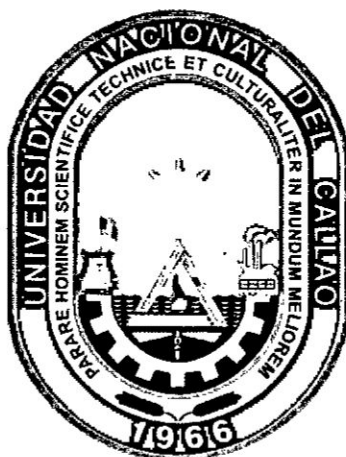


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS DE
APENDICECTOMÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL
II ESSALUD ILO MOQUEGUA 2015-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

YONI JESÚS GUTIÉRREZ QUINO *Yoni J. Gutiérrez Quino*

Callao, 2018
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS VOCAL

ASESOR: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 299

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 24/05/2018

Resolución Decanato N° 1242-2018-D/FCS de fecha 22 de mayo del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Descripción de la Situación Problemática	5
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	33
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	34
3.1 Experiencia Profesional	34
3.2 Procesos Realizados del Informe del Tema	39
IV. RESULTADOS	40
V. CONCLUSIONES	42
VI. RECOMENDACIONES	43
VII. REFERENCIALES	44
ANEXOS	47

INTRODUCCIÓN

La salud según la OMS es el estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia también se puede definir como el estado de adaptación del individuo al medio en donde se encuentra. Para que un individuo goce de buena salud no tiene que estar alterada ninguna de las esferas en las que está envuelto.

El personal de Enfermería debe proporcionar cuidados tanto de prevención como de rehabilitación para que el individuo goce de buena salud. Para lograr los resultados esperados se necesita usar modelos teorías y principios que han guiado a esta profesión y es a través del proceso de Enfermería, garantizando la calidad del cuidado integral del paciente familia y comunidad.

El Proceso de atención de Enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con el fin de planear ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

La aplicación y el desarrollo correcto del Proceso de Atención de Enfermería darán como resultado la satisfacción de las necesidades del paciente, en este caso del paciente post operado de Apendicetomía.

Mediante este proceso se observara cada una de las actividades de Enfermería encaminadas a satisfacer las necesidades alteradas del paciente y aparte de satisfacer sus necesidades se realizaran acciones de prevención, esto con el fin de evitar mayor daño y que reciba la mejor atención de calidad posible para evitar más complicaciones y que tenga una recuperación optima y rápida

La apendicitis es la inflamación aguda del apéndice causa frecuente de innumerables intervenciones quirúrgicas. El objetivo de este trabajo es elaborar una guía de atención de Enfermería a pacientes post quirúrgicos

sometidos a una cirugía de apendicetomía. Este trabajo se realiza con el propósito de reforzar conocimientos y habilidades adquiridas durante estos años y brindar mejor atención de enfermería a pacientes que tienen el diagnóstico de Apendicetomía. post quirúrgico. El proceso de atención de Enfermería es el método sistemático utilizado en el ejercicio profesional de Enfermería para brindar las intervenciones de Enfermería necesarias al paciente y obtener resultados esperados.

La atención de Enfermería se plasma en un plan de cuidados en el que se evalúan las respuestas humanas desde un punto de vista sintomatológico y a la vez como un todo un ser único con necesidades fisiológicas de amor seguridad pertenencia y de autorrealización.

Por enfermedad o porque sufrió algún tipo de accidente las personas pueden llegar a ser sometidas a intervenciones quirúrgicas, el acto quirúrgico conlleva riesgos y situaciones no esperadas.

En la etapa del post quirúrgico inmediato y mediano la valoración de enfermería debe ser muy exhaustiva para lograr resultados favorables.

Basada en mi experiencia laboral como trabajadora del servicio de hospitalización de CIRUGÍA del Hospital II ESSALUD ILO puedo señalar que el trabajo que se realiza es organizado y sistematizado teniendo como base un sistema médico bien direccionado por lo que las infecciones post operatorias son menores en comparación con los años anteriores debido a que las normas de bioseguridad son más estrictas basadas en la vigilancia epidemiológica diaria buscando la detección de infecciones intrahospitalarias para su posterior corrección.

La investigación estará centrada en los cuidados post quirúrgicos que el personal de Enfermería brinda al paciente para su recuperación luego de una Apendicetomía.

El cuidado post operatorio comienza en el momento en que el paciente ingresa la sala de Recuperación y finaliza cuando le dan de alta.

Se asegura una atención de calidad y se logra la satisfacción completa del paciente, logrando evitar complicaciones como la peritonitis que puede evolucionar a una sepsis siendo esta mortal.

Con este trabajo se determinará el índice de pacientes que han sido atendidos por problemas post quirúrgicos de apendicetomía en el hospital II de ILO ESSALUD.

La metodología es un trabajo descriptivo, mediante la recolección de datos obtenida de los pacientes post operados del servicio de Cirugía donde laboro sumando la exploración física y las historias clínicas.

La paciente N.L.T de 56 años de sexo femenino vive en la ciudad de ILO Departamento Moquegua. Menciona que camina diariamente intenta llevar una dieta sana pero que hace 2 meses no se ha cuidado y no se ha desparasitado nunca, que fuma y bebe socialmente.

Llega al servicio de Emergencia por un dolor abdominal referido a la fosa iliaca derecha y se sospecha de Apendicitis por lo que se realizan estudios para afirmar o desmentir dicho Diagnostico.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La apendicetomía es la patología quirúrgica abdominal más frecuente a nivel mundial, según las estadísticas mundiales es la causa principal del abdomen agudo quirúrgico.

El tratamiento de la apendicitis aguda se ha perfeccionado a lo largo de los años habiéndose practicado desde simples drenajes de absceso apendicular en 1848 por hancock hasta la extirpación del apéndice gangrenado en 1880 por shepherd. Siete años más tarde Morton de Filadelfia diagnostico apendicitis temprana extirpándolo.

En 1889 McBurney publico una serie de casos quirúrgicos tras ello paso a denominarse punto de McBurney al lugar de mayor de mayor sensibilidad a la palpación del abdomen por lo que recomendó la intervención temprana porque se observó que el índice de mortalidad era mayor en los casos de apendicitis perforada.

Posteriormente con el descubrimiento de los antibióticos a partir de 1940 se logró mejorar las complicaciones infecciosas.

Es conocido también que el diagnostico de apendicitis aguda por lo general suele ser de fácil reconocimiento clínico hasta un 70 por ciento de los casos sin embargo en el otro extremo puede ofrecer grandes dificultades diagnosticas especialmente en niños ancianos embarazadas obesos etc. de allí la importancia que tiene la tecnología moderna de ayuda diagnostica que puede mostrar evidencias radiológicas no contempladas clínicamente y que definitivamente permite mejorar el futuro del paciente.

En la última década el desarrollo de la cirugía laparoscópica ha abierto un nuevo horizonte que ofrece grandes perspectivas a los pacientes que requieren de una intervención quirúrgica.

En el Perú el diagnóstico de apendicitis aguda se realiza a través de un diagnóstico clínico la clásica sintomatología del dolor de 24 horas asociada a otros síntomas como vómitos y febrículas y signos clínicos como dolor a la palpación en el área de McBurney con rigidez muscular involuntaria y rebote al descomprimir bruscamente el abdomen.

Sin embargo cuando el diagnóstico es clínico puede haber un 10 a 20% de los pacientes que van a sala de operaciones y verdaderamente presentan otra patología con signos y síntomas muy parecidos a la apendicitis.

El hospital EsSalud de la provincia de Ilo es un Hospital de segundo nivel que poco a poco fue implementándose con equipos de cirugías y diagnóstico modernos para brindar una mejor atención y oportuna a los pacientes que acuden por necesidades médicas. Cabe mencionar que contamos en la actualidad con una plana de muy buenos especialistas en la rama de Cirugía.

En el Hospital de EsSalud ILO las principales cirugías son Colelap Apendicetomía, herniorrafía, como es un hospital pequeño atendemos en el servicio de cirugía a pacientes post operados de Ginecología como Histerectomía, Quistectomia, legrado uterino etc.

1.2 Objetivo

El objetivo de este trabajo es hacer una recopilación de datos epidemiológicos clínicos diagnósticos y terapéuticos de un paciente con apendicitis al que se le realizara una apendicetomía así como describir en que consiste la patología y dar a conocer al personal de enfermería la utilidad del proceso enfermero dentro del área hospitalaria lo que dará como resultado una atención de calidad reduciendo costo y tiempo de hospitalización incrementando el beneficio para el paciente.

En este proceso basado en un paciente post operado de apendicetomía fue realizado con el fin de conocer más sobre la patología, darle un mejor servicio y apoyo al paciente en base a sus necesidades para mejorar su estadía y su salud.

1.3 Justificación

El presente trabajo se realiza por la importancia que tiene el descubrir un diagnóstico oportuno de apendicitis y por la incidencia que tiene esta patología en los hospitales además evitar complicaciones más peligrosas como la evolución a una peritonitis que puede poner en riesgo la vida del paciente, esto a través de la realización de una apendicetomía y de la aplicación de los cuidados de enfermería adecuados. Estos cuidados van de acuerdo a cada tipo de paciente ya que todos tienen una recuperación diferente alguno más rápido y otra más lenta además tener en cuenta el umbral del dolor del paciente. En Enfermería se deben de tener en cuenta los cuidados específicos que se tiene que llevar a cabo para esta patología para que el paciente tenga una recuperación más rápida.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Se realizó un estudio de 193 pacientes egresados con el diagnóstico de apendicitis aguda del servicio de cirugía en el hospital II ILO EsSalud en los años 2015 al 2017 de ellos 74 pacientes fueron del año 2015 55 pacientes del 2016 y 64 pacientes del 2017, 33 pacientes fueron del sexo femenino y 160 del sexo masculino, 31% estaba en la tercera década de la vida y cabe mencionar que en estos años se atendió a 11 niños entre 5 y 10 años. Los síntomas de dolor vómitos y fiebre prevalecieron en ese orden, la leucocitosis está presente en un 70% de los pacientes. La forma anatomopatológica supurada fue la variedad más frecuente encontrada. Las complicaciones estuvieron presentes en un 13% de los operados y la infección de la herida resultó la de menor porcentaje.

Reginal Fitz profesor de anatomía patológica (2004) presentó ante la asociación americana de médicos una comunicación titulada perforación o inflamación del apéndice vermiforme refiriéndose especialmente al diagnóstico y tratamiento. En un estudio efectuado en 247 pacientes observó que el 80% eran hombres y el 20% eran mujeres que la edad de estos oscilaba de 20 meses a 70 años y que de estos el 76% se hallaba por debajo de los 30 años y el 50% por debajo de los 20 años.

Ariza y Caballero Bogotá Colombia 2006 realizaron un estudio de la calidad del cuidado de Enfermería brindado a los pacientes hospitalizados de apendicetomía dando como resultado que en estructura la suficiencia fue de 63.7%. Situándose en un alto nivel, y

un 53.3% de satisfacción para el personal auxiliar de Enfermería considerándolo de bajo nivel. Concluyendo la forma como la estructura y el proceso se llevan a cabo no se dan con la eficiencia esperada mientras que el impacto que ocurre en las personas que reciben el servicio está condicionado por las acciones realizadas.

En de Mérida Venezuela, Bazo E (2005) Realizo una muestra con una muestra de 38 pacientes del servicio Cirugía del IAHULA a los cuales se les aplico un cuestionario para indagar su opinión sobre la calidad de atención recibida del personal de Enfermería. Entre los resultados destaca que el 73% de los pacientes consideran que la calidad de atención es buena y un 24% la considera regular, Esto se debe a factores tales como una infraestructura física del servicio aceptable y a la calidad profesional del personal de Enfermería.

2.2 Marco Conceptual

La apéndice es un pequeño tubo estrecho que nace del intestino grueso y no tiene ninguna función conocida en los adultos suele medir unos 9cm y tiene paredes gruesas, una cavidad estrecha y una superficie interna similar a la del intestino. Contiene una gran cantidad de tejido linfóide, que constituye una importante defensa contra las infecciones locales, Nace al principio del colon, en la zona inferior derecha del abdomen y puede situarse detrás del ciego, o delante o detrás del íleon. Estas variaciones en su localización determinan en parte los diferentes síntomas que puede producir la apendicitis. La apendicitis es la inflamación aguda del apéndice causa frecuente de dolores abdominales y peritonitis (la inflamación de la membrana que recubre el interior del abdomen) en niños y adultos.

La apendicitis es causada por la obstrucción del lumen apendicular por la acumulación de materia fecal, impactación de cuerpos extraños como restos alimenticios no digeridos y parásitos que taponan el interior del órgano. La Hipertrofia del tejido linfoide apendicular también es causa de obstrucción.

El síntoma más típico del cuadro apendicular agudo es el dolor abdominal comenzando con una molestia vaga por encima del ombligo y sus alrededores y en pocas horas se desplaza a la fosa iliaca derecha con un dolor continuo y progresivo acompañado de fiebre náuseas y vómitos, lengua sucia, mal aliento y pérdida de apetito.

Cuidados de enfermería post quirúrgicos

Son diversas atenciones que el personal de Enfermería dedica a cada paciente, es enseñar lo desconocido en relación a la salud o adaptación a su enfermedad, es educar para disminuir sus miedos enseñar la mejor forma de cuidar su salud seguir el tratamiento y fomentar el autocuidado con la intención de mejorar la calidad de vida del usuario y familia ante nuevas experiencias fomentando independencia y autonomía. Las características de atención dependerán del estado y la gravedad del paciente aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente (Long. Barbara C. PHIPPS, Wilma J. Enfermería Quirúrgica Volumen I y II Edit .Interamericana Mac Graw- Hill –México 1989.

Atenciones de enfermería postquirúrgica en el Servicio de Cirugía

Este periodo se inicia cuando el paciente una vez recuperado de la anestesia y estabilizado su estado postquirúrgico es trasladado a la unidad de hospitalización de cirugía.

Tan pronto como se haya colocado al paciente en la cama de la unidad el profesional de Enfermería realizara una rápida valoración de la situación del paciente monitorizando las constantes vitales al paciente cada media hora las primeras 4 horas.

Valorar el apósito quirúrgico los drenajes y las características de las eliminaciones tomar en cuenta color consistencia y olor de las eliminaciones.

Valorar la respuesta neurológica cada 15 minutos para comprobar de las respuestas sensoriales y motoras y el nivel de conciencia según escala de Ramsay. Observar el estado de la piel en cuanto a hipotermia, hipertermia si se encuentra pálida, sudorosa, etc. para evitar un shock hipovolémico.

Valorar perdidas hemáticas en los drenajes o apósitos si las hay. Controlar las pérdidas de líquidos por cualquiera de las vías de salida apósitos drenajes y sondas.

- Controlar y registrar la diuresis al menos cada media hora.
- Valorar la necesidad de poner sonda al paciente si la vejiga esta distendida y si no micción en las 6–8 horas posteriores a la cirugía.
- Valorar y paliar la presencia de dolor náuseas y vómitos.
- Controlar los efectos de la medicación administrada por vía parenteral.

- Después de llevar a cabo la valoración inicial completa del paciente y satisfacer las necesidades más inmediatas, el profesional de Enfermería autorizara la visita de los familiares para que la preocupación quede atrás.

Cuidado de enfermería en post operados de Apendicetomía

Se realizan los siguientes cuidados

- Controlar regularmente las constantes vitales como son el pulso, presión arterial, la temperatura y la diuresis (hasta que sea retirada la sonda vesical). Estos signos nos permitirán valorar el estado hemodinámica del paciente y la recuperación del mismo.
- Mantener una hidratación por vía parenteral, y para la administración de la medicación.
- Si la apendicetomía se desarrolla sin complicaciones, normalmente se autoriza al paciente a beber y comer alimentos ligeros transcurridas 24 horas de la intervención, si tiene buena tolerancia se progresara la dieta hasta llegar a una dieta sana normal.
- Participar en la curación de la herida quirúrgica (que puede estar con drenajes que salen por el área de incisión a causa de una perforación de la apéndice o de absceso) ya que en nuestra área las curaciones lo realiza el médico.
- Los drenajes se suelen retirar aproximadamente a las 48 horas salvo nuevas complicaciones.
- Los puntos de sutura se retiran a los 7-10 días posteriores a la operación previa cita al cirujano que lo opero.
- Si sobrevino peritonitis se coloca al enfermo una sonda nasogástrica para evitar la distensión gastrointestinal.
- Vigilar si hay distensión abdominal y signos de infección como eritema fiebre y supuración por el sitio de la herida.

- Realizar ejercicios en la cama (movimientos pasivos de piernas, flexión y extensión de extremidades inferiores, etc. ya que estimula el apetito mantiene el tono muscular y facilita la limpieza de las vías respiratorias.
- Asistir al enfermo en la deambulaci3n, que se iniciara precozmente para prevenir complicaciones como infecci3n de la herida quir3rgica, y constipaci3n.

Proceso de atenci3n de intervenci3n de enfermeria

El PAE es el m3todo que aplica la enfermera para identificar necesidades y problemas del paciente, con una base dial3ctica, cognoscitiva y educativa, sin lugar a dudas, el ejercicio de este m3todo ha devenido en una consecuci3n de acciones, formas de pensar y proyectar al mundo la nueva concepci3n del profesional de enfermeria.

En 1979, la Oficina Regional de la Organizaci3n Mundial de la Salud para Europa public3 un documento b3sico sobre enfermeria en el que expresa: "La enfermeria es una actividad innata y fundamental del ser humano y en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma 3ptima en cualquier estado de salud en que se encuentren"

Desde hace varios a3os, la pr3ctica de enfermeria ha ido cambiando con la aplicaci3n del PAE como un m3todo de prestaci3n de cuidados, la incorporaci3n de sistemas estandarizados de lenguaje y diagn3sticos propios incorporando la taxonomia NANDA (Nor American Nursing Diagnosis Association.)

Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería y la más importante ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida, una valoración precisa conduce a la identificación del estado integral del paciente y a los temas y diagnósticos de Enfermería. Se inicia con la obtención de datos del paciente una vez organizados y analizados ayudan a la identificación del diagnóstico de Enfermería. La persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnóstico de Enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud. Esta fase del proceso de Enfermería es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, conservación y el fomento de la salud.

Ejecución o implementación del plan: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación: Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Valoración: Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras/os recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las tres áreas (cuerpo, mente, energía) para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras/os deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

Habilidades: en la valoración se adquieren habilidades con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos

Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje para mejorar la relación enfermera paciente. Observar sistemáticamente. Implica también la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las emociones que se recogen. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen basadas en técnicas empíricas, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

Criterios de valoración siguiendo un orden de "Cabeza a Pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática. Criterios de valoración por "Sistemas y Aparatos": se valora el aspecto general, las constantes vitales. Y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por "Patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde debemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores contribuyentes en los problemas de salud. En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta: Confirmar los problemas de salud que hemos detectado. Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente. Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido. Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

Diagnóstico:

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico de enfermería o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, Dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La Dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras.

La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito. La Dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Tipos de diagnósticos: Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado

Mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición característica que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico. Ejemplo: Dolor de la herida quirúrgica relacionadas con la cirugía y manifestados por palidez, facies álgidas. Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico Potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E). Ejemplo: Alto riesgo de Broncoaspiración relacionado con náuseas y manifestado por vomito.

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera/o debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E). Ejemplo: Posible riesgo de estreñimiento relacionado con la poca movilidad física. De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz.

La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud. Ejemplo: Retraso en la recuperación quirúrgica Podemos añadir un quinto tipo:

De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica. Ejemplo: Riesgo de Síndrome de Desuso (Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculo esquelética prescrita o Inevitable).

Planificación de los cuidados de enfermería:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos de enfermería, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento de enfermería. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas según Carpenito (1987).

Etapas en el Plan de Cuidados

Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables (que puedan ser valorados), realistas teniendo en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades, así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante: Los cuidados individualizados, La continuidad de los cuidados, La comunicación, y La evaluación.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados sean dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los

diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Ejecución:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras: Continuar con la recogida y valoración de datos. Realizar las actividades de enfermería.

Registrar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer. Anotaciones como son las dirigidas hacia los problemas.

Proporcionar los informes verbales de enfermería. Mantener el plan de cuidados actualizado. La enfermera/o tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase se menciona la continuidad de la recolección y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tomados en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se desea evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Lyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

Observación directa, examen físico.

Examen de la historia clínica.

2.- Señales y Síntomas específicos:

Observación directa.

Entrevista con el paciente.

Examen de la historia.

3.- Conocimientos:

Entrevista con el paciente.

Cuestionarios (test).

4.- Capacidad psicomotora (habilidades):

Observación directa durante la realización de la actividad.

5.- Estado emocional:

Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones. Información dada por el resto del personal.

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud) la salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad". Esta definición circunscribe a la salud dentro de un triángulo, siendo sus extremos las dimensiones físicas, mentales y sociales:

Entrevista con el paciente.

Información dada por el resto del personal.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

El paciente ha alcanzado el resultado esperado.

El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos

Puede conducir a plantearse otras actividades.

El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

Medir los cambios del paciente/cliente.

En relación a los objetivos marcados.

Como resultado de la intervención enfermera.

Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

- Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers, es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.
- Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el

lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales.

El diagnóstico enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería

Recuperación del paciente postquirúrgico

Programar bien la recuperación tras una intervención quirúrgica es indispensable para que el paciente vuelva a la normalidad. Una intervención quirúrgica supone una agresión orgánica que debilita al paciente, en mayor o menor medida, en dependencia del tipo de intervención y de las características del paciente, edad, estado general y funcionamiento de sus órganos y sistemas. A la agresión que supone la propia operación es preciso añadir el efecto que causan las drogas anestésicas necesarias para poder intervenir quirúrgicamente al paciente.

Generalmente los pacientes son despertados por el anestesista en el propio quirófano tras una anestesia general. En el momento que son capaces de respirar espontáneamente se trasladan a la sala de recuperación, al igual que los pacientes operados bajo anestesia regional (epidural, raquídea, bloqueo de plexos nerviosos). Los operados con anestesia local, salvo que concurren en ellos enfermedades secundarias severas (insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca), suelen ser devueltos a la habitación directamente. (BRUNNER, Lillian. Enfermería Médico Quirúrgica. Segunda edición. México.)

La frecuencia de las náuseas y vómitos postoperatorios llegó a popularizar la creencia de que se "vomita la anestesia". En realidad los fármacos utilizados como anestésicos hace años que provocaban este tipo de trastornos fueron los responsables de la mala prensa que el despertar de la anestesia ha venido teniendo durante años. Hoy día los fármacos que se utilizan producen mínimos efectos secundarios y además los anesthesiólogos suelen utilizar algún medicamento para prevenir la aparición de las molestas náuseas postoperatorias.

La comprobación clínica y a veces radiológica de la normalidad de las anastomosis y de la recuperación de los movimientos del intestino aconsejará el momento de reanudar la ingesta.

Cuándo puede el operado levantarse de la cama

Durante años los pacientes han tenido la costumbre de permanecer postrados en cama los primeros días después de una operación, para tratar de evitar complicaciones de la herida a consecuencia de los esfuerzos del levantamiento. Hoy esta idea ha sido desterrada. Se sabe que la inmovilización en cama, sobre todo en pacientes mayores y con deficiente circulación en las extremidades inferiores, supone un importante riesgo de trombosis venosa de las piernas, embolia pulmonar, muchas veces letal, y neumonía, ésta última por retención de secreciones bronquiales.

Salvo algunos enfermos con fracturas óseas o luxaciones, que precisan inmovilización por las características del proceso, o aquellos otros enfermos que con múltiples catéteres o tubos de drenaje tienen difícil el levantamiento, en el resto es necesario reanudar de inmediato la movilización de las extremidades inferiores,

para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de la vida, la salud y el bienestar.

La idea de autocuidado como acción deliberada es muy útil. Esta idea tiene tres fases:

1ra. Fase: En que la persona se hace consciente de que requiere algún tipo de acción.

2da. Fase: En que la persona toma la decisión de seguir un curso particular de acción.

3ra. Fase: En que la persona realiza la acción.

Los requisitos para el autocuidado son los objetivos que deben ser alcanzados mediante los tipos de acciones calificadas de autocuidado.

Pueden dividirse en tres categorías:

- Requisitos universales de autocuidado: son comunes a todos los seres humanos a lo largo de la vida.
- Requisitos de autocuidado asociados al proceso de desarrollo.
- Requisitos de autocuidado asociados a las desviaciones del estado de salud.

La Teoría del Déficit de Autocuidado es el núcleo del modelo de Orem: Establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o desviadas de su salud, que los incapacita para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar.

Procesos de Recuperación

El factor más importante de la recuperación después de la cirugía sigue siendo el completar el tratamiento y las indicaciones señaladas por su Doctor, incluyendo tomar todos los antibióticos prescritos. Para sentirse mejor el paciente debe cuanto antes: Descansar lo suficiente. Recuperar las horas de sueño perdidas por el dolor, hospitalización y la cirugía, pero evitar permanecer en la cama por períodos de tiempo prolongados durante el día.

Comer alimentos altos en proteína durante el proceso de recuperación. Comer las comidas con más frecuencia y en cantidades más pequeñas.

Aumentar gradualmente la movilización fuera de cama, caminar y realizar actividades según la prescripción médica.

Mantener las suturas limpias. Lavarse las manos antes y después de cambiar las gasas y apósitos en la incisión.

Continuar tomando la medicación prescrita hasta que se acabe. Prestar atención a signos y síntomas de infección de la herida como: Enrojecimiento o calor en el sitio de la sutura, Dolor que aumenta en la herida, Inflamación o tumefacción de la misma, Sangrado por la herida, o salida de líquido por la misma

Los tres sistemas de Enfermería descritos por Orem, dependen de las Capacidades del paciente para auto cuidarse. Al existir un déficit de autocuidado, en cualquier grado, el personal de Enfermería se convierte en agente de autocuidado.

Se pueden identificar tres tipos, dependiendo de quien pueda o

- Totalmente compensatorio.

- Parcialmente compensatorio.
- De apoyo educativo.

2.3 Definición de Términos

- **Autocuidado:** El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos que pueden comprometer su vida y desarrollo.
- **Agente de Autocuidado:** Orem usa la palabra agente para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.
- **Déficit de autocuidado:** La teoría del Déficit de autocuidado desarrolla las razones por las cuales una persona puede beneficiarse de la agencia de Enfermería cuando estas no tienen suficiente capacidad para proporcionarse a sí misma o a las personas que dependen de ellas la calidad y la cantidad de cuidados para mantener la vida.
- **Paliar:** Disminuir o hacer soportable algo negativo, en especial un daño físico o moral

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Experiencia Profesional

Inicie mi trabajo en el Ministerio de salud a partir del 01 de Enero de 1983 y siendo transferido por el Proceso de Integración IPSS-MINSA al Hospital II ILO de la Red Asistencial de Moquegua el año 1987 Trabajé en el programa de TUBERCULOSIS cuando la (OPS) la organización Panamericana de la salud califico como un país con severa epidemia de Tuberculosis durante estos años el control de TB accedió a recursos económicos que le permitió brindar tratamientos gratuitos para TB sensible, tener recursos para laboratorio y diagnostico así como para capacitar al personal motivo por el que se impulsó el tratamiento supervisado en primera y segunda fase como estándar nacional.

El año 1985 trabajé en Hospitalización en el servicio de Medicina por espacio de 4 años hasta el año 1988 como enfermera asistencial brindando atención de enfermería integral según su patología además de proporcionar cuidado humanizado con calidad y calidez.

Por esos años también tuve contacto con pacientes de TB que eran pacientes con antecedentes de tratamientos previos, que desarrollaron resistencia a los medicamentos y transmitieron a sus contactos la misma resistencia, por lo que necesitaban mayor supervisión eran pacientes hospitalizados por decisión médica Y recibían Estreptomina en inyectable como parte del tratamiento.

El año 1989 hasta el año 1991 trabajé en el programa del niño y adolescente programa creado para la protección integral del niño y

adolescente priorizando su atención y seguimiento, brindando educación al adolescente mediante charlas y reuniones.

Por el año 1992 me rotaron a trabajar en Centro Quirúrgico por ese tiempo ingrese en una etapa de transición donde se recupera el campo de instrumentación y circulación, campos que desempeñaban las técnicas de Enfermería.

Se logra también crear el área de recuperación que no existía esta experiencia me sirve para aplicar y reforzar mis conocimientos adquiridos como especialista en centro quirúrgico logrando destrezas y habilidades que se logran con la práctica. En conclusión las enfermeras tomamos nuestro lugar logrando trabajar de esta manera como enfermera instrumentista, circulante y enfermera de Recuperación.

Por el año 2002 hasta abril del 2009 trabajé en el servicio de Emergencia año en que la enfermera era también la responsable de la labor de admisión y de acreditación, otorgaba citas a los pacientes que acudían al servicio de Emergencia por diferentes urgencias médicas y Emergencias propiamente dichas.

Desde abril del año 2009 hasta el presente año trabajo en el servicio de cirugía, brindando cuidados de Enfermería a pacientes preoperatorios y post operatorios desde que se decide practicar el procedimiento quirúrgico ya sea en consultorio externo o en el servicio de Emergencia hasta su recuperación completa y su alta, como:

- Enfermera asistencial.
- Enfermera coordinadora del servicio.
- Miembro del comité de Humanización.

Continuar estudiando para mejorar la calidad de atención de Enfermería.

Cuidados de Enfermería a pacientes Pre quirúrgicos que ingresan a cirugía de consultorio externo

Se inicia con la recepción e identificación del paciente programado a una determinada cirugía. Se coloca un brazalete con su nombre número de cama, pieza y servicio. Verificar hoja de MOPRI riesgo quirúrgico cardiológico, anestesiológico y consentimiento informado

Entrevista de Enfermería: durante este proceso se valora: experiencias previas, enfermedades, fármacos que toma, alergias, capacidad de autocuidado, apoyo familiar y necesidades del paciente, datos que sirven para elaborar su historia clínica y llenar la ficha de riesgo de caídas para tomar acciones en caso sea necesario:

- Control y registro de funciones vitales
- Verificar indicaciones médicas
- Registrar peso y talla del paciente
- Revisar las uñas del paciente en caso necesario remover esmalte y limpiar.
- Se programa la toma de medicamentos cardiológicos o anti tiroideos antes de la intervención quirúrgica.
- Preparar físicamente al paciente, piel, mucosas, intestino, vejiga ayuno y otros de acuerdo a su patología, edad e indicaciones médicas.
- Preparar psíquicamente al paciente y familia con el propósito de disminuir el grado de ansiedad y temor con

respecto a su intervención y prevenir complicaciones que impidan una rápida recuperación.

- Educar y responder preguntas a sus dudas con respecto a su intervención quirúrgica.
- Solicitar que se saque todo tipo de prótesis dentales y parciales así como joyas ganchos de pelo audífonos, lentes etc.
- Momentos previos al traslado de paciente a centro quirúrgico se le pide que vaya al baño si su condición lo permite.
- Se realiza también previo a la intervención el vendaje de miembros inferiores para evitar la trombosis

Cuidados de enfermería a pacientes post operados

La Enfermera del servicio de Cirugía recoge al paciente post operado de Recuperación Centro quirúrgico siendo parte de mi trabajo:

- Recibir paciente estable, despierto con 8- 10 de puntaje en la escala de Alderete.
- Se revisa apósitos de herida operatoria drenes y sondas etc.
- Se le instala en su unidad en su cama y se monitoriza funciones vitales si el caso lo requiere se administra oxígeno.
- Se revisa la historia clínica y se cumplen indicaciones médicas.
- Se prioriza el control del dolor ya que las primeras horas es intenso cuando ha desaparecido el efecto de la anestesia.

- Se presta atención al control de los posibles desequilibrios hidroelectrolíticos y o signos de infección a través del control de diuresis, aparición de febrícula o hipertermia.
- Se instala la hoja de balance hidroelectrolítico.
- Después de las 48-72 horas el dolor disminuye
- Valoración de la función intestinal a través de la auscultación de los ruidos intestinales hidroaéreos.
- Se vigila el progreso de la herida operatoria hasta su cicatrización
- Se vigila deambulación temprana según requerimiento.
- Inicio y progreso de sus alimentos
- Luego de su recuperación completa se plantea su alta con indicaciones médicas y nutricionales para su domicilio.
- Como Enfermera coordinadora del servicio de Cirugía mi trabajo es:
 - Presentar informes mensuales de productividad de la atención de Enfermería.
 - Informe de producción de Equipos.
 - Informe de las horas efectivas del personal de Enfermería
 - Equipamiento de insumos y equipos biomédicos.
 - Control y cuidado de Equipos Biomédicos.
 - Registro de prácticas seguras.
 - Coordinar con la jefatura las necesidades del servicio en reuniones mensuales.

Mi trabajo como miembro del comité de humanización es: sensibilizar al profesional de Enfermería para lo que se implementó planes de trabajo, talleres y capacitaciones permanentes para lograr la satisfacción del paciente en la atención de Enfermería.

3.2 Procesos realizados en el tema de trabajo académico

La enfermería es una profesión de cuidados transculturales que se brinda a la persona, familia y comunidad para generar procesos de respeto a uno mismo. Autoconocimiento, auto cuidados, para conservar y preservar la vida .desde la concepción hasta la muerte. Incluyendo los periodos de salud y enfermedad basado en la ciencia, el arte, la ética y la experiencia profesional.

El paciente percibe sus necesidades y demanda el tipo de cuidado, y la Enfermera ofrece acciones encaminadas a satisfacer dichas necesidades. Incorporando conocimientos y habilidades como trato humano y el compromiso personal de mantener la dignidad e integridad del paciente con afecto e implicancia moral.

Proceso del cuidado

- Identificar necesidades y requerimientos del paciente
- Analizar, valorar, priorizar y planificar el cuidado.
- Lograr la satisfacción del paciente.
- Evaluar la satisfacción del paciente.
- Planificar el seguimiento del cuidado.

IV. RESULTADOS

- Se realizó guía de cuidados de Enfermería específico para post operados de apendicetomía y se presta servicios de una forma racional y lógica
- Se pudieron observar las propiedades que tiene el PAE
- Se permitió elevar la calidad de vida mediante el tratamiento indicado.

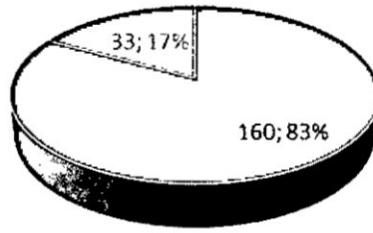
AÑO	TOTAL
2015	74
2016	55
2017	64

TOTAL POBLACION POR AÑOS



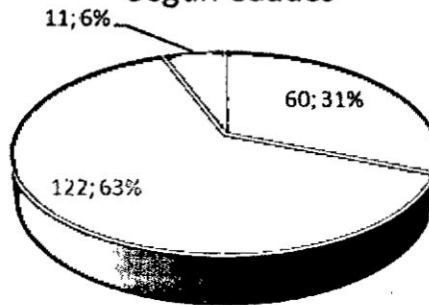
■ 2015 ■ 2016 ■ 2017

Post Operados segun genero



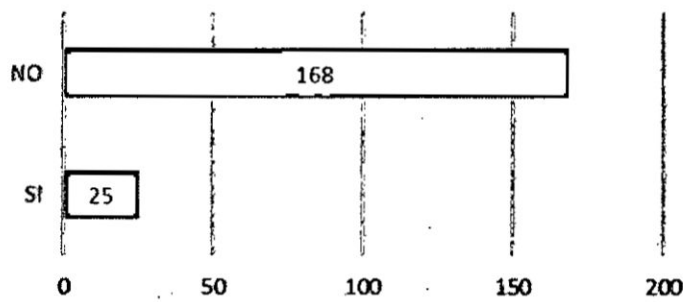
■ MASCULINO ■ FEMENINO

Segun edades



■ 60 A MAS ■ entre 11 a 59 años ■ NIÑOS 5 - 10 AÑOS

COMPLICACIONES



V. CONCLUSIONES

- a) La falta de una Guía de Cuidados para pacientes postquirúrgicos apendicectomizados hace que el personal de enfermería (Personal Auxiliar y Lic. de Enfermería) actúe acorde a sus conocimientos recibidos durante su preparación profesional, cabe recalcar que la actualización de conocimientos es un determinante primordial para la recuperación de los pacientes.
- b) Los conocimientos del personal de enfermería no deben ser simplemente de forma básica sino que también deben enfocarse en lo referente a la práctica y teoría para que puedan desenvolverse de mejor manera y poder ayudar al paciente y así evitar complicaciones. El no contar con una guía de cuidados específicos para post operados de apendicetomía por parte del personal de enfermería hace que simplemente se apliquen cuidados básicos y no específicos, por ende el desinterés de los pacientes al momento de brindar las indicaciones para su mejoramiento en la recuperación.
- c) La elaboración e implementación de una guía de cuidados permitirá al personal de enfermería aplicar cuidados específicos, brindando un buen servicio al paciente para lograr su pronta recuperación y de la misma forma tomar las mejores decisiones en caso de que se produzcan complicaciones.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Implementar una Guía de Cuidados de Enfermería para pacientes sometidos a Apendicetomías, en la cual se incluirán cuidados específicos e inmediatos y sobre todo la educación a pacientes y familiares luego del alta para con ello evitar las complicaciones que se pudieran presentar luego de la cirugía.
- i. Actualizar periódicamente la guía de atención para que con ello se difundan conocimientos de última tendencia y no se actúe únicamente en forma rutinaria.
- b) Difundir la guía de atención de cuidados específicos en los diferentes turnos en los que se labora en el servicio de cirugía del Hospital II ESSALUD ILO colaborando así en la pronta mejoría del paciente y disminuyendo la estadía en la sala de cirugía del centro Hospitalario.

VII. REFERENCIALES

1. BEARE/MYERS. El tratado de enfermería Mosby, volumen 3. Editorial Mosby. BRUNICARDI, F. El apéndice Principios de cirugía. Octava edición. P 155-160
2. BRUNNER, Lillian. Enfermería Médico Quirúrgica. Segunda edición. México. p 141-166
3. FINCOWSK Franklin. Manuales Administrativos: Guía Para Su Elaboración. México. Primera Edición 1997 GERARD M. Doherty. Diagnósticos y Tratamientos Quirúrgicos. Decimotercera edición. P. 20-27, 531-535
4. HARRISON J Principios de Medicina Interna. Decimosexta edición (2006).
5. HARRISON. Principios de Medicina Interna Décima séptima edición 2008. «Capítulo 294. Apendicitis y peritonitis agudas P. 1914-1917
6. HOBLER, K., Acute and Suppurative Appendicitis volume 2, Spring. 1998.
7. JOHNSON Marion. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Edit. Elsevier. España. 2002.
8. RAMOS DE LA CRUZ, Ediltrudis. El proceso de enfermería: Una guía metodológica en el ejercicio profesional. Primera edición, Santa Martha- Colombia, Magdalena, 2009. 5-65 p.
9. SMITH D y GERMAIN H. Enfermería Médico Quirúrgica. Tercera edición. México. P 246-200, 760-761
10. URDEN Linda. Cuidados intensivos en enfermería. Segunda edición, Volumen 1, Madrid- España, Harcourt Brace, 1998
11. WATSON Jeannethe. Enfermería Medico Quirúrgica. Primera Edición. México. P 2-6

12. WOLFE JM. Acute appendicitis. Séptima Edition. Philadelphia. 2009
13. ANDERSON Henry Definición de Cuidados de Enfermería - Qué es, Significado y Concepto. Tomado de:
<http://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/#ixzz2UVHn6HQy>
14. BORN Jonh. Manual de definiciones de conceptos básicos Tomadode:<http://www.definicionabc.com/general/manual.php#ixzz2DWysJEo8>
15. CORPAS Juan. Protocolos de Apendicetomías. Murcia España Tomado de:
<http://www.dep19.san.gva.es/servicios/urgencias/files/protocolos/apendicitis.htm>
16. CRAIG S. Appendicitis citado en 13 de Julio del 2011. Tomado de:
<http://emedicine.medscape.com/article/773895overview#a0156>
GARCÍA Plutarco Hospital General de México. Guías de Intervención enfermería Tomadode:http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/bol08/guias_enf.pdf
17. MEDLINE Plus. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU Tomadode:<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002921.htm>
18. SCIELO. Puntuación diagnóstica para apendicitis: estudio prospectivo de su aplicación por profesionales de salud no-médicos. Rev. méd. Chile v.134 n.1 Santiago ene. 2006. pág. web:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872006000100005&scipt=sci_arttext
19. SCIELO. Experiencia en el cuidado de enfermería: herida de abdomen abierto en el adulto. av.enferm. vol.29 no.2 Bogotá Jul./Dec. 2011. pág.

web:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012145002011000200011&script=sci_arttext&lng=es

20. SCIELO. Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. IndexEnferm vol.21 no.4 Granada oct.-dic. 2012. pág. web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000300002&script=sci_arttext&lng=enandothers

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	EVALUACIÓN
<p>Vomito relacionado con la administración de medicación anestésica y manifestado por náuseas</p>	<p>Ayudar al paciente a minimizar el vómito</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Advertir la presencia de náuseas y/o vómito, al paciente. 2. Administrar la medicación prescrita para el vómito (antieméticos) 3. En caso de producirse el vómito, poner decúbito lateral para evitar la broncoaspiración 4. Enseñar al paciente a que realice respiraciones profundas. 	<p>Se disminuye en el paciente las náuseas y el vómito</p>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de alteración de la eliminación urinaria relacionado con la cirugía y manifestado por globo vesical</p>	<p>Recuperar la eliminación espontánea del paciente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de Ingesta y Eliminación 2. Palpar vejiga cada 4h en busca distensión vesical, "incapacidad para orinar" 3. Control de ingesta y eliminación. 4. Valorar cantidad y aspecto de la diuresis espontánea. 5. Iniciar maniobras de estimulación sino se consigue diuresis espontanea. 	<p>El paciente no presenta dificultad para realizarla micción.</p>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de Estreñimiento relacionado con la Inmovilidad y manifestado por incapacidad para evacuar.</p>	<p>Mejorar el hábito intestinal del paciente luego de la cirugía</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuada ingesta de líquidos. 2. Administrar dieta rica en fibra 3. Establecer el momento oportuno en cuanto a intimidad y disminución de actividades se refiere para lograr que el paciente logre evacuar 4. Valorar distensión abdominal y sensación de plenitud. 5. Fomentar la movilización y deambulación cuando esté permitido y el paciente lo tolere. 	<p>No se presenta estreñimiento en el paciente</p>

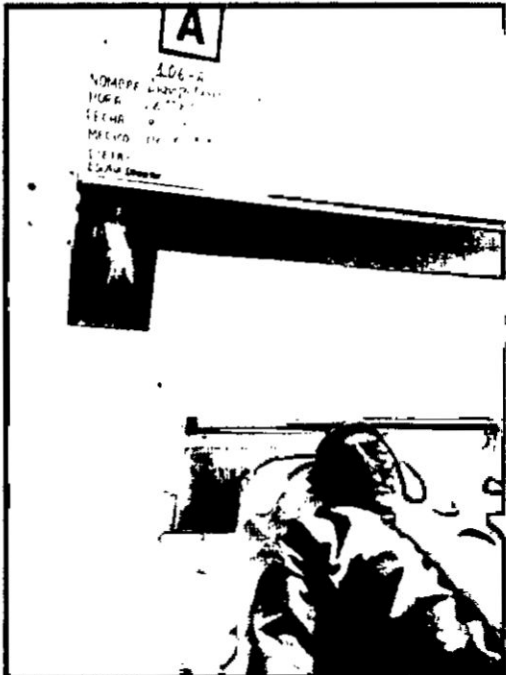
DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de Alteración del Patrón del Sueño relacionado con Cambio de Actividad y Dolor Postoperatorio y manifestado insomnio</p>	<p>Informar al paciente sobre el descanso adecuado durante su estancia hospitalaria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer y mantener, en lo posible la rutina diaria del paciente al acostarse. 2. Disminuir el nivel del dolor mediante la medicación prescrita 3. Dejar la habitación con luz tenue y con la puerta cerrada. 4. Mantener, en la medida que se pueda, un ambiente silencioso y tranquilo 	<p>El paciente puede conciliar el sueño.</p>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de infección relacionado con la herida quirúrgica y manifestado por supuración</p>	<p>Evitar que se produzca la infección.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener las normas de asepsia y antisepsia con el paciente. 2. Identificar signos y síntomas de infección como: hipertermia, eritema, supuración. 3. Valoración de signos vitales con mayor énfasis la temperatura. 4. Administrar la medicación prescrita aplicando los 5 correctos 5. Realizar la curación de la herida quirúrgica cada día. 	<p>No se presenta infección de la herida quirúrgica.</p>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	EVALUACIÓN
<p>Déficit de conocimientos acerca de los cuidados post operatorio relacionado con la falta de información que se le proporciona al paciente y manifestado por desconocimiento de los cuidados en el hogar</p>	<p>Educar al paciente y la familia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la comodidad, minimizando las molestias al paciente. 2. Informar sobre la técnica quirúrgica, pronóstico, necesidades de tratamiento (medicamentos, dieta, etc.) y posibles complicaciones. 3. Educar al paciente y familia sobre las actividades que el paciente puede realizar luego del alta. 4. Informar sobre la dieta que el paciente puede consumir. 	<p>El paciente y los familiares reciben la información necesaria en cuanto a el pre y postoperatorio</p>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	EVALUACIÓN
<p>Déficit de Autocuidado Baño/Higiene, Vestido/Arreglo Personal, Eliminación y Alimentación relacionado con Inmovilidad.</p>	<p>Mantener cubiertas las necesidades de autocuidado del paciente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar baño de esponja al paciente. 2. Colaborar en el traslado al baño. 3. Ayudar en la deambulaci3n temprana del paciente. 4. Explicar autocuidados posteriores a la cirug3a 	<p>El paciente se encuentra tranquilo y relajado.</p>

**ANEXO 02
GALERÍA DE IMÁGENES:**



Fuente: Elaboración propia, 2017