitales nos reflejan el equilibrio fisiológico del organismo.

Vigilar la presencia de nauseas y vómitos.

La medicación anestésica dentro de sus reacciones secundarias presenta nauseas por el estímulo que existe.

Administración de antibióticos:

Ampicilina (100mgs./kg /dia) 466mgs.i.v. c/8 horas.

Amikacina (7.5 mg/kg/dosis) 100 mgs.i.v. c/12 horas

Metronidazol (30 mgs/kg/dia) 140 mg i.v. c/8 horas.

El uso de terapéutica antimicrobiana reduce el posible riesgo de infección.

Aplicación de analgésicos:  
Metamizol. (300 mg i.v. PRN.)

Los analgésicos reducen el dolor.

ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION.
<p>Verificar el correcto control de líquidos parenterales y mantener un balance hídrico apropiado.</p>	<p>Un adecuado balance hídrico genera un equilibrio en el organismo.</p>
<p>Mantener ayuno.</p>	<p>El ayuno es necesario, ya que la vía oral se iniciará hasta que el paciente presente tránsito intestinal, gases y no exista distensión abdominal.</p> <p>Con respecto a los pacientes escolares, se requiere de un convencimiento más audaz.</p>
<p><u>EVALUACION.</u></p> <p>Se logró una adecuada recuperación no existiendo complicación alguna, además se contó con la colaboración de la paciente para que esta pudiera permanecer en ayuno.</p>	

<b><u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.</u></b>	
Temor a realizar deambulaci3n asociada a la herida quir3rgica	
<b><u>OBJETIVO</u></b>	
La pronta recuperaci3n por medio de la deambulaci3n temprana.	
<b>ACCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION.</b>
Asistencia en la deambulaci3n.	La adecuada deambulaci3n evita complicaciones.
Realizar aseo corporal . - Vigilar aspecto de la herida quir3rgica. - Valorar inicio de la v3a oral.	La imagen, limpia aumenta la estima. El ba1o en regadera arrastra en forma mec3nica g3rmenes.
<b><u>EVALUACION.</u></b>	
Una vez que se conocieron los beneficios de la deambulaci3n, los padres y la paciente pre-escolar colaboraron en dicha actividad.	

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.**

Inicio de la vía oral.

**OBJETIVO**

Valorar que se tengan las condiciones óptimas para proporcionar la alimentación.

**ACCIONES DE ENFERMERIA**

Exploración física.

**FUNDAMENTACION.**

Una exploración física previa, nos permite detectar posible contraindicación para el inicio de la vía oral.

Ofrecer dieta indicada.

La ingesta suficiente de líquidos colabora en mantener los patrones intestinales así como promover una adecuada formación y consistencia de las heces.

**EVALUACION.**

La paciente pre-escolar ingirió con satisfacción la dieta.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.**

Mantener equilibrio nutricional.

**OBJETIVO**

Los alimentos balanceados nos permiten un adecuado equilibrio hídrico y nutricional.

**ACCIONES DE ENFERMERIA**

**FUNDAMENTACION.**

Se retiran líquidos parenterales.

Una vez utilizada la vía oral, ya no es necesario permanecer con hidratación endovenosa.

Ofrecer dieta.

Los alimentos limpios y con buen aspecto, estimulan la sensación de apetito, se recomienda incluir alimentos altos en fibra.

**EVALUACION.**

Se contó con mayor movilidad de la paciente, aceptó la dieta sin presentar ninguna complicación .

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.**

Inquietud relacionada con la herida quirúrgica.

**OBJETIVO**

Detectar oportunamente algún dato de infección o complicación.

**ACCIONES DE ENFERMERIA**

Cuidados a la herida quirúrgica.

- Signos de alarma.
- Enrojecimiento, presencia de secreción purulenta.
- Edema.
- Dehiscencia de la herida.

**FUNDAMENTACION.**

La paciente pre-escolar por su corta edad, presenta una colaboración disminuida, lo que demanda mayor atención y observación por parte de los padres, dándoles a conocer algunos posibles datos de infección como los siguientes: Enrojecimiento, presencia de secreción, edema, dehiscencia de la herida, entre otros.

**EVALUACION.**

Se contó con la cooperación oportuna de los padres, paciente y equipo de salud, no existiendo ninguna complicación en la herida quirúrgica informándose del retiro de las suturas en días posteriores.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.**

Alteración del confort y actividades permitidas.

**OBJETIVO**

Describir que actividades puede realizar.

**ACCIONES DE ENFERMERIA**

Auto cuidado de la herida quirúrgica.

**FUNDAMENTACION.**

Proporcionar la información con respecto a los signos de complicación.

Orientar respecto a actividades permitidas.

- Deambulación.
- Baño.
- Ejercicio *no se recomienda.*
- Que la dieta contenga alimentos de alto residuo.

No realizar actividades bruscas ni intensas que puedan lastimar accidentalmente a la paciente.

**EVALUACION.**

Se entendió de la importancia del auto cuidado y de las actividades permitidas

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.**

Egreso de la paciente pre-escolar.

**OBJETIVO**

Que se indiquen medidas generales de alimentación, posibles signos de complicación y actividades permitidas.

**ACCIONES DE ENFERMERIA**

**FUNDAMENTACION.**

Orientar respecto a la dieta.

Se deben consumir alimentos balanceados y ricos en fibra.

Actividades permitidas.

Las actividades ligeras, nos permiten un autocuidado.

Continuar con terapéutica en casa.

La medicación por vía oral e intramuscular es necesaria para concluir una terapéutica.

Orientar respecto a posibles datos de complicación, como son:

- Presencia de secreción.
- Separación de los bordes de la herida.
- Enrojecimiento.
- Edema.

ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION.
Acudir a su cita en la consulta externa.	Verificar la adecuada evolución de la herida y revaloración del tratamiento.
<p><b><u>EVALUACION.</u></b></p> <p>Se les proporcionó a los padres de la paciente, la información relacionada con los alimentos balanceados y ricos en fibras.</p>	

## VI. EVALUACION.

### 1. El diagnóstico de enfermería referente a:

Intolerancia a realizar actividades por el dolor abdominal que presenta.

Objetivo:

Hospitalizar a la paciente para vigilar evolución del padecimiento y evitar complicaciones.

Acciones de enfermería:

- Realizar interrogatorio para recopilar datos y así poder realizar adecuada historia clínica.
- Auscultar a la paciente.
- Orientar sobre su hospitalización y sobre los procedimientos que se le van a realizar.

- Colocarle ropa hospitalaria
  
- Toma de signos vitales (Temperatura, pulso, respiración presión arterial).
  
- Canalizar una vena, para mantener una vía permeable.
  
- Solución glucosada al 5%.....400 cc.  
NaCl..... 2.3 cc.  
Kcl..... 2.0 cc.  
Pasar a 50 cc. x hora.
  
- Técnica de sujeción adecuada.
  
- Toma de muestras de laboratorio  
Bh, Pth, RxTx, Mbs, Qs..

Evaluación realizada::

Se hospitalizó a la paciente y se siguió la evolución del dolor abdominal.

2. El diagnóstico de enfermería referente a:

Temor y ansiedad de la paciente pre-escolar ya que persiste con dolor abdominal.

**Objetivo:**

*Disminuir el temor tratando de infundir confianza durante su estancia en el hospital.*

Las acciones de enfermería fueron:

- Orientar a los padres y a la paciente sobre los procedimientos.
- Escuchar con interés, confianza y paciencia.
- Mantener una actitud profesional en relación con la paciente pediátrica.
- Utilizar lenguaje sencillo y claro.

**Evaluación realizada:**

La paciente colaboró, no obstante su estado de ánimo provocado por su malestar, se logró hacerle sentir confianza.

**3. El diagnóstico de enfermería referente a:**

Alteración en la nutrición posterior a ingesta de fruta (tunas).

**Objetivo:**

Mejorar el patrón nutricional y el balance en los alimentos.

**Las acciones de enfermería fueron:**

- Orientar sobre los alimentos que promuevan una dieta equilibrada que favorezca la evacuación regular.
- Promover una adecuada ingesta de líquidos.

**Evaluación realizada:**

Se logró que se entendiera la importancia de los alimentos ricos en fibra y de la ingesta de abundantes líquidos.

**4. El diagnóstico de enfermería referente a:**

Deterioro de la movilidad física originando inadecuada postura (fetal), persistencia de dolor abdominal e irritabilidad.

**Objetivo:**

Colaborar para que se lleve a cabo un diagnóstico y terapéutica adecuados.

**Las acciones de enfermería fueron:**

- Colaborar en la identificación de signos y síntomas de alarma.

- . dolor abdominal persistente.
- . incapacidad para evacuar.
- . fiebre.
  
- Exploración física.
  
- Control de líquidos.
  
- Administración de antibióticos:
  - . Ampicilina (100mgs./kg /día) 466mgs.i.v. c/8 horas.
  - . Amikacina (7.5 mg/kg/dosis) 100 mgs.i.v. c/12 horas
  - . Metronidazol (30 mgs/kg/día) 140 mg i.v. c/8 horas.
  - . Dipirona (30 mg i.v. prn).
  
- Orientar a la paciente pre-escolar sobre el período que permanecerá en ayuno.
  
  
- Revisión de estudios de laboratorio y radiológicos (bh, pth, ego, es, rxtx, qs) .

Evaluación realizada:

Los padres de la paciente pre-escolar comprendieron los procedimientos necesarios para contribuir al diagnóstico de cirugía.

5. El diagnóstico de enfermería referente a:

Ansiedad presentada por la paciente pre-escolar y los padres manifestada por lo desconocido.

Objetivo:

Infundir confianza en la paciente y los padres.

Las acciones de enfermería fueron:

- Explicar a los padres la importancia y finalidad de la rutina pre-operatoria.
- Preparación de la paciente antes del traslado al quirófano. (Vigilar permeabilidad de líquidos parenterales y resultados de estudios de laboratorio completos)

- Proporcionar pijama hospitalaria adecuada.
  
- Preparación adecuada de la región.
  
- Colocar capelina.

Evaluación realizada:

La ansiedad presentada por la paciente y los padres disminuyó, cuando se les dió la preparación psicológica y se les explicó la rutina preoperatoria.

6. El diagnóstico de enfermería referente a:

Inquietud en relación con la nueva área de encame y rutinas ya que después de la cirugía pasará al área de hospitalización.

Objetivo:

Hacer del conocimiento del paciente y de los padres, las nuevas rutinas.

Las acciones de enfermería fueron:

- Recibir al paciente y trasladarlo a su unidad.
  
- Al recibir a la paciente pre-escolar, vigilar:
  - . estado de conciencia.
  - . Posición decúbito dorsal con la cabeza de lado.
  - . Verificar permeabilidad en los líquidos parenterales.
  - . Coloración y temperatura.

Evaluación realizada:

Se dieron a conocer las rutinas de la nueva área de hospitalización, la paciente se recibió del quirófano sin problema alguno.

7. El diagnóstico de enfermería referente a:

Alteración en la postura pos-operatoria por sentir inmovilidad.

**Objetivo:**

Proporcionar la atención adecuada para una pronta recuperación anestésica y cuidados a la herida quirúrgica.

Las acciones de enfermería fueron:

- Registro de signos vitales hasta recuperación total.
- Vigilar la presencia de náuseas y vómitos.
- Administración de antibióticos:
  - Ampicilina (100mgs./kg /día) 466mgs.I.V. c/8 horas.
  - Amikacina (7.5 mg/kg/dosis) 100 mgs.I.V. c/12 horas
  - Metronidazol (30 mgs/kg/día) 140 mg I.V. c/8 horas.
- Aplicación de analgésicos:
  - Metamizol. (300 mg I.V. PRN.)
- Verificar el correcto control de líquidos parenterales y mantener un balance hídrico apropiado.
- Mantener ayuno.

**Evaluación realizada:**

Se logró una adecuada recuperación no existiendo complicación alguna, además se contó con la colaboración de la paciente para que esta pudiera permanecer en ayuno.

**8. El diagnóstico de enfermería referente a:**

Temor a realizar deambulación asociada a la herida quirúrgica

Objetivo:

La pronta recuperación por medio de la deambulación temprana.

Las acciones de enfermería fueron:

- Asistencia en la deambulación.
- Realizar aseo corporal:
  - Vigilar aspecto de la herida quirúrgica.
  - Valorar inicio de la vía oral.

Evaluación realizada:

Una vez que se conocieron los beneficios de la deambulaci3n, los padres y la paciente pre-escolar colaboraron en dicha actividad.

9. El diagn3stico de enfermer3a referente a:

Inicio de la v3a oral.

Objetivo:

Valorar que se tengan las condiciones 3ptimas para proporcionar la alimentaci3n.

Las acciones de enfermer3a fueron:

- Exploraci3n f3sica.
- Ofrecer dieta indicada.

Evaluación realizada:

*La paciente pre-escolar ingirió con satisfacción la dieta.*

10. El diagnóstico de enfermería referente a:

Mantener equilibrio nutriciona.

Objetivo

Los alimentos balanceados nos permiten un adecuado equilibrio hídrico y nutricional.

Las acciones de enfermería fueron:

- Se retiran líquidos parenterales.
- Ofrecer dieta.

Evaluacion realizada:

*Se contó con mayor movilidad de la paciente, aceptó la dieta sin presentar ninguna complicación .*

11. El diagnóstico de enfermería referente a:

Inquietud relacionada con la herida quirúrgica.

Objetivo:

Detectar oportunamente algún dato de infección o complicación.

Las acciones de enfermería fueron:

- Cuidados a la herida quirúrgica.
- signos de alarma.
- enrojecimiento, presencia de secreción purulenta.
- edema.
- dehiscencia de la herida.

**Evaluación realizada:**

Se contó con la cooperación oportuna de los padres, paciente y equipo de salud, no existiendo ninguna complicación en la herida quirúrgica informándoles del retiro de las suturas en días posteriores.

**12. El diagnóstico de enfermería referente a:**

Alteración del confort y actividades permitidas.

**Objetivo:**

Describir que actividades puede realizar.

Las acciones de enfermería fueron:

- Auto cuidado de la herida quirúrgica.
- Orientar respecto a actividades permitidas.
  - . deambulación.
  - . baño.

- . ejercicio no se recomienda.
- . que la dieta contenga alimentos de alto residuo.

Evaluación realizada:

Se entendió de la importancia del auto cuidado y de las actividades permitidas.

13. El diagnóstico de enfermería referente a:

Egreso de la paciente pre-escolar.

Objetivo:

Que se indiquen medidas generales de alimentación, posibles signos de complicación y actividades permitidas.

Las acciones de enfermería fueron:

- Orientar respecto a la dieta.

- Actividades permitidas.
- Continuar con terapéutica en casa.
- Orientar respecto a posibles datos de complicación, como son:
  - . presencia de secreción.
  - . separación de los bordes de la herida.
  - . enrojecimiento.
  - . edema.
- Acudir a su cita en la consulta externa.

Evaluación realizada:

Se les proporcionó a los padres de la paciente, la información relacionada con los alimentos balanceados y ricos en fibras.

## 6.1 Plan de Alta:

1. *Satisfacer las necesidades emocionales de la paciente pre-escolar y su familia.*
2. *Explicar sobre todo lo relacionado con la dieta a seguir en casa y la importancia de incluir alimentos de alto residuo.*
3. *Referir todos los cuidados que se deben seguir con respecto a la herida quirúrgica; mencionarle sobre los posibles datos de complicación que se pudieran presentar.*
4. *Indicar los horarios en que debe administrar sus analgésicos.*
5. *Las actividades físicas están restringidas durante las primeras semanas.*
6. *Hacer incapié en la importancia de que acudan a sus citas de seguimiento y revisión.*

## 6.2 Conclusiones:

Con el trabajo realizado nos damos cuenta que es importante conocer acerca del padecimiento de apendicitis, ya que nos permite saber más sobre este padecimiento y una manera posible de prevenir las complicaciones que por falta de cuidados se generan.

El proceso de atención de enfermería, es la resolución científica de problemas de un paciente, dirigido por los cuidados de enfermería a ser proporcionados, utiliza diferentes etapas para llevar a cabo una atención de calidad, asimismo, presenta algunas condiciones sobre el método de solución de problemas o necesidades, mismo que permite la capacidad de discusión en el ámbito profesional de enfermería.

Desde que se realiza la recopilación de datos, la historia clínica, un plan de atención, permite detectar los problemas y necesidades biopsicosociales que nos sirven de utilidad para la adecuada planificación de cuidados que se proporcionarán al paciente y así poder brindar una buena atención y no solo realizar algún procedimiento como rutina o solo por realizar el trabajo. A diferencia de contar con el conocimiento de lo que se va a realizar y favorecer la pronta recuperación del paciente.

Se contó con la colaboración absoluta de los padres de la paciente.

El personal profesional que conoció sobre el proceso de atención, también contribuyó en forma dinámica.

## VII. ANEXOS:

### 7.1 MARCO TEORICO.

#### 7. 1.1 Anatomía:

El apéndice es un órgano pequeño y digitiforme de unos 10 cms. de longitud, que se continua con el ciego en sentido distal a la válvula ileocecal. No se le conocen funciones definidas en los humanos. Se llena de alimento y se vacía con la misma regularidad que el ciego, del que es parte, sin embargo, a veces su vaciamiento es ineficaz porque su calibre interior es pequeñísimo, de tal forma que se obstruye con facilidad y es vulnerable a la infección (apendicitis).

“La enfermedad es prevalente en países en que las personas consumen alimentos con poco residuo y muchos productos con abundantes carbohidratos refinados. En Estados Unidos, cada año se efectúan unas 200,000 apendicectomías por apendicitis aguda.”<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> BRUNNER, Sholtis, et al . Enfermería Médico Quirúrgica, edit. Interamericana, sexta edición, pag. 825

### 7.1.2 Fisiología:

El apéndice se inflama y se vuelve edematoso por acotamiento u oclusión, quizás por algún fecalito (fragmento duro de heces), tumor o cuerpo extraño." El proceso inflamatorio aumenta la presión intraluminal, acumulo de secreciones, compromiso vascular e hipoxia , ulceración de la mucosa, presencia de exudado purulento, invasión bacteriana y consecuentemente gangrena y perforación".<sup>5</sup>

### 7.1.3 Concepto.

Apendicitis.- Padecimiento caracterizado por inflamación del apéndice.

### 7.1.4 Etiología.

Este padecimiento puede ser desencadenado por infecciones secundarias, estreñimiento o por uso excesivo de laxante, o también en personas que no consumen en la dieta de productos de alto residuo.

---

<sup>5</sup> GONZALEZ, Opcit, pag. 86.

### 7.1.5 Cuadro clínico.

“Con lo cual se inicia dolor generalizado, progresivamente intenso de la mitad superior del abdomen, que en cuestión de horas se localiza en el cuadrante inferior derecho de tal zona. Suele acompañarse de febrícula, náuseas y a menudo vómito. El explorador puede provocar dolor local a la palpación en el punto de Mcburney, que es el punto medio entre el ombligo y la espina iliaca anterior, al aplicar presión moderada en él, y también advierte alguna rigidez en la porción inferior del músculo recto anterior derecho del vientre. Suele haber leucocitosis moderada y anorexia.”<sup>6</sup>

El grado de dolor a la palpación, la intensidad del espasmo muscular y la presencia de estreñimiento y diarrea depende no tanto de la gravedad de la infección apendicular como del sitio en que esta el apéndice. Si está por detrás del ciego (retrocecal), el dolor al defecar sugiere que la punta del apéndice esta junto al recto; si aparece al orinar, indica que esta cerca de la vejiga y que comprime el ureter. Mas tarde o temprano, el apéndice inflamado se llena de pus y se perfora con lo que el dolor se vuelve mas difuso. Surge distensión abdominal como resultado de íleo paralítico.

“El enfermo tiene febrícula, con recuento leucocítico mayor de 10000/mm<sup>3</sup>. El numero de neutrófilos suele aumentar a mas de 75 %. sin

---

<sup>6</sup> BRUNNER, Opcit, pag 825.

embargo, el número de leucocitos y el recuento diferencial son normales en 10% de las personas con apendicitis aguda.”<sup>7</sup>

En la exploración física, son datos comunes la rigidez muscular moderada, ruidos intestinales normales y dolor local de rebote a la compresión (aparición o intensificación del dolor al retirar la mano que comprime el punto de McBurney).

La flexión de la cadera derecha es una posición de protección a la que recurre el sujeto; apunta a la presencia de irritación del músculo psoas iliaco (signo del psoas) por el apéndice inflamado.

---

<sup>7</sup> BRUNNER, Op.cit. pag. 826.

### 7.1.6 Diagnóstico Diferencial.

"Son muchas las entidades nosológicas con las cuales hay que establecer el diagnóstico diferencial, pero las más importantes son: enfermedad inflamatoria, pélvica, quiste de ovario torcido, divertículo de meckel, adenitis mesentérica y litiasis e infecciones del tracto urinario."<sup>8</sup>

### 7.7 Tratamiento Clínico.

La cirugía siempre está indicada si se supone apendicitis aguda, salvo que haya pruebas contundentes de perforación reciente y peritonitis generalizada. El paciente recibe tratamiento conservador con soluciones parenterales de electrolitos y aminoácidos, se efectúa la aspiración gástrica y se administran antibióticos, esperando que la infección se localice y que este en condición apropiada para hacer drenaje quirúrgico. Mientras persista la incertidumbre en cuanto a la operación, no se administran analgésicos narcóticos, incluso en caso de dolor moderado, ya que pueden enmascarar los síntomas. Una vez tomada la decisión, suele recurrirse a los analgésicos.

---

<sup>8</sup> GONZALEZ, Operat pag. 85

### 7.1.8 Tratamiento Quirúrgico.

“Cuando se requiere operar, se prepara al enfermo con sumo cuidado. Se inicia la administración endovenosa de soluciones a fin de que haya diuresis adecuada y se reponga la pérdida de líquidos. Para disminuir la hipertermia, puede recurrirse a medios físicos o químicos. Si hay signos o posibilidad de íleo paralítico, cabe introducir una sonda nasogástrica. Se pide al individuo que orine, se hace asepsia del abdomen y se aplican los medicamentos preoperatorios ordenados. Por lo común, no se utilizan enemas, salvo que el médico lo solicite, en cuyo caso se aplican despacio.”

“Los individuos con dolor abdominal agudo suelen considerar la operación como una medida de alivio y al aceptarla, se facilita en cierta forma la anestesia y el curso posanestésico. La operación puede hacerse con anestesia general o raquídea. Las incisiones más usadas son la de Mcburney, la de dehiscencia muscular y la de Rockey Davis(transversa).”<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> BALDNER, *Opct.*, pag. 826

### 7.1.9 Medidas preventivas.

*Programar pláticas para informar de los alimentos que contienen alto residuo de fibra, para su integración a la dieta, así como de los beneficios que se tiene al disminuir alimentos irritantes.*

#### Cuidados Pre-operatorios

*Por lo anteriormente expuesto, se recomienda que todo paciente con dolor abdominal sugerente de apendicitis se hospitalice para observación y se inicie el siguiente manejo:*

- 1.- Mantener al paciente en ayuno y con soluciones parenterales.
- 2.- Tomar tele de torax y placa simple de abdomen.
- 3.- Tomar biometría hemática, examen general de orina y pruebas de tendencia hemorrágica.
- 4.- Controlar la temperatura por medio físicos.
- 5.- Corregir el desequilibrio hidroelectrolítico, si existe.
- 6.- Administrar antibióticos si hay datos de perforación.

*"Por lo común, se utilizan gentamicina - clindamicina o metronidazol, sonda nasogástrica si es necesario (distensión abdominal*

importante o vómitos a pesar del ayuno) y manejo de choque séptico, cuando existe<sup>10</sup>

### Cuidados Post-operatorios.

En caso de apendicitis aguda se debe mantener en ayuno al paciente hasta que se restablezca el tránsito intestinal (12 a 24 horas). Administrar soluciones parenterales según requerimientos, analgésicos y proporcionar cuidados generales. Normalmente estos pacientes pueden darse de alta 48 horas después de la intervención quirúrgica.

---

<sup>10</sup> GONZALEZ, Opcit, pags. 86, 87

## Bibliografía.

1. ALFARO, Rosalinda, "Aplicación de Proceso de Enfermería", Editorial Doyma, Barcelona España, 1989.
2. "Antología del Proceso de Atención de Enfermería", Unam-Eneo 1996, pags. 9-21
3. ATKINSON, Lesli D., etal., "Proceso de Atención de Enfermería". Editorial Manual Moderno, pags. 9-83.
4. BOSNER, R. Philo M.S., etal., "Anatomía Humana", primera edición 1989, pags. 204-207.
5. BROOK, Stewart M., "Guía para el exámen Profesional de Enfermería", Editorial Interamericana, pags. 422-430.
6. BRUNNER, Sholtis Lillian, etal., "Enfermería Médico Quirúrgica", Editorial Interamericana, sexta edición, pags. 825-827.
7. Ediciones Médicas, Hospital Infantil de México, "Urgencias en Pediatría", tercera edición, pags. 450-452.

8. "Enciclopedia Autodiáctica océano", editorial Grupo Océano, edición 1995, pags. 1522-1525.
9. GANON, "Manual de Fisiología", Editorial Interamericana, edición 1990.
- 10.- GONZALEZ Romero Guillermo, etal., "Principios de Cirugía Pediátrica", Editorial Trillas, primera edición 1990. Pags. 83-87.
11. KUMATE, Jesús, etal, "Manula de Infectología", editorial Méndez Cervantes, duodécima edición 1990, pags. 9-23.
12. LEIFER, Gloria, "Enfermería Pediátrica", editorial interamericana, cuarta edición, pags. 303-306.
13. "Manual de Aspectos Administrativos", editorial Sedena, edición 1991, pags. 56.
14. "Manual de Aspectos Técnicos de Enfermería", editorial Sedena, edición 1993, pags. 229-238.

15. "Manual de Procedimientos de Enfermería", editorial Sedena, edición 1992, pags. 257-266.

16. MARINER, Ann, "El Proceso de Atención de Enfermería un efonque Científico", Editorial Manual Moderno, 1990, pags. 12-19.

17. MATA, Cortés MA. Magdalena, etal., "Proceso de Atención de Enfermería", ENEO-UNAM, Antología, junio 1996.

18. PEÑA, Rodríguez Alberto, "Decisiones Terapéuticas en el niño Grave", Editorial Interamericana, Mcgraw-Hill, segunda edición, pags. 173-208.

19. RODRIGUEZ, Carranza Rodolfo, "Vademecum Académico de Medicamento", Editorial Interamericana, segunda edición

20. ROPER, Nancy, "Diccionario de Enfermería", Editorial Interamericana, 16ª edición.