

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



**INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NIÑOS MENORES DE 13 AÑOS
POSTOPERADOS DE APENDICITIS AGUDA EN LA UNIDAD DE
CIRUGIA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2016-2017**

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

GELINDA LOVON DIAZ

Callao, 2018
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNAKUÉ MORALES PRESIDENTA
- MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES SECRETARIO
- MG. INÉS LUISA ANZUALZO PADILLA VOCAL

ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro:05

Nº de Acta de Sustentación: 227

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 14/04/2013

Resolución Decanato Nº 929-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación.....	4
II. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Marco Conceptual	7
2.3 Definición de Términos.....	27
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	29
3.1 Recolección de datos.....	29
3.2 Experiencia profesional.....	30
3.3 Procesos realizados del tema de Informe	31
IV. RESULTADOS.....	32
V. CONCLUSIONES	34
VI. RECOMENDACIONES	35
VII. REFERENCIALES	37
ANEXOS	38

INTRODUCCIÓN

La apendicitis es la inflamación aguda del apéndice, causa frecuente de dolores abdominales y peritonitis en niños y adultos. La apendicitis puede ocurrir a cualquier edad, aunque la incidencia máxima de la apendicitis aguda se presenta con mayor frecuencia en las personas entre 20 y 30 años. (1)

La investigación estará centrada en los cuidados postquirúrgicos que el personal de enfermería brinda al paciente para su recuperación luego de una cirugía de apéndice.

El cuidado postoperatorio comienza en el momento en que el paciente ingresa a la sala de recuperación y finaliza cuando se le da de alta. La duración de esta fase depende del tipo de cirugía y del trastorno médico. Durante este lapso será conveniente conocer las molestias normales que un paciente puede experimentar después de la cirugía y las medidas que se toman habitualmente para ayudar a controlar el dolor postoperatorio.

Es así que a la fecha el diagnóstico y tratamiento oportuno marcan una evolución favorable, en el Hospital de Apoyo Cusco según reportes estadísticos se tiene gran porcentaje de población infantil con diagnóstico de apendicitis los cuales pasan a sala de operaciones, en los que se brindan los cuidados de enfermería durante el pre, intra y post operatorio.

En el presente informe detallo mi experiencia profesional, lo cual consta de siguiente esquema: **Capítulo I** Describe del planteamiento del problema; **Capítulo II** Marco Teórico; **Capítulo III** Experiencia Profesional; **Capítulo IV** Resultados; **Capítulo V** conclusiones; **Capítulo VI** Recomendaciones; **Capítulo VII** Referenciales.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

En la edad pediátrica, la mayor incidencia de apendicitis se presenta entre los 6 a 10 años de vida y en el sexo masculino. La mortalidad es más frecuente en neonatos y lactantes por su dificultad diagnóstica, se manifiesta principalmente con dolor abdominal, náusea o vómito y fiebre en ese orden de presentación. (1)

En el paciente lactante el síntoma inicial suele ser diarrea. El dolor se presenta en forma difusa a nivel abdominal, horas después se localizará en el cuadrante inferior derecho, el dolor es continuo, en aumento progresivo llegando a ser claudicante e incapacitante.

Se estima que cerca del 7 al 12% de la población mundial podría llegar a presentar un cuadro de apendicitis aguda en algún momento de su vida, la magnitud de su frecuencia es tan representativa que se puede estimar con cierta certeza que una persona de cada 15, debe esperar un ataque en cualquier momento de su vida, teniendo en cuenta y de manera aclarar que no podemos predecir ni evitar dicho evento.

Hospital Regional del Cusco la incidencia de apendicitis en menores de 13 años en los últimos años va en aumento y la cantidad de cirugías en este grupo son entre 70 a 80 casos al año, pacientes quienes reciben las atenciones de acuerdo a protocolo de atención post operatoria, cumpliendo de acuerdo las indicaciones, sin embargo durante la atención se presentan dificultades en el desempeño de atención postoperatoria, dentro de los cuales es la falta en conciencia de los padres de los niños operados, porque especialmente de las personas que vienen del campo, pernoctan al lado de la cama de los pacientes, causando saturación y falta de asepsia para el niño, por otro lado es la falta de medicamentos recetados, por falta de dinero de los padres o porque el hospital no

cuenta para atención de pacientes con SIS, lo que no permite una atención adecuada y completa.

1.2 Objetivo

Describir mi experiencia profesional en la intervención de enfermería en niños menores de 13 años postoperados de apendicitis aguda en la Unidad de Cirugía del Hospital Regional del Cusco 2016-2017.

1.3 Justificación

Al ser la apendicitis aguda en los niños un diagnóstico de tanta trascendencia en el ámbito de la salud es primordial prestar atención a sus manifestaciones clínicas y explorar el cuadro de manera objetiva e integra.

El presente trabajo de investigación justifica su realización porque de esta manera se dará a conocer los cuidados que el profesional de Enfermería debe poner en práctica con la atención que se les brinde a los pacientes post operatorio, para lo cual se conocerán los cuidados que se debe tener en cuenta para este tipo de pacientes quirúrgicos, ya que es fundamental su práctica para obtener una recuperación exitosa y sea lo menos complicado. Los resultados de este trabajo permitirán elaborar guías de cuidados para optimizar las funciones del profesional de enfermería respecto a estos pacientes quirúrgicos. Asimismo, se espera que la presente investigación sirva de base para la realización de otros estudios similares.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

DIAZ J, (2012). Prevalencia de apendicitis aguda y aplicación de un protocolo de atención de enfermería. Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, Ecuador, cuyo objeto de investigación fue: Determinar la prevalencia de apendicitis aguda propuesta de un protocolo de atención de enfermería en el área de emergencia del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo. El método fue de tipo descriptivo y correlacional, el diseño de la investigación es no experimental. El universo de este estudio fueron todos los pacientes diagnosticado con apendicitis aguda en el área de Emergencia del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo la muestra es el 100% de los usuarios que corresponde al universo. Los resultados dan a conocer que la prevalencia de apendicitis aguda está entre los 15 – 32 años con un 58,31%, encontrándose un menor número de pacientes conforme aumentar la edad 75 – 80 años con un 0.40%, de procedencia urbana, sexo masculino, solteros, instrucción secundaria, afiliación activa, ingresos económicos de bajo nivel, el periodo de evolución esta entre 24 – 48 horas (57.37%), los síntomas y según con mayor porcentaje están dolor abdominal y dolor fosa iliaca derecha 100%, los medios de diagnóstico en un 100% fueron ecografía abdominal y examen de laboratorio, lo más relevante encontrado en este estudio es que las enfermeras no aplican plan de cuidados y no disponen de una adecuada distribución del espacio físico para realizar las intervenciones a los afiliados.

CADENA Ortega, Karina Yadira (2015), "Complicaciones en cirugías de apendicetomía en el área de cirugía del hospital general Latacunga. Cantón Latacunga, Provincia Cotopaxi". Su objetivo de estudio fue: Diseñar una guía de enfermería para disminuir las complicaciones en pacientes apendicetomizados, siendo sus principales resultados; La población mayormente afectada con complicaciones de apendicetomía es las infecciones. El sexo que mayormente fue afectado es el sexo masculino con una relación de 80% que el sexo femenino. El tratamiento normal de una apendicetomía es de 1 a 5 días de hospitalización, pero en el hospital general Latacunga esta hospitalizados de 5 a 10 con un 80% días debido a las complicaciones. Una de las causas más importantes es que no se cuenta con el personal de enfermería completas, las internas de enfermería y auxiliares cubren los turnos por falta de personal. Las actividades de enfermería realizan de forma rutinaria.

Antecedentes Nacionales

RUIZ, Bosmediano, (2014), "Características clínicas y quirúrgicas de la apendicitis aguda de niños atendido en el Hospital Iquitos", Perú. Concluye la apendicitis aguda es la patología quirúrgica más frecuente se presenta en la edad pediátrica y en el sexo masculino, con un tiempo de enfermedad de 24 a 48 horas, con un dolor mayormente epigástrico. Indica que la apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo que requiere intervención quirúrgica durante la edad pediátrica. Es más frecuente en el sexo masculino, a menor edad las manifestaciones clínicas son más atípicas, pudiendo confundirse con otras patologías frecuentes a esa edad. Los exámenes auxiliares muchas veces no concuerdan con la clínica encontrada en el paciente, en algunos casos se puede encontrar un resultado de hemograma con valores normales o una ecografía normal en un paciente con sospecha de apendicitis, por lo que

una buena anamnesis y un examen físico minuciosos con la base para un diagnóstico certero.

CCONCHA, Suni. (2011) "Uso de la dexametasona en la profilaxis del dolor en pacientes sometidos a apendicetomía en el servicio de cirugía A del Hospital Regional del Cusco", Perú. Concluye que: Se determinó que la dosis de 8 mg. de Dexametasona en pacientes sometidos a apendicectomía y colecistectomía laparoscópica influye prevención y disminución de náuseas, vómitos y dolor postoperatorio, en el servicio de Cirugía "A" del Hospital Regional del Cusco. El control del dolor, náuseas y vómitos postoperatorios en estas cirugías, no se vieron afectadas por factores como el género, edad, tiempo de enfermedad y tiempo de cirugía de los pacientes del este estudio.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Rol de la enfermera en el paciente postquirúrgico

Cuidados De Enfermería La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otra persona. El término deriva del verbo cuidar (del afín coidar). Enfermería, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. La enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar estas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo. Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que una enfermera/o debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto (hombre, mujer, niño, niña), aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y asistir sanitariamente al paciente.

Cuando una persona se encuentra internada en un hospital (es decir, cuando debe pernoctar en el centro de salud), los cuidados de enfermería

incluirán el control de las soluciones, el monitoreo de sus constantes vitales y el suministro de los medicamentos indicados por el médico, entre otras tareas. Las enfermeras/os también pueden, en algunos casos, desplazarse hasta el domicilio del paciente para brindarle ciertos cuidados. Ese es el caso de una enfermera/o que visita a un anciano para aplicarle una inyección de manera diaria o para tomarle la presión arterial. Cabe destacar que, para proporcionar cuidados de enfermería, es necesario obtener un título que sirva como habilitación. Las características de la formación y de la titulación dependen de cada país, ya que la carrera de enfermería puede ser terciaria o universitaria y requerir de diversas capacidades.

Si tomamos en cuenta al autor Boff (1999) al que se refiere: "Un modo de ser, manera de estructurarse del propio ser y de darse a conocer. Es así como el cuidado entra en la naturaleza y en la constitución del ser humano. El modo de ser cuidado, revela de manera concreta como es el ser humano. Sin el cuidado, él deja de ser humano. Si no recibe cuidado, desde el nacimiento hasta la muerte, el ser humano se desestructura, pierde sentido y muere rápidamente. Si a lo largo de la vida, no se hiciera con cuidado todo lo que se emprende se acabaría por perjudicarse a sí mismo y por destruir lo que se tiene alrededor". (BOFF, 2005)

Tomando en cuenta la definición de Boff se puede comparar la acción del Médico que es la de CURAR y la de la Enfermera que es la de CUIDAR, acciones que se complementan, que no se sustituyen, de tal manera que: El sujeto de atención que requiere de curación es el enfermo (también aquellos que requieren prevenir la enfermedad), Los sujetos que requieren cuidados son las personas sanas y también las enfermas, El cuidado se refiere más a la vida que engloba todas las etapas o niveles de salud como también los episodios de enfermedad. (6)

Guía de atención de enfermería para el paciente postquirúrgico

Las Guías de Atención de Enfermería permiten orientar al profesional en el tipo de cuidados e intervenciones a proporcionar al paciente hospitalizado en las diferentes especialidades. (7)

Las Guías de Intervención:

1. Son orientaciones escritas, que permiten organizar el proceso de atención de enfermería aplicado a pacientes que presentan problemas reales, potenciales y probables de acuerdo con la patología común o de mayor incidencia en los servicios.
2. Se integran con las siguientes etapas: Diagnóstico de Enfermería planeación (respuesta esperada u objetivo), ejecución (intervenciones de enfermería) y evaluación (respuesta obtenida).
3. Permiten al personal profesional apoyarse en este instrumento para facilitar su práctica, mejorar la calidad del cuidado y el desempeño de los servicios de enfermería.

Cuidados de enfermería postquirúrgicos

Son diversas atenciones que el personal de enfermería dedica a cada paciente. Es enseñar lo desconocido, en relación a salud o adaptación a enfermedad. Educar para disminuir miedos, enseñar la mejor forma de cuidar la salud, seguir el tratamiento y fomentar el autocuidado. Se refiere a 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 & C. PHIPPS, 1989)

Cuidados de enfermería en el post operatorio de una apendicitis.

- Si el procedimiento no es infectado, llevar al paciente a recuperación, de lo contrario recuperarlo en el quirófano.
- Estabilidad hemodinámica.
- Controlar patrón ventilatorio.
- Proteger al paciente del medio ambiente interno.
- Vigilar posible formación de hematomas, características de drenajes si los tiene.
- Revisar la historia clínica, cumplir órdenes médicas.

Plan de cuidados de enfermería del paciente con apendicitis aguda

El paciente con apendicitis aguda se enfrenta a una amenaza grave a sus necesidades básicas, por la rapidez cómo evoluciona esta patología que si no es atendida precozmente puede provocar complicaciones severas el tratamiento es la intervención quirúrgica y ésta supone un acontecimiento estresante en la vida de cualquier individuo. Las nociones previas, los miedos, las dudas son manifestaciones que se presentan en mayor o menor grado las cuales deben controlarse u orientarse con objeto de restaurar la función alterada.

El avance tecnológico está en íntima relación con el tratamiento de estos pacientes por lo que es indispensable para el personal de enfermería proveer un buen instrumento de trabajo con un amplio margen de validación en función a las necesidades que se registren. Este plan de cuidados está destinado a un grupo de pacientes relacionados con apendicitis aguda. (OROZCO, 2004)

Manejo específico de la apendicitis en el preoperatorio

a. APENDICITIS NO PERFORADA (sin peritonitis ni sepsis)

- Valoración por médico de planta quien iniciará el manejo y solicitará la interconsulta con el cirujano (a criterio del método de planta se podrá solicitar la valoración por especialista, aún sin tener exámenes preclínicos).
- Solicitud de exámenes preclínicos (si lo amerita).
- Toma de signos vitales (PA, FC, temperatura, FR).
- Analgésico: en lo posible se debe evitar la administración de analgésicos, antiespasmódicos y anti - inflamatorio antes de establecer un diagnóstico definitivo y definir el manejo quirúrgico. (En algunas ocasiones se podrá observar síntomas atípicos en cuyo caso el médico a discreción podrá utilizar analgésicos en espera de que se aclare el diagnóstico). Luego de establecido el diagnóstico, se deben evitar todo tipo de analgésicos hasta la evaluación por especialista. Pero si por alguna razón se administra algún analgésico, se debe tener en cuenta que la valoración clínica pierde validez.
- Toda aplicación de analgésicos previa a la valoración por el especialista debe estar justificada en la historia clínica.
- Vía oral. En toda sospecha de apendicitis aguda, se debe suspender la vía oral. Esta podrá reiniciarse una vez descartada una apendicitis o por el especialista una vez realizado el procedimiento quirúrgico.
- Líquidos intravenosos. De acuerdo con la hidratación del paciente se iniciarán líquidos intravenosos mientras se aclara el diagnóstico y se define el tratamiento definitivo. Se debe tener en cuenta

situaciones especiales (pacientes deshidratados, pacientes con cardiopatías o nefropatía) para establecer la cantidad de líquido a infundir.

- **Antieméticos:** en caso de vomito o nauseas se pueden utilizar antieméticos tipo Metoclopramida. Alizapride, Ondansetron.
- **Antibióticos.** Los antibióticos dependerán de la situación clínica.
- **Profilaxis gástrica:** se puede utilizar ranitidina o bloqueadores de la bomba de protones por vía intravenosa en casos de gastritis o si quiere hacer profilaxis gástrica.
- El uso antibiótico se limitará a la profilaxis antimicrobiana (DA 0400-046 Guía de profilaxis antimicrobiana.) que recomienda ampicilina sulbactam 3g iv. Previa al procedimiento. Una dosis subsecuente si el procedimiento se prolonga o si se difiere más de 4-6 horas.
- Todo apéndice extraído será enviado a Patología.

b. Apendicitis perforada o con peritonitis. (sin sepsis). (ORZCO, 2004)

- Se seguirán todos los lineamientos descritos.
- En casi todos los casos requiere dejar herida abierta.
- Merece curaciones de la herida quirúrgica.
- El antibiótico se continuará por 3-5 días de acuerdo con la Guía de profilaxis antimicrobiana DA 0400-046.
- En niños se ajustarán las dosis de acuerdo con la guía de profilaxis antimicrobiana.

c. apendicitis aguda con sepsis

- Se seguirán los lineamientos descritos con anterioridad.
- Todo paciente con diagnóstico de sepsis será estabilizado en la unidad de cuidados intensivos o especiales según las condiciones del paciente.
- Los exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas estarán orientados al diagnóstico de las alteraciones de otros órganos y el manejo de la sepsis (hemoleucograma, pruebas renales, hepáticas, gases arteriales, hemocultivos, cultivo de líquido peritoneal, etc.).
- Se aplicará la Guía de Sepsis.
- El manejo antibiótico será el recomendado en la Guía de sepsis y será ajustado de acuerdo con los cultivos hasta la mejoría clínica y de los parámetros inflamatorios.
- Se hará trombo profilaxis a menos que exista contraindicación expresa para ello.

d. Absceso Apendicular (sin peritonitis ni sepsis)

- Manejo estándar de la apendicitis.
- Nada vía oral.
- Analgésicos.
- Antieméticos (si amerita).
- Gastro protección
- Antibióticos (Ampicilina sulbactam – para alternativas consultar guía de profilaxis antimicrobiana).

- Drenaje percutáneo guiado por tomografía o ecografía (de preferencia en embarazo).
- Se debe tomar gram y cultivo del material drenado.
- Se hará seguimiento mediante tomografía abdominal o ecográfico del absceso.
- El tipo de antibiótico con el que se continuará dependerá del cultivo y la evaluación clínica.
- Se instaurará la vía oral en forma gradual si no hay contraindicación expresa para ello
- Si hay condiciones normales, se diferirá la apendicectomía 6-8 semanas (Cirugía electiva)
- Si no es posible el drenaje percutáneo o a criterio del especialista se hará manejo quirúrgico de la lesión. (De preferencia se dejará la herida abierta)

Guías de intervenciones de enfermería en apendicitis aguda

Las enfermeras como actores claves en el suministro de la atención tienen cada vez más desafíos debido al impacto que estos nuevos sistemas ejercen a la profesión. La calidad de atención se mide a través de los procesos de atención y a la forma de que son ejecutados estos procesos, el objetivo de las guías es protocolizar la atención que se da al usuario con una determinada patología. Las intervenciones de enfermería son el conjunto de acciones realizadas al paciente previo la intervención quirúrgica, destinadas a identificar las condiciones físicas y psíquicas que pueden alterar la capacidad del paciente para tolerar el estrés quirúrgico y prevenir complicaciones postoperatorias.

- Valore las condiciones psíquicas del paciente y familia frente a la intervención quirúrgica, reconociendo temores y angustias.
- Revise indicaciones médicas.
- Explique amable y cortésmente toda la preparación que se hará de acuerdo a la cirugía.
- Controle signos vitales.
- Pida al paciente que se bañe en la ducha con jabón corriente.
- Compruebe que el paciente este en ayunas.
- Rasure la zona operatoria cuidadosamente evitando lesionar la piel.
- Realice aseo de cavidades al paciente si es necesario.
- Si está indicado instale vía venosa, sonda nasogástrica, sonda Foley.
- Revise las uñas del paciente, en caso necesario remueva esmalte y límpielas.
- Administrar medicamentos según indicación médica y observe la posible reacción de los fármacos.
- Retire prótesis dental, audífonos, lentes, joyas, etc.
- El uso de vendas elásticas en extremidades inferiores.
- Pida al paciente que evacue la vejiga.
- Compruebe que la historia clínica este en orden con toda la información de los exámenes solicitados y radiografías.
- Revise y registre que toda la preparación necesaria y solicitada esté hecha.
- Verifique que el consentimiento informado este firmado por el paciente y un familiar cercano. (OROZCO, 2004)

Cuidado de enfermería para el manejo del paciente con apendicitis aguda.

La enfermería ciencia multidisciplinaria orienta el trabajo de la enfermera a través de la atención personalizada en el cuidado directo del paciente con apendicitis aguda, viendo a las personas afectadas en su salud como un ser biosico-social recordando lo manifestado por Dorotea Oren "se debe interaccionar con el medio ambiente, ser creativo, comunicativo y otorgar autocuidados realizados a través de sus valores, creencias para mantener la vida, Salud y bienestar basadas en las manifestaciones fundamentales, específicas, desviaciones de salud, motivar al individuo al autocuidado con asistencia total, parcial, educativa siguiendo el PAE (proceso de atención de enfermería) que sirve para fundamentar y explicar cada uno de los fenómenos y acciones ejecutadas por la enfermera, al hacer una de las teorías descriptiva (valoración), Mediante la cual se observa e identifica los eventos y elementos que tienden a ocasionar los fenómenos y problemas que presentan los pacientes y con la teoría (explicativa) observar la relación causa – efecto, las consecuencias para prescribir sus cuidados antes de iniciar la intervención quirúrgica.

El cuidado de enfermería en pacientes con apendicitis aguda comprende:

- Valoración inicial para determinar la presencia de amenazas reales o potenciales.
- Iniciar las intervenciones apropiadas en relación al paciente.
- Determinar las expectativas del paciente acerca de la cirugía y la anestesia.
- Proporcionar y aclarar información acerca de la experiencia quirúrgica.
- Valorar el estado emocional del paciente y su preparación para la cirugía.

- Determinar el estado psicológico del paciente para reforzar las estrategias de superación para someterse a la cirugía.
- Determinar los factores fisiológicos relacionados o no relacionados con el procedimiento quirúrgico que pueden afectar los factores de riesgo operatorio.
- Identificar las medicaciones prescritas, los fármacos sin o con receta médica y los productos naturistas que el paciente toma y que pueden alterar el resultado de la cirugía.
- Identificar si los resultados de laboratorio y pruebas diagnósticas preoperatorias están registradas y han sido comunicadas al médico.
- Identificar factores culturales y éticos que puedan afectar la experiencia quirúrgica
- Determinar si el paciente ha recibido la información adecuada del cirujano acerca de la cirugía y hacer firmar la hoja de consentimiento informado.

2.2.1 Apendicitis

Historia

En el siglo XVI los médicos reconocían la existencia de una entidad clínica con inflamación intensa de la región cecal conocida como "Perictiflitis". Aunque el primer informe de apendicectomía exitosa data de 1.736, no fue sino hasta 1.755 que Heister comprendió que el apéndice podía ser causa de inflamación aguda primaria cuando realizó una necropsia a un cadáver, muerto por dolor abdominal. En 1.824 Loyer hizo una presentación académica de medicina de París en la cual describía dos ejemplos de apendicitis aguda que concluyeron con la muerte. En 1.886, Reginald, Fitz ayudó a establecer el papel de la extirpación quirúrgica del apéndice inflamada como tratamiento curativo de esta enfermedad, que alguna vez se consideró letal. En 1.889, Charles

McBurrey presento su informe clásico ante la New York Surgical Society acerca de la importancia de la intervención quirúrgica oportuna en caso de apendicitis aguda; en el que describió el punto de sensibilidad abdominal máxima entre la espina iliaca anterosuperior y la cicatriz umbilical. Cinco años después diseñó la incisión con separación muscular que todavía lleva su nombre. (SPENSER., 2009)

Epidemiología.

La apendicitis es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente en todo el mundo y constituye alrededor del 60% de todos los cuadros de abdomen agudo quirúrgico. Presenta una mayor frecuencia en jóvenes y en el sexo masculino, con una relación de 1.2:1 con el sexo femenino. Cárcamo dice que en 622 casos de apendicitis aguda estudiados el 54% fueron varones. (CÁRCAMO, 2002)

La apendicitis aguda, se desarrolló aproximadamente en el 10% de la población occidental debido al tipo de dieta que consumen, lo que sugiere que la incidencia de esta enfermedad está determinada por el medio ambiente más que genéticamente. (DOMINGUE, 2008).

Es indudable que es mucho más frecuente entre las razas blancas que consumen carne y es relativamente rara en las razas que consumen dieta rica en celulosa. La morbi-mortalidad aumentan cuando el diagnóstico es tardío, la apendicitis se complica, llegando a la perforación, concomitante a una peritonitis y posiblemente la muerte, más aún si se trata de lactantes o ancianos como grupos vulnerables

Aspecto Anatómico.

El apéndice cecal es un órgano pequeño de forma cilíndrica, de aspecto vermiforme, por su similitud con los vermis; tiene una longitud media de 8cm a 10 cm tiene un diámetro de 3 a 5 mm en condiciones no patológicas. La relación entre la base del apéndice y el ciego permanece constante, pero la punta puede adquirir una posición retrocecal, pélvica,

subcecal, preileal o pericolónica derecha. Estas consideraciones anatómicas son de mucha importancia clínica en caso de apendicitis aguda. (O'CONNELL, 2005)

Etiopatogenia

Apendicitis, inflamación de apéndice cecal el factor causal predominante en el desarrollo de la apendicitis es la obstrucción de la luz. (RODRIGUEZ, 2003)

El 60% total de las apendicitis corresponden a hiperplasia de los folículos linfoides de la submucosa. El 40% por existencia de fecalitos debido a la alimentación pobre en residuos y la motilidad cecal disminuida haciendo que el contenido apendicular se deshidrate estimulando la secreción y precipitación de moco rico en calcio.

El 4% a cuerpos extraños, impacto de bario por estudios radiológicos parásitos (oxiuros – áscaris) semillas de vegetales y frutas. . El 1% a estenosis o tumores que en sus crecimientos obstruyen la luz apendicular (tumor carnicoide).¹⁰ También se produce sobre crecimientos bacterianos en la mucosa afectada con predominio 3:1 de anaerobios frente a aerobios. En un 80% crece *Escherichia coli*, *bacteroides fragilis* en el 70% y *pseudomona* en el 40% de casos.

La Apendicitis

La apendicitis es la inflamación aguda del apéndice, causa frecuente de dolores abdominales y peritonitis (inflamación de la membrana que recubre el interior del abdomen) en niños y adultos.

Anatomía Patológica

- Apendicitis catarral o mucosa se caracteriza por hiperemia, edema y erosiones de la mucosa junto a un infiltrado inflamatorio en la submucosa. El aspecto macroscópico del apéndice es normal.

- Apendicitis flemonosa el aumento de presión intraluminal condiciona una isquemia de la pared que favorece la proliferación bacteriana en todas las capas. Se observan ulceraciones en la mucosa, infiltrado inflamatorio en submucosa y muscular y una serosa hiperémica de un exudado fibrinoso.
- Apendicitis purulenta el exudado de la luz se torna purulento, apareciendo microabscesos en el espesor de la pared. El apéndice se muestra muy distendido y rígido, pudiendo existir exudado purulento peri apendicular.
- Apendicitis gangrenosa aparecen zonas de necrosis que provocan la perforación y contaminación purulenta de la cavidad abdominal. Producida la perforación apendicular, existen distintas posibilidades evolutivas:
- Peritonitis circunscrita es la más frecuente. El organismo intenta delimitar el proceso inflamatorio, por lo que se adhieren asas intestinales, epiplón, peritoneo parietal u otras vísceras vecinas, bloqueando el foco supurativo y dando lugar a un absceso o plastrón apendicular. El absceso está limitado por una pared de nueva formación y contiene pus. Si no se drena, puede fistulizar en la pared abdominal o en alguna víscera vecina (p.ej., el recto). El plastrón está peor limitado que el absceso y no contiene colección purulenta
- Peritonitis aguda difusa suele aparecer en personas con defensas generales debilitadas (ancianos o inmunodeprimidos) o locales (niños con epiplón mayor poco desarrollado), así como en los casos de evolución ultrarrápida (apendicitis gangrenosa fulminante) en los que no da tiempo a que se desarrollen adherencias a órganos vecinos. (BELTRAN, 2006).

Diagnóstico de Apendicitis Aguda

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente y comprende el 1% de las operaciones quirúrgicas. La teoría más aceptada acerca de la patogénesis de la apendicitis dice que la obstrucción solo es claramente demostrable en el 30% - 40% de los casos, por lo que se ha sugerido que la causa de la ulceración de la mucosa apendicular sea de posible origen infecciosa. (FERRER, 2007)

Si bien los antecedentes sintomáticos en la apendicitis aguda pueden variar, los síntomas cardinales generalmente se encuentran presentes. Los síntomas inicialmente comienzan con dolor abdominal localizado, con frecuencia en el epigastrio o el área periumbilical, seguido por anorexia y náuseas. Luego de un periodo variable, generalmente de un alrededor de 8 horas, el dolor migra al lado derecho, en forma habitual a la fosa iliaca derecha. En el momento de la presentación la duración del dolor es menor de 24 horas en 75% de los pacientes, la ausencia de la secuencia clásica visceral-somática y ocurre hasta en 45% de los pacientes en quienes posteriormente se comprueba que tienen apendicitis

El dolor típico de la apendicitis aguda es al principio de tipo visceral difuso (por distensión apendicular), central mínimamente severo, seguido por dolor somático más severo y a menudo bien localizado en la fosa iliaca derecha. En la apendicitis aguda es común la ausencia de la secuencia clásica visceral – somática y ocurre hasta en el 45% de los pacientes en quienes posteriormente se comprueba que tienen apendicitis. El dolor atípico puede ser somático y localizarse en la fosa iliaca derecha desde el inicio, al contrario, el dolor puede permanecer difuso y nunca volverse localizado. En personas de mayor edad los patrones atípicos de dolor se observan con mayor frecuencia.

Los pacientes con apendicitis retrocecal alta pueden presentarse solo con dolor difuso en el flanco derecho. De manera similar, los individuos en quienes el apéndice completa se encuentran por la pelvis verdadera pueden no experimentar dolor somático en ningún momento y en su lugar

presentar tenesmo y malestar vago en el área supra púlica. La anorexia está presente en el 90% de los pacientes, náuseas y vómitos en el 70%, diarrea y estreñimientos en el 10%. Los signos físicos típicos de apendicitis aguda incluyen el dolor a la palpación localizada en la fosa iliaca derecha, defensa muscular y dolor a la descompresión, ocurren con menor frecuencia hiperestesia cutánea, dolor pelviano derecho al tacto rectal y presencia del signo obturador o del psoas que tienden a ser altamente dependientes del examinador. Puede haber fiebre hasta 40°C. En el examen abdominal la hipersensibilidad suele ser máxima en el punto de Mcburney localizado exactamente entre 2.5 y 6.5 cm de la apófisis espinosa anterior del iliaco en una línea recta desde dicha referencia hasta el ombligo. Cuando la hipersensibilidad es máxima en el cuadrante inferior derecho indica irritación peritoneal.

El signo de Rovsing dolor en el cuadrante inferior derecho cuando se presiona en el cuadrante inferior izquierdo también suele indicar irritación peritoneal.

Es frecuente que haya hiperestesia cutánea en el área de inervación de los nervios raquídeos a la derecha este signo en algunos casos es el primer signo positivo, se realiza levantando suavemente el pie entre el índice y el pulgar causando dolor en el área de parestesia cutánea. A menudo que la enfermedad progresa puede ser posible palpar una masa dolorosa en la fosa iliaca derecha como resultado de un apéndice inflamada. La resistencia muscular de la pared del abdomen a la palpación es más o menos paralela a la intensidad del proceso inflamatorio. Al inicio de la afección, si existe resistencia, consiste principalmente en defensa voluntaria. A medida que la irritación peritoneal progresa, el espasmo muscular aumenta y se torna en gran parte involuntario.

Las diversas presentaciones del apéndice inflamada originan variaciones de los datos clínicos usuales. En un apéndice retrocecal son menores

notables en abdomen anterior, y es posible que la hipersensibilidad sea más intensa en el flanco, cuando el apéndice inflamada desciende a la pelvis, es posible que no existan en lo absoluto datos en abdomen y el diagnóstico se pase por alto a menos que se haga un tacto rectal. Conforme el dedo ejerce presión en el peritoneo del fondo de saco de Douglas, se siente dolor en el área supra púlica y local. El signo de psoas, indica un foco irritativo en la proximidad de este músculo, la prueba se lleva a cabo pidiendo al paciente que se acueste sobre su lado izquierdo a continuación el médico extiende con lentitud la extremidad inferior derecha estirando en consecuencia el músculo iliopsoas, la prueba es positiva si la maniobra produce dolor. De igual manera un signo del obturador positivo de dolor hipogástrico al estirar el obturador interno indica irritación en ese sitio. La prueba se hace girando hacia adentro positivamente el muslo derecho flexionado con el paciente acostado. (ECHEVERRIA, 2007)

La complicación principal de la apendicitis es perforación del apéndice, que conduce a peritonitis o formación de absceso, la frecuencia de perforación es de 10 – 32 %, y es mayor en niños y ancianos. Por lo general ocurre a 24 horas de iniciado el dolor con síntomas como fiebre de 38°C o mayor y dolor abdominal continuo. (RODRIGUEZ Z. , 2017)

Exámenes Auxiliares:

A) Exámenes de laboratorio.

El recuento y la fórmula leucocitaria, pueden mostrar signos de respuesta sistémica a la inflamación, (ECHEVERRIA, 2007) se debe considerar las siguientes interpretaciones.

- a.- Leucocitosis moderada (12.000 – 20.000) con desviación a la izquierda. Es el hallazgo más frecuente, aunque no es específico

de la apendicitis aguda. Indica buena respuesta del paciente contra la agresión. Es común en niños y adultos jóvenes.

- b.- Cifra normal de leucocitos con desviación a la izquierda. - Respuesta menos favorable que indica gravedad, es conocida en ancianos con procesos agudos.
- c.- Leucocitosis intensa (>20.000) con desviación a la izquierda. indica infección grave, puede corresponder a una peritonitis.
- d.- Leucopenia (<5000) con desviación a la izquierda. Indica mal pronóstico, corresponde a una respuesta insuficiente frente a una grave infección. Se observa en ancianos e inmune deprimidos.

El análisis de orina es esencial para el diagnóstico diferencial entre los pacientes con apendicitis y los que tienen problemas urológicos. La piuria y la bacteriuria apoyan la presencia de infección urinaria. La hematuria está presente en un 6% de los pacientes con cálculos uretrales, aunque se puede encontrar en casos de apendicitis retro cecales.

B) Diagnóstico por imágenes.

La radiografía simple de abdomen de pie podría darnos algunos datos, como un nivel hidroaéreo en el cuadrante inferior derecho (asa centinela) o un fecalito calcificado que sería una evidencia de apendicitis, pero esto último sólo es visto en un 20 – 30% de casos: otros signos son: escoliosis derecha, presencia de líquido peritoneal, masa de tejido blando y edema de pared abdominal, signos que son muy pobres como diagnósticos.

Una radiografía de tórax es indicada cuando se sospecha peritonitis primaria por neumonía. 12 La ecografía se usa en casos dudosos, si el apéndice es identificado por ecografía se le considera inflamada, si no se le puede identificar, se excluye la apendicitis. Es segura en excluir enfermedades que no requieren cirugía (adenitis mesentérica, ileites regional, urolitiasis) así como diagnosticar otras entidades que si

requieren tratamiento quirúrgico como embarazo ectópico, quistes de ovario, etc.

La laparoscopia es el único método que puede visualizar el apéndice directamente, pero tiene la desventaja de invasividad. Esto requiere anestesia y de hecho es una operación que, como cualquier otra, tiene sus riesgos y complicaciones. (FERNÁNDEZ LOBATO 2010)

La apendicitis en grupos vulnerables

A) Apendicitis en niños.

Es indudable que el interrogatorio y los exámenes semiológicos son más difíciles. Tener en cuenta que el cuadro es atípico, con fiebre alta y vómitos. En los preescolares la tasa de perforación varía entre 50 y 85%, debido a que presenta epiplón corto y el apéndice se puede perforar antes de las 24 horas (peritonitis), y en estos casos debemos conocer que el niño antes de los 4 años no presenta abdomen en tabla. (ECHEVERRÍA, 2007)

B) Apendicitis en ancianos.

Los síntomas y signos son muy poco sugestivos, además de una progresión más rápida de la enfermedad, todo ello retrasa el diagnóstico en este grupo etáreo y por lo tanto la perforación apéndice es la regla, aumentando la morbilidad y mortalidad. Esta última en los mayores de 70 años llega a un 15%, siendo los factores coadyuvantes las enfermedades asociadas cardiovasculares principales.

C) Apendicitis en la embarazada.

La apendicectomía por apendicitis aguda se lleva a cabo en el 1 de cada 1000 a 1500 partos. Los síntomas son confundidos con los producidos por el embarazo, asimismo la leucocitosis es normal en estos pacientes.

El aumento de la vascularización en las estructuras permite el desarrollo acelerado de la inflamación apendicular y éste, asociado al desplazamiento de este hacia arriba y posterior al útero hace retrasar el diagnóstico, haciéndolo confundir con signología vesicular. La apendicitis en el embarazo puede producir parto prematuro o muerte de producto en el intrauterino por peritonitis. (RODRIGUEZ G. , 2003)

Tratamiento

TRATAMIENTO MEDICO. En todos los pacientes se debe administrar terapia de fluidos antes de la intervención quirúrgica, existe un consenso general sobre la administración profiláctica de antibióticos antes de empezar la intervención quirúrgica,

Tratamiento Quirúrgico.

Un paciente con una apendicitis aguda no perforada se debe someter urgentemente a una intervención quirúrgica. Existen dos abordajes para extirpar un apéndice no perforado

- La apendicectomía abierta se puede extirpar a través de una incisión abierta, normalmente una incisión cutánea transversal en el cuadrante inferior derecho (Davis –Rockey).
- En la actualidad se emplea la técnica Laparoscópica para el tratamiento quirúrgico de las diferentes formas de la apendicitis, aprovechando que dicha técnica ofrece un buen campo operatorio, una excelente iluminación, permite un completo lavado de la cavidad abdominal y un adecuado drenaje, disminuyendo la posibilidad de absceso residual. Como las pequeñas incisiones no contactan con el pus ni con la pieza operativa, no se infectarán, no habrá o serán mínimas las posibilidades de infección de herida

operatoria, la pequeñez de las incisiones también minimiza la posibilidad de eventración.

2.3 Definición de Términos

- a) **Cuidados de Enfermería**, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo.
- b) **Guía de Atención**, permiten orientar al profesional en el tipo de cuidados e intervenciones a proporcionar al paciente hospitalizado en las diferentes especialidades.
- c) **Manejo del paciente con apendicitis aguda**, trabajo de la enfermera a través de la atención personalizada en el cuidado directo del paciente con apendicitis aguda
- d) **La Apendicitis**, es la inflamación aguda del apéndice, causa frecuente de dolores abdominales y peritonitis (inflamación de la membrana que recubre el interior del abdomen) en niños y adultos.
- e) **Apendicitis catarral**, o mucosa se caracteriza por hiperemia, edema y erosiones de la mucosa junto a un infiltrado inflamatorio en la submucosa. El aspecto macroscópico del apéndice es normal.
- f) **Apendicitis flemonosa**, el aumento de presión intraluminal condiciona una isquemia de la pared que favorece la proliferación bacteriana en todas las capas. Se observan ulceraciones en la mucosa, infiltrado inflamatorio en submucosa y muscular y una serosa hiperémica de un exudado fibrinoso.
- g) **Apendicitis purulenta el exudado**, de la luz se torna purulento, apareciendo microabscesos en el espesor de la pared. El apéndice se muestra muy distendido y rígido, pudiendo existir exudado purulento periapendicular.

- h) **Apendicitis gangrenosa** aparecen zonas de necrosis que provocan la perforación y contaminación purulenta de la cavidad abdominal. Producida la perforación apendicular, existen distintas posibilidades evolutivas:
- i) **Peritonitis circunscrita** es la más frecuente. El organismo intenta delimitar el proceso inflamatorio, por lo que se adhieren asas intestinales, epiplón, peritoneo parietal u otras vísceras vecinas, bloqueando el foco supurativo y dando lugar a un absceso o plastrón apendicular.
 - j) **Peritonitis aguda, difusa** suele aparecer en personas con defensas generales debilitadas (ancianos o inmunodeprimidos) o locales (niños con epiplón mayor poco desarrollado), así como en los casos de evolución ultrarrápida (apendicitis gangrenosa fulminante) en los que no da tiempo a que se desarrollen adherencias a órganos vecinos.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

La técnica utilizada para el presente informe ha sido el análisis documental, valiéndome de los registros estadísticos de ingreso y egresos, el libro de censo diario de los pacientes que acuden al servicio de Cirugía del Hospital Regional de Cusco.

El Hospital Regional de Cusco, es una unidad ejecutora, a la fecha se encuentra brindando salud por espacio de 53 años a la población y dirige sus actividades de salud desde el punto de vista preventiva, recuperativa y de rehabilitación considerando la promoción de la salud.

El Departamento de Cirugía cuenta con varios servicios y entre ellos el servicio de Cirugía "B".

El presente proyecto de Gestión tiene como objetivo brindar atención de Enfermería de calidad a los usuarios hospitalizados en el servicio de cirugía "B", que atiende 7 especialidades, con la finalidad de favorecer a la salud de la población con afecciones quirúrgicas buscando soluciones para resolver el Problema de salud del paciente.

EPECIALIDADES	PERSONAL
Cirugía de tórax	08 Enfermeras nombradas.
Cirugía de cabeza y cuello	03 Enfermeras contratadas.
Oftalmología.	07 Enfermeras especialistas
Pediatría.	05 Personal técnico nombradas.
Neurocirugía.	06 Personal técnico contratadas.
Urología	14 Médicos especialistas

3.2 Experiencia Profesional

Mi experiencia como enfermera en Cuidados Quirúrgicos en el servicio de cirugía del Hospital Regional de Cuzco inicia en el año 2007, a lo largo de mis 10 años de experiencia he realizado mis actividades como enfermera asistencial, brindando cuidados en el pre y post quirúrgico en las diversas salas de cirugía y de todas las especialidades.

En el año 2009 asumo la jefatura del servicio por cargo de confianza, siendo una experiencia muy satisfactoria, dicho cargo duro 4 meses, a institución convoco a concurso la jefatura, siendo ejercido por otra colega del servicio, en mi corto tiempo a cargo de la jefatura del servicio mi mayor aporte fue la elaboración de guías y protocolos de atención, para toda la especialidad que se atendían en el servicio.

N ° DE SALA	EPECIALIDADES	CANTIDAD DE CAMAS
4	Cirugía de tórax	3
5	Cirugía de cabeza y cuello	3
6	Oftalmología.	2
	Emergencia general	3
	Neurocirugía	3
1 y 2	Pediatría.	12
7	Aislados	2
3	Urología	6

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Durante la ejecución de mis actividades turno a turno se realizan los reportes de enfermería, las coordinaciones correspondientes para garantizar la mejor atención al paciente, la otorgación de pases a los familiares para el cuidado de los menores, sabiendo que se han dado cirugías en niños de 3 años dependen mucho de la asistencia del cuidador, más allá de las atenciones que se brinda como enfermera.

Durante el periodo de permanencia del paciente se realiza actividades que ayudan en su educación para adquirir hábitos de higiene y alimentación, dirigido a los pacientes y cuidadores, aplicando cuidados según las guías y protocolos de atención, satisfaciendo las necesidades del paciente pediátrico.

Asimismo, el servicio lleva a cabo reuniones para discutir las problemáticas y buscar alternativas de solución, sensibilización al grupo de trabajo, para llevar un buen clima organizacional, que con el pasar de los años ha ido mejorando.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A APENDICECTOMIA SEGÚN EDAD Y SEXO DURANTE EL AÑO 2016.

2016	F 3-9años	M 5-9años	F 10-14años	M 10- 14años	TOTAL
ENERO			4	2	6
FEBRERO			6	3	9
MARZO	3	5			8
ABRIL	2				2
MAYO	4				4
JUNIO			3		4
JULIO	2			4	6
AGOSTO		6			6
SEPTIEMBRE	2	2			4
OCTUBRE			1	4	5
NOVIEMBRE		5	2		7
DICIEMBRE	2	3			5
TOTAL	15	22	16	13	66
	22.7%	33.3%	24.2%	19.7%	100%

FUENTE: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

El servicio de cirugía pediátrica durante el año 2016, se reportó 66 casos de apendicetomía, de los cuales el 33.3% de pacientes atendidos correspondía al rango de 5 a 9 años, seguido de un 22.7% en niños de 3 a 9 años.

CUADRO N° 4.2

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A APENDICECTOMIA
EGÚN EDAD Y SEXO DURANTE EL AÑO 2017.**

2016	F 3-9años	M 5-9años	F 10-14años	M 10- 14años	TOTAL
ENERO			2	4	6
FEBRERO			3	6	9
MARZO	3	5			8
ABRIL	2				2
MAYO		4			4
JUNIO		1	3		4
JULIO	2			4	6
AGOSTO		6			6
SEPTIEMBRE	2	2			4
OCTUBRE		4	1		5
NOVIEMBRE		5	2		7
DICIEMBRE	2	3			5
TOTAL	11	30	11	14	66
	16.7%	45.5%	16.7%	21.2%	100%

FUENTE: DEPARTAMENTO DE CIRUGIA HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCC

El servicio de cirugía pediátrica durante el año 2017, se reportó 66 casos de apendicetomía, de los cuales el 45.5% de pacientes atendidos correspondía al rango de 5 a 9 años, seguido de un 21.2% en niños de 10 a 14 años.

V. CONCLUSIONES

- a) La labor de la enfermera en el servicio de Cirugía Especialidades del Hospital Regional de Cusco es papel fundamental, debido a que la calidad de los cuidados de enfermería brindados a la población infantil viene experimentando una mejora evidente en las últimas décadas a ello se suma otros factores como; los avances tecnológicos y la eficacia de los tratamientos que contribuyen a su mejora.

- b) Toda la actividad que se realiza en el servicio de cirugía a la fecha está organizada y planificada conforme a un plan de trabajo estructurado y encaminado a la recuperación de la salud del niño lo antes posible, así como proporcionarle el mayor nivel de bienestar y confort, sin olvidar la atención familiar y el apoyo familiar, transmitir tranquilidad y confianza, hace más fácil la colaboración entre padres y personal, importante para la recuperación del estado de salud del niño.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Para evitar las complicaciones y el aumento de la incidencia de la morbilidad y mortalidad es imperativo establecer un diagnóstico temprano considerando todos los procesos patológicos agudos diferenciales que pueden ocurrir dentro de la cavidad abdominal. Para lograr este objetivo y a medida que avanzan los conocimientos en este campo, la atención médica se ha vuelto más complicada técnicamente y más costosa, proporcionando una serie de estudios (Recuentos leucocitarios y diferenciales, uroanálisis, estudios anatomo patológicos y radiológicos) que contribuyen a establecer el diagnóstico.

- b) La investigación estará centrada en los cuidados postquirúrgicos que el personal de enfermería brinda al paciente para su recuperación luego de una cirugía de apéndice. El cuidado postoperatorio comienza en el momento en que el paciente ingresa a la sala de recuperación y finaliza cuando se le da de alta. La duración de esta fase depende del tipo de cirugía y del trastorno médico.

- c) El uso del Proceso de Atención Enfermería permite al profesional crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas del paciente. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

d) Para iniciar los cuidados de enfermería al paciente postquirúrgico apendicectomizado, es necesario conocer el funcionamiento y reacciones normales para así identificar todos los problemas que pueden afectar al organismo. Es por ello que se identifican en esta investigación las posibles complicaciones que se pueden presentar luego de la cirugía y las acciones de enfermería que se pueden brindar para evitar dichas complicaciones y además lograr que el paciente se recupere de una manera efectiva e inmediata.

VII. REFERENCIALES

1. Guía de Referencia Rápida Diagnóstico de Apendicitis, instituto mexicano. de seguro social, unidad de atenciones médicas, ISBN 978-507-7790-83-9
2. Diaz J, (2012). Prevalencia de apendicitis aguda y aplicación de un protocolo de atención de enfermería. Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, Ecuador,
3. Cadena Ortega, Karina Yadira (2015), "Complicaciones en cirugías de apendicetomía en el área de cirugía del hospital general Latacunga, Cantón Latacunga, Provincia Cotopaxi
4. Ruiz Bosmediano, (2014), "Características clínicas y quirúrgicas de la apendicitis aguda de niños atendido en el Hospital Iquitos". Perú.
5. Cconcha, Suni. (2011) "Uso de la dexametasona en la profilaxis del dolor en pacientes sometidos a apendicetomía en el servicio de cirugía A del Hospital Regional del Cusco", Perú.
6. Boff Leonardo, el cuidado esencial Ética de lo humano compasión por la tierra. Editorial Trotta S.A. 2002, Madrid.
7. Johnson Marion. Guías de Intervención de Enfermería. Edit. Elsevier. España 2008.

ANEXOS

5



Nº 448-11-NINQ/2011
SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

Resolución Directoral

CUSCO, 18 OCT 2011.....

CONSIDERANDO

1.- En el Informe Nº 000-2011-AMC-092, del 3 de octubre de 2011, la Jefatura de la Oficina de Planeación Estratégica, al aprobar los Proyectos de Plan de Gestión, Cuotas de Inmersion de Enfermería y el Manual de Organización y Funciones, presentado por el Director de Enfermería del Servicio de Cirugía II, viene una vez más a renovar el personal que elaboró dichos documentos; insume que siendo valores por la Dirección de Salud de Cusco se desea la presencia real de los trabajadores.

2.- De la Ley Nº 270, concordante con el Art. 14º (inc. a) del D.S. Nº 005-90-PCM, Reglamento de la Ley, sobre el fomento a favor de los trabajadores, el Reconocimiento de Acciones Excepcionales o de Calidad, en relación a relaciones documentales o no con las entidades descentralizadas, y que se empujen dentro de la Ley Nº 270, en el Art. 14º del D.S. citado, se alude entre algunos que constituyen ejemplo para el conjunto de trabajadores y que mejore la imagen de la entidad en la colectividad.

3.- De las Leyes y disposiciones conexas por la Ley Nº 27441 -Leyes de la Descentralización, Ley Nº 27442 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales modificada por Ley Nº 27997, Ley Nº 27418, RM Nº 701-2004-PCM, y la Ley Nº 27477 -Descentralización de Atribuciones del los Servicios de Personal, Abastecimiento y Mantenimiento y la Ley Nº 27276 de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

SE RESUELVE:

1.- FELICITAR por su dedicación, identificación y compromiso en el desempeño de sus funciones, en cada una de las áreas de trabajo, al personal que elaboró los Proyectos de Plan de Gestión, Cuotas de Inmersion de Enfermería y el Manual de Organización y Funciones del Servicio de Enfermería de Cirugía II, Reconocimiento que se hace en forma pública a través de:

- Lic. María Eva MAURICIO GARCÍA
- Lic. Rosa María JAVIER RAMOS,
- Lic. Hortencia SUTTA ESCOBAR;
- Lic. Frida Lily Pach ROMERO SALDIVAR;
- Lic. Patricia MARQUEZ TICONA,
- Lic. Yoni LLANOS CANDIA;
- Lic. Isabel DUEÑAS CUSIVALLPA;
- Lic. Cecilia LEYÓN DIAZ;
- Lic. Evelyn PAZ AGUILAR.

Distinción y esfuerzo que sirve como ejemplo, para el resto de trabajadores de la institución

2.- Transcribir la presente Resolución a parte impresa, e incluir en el Legajo Personal de cada una de los trabajadores mencionados, como MENSAJE.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

Dra. Rosa María González Paredes
Directora General de Calidad de Servicios de Salud



ASOCIACIÓN DE LA INDUSTRIA PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL Y LA CALIDAD ALTERNATIVA
"ASOCIACIÓN INDUSTRIAL DEL IVAR"

MEMORANDO N° 0113-2013-JDE-HRC

A : Uc. Celinda, LOVON DIAZ
DE : Jefe del Departamento de Enfermería - HRC.
Lic. Martha Mauricio Rondinel
ASUNTO : DISPOSICION DE TRABAJO
FECHA : Cusco, 27 de Mayo del 2013.

Por la presente, hago de su conocimiento que esta Jefatura ha dispuesto, que a partir del 01 de Junio al 31 de Agosto del año en curso, se servirá asumir la Responsabilidad de la Jefatura del Servicio de Cirugía "B", debiendo cumplir con las funciones inherentes al cargo.

Lo que hago de su conocimiento, para los fines pertinentes.

Atentamente,

LIC. MARTHA MAURICIO RONDINEL
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

L. L. LOVON
L. L. LOVON
C 27 05 13



Fuente: Elaboración propia, 2017