

Plan de cuidados al paciente apendicectomizado (GRD 165).

Una intervención quirúrgica supone un acontecimiento estresante en la vida de cualquier individuo. Las nociones previas, los miedos y las dudas que el paciente pueda tener en la etapa anterior a la cirugía van a influir de forma determinante en su recuperación durante el postoperatorio. La actuación ante estos pacientes debe ser integral. Se individualizará el plan de cuidados estándar, aquí presentado, para determinar en cada caso los problemas o diagnósticos de enfermería que presente el paciente.

Los códigos de la apendicitis aguda en el CIE 9 van desde 540 al 543.9.

Objetivos generales:

- Prevenir la aparición de complicaciones postquirúrgicas.
- Educar al paciente y familia en el manejo de los signos de alarma postoperatorias.

Criterios de aplicación del plan:

Este plan de cuidados estándar se aplicará a todos aquellos pacientes a los que se les haya practicado una apendicectomía.

Valoración estandarizada al ingreso según el modelo de D. Orem.

Respiración:

- Alterada: disminución de la eficacia respiratoria, acúmulo de secreciones.
- No alterada.

Alimentación:

- No dependiente. *Dieta absoluta por intervención quirúrgica.*

Eliminación:

- Dependiente:* déficit de autocuidado uso del WC, retención urinaria.
 - Sistema Parcialmente compensatorio.
 - Sistema Totalmente compensatorio.

Descanso:

- Alterado:* insomnio, ansiedad, alteración del ritmo de sueño habitual del paciente debido a hospitalización.
 - Sistema Apoyo educativo.
 - Sistema Parcialmente compensatorio.
 - Sistema Totalmente compensatorio.

Higiene personal:

- Dependiente:* déficit de autocuidado en la higiene y vestido.

Estatus funcional:

La puntuación será de 1-2.

1 = Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio.

2= Capaz de cuidarse pero no de llevar a cabo cualquier actividad. Permanece encamado durante menos del 50% de las horas de vigilia.

Estado piel y mucosas:

- Alterada: eritemas cutáneos, herida quirúrgica.
- Sistema Totalmente compensatorio

Riesgo UPP:

Valoración del riesgo de úlcera por presión a través de la escala de Braden:

- Riesgo bajo (mayor de 14 puntos).

Capacidad sensorial:

- No alterada.

Aspectos psicológicos y sociales:

Ansiedad, déficit de actividades recreativas...

Diagnósticos de Enfermería identificados en el paciente apendicectomizado.

Requisitos de autocuidado universal:

◆ Eliminación.

Déficit de autocuidado: uso del WC r/c la dificultad de movimientos.

◆ Movilidad.

Deterioro de la movilidad física r/c intervención quirúrgica.

◆ Aislamiento e interacción social.

Ansiedad r/c la intervención quirúrgica.

◆ Prevención accidentes

Deterioro de la integridad tisular r/c la herida quirúrgica.

Riesgo de aspiración r/c la medicación anestésica.

◆ Promoción de la normalidad.

Déficit de autocuidados: baño/higiene r/c inmovilidad.

Déficit de autocuidados: vestido/ acicalamiento r/c inmovilidad.

Dolor agudo r/c la intervención quirúrgica.

Náuseas r/c medicación anestésica.

Desarrollo del plan de cuidados estandarizado para el paciente apendicectomizado durante toda su estancia.

Intervenciones propias de la hospitalización	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
Cuidados de enfermería al ingreso (7310)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados. 2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad. 3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso. 4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones. 5. Establecer el procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos) del HGUA. 		Al ingreso		
Protección de los derechos del paciente.(7460)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar al paciente la Carta de derechos y obligaciones del paciente. 2. Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal. 3. Mantener la confidencialidad de la información sanitaria del paciente. 		En la estancia		
Intermediación cultural (7330)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento. 2. Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que puedan afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada. 3. Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor, materiales/medios bilingües por escrito...) 4. Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente) de manera culturalmente adecuada. 		En la estancia		

Informe de turnos (8140)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede. 2. Identificar los diagnósticos médico y de cuidados clave, si procede. 3. Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad en cuidados. 4. Describir el régimen de tratamiento. 5. Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnóstico que deban completarse en las próximas 24 horas. 6. Describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno. 7. Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo. 8. Resumir los progresos en las metas fijadas. 		En la estancia		
Planificación del alta (7370)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar las capacidades del paciente para el alta 2. Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados. 3. Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta. 4. Registrar todos los cuidados al alta en el informe de enfermería al alta. 5. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados. 				

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/N R
<input type="checkbox"/> Dolor agudo r/c intervención quirúrgica. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Control del dolor (1605)</i> 11. Refiere dolor controlado. EVA: <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj: El paciente referirá una disminución de la frecuencia de aparición del dolor tras la administración de las medidas analgésicas.		<input type="checkbox"/> Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio:				
			Valoración del dolor.	☐	c/precise	ENF	
			Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor.	☐	c/precise	ENF	

<p><input type="checkbox"/> Náuseas r/c medicación anestésica.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Severidad de las náuseas y vómitos (2107)</i></p> <p>01-Frecuencia de las náuseas 02.Intensidad de las náuseas.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente manifieste una disminución o alivio de la sensación nauseosa y que disminuya también la frecuencia de las náuseas.</p>	<p><i>Manejo de las nauseas (1450)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio/Apoyo educativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes. 2. Identificar factores (medicamentos y procedimientos) que puedan causar o contribuir a las náuseas/vómitos. 3. Controlar los factores ambientales que pueden evocar náuseas/vómitos (malos olores, ruido y estimulación visual desagradable). 4. Identificar estrategias exitosas en el alivio de las náuseas/vómitos. 5. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas para controlar las náuseas/vómitos. 6. Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas/vómitos. 7. Utilizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad, a menos que eso estimule las náuseas. 8. Proporcionar información acerca de las náuseas/vómitos, sus causas y su duración. 			c/prec ise	ENF/ AE	
--	---	--	--	--	--	---------------	------------	--

<p><input type="checkbox"/>Deterioro de la movilidad física r/c intervención quirúrgica.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Movilidad (0208)</i> 06.Ambulación 14.Se mueve con facilidad. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: Aumentar de forma progresiva el nivel de movilidad</p>	<p><i>Terapia de ejercicios: deambulación (0221)</i></p>	<p><input type="checkbox"/>Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno. Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente. Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia. Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes corporales. Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario. Aplicar / proporcionar un dispositivo de ayuda para la deambulación si el paciente no camina bien. 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 la seguridad. 		c/precise	ENF/AE	
<p><input type="checkbox"/>Déficit de autocuidado de baño e higiene y vestir r/c el temor o miedo al dolor , dehiscencia de la herida. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Nivel de autocuidado (0313)</i> 02.Se viste 05.Mantiene higiene personal.. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: el paciente mantendrá cubierta la necesidad de higiene durante la estancia hospitalaria</p>	<p><i>Ayuda en el autocuidado: vestir/acicalamiento (1802)</i></p>	<p><input type="checkbox"/>Sistema Parcialmente Compensatorio:</p> <p>Higiene del paciente que requiere ayuda parcial, no encamado. <input type="checkbox"/></p> <p>Cambio de ropa de cama de paciente autónomo. <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Sistema Totalmente Compensatorio:</p> <p>Higiene del paciente en cama. <input type="checkbox"/></p> <p>Higiene de los genitales. <input type="checkbox"/></p> <p>Cambio de ropa de cama de paciente encamado. <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Sistema Apoyo educativo:</p> <p>Higiene del paciente autónomo. <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> Comprobar la capacidad del paciente para realizar autocuidados independientes. <input type="checkbox"/> Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos 		c/precise	AE	

			de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse. 3. Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes...).				
<input type="checkbox"/> Déficit del autocuidado en el uso del WC r/c intervención. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Autocuidados: uso del inodoro. (0300)</i> 03. Uso inodoro <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: el paciente mantendrá cubierta la necesidad de eliminación durante la estancia hospitalaria.		<input type="checkbox"/> Sistema Apoyo educativo/ Parcialmente/ Totalmente Compensatorio: Manejo del orinal tipo botella.		c/precise	ENF/AE	
			Manejo del orinal tipo cña.		c/precise	ENF/AE	
<input type="checkbox"/> Deterioro de la integridad tisular r/c herida quirúrgica. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Curación de la herida por primera intención. (1102)</i> 13. Aproximación de los bordes de la herida. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: La herida quirúrgica del paciente no presentará ni signos ni síntomas de infección.		<input type="checkbox"/> Sistema Totalmente Compensatorio: Normas generales en el cuidado de las heridas.	☰	c/turno	ENF	
			Cuidados de las heridas mediante técnica seca.	☰	c/turno	ENF	

<p><input type="checkbox"/> Ansiedad r/c intervención quirúrgica.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Autocontrol de la ansiedad. (1402)</i> 17. Refiere control de la ansiedad</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente manifieste estar más tranquilo y una disminución de su ansiedad.</p>	<p><i>Disminución de la ansiedad. (5820)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo/Parcial/Totalmente Compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si está prescrito. Escuchar con atención. Reforzar el comportamiento, si procede. Crear un ambiente que facilite la confianza. Animar la manifestación de percepciones, sentimientos y miedos. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. 		c/precise	ENF	
<p><input type="checkbox"/> Riesgo de aspiración r/c medicación anestésica.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Prevención de la aspiración (1918)</i> 02. Evita factores de riesgo.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj: el paciente no presentará aspiración durante su estancia hospitalaria</p>		<p><input type="checkbox"/> Sistema Apoyo Educativo. Prevención de la aspiración.</p>	☰	c/precise	ENF	
COMPLICACIONES POTENCIALES							
<p><input type="checkbox"/> Retención urinaria r/c intervención.</p>	<p><i>Eliminación urinaria (0503)</i></p>	<p><i>Manejo de la eliminación urinaria. (0590)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema parcialmente/totalmente compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación y la percusión. Proporcionar intimidad para la eliminación. 		c/8h c/precise	ENF ENF	

<p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p>01.Patrón de eliminación. 32.Retención urinaria. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: El paciente recuperará un patrón de eliminación urinaria habitual.</p>	<p><i>Cuidados de la retención urinaria.(0620)</i></p>	<p>3. Utilizar el poder de la sugestión haciendo correr agua. 4. Estimular el reflejo de la vejiga aplicando frío en el abdomen, frotando la parte interior del muslo, haciendo correr agua. Sondaje vesical.</p>	<p>☐</p>	<p>c/procede</p>	<p>ENF</p>	
<p><input type="checkbox"/>Infección de herida quirúrgica r/c intervención quirúrgica. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Curación de la herida por segunda intención.(1103)</i> 21.Disminución del tamaño de la herida <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj: La herida quirúrgica del paciente disminuyan los signos y síntomas de <u>infección.</u></p>		<p><input type="checkbox"/>Sistema totalmente compensatorio: Valoración de la temperatura corporal Cuidados de enfermería ante un paciente con fiebre Administración de medicación prescrita (antibioterapia) Obtención de exudado de heridas para cultivo. Cura de las heridas mediante técnica cura húmeda por 2ª intención Control y cuidados de los drenajes quirúrgicos Vigilancia de la piel. Valoración de la herida quirúrgica</p>	<p>☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐</p>	<p>c/8 h. c/precise c/prescrito c/precise c/12 h c/turno</p>	<p>ENF/AE ENF ENF ENF ENF</p>	
<p><input type="checkbox"/>Hemorragia r/c intervención quirúrgica. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Coagulación Sanguínea (0409)</i> 02.Sangrado <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: Disminuir o interrumpir la</p>	<p><i>Precauciones con las hemorragias(4010)</i></p>	<p><input type="checkbox"/>Sistema Apoyo Educativo: 1. Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia. 2. Anotar los niveles de hemoglobina y hematocrito antes y después, si está indicado. 3. Realizar estudios de coagulación, si procede. 4. Controlar los signos vitales. 5. Mantener reposo en cama durante la hemorragia. 6. Evitar esfuerzos.</p>		<p>c/2-3 h.</p>	<p>ENF/AE</p>	

	hemorragia del paciente.		7. Valorar signos y síntomas de hipovolemia.				
<input type="checkbox"/> Íleo paralítico r/c intervención quirúrgica. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	Obj: Detectar precozmente los signos y síntomas de íleo paralítico.	<i>Manejo del vómito (1570)</i>	<input type="checkbox"/> Sistema Totalmente compensatorio: 1. Control de ausencia de movimientos peristálticos. 2. Observar la presencia de distensión abdominal y timpanismo. 3. Mantener al paciente a dieta absoluta. 4. Valorar la necesidad de sondaje nasogástrico.		c/2-3h c/2-3h c/precise c/precise	ENF ENF ENF ENF	
<input type="checkbox"/> Dehiscencia de sutura r/c intervención quirúrgica. . <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	Obj.: Detectar precozmente los signos y síntomas de dehiscencia de la herida quirúrgica.		<input type="checkbox"/> Sistema Totalmente compensatorio: 1. Valorar signos y síntomas de dehiscencia de sutura. 2. Reducir riesgo de infección. 3. Aplicar gasas humedecidas en suero fisiológico. 4. Informar al médico.		c/precise c/precise c/precise c/precise	ENF ENF ENF ENF	

Anexo I: Tabla resumen Cuidados Generales en el paciente apendicectomizado.

Diagnósticos de enfermería	Cuidados de enfermería
Déficit de autocuidado: uso WC, baño/higiene, vestido/acicalamiento	Ayuda en los autocuidados: <ul style="list-style-type: none"> - Higiene del paciente. - Ayuda en la alimentación. - Ayuda en el vestir. - Ayuda en la eliminación.
Deterioro de la movilidad física.	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuda en la movilización. - Fomento de la deambulaci3n y ejercicios pasivos. - Posiciones funcionales durante el reposo en cama.
Ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuci3n de la ansiedad. - Apoyo emocional
Deterioro de la integridad tisular.	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia de la herida quirúrgica. - Cura de la herida quirúrgica con técnica seca.
Riesgo de aspiraci3n.	<ul style="list-style-type: none"> - Aspiraci3n de secreciones, si precisa. - Prevenci3n de la aspiraci3n.
Dolor agudo	<ul style="list-style-type: none"> - Valoraci3n del dolor. - Administraci3n de analgesia pautada. - Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor
Náuseas	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de las náuseas. - Vigilar ingesta y emesis - Realizar higiene bucal frecuente. - Fomentar el descanso y tranquilidad. - Técnicas de relajaci3n.

Bibliografía.

1. Johnson M., Bulechek G., McCloskey J., Maas M., Moorhead S. "Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC". Ed. Mosby-Harcourt. Barcelona 2002.
2. McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4ª Ed. Mosby- Elsevier. Madrid. 2004.
3. Morread S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª edición. Ed. Mosby- Elsevier. 2004
4. Carpenito, L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Madrid. 1994.
5. Alfaro, R. Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica. 3 Ed. Mosby. Madrid.1996.
6. Alfaro, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4 Ed. Springer-Verlang Ibérica. Barcelona. 1999.
7. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Ed Masson Salvat. Barcelona 1993
8. Planes de Cuidados del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. Ed. Servicio Gallego de Salud. 2002.
9. "Un enfoque del proceso de Enfermería. Mosby. Bárbara Long, Phipps, Cassmeyer, 3ª edición, 1.997.
10. Manual Merck. International. Merck Sharp y Dohmg. International, 6ª edición. 1.978.
11. Manual de Enfermería Medico-Quirúrgica. Harcourt Brace. Pamela L. Swearingen, Tercera edición.
12. Enfermería Práctica. Marin. Lilian Smoltisis Brunne Doris Smith Suadarth, 1987.
13. Enfermería Médico Quirúrgica. Interamericana McGraw-Hill. Bárbara C. Long/Wilma J. Phipps, 1994.
14. Proceso de enfermería y Diagnósticos de enfermería. Interamericana-Mcgraw-Hill. Patricia W. Iyer. Barbara J. Taptich. Donna Bernocchi-Losey, 1993.
15. Diagnósticos de Enfermería". Interamericana. Mcgraw-Hill. Mi Ja Kim, G.K. Mcfarland, A. M. McLane, 1993.
16. Enfermería Mosby 2000 Médico Quirúrgica. Mosby. Long/Phipps/Cassmeyer.
17. Principios y prácticos de enfermería médico quirúrgica. Mosby/Doyma Libros. Patricia Gauntlett Beare, RN, PhD.
18. Mercedes Albaladejo Tello, Francisco Javier Ballesta López,, Francisco Vicente Blanes Compañ,, Catalina Cases Alarcón, Miguel Castells Molina, Manuela Domingo Pozo, Francisco Javier Gómez Robles, Nieves Izquierdo García, José Luis López Montes, Belén Payá Pérez, Mercedes Segura Cuenca, María Torres Figueiras .Guía de Actuación de enfermería: Manual de procedimientos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Secretaría Autonómica para la Agencia Valenciana de la Salud. 2003.
19. López Medina IM, Sánchez Criado V. Paciente Postquirúrgico. Plan de cuidados. Rev Rol Enf 2001;24(3):219-224.