

Proceso de atención de Enfermería en paciente con hemicolectomía derecha secundaria a apendicitis aguda

Tabla 1. Plan de cuidados de Enfermería		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA): (000132) Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico (hemicolectomía derecha) M/P facies de dolor, verbalización del paciente, cambios de la presión arterial, de la respiración y del pulso.		
Patrón alterado: 6) Cognitivo-Perceptual		
Intervención de Enfermería (NIC) (1400) Manejo del dolor (2210) Administración de analgésicos (5230) Aumentar el afrontamiento	Actividades de Enfermería	
	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad del dolor y factores desencadenantes. • Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas • Valorar el impacto en la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. • Colaborar con el médico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. 	
Evaluación (NOC)		
Respuesta esperada: (2102) Nivel del dolor		Puntuación diana: 25
Indicadores	Pre intervención	Post intervención
Dolor referido	3	5
Expresiones faciales de dolor	2	4
Cambio de la frecuencia respiratoria	3	4
Cambio de la frecuencia cardíaca	3	5
Cambio de la presión arterial	2	3
Escala de medición: 1= Grave; 2= Sustancial; 3= Moderado; 4= Leve; 5=Ninguno		

Tabla 2. Plan de cuidados de Enfermería		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA): Deterioro de la integridad cutánea tisular R/C hemicolectomía derecha E/P alteración de las superficies de la piel (epidermis), presencia de dren abdominal.		
Patrón alterado: 2) Nutricional-Metabólico		
Intervención de Enfermería (NIC)	Actividades de Enfermería	
(3590) Vigilancia de la piel (740) Cuidados del paciente encamado (6550) Protección contra las infecciones (3660) Cuidados de las heridas	<ul style="list-style-type: none"> • Observar su color, calor, pulso, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades. • Explicar las razones del reposo en cama. • Mantener la permeabilidad de los tubos de drenaje. • Anotar las características de cualquier drenaje producido. • Enseñar al paciente o miembro de la familia realizar la cura de la herida. 	
Evaluación (NOC)		
Respuesta esperada: (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas Puntuación diana: 20		
Indicadores	Pre intervención	Post intervención
(110101) Temperatura tisular en el rango esperado	4	5
(110102) Sensibilidad	3	4
(110111) Perfusión tisular	3	5
(110107) Coloración	2	4
Escala de medición: 1= Gravemente comprometida; 2= Sustancialmente comprometida; 3= Moderadamente comprometida; 4= Levemente comprometida; 5= No comprometida.		

Tabla 3. Plan de cuidados de Enfermería		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA): (00085) Deterioro de la movilidad física R/C analgesia conductiva E/P enlentecimiento del movimiento.		
Patrón alterado: 4) Actividad-reposo		
Intervención de Enfermería (NIC)	Actividades de Enfermería	
(180) Manejo de energía (1800) Ayuda al autocuidado (5612) Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las limitaciones físicas del paciente. • Favorecer el reposo • Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico. 	

Evaluación (NOC)		
Respuesta esperada: (00208) Nivel de movilidad	Puntuación diana: 15	
Indicadores	Pre intervención	Post intervención
(020801) Mantenimiento del equilibrio	2	4
(020803) Movimiento muscular	4	5
(020805) Realización del traslado	1	3
Escala de medición: 1= Dependiente no participa; 2= Requiere ayuda personal de dispositivos; 3= Ayuda personal; 4= Independiente con ayuda de dispositivos; 5= Completamente independiente.		

Tabla 4. Plan de cuidados de Enfermería		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA): (00069) Afrontamiento inefectivo R/C percepción de un nivel inadecuado de control de salud M/P informe verbal de la paciente		
Patrón alterado: 10) Adaptación-Tolerancia al estrés		
Intervención de Enfermería (NIC)	Actividades de Enfermería	
(5230) Aumentar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> Confrontar lo sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión). Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Mostrar una actitud de aceptación. Escuchar las preocupaciones del paciente. 	
(5240) Asesoramiento		
(5250) Apoyo en la toma de decisiones		
(5340) Presencia		
(5820) Disminución de la ansiedad		
Evaluación (NOC)		
Respuesta esperada: (01302) Superación de problemas	Puntuación diana: 15	
Indicadores	Pre intervención	Post intervención
(130204) Refiere disminución del estrés	3	5
(130205) Verbaliza aceptación de la situación	2	4
(130209) Utiliza el apoyo social disponible	3	4
Escala de medición: 1= Nunca; 2= Raramente; 3= En ocasiones. 4= Con frecuencia; y 5= Constantemente.		