



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

**FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA
SUBSUBCEDE VENUSTIANO CARRANZA CHIAPAS**

CURSO ESPECIAL DE TITULACIÓN

**PROCESO ATENCIÓN ENFERMERO “PLACE”
APLICADO A UN PACIENTE CON
“APENDICETOMÍA”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

ROSA LUZ BALLINAS DOMINGÉZ

ACESOR:

MTRA. MARIA FERNANDA SOLIS CRUZ

Venustiano Carranza, Chiapas

Junio de 2018





Venustiano Carranza, Chis.
8 febrero de 2018

C. Rosa Luz Ballinas Domínguez

Pasante del Programa Educativo de: Licenciatura en Enfermería

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:
Proceso de atención de enfermería "PLACE" aplicado a un paciente con apendicetomía.

En la modalidad de Curso especial de titulación

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores:

Lic. Fatima de Jesus Villalobos Zavala

Esp. Berenice Isabel Morales Rodriguez

Med. José Victor Molina La Flor

Firmas:

Agradecimiento

Agradecemos a la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas por avernos dado la oportunidad de realizar nuestra licenciatura y desarrollarnos profesionalmente.

A la Maestra María Fernanda Solís Cruz por habernos asesorado; gracias maestra por su paciencia, por sus sabios consejos, por el conocimiento y por el tiempo brindado.

A cada uno de los integrantes de nuestra familia por su incondicional apoyo especialmente en los momentos más difíciles durante la carrera y por habernos dado la oportunidad de seguir creciendo profesionalmente.

A dios por habernos dado la vida y la oportunidad de realizar una licenciatura y poderla concluir satisfactoriamente.

Índice

Agradecimiento.....	1
Capítulo I	
1.1. Introducción.....	3
1.2. Justificación.....	4
1.3 Objetivos.....	5
• Generales y Específicos.	
Capitulo II Marco Teórico	
2.1. Descripción del PAE.....	6
2.2. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 Para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud.....	8
2.3. Fisiopatología Apendicitis Fase III / Apendicectomía.....	13
2.4. Tratamiento Farmacológico.....	15
2.5. Tratamiento Quirúrgico.....	15
2.6. Material.....	17
2.7. Historia natural de la ENFERMEDAD.....	19
Capitulo III Metodología	
3.1. Reseña Bibliográfica de MARGORY GORDON.....	20
Capitulo IV Historia Clínica	
4.1. Ficha de identificación.....	27
4.2. Antecedentes personales no patológicos.....	27
4.3. Antecedentes patológicos	27
4.4. Antecedentes Gineco-Obstétrico	28
4.5. Antecedentes heredofamiliares	28
4.6. Padecimiento actual.....	28
Capítulo V	
5.1. Exploración Céfalo-caudal.....	29
5.2. Signos Vitales	30
5.3. Somatometria	30
5.4. Aspecto General	31
Capítulo VI	
6.1. Valoración de los 11 patrones funcionales de Marjoryn Gordon.....	34
Capitulo VII	
7.1. Diagnóstico de enfermería con tabla de jerarquización.....	37
7.2. Places.....	39
7.3. Plan de alta.....	81
Capitulo VIII	
8.1. Conclusiones.....	82
8.2. Recomendaciones	82
8.3. Bibliografía	83
8.4 Anexo 1.....	90
8.5. Anexo 2.....	91

Capítulo I.

1.1. Introducción

Según la OMS la apendicitis es la enfermedad quirúrgica más frecuente en los servicios de cirugía y ocupa el primer lugar de las intervenciones quirúrgicas de abdomen, que se realiza en estos servicios en todo el mundo.

El presente proceso de atención enfermero (PAE) tiene por objetivo establecer un plan de cuidados de enfermería basada en las necesidades de una paciente de la tercera edad con Apendicitis fase III / Apendicectomía, en el IMSS prospera de Venustiano Carranza; Chiapas.

Se escogió a la clínica IMMSS Prospera de Venustiano Carranza; Chiapas, para la realización de este estudio de caso clínico en el cual, se tomó a una paciente de la tercera edad con apendicitis fase III /apendicectomía; a la que se acompañó en todo el proceso preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio haciendo las valoraciones correspondientes y aplicando las intervenciones de enfermería correspondientes en los tres momentos hasta el alta del paciente.

Por lo consiguiente en este proceso de atención enfermero se abordan dos tipos de procesos enfermeros que son; los estandarizados y los individualizados esto con la finalidad de que las personas puedan observar las diferencias que existen en cada una de estas sin dejar de lado la atención al paciente.

Mediante los cuidados enfermeros brindados a la paciente de la tercera edad se logró que la paciente se recuperara satisfactoriamente después de la intervención quirúrgica además de brindarles orientación a los familiares para la prevención de complicaciones después del alta de la paciente.

Es importante que el profesional de enfermería aplique toda la metodología del proceso enfermero para brindar una atención individualizada y humanística y documentar la información para reforzar y obtener información disponible y favorecer el ámbito de la investigación en nuestra profesión.

1.2. Justificación

La apendicitis es una enfermedad quirúrgica de mayor incidencia entre la población que requiere de una intervención médica oportuna para disminuir las complicaciones y bajar el índice de mortalidad del paciente.

El uso del PAE nos permite brindar un cuidado enfermero de manera integral y con fundamentos científicos; nos da la oportunidad de aplicar e incluir nuestro conocimiento enfermero adquirido tanto en la práctica como en clase, permitiendo formar un juicio clínico basado en el PLACE.

Permite; a, el (o) la enfermera entrar al campo de la investigación ya que aplicamos una metodología científica en su realización y en la ejecución de nuestros cuidados enfermeros, además nos brinda la oportunidad para la obtención del titular de licenciatura en enfermería.

Por lo consiguiente el propósito de este trabajo es establecer un plan de cuidados de enfermería en un caso clínico; basada en las necesidades que presenta una paciente con apendicitis; identificando las necesidades de la paciente; manejar las medidas de prevenciones estandarizadas y manejando las medidas de prevención de complicaciones.

Se escogió a la clínica IMSS Prospera de Venustiano Carranza; Chiapas, para la realización de este estudio de caso clínico en el cual se tomó a una paciente de la tercera edad con apendicitis fase tres /apendicectomía; a la que se acompañó en todo el proceso preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio haciendo las valoraciones correspondientes y aplicando las intervenciones de enfermería correspondientes en los tres momentos hasta el alta del paciente.

1.3. Objetivos

Objetivo General

Establecer un plan de cuidados de enfermería basada en las necesidades de una paciente de la tercera edad con Apendicitis fase III / Apendicectomía, en el IMSS prospera de Venustiano Carranza; Chiapas.

Objetivos Específicos

- Proporcionar cuidados específicos, dirigidos a la seguridad del paciente, mantener la dignidad, prevenir las complicaciones.
- Identificar las necesidades del paciente.
- Manejar las medidas de prevenciones estandarizadas para evitar complicaciones con el paciente.

Capítulo II. Marco Teórico

2.1. Descripción del PAE

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el método conocido como proceso de atención enfermero (PAE) es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros.

El proceso promueve unos cuidados de una forma interpersonal, cíclico, universal, con un enfoque holístico, humanístico centrados en unos objetivos eficaces.

Fases del proceso enfermero:

- ❖ Valoración: es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud del paciente a través del paciente de diversas fuentes.
- ❖ Diagnóstico: los diagnósticos de enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficit de autocuidado en la persona y que son responsabilidad de la enfermera.
- ❖ Planificación: consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería.
- ❖ Ejecución: en esta fase el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnósticos. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo.
- ❖ Evaluación: el propósito de esta etapa es evaluar el proceso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello.

El PLACE se refieren a los planes de cuidados enfermeros los cuales serán aplicados al paciente que asido valorado y están enfocados a cumplir un objetivo en

la mejoría del mismo; el place es parte del proceso enfermero por lo cual es el resultado final que el enfermero quiere llevar a cumplir en su paciente.

Estos planes de cuidados están fundamentados a través de un proceso científico y metodológico del cual se toman las bases para realizar el PLACE y poder fundamentar todas las intervenciones y actividades que se le realizaran a la persona, familia o comunidad.

2.2 NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud

5. De la prestación del servicio de enfermería, aspectos generales

5.1. La prestación del servicio de enfermería se realizará en establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, así como los que otorgan servicios en forma independiente, según su preparación académica o calificación requerida y el grado de responsabilidad para la toma de decisiones, de acuerdo a lo establecido en el apartado 6 de esta norma.

5.2. Las actividades mencionadas en los puntos 6.1 al 6.7 de esta norma, están ordenadas según su grado de complejidad, las mismas deberán ser realizadas por el personal de enfermería que se menciona en cada punto, sin embargo, éstas no son limitativas para el personal de enfermería que tenga mayor grado académico del que se enuncia en cada punto, pero sí son limitativas para quienes no tienen el grado académico mínimo que se menciona, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

5.3. En los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, así como, para los que prestan sus servicios de forma independiente, sólo se reconocerán los estudios de formación y capacitación en enfermería de las instituciones pertenecientes al Sistema Educativo Nacional y los documentos expedidos en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

5.4. Si los estudios se realizaron en el extranjero, deberán contar con el documento de revalidación de estudios emitido por la autoridad o institución educativa competente.

5.5. Para la prestación de servicios de enfermería en los establecimientos para la atención médica y la prestación de servicios en forma independiente, se requiere que las constancias, certificados, títulos profesionales o diplomas hayan sido legalmente expedidos y, en su caso, registrados por las autoridades educativas competentes y los demás documentos mencionados en las disposiciones jurídicas

aplicables, hayan sido expedidos en términos de las mismas, tal y como se ha descrito en el apartado de definiciones.

5.6. Las autoridades de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, así como los que prestan sus servicios de forma independiente, deberán utilizar el contenido de esta norma para definir las estructuras de empleo y servicio correspondientes a fin de lograr la homogenización en los diferentes sectores que emplean personal de enfermería.

5.7. Las autoridades de los establecimientos para la atención médica que prestan servicios de enfermería deberán:

5.7.1. Procurar que el personal de enfermería cuente con la certificación profesional vigente expedida por los organismos colegiados que han obtenido el reconocimiento de idoneidad, expedido por el Consejo Consultivo de Certificación Profesional.

5.7.2. Dar la inducción al puesto a todo el personal de nuevo ingreso a una institución o sujeto a movimiento, en un área específica, de acuerdo a las necesidades detectadas, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

5.7.3. Evitar emplear al personal de enfermería en funciones fuera de sus competencias y capacidades, salvo en caso de urgencia con la condición de que sea: a título provisional; que cuente con la experiencia suficiente; supervisión, ya sea del personal médico o personal profesional de enfermería responsable de las actividades asignadas o de un experto del área de atención médica, ciencia o área de conocimiento, en su caso.

5.8. El personal de enfermería está obligado a:

5.8.1. Verificar oportunamente la existencia y funcionamiento óptimo del equipo que se utiliza para proporcionar el cuidado de enfermería y, en su caso, reportar los faltantes y las fallas que representen un riesgo para los usuarios de los servicios de salud o para el propio personal. En correspondencia, los establecimientos de atención médica proporcionarán los recursos necesarios de material y equipo, verificando con oportunidad el buen funcionamiento de los mismos;

5.8.2. Conocer y aplicar, cuando corresponda, las Normas Oficiales Mexicanas citadas en el apartado 3 de esta norma, de acuerdo a su ámbito de su competencia;

5.8.3. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos de acuerdo a su ámbito de competencia;

5.9. Cumplir con las normas institucionales y de orden técnico en materia laboral, que apliquen en el ámbito específico de su competencia, a fin de contribuir a la seguridad del usuario, la del equipo de salud, así como, para la conservación del medio ambiente.

6. De la prestación de servicios de enfermería, aspectos particulares

6.1. Las actividades en apoyo a la atención de las necesidades básicas de comodidad e higiene del paciente o actividades relacionadas con la preparación de equipo y material, corresponden preferentemente al personal no profesional, quien debido a su nivel de capacitación debe ejecutar cuidados de baja complejidad delegados y supervisados por personal técnico o profesional de enfermería, su función primordial es de colaborador asistencial directo o indirecto de los profesionistas de la salud. El personal no profesional está facultado para realizar intervenciones de enfermería interdependientes.

6.2. La prestación de servicios de enfermería que corresponden a los profesionales técnicos de enfermería en el ámbito hospitalario y comunitario, dada su formación teórico-práctica son los cuidados de mediana complejidad que los faculta para realizar acciones interdependientes derivadas del plan terapéutico e independientes como resultado de la aplicación del proceso atención enfermería. Su función sustantiva es asistencial y las adjetivas son de colaboración en las funciones administrativas y docentes.

6.3. La prestación de servicios de enfermería de naturaleza independiente o interdependiente en un campo específico de la enfermería, corresponde a los técnicos especializados en enfermería, debido a que por su nivel académico, este personal está facultado para otorgar cuidados de mediana complejidad que han sido determinados como resultado de la valoración del equipo de salud y establecidos en el plan terapéutico. Su función sustantiva es asistencial en un campo específico y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

6.4. La prestación de los servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los ámbitos hospitalario o comunitario, corresponde al licenciado en enfermería, debido a que su formación de nivel superior lo faculta para desarrollar un plan de intervenciones que puede valorar, ejecutar y evaluar. Es capaz de interactuar de manera interdependiente y

desarrollar acciones derivadas del plan terapéutico. Su nivel académico lo hace competente para otorgar cuidados de mediana complejidad de predominio independientes. Cuenta con las competencias para colaborar en la formación de recursos humanos para la salud y para la realización de investigaciones de predominio operativo. Su función sustantiva es asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

6.5. La prestación de servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los servicios especializados de la atención a la salud, corresponde al personal de enfermería con estudios de posgrado en un área específica de la práctica profesional, debido a que cuenta con los conocimientos necesarios para desarrollar un plan de intervenciones independientes que pueda valorar, ejecutar y evaluar proporcionando cuidados de alta complejidad que se deriven del plan terapéutico interdisciplinario. Su ámbito de aplicación son unidades hospitalarias o comunitarias. Aplica modelos tendientes a incrementar la calidad del cuidado, promueve la utilización de modelos y técnicas innovadoras en su especialidad, así como la investigación de su práctica y la aplicación de hallazgos, incluyendo relaciones o colaboraciones interdisciplinarias o multidisciplinarias con profesiones vinculadas a la práctica de enfermería o a un tema o área de investigación aplicada. Su función sustantiva es la asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

6.6. La prestación de servicios de enfermería, relacionada con los roles de educador, investigador, consultor o asesor en los temas clínicos, de la salud pública, bioéticos o legales implícitos en la atención del personal de la salud con un nivel de participación y liderazgo, le corresponden al personal de enfermería con maestría,

debido a que por su grado de formación con estudios avanzados posteriores a la licenciatura en un área específica, lo faculta para asumir esos roles. Identifica problemas de la práctica y sistemas de cuidado que requieran ser estudiados. Colabora en la generación de nuevos conocimientos y en estudios interdisciplinarios o multidisciplinarios. Su función sustantiva es de docencia, administración e investigación.

6.7. La prestación de servicios de enfermería, relacionada a las acciones para generar conocimiento en las diferentes áreas de la salud, corresponde al personal de enfermería con doctorado, debido a que por su grado de formación con estudios avanzados de posgrado en un área específica, está facultado para dirigir estudios de investigación interdisciplinaria o multidisciplinaria. Aporta evidencias científicas para la formulación de políticas que mejoren la calidad y la seguridad de los pacientes, así como para la formación de recursos humanos para la salud. Su función sustantiva es de investigación.

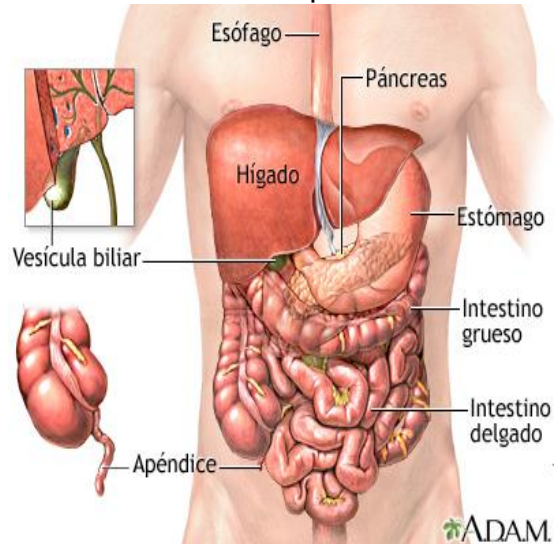
2.3. Fisiopatología de Apendicitis Fase III / Apendicectomía.

Apendicitis es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acumulo de moco asociado con poca elasticidad de la serosa.

La máxima incidencia ocurre en la 2 y 3 fase de la vida, raro son los grupos de edades extremas que sufren cierta patología. El 7% al 12 % de la población padece apendicitis agudas, dentro de la sucesión de los síntomas son las características diagnosticas más importantes

El apéndice en el adulto es de forma tubular ciega, de aproximadamente 9 cm de longitud, variando desde formas cortas de 5 cm hasta formas largas de 35 cm. El apéndice posee un pequeño mesenterio que contiene la arteria apendicular en su

borde libre, en dicho mesenterio no aparecen las arcadas típicas de la irrigación intestinal por lo que la arteria apendicular es terminal, este hecho puede traslaparse al entorno clínico, ya que, al ser parte de una irrigación terminal, la arteria apendicular en casos de apendicitis es incapaz de abastecer las necesidades del tejido, generándose daño isquémico. La base del apéndice recibe también aporte sanguíneo



de las arterias cólicas anterior y posterior, de allí la importancia de una ligadura adecuada del muñón apendicular, con el fin de evitar sangrado de estos vasos.

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,

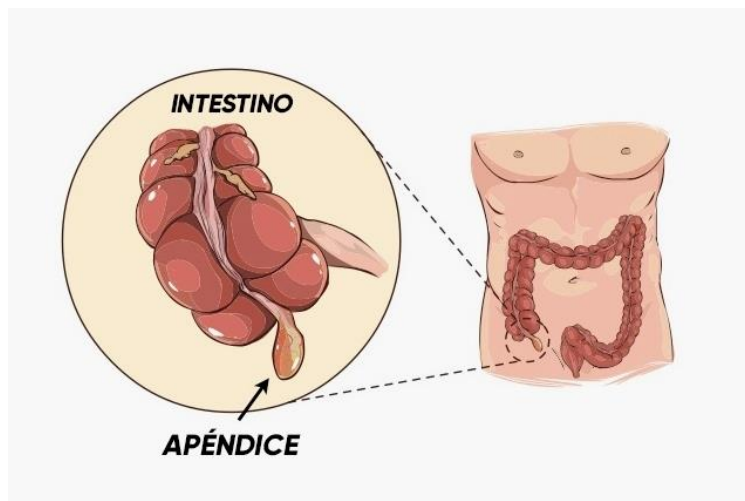
favoreciendo aún más el crecimiento bacteriano y desencadenando la producción de edema.

Síntomas:

- ❖ Dolor abdominal de inicio periumbilical. Pacientes amanecen con malestar epigástrico de inicio gradual y persistente desagradable angustioso
- ❖ Este dolor dura aproximadamente 6 horas se localiza en FID con náuseas y a veces vómitos. El cambio en la localización del dolor indica formación de exudado inflamatorio. DK irritación peritoneal DK dolor localizado y suprime el dolor epigástrico referido.
- ❖ Dolor en FID punto McBurney de intensidad mediana, sensación de distensión o desgarramiento. El paciente trata de no realizar movimientos.

Fases:

- ❖ Edematosa: (catarral) edema de la mucosa
- ❖ Flemonosa: (supurativa) abscesos de pared y lesiones isquémicas de la mucosa, exudado fibrinoso.
- ❖ Purulenta: micro abscesos y exudado purulento peri apendicitis.
- ❖ Necrótica: (gangrenosa) trombosis de los vasos del Meso apéndice y hemorragia de ulceración y necrosis de la mucosa.



2.4. Tratamiento farmacológico

Según la (Secretaria de Salud, 2009) se sugiere profilaxis antibiótica preoperatorio con 2g de cefoxitina intravenosa en el momento de la indicción anestésica a todos los pacientes. Se utiliza cefazolina (1-2 gr. IV.) mas metronidazol (500 mgr. IV) dosis única como profilaxis contar antibiótica. En caso de no contar con cefazolina y cefoxitina se recomienda el uso de cefotaxima como antibiótico para la profilaxis antimicrobiana en apendicitis aguda y en caso de hipersensibilidad a este fármaco se utilizará amikacina.

2.5. Tratamiento quirúrgico

La cirugía se conoce con el nombre de apendectomía y consiste en hacer una incisión en la fosa iliaca derecha o laparotomía, según la gravedad del paciente

El objetivo de este procedimiento es extirpar el apéndice cecal.

El tipo de incisión que se hará será según el criterio del cirujano, así como del caso clínico las cuales pueden ser abordadas por: incisión McBurne; paramédia derecha infraumbilical y media infraumbilical.

A continuación en la siguiente tabla se describe la técnica empleada para la apendicetomía según (Medina & Gerrero, 2009).

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA	
Actividades del cirujano	Actividades de la instrumentista
Realizar incisión de McBurney	Proporcionar mango de bisturí núm.4 con hoja de bisturí núm.20.
Profundiza la incisión por las fibras del oblicuo mayor y transversal del abdomen.	Proporciona electrocoagulador o mango de bisturí núm. 3 con hoja de bisturí núm. 10
Pinza y corta transversalmente pequeños segmentos de fascia transversal y peritoneo.	Proporcionar pinza Kelly curvas y tijeras Metzenbaum curvas o bisturí.

Separar los bordes de la herida e incide la cavidad peritoneal para descubrir la región ileocecal y el apéndice.	Proporcionar separador Richardson, pinzas de disección sin dientes y tijeras metzenbaum curvas.
Toma la punta del mesoapéndice y moviliza el ciego e íleon terminal para caracterizar hacia la herida quirúrgica.	Proporciona pinza Bacock.
Separar el apéndice del mesoapéndice mediante un pequeño orificio de la zona avascular cerca de la base del mesoapéndice, realizando pinzamiento y cortes seriados del mismo.	Proporciona las piezas Kelly o de ángulo, tijeras Metzenbaum curvas y seda libre 2-0 o 3-0.
Toma la base del apéndice.	Proporciona piezas Kelly curvas.
En la pared del ciego, alrededor de la base del apéndice, coloca una sutura en bolsa de tabaco (jareta).	Proporciona portaagujas con seda traumática.
Sostiene una de las asas para posteriormente realizar contracción al intervenir el muñón apendicular	Proporciona pinzas Kelly curvas.
Liga la base de la apéndice	Proporciona seda libre 2-0.
Realiza corte de la base del apéndice directamente arriba de las pinzas.	Proporciona mango de bisturí núm. 3 con hoja núm.10.
Invierte el muñón apendicular el ciego para invaginarlo.	Proporciona Pinza Kelly curvas.
Anuda la sutura de la jareta y coloca un segundo punto de refuerzo en "N" o "Z".	Proporciona portaagujas, con seda atraumática 3-0, pinza de disección sin dientes y tijeras Mayo rectas.

Sierra la herida por planos	Proporciona portaagujas, con pinzas de disección con dientes y sin dientes, polipropileno núm. 1, pologactina 910 núm. 1 y 3-0 nylon 3-0 y tijeras Mayo rectas.
-----------------------------	---

2.6. Material

MATERIAL DE CONSUMO

Hojas de bisturí núm. 20 y 10.

Guantes de látex.

Gasas sin trama de 10 x10 cm

Gasas con trama de10 x 10 cm

Compresas de gasa.

INSTRUMENTAL DE CIRUGÍA GENERAL

2 pinzas Rochester o Fuertes

2 pinzas Babcock

3 Mangos de bisturí No. 3, 4, 7

1 pinza de anillos o de Forester

2 Disección Adson c/d y s/d

1 pinza crille

1 pinza Kelly

2 pinza Allis

2 pinzas de angulo

1 tijera de metzembaum

1 tintera de mayo
2 p. piel y campo o erina
2 separadores de farabeus
2 separadores de Richardson
2 separadores de deavers
1 cánula de yankaver
1 porta agujas mayo hegar
1 charola de mayo
1 jeringa asepto
1 tubo aspirador

MATERIAL DE SUTURA

Seda libre 2-0 y 3-0.

Seda atraumática 2-0 y 3-0. (catgut cromico 0 2-0 3-0)

Polipropileno núm. 1 y 3-0 vicril del 0-1

Nylon 2 - 3-0.

LENCERÍA QUIRÚRGICA

Equipo de cirugía general.

EQUIPO Y APARATOS MÉDICOS

Electrocoagulador.

Equipo de succión-aspiración

Equipo de anestesia

2.7.HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

TRIADA ECOLOGICA		HORIZONTE CLINICO					
<p style="text-align: center;">Inflamación aguda del apéndice, hipertrofia del tejido linfoide apendicular, necrosis y perforación del apéndice.</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>Paciente femenino de 69 años. La apendicetomía se puede realizar a cualquier edad ya que la apendicitis se presenta en cualquier etapa de la vida.</p> <p>Factores higiénicos, infecciosos, bacterianos, así como factores genéticos.</p>						Muerte	
				Recuperación		Dieta adecuada Rehabilitación	
				Secuela		Sepsis abdominal Resección colónica	
				complicación		Peritonitis, infección, acceso, perforación del apéndice	
		Signos y síntomas		Dolor abdominal en fosa iliaca derecha, abdomen rígido y sensible a la palpación. El ultrasonido se observa apéndice inflamado sus bandas se encuentran anchas.			
Cambios tisulares		Dolor abdominal, puede ser una molestia vaga por encima del ombligo. El dolor y la sensibilidad abdominal suelen ir acompañados de fiebre, escalofríos, pérdida del apetito, náuseas, vómitos mal aliento, etc.					
Periodo pre patogénico		Periodo patogénico					
Prevención primaria		Prevención secundaria				Prevención terciaria	
Promoción y fomento	Prevención específica	Diagnóstico temprano	Tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación	Tratamiento paliativo	Cuidados terminales
-Crear conciencia en la población para tratarse las infecciones bacterianas. -fomentar los buenos hábitos alimenticios, así como la desinfección de los alimentos. -Pláticas sobre la higiene corporal y alimenticia.	-Inducir a la población al uso de abendazol para desparasitarse al menos 2 veces al año. -Hablar sobre el plato del buen comer para mejorar la alimentación -Hablar sobre higiene bucal para mejorar la digestión.	-Identificar la localización del dolor abdominal (fosa iliaca derecha). -Realización de un ultrasonido abdominal para observar el apéndice inflamado Toma de laboratorios para comprobar presencia de infección.	-Apendicetomía para prevenir perforación o formación de un absceso. -Apendicetomía laparoscópica con pequeñas incisiones y una cámara	-Vigilar datos de peritonitis. -Verificar datos de infección en la herida abdominal. -Prevenir una recesión colónica. -Dieta. -Deambulación precoz.	-Tratamiento médico basado en antibióticos para el control de la sepsis. -Cirugía para la realización de una recesión colónica -Evitar aparición de úlceras por presión si el paciente no se puede mover.	-Apoyo psicológico. -Tratamiento farmacológico a base de opioides. -Comodidad y confort. -Observar las fases del duelo para que se lleven a cabo cada una.	-Brindar una muerte digna evitando más complicaciones. -Apoyo emocional. -Acompañar al paciente en caso de que se encuentre solo (sin familiares). -Preparar a la familia y al paciente para aceptar la muerte.

Capítulo III. Metodología

3.1. Reseña bibliográfica de Marjory Gordon

La valoración del paciente tiene una gran importancia para reconocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero.

Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus patrones funcionales (1982).

Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los patrones funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismo; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por patrones funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Los 11 patrones funcionales se denominan de la siguiente manera:

- Patrón 1: percepción- manejo de la salud
- Patrón 2: nutricional-metabólico
- Patrón 3: eliminación
- Patrón 4: actividad-ejercicio
- Patrón 5: sueño-descanso
- Patrón 6: cognitivo-perceptual
- Patrón 7: autopercepción- auto concepto
- Patrón 8: rol-relaciones
- Patrón 9: sexualidad-reproducción
- Patrón 10: adaptación-tolerancia al estrés
- Patrón 11: valores-creencias

En las siguientes líneas vamos a desarrollar los distintos patrones en lo relativo a sus contenidos y objetivos, y también en la manera en que se puede hacer de ellos

una herramienta útil y práctica en la valoración, mediante la exposición de preguntas pertinentes y focos de atención relacionados con cada uno de ellos. El enfoque y los límites de las preguntas utilizadas en este documento, conllevan una ligera adaptación a las necesidades del proyecto mismo, dado que en él no se trabaja con individuos, como si ocurren en la práctica profesional de enfermera habitual, si no con prototipos o abstracciones de individuos en una situación patológica concreta. Por ello se debe huir, cuando realicemos la valoración en el ámbito de este proyecto, de describir situaciones concretas que no sean aplicables al conjunto, o a la mayoría, de individuos que se encuentren en la situación que describe el GDR estudiado.

Toda esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos patrones funcionales que están alterados, o en peligros de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES

PATRON 1: PERCEPCION-MANEJO DE LA SALUD

Este patrón describe, básicamente, como percibe el propio individuo, la salud y el bienestar, y como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Por tanto, se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.) la adherencia al tratamiento médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.).

En concreto, mediante la valoración de este patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

Recomendaciones de datos a obtener:

¿Cómo percibe el paciente su estado de salud? ¿Se considera “sano”, “enfermo”?

¿Falta frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudios por alteraciones en su salud (catarros frecuentes, molestias inespecíficas, etc.) en los últimos tiempos?

¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma? ¿Bebe alcohol en exceso, consume drogas?

¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: ¿se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, etc.?

¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico?

¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?

¿Es alérgico a alguna sustancia?

¿Ha tenido ingresos hospitalarios?

¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?

¿Ha estado o está expuesto a práctica potencialmente infectiva?

PATRON 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO

Mediante la valoración de este patrón, se pretende determinar las costumbres de consumos de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta.

Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

Recomendaciones de datos a obtener:

¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diario? Variedad y cantidad. Numero de ingesta/día y distribución.

¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?

¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diario?

¿Cómo es el apetito: disminuido, aumentado?

¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos? ¿Tiene prótesis dentarias? ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?

¿Hay pérdida o ganancia de peso? ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)?

¿Cuál es el estado de la piel y mucosas? ¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tiene? ¿Existe lesiones en ellas? ¿Cuáles son las características de las mismas?

¿Qué temperatura corporal tiene?

PATRON 3: ELIMINACION

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

Recomendaciones de datos a obtener:

¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a su frecuencia?

¿Existen molestias? ¿Utiliza medidas auxiliares para su producción? ¿Hay problemas con su control?

¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria? ¿Hay dificultades para su emisión? ¿Hay incontinencia?

¿Cómo es la sudoración: ¿excesiva, con fuerte olor?

¿Es el paciente portador de ostomía, drenaje o sonda?

PATRON 4: AVTIVIDAD-EJERCICIO

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

Recomendaciones de datos a obtener:

¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?

¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad?

¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, wáter, vestido, movilidad en cama y movilidad general?

¿Realiza actividades de ocio?

¿Cómo es su presión arterial? ¿Y su respiración?

¿Es portador de escayolas?

PATRON 5: SUEÑO-DESCANSO

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

Recomendaciones de datos a obtener:

¿Cuántas horas duerme diariamente?

¿Concilia bien el sueño? ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?

¿Cuándo se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día? ¿Es reparador su sueño?

¿Tiene pesadillas?

¿Toma alguna sustancia para dormir?

¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día? ¿Utiliza técnica para lograrlo?

¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?

PATRON 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo.

Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección.

En este patrón también se determina la existencia o no de dolor.

Así mismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

Recomendaciones de datos a obtener:

¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audífono o gafas?

¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?

¿Le es difícil centrar la memoria? ¿Le es difícil concentrarse?

¿Le es fácil tomar decisiones?

¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?

¿Siente dolor o malestar físico? ¿Cómo lo combate?

PATRON 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Describe el patrón de auto concepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conservación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos aculares, etc.).

Recomendaciones de datos a obtener:

¿Cómo se ve a sí mismo? ¿Está conforme consigo mismo?

¿Se han producido cambios en su cuerpo? Sí es así ¿Cómo los ha asumido?

¿Se enfada frecuentemente? ¿Suele estar aburrido o con miedo?

¿Suele estar con ansiedad o depresivo?

¿Tiene periodos de desesperanza?

PATRON 8: ROL-RELACIONES

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc... Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

Recomendaciones de datos a obtener:

¿Vive solo o en familia? ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son?

¿Dependen del paciente la familia para algunas cosas importantes?

¿Existen problemas en las relaciones familiares: ¿con la pareja, con los hijos, con los padres?

¿Cómo se viven en el seno familiar la enfermedad actual?

¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios? ¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos?

¿Pertenece a algún grupo social?

¿Tienes amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?

¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

PATRON 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

Recomendaciones de datos a obtener:

¿A qué edad apareció la menarquia o la menopausia (según corresponda)?

¿Cómo es el periodo menstrual?

¿Ha habido embarazos? ¿Ha habido abortos?

¿Algún problema relacionado con la reproducción?

¿Utiliza métodos anticonceptivos?

¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?

PATRON 10: ADAPTACION – TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Recomendaciones de datos a obtener:

¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?

¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se acuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?

¿Tiene alguien cercano al poder contar con sus problemas con confianza? ¿Lo hace cuando es necesario?

¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?

PATRON 11: VALORES –CREENCIAS

Describe los patrones de valores, objetivos, y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

Recomendaciones de datos a obtener:

¿La religión es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?

¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar?

¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?

¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?

Capitulo IV. Historia Clínica

4.1. Ficha de Identificación

Paciente femenino que responde al nombre S.C.D.S. de 69 años con número de expediente 1F946SS, con un peso de 55k y una talla 1.50 cm, de nacionalidad mexicana, profesa la religión católica, sin escolaridad (analfabeta), con una ocupación de ama de casa, de estado civil viuda, su tipo de relación es heterosexual, número de parejas 1, tiene 6 hijos; 5 hombres y 1 mujer, su objetivo de salud es mantener su estado de salud estable por su familia principalmente por su hijos que son su prioridad, originaria de la zona urbana s/n, municipio de Venustiano Carranza; Chiapas; actualmente radica en el mismo municipio.

Su nivel socioeconómico es bajo, la información fue proporcionada por la misma paciente y el expediente clínico.

4.2. Antecedentes No Patológicos

Durante la entrevista la paciente menciona que su casa está construida de materia de concreto, el techo es de lámina, cuenta con piso firme, tienen los servicios públicos (agua, luz, alcantarillado), tiene dos habitaciones, un baño, como mascota tiene un perro, también tienen zoonosis (gallinas, puerco), se realizan el aseo personal diario y se cambian diario sus ropa , realizan el aseo bucal diario, todos cuentan con el esquema de vacunación completo, en sus tiempos libres se dedican a disfrutar de la familia. Su alimentación es adecuada por mencionar algunas como son las hojas verdes como el chipilín, verdolagas, quelites, verduras como son las zanahorias, tomates, calabazas; consumo de carne de pollo y de pescado.

4.3. Antecedentes Personales Patológicos

La paciente refiere que de pequeña presento viruela no recuerda a que edad, niega ser crónica degenerativa, es alérgica a la penicilina, cirugías previas (+) plástica umbilical hace 29 años, plastia inguinal hace 39 años, coleostomia hace 7 años,

LAPE hace 7 años, secundarios a tumoración abdominal, plastia posicional hace 5 años, LAPE el día de hoy 6 de julio 2017, secundario a apendicitis fase 3.

4.4. Antecedentes Gineco-Obstétricos

La paciente comenta que a la edad de 12 años inicio su menarca, con un ritmo normal, pocos cólicos menstruales, inicio una IVSA a los 18 años, tuvo 6 partos normales, ningún aborto, se realizó la OTB después del último parto, no recuerda su inicio del premenopausia, menopausia, nunca se realizó un Papanicolaou y mastografías.

4.5. Antecedentes Heredofamiliares

La paciente negó los datos de los antecedentes cuando se le realizo la entrevista. Menciono que sus padres fallecieron a edad avanzada de manera natural.

4.6. Padecimiento Actual

Menciona iniciar padecimiento el día de ayer con dolor en mesogastrio, acompañado de nauseas, y evacuación liquida en 1 ocasión, por lo cual acude a valoración. Se solicita interconsultas a medico en turno, solicitando USG abdominal, el cual reporta masa hipoecoica en región periumbilical, sugestiva a proceso inflamatorio en región apendicular. Posterior a revolución se determina tratamiento quirúrgico, encontrando como hallazgo, apéndice retrocecal de 15*10 cm. Necrosada en su tercio inferior, tejido friable a nivel de su base, sin datos de perforación intestinal.

Actualmente refiere dolor en sitio de herida quirúrgica negada datos de encefalopatía hipertensiva, niega sintomatología urinaria, uresis presente, canaliza gases.

CAPITULO V

5.1. Exploración Céfaló Caudal

CABEZA: redonda, regular de acorde a su cuerpo, buena implantación del cabello, higiene regular

CARA cara, simétrica, facies un poco triste, con buena coloración de tegumentos sin presencia de dolor a la palpación piel arrugada, integra, delgada, móvil, temperatura acorde al ambiente.

OJOS: pupilas isocóricas normorreflexicas

NARIZ: tabique nasal centrado y simétrico, con presencia de vellos nasales; sin deformaciones y sin presencia de secreciones.

BOCA: mucosas orales hidratadas, sin ninguna lesión palpebral

GARGANTA: sin presencia de lesiones,

CUELLO: normal de acuerdo a su edad y complejión sin datos de alteraciones, de características normales no hay presencia de deformaciones ni de daño aparente, simétrico, movimientos coordinados, ganglios linfáticos normales, sin dolor a la palpación, sin presencia de edemas, nódulos ni tumoraciones.

TORAX: simétrico, normoexpansible patrón respiratorio regular. Ampliación conservada. Campos pulmonares limpios y bien ventilado, sin presencia de dolor a la palpación.

ABDOMEN: globoso a expensas de pániculo adiposo, con herida quirúrgica limpia, sin datos de infección, bordes bien afrontados, deprimible dolor a la palpación en sitio de la herida quirúrgica.

RIÑONES: sin datos de infección y sin ninguna alteración

COLUMNA VERTEBRAL: con presencia de lordosis, sin masas, con textura de piel lisa.

APARATO GENITAL: aparentemente normal y de acuerdo a la edad, sin datos de infección.

RECTO: aparentemente normal sin alguna alteración

EXTREMIDAD: superiores e inferiores integras y funcionales sin presencia de heridas o fracturas, llenado capilar instantáneo.

5.2 SIGNOS VITALES

Preoperatorio

T/A: 126/80 mmhg.

FC: 80X'

FR:21X'

TEMP. 37.5° C

Transoperatorio

16:10 horas.	16:25 horas.	16:40 horas.	16:55 horas.
T/A:130/76 mmhg.	T/A:106/61 mmhg.	T/A:94/53 mmhg.	T/A:94/53 mmhg.
FC:69 X`	FC: 64 X`	FC:57 X`	FC: 59 X`
FR:20X`	FR: 20 X`	FR:18 X`	FR:19 X`
SAT.O2: 100%	SAT.O2: 100%	SAT.O2: 100%	SAT.O2: 100%
TEMP. 36.6°C	TEMP. 36.5°C	TEMP. 36.5°C	TEMP. 36.0°C

Potoperatorio

T/A: 120/70 mmhg.

FR: 21X`

FC: 75X`

PULS: 78X`

TEMP: 36.5°C

5.3. Somatometria

PESO: 55 KG

TALLA: 1.50

IMC: 24.44

5.4. Aspecto General

Ingresa paciente femenino de 69 años de edad al área de urgencias el día 08/07/17; a las 05:00 horas con signos vitales T/A:120/80 FC:80 FR:21 x' TEMP.37 °C ingresa por dolor abdominal, APP alérgica a la penicilina.

PA. Inicio el día de ayer por la noche con dolor inguinal derecho generalizado, automedicada con naproxeno sin mejoría, hoy con vomito en 3 ocasiones de contenido gastroalimenticio; 2 evacuaciones liquidas por la mañana; padecimiento actual con 2 horas de evolución; con alto riesgo de bridas por múltiples cirugías, con datos de irritación peritoneal se ingresa por protocolo y valoración quirúrgica; se solicita USG y laboratoriales.

Se obtienen laboratoriales con los siguientes resultados: BHC: 12.8 TP. 95 TPT. 33.7 HTO. 36.4 INR. 0.79 LEUCOS: 18.6 PLAQUETAS: 254000 GRUPO Y RH: O (+).

Se mantiene a la paciente en ayuno, se le instala una sonda vesical No16 y se le instala solución NaCl al 0.9% de 1000cc. Para 8 horas.

Medicamentos:

ranitidina 50mg. iv. C/12 horas.

Cefotaxima 1g. iv. C/8 horas.

Metronidazol 500mg. iv. C/8 horas.

Ketorolaco 30mg. iv. C/8 horas.

Ingres a quirófano las 16:05 horas; paciente femenino de 69 años, con diagnóstico de apendicitis complicada, se programa de forma urgente para apendicectomía.

Ingres a con 900 ml. de solución salina al 0.5% con signos vitales de: T/A:120/80mmhg., FR:20x', FC: 70x', TEMP:36.6°C.

Se recibe expediente completo y se verifica hoja de consentimiento informado, hoja de anestesia, hoja intervención quirúrgica, las cuales están en orden y firmadas.

Se confirma en banco de sangre que esté disponible paquete globular con cruce sanguíneo 0 RH+

Se realiza llenado de hoja de cirugía segura, se corrobora procedimiento a realizar y paciente.

Cirugía proyectada: apendicectomía

Cirugía realizada: apendicectomía

Se pone a la paciente en posición de cubito dorsal; a las 16:10 se le aplica anestesia general balanceada, inducción anestésica con fentanil 250 mg. IV., propofol 130 mg. IV., vecuronio 5mg. IV.; se le realiza laringoscopia directa con mango y hoja #3, se introduce TET. # 7.5 mm.

Se le asiste al médico para realizar antisepsia en la zona abdominal, genital y muslos con hisodine espuma se realiza procedimiento de manera rotatoria del centro a la periferia, de lo distal a lo proximal; se abre bulto de cirugía general y el instrumental; se ayuda a vestir al médico y a su ayudante, así como también se asiste en el calzado de guantes con técnica cerrada. Se procede a cerrar campo quirúrgico y se inicia el procedimiento quirúrgico a las 16:15 min; se proporciona mango de bisturí núm.4 con hoja de bisturí núm. 20; el cirujano procede a realizar incisión tipo McBurney; se proporciona bisturí núm. 3 con hoja de bisturí núm.10; procede a disecar por planos hasta llegar a cavidad abdominal, procede a localizar apéndice cecal, la cual se encuentra totalmente emplastrada, con adherencias firmes y absceso en corredera parietocolica derecha, se drena absceso; se urga mesoapéndice hasta liberar su base, se procede a realizar ligadura de muñón con técnica de puchet, se verifica correcta hemostasia, se realiza lavado y secado de cavidad por cuadrantes con solución salina al 0.5%; se encuentra cuenta completa de insumos y procede a cerrar herida por planos hasta llegar a piel; durante la cirugía se le ingresan 400ml de solución fisiológica al 0.5% IV, presenta perdida sanguínea mínima de 30ml. durante procedimiento y elimina diuresis de 100ml. en bolsa recolectora.

Termina procedimiento quirúrgico con cierre de piel a las 17:00 horas, sin ninguna complicación durante el procedimiento quirúrgico, el doctor anestesiólogo procede a despertar el paciente; se despierta paciente y se le valora EVA:0, RAMSAY:3, ALBRETE: 9.

Sale paciente de sala quirúrgica a las 17:10 horas; pasa al área de recuperación.

CAPITULO VI.

6.1. Valoración De Los 11 Patrones Funcionales.

Patrón 1: percepción- manejo de la salud

La paciente considera su salud como mala; menciona que no recurre a ayuda médica o a tratamiento médico a menos de ser caso grave, la paciente niega consumo de sustancias dañinas para la salud (alcohol, cigarro), menciona ser alérgica a la penicilina, refiere que nunca se ha realizado un Papanicolaou y mastografía.

La paciente cuenta con cartilla de vacunación completa, ha tenido varias cirugías a lo largo de su vida.

Patrón 2: nutricional-metabólico

Refiere consumir tres comidas al día, de manera variada y suficiente, consume 2 litros diarios de agua.

Se observan facies con buena coloración de tegumentos, mucosas orales hidratadas; piel abdominal con herida quirúrgica limpia; en cuarto cuadrante con bordes bien afrontados si presencia de infección.

Peso: 55kg. Talla: 1.50cm. Temperatura: 36.5°C.

Patrón 3: eliminación

Las deposiciones son cemi-blandas de color marrón va al baño con una frecuencia de tres veces al día, no presenta ninguna molestia para ir al baño refiere que no tiene ninguna dificultad para la eliminación urinaria, va con una frecuencia de 5-7 veces al día a miccionar.

Patrón 4: actividad-ejercicio

La paciente refiere que no realiza ningún tipo de ejercicio, se dedica al cuidado de su casa y de sus animales de corral, hace referencia que le cuesta trasladarse de un lugar a otro por el dolor que siente en la herida quirúrgica; menciona que trata de moverse lo menos posible que se pueda para no sentir mucho dolor.

Patrón 5: sueño-descanso

Hace referencia la paciente que anteriormente dormía 8 horas diarias, pero actualmente duerme 5 horas diarias, por mala conciliación del sueño; se despierta con frecuencia a lo largo de la noche, refiere que no tiene la energía suficiente para iniciar el día y por lo tanto su sueño no es reparador; hace mención que a su alrededor existe mucho ruido y el clima del mismo es muy caluroso

Patrón 6: cognitivo-perceptual

La paciente refiere que no tiene ningún problema para escuchar y ver; así como también; en el gusto puede distinguir bien los sabores; hace mención que no le cuesta concentrarse y tomar sus propias decisiones.

Se observa presencia de dolor por la herida quirúrgica y adopción de postura antalgica para disminución del dolor; en la escala del dolor (Eva 5)

Patrón 7: autopercepción-auto concepto

Nos menciona la paciente que está conforme con ella misma; se acepta tal y como es y que por lo general trata de mantenerse lo más positiva y alegre posible.

Se observa buena autoestima, por lo general ella utiliza colores claro en vestimenta.

Patrón 8: rol-relaciones

La paciente nos refiere que vivió sola, tiene 6 hijos de los cuales todos están casados actualmente y viven por aparte con sus esposas e hijos, hace mención que tiene buena relación con sus hijos y nueras. Actualmente sus familiares se encuentran muy preocupados por su salud.

Patrón 9: sexualidad-reproducción

El inicio de la menarca fue a los 12 años de edad, todos sus periodos menstruales fueron regulares con pocos cólicos menstruales; en cuanto a la menopausia no recuerda cuando fue que inicio, pero presento los siguientes cambios, sudoración,

cambio de estado ánimo, durante este proceso refiere no utilizó medicamentos para la menopausia

La paciente tuvo 6 embarazos de los cuales fueron P: 6 C: 0 A: 0

Actual mente la paciente se encuentra viuda; cursando la tercera etapa de su vida.

Patrón 10: adaptación-tolerancia al estrés

Menciona la paciente que el padecimiento actual lo ha vivido como una crisis, por motivó que le ha provocado mucho miedo al pensar que debía de ser intervenida de manera quirúrgica; como también el pensar que podía morir durante la intervención y el pensar en la muerte le provoca mucho miedo. La paciente refiere que trata de mantenerse lo más tranquila posible por su familia.

Patrón 11: valores-creencias

Es de creencia católica menciona que le es muy importante en su vida y que le ha ayudado cuando presenta dificultades; reza a dios todas las noches por su salud y le expresa su miedo a la muerte. Es importe el respeto, la honestidad, tanto para ella y tanto como el ámbito social y familiar.

Capítulo VII

7.1. DX. De Enfermería En Tabla De Jerarquización

Necesidad	Grado de dependencia	DX. de enfermería
Patrón 1: percepción-manejo de la salud	1	<p>Disposición para mejorar la gestión de la propia salud m/p deseo de manejar la enfermedad, y mediante el tratamiento.</p> <p>Disposición para mejorar el autocuidado m/p deseos de aumentar el autocuidado.</p>
Patrón 4: actividad-ejercicio	1	<p>Deterioró de la ambulación r/c dolor m/p deterioró de la habilidad para caminar las distancias requeridas.</p> <p>Riesgo de caídas r/c edad igual o superior a 69 años, y vivir sola.</p>
Patrón 5: sueño-descanso	1	<p>Trastorno de patrón del sueño r/c falta de control del sueño m/p insatisfacción, despertarse y no sentirse descansada.</p> <p>insomnio r/c factores del entorno, Sueño interrumpido, estrés m/p dificultad para conciliar el sueño.</p>
Patrón 10: adaptación-tolerancia al estrés	1	<p>Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p expresión facial, expresa dolor, y postura para evitar dolor</p> <p>Ansiedad r/c cambio en el turno, estrés m/p insomnio.</p> <p>riesgo de infección r/c procedimiento invasivos</p>

		riesgo de síndrome postraumático r/c duración del acontecimiento y percepción del acontecimiento.
Patrón 11: valores-creencias	1	disposición para mejorar el bienestar espiritual r/c rezo m/p deseos de mejorar la alegría y deseos mejorar el propósito de la vida

7.2 Places



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: APENDICECTOMIA

DOMINIO: 12 CONFORT **CLASE 1 CONFRT FISICO**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

DEFINICIÓN: EXPERIENCIA SENSITIVA Y EMOCIONAL DESAGRADABLE OCACIONADA POR UNA LESION TISULAR REAL O POTENCIAL O DESCRITA EN TALES TERMINOS (INTERNACIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF); INICIO SUBITO O LENTO DE CUALQUIER INTESIDAD DE LEVE A GRAVE CON UN FINAL ANTICIPADO O PREVISIBLE Y UNA DURACION INFERIOR A 6 MESES.

Etiqueta (problema) (P)

(00132) DOLOR AGUDO

Factores relacionados (causas) (E)

AGENTES LESIVOS

Características definitorias (signos y síntomas) (s)

INFORME CODIFICADO CONDUCTA EXPRESIVA

EXPRESION FACIAL

EXPRESA DOLOR

POSTURA PARA EVITAR DOLOR

Pag. 476

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: (IV) CONOCIMIENTOS Y CONDUCTO DE SALUD	160502 RECONOCE EL COMIENZO DEL DOLOR.	ESCALA: (M) 1. NUNCA DEMOSTRADO.	MANTENER A: 3
CLASE: (Q) CONDUCTAS DE SALUD.	160503 UTILIZA MEDIDAS PREVENTIVAS.	2. RARAMENTE DEMOSTRADO. 3. A VECES DEMOSTRADO.	AUMENTAR A: 5
ETIQUETA DE RESULTADO: (1605) CONTROL DEL DOLOR.	160509 RECONOCE SÍNTOMAS ASOCIADOS AL DOLOR.	4. FRECUENTEMEN TE DEMOSTRADO.	
	160511 REFIERE DOLOR CONTROLADO.	5. SIEMPRE DEMOSTRADO.	
PAG. 336.			

INTERVENCIONES (NIC): 2380 MANEJO DE LA MEDICACION.

CAMPO: (02) FISIOLÓGICO: COMPLEJO

CLASE: (H) CONTROL DE FARMACOS

Pág. 524

ACTIVIDADES

Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.

Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede.

Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.

Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.

Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.

Vigilar los niveles de suero en sangre (electrolitos, protrombina, medicamentos), si procede.

Observar si se producen interacciones no terapéuticas por la medicación.

Revisar periódicamente con el paciente y/o la familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.

Rechazar medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas, si procede.

INTERVENCIONES (NIC): 1400 MANEJO DEL DOLOR.

CAMPO: (1) FISIOLÓGICO: BÁSICO.

CLASE: (E) FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA.

PÁG. 569.

ACTIVIDADES

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

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

Asegurarse de 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, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).

Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.

Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo

**INTERVENCIONES (NIC): 2300 ADMINISTRACION DE MEDICACION.
CAMPO: (02) FISIOLÓGICO COMPLEJO. CLASE: (H) CONTROL DE FARMACOS.**

Pág. 101

ACTIVIDADES

Desarrollar la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.
Desarrollar y utilizar un ambiente que mejore la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.
Seguir los cinco principios de la administración de medicación.
Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.
Prescribir y/o recomendar medicamentos, si procede, de acuerdo con la autoridad de prescripciones.
Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos.
Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos, si procede.
Asegurarse de que los hipnóticos, narcóticos y antibióticos son suspendidos o indicados de nuevo en la fecha de renovación.
Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.

**INTERVENCIONES (NIC):0840 CAMBIO DE POSICION
CAMPO: (01) FISIOLÓGICO BÁSICO CLASE: (C) CONTROL DE INMOVILIDAD**

Pág. 196

ACTIVIDADES

Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados. Proporcionar un colchón firme.
Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, si procede.
Animar al paciente a participar en los cambios de posición, si procede.
Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
Pre medicar al paciente antes de cambiarlo de posición, si procede.
Colocar en la posición terapéutica especificada. Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.
Colocar en posición de alineación corporal correcta. Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, si procede.
Eleva la parte corporal afectada, si está indicado.
Colocar en posición para el alivio de la disnea (posición de semifowler), cuando corresponda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

HOWE, C.J (1993) A NEW STANDARD OF CARE FOR PEDIATRIC PAIN MANAGEMENT AMERICAN JOURNAL OF MATERNAL CHILD NURSING, 18(6), 325-329
MOBILY, P., & HERR, K.A. (2001), PAIN. IN M. MAAS, K BUCKWALTER, M HARDY, T, TRIPP-REIMER, M. TITLE, & J. SPECHT (EDS.), NURSING CARE OF OLDER ADULTS: DIAGNOSE, OUTCOMES & INTERVENTIONS (PP. 455-475). ST LOUIS: MOSBY.
PUNTILLO, K., & WEISS, S. J (1994). PAIN: ITS MEDIATORS AND ASSOCIATED MORBIDITY IN CRITICALLY ILL CARDIOVASCULAR SURGICAL PATIENTS. NIURSING RESEARCH, 43(1),31-36.
ABRAS,A.C.,PENNINGTON, S.S.& LAMTMON, C.B. (2007).CLINICAL DRUG THERAPY: RATIONALES FOR NURSING PRACTICE (8 TH ED.). PHILADELPHIA: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS.
CRAVEN, R,F., & HIMLE, C.J. (2003). MEDICATION ADMINISTRATION. IN FUNDAMENTALS OF NURSING: HUMAN HEALTH AND FUNCTION (4TH ED). (PP. 513-574). PHILADELPHIA: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILLIAMS & WILKINS.

PARTICIPANTES:

ROSA LUZ BALLINAS DOMINGUEZ.
KARINA ASUSENA RINCÓN ALFARO.



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: APENDICECTOMIA

DOMINIO 4:
ACTIVIDAD/REPOSO

CLASE 2:
ACTIVIDAD/

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
 (NANDA)**

DEFINICION: **LIMITAENTOCION DEL MOVIMIENTO
 INDEPENDIENTE A PIE EN EL ENTORNO**

Etiqueta (problema) (P)

(00088) DETERIODO DE LA AMBULACION

Factores relacionados (causas) (E)

DOLOR

Características definitorias (signos y síntomas)(s)

**DETERIODO DE LA HABILIDAD PARA CAMINAR LAS
 DISTANCIAS REQUERIDAS**

Pag.222

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: (I)SALUD FUNCIONAL	030001 COME	ESCALA: (M)	MANTENER A: 3
	03006 HIGIENE	1. GRAVEMENTE COMPROMETIDO	
CLASE: (D) AUTOCUIDADO	03009 DEAMBULACIÓN	2. SUSTANCIALMENT E COMPROMETIDO.	AUMENTAR A: 5
		3. MODERADAMENTE COMPROMETIDO	
ETIQUETA DE RESULTADO: (0300) AUTOCUIDADO ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	030012 CAMBIA DE POSICIÓN SOLO	4. LEVEMENTE COMPROMETIDO	
		5. NO COMPROMETIDO.	
PAG. 196.			

**INTERVENCIONES (NIC): 0740 CUIDADO DEL PACIENTE ENCAMADO. CAMPO: (1) FISIOLÓGICO BÁSICO.
CLASE: (C) CONTROL DE INMOVILIDAD.
PÁG. 274.**

ACTIVIDADES

Explicar las razones del reposo en cama.
Evitar utilizar ropa de cama con texturas áspera.
Subir las barandillas si procede.
Cambiarlo de posición, según lo indique el estado de la piel.
Vigilar el estado de la piel.
Realizar ejercicios de margen de movimiento pasivo y/o activos.
Ayudar con las actividades de la vida diaria

**INTERVENCIONES (NIC): 1801 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE CAMPO: (1) FISIOLÓGICO: BÁSICO.
CLASE: (F) FACILITACIÓN DE LOS AUTOCUIDADOS.
PÁG. 179.**

ACTIVIDADES

Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados. Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
Comprobar la limpieza de uñas según la capacidad de autocuidados del paciente
Mantener rituales higiénicos

**INTERVENCIONES (NIC): 0221 TERAPIA DE EJERCICIOS: AMBULACIÓN CAMPO: (1) FISIOLÓGICO BÁSICO
CLASE: (A) CONTROL DE ACTIVIDADES Y EJERCICIOS.
PÁG. 746.**

ACTIVIDADES

Vestir al paciente con prendas cómodas Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
Ayudar al paciente con la deambulación inicial si es necesario.
Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras.
Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

BROUWER, K NYSSEKNABRN, J., & CULHAM, E (2004). PHYSICAL FUNCTION AND HEALTH STATUS AMONG SENIONRS WITH AND WITHOUT FEAR OF FALLING. GERONTOLOGY, 50(3), 135-141
LEWIS, C.L., MOUTOUX, M., SLAUGHTER, M., & BAILEY, S.P (2004). CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS WHO FELL WHILE RECEIVING HOME HEALTH SERVICES. PHYSICAL THERAPY, 84(1), 23-32
ARMER, J. M., CONN, V.S., DECKER, S.A., & TRIPP-REIMER, T. (2001). SELF-CARE DEFICIT. IN M. MAAS, K. BUCKWALTER, M. HARDY, T. TRIPP-REIMER, M. TITLER, & J. SPECHT (EDS.), NURSING CARE OF OLDER ADULTS: DIAGNOSE, OUTCOMES & INTERVENTIONS (PP. 366-384). ST. LOUIS: MOSBY,
POTTER. P.A...& PERRY; A. (1998); FUNDAMENTALS OF NURSING; CONCEPTS, PROCESS, AND PRACTICE (4TH ED.). ST LOUIS, MO: MOSBY

PARTICIPANTES:

ROSA LUZ BALLINAS DOMINGUEZ.
KARINA ASUSENA RINCÓN ALFARO.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: APENDICECTOMIA

DOMINIO 4:
ACTIVIDAD/REPOSO

CLASE 1: SUEÑO/REPOSO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

DEFINICIÓN: INTERRUPCIONES DURANTE UN TIEMPO LIMITADO DE LA CANTIDAD Y CALIDAD DEL SUEÑO DEBIDAS A FACTORES EXTERNOS.

Etiqueta (problema) (P)

(00198) TRASTORNO DE PATRON DEL SUEÑO

Factores relacionados (causas) (E)

FALTA DE CONTROL DEL SUEÑO

Características definitorias (signos y síntomas)(s)

INSATISFACCION CON EL SUEÑO

EXPRESA HABERSE DESPERTADADO

EXPRESA NO SENTIRSE BIEN DESCANSADA

Pag.219

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: (01) DESCANSO.	000301. TIEMPO DE DESCANSO.	ESCALA: (M) 1. NUNCA DEMOSTRADO.	MANTENER A: 3
CLASE: (A) MANTENIMIENTO DE LA ENERGIA.	00302. PATRÓN DE DESCANSO	2. RARAMENTE DEMOSTRADO.	AUMENTAR A: 5
ETIQUETA DE RESULTADO: (0003).	00303. CALIDAD DE DESCANSO	3. A VECES DEMOSTRADO.	
PAG. 404.		4. FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO.	
		5. SIEMPRE DEMOSTRADO.	

INTERVENCIONES (NIC): 6482 MANEJO AMBIENTAL CONFORR.

CAMPO: (01) FISIOLÓGICO BÁSICO.

CLASE: (E) FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA.

PAG. 468.

ACTIVIDADES

Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
Proporcionar un ambiente limpio y ligero ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda proporcionar una habitación individual si la preferencia y necesidad del paciente son silencio y el descanso, si es posible.

INTERVENCIONES (NIC): 1460 RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA

CAMPO: (1) FISIOLÓGICO: BÁSICO.

CLASE: (E) FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA.

PAG. 712.

ACTIVIDADES

Elegir un ambiente tranquilo y cómodo
Disminuir la iluminación Tomar precauciones para evitar interpretaciones
Indicar al paciente que debe llevar prendas cómodas. Hacer que el paciente tense el grupo muscular si no experimenta la relajación Terminar la tensión muscular de forma gradual.

INTERVENCIONES (NIC): 1400 MANEJO DEL DOLOR.

CAMPO: (1) FISIOLÓGICO: BÁSICO.

CLASE: (E) FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA.

PAG. 569

ACTIVIDADES

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
Asegurarse de 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.

INTERVENCIONES (NIC): 1850 MEJORAR EL SUEÑO

CAMPO: (1) FISIOLÓGICO VASIOCO

CLASE: (F) FASILITACION DE LOS AUTO CUIDADOS

PAG. 605.

ACTIVIDADES

Determinar el esquema de sueño/vigila el paciente Incluir el ciclo regular del sueño/vigilia en el paciente en la planificación de cuidado.
Determinar los efectos que tiene el medicamento de los pacientes en el esquema de sueño.
Enseñar al paciente a controlar las pautas del sueño.
Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia Comentar con los pacientes y las familias técnicas para favorecer el sueño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

BROWN, D. R., W.P., & RAGLIN, J. S. (1993). EFFECTS OF EXERCISE AND REST ON THE STATE ANXIETY AND BLOOD PRESSURE OF PHYSICALLY CHALLENGED COLLEGE STUDENTS. JOURNAL OF SPORTS MEDICINE AND PHYSICAL FITNESS, 33(3), 300-305
EDVARDSSO, J. D., SANDMAN, P.O., & RASMAUSSEN, B.H (2005). SENSING AN ATMOSPHERE OF EASE: A TENTATIVE THEORY OF SUPPORTIVE CARE SETTINGS. SCANDINAVIAN JOURNAL OF CARING SCIENCE, 19(4), 344 353
GREENE, J.A. (2006) THE CLIENT WITH AN ANXIETY DISORDER.IN W.K. MOHR, PSYCHIATRIC-MENTAL HEALTH NURSING (6TH ED.) (PP. 445-470). PHILADELPHIA:LIPPICOTT WILLIAMS & WILLIAMS
ACUTE PAIN MANAGEMENT GUIDELINE. (1992). ACUTE PAIN MANAGEMENT: OPERATIVE OR MEDICAL PROCEDURES AND TRAUMA. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE (AHCPR PUB. NO. 92-0032). ROCKVILLE, MD: AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH, PUBLIC HEALTH SERVICE, U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.

PARTICIPANTES:

ROSA LUZ BALLINAS DOMINGUEZ
KARINA ASUSENA RINCÓN ALFARO



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: APENDICECTOMIA

DOMINIO 4:
ACTIVIDAD/REPOSO

CLASE 1:
SUEÑO/REPOSO

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
 (NANDA)**

DEFINICION: TRASTORNO DE LA CANTIDAD Y CALIDAD DEL SUEÑO QUE DETERIORA

Etiqueta (problema) (P)

(0009) INSOMNIO

Factores relacionados (causas) (E)

FACTORES DEL ENTORNO

SUEÑO INTERRUMPIDO

ESTRES

Características definitorias (signos y síntomas)(s)

EXPRESA DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO

Pag.217

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: (I) SALUD FUNCIONAL	000301 TIEMPO DEL DESCANSO	.ESCALA: (M) 1.- GRAVEMENTE COMPROMETIDO	MANTENER A: 3
CLASE: (A) MANTENIMIENTO DE LA ENERGIA	000302 PATRÓN DEL DESCANSO	2.- SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO	AUMENTAR A: 5
ETIQUETA DE RESULTADO: (0003) DESCANSO	000303 CALIDAD DEL DESCANSO	3.- MODERADAMENTE COMPROMETIDO	
	000305 DESCANSADO MENTALMENTE	4.- LEVEMENTE COMPROMETIDO	
		5.- NO COMPROMETIDO	

PAG. 404

INTERVENCIONES (NIC): 4350 MANEJO DE LA CONDUCTA
CAMPO: (3) CONDUCTUAL
CLASE: (O) TERAPIA CONDUCTUAL
Pag. 499

ACTIVIDADES

Establecer hábitos
Evitar las interrupciones
Evitar preocupar al paciente

INTERVENCIONES (NIC): 6482 MANEJO AMBIENTAL: CONFORT
CAMPO: (1) FISILOGIA: BASICA
CLASE: (E) FOMENTO DE LA COMODIDAD FISICA
Pag. 468

ACTIVIDADES

Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodo de reposo
Crear un ambiente tranquilo de apoyo
Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso
Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.

INTERVENCIONES (NIC): 1850 MEJORAR EL SUEÑO
CAMPO: (1) FISILOGICO: BASICA
CLASE: (F) FACILITACION DE LOS CUIDADOS
Pag. 605

ACTIVIDADES

Determinar el esquema de sueño/ vigilia del paciente
Incluir el ciclo regular de sueño / vigilar del paciente en la planificación de cuidados
Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial.
Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño
Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño
Ayudar a eliminar las situaciones

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

ATTARIAN, H. (2000). HELPING PATIENTS WHO SAY THEY CANNOT SLEEP. PRACTICAL WAYS TO EVALUATE AND TREAT INSOMNIA. POSTGRADUATE MEDICINE, 107 (3), 127 – 130, 133-137, 140- 142.

BROWN, D.R., MORGAN, W, P., & RAGLIN, J. S. (1993). EFFECTS OF EXERCISE AND REST ON THE STATE ANXIETY AND BLOOD PRESSURE OF PHYSICALLY CHALLENGED COLLEGE STUDENTS. JOURNAL OF SPORTS MEDICINE AND PHYSICAL FITNESS, 33(3), 300-305.

ELLIS, J.R, & NOWLIS, E.A. (1994). PROVIDING NURSING CARE WITHIN THE NURSING PROCESS (5 TH ED.). PHILADELPHIA: J.B. LIPPINCOTT

HOOLE, A..., PICKARD, C... OUIMETT, R., LOHR, J.H., & GREENBERG, R. (1996). INDIVIDUAL CARE GUIDELINES FOR NURSE PRACTITIONERS (4TH ED.). PHILADELPHIA: J.B LIPPINCOTT

EDVARDSSON, J D., SANDMAN. P.O., & RASMUSSEN, B. H. (2005). SENSING AN ATMOSPHERE OF EASE: A TENTATIVE THEORY OF SUPPORTIVE CARE SETTINGS. SCANDINAVIAN JOURNAL OF CARING SCIENE, 19(4) 344 – 353.

PARTICIPANTES:

ROSA LUZ BALLINAS DOMINGUEZ
KARINA ASUSENA RINCÓN ALFARO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: APENDICECTOMIA

**DOMINIO 9 :
AFRONTAMIENTO/
TOLERANCIA AL ESTRES**

**CLASE 2 :
RESPUESTA DE
AFRONTAMIENTO**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
(NANDA)**

DEFINICIÓN: SENSACION VAGA E INTRANQUILIZADORA DE MALESTAR O AMENAZA ACOMPAÑADA DE UNA RESPUESTA AUTONOMA (EL ORIGEN DE LA CUAL CON FRECUENCIA ES INESPECIFICO O DESCONOCIDO PARA LA PERSONA); SENTIMIENTO DE APRENSION CAUSADO POR LA ANTICIPACION DE UN PELIGRO. ES UNA SEÑAL DE ALERTA QUE ADVIERTE DE UN PELIGRO INMEDIATAMENTE Y PERMITE A LA PERSONA TOMAR MEDIDAS PARA AFRONTAR LA AMENAZA.

Etiqueta (problema) (P)

(00146) ANSIEDAD

Factores relacionados (causas) (E)

CAMBIO EN EL TORNO

ESTRÉS

Características definitorias (signos y síntomas)(s)

INSOMNIO

Pag.351

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: (03) SALUD PSICOSOCIAL.	140201 MONITORIZAR LA INTENSIDAD DE LA ANSIEDAD.	ESCALA: (M) 1.-DESVIACIÓN GRAVE DEL RANGO NORMAL.	MANTENER A: 2
CLASE: (O) AUTOCONTROL ETIQUETA DE	140202 ELIMINA PRECURSORES DE LA ANSIEDAD.	2.-DESVIACIÓN SUSTANCIAL DEL RANGO NORMAL	AUMENTAR A: 5
RESULTADO: (1402) AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD.	140203 DISMINUYE LOS ESTÍMULOS AMBIENTALES CUANDO ESTÁ ANSIOSO.	3.- DESVIACIÓN MODERADA DEL RANGO NORMAL.	
PAG 179.		4.-DESVIACIÓN LEVE DEL RANGO NORMAL	
		5.-SIN DESVIACIÓN DEL RANGO NORMAL	

INTERVENCIONES (NIC):5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD
CAMPO: (03) CONDUCTUAL.
CLASE: (T)FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLÓGICA
PAG.308

ACTIVIDADES

Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
Tratar de comprender las perspectivas del paciente sobre una situación estresante. Proporcionar información objetiva respetiva del paciente sobre una situación estresante. Animar a los pacientes a permanecer para promover la seguridad y reducir el miedo.
Proporcionar objetos que simbolicen.
Administrar masajes en la espalda cuello, si procede.
Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.

INTERVENCIONES (NIC): 5960 FACILITAR LA MEDITACIÓN.
CAMPO: (03) CONDUCTUAL
CLASE: (T)FOMENTAR DE LA COMODIDAD PSICOLÓGICO
PAG. 396

ACTIVIDADES

Preparar un ambiente tranquilo. Informar al paciente de que se siente tranquilo en una posición cómoda. Aconsejar al paciente que cierre los ojos si lo desea.
Ordenar al paciente que relaje los músculos y permanezca relajado.
Enseñar al paciente a realizar el procedimiento una o dos veces diariamente pero no en las 2 horas siguientes a las comidas.

INTERVENCIONES (NIC): 5880 TÉCNICA DE RELAJACIÓN
CAMPO: (03) TÉCNICA DE RELAJACIÓN
CLASE: (T)FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLÓGICA
PAG. 736

ACTIVIDADES

Mantener contacto visual con el paciente
Mantener la calma de una manera deliberada. Sentarse y hablar con el paciente. Instruir al paciente sobre métodos que disminuyen la ansiedad si procede.

INTERVENCIONES (NIC): 6040 TERAPIA DE RELAJACIÓN SIMPLE
CAMPO: (03)CONDUCTUAL
CLASE: (T) FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLÓGICO.
PAG. 757

ACTIVIDADES

Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado.
Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.
Individualizar el contenido de la intervención de la relajación.
Aconsejar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
Utilizar el masaje solo o junto con otras medidas según cada caso.
Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

HUDSON, W.W. (1992). THE WALMYR ASSESSMENT SCALES SCORING MANUAL. TEMPE, AZ: WALMYR PUBLISHING CO.
LARAIA, M. T., STUART, G. W., & BEST, C.L (1989). BEHAVIORAL TREATMENT OF PANIC – RELATED DISORDERS: A REVIEW. ARCHIVES OF PSYCHIATRIC NURSING, 3(3), 125_133.
BADGER, J. M (1994). CAIMIN THE ANXIOUS PATIENT. AMERICAN JOURNAL OF NURSING. 94(5), 46-50
NOUD, R. B., & LEE, K (2005). ANXIETY DISORDERS. IN M.A. BOYD (ED.), PSYCHIATRIC NURSING: CONTEMPORARY PRACTICE (3RD ED.). (PP. 374-419). PHILADELPHIA: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS.
CRAVEN, R.F., & HIRNLE C.J. (2003). HEALTH AND WELLNESS. IN FUNDAMENTALS OF NURSING: HUMAN HEALTH AND FUNCTION (4 TH ED.) (PP. 255-266). PHILADELPHIA: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS
GRAVES, P., & LANCASTER, J (1992). STRESS MANAGEMENT AND CRISIS INTERVENTION. IN M. STANHOPE & J. LANCASTER (EDS), COMMUNITY HEALTH NURSING (3RD ED). (PP. 612-631). ST. LOUIS, MO: MOSBY.

PARTICIPANTES:

ROSA LUZ BALLINAS DOMINGUEZ.
KARINA ASUSENA RINCÓN ALFARO.



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: APENDICECTOMIA

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION	CLASE 1 : INFECCION
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
DEFINICION: RIESGO DE SER INVALIDO POR ORGANISMOS PATOGENOS	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u>	
(00004) RIESGO DE INFECCION	
<u>Factores relacionados (causas) (E)</u>	
PROCEDIMIENTO INVASIVOS	
<u>Características definitorias (signos y síntomas)(s)</u>	
Pag.417	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: (02) SALUD FISIOLÓGICA.	110201 APROXIMACIÓN CUTÁNEA	ESCALA: (M) 1.-. NINGUNO	MANTENER A: 2
CLASE: (L) INTEGRIDAD TISULAR.	110210 AUMENTO DE LA TEMPERATURA	2..-EXTENSO	AUMENTAR A: 4
ETIQUETA DE RESULTADO: (1102) CURACIÓN DE HERIDA POR PRIMERA INTENCIÓN.	110211 OLOR DE LA HERIDA		
PAG. 378.			

**INTERVENCIONES (NIC): 3660 CUIDADOS DE LAS HERIDA
CAMPO: (02):FISIOLÓGICO: COMPLEJO
CLASE: (L): CONTROL DE LA PIEL/ HERIDAS
PAG. 244**

ACTIVIDADES

Despegar los apósitos y el esparadrapo.
Afeitar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. Medir el lecho de la herida, si procede.
Extraer el material incrustado (astilla, cristal, grava, metal), según sea necesario. Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico, si procede.
Colocar la zona afectada en un baño de remolino, si procede.
Cuidar el sitio de incisión, según sea necesario.
Administrar cuidados de la úlcera dérmica, si es necesario.
Aplicar un unguento adecuado a la piel/lesión, si procede.
Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida.

**INTERVENCIONES (NIC):3440 CUIDADOS DEL SITIO DE INCISION.
CAMPO: (02)FISIOLÓGICO: COMPLEJO
CLASE: (L): CONTROL DE LA PIEL/ HERIDAS
PAG. 279**

ACTIVIDADES

Explicar el procedimiento al paciente mediante mi preparación sensorial
Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia 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 zona 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 con cavidad.

**INTERVENCIONES (NIC): 6540 CONTROL DE INFECCIONES.
CAMPO: (04): SEGURIDAD
CLASE: (V): CONTROL DE RIESGOS
PAG. 213**

ACTIVIDADES

Distribuir la superficie correspondiente por paciente, según los consejos de los Centers for Disease Control (CDC).
Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.
Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.
Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.
Colocar en sitios de precaución de aislamiento designados, si procede.
Mantener técnicas de aislamiento, si procede.
Limitar el número de las visitas, si procede.
Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado. Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.
Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.

**INTERVENCIONES (NIC): 6550 PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES CAMPO: (04) SEGURIDAD
CLASE: (L). CONTROL DE RIESGO
PAG.699**

ACTIVIDADES

Observar los signos y síntomas de infección sistémica localizada
Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
Vigilar el recuento de granulocitos absoluto, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciales.
Seguir las precauciones propias de una neutropenia, si es el caso
Limitar el número de visitas, si procede.
Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles.
Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
Realizar técnicas de aislamiento, si es preciso.
Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

ALEXANDER, M (ED.). (2006). INFUSION NURSING: STANDARDS OF PRACTICE (SPECIAL ISSUE). JOURNAL OF INFUSION NURSING, 29(1S)

ALLEN, U., & GREEN, M. (2010) PREVENTION AND TREATMENT OF INFECTION COMPLICATIONS AFTER SOLID ORGAN TRANSPLANTATION IN CHILDREN. PEDIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA, 57, 459-479.

COHEN, I. K., DIEGELMANN, R.F., & LINDBLAD, W. L. (1992). WOUND HEALING; BIOCHEMICAL AND CLINICAL ASPECTS. PHILADELPHIA: W.B SAUNDERS.
1ª EDICION 1992; 3ª EDICION REVISADA 200; 4ª EDICION REVISADA 2004

KOZIER, B, ERB G., BERMAN, A. & SNYDER, S. (2004). PERIOPERATIVE NURSING. IN FUNDAMENTALS OF NURSING: CONCEPTS, PROCESSES, AND PRACTICE. (7TH ED.) (PP. 896-937). UPPER SADDLE RIVER, NJ: PRENTICE HALL.

PARTICIPANTES:

ROSA LUZ BALLINAS DOMINGUEZ.
KARINA ASUSENA RINCÓN ALFARO.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: APENDICECTOMIA

DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCIÓN	CLASE 2: LESION FISICA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
DEFINICIÓN: RIESGO DE AUMENTO DE LA SUSCEPTIBILIDAD A LAS CAIDAS QUE PUEDE CAUSAR DAÑO FISICO	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u>	
(00155) RIESGO DE CAIDAS	
<u>Factores relacionados (causas) (E)</u>	
EDAD IGUAL O SUPERIOR A 65 AÑOS	
VIVIR SOLA	
<u>Características definitorias (signos y síntomas) (s)</u>	
Pag.423	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: (I) SALUD FUNCIONAL	(020201) EQUILIBRIO EN BIPEDESTACIÓN	ESCALA: (M) 1.GRAVEMENTE COMPROMETIDO	MANTENER A: 2
CLASE: (C) MOVILIDAD	(020202) EQUILIBRIO EN SEDACIÓN	2.SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO	AUMENTAR A: 4
ETIQUETA DE RESULTADO: (0202) EQUILIBRIO	(020203)EQUILIBRIO AL CAMINAR	3.MODERADAMENTE COMPROMETIDO	
PAG. 419		4.LEVEMENTE COMPROMETIDO	
		5.NO COMPROMETIDO	

INTERVENCIONES (NIC):6490 PREVENCIÓN DE CAÍDAS
CAMPO: (4) SEGURIDAD.
CLASE: (U) Control de riesgo.
PAG. 684

ACTIVIDADES

Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas
Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio
Mantener los dispositivos de ayuda en un buen estado
Enseñar al paciente como caer para minimizar el riesgo del golpe Instruir al paciente como debe de pedir ayuda

INTERVENCIONES (NIC): CONTROL DE INFECCIONES
CAMPO: (4)SEGURIDAD
CLASE:(V) CONTROL DE RIESGOS.
PAG. 213

ACTIVIDADES

Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar Salir del hospital Utilizar jabón antibacteriano
Limitar el número de visitas
Usar guantes estériles
Garantizar una manipulación aséptica en todas las líneas i.v
Instruir al paciente a una técnica del lavado de manos correcto

INTERVENCIONES (NIC): 6480 MANEJO AMBIENTAL.
CAMPO: (4) SEGURIDAD.
CLASE: (V) CONTROL DE RIESGOS.
PAG. 465.

ACTIVIDADES

Crear un ambiente seguro para el paciente. identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

BEMBEN, M. G., MCCALIP, G.A. (1999). STRENGTH AND POWER RELATIONSHIPS AS A FUNCTION OF AGE. JOURNAL OF STRENGTH & CONDITIONING RESEARCH, 13(4), 330-338.

KENNEDY-MALONE, L., FLETCHER, K. R., & PLANK, L. M. (EDS). (2000). MANAGEMENT GUIDELINES FOR GERONTOLOGICAL NURSE PRACTITIONERS (PP.3-24, 536-553). PHILADELPHIA: F.A. DAVIS.

FOLEY, G. (1999). THE MULTIDISCIPLINARY TEAM: PARTNER IN PATIENT SAFETY CANCER PRACTICE, 7(3), 108.

KANAK, M.F. (1992). INTERVENTIONS RELATED TO SAFETY. IN G.M. BUELECHEK & J. C. MCCLOSKEY (EDS.), SYMPOSIUM ON NURSING INTERVENTIONS. NURSING CLINICS OF NORTH AMERICA, 27(2), 371-396.

DEGROOT-KOSOLCHAROEN, J., & JONES, J. M. (1989). PERMEABILITY OF LATEX AND VINYL GLOVES TO WATER AND BLOOD. AMERICAN JOURNAL OF INFECTION CONTROL, 17(4), 196-201

PARTICIPANTES:

ROSA LUZ BALLINAS DOMINGUEZ.
KARINA ASUSENA RINCÓN ALFARO.



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: APENDICECTOMIA

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS	CLASE 1 : RESPUESTAS POSTRAUMÁTICA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
DEFINICIÓN: RIESGOS DE PRESENTAR UNA RESPUESTA DESADAPTADA SOSTENIDA A UN ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO, ABRUMADOR.	
Etiqueta (problema) (P) (00145) RIESGO DE SÍNDROME POSTRAUMÁTICO	
Factores relacionados (causas) (E) DURACION DEL ACONTECIMIENTO PERCEPCION DEL ACONTECIMIENTO	
Características definitorias (signos y síntomas)(s)	
Pag.339	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: (03) SALUD PSICOSOCIAL	130901 VERBALIZA UNA ACTITUD POSITIVA.	ESCALA: (M) 1.- NUNCA DEMOSTRADO.	MANTENER A: 2
CLASE: (N) ADAPTACION PSICOSOCIAL	130906 MUESTRA UN ESTADO DE ANIMO POSITIVO	2.-RARAMENTE DEMOSTRADO. 3.- A VECES DEMOSTRADO.	AUMENTAR A: 5
ETIQUETA DE RESULTADO: (1309) CAPACIDAD PERSONAL DE RECUPERACION .		4.-FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO. 5.- SIEMPRE DEMOSTRADO.	
PAG. 216			

**INTERVENCIONES (NIC): 4480 FACILITAR LA
AUTORRESPONSABILIDAD.
CAMPO: (03) CONDUCTUAL.
CLASE: (O) TERAPIA CONDUCTUAL.
PÁG.394**

ACTIVIDADES

Considerar responsable al paciente de sus propias conductas.
Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.
Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.
Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.
Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.
Fomentar independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.
Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias.
Fomentar la admisión de perversiones, si procede.
Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.
Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o cambio de conducta.

**INTERVENCIONES (NIC): 5020 MEDIACION DE CONFLICTOS
CAMPO: (03) CONDUCTUAL
CLASE: (Q) POTENCIACION DE LA COMUNICACIÓN
PÁG. 599**

ACTIVIDADES

Proporcionar un lugar reservado y neutral para conversar.
Permitir que las partes expresen sus preocupaciones.
Ofrecer consejos durante todo el proceso.
Mantener la neutralidad durante todo el proceso.
Emplear diversas técnicas de comunicación (p. ej., escucha activa, preguntas, paráfrasis, reflexión).
Facilitar la definición de los problemas.
Ayudar a las partes a identificar posibles soluciones de los problemas.
Facilitar la búsqueda de resultados aceptables para ambas partes.
Apoyar los esfuerzos de los participantes para favorecer la resolución.
Controlar el transcurso del proceso de mediación.

INTERVENCIONES (NIC): 4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.

CAMPO: (03) CONDUCTUAL

CLASE: (O) TERAPIA CONDUCTUAL

PÁG. 611

ACTIVIDADES

Determinar la motivación al cambio del paciente.
Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla.
Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan superado con éxito la misma experiencia. Mantener una conducta coherente por parte del personal.
Reforzar las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias.
Responder dando seguridad en términos de sentimiento cuando se observe que el paciente está libre de síntomas y parezca relajado.
Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta.
Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente que han sido tomadas independientemente. Animar al paciente a que examine su propia conducta.

INTERVENCIONES (NIC): 5330 CONTROL DE HUMOR

CAMPO: (03) CONDUCTUAL

CLASE: (R) AYUDA PARA HACER FRENTE A SITUACIONES DIFÍCILES. Pág.217

ACTIVIDADES

Evaluar el humor (signos, síntomas, historia personal inicialmente), sobre el patrón estándar regular, como progreso del tratamiento.
Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás. Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daños físicos.
Ajustar o interrumpir las medicaciones que pueden contribuir a las alteraciones de humor. Comprobar la capacidad de autocuidados (cuidados, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación).
Ayudar a los autocuidados si es necesario.
Vigilar el estado físico del paciente.
Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

FERGUS, S., & ZIMMERMAN, M.A. (2005). ADOLESCENT RESILIENCE: A FRAMEWORK FOR UNDERSTANDING HEALTHY DEVELOPMENT IN THE FACE OF RISK. ANNUAL REVIEW OF PUBLIC HEALTH, 26(1) 399-419.

GORMAN, C., DALE, S. S., GROSSMAN, W., KLARREICH, K., MCDOWELL, J., & WHITAKER, L. (2005). THE IMPORTANCE OF RESILIENCE. TIME, 165(3), A52-A55

LUTHAR, S. S., & CICHETTI, D. (2000). THE CONSTRUCT OF RESILIENCE: A CRITICAL EVALUATION AND GUIDELINES FOR FUTURE WORK. CHILD DEVELOPMENT, 71(3), 543-562

ARMOLD, L. J. (1990). CODEPENDENCY. PART I: ORIGINS, CHARACTERISTICS. AORN JOURNAL, 51(5), 134-1348.

BARNSTEINER, J. H., & GILLIS-DONOVAN, J. (1990). BEING RELATED AND SEPARATE: A STANDARD FOR THERAPEUTIC RELATIONSHIPS. MCN: AMERICAN JOURNAL OF MATERNAL CHILD NURSING, 15(4), 223-228.

ARMOLD, E., & BOGGS, K.U. (1995). INTERPERSONAL RELATIONSHIPS: PROFESSIONAL COMMUNICATION SKILLS FOR NURSES

PARTICIPANTES:

ROSA LUZ BALLINAS DOMINGUEZ.

KARINA ASUSENA RINCÓN ALFARO.



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: APENDICECTOMIA

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD **CLASE 2: GESTIÓN DE LA SALUD**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

DEFINICIÓN: PATRON DE REGULACION E INTEGRACION EN LA VIDA COTIDIANA DE UN REGIMEN TERAPEUTICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y SUS SECUELAS QUE ES SIFICIENTE PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS RELACIONADOS CON LA SALUD Y QUE PUEDE SER REFORZADO.

Etiqueta (problema) (P)

(00162) DISPOSICION PARA MEJORAR LA GESTION DE LA PROPIA SALUD

Factores relacionados (causas) (E)

Características definitorias (signos y síntomas)(s)

MANIFIESTA DESEO DE MANEJAR LA ENFERMEDAD

TRATAMIENTO

Pag.160

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: (IV) CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD.	160201 UTILIZA CONDUCTAS PARA EVITAR LOS RIESGOS.	ESCALA: (M) 1. NUNCA DEMOSTRADO.	MANTENER A: 2
CLASE: (Q) CONDUCTA DE SALUD.	160217 EVITA LA EXPOSICIÓN A ENFERMEDADES INFECCIOSAS.	2. RARAMENTE DEMOSTRADO. 3. A VECES DEMOSTRADO.	AUMENTAR A: 3
ETIQUETA DE RESULTADO: (1602) CONDUCTA DE FOMENTO DE LA SALUD.		4. FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO. 5. SIEMPRE DEMOSTRADO.	
PAG. 249			

INTERVENCIONES (NIC): 4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD.
CAMPO: (03) CONDUCTUAL.
CLASE: (O) TERAPIA CONDUCTUAL. PAG. 394.

ACTIVIDADES

Considerar responsable al paciente de sus propias conductas.
Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.
Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias.
Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.
Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta.

INTERVENCIONES (NIC): 6610 IDENTIFICACION DE RIESGO
CAMPO: (04) SEGURIDAD.
CLASE: (V) CONTROL DE RIESGO.
PAG. 437.

ACTIVIDADES

Instaurar una valoración sistemática de riesgos mediante instrumentos fiables y validos
Revisar el historial médico y los documentos del pasado para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.
Mantener los registros y estadísticas precisos.
Identificar al paciente que precisa cuidados continuos.
Identificar al paciente con circunstancias sociales excepcionales que complican un alta oportuna y eficiente.
Determinar los sistemas de apoyo comunitario.
Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar.
Determinar los recursos económicos.
Determinar el nivel educativo. Identificar las estrategias habituales de resolución de problemas de las personas y grupos.
Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual.
Determinar la presencia/ausencia de necesidades vitales básicas.
Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.

INTERVENCIONES (NIC): 4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA. CAMPO: (03) CONDUCTUAL. CLASE: (O) TERAPIA CONDUCTUAL. PAG. 611.

ACTIVIDADES

Determinar la motivación al cambio del paciente.
Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla.
Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan superado con éxito la misma experiencia, Mantener una conducta coherente por parte del personal.
Reforzar las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias.
Responder dando seguridad en términos de sentimiento cuando se observe que el paciente está libre de síntomas y parezca relajado.
Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta.
Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente que han sido tomadas independientemente.
Animar al paciente a que examine su propia conducta.
Ayudar al paciente a identificar los más pequeños éxitos producidos.
Identificar el problema del paciente en términos de conducta.

INTERVENCIONES (NIC): 5510 EDUCACIÓN SANITARIA. CAMPO: (03) CONDUCTUAL. CLASE: (S) EDUCACIÓN DEL PACIENTE. PAG.324.

ACTIVIDADES

Identificar los factores interno y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias.
Determinar el contexto personal e historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria.
Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo objetivo.
Ayudar a las personas, familia y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios.
Identificar las características de la población objetivo que afectan a la selección de las estrategias de enseñanza.
Establecer prioridades de las necesidades identificadas del alumno en función de las preferencias del paciente, técnica del cuidador, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas.
Formular los objetivos del programa de educación sanitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

BES ANISTER, N.A., JASTROW, ST., HODGES, V., LOOP, R., & GILHAM, M.B. (2004). DIABETES SELF-MANAGEMENT TRAINING PROGRAM IN A COMMUNITY CLINIC IMPROVES PATIENT OUTCOMES AT MODEST COST. JOURNAL OF THE AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 104(5), 807-810

GREEN, L., & RAEBURN, J. (1990). CONTEMPORARY DEVELOPMENT IN HEALTH PROMOTION. IN N. BRACHT (ED.), HEALTH PROMOTION AT THE COMMUNITY LEVEL (PP. 29-44). THOUSAND OAKS, CA: SAGE

JOHNSON, PH., & KITTLESON, M.J. (2003). A QUALITATIVE EXPLORATION OF HEALTH BEHAVIORS AND THE ASSOCIATED FACTOR AMONG UNIVERSITY STUDENTS FROM DIFFERENT CULTURES. THE INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH EDUCATION, 6, 14-25.

KULBOK, P., & BALDWIN, J. (1992). FROM PREVENTIVE HEALTH BEHAVIOR TO HEALTH PROMOTION: ADVANCING A POSITIVE CONSTRUCT OF HEALTH. ADVANCES IN NURSING SCIENCE, 14(4), 50-64.

STUART G. W., & LARAIA, M.T. (2005). PRINCIPLES AND PRACTICE OF PSYCHIATRIC NURSING (8TH ED.). ST. LOUIS, MO: MOSBY.

PARTICIPANTES:

ROSA LUZ BALLINAS DOMINGUEZ.
KARINA ASUSENA RINCÓN ALFARO.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: APENDICECTOMIA

**DOMINIO 10: PRINCIPIOS
VITALES**

CLASE 2 :CREENCIAS

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
(NANDA)**

DEFINICION: PATRON DE EXPERIMENTACION E INTEGRACION DEL SIGNIFICADO Y PROPOSITO DE LA VIDA MEDIANTE LA CONEXIÓN CON EL YO, LOS OTROS, EL ARTE, LA MUSICA, LA LITERATURA, LA NATURALEZA O UN PODER SUPERIOR AL PROPIO YO QUE ES SUFICIENTE PARA EL BIENESTAR Y QUE PUEDE SER REFORZADO

Etiqueta (problema) (P)

(00068) DISPOSION PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL

Factores relacionados (causas) (E)

REZA

Características definitorias (signos y síntomas)(s)

EXPRESA DESEOS DE MEJORAR LA ALEGRIA

EXPRESA DESEOS MEJORAR EL PROPOSITO DE LA VIDA

Pag.394

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: (03) SOLUCIÓN PSICOSOCIAL	MUESTRA UN ESTADO DE ANIMO SERENO.	ESCALA: (M) 1.- NUNCA DEMOSTRADO.	MANTENER A: 2
CLASE: (M) BIENESTAR PSICOLOGICO	MUESTRA CONCENTRACIÓN.	2.- RARAMENTE DEMOSTRADO.	AUMENTAR A: 4
ETIQUETA DE RESULTADO: (1204) EQUILIBRIO EMOCIONAL	MUESTRA UN EFECTO ADECUADO A LA SITUACIÓN.	3.- A VECES DEMOSTRADO. 4.- FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO.	
		5.- SIEMPRE DEMOSTRADO.	
PAG. 422			

INTERVENCIONES (NIC): 7140 APOYO A LA FAMILIA.
CAMPO: (05) FAMILIA
CLASE: (X) CUIDADOS DE LA VIDA.
PAG.130

ACTIVIDADES

Asegura a la familia que al paciente se le brinde los mejores cuidados posibles.
Ofrecer una esperanza realista.
Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
Favorecer una relación que ofrezca confianza con la familia.
Aceptar los valores familiares sin emitir juicios. Identificar la naturaleza del apoyo o espiritual para la familia.

INTERVENCIONES (NIC): 7110 FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR CAMPO: (05) FAMILIA.
CLASE: (X). CUIDADOS DE LA VIDA.
PAG. 412

ACTIVIDADES

Determinar los recursos físicos emocionales y educativos del cuidador.
Identificar la falta de cuidados del paciente.
Identificar la disposición de los familiares para relacionarse con el paciente.
Observar la estructura y sus roles.
Facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado de ánimo del paciente a los miembros de la familia.

INTERVENCIONES (NIC) 5960 FACILITAR LA MEDITACION
CAMPO: (03) CONDUCTUAL
CLASE: (T). FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLÓGICA.
PAG. 396

ACTIVIDADES

Preparar un ambiente tranquilo.
Ordenar al paciente que relaje los músculos.
Pedir al paciente que diga el lema mental para sí mismo mientras escala el aire sobre la nariz. Continuar con el ejercicio de respiración centrándose en el lema mental.
Al terminar indicar al paciente que se quede tranquilo durante varios minutos. Enseñar al paciente que debe ignorar los pensamientos que le distraigan volviendo al lema mental utilizado.

INTERVENCIONES (NIC): 6040 TERAPIA DE RELAJACIÓN SIMLPE
CAMPO: (03) CONDUCTUAL
CLASE: (T) FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLOGICA
PAG. 757

ACTIVIDADES

Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límite y tipos.
Detectar un nivel actual de energía actual disminuida.
Incapacidad para concentrarse u otros síntomas.
Determinar si alguna relación de relajación ha resultado útil al pasado Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación decidida.
Crear un ambiente tranquilo sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable. Invitar al paciente que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

KEITHER, G. I., & MILLER, I W. (1990). FAMILY FUNCTIONING AND MAJOR DEPRESSION: AN OVERVIEW. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 147(9), 1128-1137.
MAYNARD, C. K. (1993). COMPARISON OF EFFECTIVENESS OF GROUP INTERVENTIONS FOR DEPRESSION IN WOMEN. ARCHIVES OF PSYCHIATRIC NURSING, 7(5), 277-283
STUART, G. W., & LARAIA, M. T. (2001). PRINCIPLES AND PRACTICE OF PSYCHIATRIC NURSING (7TH ED.). ST. LOUIS: MOSBY
CRAFT, M. J. (1987). HEALTH CARE PREFERENCES OF RURAL TEENS. JOURNAL OF PEDIATRIC NURSING. 2(1), 3-13.
GILLISS, C., HIGHLEY, B., ROBERT, B., & MARTINSON, I. (1989). TOWARD A SCIENCE OF FAMILY NURSING. MENLO PARK, CA: ADDISON – WESLEY.
GOLDENBERG. I., & GOLDENBERG, H. (1985). FAMILY THERAPY: AN OVERVIEW (2ND ED.). MONTEREY: BROOKS/COLE.

PARTICIPANTES:

ROSA LUZ BALLINAS DOMINGUEZ.
KARINA ASUSENA RINCÓN ALFARO.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: APENDICECTOMIA

**DOMINIO 4: ACTIVIDAD/
REPOSO**

**CLASE 5 :
AUTOCUIDADO**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
(NANDA)**

DEFINICION: PATRON DE REALIZAR DE ACTIVIDADES POR PARTE DE LA PROPIA PERSONA QUE AYUDA A ALCARZAR LOS OBJETIVOS RELACIONADOS CON LA SALUD Y QUE PUEDE SER REFORZADO.

Etiqueta (problema) (P)

(00182) DISPOSICION PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO

Factores relacionados (causas) (E)

Características definitorias (signos y síntomas)(s)

EXPRESA DESEOS DE AUMENTAR LA RESPONSABILIDAD EN EL AUTOCUIDADO

EXPRESA DESEOS DE AUMENTAR EL AUTO CUIDADO

Pag.252

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: (01) SALUD FUNCIONAL	30001 COME	ESCALA: (M)	MANTENER A: 2
	30002 SE VISTE	1.- GRAVEMENTE COMPROMETIDO	
CLASE: (D) AUTOCUIDADO.	30003 USO DEL INODORO	2.- SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO.	AUMENTAR A: 4
	30004 SE BAÑA		
ETIQUETA DE RESULTADO:	30005 SE PEINA	3.- MODERADAMENTE COMPROMETIDO	
(0300) AUTOCUIDADOS: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.	30006 HIGIENE	4.- LEVEMENTE COMPROMETIDO	
	30007 HIGIENE BUCAL	5.- NO COMPROMETIDO	
	30008 DEAMBULACION: CAMINA		
	30009 CAMBIA DE POSICION SOLO.		

PAG. 196

INTERVENCIONES (NIC): 0220 FOMENTO DE EJERCICIO
CAMPO: (01) FISIOLÓGICO BÁSICO
CLASE: (A) CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO
Pág. 423

ACTIVIDADES

Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.
Explorar experiencias deportivas anteriores.
Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.
Explorar las barreras para el ejercicio.
Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca de los ejercicios o la necesidad de los mismos.
Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios.
Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.

INTERVENCIONES (NIC): 6480 MANEJO AMBIENTAL
CAMPO: (04) SEGURIDAD
CLASE: (V) CONTROL DE RIESGOS
PÁG. 465

ACTIVIDADES

Crear un ambiente seguro para el paciente
Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta.
Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas flojas y muebles pequeños, móviles).
Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acorchamiento de barandillas, si procede. Acompañar al paciente en las actividades realizadas fuera de la sala, si procede.
Disponer de camas de baja altura, para cuando se precise.
Disponer dispositivos de adaptación (banco de escalera o barandillas), si procede.

INTERVENCIONES (NIC): 0224 TERAPIA DE EJERCICIOS:
MOVILIDAD ARTICULAR. CAMPO: (01) FISIOLÓGICO BÁSICO
CLASE: (A) CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO
PÁG. 751

ACTIVIDADES

Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función
Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de mi programa de ejercicios. Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.
Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones. Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.
Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones. Vestir al paciente con prendas cómodas. Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio. Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo.

INTERVENCIONES (NIC): 6490 PREVENCIÓN DE CAÍDAS
CAMPO: (04) SEGURIDAD
CLASE: (V) CONTROL DE RIESGOS
PÁG. 684

ACTIVIDADES

Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente que pueda aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
Revisar la historia de caídas con el paciente y la familia.
Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).
Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n.
Pedir al paciente su percepci3n de equilibrio, seg3n proceda.
Compartir con el paciente observaciones sobre el paso y el movimiento.
Sugerir cambios en el paso del paciente.
Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

ARTINIAN, N.T., MARNAN, M., SIOAN, M., & LANGE, M.P. (2002). SELF CARE BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH HEART FAILURE. HEART AND LUNG, 31(3), 161-172

CONN, V. (1991). SELF CARE ACTIONS TAKEN BY OLDER ADULTS FOR INFLUENZA AND COLDS. NURSING RESEARCH, 40(3), 176-181.

OLIVER, M. (2005). REACHING POSITIVE OUTCOMES BY ASSESSING AND TEACHING PATIENT SELF EFFICACY. HOME HEALTHCARE NURSE, 23(9) 559-562

KLEIN, R. M. & BELL, B. (1982). SELF- CARE SKILLS: BEHAVIORAL MEASUREMENT WITH KLEIN-BELL ADL SCALE. ARCHIVES OF PHYSICAL MEDICINE AND REAHABILITATION, 63(7), 335-338.

LEENERT, M.H. TEEL, C. S., & PENDLETON, M. K. (200). BUILDING A MODEL OF SELF-CARE FOR HEALTH PROMOTION IN AGING. JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP, 34(4), 355-361.

RESNICK, B.(20001). MOTIVATING OLDER ADULTS TO ENGAGE IN SELF-CARE. PATIENT CARE FOR THE NURSE PRACTITIONER,4(9), 13-14, 16, 19.

PARTICIPANTES:

ROSA LUZ BALLINAS DOMINGUEZ.
KARINA ASUSENA RINCÓN ALFARO.

Diagnostico real

ETIQUETA O PROBLEMA DE SALUD	ENLACE	FACTORES	ENLACE	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS
DOLOR AGUDO	RELACIONADO CON	LESIONES POR AGENTES FISICOS (PROCEDIMIENTO QUIRURGICO)	MANIFESTADO POR	-CONDUCTA EXPRESIVA INQUIETUD Y GEMIDOS -OBSERVACIONES DE EVIDENCIAS DE DOLOR -EXPRESA DOLOR (EVA DE 5) - EXPRESION FACIAL (MOVIMIENTOS FIJOS O ESCASOS) -POSTURA PARA EVITAR DOLOR
DETERIODO DE LA AMBULACION	RELACIONADO CON	DOLOR	MANIFESTADO POR	-DETERIORO DE LA HABILIDAD PARA CAMINAR LAS DISTANCIAS REQUERIDAS
TRASTORNO DEL PATRON DEL SUEÑO	RELACIONADO CON	FALTA DE CONTROL DEL SUEÑO	MANIFESTADO POR	-INSATISFACCION DEL SUEÑO -EXPRESA HABER DESPERTADO -EXPRESA NO SENTIRSE DESCANSADO
INSOMIO	RELACIONADO CON	EXPRESA DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO	MANIFESTADO POR	-FACTORES DEL ENTORNO (P. EJ. RUIDO AMBIENTAL, EXPOSICION A LA LUZ DIA/ OSCURIDAD, TEMPERATURA/HUMEDAD AMBIENTAL, ENTORNO NO FAMILIAR). -SUEÑO INTERRUMPIDO - ESTRÉS (P. EJ, PATRON DE ALTA CONCENTRACION ANTES DEL SUEÑO.
ANSIDAD	RELACIONADO CON	INSOMNIO	MANIFESTADO POR	- CAMBIOS EN EL ENTORNO Y EL ESTADO DE SALUD

Diagnostico de riesgo

ETIQUETA O PROBLEMA DE SALUD	ENLACE	FACTORES	ENLACE	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS
RIESGO DE INFECCION	RELACIONADO CON	PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	MANIFESTADO POR	-----
RIESGO DE CAIDA	RELACIONADO CON	ADULTO MAYOR DE 69 AÑOS	MANIFESTADO POR	-----
RIESGO DE SINDROME POSTRAUMATICO	RELACIONADO CON	CONOCIMIENTOS DEFICIENTES	MANIFESTADO POR	-----

diagnostico salud / bienestar

ETIQUETA O PROBLEMA DE SALUD	ENLACE	FACTORES	ENLACE	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS
DISPOCION PARA MEJORAR LA GESTION DE LA PROPIA SALUD	RELACIONADO CON	-----	MANIFESTADO POR	-MANIFIESTA DESEO DE MANEJAR LA ENFERMEDAD, TRAMIENTO, PREVENCIÓN, DE SECUELA. -EXPRESA TENER MNIMAS DIFICULTADES CON LOS TRATAMIENTOS PRESCRITOS
DISPOCION PARA MEJORAR EL BIENESTAR	RELACIONADO CON	-----	MANIFESTADO POR	-EXPRESA DESEOS DE MEJORAR LA ALEGRIA -EXPRESA DESEO DE MEJORAR EL PROPOSITO DE LA VIDA
DISPOSICION PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO	RELACIONADO CON	-DURACION DEL ACONTECIMIENTO -PERCEPCION DEL ACONTECIMIENTO	MANIFESTADO POR	-----

PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

OBJETIVO: IDENTIFICAR EL NIVEL DE DOLOR DEL PACIENTE Y LLEVAR A UN NIVEL DE TOLERANCIA QUE SEA ACEPTABLE PARA EL PACIENTE

FECHA Y HORA	DIANOSTICO DE ENFERMERIA O PROBLE INDEPENDIENTE NANDA	OBJETIVO DE RESULTADO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION																						
08/JUN/17 7:00 HRS	<p>DOMINIO: 12 CONFOST</p> <p>CLASE: 1 CONFOST FISICO</p> <p>ETIQUETA DIAGNOSTICA: DOLOR AGUDO</p> <p>M/C LESIONES POR AGENTES FISICOS (PROCEDIMIENTO QUIRURGICO M/P</p> <p>- CONDUCTA EXPRESIVA INQUIETUD Y GEMIDOS</p> <p>- OBSERVACIONES DE EVIDENCIAS DE DOLOR</p> <p>-EXPRESA DOLOR</p> <p>-EXPRESION FACIAL (MOVIMIENTOS FIJOS O ESCASOS)</p> <p>-POSTURA PARA EVITAR DOLOR</p>	<p>DOMINIO: (V) SALUD PERCIBIDA</p> <p>CLASE: (V) SINTOMATOLOGIA</p> <p>INDICADOR: NIVEL DEL DOLOR</p> <p>-DOLOR REFERIDO</p> <p>-GEMIDOS Y GRITOS</p> <p>- EXPRESION FASIAL</p> <p>- INQUIETUD</p> <p>- MUECAS DE EXPRESION</p>	<p>CAMPO: 1 FISIOLÓGICO BÁSICO</p> <p>CLASE: E FOMENTO DE LA COMUNIDAD FISICA</p> <p>-OBSERVACIONES DE SIGNOS VERVALES DE MOLESTIA</p> <p>-ASEGURAR QUE EL PACIENTE RESIVA CUIDADOS</p> <p>- EXPLORAR CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DEL PACIENTE SOBRE EL DOLOR</p> <p>-PROPORCIONAR INFORMACION ACERCA DEL DOLOR, CAUSAS, TIEMPO, INCOMODIDADES QUE SE ESPERAN DEBIDO A LOS PROCEDIMIENTOS</p> <p>-ENSEÑAR LOS PRINCIPIOS DE CONTROL DEL DOLOR</p> <p>-ANIMAR EL PACIENTE A VIGILAR SU PROPIO DOLOR Y ANTERVENIR EN CONSECUENCIA</p> <p>-ENSEÑAR METODOS FARMACOLOGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR</p> <p>-ANIMAR AL PACIENTE A MEDICACION PARA EL DOLOR ADECUADA.</p> <p>-UTILIZAR MEDIDAS DE CONTROL DEL DOLOR ANTES DE QUE EL DOLOR SEA SEVERO.</p>	<p>-ACUTE PAIN MANAGEMENT GUIDELINE.PANEL. (1992). ACUTE PAIN MANEGEMENT OPETATIVE OR MEDICAL PROCEDURES AND TRAUMA. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE GUIDELINE (AHCPR PUB. NO. 92-0032). ROCKVILLE, MD: AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH, PUBLIC HEAALTH SERVICE U.S DEPARTAMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.</p> <p>. - HERR, K.A.,&MOBILY P.R (1992) INTERVENTIONS RELATED TO PAIN. IN G.M. BULECHEK & J.C. MCCLOSKEY (EDS) SYMPOSIOM ON NURSING INTERVENTIONS. NURSING CLINICS OF NORTH AMERICA 27(2),347-370)</p> <p>-RHINER M. & KEDZIERA P (1999) MANAGING BREAKTINROUGH PAIN: A NEW APPROACH. AMERICAN JOURNAL OF NURSING, (SUPPL), 3_12</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">VI</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">VF</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2/3</td> <td style="text-align: center;">3/3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2/3</td> <td style="text-align: center;">3/3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1/3</td> <td style="text-align: center;">3/3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2/3</td> <td style="text-align: center;">3/3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2/3</td> <td style="text-align: center;">3/3</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">9/15 15/15</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><u>IMPACTO DEL CUIDADO:</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">6 PUNTOS</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><u>IMPACTO FINAL:</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">6 PUNTOS</td> </tr> </table>	VI	VF	2/3	3/3	2/3	3/3	1/3	3/3	2/3	3/3	2/3	3/3	9/15 15/15		<u>IMPACTO DEL CUIDADO:</u>		6 PUNTOS		<u>IMPACTO FINAL:</u>		6 PUNTOS	
VI	VF																										
2/3	3/3																										
2/3	3/3																										
1/3	3/3																										
2/3	3/3																										
2/3	3/3																										
9/15 15/15																											
<u>IMPACTO DEL CUIDADO:</u>																											
6 PUNTOS																											
<u>IMPACTO FINAL:</u>																											
6 PUNTOS																											

PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

OBJETIVO: MOTIVAR AL PACIENTE A QUE Asuma RESPONSABILIDAD PARA EL CUIDADO DE SU PROPIA SALUD

FECHA Y HORA	DIANOSTICO DE ENFERMERIA O PROBLE INDEPENDIENTE NANDA	OBJETIVO DE RESULTADO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION														
08/JUN/17 7:00 HRS	<p>DOMINIO: 1 PROMOCION A LA SALUD</p> <p>CLASE: 2 GESTION DE LA SALUD</p> <p>ETIQUETA DIAGNOSTICA: DISPOCION PARA MEJORAR LA GESTION DE LA PROPIA SALUD</p> <p>M/P MANIFIESTA DESEO DE MANEJAR LA ENFERMEDAD, TRAMIENTO, PREVENCION, DE SECUELA. EXPRESA TENER MINIMAS DIFICULTADES CON LOS TRATAMIENTOS PRESCRITOS</p>	<p>DOMINIO: (III) SALUD PSICOSOCIAL</p> <p>CLASE: (N) ADAPTACION PSICOSOCIAL</p> <p>INDICADOR: CAPACIDAD PERSONAL DE RECUPERACION</p> <p>-VERBALIZAR UNA ACTIRUD POSITIVA</p> <p>-EXPRESION DE EMOSIONES</p> <p>-SE COMUNICA DE FORMA ADECUADA PARA LA EDAD</p> <p>-MUESTRA UN ESTADO DE ANIMO POSITIVO</p> <p>-UTILIZA ESTRATEGIAS PARA POTENCIALIZAR LA SALUD</p>	<p>CAMPO: 1 FISIOLÓGICO BÁSICO</p> <p>CLASE: F AYUDA AL AUTO CUIDADO</p> <p>-CONSIDERAR LA CULTURA DEL PACIENTE AL FOMENTAR ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO -CONSIDERAR LA EDAD DEL PASIENTE AL PROVOMER LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO -COMPROVAR LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA EJERCER AUTOCUIDADOS INDEPENDIENTES -PROPORCIONAR LOS OBJETOS PERSONALES DESEADOS -PROPORCIONAR AYUDA HASTA QUE EL PACIENTE SEA TOTALMENTE CAPAZ DE ASUMIR LOS AUTOCUIDADOS -AYUDAR EL PACIENTE A CEPTAR LAS NECESIDADES DE DEPENDENCIA -REPETIR DE FORMA COHERENTE LAS RUTINAS SANITARIAS COMO MEDIO DE ESTABLECIMIENTO -ANIMAR AL PACIENTE A REALIZAR LAS ACTIVIDADES NORMALES DE LA VIDA DIARIA AJUSTADAS A NIVEL DE CAPACIDAD -ALENTAR LA INDEPENDENCIA, PERO INTERVINIENDO SI EL PACIENTE NO PUEDE REALIZAR LA ACCION DADA -ESTABLECER UNA RUTINA DE ACTIVIDADES DE AUTOCUDADO</p>	<p>-HALL,G.P.,& BUCKWALTER K. C. (2001) PVIDENCE -BASE PROTOCOL: BATHING PERSONS WITH DEMENTIA LOWA CITY, LARTHE UNIVERSITY OF IOWA, COLLOGE OF NURSING, INTERVENTIONS RESEARTH CENTER.</p> <p>-KOZIER, B ERB, G., BERMAN, A., & SNYDER, S.J. (2004) FUNDAMENTAIS OF NURSING, CONCEPTS, PROCESS, AND PRACTICE (7TH ED.) UPPER SADDLE RIVER, NJ: RIVER PRENTICE HALL.</p> <p>-PERRY, .A.G. & POTTER, P.A.(2006) CLINICAL NURSING SKILLS AND TECHNIQUES (6HT ED.) ST. LOUS, MO.MOSBY.</p>	<table border="0"> <tr> <td>VI</td> <td>VF</td> </tr> <tr> <td>2/3</td> <td>3/3</td> </tr> <tr> <td>2/3</td> <td>3/3</td> </tr> <tr> <td>1/3</td> <td>2/3</td> </tr> <tr> <td>2/3</td> <td>3/3</td> </tr> <tr> <td>1/3</td> <td>3/3</td> </tr> <tr> <td>8/15</td> <td>14/15</td> </tr> </table> <p><u>IMPACTO DEL CUIDADO:</u></p> <p>7 PUNTOS</p> <p><u>IMPACTO:</u></p> <p>6 PUNTOS</p>	VI	VF	2/3	3/3	2/3	3/3	1/3	2/3	2/3	3/3	1/3	3/3	8/15	14/15
VI	VF																		
2/3	3/3																		
2/3	3/3																		
1/3	2/3																		
2/3	3/3																		
1/3	3/3																		
8/15	14/15																		

PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

OBJETIVO: MEJORAR EL PATRÓN DE SUEÑO DE LA PACIENTE EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE.

FECHA Y HORA	DIANOSTICO DE ENFERMERIA O PROBLE INDEPENDIENTE NANDA	OBJETIVO DE RESULTADO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION																
08/JUN/17 7:00 HRS	<p>DOMINIO: 4 ACTIVIDAD/ REPOSO</p> <p>CLASE: 1 SUEÑO/ REPOSO</p> <p>ETIQUETA DIAGNOSTICA: TRASTORNO DEL PATRON DEL SUEÑO</p> <p>R/C FALTA DE CONTROL DEL SUEÑO M/P INSATIFACCION DEL SUEÑO EXPRESA HABER DESPERTADO EXPRESA NO SENTIRSE BIEN DESCANSADO</p>	<p>DOMINIO: (I) SALUD FUNCIONAL</p> <p>CLASE: (A) MANTENIMIENTO DE LA ENERGIA</p> <p>INDICADOR: DESCANSO</p> <p>-TIEMPO DEL DESCANSO</p> <p>-PATRON DEL DESCANSO</p> <p>- CALIDAD DEL DESCANSO</p> <p>- DESCANSO FISICAMENTE</p> <p>- ENERGIA RECUPERADA DESPUES DEL DESCANSO</p>	<p>CAMPO: 1 FISIOLÓGICO BÁSICO</p> <p>CLASE: A MANEJO DE LA ENERGIA</p> <p>- FOMENTAR LAS SIESTAS - AYUDAR AL PACIENTE A PROGRAMAR PERIODOS DE DESCANSO - OBRESER AYUDA PARA FAVORESER EL SUEÑO (MUSICA O MEDITACION) - LIMITAR LOS ESTIMULOS AMBIENTALES (LUZ Y RUIDOS) PARA FACILITAR LA RELAJACION) - FACILITAR LA ALTERNANCIA DE PERIODOS DE REPOSO Y ACTIVIDAD</p>	<p>-HENDRY C, & FARIEY A. H (2001). UNDERSTANDING ALIERGIES AND THER TREAT NURSING STAN DARD 15(35), 47-53</p> <p>-HOOLE. A PICKARD. C. OUIMETTE, R., LOHR.J. & GREENBERG R, (1995) PATIENT CARE GUIDELINES FOR NURSE PRACTICIONES (4TH ED) PHILADELPHIA: I.B. LIPPINCOTL</p> <p>-LEMONE, P., & BURKE. K (1996) MEDICAL SURCAL NURSING CRITICAL THINKIN IN CLIENT CARE. MENLO PARK, CA ADSON –WESLEY.</p>	<table> <tr> <td>VI</td> <td>VF</td> </tr> <tr> <td>2/3</td> <td>3/3</td> </tr> <tr> <td>2/3</td> <td>3/3</td> </tr> <tr> <td>1/3</td> <td>2/3</td> </tr> <tr> <td>1/3</td> <td>2/3</td> </tr> <tr> <td>2/3</td> <td>3/3</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>8/15</td> <td>13/15</td> </tr> </table> <p><u>IMPACTO DEL CUIDADO:</u></p> <p>7 PUNTOS</p> <p><u>IMPACTO:</u></p> <p>5 PUNTOS</p>	VI	VF	2/3	3/3	2/3	3/3	1/3	2/3	1/3	2/3	2/3	3/3	<hr/>		8/15	13/15
VI	VF																				
2/3	3/3																				
2/3	3/3																				
1/3	2/3																				
1/3	2/3																				
2/3	3/3																				
<hr/>																					
8/15	13/15																				

7.3. Plan De Alta

1.- Orientar al paciente sobre signos y síntomas de alarma como son: tumefacción, enrojecimiento, salida de líquido y edema en la herida quirúrgica y fiebre. En caso de presentar algunos de estos deberá de asistir al servicio de urgencias o con su médico familiar de inmediato.

2.- Orientación de cuidado de la herida quirúrgica

El baño diario y lavar herida quirúrgica con abundante agua evitar la aplicación de una posible infección. Al terminar el baño se deberá cubrir la herida quirúrgica con gasas estériles, no se deberá de aplicar ningún ungüento u otro fármaco a menos de que este recetado por su médico.

3.- orientación sobre vendaje abdominal compresivo

El paciente evitara usar vendaje compresivo los días subsecuentes a la cirugía esto facilitara su movilización, además de que así se evitara realizar esfuerzos que podrían afectar la cicatrización de la herida quirúrgica.

4.- seguir dieta blanda libre de irritantes.

Evitar el consumo de chiles y recados. Consumir verduras hervidas, carne de pescado, pollo, crema de verduras, arroz cocido, puré de papa, carne molida y frutas.

5.-Tratamiento farmacológico.

Tomar Ciprofloxacino tableta 500 mg 1 cada 12 horas durante 7 días

Tomar Paracetamol 500 mg 1 cada 8 horas durante 3 días.

6.- Retiro de puntos en 8 días en su unidad médica más cercana.

Capítulo VIII

8.1. Conclusiones

Después de haber realizado un adecuado proceso de atención de enfermería se logró que la paciente (adulto mayor) con diagnóstico de apendicitis fase III/ apendicectomía, lograra una recuperación satisfactoria, evolucionando favorablemente después de la intervención quirúrgica, se le proporciono acciones de enfermería específicas e individualizadas que nos condujo a una evolución satisfactoria de tres días, así mismo se brindó orientación a los familiares sobre medidas higiénicas, alimenticias y farmacológicas con el fin de evitar complicaciones.

Por lo consiguiente el proceso enfermero nos permite brindar una atención de calidad en la atención del paciente quirúrgico.

8.2 Recomendaciones.

Se recomienda que el personal de enfermería aplique la metodología del proceso de atención de enfermería en la práctica profesional para brindar una atención individualizada y humanística.

El realizar este tipo de trabajos nos ayuda a documentar todos los cuidados enfermeros para obtener información documentada, para reforzar los conocimientos y ampliar el ámbito de la investigación en nuestra profesión.

8.3. Bibliografía

HOWE, C.J (1993) A NEW STANDARD OF CARE FOR PEDIATRIC PAIN MANAGEMENT AMERICAN JOURNAL OF MATERNAL CHILD NURSING, 18(6), 325-329

MOBILY, P., & HERR, K.A. (2001), PAIN. IN M. MAAS, K BUCKWALTER, M HARDY, T, TRIPP-REIMER, M. TITLE, & J. SPECHT (EDS.), NURSING CARE OF OLDER ADULTS: DIAGNOSE, OUTCOMES & INTERVENTIONS (PP. 455-475). ST LOUIS: MOSBY.

PUNTILLO, K., & WEISS, S. J (1994). PAIN: ITS MEDIATORS AND ASSOCIATED MORBIDITY IN CRITICALLY ILL CARDIOVASCULAR SURGICAL PATIENTS. NIURSING RESEARCH, 43(1),31-36.

ABRAS,A.C.,PENNINGTON, S.S.& LAMTMON, C.B. (2007).CLINICAL DRUG THERAPY: RATIONALES FOR NURSING PRACTICE (8 TH ED.). PHILADELPHIA: LIPPINCOTT WILLIAMS & WIILKINS.

CRAVEN, R,F., & HIMLE, C.J. (2003). MEDICATION ADMINISTRATION. IN FUNDAMENTALS OF NURSING: HUMAN HEALTH AND FUNCTION (4TH ED). (PP. 513-574). PHILADELPHIA: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILLIAMS & WILKINS.

BROUWER, K NYSSEKNABRN, J., & CULHAM, E (2004). PHYSICAL FUNCTION AND HEALTH STATUS AMONG SENIONRS WITH AND WITHOUT FEAR OF FALLING. GERONTOLOGY, 50(3), 135-141

LEWIS, C.L., MOUTOUX, M., SLAUGHTER, M., & BAILEY, S.P (2004). CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS WHO FELL WHILE RECEIVING HOME HEALTH SERVICES. PHYSICAL THERAPY, 84(1), 23-32

ARMER, J. M., CONN, V.S., DECKER, S.A., & TRIPP-REIMER, T. (2001). SELF-CARE DEFICIT. IN M. MAAS, K. BUCKWALTER, M. HARDY, T. TRIPP-REIMER, M. TITLER, & J. SPECHT (EDS.), NURSING CARE OF OLDER ADULTS: DIAGNOSE, OUTCOMES & INTERVENTIONS (PP. 366-384). ST. LOUIS: MOSBY,

POTTER. P.A...& PERRY; A. (1998); FUNDAMENTALS OF NURSING; CONCEPTS, PROCESS, AND PRACTICE (4TH ED.). ST LOUIS, MO: MOSBY.

BROWN, D, R., W.P., & RAGLIN, J. S. (1993). EFFECTS OF EXERCISE AND REST ON THE STATE ANXIETY AND BLOOD PRESSURE OF PHYSICALLY CHALLENGED COLLEGE STUDENTS. JOURNAL OF SPORTS MEDICINE AND PHYSICAL FITNESS, 33(3), 300-305

EDVARDSSO, J. D., SANDMAN, P.O., & RASMAUSSEN, B.H (2005). SENSING AN ATMOSPHERE OF EASE: A TENTATIVE THEORY OF SUPPORTIVE CARE SETTINGS. SCANDINAVIAN JOURNAL OF CARING SCIENCE, 19(4), 344 353

GREENE, J.A. (2006) THE CLIENT WITH AN ANXIERY DISORDER.IN W.K. MOHR, PSYCHIATRIC-MENTAL HEALTH NURSING (6TH ED.) (PP. 445-470). PHILADELPHIA:LIPPICOTT WILLIAMS & WILLIAMS

ACUTE PAIN MANAGEMENT GUIDELINE. (1992). ACUTE PAIN MANAGEMENT: OPERATIVE OR MEDICAL PROCEDURES AND TRAUMA. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE (AHCPR PUB. NO. 92-0032). ROCKVILLE, MD: AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH, PUBLIC HEALTH SERVICE, U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.

ATTARIAN, H. (2000). HEIPING PATINTS WHO SAY THEY CANNOT SLEEP. PRACTICAL WAYS TO EVALUATE AND TREAT INSOMINIA. POSTGRADUATE MEDICINE, 107 (3), 127 – 130, 133-137, 140- 142.

BROWN, D.R., MORGAN, W, P., & RAGLIN, J. S. (1993). EFFECTS OF EXERCISE AND REST ON THE ATATE ANXIETY AND BLOOD PRESSURE OF PHYSICALLY CHALLNGED COLLEGE STUDENTS. JOURSNAL OF SPORTS MEDICINE AND PHYSICAL FITNESS, 33(3), 300-305.

ELLIS, J.R, & NOWLIS, E.A. (1994). PROVIDING NURSING CARE WITHIN THE NURSING PROCESS (5 TH ED.). PHILADLPHIA: J.B. LIPPINCOTT

HOOLE, A..., PICKARD, C... OUIMETT, R., LOHR, J.H., & GREENBERG, R. (1996). INDIVIDUAL CARE GUIDELINES FOR NURSE PRACTITIONERS (4TH ED.). PHILADELPHIA: J.B LIPPINCOTT

EDVARDSSON, J D., SANDMAN. P.O., & RASMUSSEN, B. H. (2005). SENSING AN ATMOSPHERE OF EASE: A TENTATIVE THEORY OF SUPPORTIVE CARE SETTINGS. SCANDINAVIAN JOURNAL OF CARING SCIENCE, 19(4) 344 – 353.

HUDSON, W.W. (1992). THE WALMYR ASSESSMENT SCALES SCORING MANUAL. TEMPE, AZ: WALMYR PUBLISHING CO.

LARAIA, M. T., STUART, G. W., & BEST, C.L (1989). BEHAVIORAL TREATMENT OF PANIC – RELATED DISORDERS: A REVIEW. ARCHIVES OF PSYCHIATRIC NURSING, 3(3), 125_133.

BADGER, J. M (1994). CALM THE ANXIOUS PATIENT. AMERICAN JOURNAL OF NURSING. 94(5), 46-50

NOUD, R. B., & LEE, K (2005). ANXIETY DISORDERS. IN M.A. BOYD (ED.), PSYCHIATRIC NURSING: CONTEMPORARY PRACTICE (3RD ED.). (PP. 374-419). PHILADELPHIA: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS.

CRAVEN, R.F., & HIRNLE C.J. (2003). HEALTH AND WELLNESS. IN FUNDAMENTALS OF NURSING: HUMAN HEALTH AND FUNCTION (4 TH ED.) (PP. 255-266). PHILADELPHIA: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS

GRAVES, P., & LANCASTER, J (1992). STRESS MANAGEMENT AND CRISIS INTERVENTION. IN M. STANHOPE & J. LANCASTER (EDS), COMMUNITY HEALTH NURSING (3RD ED). (PP. 612-631). ST. LOUIS, MO: MOSBY.

ALEXANDER, M (ED.). (2006). INFUSION NURSING: STANDARDS OF PRACTICE (SPECIAL ISSUE). JOURNAL OF INFUSION NURSING, 29(1S)

ALLEN, U., & GREEN, M. (2010) PREVENTION AND TREATMENT OF INFECTION COMPLICATIONS AFTER SOLID ORGAN TRANSPLANTATION IN CHILDREN. PEDIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA, 57, 459-479.

COHEN, I. K., DIEGELMANN, R.F., & LINDBLAD, W. L. (1992). WOUND HEALING; BIOCHEMICAL AND CLINICAL ASPECTS. PHILADELPHIA: W.B SAUNDRS.1ª EDICION 1992: 3ª EDICION REVISADA 200; 4ª EDICION REVISADA 2004

KOZIER, B, ERB G., BERMAN, A. & SNYDER, S. (2004). PERIOPERATIVE NURSING. IN FUNDAMENTALS OF NURSING: CONCEPTS, PROCESSES, AND PRACTICE. (7TH ED.) (PP. 896-937). UPPER SADDLE RIVER, NJ: PRENTICE HALL.

BEMBEN, M. G., MCCALIP, G.A. (1999). STRENGTH AND POWER RELATIONSHIPS AS A FUNCTION OF AGE. JOURNAL OF STRENGTH & CONDITIONING RESEARCH, 13(4), 330-338.

KENNEDY-MALONE, L., FLETCHER, K. R., & PLANK, L. M. (EDS). (2000). MANAGEMENT GUIDELINES FOR GERONTOLOGICAL NURSE PRACTIYIONERS (PP.3-24, 536-553). PHILADELPHIA: F.A. DAVIS.

FOLEY, G. (1999). THE MULTIDISCIPLINARY TEAM: PARTHER IN PATIENT SAFETY CANCER PRACTICE, 7(3), 108.

KANAK, M.F. (1992). INTERVENTIONS RELATED TO SAFETY. IN G.M. BUELECHEK & J. C. MCCLOSKEY (EDS.), SYMPOSIUM ON NURSING INTERVENTIONS.

NURSING CLINICS OF NORTH AMERICA, 27(2), 371-396.

DEGROOT-KOSOLCHAROEN, J., & JONES, J. M. (1989). PERMEABILITY OF LATEX AND VINYL GIOVES TO WATER AND BLOOD. AMERICAN JOURNAL OF INFECTION CONTROL, 17(4), 196-201

FERGUS, S., & ZIMMERMAN, M.A. (2005). ADOLESCENT RESILIENCE: A FRAMEWORK FOR UNDERTANDING HEALTHY DEVELOPMENT IN THE FACE OF RISK. ANNUAL REVIEW OF PUBLIC HEALTH, 26(1) 399-419.

GORMAN, C., DALE, S. S., GROSSMAN, W., KLARREICH, K., MCDOWELL, J., & WHITAKER, L. (2005). THE IMPORTANCE OF RESILICE. TIME, 165(3), A52-A55

LUTHAR, S. S., & CICHETTI, D. (2000). THE CONSTRUCT OF RESILIENCE: A CRITICAL EVALUATION AND GUIDELINES FOR FUTURE WORK. CHILD DEVELOPMENT, 71(3), 543-562

AMOLD, L. J. (1990). CODEPENDENCY. PART I: ORIGINS, CHARACTERISTICS. AORN JOURNAL, 51(5), 134-1348.

BARNSTEINER, J. H., & GILLIS-DONOVAN, J. (1990). BEING RELATED AND SEPARATE: A STANDARD FOR THERAPEUTIC RELATIONSHIPS. MCN: AMERICAN JOURNAL OF MATERNAL CHILD NURSING, 15(4), 223-228.

ARMOLD, E., & BOGGS, K.U. (1995). INTERPERSONAL RELATIONSHIPS: PROFESSIONAL COMMUNICATION SKILLS FOR NURS

BES ANISTER, N.A., JASTROW, ST., HODGES, V., LOOP, R., & GILHAM, M.B. (2004). DIABETES SELF-MANAGEMENT TRAINING PROGRAM IN A COMMUNITY CLINIC IMPROVES PATIENT OUTCOMES AT MODEST COST. JOURNAL OF THE AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 104(5), 807-810

GREEN, L., & RAEBURN, J. (1990). CONTEMPORARY DEVELOPMENT IN HEALTH PROMOTION. IN N. BRACHT (ED.), HEALTH PROMOTION AT THE COMMUNITY LEVEL (PP. 29 44). THOUSAND OAKS, CA:SAGE

JOHNSON, PH., & KITTLESON, M.J. (2003). A QUALITATIVE EXPLORATION OF HEALTH BEHAVIORS AND THE ASSOCIATED FACTOR AMONG UNIVERSITY STUDENTS FROM DIFFERENT CULTURES. THE INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH EDUCATION, 6 14-25.

KULBOK, P., & BALDWIN, J. (1992). FROM PREVENTIVE HEALTH BEHAVIOR TO HEALTH PROMOTION: ADVANCING A POSITIVE CONSTRUCT OF HEALTH. ADVANCES IN NURSING SCIENCE, 14(4), 50-64.

STUART G. W., & LARAIA, M.T. (2005). PRINCIPLES AND PRACTICE OF PSYCHIATRIC NURSING (8TH ED.). ST. LOUIS, MO:MOSBY.

KEITHER, G. I., & MILLER, I W. (1990). FAMILY FUNCTIONING AND MAJOR DEPRESSION: AN OVERVIEW. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 147(9), 1128-1137.

MAYNARD, C. K. (1993). COMPARISON OF EFFECTIVENESS OF GROUP INTERVENTIONS FOR DEPRESSION IN WOMEN. ARCHIVES OF PSYCHIATRIC NURSING, 7(5), 277-283

STUART, G. W., & LARAIA, M. T. (2001). PRINCIPLES AND PRACTICE OF PSYCHIATRIC NURSING (7TH ED.). ST. LOUIS: MOSBY

CRAFT, M. J. (1987). HEALTH CARE PREFERENCES OF RURAL TEENS. JOURNAL OF PEDIATRIC NURSING. 2(1), 3-13.

GILLISS, C., HIGHLEY, B., ROBERT, B., & MARTINSON, I. (1989). TOWARD A SCIENCE OF FAMILY NURSING. MENLO PARK, CA: ADDISON – WESLEY.

GOLDENBERG. I., & GOLDENBERG, H. (1985). FAMILY THERAPY: AN OVERVIEW (2ND ED.). MONTEREY: BROOKS/COLE.

ARTINIAN, N.T., MARNAN, M., SIOAN, M., & LANGE, M.P. (2002). SELF CARE BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH HEART FAILURE. HEART AND LUNG, 31(3), 161-172

CONN, V. (1991). SELF CARE ACTIONS TAKEN BY OLDER ADULTS FOR INFLUENZA AND COLDS. NURSING RESEARCH, 40(3), 176-181.

OLIVER, M. (2005). REACHING POSITIVE OUTCOMES BY ASSESSING AND TEACHING PATIENT SELF EFFICACY. HOME HEALTHCARE NURSE, 23(9) 559-562

KLEIN, R. M. & BELL, B. (1982). SELF- CARE SKILLS: BEHAVIORAL MEASUREMENT WITH KLEIN-BELL ADL SCALE. ARCHIVES OF PHYSICAL MEDICINE AND REAHABILITATION, 63(7), 335-338.

LEENERT, M.H. TEEL, C. S., & PENDLETON, M. K. (200). BUILDING A MODEL OF SELF-CARE FOR HEALTH PROMOTION IN AGING. JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP, 34(4), 355-361.

RESNICK, B.(20001). MOTIVATING OLDER ADULTS TO ENGAGE IN SELF-CARE. PATIENT CARE FOR THE NURSE PRACTITIONER,4(9), 13-14, 16, 19

REYES GÓMEZ, E. (2009). FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA: CIENCIA, METODOLOGÍA Y TECNOLOGÍA. MÉXICO: EL MANUAL MODERNO.

8.4Anexo1

Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA
SUBSEDE VENUSTIANO CARRANZA
DIPLOMADO EN ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO
P.A.E. PACIENTE CON APENDICECTOMIA


C. SOFIA DEL CARMEN DIAZ SANTIZ OTORGO DE MANERA LIBRE MIS DATOS PERSONALES ASÍ COMO AUTORIZO DE OTORGAR Y DAR INFORMACIÓN CON FINES ACADÉMICOS Y DE INVESTIGACIÓN. TALES SE ME INFORMA QUE NO SE UTILIZARÁ CON FINES DE LUCRO NI QUE SEA AFECTADA MI PERSONA.


LOS BENEFICIOS DE OBTENER DICHA INFORMACIÓN PROPORCIONADA Y SÓLIDA PARA AYUDAR EN EL PROCESO DE TITULACIÓN DE LAS ALUMNAS
C. KARINA ASUSEÑA RINCÓN ALFARO
C. ROSA LUZ BALLINAS DOMÍNGEZ.

TAMBIÉN SE ME INFORMA QUE SOY LIBRE DE RETIRARME CUANDO YO DESIDA SIN NINGÚN PROBLEMA.

RECONOSCO QUE SE ME A PROPORCIONADO INFORMACIÓN AMPLIA Y CLARA SOBRE LOS BENEFICIOS DE USAR MI INFORMACIÓN PERSONAL.

ME COMPROMETO A PROPORCIONAR INFORMACIÓN NECESARIA SEGÚN SOLICITAN LAS ALUMNAS SIN DAR OMISIÓN.


SOFIA DEL CARMEN DIAZ SANTIZ
NOMBRE Y FIRMA O HUELLA


MARIA ISABEL NALARRO PEREZ
NOMBRE Y FIRMA

VENUSTIANO CARRANZA, CHIAPAS A 10 DE JULIO DE 2017

8.5.Anexo 2

Fotos



En la presente imagen se le está realizando la entrevista a la paciente