

Sinai Baltierra-Ibarra^{1a}

¹Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Zumpango, Coordinación de Extensión y Vinculación Universitaria. Zumpango, Estado de México, México

Doi: 10.5281/zenodo.14367099

ORCID

0009-0004-5262-7259^a

Palabras clave:

Planificación de Atención al
Paciente
Adolescente Hospitalizado
Apendicitis

Keywords:

Patient Care Planning
Adolescent, Hospitalized
Appendicitis

Correspondencia:

Sinai Baltierra Ibarra
Correo electrónico:
sbaltierrai1925155@gmail.com
Fecha de recepción:
23/04/2024
Fecha de aceptación:
15/10/2024

Resumen

Introducción: aproximadamente, el 7% de la población general sufre de apendicitis en el curso de su vida, por lo que se considera que es la afección quirúrgica más frecuente entre las emergencias hospitalarias. Por lo tanto, se requiere del análisis y juicio profesional del personal de enfermería que asegure la atención del paciente con base en un modelo y proceso de cuidado de enfermería.

Objetivo: establecer un plan de cuidados de enfermería basado en las necesidades de una paciente adolescente con diagnóstico de apendicitis aguda.

Metodología: se desarrolló el proceso de plan de cuidados de enfermería para una paciente adolescente con diagnóstico de apendicitis aguda, con base en la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Conclusión: posterior a la implementación del plan de cuidados de enfermería se logró que la paciente adolescente con diagnóstico de apendicitis aguda lograra una recuperación satisfactoria, con evolución favorable al tratamiento de cuidados de enfermería específicos e individualizados a sus necesidades. También se brindó orientación a los familiares sobre medidas higiénicas, alimenticias y farmacológicas con el fin de evitar complicaciones.

Abstract

Introduction: Approximately 7% of the general population suffers from appendicitis during their lifetime, which is why it is considered the most common surgical condition among hospital emergencies. Therefore, professional nursing analysis and judgment is required to ensure patient care based on a nursing care model and process.

Objective: Establish a nursing care plan based on the needs of an adolescent patient diagnosed with acute appendicitis.

Methodology: The nursing care plan process was developed for an adolescent patient diagnosed with acute appendicitis, based on the assessment of Marjory Gordon's functional patterns and the NANDA, NIC and NOC taxonomy.

Conclusion: After the implementation of the nursing care plan, the adolescent patient with a diagnosis of acute appendicitis achieved a satisfactory recovery, with a favorable evolution to the specific nursing care treatment individualized to her needs. Guidance was also provided to family members on hygienic, nutritional and pharmacological measures in order to avoid complications.

Introducción

La apendicitis es una inflamación aguda del apéndice cecal,¹ en la mayoría de los casos secundaria a obstrucción de su luz.² Aunque en la mayoría de los casos el dolor se localiza en fosa iliaca derecha, la ubicación del apéndice inflamado será el sitio donde se manifiesta el dolor, por ejemplo: hipogastrio, pelvis, cuadrante superior derecho o fosa iliaca izquierda.³

Los neonatos y preescolares no permiten hacer un análisis preciso del tipo de dolor, ya que solo manifiestan irritabilidad, rechazo al alimento y llanto, por lo que es en los menores de cuatro años en quienes esta enfermedad alcanza su mayor mortalidad, ya que hasta el 74% de los pacientes son operados con perforación y peritonitis generalizada.⁴ Los pacientes operados en las primeras 24 horas de evolución tienen un pronóstico excelente, pero si el diagnóstico es tardío la posibilidad de sepsis abdominal y muerte se eleva de forma importante. La mortalidad global es menor al 0.1%, aunque en pacientes menores de dos años es del 10%.

Por lo tanto, se requiere de un profesional de enfermería capacitado con una visión analítica y juiciosa que asegure la atención del paciente con base en un modelo de cuidado, tomando como herramienta el proceso de cuidado de enfermería (PLACE),⁵ el cual permite mejorar de manera constante la calidad de los cuidados y la posibilidad de unificar la comunicación entre los profesionales. De esta manera es factible cubrir las necesidades del individuo, familia o comunidad ante los problemas de salud reales o potenciales.

En el presente trabajo se utilizó la metodología de los patrones funcionales de la salud de Marjory Gordon.⁶ Se decidió trabajar con este modelo por su aplicación a la población de cualquier edad.

Se realizó la valoración clínica previa autorización de la paciente, los diagnósticos, resultados esperados, intervenciones de enfermería y actividades conforme a las taxonomías NANDA,⁷ NIC⁸ y NOC,⁹ respectivamente.

Se seleccionó el Hospital Regional Tipo B de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia, para la realización de la práctica de enfermería infantil, en la cual se realizará este estudio de caso clínico.

Presentación del caso

Se trata de una paciente mujer de 17 años que acude a urgencias acompañada por su madre por presentar do-

lor de inicio punzante, y posteriormente, cólico en fosa iliaca derecha, con irradiación a región inguinal derecha, acompañado de náuseas y vómito en dos ocasiones. A la exploración se encuentra íntegra alerta, reactiva consciente, orientada, tegumentos con adecuada coloración e hidratación, pupilas isocóricas, normorrefléxicas, narinas permeables, cavidad oral bien hidratada, cuello sin adenomegalias, tórax simétrico, campos pulmonares ventilados, con adecuada mecánica ventilatoria, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad y frecuencia, sin presencia de soplos, abdomen blando, depresible, peristalsis presente, no visceromegalias, puntos uretrales negativos, signo de Murphy negativo, signo de Mc Burney positivo, signo de Von Blumberg positivo, Talo percusión positivo, Rovsing positivo, signo de psoas positivo, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, extremidades eutróficas con fuerza y tono muscular conservados, llenado capilar de dos segundos.

En el ultrasonido se observa a nivel de fosa iliaca derecha múltiples artefactos de relevancia en relación con distensión, gas en asas intestinales, asa descendente con presencia de abundante gas, lo cual impide la visualización del ciego y apéndice, no se observa plastón, sin evidencia de líquido libre al momento del estudio.

Los signos vitales reportan: temperatura: 36°C, frecuencia cardiaca: 135 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 41 respiraciones por minuto, tensión arterial: 100/70, saturación de oxígeno: 94%, peso: 46 kg.

Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

1. Percepción—control de la salud: la paciente tiene una buena salud, no consume bebidas alcohólicas, no fuma, no consume drogas, tiene su esquema de vacunación completo, tiene una buena higiene personal, tiene conocimiento sobre su padecimiento y sobre los cuidados que debe tener si se llegara a someter a cirugía.
2. Nutrición—metabolismo: antes de ingresar al hospital consumía una alimentación variada, bebía dos litros de agua diarios. No presenta dificultad de deglución, masticación o digestión. Su índice de masa corporal es adecuado para su estatura y talla (**cuadro I**).
3. Eliminación: antes de ser hospitalizada, no presentaba ningún problema para evacuar. Durante su hospitalización presentaba solo una evacuación en un transcurso de 12 horas, tipo 4 en escala de Bristol. Micciones más de 5 veces al día, color amarillo (**cuadro II**).

4. Actividad–ejercicio: realiza actividad deportiva tipo voleibol, dos veces a la semana. No presenta disnea o alteraciones en la movilidad durante sus actividades diarias (cuadros III).
5. Sueño–descanso: duerme aproximadamente de 6 a 7 horas diarias, no presenta insomnio, no consume medicamentos para dormir, ni utiliza sustancias estimulantes para permanecer despierta durante el día.
6. Cognitivo–perceptual: no presenta deficiencias en cualquiera de los sentidos, no presenta problemas de memoria, comprensión, aprendizaje, lenguaje, expresión. Presenta dolor en fosa iliaca derecha con una intensidad 10/10 en escala de EVA (cuadros IV y V).
7. Autocontrol–autoconcepto: no existen verbalizaciones autonegativas, no presenta problemas con su imagen corporal, ni presenta el miedo al rechazo de otros.
8. Rol–relaciones: presenta buena relación con su hermana y madre. Su apoyo social son sus amigos y su familia. Solo presenta estrés escolar cuando tiene que presentar algún examen.
9. Sexualidad–reproducción: menarquía a los 14 años. La duración de la menstruación es de cuatro días, con

un ritmo de 28 días. Telarquia de 12 años. Niega vida sexual activa.

10. Adaptación–tolerancia al estrés: no consume sustancias ilícitas para afrontar el estrés. No presenta autolesiones.
11. Valores–creencias: es católica. Se siente satisfecha con la vida que tiene. Ante una adversidad sus creencias y su familia la ayudan a afrontar el problema. Le preocupa la muerte.

Conclusiones

Posterior a la implementación del proceso de atención de enfermería se logró que la paciente con diagnóstico de apendicitis aguda lograra una recuperación satisfactoria, con evolución favorable al tratamiento y atención de enfermería específica e individualizada que condujo a una evolución satisfactoria de dos días. Asimismo, se brindó orientación a los familiares sobre medidas higiénicas, alimentarias y farmacológicas con el fin de evitar complicaciones.

Por lo consiguiente, el proceso de enfermería permite brindar una atención de calidad en la atención del paciente.

Referencias

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009.
2. Martínez R. Salud y enfermedad del niño y del adolescente fundamental. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno; 2019.
3. Ansori P. Manual MSD. 2023. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/apendicitis>
4. León A. Apendicitis neonatal complicada: informe de un caso y revisión de la literatura. Ciudad de México: Instituto Nacional de Pediatría; 2008.
5. Copa A. Planes de Cuidado según taxonomías NANDA, NIC y NOC". Argentina; 2012.
6. López-Lucero A. Valoración de enfermería basada en la filosofía de Margory Gordon. Disponible en: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/26030/1/cbs1973815.pdf>
7. NANDA Internacional. North American Nursing Diagnosis Nanda International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2018-2019. Elsevier; 2019.
8. Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). España: Elsevier; 2019.
9. Moorehead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). España: Elsevier; 2018.

..... Cómo citar este artículo/To reference this article:

Baltierra-Ibarra S. Plan de cuidados de enfermería aplicado a paciente adolescente con diagnóstico de apendicitis aguda. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2025;33(1):e1489. doi: 10.5281/zenodo.14367099

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y actividades

Cuadro I Diagnóstico de enfermería: Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos

Diagnóstico enfermero	Resultado NOC	Indicadores	Escala (s) Likert	Puntuación Diana		
				MA	AA	EVAL
Patrón funcional: 2 nutricional - metabólico Dominio: 2 nutrición Clase: 5 hidratación Código: 00025 Etiqueta diagnóstica: Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos R/C vómitos M/P presencia de vómito.	Dominio NOC: 2 salud fisiológica Clase NOC: G líquidos y electrolitos Código: 0601 Etiqueta de resultado: equilibrio hídrico	060105 – Frecuencia respiratoria 060107 – Entradas y salidas diarias equilibradas 060116 – Hidratación cutánea	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
				4	5	5
			Puntuación global	4	5	5
Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE						
Dominio: 2 fisiológico: complejo Clase: G control de electrolitos y ácido - base Código NIC: 2080 Etiqueta de la Intervención NIC: manejo de líquidos / electrolitos Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardiaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación • Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (por ejemplo: crepitantes, en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/hundidos, respiración rápida y superficial) • Consultar con el médico si los signos y síntomas del desequilibrio hidroelectrolítico persisten o empeoran • Administrar glucosa de acción rápida con hidratos de carbono prolongada para el control hipoglucemia aguda, si es necesario • Mantener un ritmo adecuado de infusión intravenosa • Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos • Observar si hay manifestaciones de desequilibrio electrolítico • Explorar las mucosas bucales, la escalera y la piel del paciente por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrolítico (sequedad, cianosis, ictericia) 						

Cuadro II Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento

Diagnóstico enfermero	Resultado NOC	Indicadores	Escala (s) Likert	Puntuación Diana		
				MA	AA	EVAL
Patrón funcional: 3 eliminación Dominio: 3 eliminación e intercambio Clase: 2 función gastrointestinal Código: 00011 Etiqueta diagnóstica: estreñimiento R/C hábitos de defecación irregular M/P la disminución en la frecuencia deposicional	Dominio NOC: 2 salud fisiológica Clase NOC: F eliminación Código: 0501 Etiqueta de resultado: eliminación intestinal	050110 – Estreñimiento 050101 – Patrón de eliminación 050105 – Heces blandas y formadas	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
				2	3	3
			Puntuación global	2	3	3
Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE						
Dominio: 1 fisiológico: básico Clase: B control de la eliminación Código NIC: 0450 Etiqueta de la Intervención NIC: manejo del estreñimiento/impactación fecal Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento • Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal • Comprobar las defecaciones incluyendo frecuencia, consistencia, forma y color, según corresponda • Vigilar la presencia de peristaltismo • Consultar con el médico acerca del aumento/disminución de la frecuencia de peristaltismo • Observar si hay síntomas y signos de rotura intestinal y/o peritonitis • Enseñar al paciente/familia para que registre el color, frecuencia, consistencia de las deposiciones usando la escala de heces de Bristol • Evaluar el registro de entradas para el contenido nutricional • Ministras enema o irrigación, cuando proceda • Fomentar la ingesta de líquidos, cuando proceda • Instruir al paciente/familia sobre la relación de la dieta y la ingesta de líquidos para el estreñimiento 						

Cuadro III Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la ambulación

Diagnóstico enfermero	Resultado NOC	Indicadores	Escala (s) Likert	Puntuación Diana		
				MA	AA	EVAL
Patrón funcional: 4 actividad - ejercicio Dominio: 4 actividad/reposo Clase: 2 actividad y reposo Código: 00088 Etiqueta diagnóstica: deterioro de la ambulación R/C dolor intenso en el abdomen M/P inestabilidad en la marcha y movilidad dependiente	Dominio NOC: 1 salud funcional Clase NOC: C movilidad Código: 0208 Etiqueta de resultado: movilidad	020801 – Mantenimiento del equilibrio 020802 – Mantenimiento de la posición erguida 020806 – Movilidad dependiente 200805 – Dolor	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
				3	4	4
				Puntuación global	3	4
Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE						
Dominio: 4 seguridad Clase: V control de riesgos Código NIC: 6490 Etiqueta de la Intervención NIC: prevención de caídas Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficits físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en el ambiente dado • Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (camilla con barandales abajo, suelo resbaladizo) • Compartir con el paciente observaciones sobre la marcha y el movimiento • Ayudar a la deambulaci3n de la persona inestable • Proporcionar dispositivos de ayuda (bast3n o andador para caminar) • Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso • Bloquear las ruedas de la silla de ruedas, camilla en la transferencia del paciente • Utilizar barandillas laterales de longitud alta para evitar caídas de la cama 						

Cuadro IV Diagnóstico de enfermería: Dolor intenso en el abdomen

Diagnóstico enfermero	Resultado NOC	Indicadores	Escala (s) Likert	Puntuación Diana		
				MA	AA	EVAL
Patrón funcional: 6 cognitivo-perceptivo Dominio: 12 confort Clase: 1 confort físico Código: 00132 Etiqueta diagnóstica: dolor intenso en el abdomen R/C agentes lesivos biológicos M/P verbalización del paciente y facies de dolor	Dominio NOC: 4 conocimiento y conducta de salud Clase NOC: Q conducta de salud Código: 1605 Etiqueta de resultado: control de dolor	160511 – Describe el dolor 160502 – Reconoce el comienzo del dolor 160507 – Habla sobre opciones de tratamiento de dolor con el profesional sanitario	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	4	5	5
Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE						
Dominio: 2 fisiológico: complejo Clase: H control de fármacos Código NIC: 2210 Etiqueta de la Intervención NIC: administración de analgésicos Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Establecer patrones de comunicación efectivas ante el paciente y la familia • Monitorizar el dolor del paciente: localización, duración, características e intensidad • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito • Comprobar la respuesta previa del paciente a los analgésicos • Comprobar el historial de alergias a medicamentos • Involucrar al paciente en la selección del analgésico, la vía y dosis: según corresponda • Registrar el nivel de dolor con la escala de EVA • Atender las necesidades de comodidad que ayudan a la relajación 						

Cuadro V Diagnóstico de enfermería: Disconfort

Diagnóstico enfermero	Resultado NOC	Indicadores	Escala (s) Likert	Puntuación Diana			
				MA	AA	EVAL	
Patrón funcional: 6 cognitivo - perceptivo Dominio: 12 confort Clase: 1 confort físico Código: 00214 Etiqueta diagnóstica: disconfort R/C síntomas relacionados con la enfermedad M/P dolor, ansiedad, síntomas de malestar.	Dominio NOC: 5 salud percibida Clase NOC: U salud y calidad de vida Código: 2010 Etiqueta de resultado: estado de comodidad física	201011 – Náuseas 201020 – Vómito 201024 – Estreñimiento 201015 – Taquipnea 201012 – Dolor	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	3	4	4	
				Puntuación global	3	4	4
Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE							
Dominio: 1 fisiológico básico Clase: E fomento de la comodidad Código NIC: 6482 Etiqueta de la Intervención NIC: manejo ambiental: confort Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima • Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo • Crear un ambiente tranquilo y de reposo • Proporcionar un ambiente limpio y seguro • Determinar las fuentes de incomodidad ropa arrugada, factores ambientales irritantes. • Colocar al paciente de forma que facilite la comodidad de la persona (aplicar crema, limpieza corporal, higiene bucal) • Ajustar la iluminación de forma que se adapte a la persona, evitando la luz directa en los ojos. • Evitar exponer la piel y mucosas a factores irritantes (heces diarreicas o drenaje de heridas, orina) 							