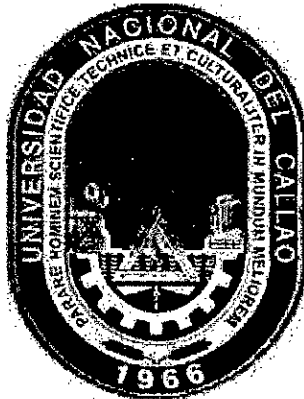


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**“CUIDADOS PREOPERATORIOS A LOS
PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA QUE
ACUDEN AL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA,
2013-2015”**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

LIC. MARÍA ISABEL PRADA ORMEÑO

Callao, 2017

PERÚ

A handwritten signature in black ink, enclosed within a rectangular box. The signature is stylized and appears to read 'M. Prada Ormeño'.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO	Presidenta
DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA	Secretario
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: Mg. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE

N° DE LIBRO: 003

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 124

Fecha de aprobación de Informe de Experiencia Laboral: 31/03/2017

Resolución de Decanato N°736-2017-D/FCS de fecha 29 de Marzo de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. PRADA ORMEÑO MARIA ISABEL

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
1.2 OBJETIVO	5
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	5
II. MARCO TEÓRICO.....	6
1.1 ANTECEDENTES.....	6
1.2 MARCO CONCEPTUAL	9
1.2.1 APENDICITIS AGUDA.....	9
1.2.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	21
1.2.3 TEORÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	22
1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	23
III. EXPERIENCIA LABORAL.....	26
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	26
IV. RESULTADOS	31
V. CONCLUSIONES.....	34
VI. RECOMENDACIONES	35
VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	36
ANEXOS.....	38

INTRODUCCIÓN

La apendicitis es la afección quirúrgica que con más frecuencia se presenta en las emergencias de los hospitales. Conocida desde la época medieval, caracterizada por una tumoración grande con contenido pus denominada "Fosa Iliaca"; el término apendicitis fue propuesto por el patólogo Reginald Fitz (1886); y T. G. Morton (1987) hizo la primera apendicectomía exitosa, haciendo común a partir de entonces. Charles MCBurney (1889) describió su famoso punto doloroso y razonó correctamente que, realizar una operación exploratoria prontamente con el propósito de examinar y extraer el apéndice antes de que se perfora, era menos dañino que el tratamiento expectante. (1)

Al ser la apendicitis un procedimiento quirúrgico, y por su presentación, genera mucho miedo en el paciente; es aquí donde el profesional de enfermería debe actuar, a fin de brindar la seguridad al paciente tanto en el conocimiento como en la correcta y pronta actuación. La valoración continua de la ingesta, el dolor, y el seguimiento a sus exámenes auxiliares garantizaran el éxito de la operación. (2)

El presente informe detalla la experiencia laboral mediante conocimientos experiencias en la atención hospitalaria, docencia, administrativa preparación y participación frente a situaciones de eventos adversos de demanda donde se mejoran las habilidades, destrezas y capacidad resolutive que se adquiere durante los años de permanencia continua en un servicio de Emergencia. Presentado en 7 capítulos: el primero describe el planteamiento del problema; en el segundo el marco teórico; en el tercero la recolección de datos y la propia experiencia; en el cuarto se muestran los resultados; en el quinto las conclusiones y el en sexto las recomendaciones; finalmente en el séptimo capítulo se aprecian las referencias bibliográficas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según las estadísticas mundiales, es la causa principal del abdomen agudo quirúrgico, pues más del 50% corresponden a apendicitis aguda, y es responsable de las 2/3 partes de las laparotomías practicadas. Según estudios; el 7-12% de la población padecerá apendicitis en algún momento de su vida, con incidencia máxima entre los 10 y los 30 años. Estudios recientes muestran que una de cada 15 personas tendrá apendicitis aguda en algún momento de su vida. Hace 50 años 15 de cada 100,000 personas morían por apendicitis aguda; actualmente, la probabilidad de morir por apendicitis no gangrenosa es inferior al 0.1%. Un poco más del 60% de los casos son de sexo masculino. El promedio de edad es de 19 años y casi la mitad de los pacientes con apendicitis aguda tienen entre 10 y 30 años. La enfermedad que infecta el apéndice, es rara por debajo de los 3 años (3).

La apendicitis aguda aún es la afección quirúrgica más frecuente en los servicios de urgencia de un hospital, y ocupa una gran parte de las intervenciones practicadas. El riesgo de padecer apendicitis en algún momento de la vida es del 8.6% en varones y 6.7% en las mujeres. Presenta una incidencia de 1.5 a 1.9/1,000 habitantes. La población que es mayormente afectada se encuentra entre los 25 a 35 años (4).

Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) es un Hospital de referencia nacional, es un establecimiento de categorización III de acuerdo a la Resolución Directoral N° 259-DG-DESP-DISA III-L-2006 de fecha 11 de mayo del 2006. El HNCH se encuentra en una zona de fácil acceso en Lima Norte, atendiendo principalmente a la

población de los distritos aledaños como: Ancón, Carabaylo, Santa rosa, Ventanilla, Puente Piedra, Comas, Los Olivos, Rímac y las referencias de departamentos del norte del país.

El comité para la formulación del PEI 2014 – 2015 realizó la identificación del problema, sobre la base del diagnóstico general realizado, como los resultados mostrados por el ASIS Hospitalario del año 2011, y los resultados del proceso de evaluación de los planes Operativos, sectorizado en dos componentes: Demanda y Oferta, así como la relación con las prioridades de salud públicas (5).

A nivel externo, existe una alta demanda por casos que requiere hospitalización en pacientes jóvenes (15 – 39 años) del sexo femenino; alta demanda de atenciones de enfermedades agudas, así como una alta ocupación de los servicios de hospitalización y emergencia; baja capacidad resolutive para la atención de más de 2 millones de habitantes en la zona de influencia de Lima Norte, con sólo el 43% de los recursos humanos son profesionales de la salud (médicos, enfermeras, tecnólogos, entre otros). Los procesos y procedimientos se ejecutan sin criterios técnicos ni identificación de los aspectos críticos orientados al usuario. Baja implementación de los programas de capacitación.

Por otro lado, el usuario interno altamente insatisfecho con su ambiente laboral (Sólo 35 % de los usuarios mostraban una percepción de satisfacción, Año 2010), Bajos niveles de investigación son parte del compromiso del hospital hacia la comunidad.

1.2 OBJETIVO

Describir la experiencia profesional de enfermería en los cuidados preoperatorios a los pacientes con apendicitis aguda que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2013 – 2015.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Dar conocer los cuidados de enfermería necesarios en atención preoperatoria de los pacientes con apendicitis aguda que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el periodo 2013 – 2015. Asimismo, el presente informe se justifica:

A Nivel Teórico, aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos, basándose en la contribución de autores basados en la materia, y que constituyen base importante y fundamento de los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería que se deben tener con el paciente antes de ser operado de apendicetomía.

Permitiendo, a nivel práctico, incrementar los conocimientos de los profesionales enfermeros, y cualquier interesado, sobre los respectivos cuidados en el preoperatorio de una apendicectomía; favoreciendo una correcta capacitación al paciente, familiar o cuidador, a fin de favorecer el éxito de la operación y la pronta recuperación del paciente.

II. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

LUNA J. y LUNA M. 2016, realizaron un artículo sobre la "Atención de Enfermería al paciente con apendicitis aguda", llevando a cabo una búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, PubMed y Cochrane plus, así como en revistas científicas y libros especializados acerca de la apendicitis aguda. Como resultados el tiempo necesario para transformar una apendicitis aguda en una peritonitis se sitúa entre 36 y 48 horas desde la aparición de los síntomas, siendo el principal el dolor abdominal que inicia en el abdomen luego se irradia a la fosa iliaca derecha; siendo el tratamiento quirúrgico el de principal elección la atención de enfermería antes del acto operatorio se centra en: el control de signos vitales, colocación de un catéter, colocación en posición fowler para minimizar el dolor, mantener el ayuno, preparar al paciente según el protocolo, administrar antibioterapia profiláctica según indicación, y reducir la ansiedad del paciente y familia. (6)

GONZÁLEZ E. y otros, 2017 realizaron un manuscrito original sobre el "Tratamiento de la apendicitis aguda en adultos: 11 años de experiencia en un hospital universitario", con el objetivo de analizar los resultados del tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda en un centro de alto volumen quirúrgico y evaluar la aplicabilidad de la laparoscopia y la participación de los residentes como cirujanos en dos períodos de tiempo, a través de un análisis respectivo de 2000 apendicectomías. Resultó que el número de pacientes abordados por laparoscopia en el período A fue 82,2%, mientras que en el período B fue de 99,9%; la tasa de conversión fue del 5% y 1% respectivamente ($p < 0,001$); la morbilidad grave fue superior en el período A (1% vs 0,2%; $p = 0,021$). Se concluye que el desarrollo de la curva de aprendizaje de la apendicectomía laparoscópica

se asoció en nuestro centro a un aumento en la indicación de este abordaje, llegando casi al 100% de los casos en la actualidad.

HINOSTROZA y ECHEVARRÍA, 2013, investigaron sobre las “Complicaciones post operatorias en pacientes apendicectomizados mediante cirugía convencional y laparoscópica en el hospital de emergencia”, con el objetivo de conocer y analizar como las técnicas operatorias de apendicectomía convencional (AA) y laparoscópica (AL) influyen en las complicaciones post operatorias en los pacientes. El estudio fue no experimental, descriptivo correlacional, retrospectivo, transversal; a través de la revisión de historias clínicas, analizados en el programa SPSS 22. Los resultados incluyeron un total de 280 pacientes (AA214 y AL 66 pacientes), donde se encontró mayores complicaciones post operatorias en cirugía convencional (87,50%), de los pacientes con complicaciones post operatorias, el 82% presentó un tiempo pre operatorio mayor a 18 horas, y el 93% tuvo un tiempo operatorio mayor a 60 minutos. Como conclusión se tiene baja tasa de comorbilidad asociada a la apendicitis aguda y a incidencia de complicaciones postoperatorias, las infecciones de heridas son las complicaciones más comunes y sobre todo la asociación entre las técnicas de cirugía convencional y laparoscópica para las complicaciones post operatorias en pacientes apendicectomizados. (7)

Vásquez I., y Andrade R. publicaron un estudio en 2015 titulado “Prevención de infección del sitio quirúrgico en pacientes postapendicectomía por apendicitis aguda fase III – IV y complicada mediante el uso de la terapia antibiótica de ciclo corto en los Hospitales Enrique Garcés de Quito y Hospital Provincial Docente Ambato durante el año 2014”, el presente estudio pretende demostrar que el uso de terapia corta de antibióticos en la fase postoperatoria de pacientes diagnosticados con apendicitis aguda fase III, IV y complicada es un factor

protector que previene la infección de sitio quirúrgico. La metodología aplicó un diseño analítico epidemiológico de cohortes o prospectivo en una muestra de 151 pacientes por cada cohorte (total 302). Como resultado un 48,34% tuvo apendicitis aguda fase III, el 30,13% apendicitis fase IV (no complicada) y el 21,52% apendicitis complicada; el 20,25% presentó infección del sitio quirúrgico con apendicitis no complicada y el 26,17% con apendicitis complicada, observándose un RR = 1,079 (IC: 0,921 – 1,265), p = 0,305. El 16,56% presentó infección del sitio quirúrgico en pacientes que recibieron terapia antibiótica de ciclo corta en relación al 26,49% en el grupo de terapia convencional, con un OR = 1,816 (IC: 1,036 – 3,183), p = 0,036. Entre las conclusiones y recomendaciones, la terapia corta de antibióticos disminuye la incidencia de infección del sitio quirúrgico. (8)

Miranda, en el 2015 investigó sobre el “Uso de drenes y complicaciones post operatorias en la peritonitis secundaria por apendicitis aguda complicada en el Hospital Nacional Sergio Bernales 2013”, con el objetivo de evaluar la relación entre el uso y no uso de los drenes y las complicaciones post operatorias en pacientes con peritonitis secundaria por apendicitis aguda complicada. Estudio de cohortes retrospectivo observacional, a través del análisis Chi², t de student, y prueba exacta de Fisher. Los resultados muestran que la edad promedio de los pacientes fue de 36,76 y 35 años respectivamente; el tiempo de enfermedad promedio fue de 41 horas para los pacientes sin drenes y 61,2 horas para los pacientes con drenes; la fiebre post operatoria fue más prevalente en el grupo con drenes OR 3.4 IC95%; la media del tiempo de hospitalización fue de 7.3 días y 8.8 días para los pacientes sin drenes y con drenes, respectivamente. Se concluye que existe relación entre el no uso de drenes y las colecciones residuales y evisceración en los pacientes con peritonitis secundaria por apendicitis aguda complicada; No se encontró relación entre infección de sitio quirúrgico, eventración abdominal,

absceso escrotal fístula entero cutánea y re-operación y el no uso de drenes ($p > 0.05$) en nuestro centro. (9)

1.2 MARCO CONCEPTUAL

1.2.1 APENDICITIS AGUDA

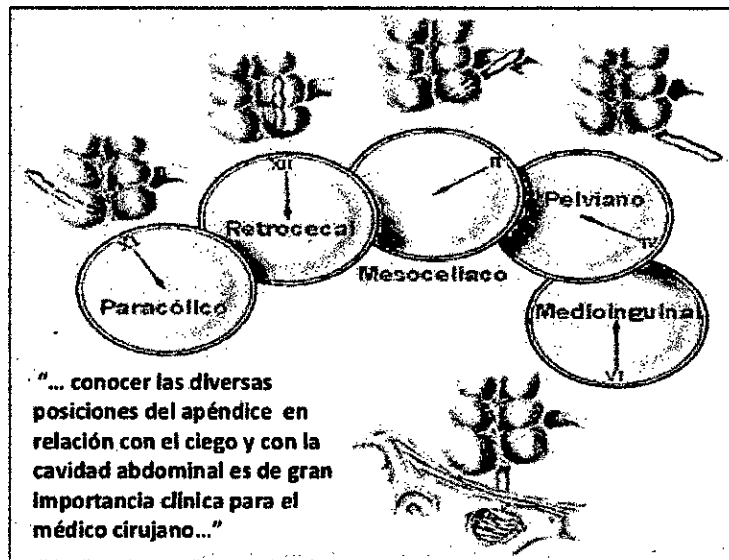
Anatomía del Apéndice

El apéndice se encuentra situado anatómicamente en el inicio del intestino grueso, conocido como ciego, a modo de dedo de guante o divertículo, que nace en la confluencia de las tres cintillas que recorren la superficie externa del colon derecho. La longitud media del apéndice en el adulto varía entre 9 y 10 cm.; el orificio del ciego puede ser redondeado u oval.

La movilidad del apéndice dotado de un mesenterio propio, hace posible la gran variedad de posiciones con relación con el ciego y con la cavidad abdominal. Estas diversas posiciones tienen un gran interés clínico, ya que permiten conocer las distintas áreas en las que pueden reflejarse los síntomas de su inflamación, así como orientar al cirujano en su búsqueda dentro de la cavidad abdominal.

Las posiciones posibles y sus denominaciones son las siguientes: XI Paracólico, XII Retrocecal, II Mesoceliaco, IV Pelviano, VI Medioinguinal.

Fig. 1



La constitución de la pared del apéndice es similar a la del intestino delgado: mucosa, submucosa, muscular y serosa (peritoneo visceral). La función del apéndice humana es desconocida.

Fisiopatología:

Morfológicamente el apéndice cecal es la continuación del ciego, bajo la forma de un verme con lumen. Las paredes contienen fibras musculares circulares y longitudinales, como en el ciego, mientras que la mucosa posee folículos linfoides en su espesor. La obstrucción produce edema y con ella más obstrucción, para cerrar un círculo vicioso. Menos frecuentemente, el origen de la obstrucción es un fecalito, parásito o cuerpo extraño.

La posición del apéndice es retrocecal y retroileal en el 65% de los casos, descendente y pélvica en el 30% y retroperitoneal en

el 5%. La irrigación proviene de la arteria apendicular, rama de la ileocólica.

La obstrucción del lumen apendicular da origen a un proceso que se puede dividir en **tres etapas** (Figura 1).

- **Inicialmente:** la obstrucción comprime los conductos linfáticos, lo cual genera isquemia, edema y acumulación de moco. Este es transformado en pus por las bacterias y aparecen úlceras en la mucosa. Esta es la apendicitis focal, que se caracteriza clínicamente por síntomas que el paciente usualmente interpreta como una "indigestión", y más tarde, por epigastralgia. El dolor en el epigastrio como manifestación temprana es una fase típica en la evolución de la apendicitis aguda.

A continuación, las bacterias colonizan y destruyen la pared apendicular. El proceso inflamatorio alcanza la serosa y el peritoneo parietal. En esta etapa hay una apendicitis aguda supurada, que se caracteriza por dolor localizado en la fosa ilíaca derecha.

- **Más tarde:** la trombosis de los vasos sanguíneos apendiculares produce necrosis de la pared y gangrena. Cuando esto ocurre, se llama apendicitis aguda gangrenosa. La pared gangrenada permite la migración de las bacterias, razón por lo cual resulta en contaminación peritoneal a pesar de no existir una perforación visible. El paciente presente signos de irritación peritoneal localizada e incluso generalizada.
- **Finalmente:** el apéndice cecal se perfora donde la pared se encuentra más débil. A través de la perforación escapa el

contenido purulento, que da origen a una peritonitis. Si las asas cercanas y el epiplón mantienen aislado el foco, persiste como peritonitis localizada y se forma un plastrón o un absceso apendicular.

Cuando el apéndice es retroperitoneal, el proceso tiende a mantenerse más localizado. En cambio, si el apéndice es intraperitoneal, y además la perforación no es sellada por asas o epiplón, se produce una peritonitis generalizada. En este caso los síntomas y signos corresponden a los de una irritación difusa de todo el peritoneo.

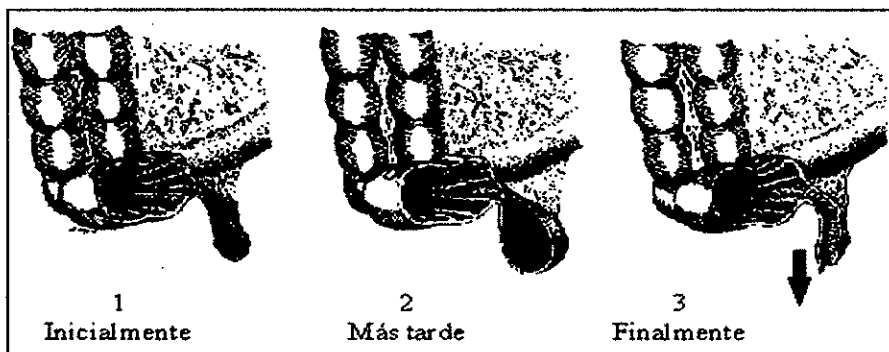


Fig. 2 Evolución de la apendicitis aguda hasta la ruptura

Síntomas:

El **síntoma principal** de la **apendicitis aguda** es el **dolor**, cuya localización inicial es epigástrica ("en la boca del estómago") o periumbilical (alrededor del ombligo), trasladándose esta localización, en un periodo de tiempo variable (entre 1 y 4 horas) a la fosa ilíaca derecha (cuadrante inferior derecho del abdomen). Este dolor inicial en el epigastrio o alrededor del ombligo es de origen visceral, causado por la distensión del apéndice, de carácter poco preciso y no demasiado intenso.

Cuando el **dolor** ya se ha fijado en la fosa ilíaca derecha suele localizarse con frecuencia a nivel del **punto de mcburney** (situado en la unión del tercio inferior con el medio de una línea ideal trazada desde la espina ilíaca anterior y superior hasta el ombligo). este dolor, a diferencia del inicial, es causado por la **irritación/inflamación del peritoneo** que recubre interiormente la pared abdominal (peritoneo parietal); es un dolor que se acentúa al caminar y al toser, mejora al flexionar la cadera (ya que relaja el **músculo psoas** sobre el que se apoya el ciego y el apéndice), sobre todo cuando la posición del apéndice es la conocida como retrocecal.

El paciente sufre también **náuseas** y, a veces, **vómitos**, aunque no muy abundantes; una vaga sensación de "indigestión" suele preceder en varios días al comienzo del dolor. La tendencia habitual durante la crisis de apendicitis aguda es al estreñimiento, con retención de gases, aunque la presencia de diarrea no excluye absolutamente el diagnóstico de apendicitis aguda.

En resumen, el **orden de aparición de los síntomas**, muy importante para el diagnóstico, es el siguiente:

- Dolor epigástrico.
- Dolor en la fosa iliaca.
- Estreñimiento, diarrea
- Incapacidad para expulsar gases.
- Fiebre que empieza después de otros síntomas.
- Inflamación abdominal.
- Síntomas en el tracto urinario.
- Síntomas respiratorios

Signos:

En el examen físico general del paciente se demuestra **fiebre** no muy elevada (habitualmente menos de 38° C) y **taquicardia** (aumento de la frecuencia del pulso).

Al explorar manualmente el abdomen se aprecia **sensibilidad dolorosa** al presionar el **cuadrante inferior derecho**; en los apéndices inflamados localizados tras el ciego (localización retrocecal) el dolor provocado al presionar el abdomen puede ser mínimo, ya que el apéndice inflamado no irrita el peritoneo parietal.

Diagnóstico:

Además del examen físico y la historia médica completa, los procedimientos para diagnosticar la apendicitis pueden incluir los siguientes:

- **Exámenes de sangre** (para buscar signos de infección como recuento elevado de glóbulos blancos). (leucocitosis) por encima de los 10.000/mm³ y un recuento diferencial de las diversas formas leucocitarias con más del 75% correspondiente a leucocitos neutrófilos.
- **Exámenes de orina** (para descartar una infección del tracto urinario).

Otros procedimientos por imágenes (para determinar si el apéndice está inflamado), pueden incluir los siguientes:

- **Ultrasonido** - técnica de diagnóstico que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes de los órganos internos.

- **Rayos X** - un examen de diagnóstico que usa rayos de energía electromagnética invisible para obtener imágenes de tejidos internos, huesos y órganos en una placa.
- **El tacto rectal**, que siempre deberá realizarse, puede detectar dolor provocado a la presión sobre la pared derecha del recto.
- **La ecografía abdominal y la tomografía axial computorizada**: proporcionan imágenes precisas del apéndice inflamado (1) y de las colecciones de pus que a su alrededor puedan formarse (2).



Fig. 3 Evolución de la apendicitis aguda hasta la ruptura

Etiopatogenia

En la mayoría de los casos la **apendicitis aguda** es la consecuencia de la obstrucción de su luz, habitualmente producida por un **fecalito** (una concreción intestinal redondeada, de color oscuro de cierta consistencia pero que se desmorona bajo una fuerte presión digital, compuesta por sustancias orgánicas dispuestas alrededor de un núcleo que casi siempre es un cuerpo extraño) que se impacta en el orificio que la comunica con el ciego; en aproximadamente el 65% de las apendicitis agudas operadas se encuentran fecalitos.



Fig. 4 Fecalitos

Evolución y complicaciones evolutivas de la apendicitis aguda:

Las **apendicitis agudas** suelen clasificarse, de acuerdo con su fase evolutiva, en los siguientes tipos:

- **Apendicitis edematosa:** asimilable a la forma no obstructiva, en la que la inflamación se limita a la mucosa y a la submucosa.



- **Apendicitis flemonosa:** casi siempre obstructiva, con pus en el interior del apéndice. El apéndice se encuentra erecto y turgente, a causa de la presión intraluminal provocada por el pus.



- **Apendicitis Gangrenosa:** Aparecen en la pared apendicular placas de necrosis recubiertas de fibrina.



- **Apendicitis perforada:** un paso más y grave en la evolución, en la que una placa de necrosis se desprende dando lugar a una **peritonitis**, localizada o generalizada.



Si el examen del paciente se realiza en la fase más avanzada de la evolución de la apendicitis aguda, cuando el apéndice ya se ha perforado, con la consiguiente formación de una masa inflamatoria alrededor del apéndice perforado (peritonitis localizada) esta masa se palpará en la fosa ilíaca derecha. La masa inflamatoria (plastrón apendicular) puede ocasionar, mediante adherencias provocadas por la fibrina liberada en el proceso inflamatorio, una obstrucción intestinal a nivel del intestino delgado.

Si la **apendicitis aguda** ha originado ya una perforación libre en la cavidad abdominal la consecuencia es una **peritonitis generalizada**.

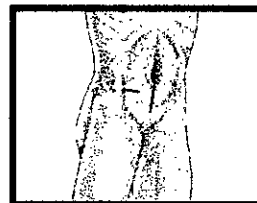
En algunos pacientes, sobre todo en los ancianos, la evolución de la apendicitis aguda es silenciosa y apresurada y no se acompaña de síntomas y signos clínicos expresivos, lo que puede hacer que el primer hallazgo sea una masa correspondiente a una peritonitis localizada (plastrón apendicular absceso dentro de la cavidad abdominal).

Tratamiento:

Si el doctor le hospitaliza, usted puede ser observado durante cerca de 12 a 24 horas para determinar si la cirugía es necesaria. Alternativamente, su doctor puede decidir quitar su apéndice inmediatamente (una apendicetomía).

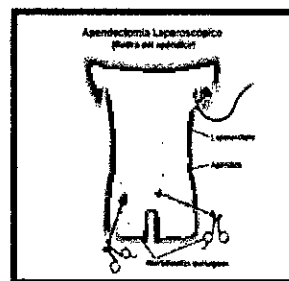
La **Apendicetomía** puede realizarse de dos formas:

- **Apendicetomía abierta:** (tradicional), donde se extrae el apéndice a través de una pequeña incisión en el abdomen.



- **Apendicetomía laparoscopia:**

(endoscópica), extirpación del apéndice a través de instrumentos que permiten la mínima invasión a la cavidad abdominal. Las ventajas de este procedimiento son la herida pequeña,



rápida recuperación posoperatoria, menos dolor, retorno rápido al trabajo, y menor estancia hospitalaria. En caso de apendicitis complicada (perforación), es el método de elección.

Es importante quitar un apéndice inflamado antes de que se perfora. Si un apéndice inflamado se perfora, la infección puede diseminarse en el abdomen, causando la peritonitis (una inflamación de la cavidad del abdomen). Esto puede ser especialmente peligroso en los ancianos.

La ruptura puede también causar un absceso (colección de pus infectada) cerca del lugar en donde el apéndice rompió. Si el apéndice rompe, el doctor puede dejar un tubo de drenaje en el abdomen por algunos días.

Porque los doctores no pueden siempre estar 100 % seguros que el apéndice está inflamado hasta que lo examinan durante cirugía, en cerca de 15% de los apéndices que se quita que no se encuentran inflamados. Sin embargo, es apropiado que un cirujano arriesgue la extirpación de un apéndice normal de

modo que él o la paciente estén seguros de no presentar posteriormente un caso verdadero de apendicitis.

Para evitar la perforación del apéndice, la formación de absceso o la inflamación del revestimiento de la cavidad abdominal (peritonitis), el médico realiza una **intervención quirúrgica de urgencia**.

En casi el 15% al 20 % de las intervenciones realizadas con el diagnóstico de apendicitis, se encuentra que se trataba de un apéndice normal. Sin embargo, si se retrasa la cirugía hasta asegurarse de la causa del dolor, la consecuencia puede ser mortal: un apéndice infectado puede perforarse en menos de 24 horas tras el inicio de los síntomas. Incluso, aunque el apéndice no sea la causa del proceso, generalmente el cirujano lo extirpa. Después, éste examina el abdomen e intenta determinar la verdadera causa del dolor. Con una intervención quirúrgica precoz, las posibilidades de morir son muy reducidas. El paciente habitualmente puede abandonar el hospital en 2 ó 3 días y la convalecencia suele ser rápida y completa.

En el caso de una perforación del apéndice, el pronóstico es más grave. Hace 50 años, esta lesión con frecuencia era mortal. Los antibióticos han disminuido el porcentaje de fallecimientos casi hasta cero, pero a veces pueden necesitarse varias intervenciones quirúrgicas y una larga convalecencia.

Manejo Preoperatorio

A todos los pacientes se les debe administrar líquidos endovenosos en cantidad suficiente para reemplazar los que el paciente dejó de ingerir o perdió antes de consultar, ya sea por vómito, diarrea, fiebre o "tercer espacio".

Además, se deben administrar antibióticos para cubrir gérmenes gran negativos y anaerobios, por lo menos media hora antes de la cirugía. Es preferible administrar antibióticos a todos los pacientes, y si es el caso de una apendicitis no perforada, suspenderlos después de la cirugía. Las combinaciones usuales son a base de **metronidazol**, **clindamicina** o **cloranfenicol** para dar cobertura a los negativos. En todo paciente en quien se haya decidido la conducta quirúrgica, se debe administrar un analgésico no opiáceo. Una vez decidida la cirugía, no se hace indispensable conservar el dolor.

Si el paciente exhibe signos de peritonitis generalizada, o por lo menos si hay distensión abdominal, se debe agregar:

- Un catéter central para medir la presión venosa
- Una sonda vesical, para monitorear de la diuresis antes, durante y después de la cirugía.
- Una sonda nasogástrica para descomprimir el abdomen antes de la cirugía y evitar una distensión excesiva después de ella.

1.2.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Entre los cuidados que podemos brindar al paciente antes de la cirugía encontramos (6):

- Control de las constantes vitales.
- Colocación de un catéter venoso periférico.
- Extracción de sangre para analítica, hemograma completo (comprobar la posible leucocitosis), electrolitos y hematimetría.
- Introducción de sonda nasogástrica y posiblemente comenzar la aspiración, por orden médica.
- Colocación del paciente en posición Fowler para disminuir el dolor y que tenga la mayor comodidad posible.
- Muchas ocasiones no se administran analgésicos o se reduce su administración para evitar la enmascaración de los síntomas de perforación.
- El paciente permanecerá en ayuno.
- Si se confirma el diagnóstico de apendicitis, el paciente será sometido a una intervención quirúrgica (apendicectomía).
- Preparar al paciente para la intervención según protocolo.
- Administrar antibioterapia profiláctica según órdenes médicas.
- Reducir la ansiedad del paciente y familiares, aclarándole las posibles dudas que tenga e Informándole del proceso de la intervención y postoperatorio.

Entre los cuidados que podemos brindar al paciente después de la cirugía encontramos:

- Manejo del dolor, para mejorar el confort físico.

- Cuidado de la herida quirúrgica. Para evitar la aparición de infección.
- Administración de medicamentos.
- Enseñanza sobre el uso de la faja elástica abdominal
- Promoción de la movilización temprana
- Control de diuresis.
- Detección de signos y síntomas de infección.
- Control de ruidos intestinales.
- Enseñanza de cuidados post operatorios al darse de alta al paciente.

1.2.3 TEORÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Virginia Henderson propone las catorce necesidades, definiendo la necesidad como un requisito esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar. Considera las siguientes 14 necesidades:

- Necesidad 1: Respirar normalmente.
- Necesidad 2: Comer y beber de forma adecuada.
- Necesidad 3: Eliminar los desechos corporales.
- Necesidad 4: Moverse y mantener una postura adecuada.
- Necesidad 5: Dormir y descansar.
- Necesidad 6: Elegir la ropa adecuada.
- Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal.
- Necesidad 8: Mantener la higiene corporal.
- Necesidad 9: Evitar los peligros del entorno.
- Necesidad 10: Comunicarse con los otros.
- Necesidad 11: Actuar con arreglo a la propia fé.
- Necesidad 12: Trabajar para sentirse realizado.
- Necesidad 13: Participar en diversas formas de entretenimiento.
- Necesidad 14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

Así mismo sienta sus bases en los siguientes meta-paradigmas (10):

a) Salud: Estado de bienestar físico, mental y social, básico para el funcionamiento del ser humano, requiere independencia e interdependencia. La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

b) El Entorno: Conjunto de las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo. Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

c) Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales, que debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. La mente y el cuerpo de la persona son inseparables. El paciente requiere ayuda para ser independiente, el paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería: define en términos funcionales, asiste al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Anestesia:** medicamento administrado para el alivio del dolor y la sensación durante la cirugía.

- **Ansiedad:** Es una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de sentimientos desagradables y/o de síntomas somáticos de tensión.
- **Antibióticos:** medicamento utilizado para tratar las infecciones.
- **Apendicectomía:** extirpación quirúrgica del apéndice para tratar la apendicitis aguda.
- **Apendicitis aguda:** inflamación aguda del apéndice debida a infección.
- **Catéter:** un tubo flexible utilizado para drenar o inyectar líquidos en el cuerpo. El catéter más común es el catéter de Foley, utilizado para drenar orina de la vejiga.
- **Cirugía abierta:** corte de piel y de tejidos durante la cirugía para exponer una visión completa de las estructuras y órganos relacionados con el procedimiento.
- **Cirugía invasiva mínima:** cualquier técnica involucrada en cirugía que no requiere una incisión amplia. (Vea también endoscopia, abdominoscopia o laparoscopia.)
- **Infección:** la invasión del cuerpo por microorganismos que causan enfermedad.
- **Laparoscopia:** examen en que se usa un tubo con luz y lentes de cámara en el extremo (laparoscopia) para examinar órganos y detectar anomalías. La laparoscopia se usa a menudo durante la cirugía para ver el interior del cuerpo y evitar incisiones grandes. Pueden obtenerse muestras de tejidos para exámenes y evaluaciones médicas.

- **Preoperatorio:** Etapa previa a la intervención quirúrgica, durante esta fase la enfermera identifica las necesidades fisiológicas, psicosociales y espirituales del paciente, para llevar a cabo acciones encaminadas a resolver cada uno de los problemas que se hayan planteado, ofreciendo una ayuda individualizada y termina en el traslado a la mesa quirúrgica.

III. EXPERIENCIA LABORAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se recogió información del libro de enfermería del servicio, con el permiso de la jefatura; así mismo, se solicitó información general de la oficina de estadística de la institución.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Inicio mis labores en 1982, en el Hospital Regional de Ica, hasta marzo de 1995. En abril de 1995, empiezo a laborar en el Hospital Cayetano Heredia, en el servicio de Emergencia de Adultos. Realizando labor asistencial en los diferentes tópicos en forma rotativa, manejando a pacientes adultos y adultos mayores con prioridad de atención I- II y grado de dependencia III y IV, no existiendo en los tópicos en esos momentos equipos biomédicos de alta complejidad, entre otros.

De junio de 1995 a setiembre de 1998 asumo la jefatura del Servicio de Emergencia de Adultos, participando en esta oportunidad a parte de las funciones propias de la jefatura, en la modificación del MOF, requerimiento por cuadros de necesidades, participación en plan de respuestas en caso de desastres y en cursos de capacitación continua.

En 1999 por problema de salud, paso a ejercer labor asistencial.

Teniendo en cuenta mi experiencia laboral y el deseo de superarme cada vez más, consolido con el presente informe la sustentación para obtener el título de especialista en Emergencias y Desastres.

ACTIVIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES

1. ASISTENCIALES

- Recibir y entregar turno (reporte de pacientes).
- Determinar las prioridades en la atención directa del paciente crítico.
- Ofrecer asistencia directa a los pacientes de acuerdo a las necesidades.
- Evaluación y reconocimiento del estado del paciente y planeación de los cuidados de enfermería.
- Evaluar el efecto de los cuidados de enfermería.
- Registrar en la historia clínica toda la información disponible de los problemas identificados en los pacientes.
- Dar atención directa en Intervenciones y procedimientos de enfermería:
 - Monitorización neurológica, ventilatoria, y control de funciones vitales (PA, FC, FR, T SAT O2) monitoreo de débito urinario, monitoreo de Presión Venosa Central.
 - Realizar técnicas no invasivas (glicemia capilar, ECG, etc)
 - Instalar soporte ventilatorio no invasivo e invasivo.
 - Cateterismo vesical, gástrico y/o venoso.
 - Ejecutar preparación y administración de fármacos por diferentes vías de comunicación, cumplir acciones en bienestar del paciente y su recuperación.
 - Identificar reacciones producidas por los fármacos y otras sustancias.
 - Facilitar necesidades mínimas (ingesta, eliminación, confort, etc).
 - Tener a l día la información de disponibilidad de camas en los servicios de hospitalización y Unidades Críticas.

- Coordinar la recepción de pacientes en dichos servicios y velar porque este se realice de forma oportuna y ágil.
- Garantizar las condiciones óptimas para la recepción y traslado del paciente.
- Intervención de crisis a pacientes y familiares.
- Información, apoyo y comunicación con paciente y familia.
- Realizar cuidados post mortems.
- Ejecutar actividades de curación y cuidados paliativos al paciente.
- Intervenciones en eventos en masa.
- Organización y coordinación del servicio en caso de eventos en masa., asignación de recursos, solicitud de recursos, distribución de áreas de pacientes y recursos.

2. DOCENCIA:

- Participar en grupos primarios programados.
- Desarrollar plan educativo del departamento de emergencia y cuidados críticos.
- Realizar actividades educativas, dirigidos al personal de enfermería, alumnos de especialidad, de pregrado y de institutos técnicos.
- Dar instrucciones en los procedimientos y manejo de equipos al personal técnico del servicio.
- Dar orientación al paciente y a la familia sobre actividades específicas encaminadas a la recuperación del paciente.
- Diseño y aplicación de programas para la orientación al usuario y su familia.
- Planificar y ejecutar actividades de rehabilitación y reinserción social a individuos y familias.
- Actuar como asesor y consultor en materia de salud de los individuos, familias y comunidades.

3. ADMINISTRATIVAS

- Conocer y dar a conocer la filosofía, misión, visión, metas, objetivos y actividades de la institución y del servicio.
- Participar en la elaboración del cuadro de necesidades del servicio si fuera requerido.
- Integrar comités, comisiones de trabajo en el campo de enfermería si fuera requerido.
- Elaborar y remitir informes técnicos relacionados a las funciones del servicio.
- Asistir a las reuniones técnicas administrativas del servicio.
- Hacer cumplir las medidas que se tomen en el comité de infecciones, historia clínica, farmacia, complicaciones y demás grupos de vigilancia y control.
- Realizar la asignación de áreas o procedimientos según las necesidades del servicio.
- Realizar informes estadísticos y plan de acción según análisis de los indicadores que aplican al servicio de urgencias.
- Mantener comunicación afectiva con los servicios de apoyo que prestan servicios de urgencia.
- Actualización de guías y protocolos.
- Controlar periódicamente el stock de material, ropa, medicamentos e inventarios en general.
- Distribuir los recursos humanos de enfermería por servicios y turnos según las necesidades de estos.
- Requerir, distribuir y controlar las dotaciones de material de consumo, medicamentos, ropa e instrumental de cada servicio.
- Cumplir lo dispuesto de las normas y guías de atención a fin de garantizar la calidad de atención al usuario, evitando riesgo y complicaciones.

4. INVESTIGACIÓN:

- Participar en las investigaciones que se determinen por el servicio o el departamento de enfermería.
- Programar y participar en actividades que faciliten la investigación.
- Realizar la investigación y seguimiento de los casos reportados del servicio derivados de la atención directa o indirecta de pacientes.
- Identificar problemas de enfermería que estén sujetos a investigación.

IV. RESULTADOS

TABLA 4.1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPOS DE EDADES DE LOS
PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA QUE ACUDEN AL HOSPITAL
CAYETANO HEREDIA, 2013-2015

Grupos de edades	Número de pacientes	%
0-10	21	9,8
11-20	47	21,9
21-30	66	30,8
31-40	43	20,2
41-50	25	11,7
51-60	8	3,8
+60	4	1,8
Total	214	100

Fuente: Historias clínicas.

$$X^2 = 211,44 \quad p < 0,01.$$

Se evidencia que la mayor incidencia de casos de apendicitis se presenta en el grupo de edad entre los 21 y 30 años con un 30,8%; sin embargo, no es una patología exclusiva del grupo etario joven, pues se observa que el 21,9% de quienes la padecen se encuentran entre los 11 y 20 años de edad; seguidamente los adultos entre los 32 y 40 años representan el 20,2% de los pacientes.

TABLA 4.2
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO DE LOS PACIENTES CON
APENDICITIS AGUDA OPERADOS EN EL HOSPITAL CAYETANO
HEREDIA, 2013-2015

Sexo	Número de pacientes	%
Femenino	33	15
Masculino	181	85
Total	214	100

Fuente: Historias clínicas.

$$X^2 = 17,23 \text{ } p < 0,05.$$

En la tabla 2 se aprecia que los que presentan mayor incidencia de apendicitis son los varones, como amplia diferencia del 60%.

TABLA 4.3
SÍNTOMAS Y SIGNOS PREOPERATORIOS DE LOS PACIENTES CON
APENDICITIS AGUDA OPERADOS EN EL HOSPITAL CAYETANO
HEREDIA, 2013-2015

Síntomas y signos	Número de pacientes	%
Dolor en FID	44	20,7
Dolor, náuseas o vómitos	75	35,0
Dolor, vómitos y fiebre	95	44,3
Total	214	100

Fuente: Historias clínicas.

$$X^2 = 14,21 \text{ } p < 0,05.$$

En cuanto a los signos y síntomas, los principales que se presentan son el dolor, vómito y fiebre; dándose en el 44,3% del total. Y el signo menos frecuente, el dolor en la fosa iliaca derecha.

TABLA 4.4

RANGOS DE VALORES DEL LEUCOCITOS EN LOS PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA OPERADOS EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, 2013-2015

Leucocitos	Número de pacientes	%
10-15 x 10⁹/l	148	69,1
< 10 x 10⁹/l	54	25,2

Fuente: Historias clínicas.

El 69,1% de pacientes con apendicitis, mantiene sus valores de leucocitos entre los 10 a 15 x 10⁹/l.

TABLA 4.5

DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO DE LAS APÉNDICES EXTRAÍDAS DE LOS PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA OPERADOS EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, 2013-2015

Tipo de apendicitis	Número de pacientes	%
Supurada	137	64,5
Gangrenada	53	24,3
Perforada	12	5,6
Temprana	12	5,6
Total	214	100

Fuente: Historias clínicas.

$$X^2 = 12,206 \text{ } p < 0,05.$$

Según la tabla 4.5, el principal diagnóstico anatomopatológico de la apendicitis es supurada, ya que se da en más del 60% de los pacientes; seguida de la gangrenada en el 24,3%. Siendo menos del 6% los casos de apendicitis perforada, así como la apendicitis temprana.

V. CONCLUSIONES

Los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia, son principalmente adultos jóvenes de sexo masculino, con característicos signos y síntomas de dolor, vómitos, y fiebre; y generalmente la infección del apéndice está supurada y gangrenada.

La experiencia profesional, junto a la capacitación constante, favorece el adecuado y oportuno abordaje de los pacientes con patologías como esta, donde el profesional de enfermería tiene que ser hábil y observador para identificar prontamente el problema, al ser el primer contacto que tiene el paciente con el personal de salud en la emergencia.

La buena preparación, cuidado, y monitoreo del paciente antes del tratamiento quirúrgico de la apendicitis, garantizará un adecuado procedimiento quirúrgico y garantizará una pronta recuperación.

VI. RECOMENDACIONES

A la institución, debido a la alta demanda de atención de pacientes en el hospital debe construir nuevas áreas en los servicios de hospitalización, con la finalidad de movilizar a los pacientes de emergencia a sus áreas respectivas después de ser estabilizados.

Al servicio, implementar un plan de capacitación de perfeccionamiento continuo a todo el personal, especialmente el personal nuevo, reforzando temas de atención actualizada de pacientes críticos en emergencia, bioseguridad, y atención de traslado de pacientes. Así mismo, la actualización de guías de intervención y procedimientos, relacionándolos a las nuevas tendencias de atención.

A las jefaturas y profesionales en general, coordinar con quien corresponda, la adquisición de equipos modernos, necesarios para la atención directa de pacientes y las evaluaciones de mantenimiento preventivo. Así como fomentar el compromiso para gestionar incentivos y reconocimientos que motiven aún más la labor del personal.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Blanco Rengel C. Apendicitis Aguda. Su evolución en la Historia. Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. 2016 Agosto; 65(2).
2. Reyes G. [Intervenciones de enfermería en paciente de apendicectomía. Prezi].; 2014.
3. Rojas Salazar CG. Epidemiología de la apendicitis aguda en el Perú 2009 - 2011. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, EAP Medicina Humana; 2013.
4. Advíncula Rocca MA. Correlación entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico de apendicitis aguda en los pacientes del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú entre Setiembre 2014 - Setiembre 2015. Tesis de grado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2016.
5. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Plan operativo anual. 2014..
6. Luna Aljama J, Luna Aljama ME. Revista Portales Médicos. [Online].; 2016 [cited 2017 Mayo 30. Available from: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/atencion-enfermeria-apendicitis-aguda/>.
7. Hinojosa R EJ. Complicaciones post operatorias en pacientes apendicectomizados mediante cirugía convencional y laparoscópica en el hospital de emergencia, 2013. Revista de la facultad de medicina humana de la Universidad Ricardo Palma. 2015; 15(2).
8. Vásquez Santander I, Andrade Salinas R. Prevención de infección del sitio quirúrgico en pacientes postapendicectomía por apendicitis aguda fase III – IV y complicada mediante el uso de la terapia antibiótica de ciclo corto en los Hospitales Enrique Garcés de Quito y Hospital Provincial Docente. Tesis de especialidad. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas; 2015.

9. Miranda Rosales LM. Uso de drenes y complicaciones post operatorias en la peritonitis secundaria por apendicitis aguda complicada en el Hospital Nacional Sergio Bernales 2013. Tesis de especialidad. Lima: Universidad San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2015.
10. Universidad de Antioquia. Aprende en línea: Plataforma académica para pregrado y posgrado. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 23. Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>.
11. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Manual de Organización y Funciones del Servicio de Emergencia Adultos..
12. Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias - Sistema de ayuda a la toma de decisiones para servicios de urgencias hospitalarios -Taboada M, Cabrera E, Epelde Gonzalod F, Iglesias-Lepine

ANEXOS

FORMULARIO A					
PRORIDAD DE ATENCION: I () II () III () IV ()			GRADO DE DEPENDENCIA: I () II () III () IV ()		
SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTOS					
NOTA DE INGRESO - REGISTRO DE ENFERMERIA					
I. DATOS GENERALES					
1. Fecha de Ingreso		2. Hora de Ingreso		3. Edad	
4. Tipo de atención: SIS () SOAT () C				5. Diagnóstico	
6. Antecedentes		7. Religión			
7. Traído por: Familiar () Policía () Bombero () Médico () Enfermera () Otros ()					
8. Procedencia: Referencia () Consultorio () Casa () Otros:					
II. NOTA DE INGRESO - VALORACION SUBJETIVA					
III. NOTA DE INGRESO - VALORACION OBJETIVA					
Funciones Vitales: P.A.: FC: Sat. O2: Funciones Biológicas: Sed: Orina: TP: FR: HGT: Appetito: Deposición:					
III. 1 PATRON INTERCAMBIO					
1.1. NEUROLOGICO		1.2. RESPIRATORIO		1.3. CARDIOVASCULAR	
Glasgow: RO () RV () RM () Total ()		Normal		Dolor	
Despierto		Polipnea		Irradiación	
Orientado		Taquipnea		Torácico	
Desorientado		Bradipnea		Localización	
Somnoliento		Disnea		Frecuencia	
Agitado		Uso musc. Acces		Duración	
Estupor		Apnea		Intensidad	
Coma		Crépitos		Ingurgitación yugular	
Pupilas Isocóricas		Subcrépitos		Pulso	
Pupilas Anisocóricas		Sibilantes		Palpable	
Fotoreactivas () Paralíticas ()		Roncus		No palpable	
Midriáticas () Mioticas ()		Características:		Débil / Irregular / Intermitente	
Hemiparesia		Secresiones		Edeema	
MSD () MSI ()		Bronquiales		Ninguno	
MD () MI ()		Hemoptisis		(+)	
Hemipleja		Tos		(++)	
MSD () MS ()		Medios invasivos		(+++)	
MD () MI ()		Apoyo Ventilatorio		Llenado Capilar: < 2" > 2"	
Parapleja		1.5. GASTRO INTESTINAL		1.6. GENITO URINARIO	
Cefalea: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		Abdomen blando depresible		Genitales	
1.4. PIEL Y MUCOSAS		Abdomen tabla		Externos	
Piel íntegra () Piel seca ()		Distensión abdominal		Normal	
Alteración en		Dolor		Edeema	
Coloración		Tipo		Hematoma	
De la piel		Intensidad		Secresiones	
Eritema		Localización		Ginecorragia	
Diaforesis		Aumentados		Disuria	
Equimosis		Disminuidos		Características	
Hematoma () Localización:		Ruidos		Ambar () Furia ()	
Mucosa oral: Humada () Seca ()		Hidroaereos		Diuresis	
Estado de		Nauseas () Vomitos ()		Colúrica () Hematuria ()	
Localización:		Estreñimiento		Diuresis	
Grado I - II - III - IV		Diarrea () Características:		Polúrica	
Úlcera por		Rectorragia		Oligúrica	
Limpia () Infectada ()		Hematoquesia		Anuria	
Decubito		Melena		Incontinencia	
Herida () Localización:		Medios invasivos		Globo vesical	
Accesos Vasculares: CVP - CVC		Comunicación verbal		Otros	
Otros:		Comunicación por gestos		Medios invasivos:	
III. 2 MOVIMIENTO		Comunicación por escritura		Comunicación verbal	
Incapacidad física previa		Disartria		Socialización cordial	
Aparatos de ayuda		Comunicación por escritura		Hostil	
Limpieza		Comunicación por escritura		Expresión de soledad	
Higiene () Vestido ()		Comunicación por escritura		Visita de familia / amigos	
Total / parcial		Comunicación por escritura		Preocupado por la familia	
Movilización		Comunicación por escritura		III.5 SENTIMIENTOS / SENSAC.	
Alimentación		Comunicación por escritura		Tranquilo () Irritable () Ansioso ()	
Limitación de		Comunicación por escritura		Triste () Temeroso () Indiferente ()	
Movimientos		Comunicación por escritura			
Contractura		Comunicación por escritura			
Flaccidez		Comunicación por escritura			
Parálisis		Comunicación por escritura			
Fracturas		Comunicación por escritura			



[Empty box for patient information]

SERVICIO EMERGENCIA ADULTOS

KARDEX DE ENFERMERIA

FECHA - INICIO Y SUSPENSIÓN DE TERAPEUTICA: / / / / / /

DIETA

SOLUCIONES	VIA	FREC	HORARIO DE ADMINISTRACION
------------	-----	------	---------------------------

TERAPEUTICA	DOSI	VIA	FREC

OXIGENO

GLICEMIA

EXAMENES AUXILIARES

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS-ESPECIALES

GRADO DE DEPENDENCIA II - III -IV

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

DIURNO

NOCTURNO

N° DE COLEGIO

NOMBRE Y APELLIDOS: ED/ N°CAMA

SERVICIO:

Regulacion de HHQH: Suspension de terapeutica y cateteres: //

tratamiento administrado: /

Inicio de administracion del farmaco:

(/ /) tratamiento no administrado:

DX. MEDICO: PE/ HO:



PERU

Ministerio
de Salud

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOJA DE BALANCE HIDRICO-ELECTROLITICO

FECHA: ____/____/____		TURNO			TOTAL 24 HORAS	PESO:	
		07:00-13:00	13:00-19:00	19:00-07:00			
I N G R E S O S	DIETA					TOTAL DE INGRESOS	
	FORMULA						
	AGUA O SRO						
	EV QUE PASO	DEXTROSA					
		CLORURO					
	EV QUEDA						
	TRATAMIENTO EV						
	TRANSFUSIONES						
	AGUA DE OXIDACION						
OTROS							
E G R E S O S	ORINA					TOTAL DE EGRESOS	
	DEPOSICION						
	VOMITOS						
	DRENAJES	SNG					
		DT					
		OTROS					
PERDIDAS INSENSIBLES							
S	FIRMA Y SELLO ENFERMERA (O)					BHE TOTAL	
						FLUJO URINARIO	
FECHA: ____/____/____		TURNO			TOTAL 24 HORAS	PESO:	
		07:00-13:00	13:00-19:00	19:00-07:00			
I N G R E S O S	DIETA					TOTAL DE	
	FORMULA						
	AGUA O SRO						
	EV QUE PASO	DEXTROSA					
		CLORURO					
	EV QUEDA						
	TRATAMIENTO EV						
	TRANSFUSIONES						
	AGUA DE OXIDACION						
OTROS							
E G R E S O S	ORINA					TOTAL DE EGRESOS	
	DEPOSICION						
	VOMITOS						
	DRENAJES	SNG					
		DT					
		OTROS					
PERDIDAS INSENSIBLES							
S	FIRMA Y SELLO ENFERMERA (O)					BHE TOTAL	
						FLUJO URINARIO	
APELLIDOS Y NOMBRES							
N° HC		SERVICIO		EDAD:	N° CAMA		