

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL INTRAOPERATORIO A  
PACIENTES SOMETIDOS A APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA EN  
EL HOSPITAL GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE – ESSALUD 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN  
CENTRO QUIRURGICO**

**Lic. ANDIA ESCOBAR YOBANA LEONORA**

**Callao, 2017**

**PERÚ**

  
**DRA. ZOILA DÍAZ TAVERA**  
**CEP. 18988-RDVE. 1512**



## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR:**

LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO	PRESIDENTA
MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS	SECRETARIA
MG. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE	VOCAL

### **ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA**

Nº de Libro: 4

Nº de Acta de Sustentación: 438

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 31 de Octubre del 2017

Resolución Decanato Nº 2757-2017-D/FCS de fecha 24 de octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## ÍNDICE

INTRODUCCION.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA.....	3
1.2 OBJETIVO.....	6
1.3 JUSTIFICACION .....	6
II. MARCO TEORICO.....	7
2.1 ANTECEDENTES.....	7
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES .....	7
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.....	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL .....	9
2.3 DEFINICION DE TERMINOS.....	40
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL .....	42
3.1 RECOLECCION DE DATOS.....	42
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	42
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME .....	43
IV. RESULTADOS.....	47
V. CONCLUSIONES.....	56
VI. RECOMENDACIONES .....	57
VII. REFERENCIALES .....	58
ANEXOS .....	60

## **INTRODUCCION**

El presente informe de experiencia laboral relacionado al cuidado de enfermería en pacientes sometidos a apendicectomía laparoscópica se desarrolla en base a la observación y análisis de la atención que brinda la enfermera durante el proceso intraoperatorio, donde de acuerdo a la observación realizada se percibe deficiencias no intencionales, talvez causados por la rutinización de las actividades dentro del quirófano, por lo cual considero que es de vital importancia la implementación de la guía de cuidado de enfermería en el intraoperatorio para que sirva como base de la actuación de la enfermera dentro del quirófano como parte importante del proceso quirúrgico.

El presente informe detalla antecedentes del proceso de atención de la enfermera de quirófano, el número de cirugías que se realizan en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, y en particular el número de apendicectomias laparoscópicas que se realizaron durante el 2016, se detalla los años de experiencia como enfermera y los Hospitales donde se adquirió la experiencia para el desarrollo de este informe.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA**

La evolución de las pautas de morbilidad a nivel mundial ha traído consigo un aumento considerable de las necesidades de servicios quirúrgicos. Las epidemias e infecciones están dejando paso, como causas principales de defunción, a las cardiopatías isquémicas, el cáncer y los traumatismos, que precisan intervenciones quirúrgicas (1).

A nivel mundial, según reportes de la OMS se realizan unos 234 millones de intervenciones de cirugía mayor por año, lo que equivale aproximadamente una operación por cada 25 personas. Cada año se operan 63 millones de personas con lesiones traumáticas, 10 millones de mujeres con complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones de pacientes precisan tratamiento oncológico (2).

Anualmente se diagnostican e intervienen más de 250 000 casos en Estados Unidos. Se presenta con escasa mayor frecuencia en hombres que en mujeres, con un riesgo durante la vida de presentarla de 8,6% y 6,7% respectivamente (3).

Según estudios, en México, la mayor parte de las cirugías de apendicectomía se realizan por técnica abierta (53%), mientras que la técnica laparoscópica fue en menor número (46.84 %), con tendencia a mejores resultados y menor frecuencia de absceso residual en el grupo de cirugía laparoscópica. Además de los beneficios de la cirugía laparoscópica, se demuestra la seguridad y la tendencia a mejores resultados (4).

En nuestro país, de acuerdo a la realidad de nuestros hospitales y de acuerdo a resultados de estudios la mayor parte de las cirugías de apendicectomía se realizan por técnica convencional ya que no se cuenta con equipamiento ni insumos suficientes para la realización de la técnica laparoscópica (5).

A medida que aumenta la complejidad de los servicios de diagnóstico y de tratamiento, también lo hacen los procedimientos quirúrgicos, esta

complejidad forma parte del procedimiento sistemático del quirófano. Todo esto, hace imprescindible que los enfermeros cuenten con amplios conocimientos y habilidades técnicas especializados; a la vez que deben desarrollar la capacidad de juicio crítico basado en teoría y habilidades intelectuales, que les permita la aplicación de un método humanista en sus responsabilidades como defensores del paciente (6).

El estudio de los núcleos disciplinarios básicos (persona, entorno, salud, cuidado), los elementos conceptuales, filosóficos, y los principios que han orientado a la profesión desde las épocas de Florence Nigthingale son hoy esenciales para la comprensión de la naturaleza de los cuidados enfermeros, con el propósito de descubrir la riqueza de un pensamiento no reconocido aun en los servicios de salud y por las mismas enfermeras (kérouac, 1996).

Hoy en día un gran número de enfermeras están comprometidas con una práctica profesional al lado de personas, familias o comunidades, y son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud. De manera general podemos decir, el centro de interés de la disciplina de enfermería indica aquello que se orienta a la práctica de enfermera, sobre lo que dirige su juicio clínico y sus decisiones profesionales. "La práctica se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud" (kérouac, 1996). Por lo tanto, "La práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona"(Diers, 1986). La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas. (7).

El enfermero de quirófano debe desligarse de su papel exclusivamente técnico e integrarse en el cuidado total del paciente (8). El profesional de enfermería en la mayoría de los casos tiene a su cargo y es de su responsabilidad hacer una supervisión y comprobación periódica de los diversos procesos administrativos y operativos, de aplicación rigurosa de las normas y principios de asepsia y antisepsia quirúrgica. Es de vital importancia la aplicación de la técnica aséptica para evitar que las personas que ingresan por cualquier procedimiento quirúrgico adquieran infecciones en razón a la susceptibilidad en particular en el quirófano. (9)

El Hospital "Guillermo Kaelin de la Fuente"- EsSalud, lugar donde me desenvuelvo como enfermera instrumentista, se basa en el modelo de Asociación Público Privada (APP). Una APP es una colaboración entre el sector público y empresas privadas en las que estas aportan experiencia, conocimientos, equipos y tecnología que permiten crear, desarrollar, mejorar, operar o mantener infraestructura pública y ofrecer servicios públicos. Según este modelo, los servicios siguen siendo públicos pero la gestión corresponde a una empresa privada. Además son los primeros centros de salud públicos en los que se dispone de Historia clínica digital única, lo que permite el seguimiento pormenorizado de las atenciones de los pacientes.

Según la observación realizada la apendicectomía laparoscópica es una de las principales cirugías de emergencia que se realizaron en el centro quirúrgico del Hospital "Guillermo Kaelin de la Fuente" en el 2016.

Con mis años de experiencia en el ejercicio profesional, vengo observando que el profesional de enfermería que labora en sala de operaciones muchas veces está orientado al desarrollo de la parte técnica operativa de las funciones que se realizan en el quirófano, obviando algún procedimiento en el cuidado personalizado de enfermería a pacientes en el intraoperatorio de la apendicectomía laparoscópica y no cumplir los procedimientos estándar del cuidado enfermero.



## 1.2 OBJETIVO

Describir los cuidados de enfermería en el intraoperatorio a pacientes sometidos a apendicetomía laparoscópica en el Hospital “Guillermo Kaelin de la Fuente” – Es Salud

## 1.3 JUSTIFICACION

El presente informe de experiencia laboral se justifica en base a los siguientes argumentos:

- **Teórico:** el resultado del informe laboral permite contribuir a crear un sustento del cuidado de la enfermera en el proceso intraoperatorio ya que hasta la fecha no se contaba con dicho documento. La guía de atención elaborada como resultado del presente informe servirá como fuente de consulta.
- **Práctico:** Se busca mejorar y afianzar los procesos y cuidados que brinda la enfermera como parte del equipo multidisciplinario. Se busca unificar las acciones y cuidados enfermeros en la apendicectomía laparoscópica para mejorar la calidad de la atención hacia los usuarios., considerando que las funciones de la enfermera dentro del quirófano son variadas de acuerdo a la rol que desempeña.
- **Social:** con el desarrollo del presente informe laboral se busca mejorar la calidad de la atención a los usuarios del servicio quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin, evitando así generar riesgos innecesarios que dificulten y/o posterguen la inserción del individuo a sus actividades en la sociedad, mejorando la percepción de los usuarios sobre el cuidado que brinda la enfermera en el proceso intraoperatorio.

## II. MARCO TEORICO

### 2.1 ANTECEDENTES

#### 2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**RODRIGUEZ Z, 2010, "Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda".** Siendo su objetivo identificar algunos factores relacionados con la aparición de complicaciones en los pacientes apendicectomizados por apendicitis aguda. En la metodología empleada se realizó un estudio descriptivo, observacional y prospectivo de 560 pacientes apendicectomizados, con diagnóstico histopatológico de apendicitis aguda, egresados del Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente «Saturnino Lora» de Santiago de Cuba durante el 2006. Llegando a las siguientes conclusiones: - El diagnóstico precoz de la enfermedad y la apendicectomía inmediata con una técnica quirúrgica adecuada previenen la aparición de complicaciones posquirúrgicas y determinan el éxito del único tratamiento eficaz contra la afección más común que causa el abdomen agudo, cuyo pronóstico depende en gran medida y entre otros factores, del tiempo de evolución preoperatoria y de la fase en que se encuentre el proceso morboso al realizar la intervención. - Esta investigación nos orienta sobre la importancia del resguardo de las medidas de asepsia y de garantizar la esterilidad de los instrumentos e insumos a emplearse en la cirugía de apendicectomía laparoscópica por parte del equipo de enfermería que labora en la sala de operaciones para prevenir riesgos de complicaciones en los pacientes. (10)

**TOBO N, 2013, "La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril".**

A través de este artículo se pretende hacer una revisión y reflexión sobre los diferentes aspectos que debe auditar y verificar el personal de

enfermería, relacionados con la asepsia y técnica estéril que le permitan brindar un ambiente seguro a la persona que ingresa al quirófano.

Es importante tener una visión general y comprensión significativa del actuar en el quirófano relacionado con los aspectos y la regulación descrita sobre el tipo de comportamiento que los profesionales de la salud y el personal técnico o de apoyo deben aplicar en el quirófano sobre asepsia y técnica estéril. Estas prácticas básicas se han recomendado desde épocas antiguas con modificaciones actuales según la evolución en el área y la aparición de nuevas enfermedades.

Es imperante que el enfermero(a) dentro de sus funciones gerenciales tenga presente la exigencia de la aplicación de estas normas y protocolos por parte de todo el personal que labora en el quirófano. Se sabe que al quirófano ingresan diferentes profesionales de la salud y personas que se están formando en esta área los cuáles deben tener un entrenamiento previo que les facilite la comprensión y respectiva aplicación de la norma durante el proceso de aprendizaje.

Debe existir unificación de criterios y la socialización de la regulación para la respectiva aplicación por quienes participan en el cuidado. Siendo esta un área de rotación frecuente de personal; la enfermera (o) coordinador en conjunto con sus colaboradores debe promover programas de educación constante que le facilite el entrenamiento y la verificación de todos y cada uno de los procesos que le permitan hacer un seguimiento y verificación a través de indicadores frente a la aplicación de los diferentes protocolos que permiten brindar un ambiente seguro. Por esta razón a través del artículo se recuerda aspectos históricos, comentarios resultados de investigaciones y la descripción de prácticas básicas recomendadas parte del comportamiento favorable para ofrecer un ambiente seguro en el quirófano.

(11)

## **2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES**

**GAMERO M, BARREDA J, HINOSTROZA G. 2009, "Apendicitis aguda: incidencia y factores asociados, Hospital "Dos de Mayo" Lima.** Siendo su objetivo determinar la incidencia de la apendicitis aguda y sus factores asociados en el Hospital dos de Mayo. La metodología empleada es un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Las variables fueron: edad, sexo, tipo de apendicitis aguda, tipo de cirugía, apendicitis aguda complicada y no complicada, tipo de sutura de herida, tratamiento del muñón apendicular y drenaje en apendicitis aguda. Llegando a la conclusión: - La causa más frecuente del abdomen agudo quirúrgico fue la apendicitis, la forma no complicada fue la más frecuente y cirugía abierta el procedimiento más usado. - Este artículo nos muestra a la apendicitis aguda como principal causa de las cirugías de emergencia que se realizan no solo en el Hospital donde laboro sino en la mayoría de los hospitales, de acuerdo al equipamiento y a la disponibilidad de materiales e insumos la cirugía se decide el tipo de acceso que se tendrá durante la cirugía. (12)

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **2.2.1 CUIDADO DE ENFERMERIA**

Se dice que cuidar es la esencia de la enfermería, y que el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de la salud. Pero no se puede pasar por alto el que muchas enfermeras enfatizan más en los aspectos relacionados con la curación, y han mantenido sus intervenciones más hacia la línea del curar que en la del cuidar. La calidad del cuidado de enfermería y de la salud demandan, hoy en día, una interpretación humanística y el respeto por la integridad funcional de los seres humanos; y el fenómeno salud-enfermedad debe entenderse partiendo de una amplia base conceptual. El proceso de cuidar a las personas, a las familias y a los grupos es el

elemento esencial de enfermería, no sólo, por la dinámica de las transacciones humano-humano que ello requiere, sino porque además se requiere de una serie de elementos complejos y sofisticados que la enfermera posee y que abarcan: conocimientos muy bien diferenciados, dedicación, valores humanos. Adicionalmente, porque en el acto de cuidar la enfermera está inmersa en una relación personal y moral con el sujeto del cuidado. (13)

El cuidado cuando es realizado por personas entrenadas como en el caso de los Profesionales de Enfermería, la acción de cuidar deja de ser un proceso empírico, instintivo e innato y se convierte en un proceso científico, sistemático y aprendido que implica no solo el acto de cuidar en sí, sino también, el hecho de combinar y buscar armonía de múltiples recursos, conocimientos y actitudes del cuidador o los cuidadores para lograr el fin último: que el sujeto o los sujetos que requieren y reciben cuidado pasen de un estadio negativo, de displacer, disconfort o anormal que caracterizan a la enfermedad, a un estadio positivo, de placer, confort o normal, por medio de estrategias de promoción, prevención o de rehabilitación de la salud.

Es así que el cuidado de enfermería conforma parte de uno de los elementos de Enfermería por ello su conceptualización en esta profesión ayudaría a un compromiso de las enfermeras para proporcionar un sencillo objeto unificado, al que la enfermera pueda referirse y de este modo contribuir a su satisfacción personal y a la del público al que se desea servir.

Entonces la construcción o el estudio de un modelo conceptual de enfermería es pues una dimensión esencial de las bases en que se apoya el ejercicio de enfermería, cualquiera que sea su campo de actividad y a todos los niveles de intervención; ya que por tener una formación profesional, la formación mental que posee a cerca de la esencia de

enfermería es el enfoque que direcciona su práctica, asistencial, administrativa, docencia e investigación.

Florence Nigthingale trato por primera vez en 1859 la diferencia entre los profesionales de enfermería y medicina y recalco que la enfermera no necesitaba saber todo sobre las patologías, pero si comprender en las practicas cuidantes la influencia que el ambiente ejerce sobre el enfermo. Desde mediados del siglo XX otras enfermeras investigadoras han contribuido a esclarecer la naturaleza de la enfermería como lo hizo Virginia Henderson, Peplau, Roger, Leinerger y otras siendo lo más importante que todos los enfoques coinciden en que el objeto de la praxis en enfermería es el cuidado (to care) en contraste con el objeto de otras profesionales de la salud orientadas a curar (to cure). Para curar se necesita conocer mucho acerca de las enfermedades para así diagnosticarlas y dar tratamiento específico (enfoque biologista); para cuidar se requiere un profundo conocimiento del ser humano y de su experiencia frente a la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, en la que este tampoco consiste en un acto sencillo y habitual puesto que las circunstancias van cambiando de forma constante. Los métodos de prestación para la salud han de ir modificándose consecuentemente. (14)

### **2.2.2 Atención de enfermería en el intraoperatorio**

El personal de quirófano tiene que formar parte de un equipo disciplinado, cuyo objetivo principal debe ser el paciente, de manera que además de tener unos buenos conocimientos del instrumental, anestesia y esterilización, debe saber priorizar en todo momento, ya que el quirófano es un lugar en el cual el paciente va a estar en riesgo de manera continua.

En toda cirugía, la presencia de enfermeras hoy en día se considera imprescindible. Su participación en todas las fases quirúrgicas, en todo el proceso perioperatorio, contribuye a que el proceso quirúrgico sea para el

paciente más confortable y llevadero, además de favorecer y agilizar la gestión quirúrgica y el desarrollo técnico de las cirugías. (15)

El paciente debe entrar en el quirófano en las mejores condiciones posibles, tanto psicológicas como fisiológicas, y es tarea de enfermería darle un enfoque global a todos los actos que se vayan realizando, para minimizar al máximo los posibles riesgos, entre los que se incluyen lesiones o infecciones que puede padecer el enfermo.

La enfermera de quirófano proporciona cuidados desde el momento que hace su ingreso al paciente que va a someterse a una intervención quirúrgica. Brinda cuidados con calidad, calidez, comprensión y gran destreza, debe ser capaz de tomar juicios rápidos y adecuados haciendo uso de escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico y dolor. En este contexto es que toma gran importancia la preparación prequirúrgica del paciente, no solo en el cumplimiento de los exámenes previos a la cirugía, sino en la parte educativa sobre el proceso en sí que experimentarían los pacientes durante su estancia en el Hospital.

De acuerdo a la función a realizar durante la cirugía la enfermera puede hacer el rol de enfermera instrumentista en la cual garantizaría y vigilaría la esterilidad de todo el instrumental y del proceso operatorio, en el rol de circulante se encargaría de la planificación de la cirugía.

### **2.2.3 APENDICITIS**

La apendicitis aguda es un proceso inflamatorio que se desarrolla en el apéndice, prolongación que nace el intestino grueso con una longitud entre 8 y 15 centímetros, sin una función específica. Es una de las causas más frecuentes de dolor abdominal grave, y la persona debe ser sometida a una cirugía para resolver el cuadro. (16)

## **Consideraciones anatómicas**

### **Embriología**

El apéndice veriforme es derivado del intestino medio junto con el intestino delgado, el ciego, el colon ascendente y la mitad derecha del colon transverso; todas estas estructuras a su vez irrigadas por la arteria mesentérica superior.

Es visible en la octava semana de gestación y los primeros acúmulos de tejido linfático se desarrollan durante las semanas catorce y quince de gestación.

### **Anatomía**

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. (17)

Es conocida la gran variedad de localizaciones en las que puede presentarse el apéndice, para fines descriptivos pueden identificarse 5 principales.

Apéndice ascendente en el receso retrocecal, 65%.

Apéndice descendente en la fosa iliaca, 31%.

Apéndice transverso en el receso retrocecal, 2,5%.



Apéndice ascendente, paracecal y preileal, 1%.

Apéndice ascendente, paracecal y postileal 0,5%.

### **Fisiopatología**

La fisiopatología de la apendicitis aguda continúa siendo enigmática, sin embargo existen varias teorías que intentan explicar esta patología. La más aceptada por los cirujanos describe una 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. (18)

En este momento encontramos un apéndice edematoso e isquémico, causando una respuesta inflamatoria. Esta isquemia a la que se somete al apéndice puede generar necrosis de la pared con translocación bacteriana, desarrollándose la apendicitis gangrenosa. Si este proceso se deja evolucionar y el paciente no es intervenido el apéndice ya gangrenoso se perfora y puede generar un absceso con peritonitis local siempre y cuando la respuesta inflamatoria y el omento logren contener el proceso, pero si estos son incapaces se producirá una peritonitis sistémica.

Otras teorías han sido descritas como el compromiso del suministro vascular extrapendicular, la ulceración de la mucosa por infección viral y posterior colonización bacteriana, así como una dieta pobre en fibra con enlentecimiento del tránsito intestinal y retención de las heces en el apéndice.

## **Diagnóstico**

### **Clínico**

A pesar de los múltiples métodos diagnósticos con los que se cuenta en la actualidad, la historia clínica enfocada en la evolución del dolor y los síntomas asociados así como los hallazgos obtenidos durante el examen físico son aún las piedras angulares del diagnóstico de la apendicitis.

Históricamente el dolor es descrito de instauración aguda y localizado inicialmente a nivel epigástrico o periumbilical, posteriormente con el paso de las horas el dolor migra a la fosa iliaca derecha donde aumenta en intensidad, sin embargo esto solo ocurre en un 50-60% de los casos. (19)

Resulta importante tener en cuenta las consideraciones anatómicas y sus variantes ya que influyen en gran parte en la presentación del dolor, por ejemplo con un apéndice en localización retrocecal el dolor puede iniciar en fosa iliaca derecha o en flanco derecho, de la misma forma un apéndice largo que sobrepase la línea media puede producir dolor en el cuadrante inferior izquierdo.

Anorexia y náusea acompañan frecuentemente al dolor abdominal, el vómito puede presentarse pero rara vez se presenta antes de la instauración del dolor.

Durante la evaluación del paciente se debe enfatizar en la localización del dolor y en los signos clásicos. Teniendo en cuenta que la positividad o negatividad de estos depende en gran parte de las variantes en la localización del apéndice así como el tiempo transcurrido desde la instauración del dolor.

La temperatura es un mal predictor de apendicitis, sin embargo la presencia de fiebre marcada y taquicardia advierten la posibilidad de perforación y formación de un absceso intra abdominal.

## **Radiológico**

La radiografía simple de abdomen no debe ser utilizada de rutina, pero puede ser útil en casos de clínica atípica y duda diagnóstica, puede mostrar un fecalito, un íleo localizado, pérdida del patrón graso del peritoneo o una neumonía no sospechada. El neumoperitoneo solo se presenta en un 1-2% de los casos de apendicitis. (20)

El ultrasonido (US) y la tomografía abdominal (TAC) han sido comparadas en los últimos años con el fin de afinar el diagnóstico de la apendicitis aguda. El TAC ha demostrado una sensibilidad y una especificidad de 94% y 95% en niños respectivamente y de 94% y 94% en adultos. En el mismo estudio el US mostró una sensibilidad y especificidad de 88% y 94% en niños respectivamente, y de 83% y 93% en adultos.

Otra desventaja del US es su conocida dependencia del conocimiento, habilidad y paciencia del sonografista que lo ejecuta e interpreta.

## **Laboratorio**

La mayoría de los pacientes cuentan con un hemograma previo a la realización de la cirugía como parte de los estudios básicos, se observa muy frecuentemente leucocitosis entre 12 000 y 18 000 mm<sup>3</sup>. (21) El conteo de leucocitos puede ser útil en el diagnóstico y en la exclusión de la apendicitis, mas no tiene valor en la diferenciación entre apendicitis complicada y no complicada. (22)

Los análisis de orina son solicitados usualmente para excluir la posibilidad de infección del tracto urinario cuando esta se sospecha, pudiéndose encontrar piuria y/o hematuria sin bacteriuria en un tercio de los pacientes con apendicitis debido a la proximidad del uréter y la vejiga.

## **Diagnóstico diferencial**

El diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda podría involucrar a toda entidad que cause dolor abdominal, sin embargo existen algunas patologías que se confunden de manera más usual.

## **Tratamiento**

El tratamiento de la apendicitis aguda se basa en la reanimación inicial del paciente y el tratamiento quirúrgico definitivo.

Al momento del diagnóstico el paciente usualmente se encuentra deshidratado y puede estar febril, acidótico y séptico. Por ello el médico debe preocuparse inicialmente por la administración de fluidos endovenosos y antibióticos preoperatorios.

Debe elegirse un antibiótico que sea activo contra la flora encontrada en el apéndice, correspondiente principalmente a microorganismos anaerobios así como bacterias gram negativas.

El uso de antibióticos preoperatoriamente está firmemente justificado, pues disminuye complicaciones postquirúrgicas como la infección de la herida quirúrgica y formación de abscesos intra-abdominales. (23) En caso de apendicitis aguda no perforada una dosis única de cefalotina o ampicilina resulta suficiente para lograr dicho beneficio. Sin embargo en casos de apendicitis perforada se ha utilizado una triple asociación antibiótica con ampicilina, gentamicina y metronidazol/clindamicina.

Tomando lo anterior en cuenta, el tratamiento óptimo en los casos de apendicitis aguda no perforada sería:

1. Resucitación inicial con fluidos endovenosos.
2. Administración de una dosis única de antibiótico preoperatorio, pudiendo ser cefalotina o ampicilina.
3. Apendicectomía en calidad de urgencia.

Sin embargo esto no aplica para casos de apendicitis perforada, donde se ha propuesto el manejo no quirúrgico, con tratamiento antibiótico y posterior apendicectomía luego de 8-12 semanas de resuelto el cuadro.

Respecto al procedimiento quirúrgico ha surgido la cuestión durante las últimas 2 décadas sobre cuál es el abordaje más beneficioso, si la técnica laparoscópica o la apendicectomía abierta. En adultos la técnica laparoscópica ha mostrado disminución en la aparición de infecciones de herida, dolor postoperatorio y estancia hospitalaria, teniendo en su contra un aumento en la incidencia de abscesos intra-abdominales.

#### **2.2.4 APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA**

El tratamiento definitivo de la apendicitis aguda es la cirugía de emergencia, dentro de las técnicas a emplearse es la extirpación por cirugía laparoscópica. (24)

#### **VENTAJAS DE LA APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA**

- Ventajas diagnósticas en mujeres en edad fértil, al permitir descartar enfermedades ováricas o de las trompas de Falopio.
- Menor daño a los tejidos.
- Mejores resultados estéticos.
- Menor dolor postoperatorio.
- Pocas complicaciones intra y postoperatorias.
- Retorno temprano a las actividades normales.

#### **ES UNA INTERVENCION SEGURA Y EFECTIVA.**

Selección de los pacientes: La mayor parte de los casos de apendicitis aguda pueden ser intervenidos con técnica laparoscópica. Contraindicaciones relativas son:

- Apendicitis complicada (por ejemplo de varios días de evolución o cuando hay una masa palpable).
- Apendicitis del "muñón" (enfermos operados ya de apendicitis en los que se dejó un resto muy largo del apéndice y hay un nuevo episodio de la enfermedad).
- Alto riesgo para la anestesia general.
- Intervenciones pélvicas previas muy extensas.
- Los pacientes con enfermedades cardíacas o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, pueden tolerar muy mal el neumoperitoneo y no son buenos candidatos para la laparoscopia.

**POSICIÓN DEL PACIENTE:** Posición supina. Los brazos preferiblemente fijados a los costados. El cirujano se queda en el lado izquierdo al igual que el ayudante que maneja la cámara, el cirujano próximo al hombro izquierdo del paciente. El monitor de video a la altura de la cadera derecha del paciente.

**Material empleado:**

- videocámara o columna de laparoscopia con monitor (una sola columna).
- Sistema de insuflación y de lavado/aspiración.
- Pinzas de agarre (por ejemplo "endoclinch") de 5mm.
- Grapadora p.e. "endogia" de 3,5 mm.
- Cartucho azul.
- "Ligasure" de 5mm.
- Trocares de 12, 10 y 5 mm (3).

El neumoperitoneo puede iniciarse con aguja de veres o con trocar de Hasson.

**SE UTILIZAN:**

Tres trocares en la técnica más habitual:

y de manera unidireccional. El servicio de quirófano presenta las siguientes características inherentes de ubicación con el resto del hospital:

- Está aislado del tráfico del Hospital.
- Tiene acceso fácil con las Unidades de Hospitalización, Emergencias y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Tiene comunicación directa e inmediata con el servicio de Laboratorio, Farmacia, Servicio de Radiodiagnóstico (Rx) y Urgencias.
- Tener comunicación directa con el servicio de Esterilización.

## **ÁREA QUIRÚRGICA**

En el Bloque Quirúrgico se distinguen las siguientes zonas:

### ***Zona no restringida:***

Comprende los ambientes de aseos del personal, la zona de recepción de pacientes, el control central de quirófanos, la secretaría del Bloque Quirúrgico, el despacho de las Responsable de Operaciones y Enfermería, el despacho de información de familiares, la sala de trabajo y el estar de personal. El personal que trabaja en el Bloque Quirúrgico viste con ropa verde y zuecos o en su defecto calzas. El resto del personal que acceda directamente desde el exterior del Bloque a alguno de los despachos vestirá ropa de trabajo del hospital. Esta zona está separada de la zona semirrestringida por el control de enfermería de la recepción de pacientes.

En este control se centraliza la petición y recepción de todos los pacientes.

### ***Zona semirrestringida:***

Comprende el pasillo de acceso a los quirófanos, los vestuarios y los almacenes. El personal debe ir ataviado con traje quirúrgico, gorro que cubra el pelo completamente y zuecos. Los pacientes, que son trasladados en su cama o en camilla al quirófano, vestirán camión abierto y gorro que

les cubra el pelo completamente; la ropa de cama será limpia. Dentro de esta zona, se realiza la recepción de material fungible y esterilización, por lo tanto, el personal que hace la entrega, deberá cubrirse con gorro, calzas y bata.

***Zona restringida – estéril:***

Comprende los quirófanos y los pasillos intermedios donde se encuentran los lavabos. Además del traje quirúrgico, el personal utilizará gorro que cubra el pelo completamente y zuecos azules. Dentro de quirófano y/o cuando en estas dependencias se esté en presencia de personal ya lavado para la cirugía o se vaya a proceder a la apertura de equipo estéril se debe llevar mascarilla que cubra totalmente la boca y la nariz. No es aconsejable que los pacientes utilicen mascarilla, ya que dificulta el acceso a la vía aérea, pero en quirófano se procurará establecer una barrera entre la zona quirúrgica y la cabecera de la mesa. Serán excepciones a la norma anterior los casos en que así lo indique el protocolo de Medicina Preventiva de manejo de pacientes inmunodeprimidos o portadores de enfermedades transmisibles.

Las puertas de los quirófanos deberán permanecer cerradas salvo para la circulación del personal, los pacientes y el instrumental.

La asignación de los quirófanos a las especialidades la realizarán las Responsables de Operaciones y Enfermería del Bloque Quirúrgico con el objetivo de conseguir la mayor funcionalidad y optimizar la utilización de los recursos.

***Las operaciones se clasifican en:***

**Según las causas:**

- a. Diagnóstica: biopsia, exploración.
- b. Curativa: extirpar un tumor.



c. Reparadora: reparan heridas múltiples.

d. Reconstructiva o estética: mamoplastia

e. Paliativas: se corrige un problema gastronómico

### **Según la urgencia:**

a. Inmediata: impostergable=hemorragias.

b. Mediata: 24-30 hr.= cálculos.

c. Necesaria: planeación semanas= meses.

d. Electiva: la omisión de la operación no tiene consecuencia grave.

e. Opcional: preferencias personales.

## **PERÍODOS QUIRÚRGICOS**

### **A. Período preoperatorio**

Comienza en el momento en el que un individuo decide someterse a una intervención quirúrgica y termina cuando es trasladado al quirófano.

### **B. Período intraoperatorio**

Comienza en el momento en que el individuo entra en el quirófano y termina cuando sale de él.

### **C. Período posoperatorio**

Comienza cuando el paciente ingresa en la URPA y termina cuando se le da el alta definitiva en la última visita con el médico.

posición y luego colocarse en la posición operatoria, o a la inversa. Los factores que influyen en el tiempo en el que el paciente debe ser colocado son: sitio de la operación, edad y estatura del paciente, técnica de administración del anestésico, y dolor al moverlo si está consciente.

*Medidas de seguridad:*

El enfermo debe estar bien identificado al transferirlo a la mesa quirúrgica, y confirmado el sitio quirúrgico.

El anesthesiólogo protege la cabeza del paciente todo el tiempo y le da sostén durante el movimiento. La cabeza debe mantenerse en un eje neutral y voltearse muy poco para mantener la vía respiratoria y la circulación cerebral.

*Preparación para la colocación*

Antes de que el enfermo ingrese al quirófano, la enfermera circulante debe:

- a. Revisar la posición necesaria, según las normas de la institución y las indicaciones del cirujano.
- b. Pedir ayuda si desconoce cómo colocar al paciente
- c. Consultar al cirujano en cuanto llegue, si no está segura sobre cuál es la posición que se utilizará.
- d. Acondicionar el equipo necesario para realizar el procedimiento
- e. Probar los dispositivos para seguridad del paciente.

***Segundo tiempo quirúrgico: "Antisepsia de la piel y colocación de los campos quirúrgicos"***

Con la preparación de la piel se intenta conseguir que el sitio quirúrgico esté del todo libre de microorganismos transitorios y residentes, de

suciedad y de grasa dérmica, de tal manera que la incisión pueda hacerse a lo largo de la piel con peligro mínimo de infección.

Después que el paciente ha sido anestesiado y colocado en la mesa quirúrgica, la piel del sitio quirúrgico y una zona más extensa a su alrededor, se limpian nuevamente en forma mecánica con un agente antiséptico, antes de colocar los campos quirúrgicos.

En la riñonera estéril que tiene la instrumentadora, se colocará la solución antiséptica seleccionada, dejando caer la misma desde una distancia de 10 a 15 cm de la riñonera para evitar contaminaciones.

**Omblico:** el ombligo, ubicado en el abdomen, es una zona considerada contaminada ya que puede albergar microorganismos en los detritus que se acumulan normalmente allí. Por ello, la solución de la primera gasa debe exprimirse dentro del ombligo para ablandar los detritus mientras se frota el resto del abdomen.

Otra posibilidad es limpiar primero el ombligo con torundas y pinzas separadas para evitar el derrame de solución sucia sobre la zona dérmica limpia, y recién luego comenzar la preparación abdominal con un hisopo nuevo desde la línea de incisión hacia afuera.

#### *Colocación de los campos quirúrgicos*

La colocación de los campos quirúrgicos es el procedimiento que se realiza para cubrir al paciente y las zonas circundantes con una barrera estéril que forme y mantenga un campo estéril durante la operación.

#### *Medidas de seguridad*

1. Colocar los campos sobre una zona seca.
2. dedicar tiempo suficiente a la aplicación cuidadosa.
3. Dejar espacio suficiente para observar la técnica estéril.
4. Manipular lo menos posible los campos.

realizarse con dos dedos llevados rápidamente hacia arriba y hacia abajo.

- c. Por punción con aguja, trocar o punta de bisturí delgado en sitio afectado o en cavidades con fines diagnósticos o terapéuticos para dar salida a sangre, pus, serosidad, líquido ascítico o introducir medicamentos.

La diéresis caliente se realiza con bisturí eléctrico o electrobisturí, a través del cual y por acción del calor se produce la sección de los tejidos y/o la hemostasia.

La diéresis lleva implícitas las maniobras de hemostasia y separación.

**Hemostasia:** puede ser transitoria o definitiva. La hemostasia transitoria puede realizarse por compresión digital o manual sobre el sitio que sangra, o bien a través del uso de pinzas hemostáticas.

La hemostasia definitiva se realiza por ligadura de los vasos con hilos no absorbibles, por sutura de aquéllos o por electrocoagulación utilizando el electrobisturí.

**Separación:** de los labios o bordes de la herida. Pueden utilizarse separadores manuales, llamados así porque es necesario ejercer una fuerza de tracción manual sobre ellos para lograr su objetivo; o separadores autoestáticos que poseen diferentes mecanismos (de cremallera o de fijación por tornillos) para mantenerse en el sitio que fije el cirujano durante el transcurso de la operación propiamente dicha. Los separadores autoestáticos facilitan y alivian la tarea del equipo quirúrgico, al liberar las manos de los cirujanos.

***Cuarto tiempo quirúrgico: operación propiamente dicha.***

Comprende los actos que ejecuta el cirujano para realizar la operación programada. Comienza con una exploración general de las vísceras vecinas para proceder luego a realizar la operación sobre el órgano u órganos lesionados.

Debe realizar una correcta preparación de las mesas de quirófano, teniendo en cuenta que son de su absoluta responsabilidad, por lo que debe responder del material que entra y sale del campo quirúrgico.

- ❖ Es responsable de vigilar la asepsia y esterilidad del campo quirúrgico:
- ❖ Los materiales entran siempre en zona estéril a través del instrumentista.
- ❖ Antes de tocar cualquier material debe comprobar visualmente:

VIII. Integridad del envoltorio y caducidad de esterilización.

IX. Que estén los testigos químicos en el interior de las cajas de instrumental. Estos deben haber virado el color si el material está estéril.

- Debe supervisar las zonas de seguridad del campo quirúrgico, no permitiendo que nadie se acerque a menos de 50 cm de las zonas estériles.

El *campo quirúrgico estéril* es el área que rodea al paciente en quirófano.

Para establecer el campo, se cubre con campos y sábanas estériles todos los elementos necesarios para el procedimiento quirúrgico, incluido el paciente, dejando al descubierto la zona donde se practicará la incisión.

- Realiza el lavado quirúrgico
- Ponerse bata y guantes.
- Colocar mesas quirúrgicas.
- Contabiliza el número de gasas y compresas. Contaje que se continúa cada vez que la enfermera circulante le proporciona más gasas o compresas. Contaje antes del cierre de cavidades y piel.
- Verifica el número de piezas de instrumental que se coloca en la mesa.

- Contabiliza el número de agujas y hojas de bisturí utilizadas.
- Contabiliza el número de implantes, en caso de utilizarse.
- Contabiliza el número de instrumentos.
- Colabora con el cirujano en la colocación de apósitos.
- Colabora en el paso del paciente de la mesa quirúrgica a la camilla.
- Ofrece batas y guantes a los cirujanos, para extremar las medidas asépticas.
- Ayuda a colocar el campo quirúrgico.
- Coloca y sujeta el bisturí eléctrico, aspirador y todo el material necesario (cable de luz fría, videocámaras, mangueras de motor, etc.)
- Se asegura que las mesas quirúrgicas (elevables) no se apoyan en el paciente anestesiado.
- Proporciona al cirujano y ayudante, todo lo necesario durante la intervención, controlando el campo quirúrgico (sangrados, necesidades imprevistas) y los tiempos operatorios para anticiparse a las necesidades.
- Comprueba el instrumental y el material antes de entregarlo.
- Vigila la esterilidad del campo operatorio y del material:
- No dar nunca la espalda al campo operatorio.
- No hacer maniobras que comprometan la esterilidad del campo.
- Considerar todo aquello que esté situado por debajo del nivel de la mesa como no estéril.
- Si hay alguna duda sobre si ha ocurrido contaminación, considerar que si la ha habido.
- Consideración de zona estéril en las batas.
- Mantiene la organización y evita situaciones que creen tensión (las diferencias se arreglan mejor fuera del campo operatorio).
- Avisa a la enfermera circulante de la recogida de muestras y vigila que no se extravíen.
- Comprueba que el número de instrumental sacado se corresponde con el de cierre final.

Abrir el paquete de ropa sin contaminar su contenido.

Anudar las tiras de la bata o camisolín de la instrumentadora y a los cirujanos.

Saludar e identificar al paciente cuando ingresa al quirófano.

Cubrir el cabello del paciente con un gorro para evitar la diseminación de micro organismos, protegerlo contra la suciedad e impedir la producción de chispas estáticas cerca del aparato de anestesia.

Colocar correas de seguridad sobre las piernas y asegurar los brazos del paciente.

Proteger la intimidad del paciente cubriéndolo con una sábana o cubre paciente.

Colocar el brazo en el que se iniciará una venoclisis sobre la tabla de Grey Turner y fijarlo con una tira de tela, sin comprimir vasos ni nervios.

Asegurarse de que el ángulo de abducción del brazo nunca sea mayor de 90° con respecto al cuerpo del paciente para evitar lesiones de los nervios del plexo braquial.

#### **Actividades durante la inducción de la anestesia general:**

Permanecer en el quirófano y cerca del paciente para transportarlo y ayudar al anestesiólogo por si ocurre alguna etapa de excitación o cualquier otra contingencia.

Guardar el mayor silencio posible. La excitación puede presentarse durante la inducción, debido a estímulos auditivos y táctiles. El oído es el último sentido que se pierde.

#### **Actividades después que el paciente ha sido anestesiado:**

- Colocar en posición operatoria al paciente una vez que el anestesiólogo le indique si la profundidad de la anestesia permite movilizarlo o tocarlo.
- Constatar que se hayan tomado todas las medidas de seguridad necesarias.

### **Montaje del quirófano**

Tanto la enfermera/o circulante como la instrumentista montan el quirófano y colocan el material.

Ambas personas trabajan en equipo para comprobar el carro de cajas y el mobiliario.

Los deberes y actividades cambian cuando el paciente llega al quirófano.

La enfermera/o circulante comienza a trabajar con el paciente, mientras que la instrumentista continúa con la preparación.

### **Apertura del material estéril**

Las puertas del quirófano deben permanecer cerradas y cada miembro del equipo presente debe llevar la ropa quirúrgica apropiada.

Antes de abrir material estéril, se debe comprobar la integridad de cada paquete para detectar roturas o marcas de agua. Si se detecta alguna de ellas, el paquete no es seguro para el uso.

## **2.3 DEFINICION DE TERMINOS**

### **Apendicitis**

Inflamación de una estructura anatómica conocida como Apéndice Cecal

### **Apendicectomía laparoscópica**

Extirpación del apéndice empleando pequeñas incisiones quirúrgicas y una cámara.

### **Cuidado de Enfermería**

Cuidados que la enfermera le brinda a un paciente, ya sea para tratar o prevenir alguna enfermedad que esté padeciendo o bien la asistencia que



le proporciona al mismo luego que éste haya sido sometido a una práctica quirúrgica

### **Centro quirúrgico**

Conjunto de instalaciones especialmente acondicionadas y equipadas, que constituyen una unidad física y funcionalmente diferenciada, cuya finalidad es ofrecer un lugar seguro y cálido para tratar quirúrgicamente al paciente.

### **Acto quirúrgico**

Se llama operación o intervención quirúrgica al acto de curación o tratamiento de un enfermo utilizando maniobras instrumentales y manuales, a través de una herida realizada ex profeso en sus tegumentos.

### **Intraoperatorio**

Etapa comprendida desde que ingresa el paciente al quirófano e inicia el acto quirúrgico hasta que el cirujano coloca el apósito en la herida operatoria, y, la enfermera entrega al paciente en la sala de recuperación post – anestésica.

### **Enfermera instrumentista**

Es la profesional de Enfermería con los conocimientos y experiencia con las técnicas asépticas y estériles para que disponga de los instrumentos y suministros, y para ayudar al cirujano y ayudantes durante todas las operaciones al proporcionarles los instrumentos y suministros estériles que requieran.

### **Enfermera circulante**

Enfermera/o encargado de atender al enfermo, de coordinar los actos que se realicen y de atender las necesidades de la enfermera/o instrumentista desde la parte no estéril del quirófano.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 RECOLECCION DE DATOS**

Los datos empleados en el presente informe fueron recolectados de los registros de estadística del servicio de las cirugías realizadas durante enero a diciembre del 2016, de acuerdo a especialidades y tipo de cirugías; revisión de listas de chequeo de cirugía segura, revisión del cuaderno de incidencias del material estéril que se recepciona en el servicio de centro quirúrgico del hospital “Guillermo Kaelin de la Fuente”.

#### **3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL**

Como enfermera instrumentista mi experiencia laboral inicia el año 2009 al realizar el curso de Instrumentación básica realizado por la Universidad Cayetano Heredia para asistir en cirugías ambulatorias en el Hospital de la Solidaridad de Villa El Salvador.

El año 2013 donde comencé a laborar en el hospital de EsSalud I “Uldarico Rocca” – Villa El Salvador, por 18 meses consecutivos, desarrollando actividades y funciones de instrumentista y circulante en las diversas cirugías que se desarrollaron en el servicio de centro quirúrgico.

A partir de julio del 2014 hasta la fecha, desarrollo actividades de Enfermera instrumentista y circulante en el Hospital Essalud “Guillermo Kaelin de la Fuente”, se rotó por las especialidades de cirugía general, gineco obstetricia, otorrinolaringología, urología, traumatología, odontología, oftalmología. Tanto en cirugías laparoscópicas como en las convencionales.

En el periodo Junio del 2016 a Julio del 2017 realice funciones de enfermera instrumentista en el Hospital de Emergencias de Villa El

Salvador, realizando actividades de enfermera circulante e instrumentando cirugías.

### **3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME**

Las actividades y funciones de la enfermera de quirófano se dividen entre las desarrolladas por la enfermera Instrumentista y la enfermera Circulante.

Los procesos realizados para el desarrollo del presente informe son:

#### **Actividades como enfermera Instrumentista**

- Se verificó la integridad del envoltorio y caducidad de esterilización de los equipos y ropa a emplearse en las cirugías.
- Se verificó que estén los testigos químicos en el interior de las cajas de instrumental. Estos deben haber virado el color si el material está estéril.
- Se superviso las zonas de seguridad del campo quirúrgico, no permitiendo que nadie se acerque a menos de 50 cm de las zonas estériles.
- Se realiza el lavado quirúrgico
- Se coloca con técnica adecuada bata y guantes.
- Se colocan las mesas quirúrgicas.
- Se contabiliza el número de gasas y compresas. Al inicio y previo al cierre de cavidades y piel.
- Se verifica el número de piezas de instrumental que se coloca en la mesa.
- Se contabiliza el número de agujas y hojas de bisturí utilizadas.
- Se contabiliza el número de implantes, en caso de utilizarse.
- Se contabiliza el número de instrumentos.
- Se colabora con el cirujano en la colocación de apósitos.

- Se colabora en el paso del paciente de la mesa quirúrgica a la camilla.
- Se realiza el vestido a los cirujanos, para extremar las medidas asépticas.
- Se apoya en la colocación del campo quirúrgico.
- Se coloca y sujeta el bisturí eléctrico, aspirador y todo el material necesario (cable de luz fría, videocámaras, mangueras de motor, etc.)
- Se asegura que las mesas quirúrgicas (elevables) no se apoyan en el paciente anestesiado.
- Se proporciona al cirujano y ayudante, todo lo necesario durante la intervención, controlando el campo quirúrgico (sangrados, necesidades imprevistas) y los tiempos operatorios para anticiparse a las necesidades.
- Se comprueba el instrumental y el material antes de entregarlo.
- Se vigila la esterilidad del campo operatorio y del material.
- Se coordina con la enfermera circulante de la recogida de muestras y vigila que no se extravíen.
- Se verifica que el número de instrumental sacado se corresponde con el de cierre final.
- Se retira las mesas de instrumental, así como todo el material del campo quirúrgico (alforja, bisturí eléctrico, aspirador, backaus) cuidando que no quede nada entre los campos quirúrgicos, que se depositarán en la bolsa de ropa correspondiente, introduciéndolos dentro de éstas.
- Se descartan las agujas y objetos punzantes a su correspondiente contenedor.
- Se retira el instrumental y se realiza el tratamiento de acuerdo a los protocolos de limpieza y desinfección del instrumental.
- Se apoya a trasladar al paciente a la cama, cuidando las vías, sondas y drenajes y asegurándola posición adecuada del paciente (flexión de miembros, apoyo sobre prótesis implantadas).

#### Actividades como enfermera circulante:

- Se solicita por nombre y apellidos que acuda el paciente desde el lugar donde se encuentra.
- Se prepara el material e instrumental necesario para la intervención, revisando el aparataje necesario (aspiradores, bisturí eléctrico, lámparas quirúrgicas y aparataje diverso).
- Se prepara el material necesario para la anestesia, calibra los respiradores y comprueba los laringoscopios.
- Se recibe al paciente en la zona de pre-anestesia, realizando:
  - ✓ Se verifica identificación (Historia-Intervención-Paciente).
  - ✓ Valoración de su estado emocional y necesidades.
  - ✓ Comprobación en la historia clínica que tiene realizado el preoperatorio, antecedentes personales por si hay que instaurar algún protocolo, pautas de Kits de profilaxis antibiótica.
  - ✓ Informa al paciente de lo que se le va a hacer, por respeto y porque con la información disminuye su ansiedad y temor, aumentando así su capacidad de colaboración.
  - ✓ Comprueba si se ha cumplido el protocolo de preparación quirúrgica correspondiente.
- Se verifica la operatividad de los equipos biomédicos, se coloca la mesa de operaciones debajo de la lámpara quirúrgica superior o sistema de iluminación central.
- Se maneja los materiales respetando la técnica aséptica al momento de abrirlos y alcanzar su contenido a la instrumentadora quirúrgica o a cualquier miembro del equipo.
- Se ayuda en la vestimenta de la instrumentadora y a los cirujanos.
- Se coloca correas de seguridad sobre las piernas y se asegura los brazos del paciente.
- Se proteger la intimidad del paciente cubriéndolo con una sábana o cubre paciente.

- Se apoya durante el proceso de inducción pre anestésica y aplicación del agente anestésico seleccionado para la cirugía.
- Se coloca en posición operatoria al paciente una vez que el anesthesiólogo lo indique si la profundidad de la anestesia permite movilizarlo o tocarlo.
- Se coloca la placa del electrodo inactivo en contacto con la piel del paciente para su conexión adecuada a tierra.
- Se realiza el check list.
- Se rotulan adecuadamente las muestras
- Se realiza el conteo de las gasas, agujas e instrumentos con la instrumentadora.

En el desarrollo de las actividades y funciones en el Hospital se hace uso de la historia clínica electrónica en la cual se registran todas las actividades y se rellenan los formatos de uso diario en el quirófano:

- X. Programación quirúrgica tanto de cirugías electivas como de las cirugías de emergencias.
- XI. Lista de verificación de la cirugía segura o Check list
- XII. Registro de los tiempos quirúrgicos.
- XIII. Notas de enfermería en el diario clínico del episodio quirúrgico.
- XIV. Firma electrónica de los formatos y diario clínico.

Durante el periodo que se laboró en sala de operaciones y teniendo en cuenta la observación de la poca interacción y cuidado óptimo del paciente en el proceso intraoperatorio es que se redacta una guía de cuidados de enfermería en el intraoperatorio para pacientes que se operan de apendicectomía laparoscópica.

#### IV. RESULTADOS

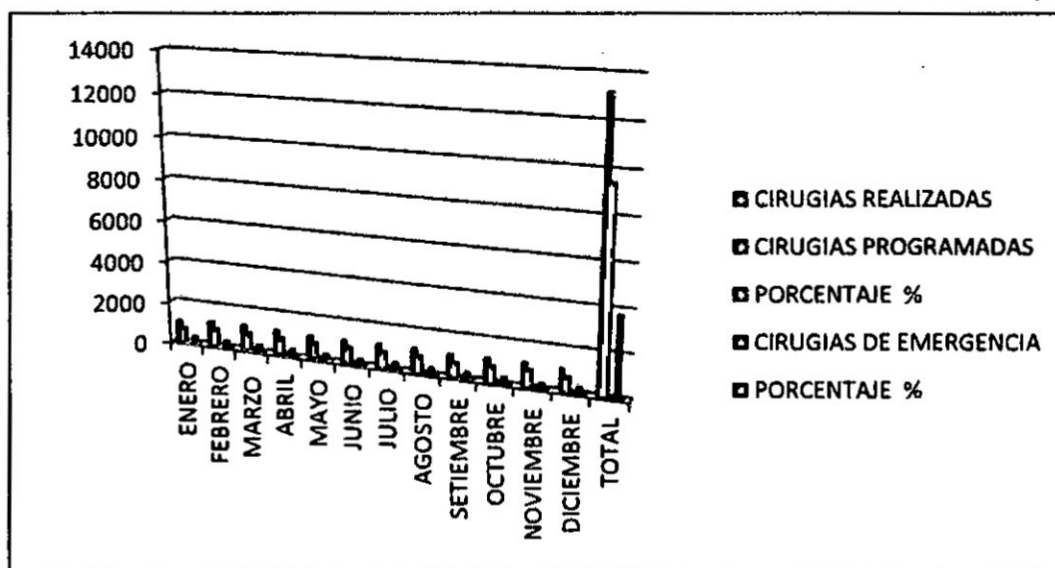
De la tabulación de los datos estadísticos recolectados se puede evidenciar lo siguiente:

**TABLA N° 1: CIRUGIAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL  
"GUILLERMO KAEIN DE LA FUENTE" – ESSALUD - 2016**

MES	CIRUGIAS REALIZADAS	CIRUGIAS PROGRAMADAS	PORCENTAJE %	CIRUGIAS DE EMERGENCIA	PORCENTAJE %
ENERO	1037	706	5.3	331	2.5
FEBRERO	1171	846	6.4	325	2.4
MARZO	1189	859	6.5	330	2.4
ABRIL	1141	815	6.1	326	2.4
MAYO	1100	806	6.1	294	2.2
JUNIO	1060	783	5.9	277	2.0
JULIO	1105	779	5.8	326	2.4
AGOSTO	1117	804	6.0	313	2.3
SETIEMBRE	1057	724	5.4	333	2.5
OCTUBRE	1078	751	5.6	327	2.4
NOVIEMBRE	1102	842	6.3	260	1.9
DICIEMBRE	1048	731	5.5	317	2.4
TOTAL	13205	9446	71.53	3759	28.46

FUENTE: Estadística de cirugías de centro quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente

**GRAFICO N° 1: CIRUGIAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL  
"GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE" – ESSALUD - 2016**



FUENTE: Estadística de cirugías de centro quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente

**INTERPRETACION:** el servicio de centro quirúrgico atiende cirugías programadas o electivas así como cirugías de emergencia que constituyen el 28.46% del total de las cirugías que se realizan en el servicio.

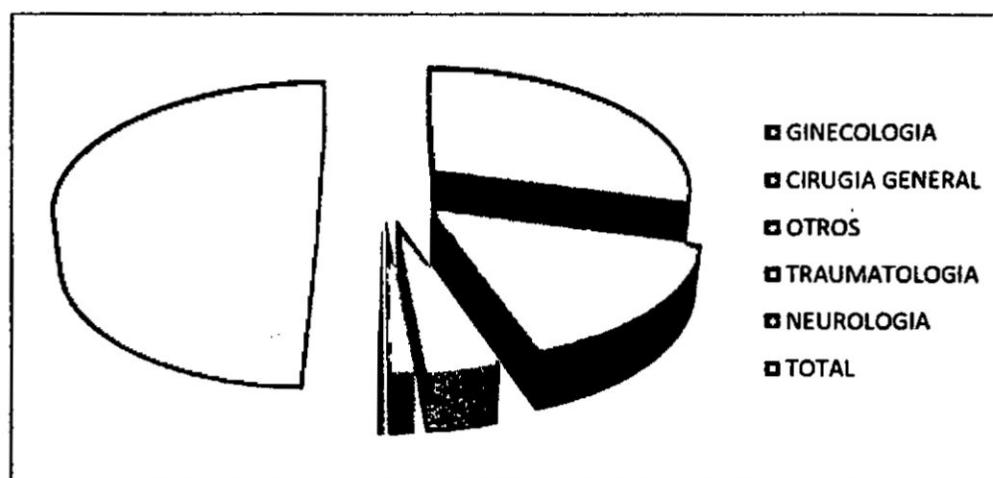


**TABLA N° 2: ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS QUE REALIZARON CIRUGIAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL "GUILLERMO KALIN DE LA FUENTE" – ESSALUD - 2016**

ESPECIALIDAD	N° DE CIRUGIAS	PORCENTAJE (%)
GINECOLOGIA	2200	58.52
CIRUGIA GENERAL	1184	31.49
OTROS	285	7.58
TRAUMATOLOGIA	100	2.60
NEUROLOGIA	24	0.63
TOTAL	3759	100

FUENTE: Registro de cirugías de sala de operaciones enero – diciembre 2016.

**GRAFICO N° 2: ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS QUE REALIZARON CIRUGIAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL "GUILLERMO KALIN DE LA FUENTE" – ESSALUD - 2016**



FUENTE: Registro de cirugías de sala de operaciones enero – diciembre 2016.

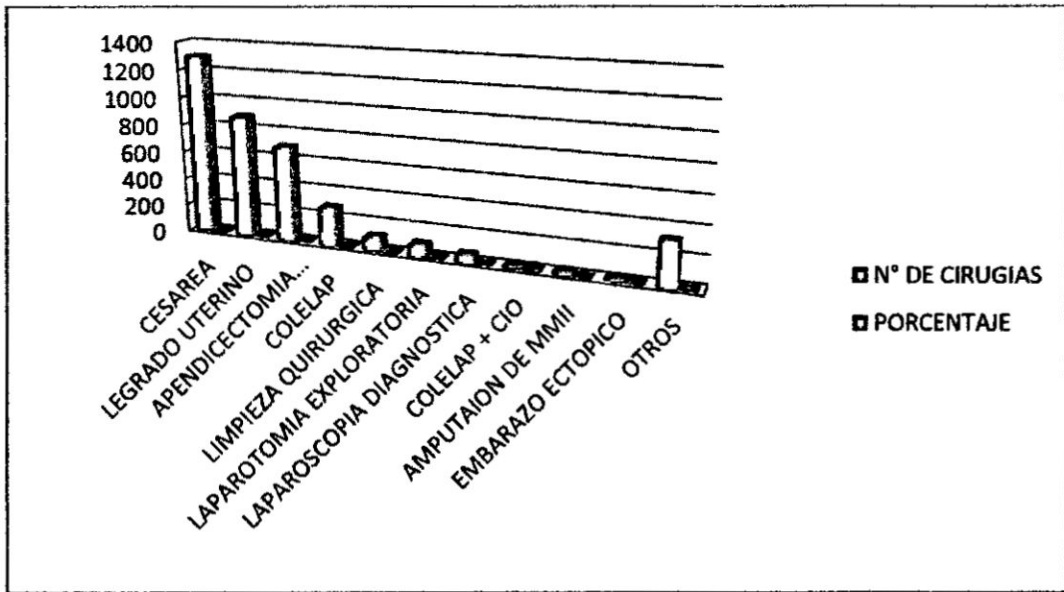
**INTERPRETACION:** Según el uso de las salas de emergencia, las especialidades que realizan más cirugías de emergencia es ginecología seguido de cirugía general.

**TABLA N°3: PRINCIPALES CIRUGIAS DE EMERGENCIA QUE SE  
REALIZARON EN EL HOSPITAL "GUILLERMO KAE LIN DE LA  
FUENTE" – ESSALUD - 2016**

CIRUGIA	N° DE CIRUGIAS	PORCENTAJE (%)
CESAREA	1301	34.6
LEGRADO UTERINO	885	23.5
APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA	691	19.1
COLELAP	277	7.36
LIMPIEZA QUIRURGICA	99	2.63
LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	85	2.26
LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	52	1.38
COLELAP + CIO	20	0.53
AMPUTAION DE MMII	20	0.53
EMBARAZO ECTOPICO	15	0.39
OTROS	314	8.35

FUENTE: Registro de cirugías de sala de operaciones enero – diciembre 2016.

**GRAFICO N°3: PRINCIPALES CIRUGIAS DE EMERGENCIA QUE SE REALIZARON EN EL HOSPITAL "GUILLERMO KAE LIN DE LA FUENTE" – ESSALUD - 2016**



FUENTE: Registro de cirugías de sala de operaciones enero – diciembre 2016.

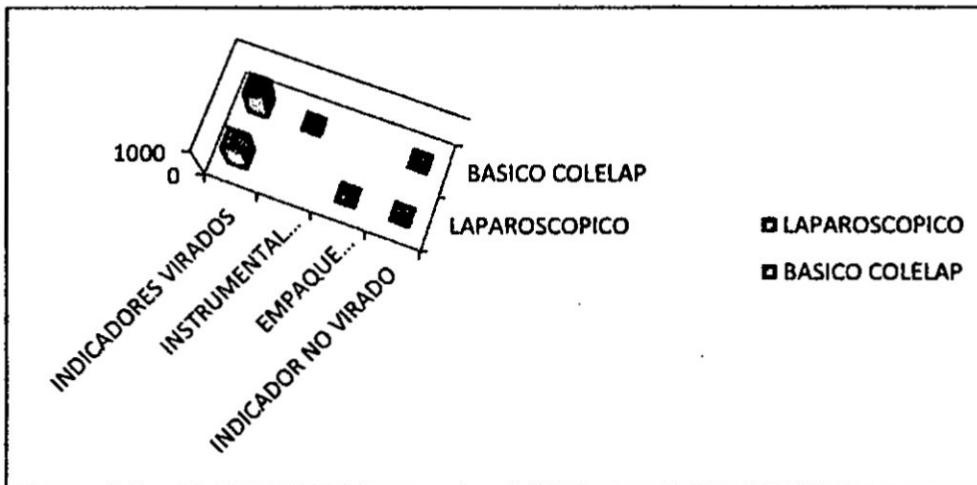
**INTERPRETACION:** La principal causa de las cirugías de emergencia la constituye la cesárea, seguida por el legrado uterino y la apendicectomia laparoscópica constituye la tercera causa de cirugía de emergencia constituyendo el 19.1%.

**TABLA N°4: CONTROL DE ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL  
USADO EN APENDICECTOMIAS LAPAROSCOPICAS EN EL  
HOSPITAL "GUILLERMO KAE LIN DE LA FUENTE" – ESSALUD - 2016**

INSTRUMENTAL	INDICADORE S VIRADOS	INSTRUMENTA L MOJADO	EMPAQUE DETERIORAD O	INDICADO R NO VIRADO
LAPAROSCOPIC O	691		08	02
BASICO COLELAP	691	12		05
TOTAL	1382	12		

FUENTE: Registro de incidencias del instrumental recepcionado en sala de operaciones enero – diciembre 2016.

**GRAFICO N°4: CONTROL DE ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL  
USADO EN APENDICECTOMIAS LAPAROSCOPICAS EN EL  
HOSPITAL "GUILLERMO KAE LIN DE LA FUENTE" – ESSALUD - 2016**



FUENTE: Registro de incidencias del instrumental recepcionado en sala de operaciones enero – diciembre 2016. Registro de cirugías de sala de operaciones enero – diciembre 2016.

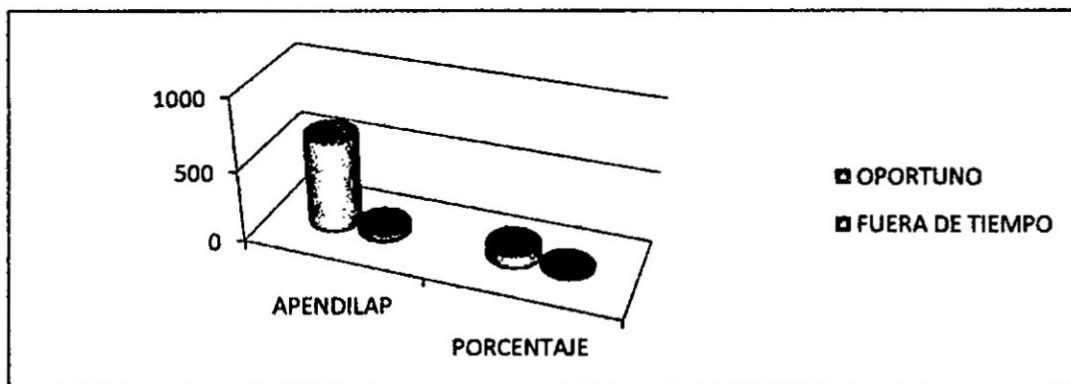
**INTERPRETACION:** La enfermera instrumentista verifica la esterilidad de las cajas de instrumental a usarse en las cirugías verificando la integridad de las envolturas, que el instrumental este seco internamente, que los indicadores internos hayan virado adecuadamente.

**TABLA N°5: EJECUCION DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA CIRUGIA SEGURA EN APENDICECTOMIAS LAPAROSCOPICAS EN EL HOSPITAL "GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE" – ESSALUD - 2016**

CHECK LIST	APENDILAP	PORCENTAJE
OPORTUNO	635	91.89
FUERA DE TIEMPO	56	8.10
TOTAL	691	100

FUENTE: Lista de verificación de cirugía segura en apendicectomías laparoscópicas durante el periodo enero – diciembre 2016.

**GRAFICO N°5: EJECUCION DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA CIRUGIA SEGURA EN APENDICECTOMIAS LAPAROSCOPICAS EN EL HOSPITAL "GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE" – ESSALUD - 2016**



FUENTE: Lista de verificación de cirugía segura en apendicectomías laparoscópicas durante el periodo enero – diciembre 2016.

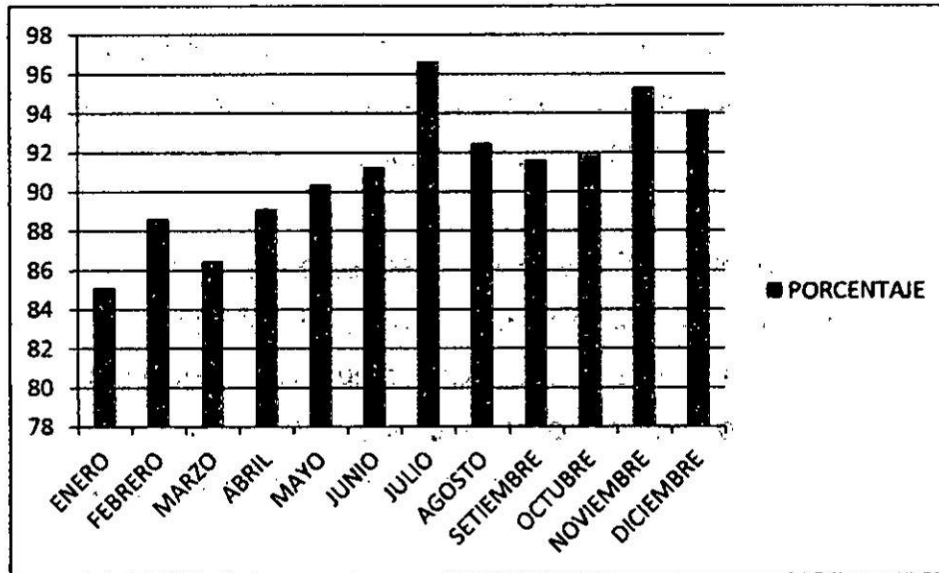
**INTERPRETACION:** La lista de verificación de la cirugía segura se realiza en todas las cirugías, en mayor porcentaje se respeta la pausa quirúrgica para efectivizarlo, en menor porcentaje se realiza a destiempo.

**TABLA N°6: SATISFACCION DEL USUARIO DEL SERVICIO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL "GUILLERMO KAEIN DE LA FUENTE" – ESSALUD - 2016**

MES	PORCENTAJE (%)
ENERO	85.09
FEBRERO	88.61
MARZO	86.47
ABRIL	89.12
MAYO	90.37
JUNIO	91.26
JULIO	96.63
AGOSTO	92.45
SETIEMBRE	91.60
OCTUBRE	91.87
NOVIEMBRE	95.32
DICIEMBRE	94.16

FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios del área quirurgica.

**GRAFICO N°6: SATISFACCION DEL USUARIO DEL SERVICIO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL "GUILLERMO KAEIN DE LA FUENTE" – ESSALUD - 2016**



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios del área quirúrgica

**INTERPRETACION:** La satisfacción del usuario del servicio quirúrgico que acudió al Hospital durante el 2016 ha ido incrementándose, esto debido a las medidas y acciones tomadas por la administración para lograr la niveles óptimos de satisfacción de los usuarios.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda a la gerencia del hospital cumplir con el mantenimiento preventivo y/o reemplazo de los equipos biomédicos e instrumental laparoscópico dada la alta frecuencia de uso de los mismos en las cirugías no electivas.
2. Se recomienda a la institución promover la capacitación del personal de enfermería en las innovaciones de tecnología aplicadas a cirugías laparoscópicas.
3. Se recomienda a la institución la aprobación de la guía de cuidados de enfermería en apendicectomía laparoscópica, para su implementación y uso en el servicio.



- (13) Durán M, El cuidado: Pilar fundamental de Enfermería. Ponencia presentada en el II Congreso de Actualización en Enfermería. Acofaen. Bogotá, 1994. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/20424/1/16549-51726-1-PB.pdf>
- (14) Marriner T, Ann "Modelos y Teorías de Enfermería" 4ta Edición Edit. Harcourt Brace. España. 1999.
- (15) Bellido J, y colab. Actividad e intervención enfermera en el periodo intraoperatorio. Bioteca Lascasas. 2009: 5(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasa/documentos/lc0411.php>
- (16) Falla J. Apendicitis aguda. Revista de departamento de medicina legal, Poder judicial.costa rica. 2012;29(1) 83-90.
- (17) Mora J, Prado M. 2009. Apendicectomia Laparoscopica. Disponible en <http://www.gapllano.es/enfermeria/guias/APENDICITIS.pdf>
- (18) Falla J. Apendicitis aguda. Revista de departamento de medicina legal, Poder judicial.costa rica. 2012;29(1) 83-90.
- (19) Birnbaum, B. A. y S. R. Wilson. (2000). Appendicitis at the millennium. Radiology. 215, 337-348.
- (20) Dominguez, E. P., Sweeney, J. F. y Y. U. Choi. (2006). Diagnosis and Management of Diverticulitis and Appendicitis. Gastroenterol Clin N Am, 35, 367–391
- (21) Abu, E., Miller, B. M., Choi, Y., et al. (1994). Diagnostic value of C-reactive protein in acute appendicitis. Dis Colon Rectum, 37, 49–51.
- (22) Keskek, M., Tez, M., Yoldas, O., Acar, A., Akgul, O., Gocmen, E. y M. Koc. (2008). Receiver operating characteristic analysis of leukocyte counts in operations for suspected appendicitis. American Journal of Emergency Medicine, 26, 769–772.
- (23) Andersen, B. R., Kallehave, F. L. y H. K. Andersen. (2005). Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendectomy. Cochrane Database Syst Rev (3):CD001439.
- (24) Gamero M, Barreda J, Hinostroza G. apendicitis aguda: incidencia y factores asociados. Revista horizonte médico, 2011; 11 (1): 47-51
- (25) Norma técnica de Infraestructura Hospitalaria. Disponible en [http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB\\_DI/NORMAS/Normas.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB_DI/NORMAS/Normas.pdf)
- (26) Fuller, Joanna R. Instrumentación quirúrgica: principios y práctica". 2ª Edición. 1986.
- (27) Fuller, Joanna R. Instrumentación quirúrgica: principios y práctica. 2º Edición. 1986.

# ANEXOS

Nombre	Edad	Sexo	Operación	Fecha	Quirófano	Min.	Seg.	Termino	Nombre Pac.	Turno
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 07:00	12	00:02			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 08:12	12	00:03			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 09:24	12	00:04			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 10:36	12	00:05			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 11:48	12	00:06			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 13:00	12	00:07			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 14:12	12	00:08			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 15:24	12	00:09			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 16:36	12	00:10			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 17:48	12	00:11			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA

FOTO N° 1: PROGRAMACION DE CIRUGIAS

Nombre	Edad	Sexo	Operación	Fecha	Quirófano	Min.	Seg.	Termino	Nombre Pac.	Turno
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 07:00	12	00:02			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 08:12	12	00:03			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 09:24	12	00:04			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 10:36	12	00:05			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 11:48	12	00:06			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 13:00	12	00:07			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 14:12	12	00:08			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 15:24	12	00:09			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 16:36	12	00:10			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA
RODRIGUEZ GARCIA DE	78	Q	OP1	2024/05/27 17:48	12	00:11			RODRIGUEZ DE CATALANA	MAÑANA

FOTO N°2: REGISTRO DE TIEMPOS QUIRURGICOS, INTEGRANTES DEL EQUIPO QUIRURGICO, PROCEDIMIENTO REALIZADO

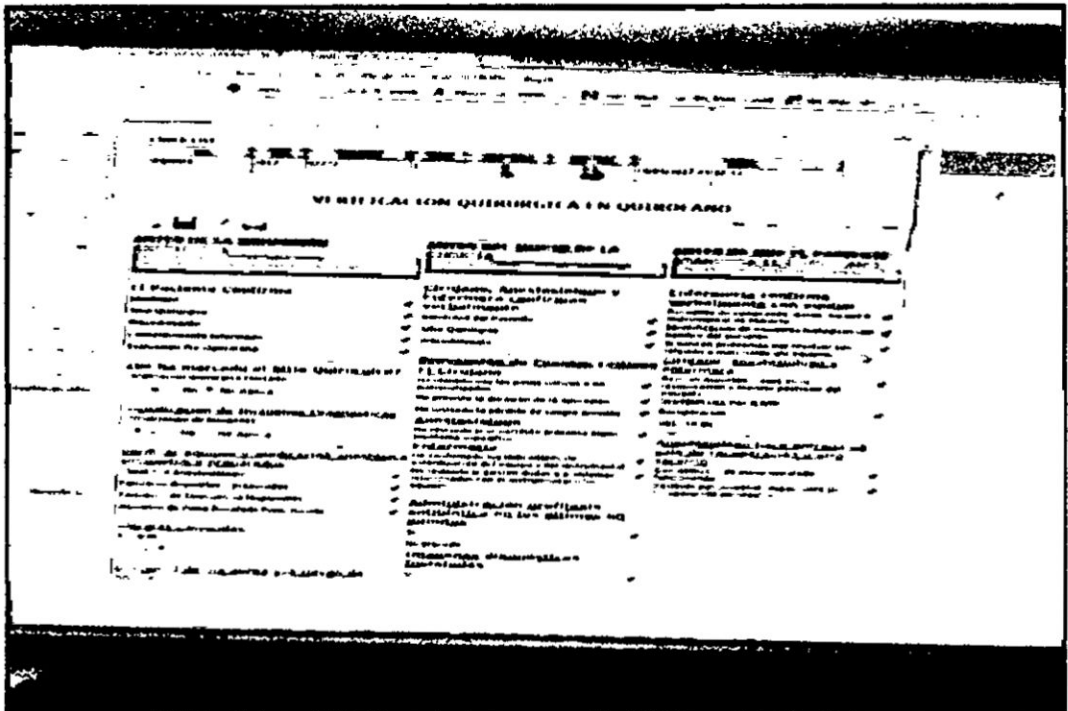


FOTO N°3: LISTA DE VERIFICACION DE LA CIRUGIA SEGURA – CHECK LIST

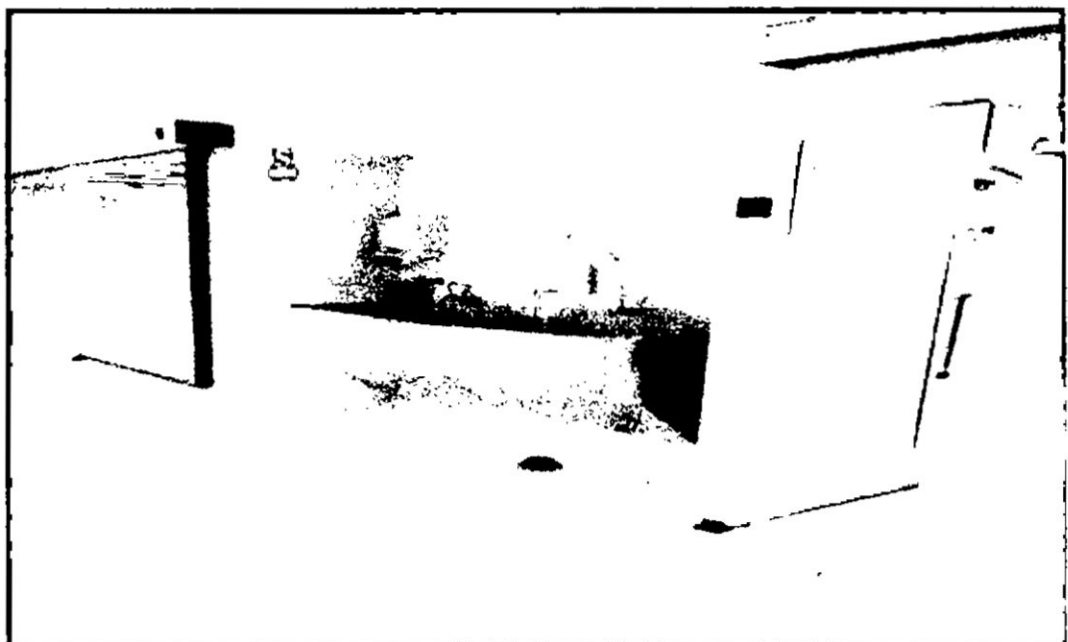
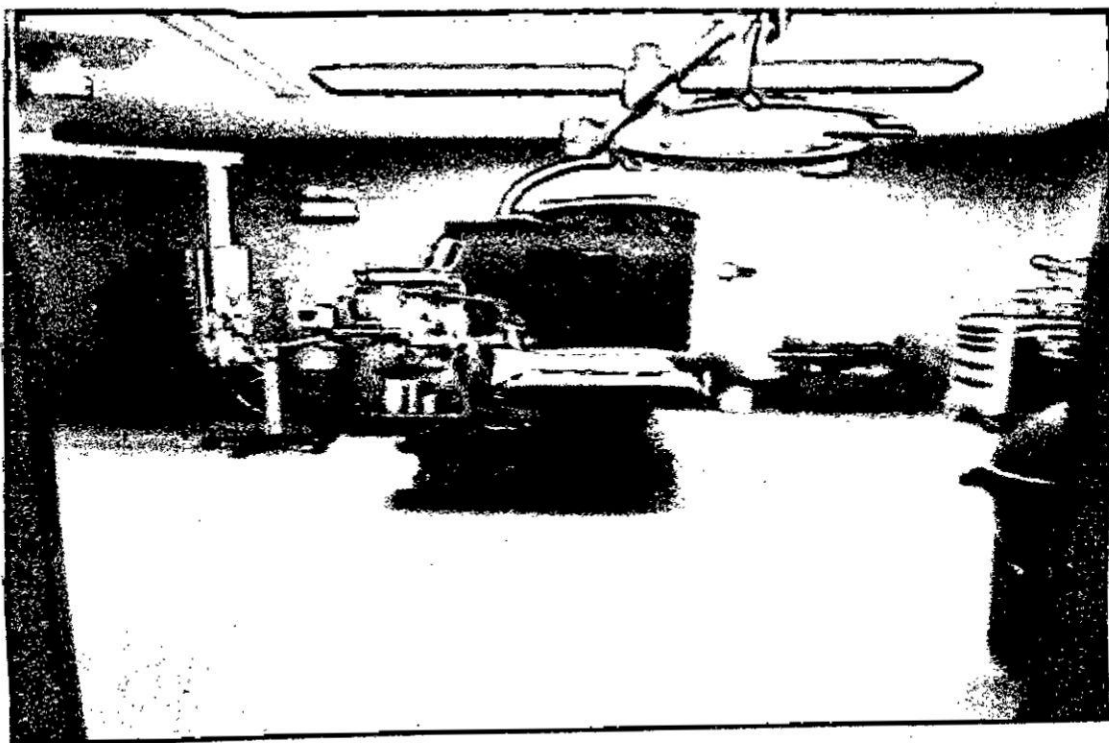


FOTO N°4: AREA DE LAVADO DE MANOS QUIRURGICO



**FOTO N°5: QUIROFANO**

# **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**

## **I. Aspectos Generales**

Es la cirugía para extirpar el apéndice cecal inflamado, el tratamiento definitivo de la apendicitis aguda es la cirugía de emergencia, dentro de las técnicas a emplearse es la extirpación por cirugía laparoscópica.

## **II. Población Objetivo**

Se aplicará esta guía de atención a todos aquellos pacientes que ingresan a quirófano del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente para someterse a cirugía de apendicectomía laparoscópica.

## **III. Objetivos**

- Dar a conocer la guía de intervención de enfermería a pacientes sometidos a apendicectomía laparoscópica en el hospital Guillermo Kaelin.
- Estandarizar los cuidados de enfermería de pacientes sometidos a apendicectomía laparoscópica en el hospital Guillermo Kaelin.

## **IV. Persona Responsable**

- Lic. Enfermería especialista en Centro quirúrgico