

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE- QUIRÚRGICOS EN PACIENTES
CON APENDICITIS AGUDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2014 - 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

MARÍA ELVIRA CALDERÓN TERRONES

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'María Elvira Calderón Terrones', written in a cursive style.

**Callao, 2017
PERÚ**

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal, inicia con la obstrucción de la luz apendicular. La apendicitis aguda constituye la condición inflamatoria aguda abdominal más frecuente que requiere tratamiento quirúrgica de urgencia, y es la primera idea que llega a la mente de un cirujano, a la hora de evaluar un paciente con dolor abdominal. La misma se puede presentar en cualquier edad, su incidencia durante la infancia y alcanza un pico entre los 10 y 30 años, declinando a partir de la cuarta década. (1)

El presente Informe de Experiencia Laboral Profesional Titulado “Cuidados de Enfermería Pre – Quirúrgicos en pacientes con Apendicitis aguda en el servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora”, tiene por finalidad describir los cuidados de Enfermera en la etapa pre – operatoria de pacientes con apendicitis aguda por tal motivo contribuirá a identificar oportunamente el riesgo de posibles complicaciones.

Para saber la incidencia de estos casos que se han presentado entre últimos tres años (Enero 2014 – Enero 2016) en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora (HAMA) se tomó en cuenta el numero de ingresos de los pacientes con este diagnóstico durante estos periodos, la herramienta que se utilizó para extraer estos datos fue el libro de atenciones del Tópico de Cirugía, realizando así el conteo por año y edad de pacientes.

La finalidad del presente trabajo es brindar una atención de Enfermería eficaz, oportuna y adecuado a los pacientes con apendicitis aguda durante la etapa pre – operatoria para que de esta manera se pueda evitar posibles complicaciones a futuro.

La enfermera tiene los conocimientos y la capacidad para saber reconocer los signos probables de una complicación, para lo cual realizará un plan del proceso de atención de enfermería en el cual

priorización las necesidades inmediatas que requiera el paciente, VII Capítulos las cuales se detallan a continuación.

Capitulo I: Planteamiento del problema, Descripción de la situación problemática, Objetivos, Justificación; Capitulo II: Marco Teórico, Antecedentes, Marco conceptual , Definición de términos; Capitulo III: Experiencia Profesional, Recolección de datos , Experiencia Profesional; Capitulo IV: Resultados; Capitulo V: Conclusiones, Capitulo VI: Recomendaciones; Capitulo VII: Referenciales y Anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

La apendicitis aguda es una enfermedad inflamatoria infecciosa del apéndice cecal, que como su nombre lo indica, es un apéndice que tiene la parte inicial del intestino grueso, denominada ciego al ser una inflamación aguda, el dolor es de rápido inicio.

La apendicitis es una infección bacteriana del apéndice vermiforme situado en el extremo inferior del colon derecho (ciego) muy cerca de la unión con el intestino delgado.

El ciego en la primera porción del intestino grueso ascendente, tiene un tamaño similar al de un pulgar y forma de saco sin salida. El intestino grueso se halla debajo de la desembocadura del intestino delgado. En su porción inferior se halla un apéndice vermiforme en forma de gusano, que mide entre 2 y 20 cm.

Se considera que la población en general es afectado en un 7% y se puede presentar en todas las edades, sin embargo la mayor incidencia está comprometido mayormente en un 20%.

En la afección quirúrgica que con más frecuencia se presenta en la emergencia de los hospitales.

La apendicitis aguda es una de las patologías más frecuentes que han afectado desde siempre al ser humano, se calcula que el 8% de las personas en los países occidentales presentan apendicitis en algún momento de su vida, existe una mayor tendencia de presentación en el sexo masculino, el pico de incidencia se muestra entre los 10 y los 30 años de edad aproximadamente el 70% de los pacientes es menor de 30 años.

Según la OMS las personas de 60 a 74 años son consideradas en edad avanzada, de 75 a 90 años ancianas y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes longevos.

Los pacientes adultos mayores constituye un grupo de alto riesgo, debido a la perforación del apéndice. (2)

Según algunos estudios a nivel nacional, refiere que la apendicitis aguda es la causa más común del abdomen agudo que requiere intervención quirúrgica durante la edad joven. 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 con 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 aguda, por lo que una buena anamnesis y un examen físico minucioso son la base para el diagnóstico certero (2).

El Hospital María Auxiliadora ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores es un hospital acreditado de tercer nivel con reconocimiento nacional e internacional en la atención integral y especializada con los servicios de salud, cuya misión es prevenir los riesgos, proteger el daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural.

En el tópico de cirugía desde el 2014 al 2016 se ha incrementado un 43% los casos de apendicitis aguda en pacientes del sexo masculino entre los 16 y 30 años. Es de suma importancia en el pre-quirúrgico se brinde una atención de enfermería eficaz y

oportuna utilizando como instrumento el proceso de atención de enfermería basado en principios científicos priorizando las necesidades inmediatas del paciente para así evitar probables complicaciones que aumentan los costos de salud, situación que afecta al paciente, familia y entorno social.

1.2. Objetivo

Describir los cuidados de enfermería pre – quirúrgico en los pacientes con apendicitis aguda de servicio de Emergencia de hospital María Auxiliadora.

1.3. Justificación

Debido al incremento de la alta incidencia de casos de pacientes con diagnóstico de Apendicitis aguda y teniendo en cuenta la ardua labor que tiene la Enfermera en el Tópico de cirugía ya que no solo atiende a este tipo de pacientes sino a otros diagnósticos y otras especialidades (traumatología) para esto es muy importante que la enfermera este capacitada en priorizar las necesidades de los pacientes que tengan mayor complejidad.

El Proceso de Atención de Enfermería es el instrumento que guía las acciones de enfermería necesarias para realizar actividades que permitan una atención adecuada al paciente, priorizando necesidades, trazándose objetivos y sobre todo con bases científicas con el proceso de atención de enfermería, la enfermera prioriza las necesidades de cada uno de sus pacientes. La apendicitis aguda es la enfermedad quirúrgica más frecuente por lo que ingresan al Servicio de Emergencia.

Este informe será de mucha utilidad tanto para nuestros propios pacientes quienes recibieron una atención adecuada de calidad y calidez a su vez será de utilidad para el profesional de enfermería que labora en dicho servicio y para futuros profesionales de la salud, quienes con buena observación y una buena anamnesis podrán tomar una correcta decisión priorizando las necesidades de nuestros pacientes.

El Informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben tener con los pacientes con apendicitis aguda en la etapa pre-quirúrgica del servicio de emergencia del hospital María Auxiliadora en el período 2014 al 2016 con el propósito de disminuir complicaciones en el intra operatorio y post operatorio. Asimismo, el presente informa se justifica:

Nivel teórico. El presente informe servirá para profundizar los conocimientos con base científica sobre los cuidados de enfermería en pacientes con apendicitis aguda en la etapa pre-operatoria del servicio de emergencia del hospital María Auxiliadora, saber reconocer los signos y síntomas de alarma, permitirá a la enfermera actuar en forma rápida y oportuna para evitar complicaciones futuras.

la evaluación céfalo caudal del paciente es muy importante, para conocer su estado general la coordinación y tramitación de los análisis pre-operatorios son muy importantes en el proceso de la preparación del paciente para sala de operaciones. De acuerdo a un modelo lineal el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y a la contribución

de autores basados en la materia y constituye base importante para futuros informes vinculados al tema.

Nivel metodológico. El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados que se deben tener con pacientes de apendicitis aguda en la etapa pre-operatoria, para así evitar posibles complicaciones.

Nivel Social. El informe beneficiará al profesional de enfermería que atienda a pacientes con apendicitis aguda en el servicio de emergencia. Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor e el servicio de emergencia y brindar una excelente atención a este tipo de paciente.

Nivel Económico. Los pacientes con apendicectomía aguda representan una de las enfermedades más frecuentes por lo que ingresan al servicio de emergencia, es por ello de suma importancia evitar complicaciones futuras pues ello provocaría una mayor estancia hospitalaria y una recuperación lenta del paciente.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

CARRILLO Betancourt, Victoria Katherine. Ecuador (2013) "Guía de Atención de Enfermería a pacientes pre-quirúrgicos sometidos a cirugías de apendicectomía y sus efectos e influencias en la recuperación de los mismos en el servicio de cirugías del Hospital Provincial General Latacunga en el primer semestre del 2012" .

Estudio descriptivo, explicativo y retrospectivo se basó en la investigación de campo aplicado a los pacientes sometidos a apendicetomías del servicio de cirugía del Hospital Provincial General Latacunga del 100% del personal de enfermería encuestado un porcentaje elevado del 93% manifiesta que si se debe brindar un cuidado personalizado al paciente, mientras que tan solo un 70% no crea que se deba dar un cuidado personalizado. Se puede concluir que los conocimientos del personal de enfermería no deben ser simplemente de forma básica sino que también deben enfocarse en los referente a la práctica y teórica para que puedan desenvolverse de mejor manera y poder ayudar al paciente y así evitar complicaciones. El contar con una guía de cuidados por parte del personal de enfermería hace que simplemente se apliquen los cuidados básicos u no específicos por ende el desinterés de los pacientes al momento de brindar los indicaciones para su mejoramiento. La elaboración e implementación de una guía de cuidados permitirá al personal de enfermería aplicar cuidados específicos, brindando un buen servicio al paciente para lograr su pronta recuperación y de la misma forma tomar las mejores decisiones en caso de que se produzcan complicaciones. En mi informe de atención de enfermería en nuestros pacientes también se da mediante la aplicación de nuestro PAE (Proceso de Atención de Enfermería)(3).

KINDA Altali, ARTACHO, Pedro Ruiz y Otros en su artículo titulado: Escala INFURG-SEMES para el diagnóstico de apendicitis aguda en los pacientes de 2 a 20 años atendidos en los servicios de urgencias hospitalario, cuyo objetivo es derivar una escala clínico-analítica diagnóstica de apendicitis aguda (AA) en pacientes entre 2 y 20 años atendidos por dolor abdominal con sospecha de AA en servicios de urgencias hospitalarios (SUH), y comparar su capacidad diagnóstica con la Escala de Alvarado (EA). Métodos. Estudio observacional de cohorte prospectivo que incluyó de forma consecutiva pacientes entre 2 y 20 años con dolor abdominal sospechoso de AA de menos de 72 horas de evolución atendidos en 4 SUH españoles entre junio y diciembre de 2014. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos (recuento leucocitario, fórmula y proteína C reactiva) y radiológicos (ecografía y/o TC) y, si procedía, quirúrgicos. La variable resultado principal fue el diagnóstico final de AA en los 14 días desde la visita índice. Resultados. Se incluyeron 331 pacientes con edad media de 11,8 (DE 3,8) años, siendo 175 (52,9%) hombres. Ciento dieciséis (35,0%) tuvieron diagnóstico final de AA. La escala INFURG-SEMES incluye sexo masculino, dolor en fosa ilíaca derecha a la exploración, dolor a la percusión, dolor al caminar, presencia de neutrofilia y proteína C reactiva elevada. El área bajo la curva (ABC) de la característica operativa del receptor (COR) de dicha escala fue 0,84 (IC 95% 0,79-0,88) y para la EA 0,77 (IC95% 0,72-0,82) siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,002$). Conclusiones. La escala INFURG-SEMES podría ser una herramienta de ayuda para el diagnóstico de AA en los pacientes entre 2 y 20 años atendidos con dolor abdominal sospechoso de apendicitis en los SUH, y ha mostrado una mayor capacidad discriminativa que la EA.(4)

HARREL A. et al EE.UU (2008) en su tesis titulado: efectividad de la apendicetomía laparoscópica en comparación con la apendicetomía convencional en apendicitis aguda no complicada. cuyo objetivo es analizar las ventajas de la apendicetomía laparoscópica en los pacientes > de 65 años de edad registrados en el sistema de datos de los hospitales de Carolina del Norte y encontrando que incluida la duración de la estancia hospitalaria, gastos, complicaciones y la mortalidad que se compararon entre los grupos hubo 29,244 apendicetomizadas realizadas en pacientes adultos (mayor de 18 años) 2,722 de ellos en pacientes adultos mayores, el porcentaje anual de apendicetomía laparoscópica realizados en los pacientes adultos mayores aumento entre 1997 y 2003 cuando se comparó con la apendicetomía abierta, los pacientes adultos mayores sometidos a Apendicetomía Laparoscópica tuvo una estancia hospitalaria menor con menor numero de complicaciones y una menor tasa de mortalidad.

La seguridad y la eficacia de la apendicetomía laparoscópica se demuestra por una reducción de la mortalidad, las complicaciones y una menor estancia hospitalaria en comparación con la apendicetomía abierta, la Laparoscópica puede ser el enfoque preferido en los pacientes de edad avanzado que requieren apendicetomía. (5)

FERRARESE A, MARTINO V. y otros, (2013) en su tesis titulada "Laparoscopic appendectomy in the elderly: our experience", mediante una revisión retrospectiva analizaron su experiencia en la aplicación de apendicetomía laparoscópica en pacientes adultos mayores, en 39 pacientes de los cuales 20 se capacitaron con técnica abierta y 19 con técnicas laparoscópica no hubo diferencia,

estadísticamente significativa, en este estudio no hubo diferencias estadísticamente significativas.

También en las variables peri – operatorias. Considerando que la apendicetomía laparoscópica es una técnica segura y factible la apendicitis aguda también en los pacientes adultos mayores. (6)

GARCÍA Mongalo, Julio. Nicaragua (2010) en su tesis titulado: "Diagnostico temprano de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el periodo comprendido de mayo a agosto 2008, cuyo objetivo es determinar la sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo comprendido de mayo-agosto 2008. Este estudio fue de prueba diagnóstica, donde se incluyeron 150 pacientes que cumplieron los criterios de selección, fueron operados con diagnóstico de Apendicitis aguda aplicando Escala de Alvarado y anotado en el expediente clínico. Se relacionó la puntuación obtenida de la Escala de Alvarado para cada paciente con su reporte histopatológico que representa el Estándar de Oro para esta enfermedad. El 76% de los pacientes en la evaluación de emergencia obtuvieron 7 puntos o más de la Escala de Alvarado y fueron llevados a sala de operaciones los restantes pasaron a un periodo de observación. En más del 80% de los casos estudiados la Escala de Alvarado con 7 o más puntos se correspondió con histopatológica positiva para Apendicitis aguda en cualquiera de sus fases. La Sensibilidad reportada es mayor del 80% y la Especificidad del 66% tenemos entonces que la Escala de Alvarado tiene gran valor diagnóstico y una especificidad aceptable. Se demostró que la Escala de Alvarado para Apendicitis aguda es útil como Herramienta diagnóstica ya que es aplicable de

manera universal, permite el Seguimiento, es de bajo costo, tiene alta Sensibilidad y buena Especificidad.(7)

RAMÍREZ Ruiz Luz Carmen Perú (2017) en su tesis titulado "Proceso de atención en enfermería en pacientes con apendicitis Chancay - 2017. Estudio descriptivo, este trabajo de enfermería enfoca en forma amplia y completa la atención enfermería que debe recibir el paciente desde el momento de su ingreso (preparación pre – operatoria) y post – operatoria. Además toma en cuenta el planteamiento, ejecución y evaluación del proceso de enfermería (PAE). en el presente informe describe la atención de los pacientes con diagnostico de apendicitis en la etapa pre – operatoria. (8)

FARFÁN Espinosa, Oscar Lima (2012) en su tesis titulada: "Apendicitis aguda en el Hospital Dos de Mayo Enero 2011 a Julio 2012" cuyo objetivo es describir los cuidados de enfermería en pacientes apendicitis aguda, siendo su tipo de estudio observacional descriptivo. la población es a todos los pacientes que fueron operados de emergencia del hospital Dos de Mayo con diagnóstico de apendicitis aguda, los datos fueron recopilados y resumidos en una ficha elaborada, considerando edad, sexo, tiempo de estancia hospitalaria, preoperatorio, estudios de la apendicitis aguda más frecuentes encontrados en el acto operatorio. Concluyendo que la apendicitis aguda fue más frecuente en los hombres (70.08%) y en mujeres (29.92). La presentación de la apendicitis aguda fue frecuente entre los 20 y 29 años de edad (41.15%), el tiempo de estancia respiratoria preoperatoria promedio fue de 11 horas, se encontró que el 11.98% de los pacientes tuvo peritonitis localizada y el 4.59% peritonitis generalizada.(9)

ARCANA MAMANI, Hernán. Lima (2004) El presente trabajo de investigación titulado "Factores relacionados con la Apendicitis Aguda complicada en pacientes de 15 a 60 años en Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza un enfoque basado en la evidencia 2003." Se trata de un estudio observacional analítico, transversal en un periodo comprendido desde el 1 de mayo 2003 hasta el 30 de abril del 2004 realizándose un estudio prospectivo en 700 pacientes adultos con diagnóstico pre-quirúrgico de apendicitis. Nosotros encontramos una tasa de apendicitis complicada del 61.6% apendicitis aguda no complicada 35.1% y apendicitis SAS 3.3%. Como es de esperar 42.4% corresponden al sexo masculino y 57,6% al sexo femenino. Respecto a grado de instrucción el 11% de pacientes tienen instrucción superior 78% entre primaria y secundaria. El grupo etáreo de mayor frecuencia estuvo entre 15 a 24 años con 310 casos (44.3%). Las molestias abdominales correspondieron a la cronología de Murphy en 425 pacientes (60.7%). El dolor abdominal difuso alcanzo en 160 pacientes (22.8%). El signo de Mc Burney se presentó en 520 pacientes (74.2%) el signo de Rovsing en 423 pacientes (60.4%), el signo de Blumbert estuvo presente en 54.2%. La fiebre acompañó a los pacientes al momento de su llegada a emergencia en 310 pacientes (44.2%). Entre la enfermedades agregados se presentó en 122 pacientes (17.4%), la anemia estuvo presente en 97 casos (13.8%).La diabetes mellitus acompañó a 26 pacientes (3.7%).La cardiopatía se presentó en 19 casos (2.7%). La cura quirúrgica de hernia inguinal es un antecedente en 98 pacientes (14.0%), la cura quirúrgica de hernia umbilical presentaron 63 pacientes(9.0%), la resección intestinal mas anastomosis termino terminal en 34 pacientes (4.9%) y la colecistectomía se registro en 31 pacientes (4.4%) La anatomía patológica certifica la ausencia de afección apendicular en 23 pacientes (3.3%) lo que demuestra la

precisión diagnóstica macroscópica que realizan los cirujanos al momento de la laparotomía. Debido a la elevada incidencia de apendicitis aguda complicada, en 323 pacientes (47.4%) se encontró leucocitosis con desviación izquierda. En cuanto a la técnica quirúrgica predomina la incisión Rockey Davis 258 pacientes (36.8%), y la incisión paramediana derecha infraumbilical que fue presente en 321 pacientes (45.8%), la incisión mediana infraumbilical en 121 pacientes (17.4%). El Tratamiento del muñón en forma libre fue en 418 (59.6%) y el tratamiento con jareta 282 (40.4%).(10)

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Apendicitis

A) Definición

La apendicitis es la inflamación del apéndice, el cual se ubica en el ciego (la porción donde comienza el intestino grueso), es una bolsa en forma de dedo que se proyecta desde el colon en el lado inferior derecho del abdomen.

B) Síntomas

Los signos y síntomas pueden comprender:

- Dolor Abdominal: Se inicia localizándose en la zona inferior del epigastrio o peri-umbilical independientemente de la localización del apéndice dentro de la cavidad abdominal, el dolor es la forma repentina que se incrementa al pasar las horas que luego se localiza en fosa iliaca derecha, se acentúa a la palpación del punto de MC Burney
- Nauseas y vómitos; no son prolongados la mayoría de pacientes vomitan 1 – 2 veces ocasionalmente.

- Alza térmica; se da en las primeras hora de evolución especialmente en niños y ancianos, puede sospecharse apendicitis perforada que puede empeorar a medida que la enfermedad avanza.
- Diarrea y estreñimiento; no son típico de la apendicitis la mayoría de los pacientes no lo tiene pero eso no significa que no puede formar parte del cuadro clínico.
- Perdida del Apetito se presenta en muchos casos antes del dolor. (11)

C) Causas

La apendicitis se produce como consecuencia de la obstrucción de su luz, es decir, del conducto interno del apéndice, esta obstrucción sucede por diferentes motivos.

Hiperplasia de folículos linfoides, es la causa de apendicitis más frecuente. Los folículos linfoides apendiculares funcionan igual que las amígdalas faríngeas, de modo que si se infectan por un microbio se inflaman, crecen y obstruyen la luz, quizá en las edades jóvenes de la vida nuestro organismo es más propenso a ello y eso justifique que la mayoría de los casos de apendicitis suceden entre los 10 y los 30 años.

Fecaloide es la segunda causa mas frecuente a través del intestino grueso pasa toda la masa fecal hacia el ano. En ocasiones un pequeño excremento puede ocluir la luz apendicular.

Cuerpos extraños del mismo dado que un fecaloide, un cuerpo extraño que hayamos ingerido podría obstruir la luz apendicular; siempre que tuviese el tamaño adecuado.

Parásitos; ya sea porque obstruyen directamente la luz o porque inflaman los folículos linfoides. El microorganismo que más se relaciona con la apendicitis es la Yersinia.

Tumores; es muy raro pueden ser del propio apéndice o del colon.

D) Diagnostico Diferencial

Si bien el dolor abdominal es un motivo de gran preocupación, su gravedad es muy variable dependiendo de su tiempo de evolución se puede clasificar en dolor agudo o crónico, las otras posibles causas pueden ser:

Niños; gastroenteritis aguda, divertículo de Mackel, invaginación intestinal, traumatismo abdominal, etc.

Jóvenes y Adolescentes: Cólico nefrítico, adenitis, mesentérica, ileitis granulomatosa.

Mujeres: embarazo ectópico, folículo hemorrágico (quiste funcional)

En varones: Tensión apendicular, epididimitis, etc.

En adultos: diverticulitis, colecistitis, pancreatitis, prostatitis, isquemia intestinal.

La Apendicitis aguda no complicada es susceptible de comprenderse con otros procesos abdominales y extra abdominales.

E) Complicaciones

La apendicitis puede causar complicaciones graves por lo cual el diagnóstico precoz de la apendicitis aguda permite una evaluación óptima con un porcentaje muy bajo de morbilidad y nulo de mortalidad.

La perforación del Apéndice. Esto puede causar que la infección se esparza por el abdomen (peritonitis). Esta enfermedad puede poner en riesgo la vida y es necesario urgente cirugía para extraer la apéndice y limpiar la cavidad abdominal (12)

- Acumulación de pus que se forma en el abdomen si el apéndice se revienta se formarán un absceso (peritonitis)
- Glastrón – apendicular
- Sepsis
- Muerte

F) Tratamiento

- Percepción quirúrgica
- Antibióticos
- Hidratación

El tratamiento de la apendicitomía aguda es la apendicetomía abierta o laparoscópica, como el retraso del tratamiento aumenta la mortalidad se considera aceptable una tasa de apendicetomía negativa del 15%. Por lo general, el cirujano puede extirpar el apéndice aun si esta perforado. En ocasiones, el apéndice es difícil de localizar en estos casos, suele estar ubicado detrás del ciego o del íleon y le meso del colon derecho.

La enfermedad inflamatoria intestinal que compromete el ciego es una contraindicación del Apendicetomía, en cambio en casos de ileitis terminal y ciego normal, debe resecarse el apéndice.

La apendicetomía debe ser precedida de antibióticos endovenosos se prefieren las cefalosporinas de tercera generación. En la apendicitis no perforada no se requieren antibióticos adicionales. Si el apéndice está perforado debe proseguirse con antibióticos hasta que la temperatura y el recuento de leucocitos del paciente se hayan normalizado o continuar durante un censo estipulado, de acuerdo con la preferencia del cirujano. Si la cirugía es imposible, los antibióticos mejorarán marcadamente la tasa de supervivencia. Cuando se detecta una gran masa inflamatoria que compromete el apéndice. El íleon terminal y el ciego, es preferible resecar toda la masa y confeccionar una íleo colostomía. En casos avanzados, en los que ya se ha formado un absceso periódico, este se drena mediante un catéter percutáneo bajo guía ecográfica o por cirugía a cielo abierto.

Cuadro Clínico

El síntoma más común es el dolor abdominal que inicia generalmente en el meso gástrico o epigástrico, si bien en la cuarta de los casos se manifiesta desde el principio en la zona iliaca derecha. Después pasada las primeras cuatro a seis horas, el dolor procede del cuadrante inferior derecho del abdomen. Puede aparecer hiporexia; náuseas, vómito y fiebre.

El diagnóstico se realiza de manera clínica pues hay signos característicos de apendicitis aguda, se puede apoyar en exámenes de laboratorio como: hemograma, hematocrito,

tiempo de coagulación, tiempo de sangría, grupo y factor, Rx abdomen simple, Rx tórax, ecografía.

Dependiendo del grado de evolución el tratamiento iniciará con la hospitalización, inmediata del paciente se deberá incluir lo siguiente. N.P.O hidratación del paciente mediante soluciones parenterales, antibióticos, analgésicos.

2.2.2 Cuidados Pre quirúrgicos

El cuidado pre quirúrgico comienza cuando el paciente es programado para una intervención quirúrgica y termina en el momento en que es trasladado al quirófano, la función principal de la enfermera antes de la operación es la de informar al paciente y a los familiares de la rutina pre quirúrgica y de preparar al paciente para la intervención tanto física como psicológica y espiritualmente.

Generales a toda cirugía

- Valoraciones por patrones, historia clínica y valoración física
- Patrón de percepción y mantenimiento de la salud
- Edad, refleja la capacidad para tolerar la cirugía y la anestesia
- Enfermedades previas: historia actual y razón por la que ingresa, historia de salud general, enfermedades crónicas (su tratamiento y control actual), enfermedades infecciosas que padezcan.
- cirugías previas: intervenciones quirúrgicas anteriores y la tolerancia de la anestesia practicada.
- Alergias: fármacos, alimentos y otras sustancias como yodo, etc.
- Medicación actual: (fármacos prescritos y no prescritos) (7)

Cuidados de enfermería

- Perfusión intravenosa para restituir la pérdida de líquidos, mantener una vía permeable para administrar medicamentos y administración antipiréticos
- Administración de antibióticos.
- Mantener en N.P.O (nada por vía oral)
- Evacuar vejiga
- Higiene
- Administración de los medicamentos pre-quirúrgicos
- Informar al paciente y su familia el tratamiento a realizar y su autorización para la intervención quirúrgica (8)

Prioridades de enfermería en la apendicectomía

- Evitar complicaciones a futuros, mediante la administración de antibióticos por vía endovenosa en la etapa pre quirúrgica según prescripción médica,
- Fomentar la comodidad del paciente al momento de colocarlo en camilla, estas deben tener barandas de seguridad para evitar caídas del paciente
- Informar sobre la atención, cuidados y traslado de pacientes hacia sala de operaciones al familiar, acompañante brindarles un apoyo psicológico y emocional.

Durante la cirugía:

- El área de su abdomen y genital se limpiarán con jabón y agua. Se colocarán sábanas para mantener limpia el área de la cirugía.
- Durante su cirugía, harán una incisión pequeña en el ombligo para introducir el laparoscopio. Los médicos introducirán otros instrumentos haciendo 1 o 2 incisiones pequeñas en diferentes

áreas del abdomen. Entonces, inflarán el abdomen con un gas (bióxido de carbono) para levantar la pared abdominal lejos de los órganos internos. Podrían utilizar ganchos, cauterio, lazadas o grapadoras para separar la membrana del apéndice del ciego. Después el apéndice se colocará en una bolsa pequeña y se cortará usando unas tijeras.

- Si el apéndice está muerto o en descomposición, el médico cortará también una parte o todo el ciego. La extremidad del intestino delgado será reconectada al intestino grueso restante. Las incisiones se cierran con puntadas o cintas quirúrgicas y se cubren con vendas. Si el apéndice ha estallado o tiene orificios, el abdomen se irrigará (lavará) completamente. Esto se realizará después de quitar el apéndice. Su médico podría dejar la piel abierta y permitir que se sane por sí misma. Es posible también que coloquen un drenaje en el abdomen para permitir que las materias infectadas salen de su cuerpo.

Después de la cirugía:

Es posible que lo lleven a una sala de recuperación hasta que esté totalmente despierto. Los médicos lo vigilarán de cerca en caso de cualquier problema. **No** se levante de la cama hasta que su médico lo autorice. Cuando los médicos vean que usted está bien, la llevarán de vuelta a su habitación del hospital. Las vendas utilizadas para cubrir los puntos de sutura mantienen el área limpia y seca para prevenir una infección. Un médico podría quitar los vendajes poco después de la cirugía para revisar las incisiones.

- **Actividad:** Es posible que deba caminar el mismo día de la cirugía o el día siguiente. El movimiento ayudará a evitar la formación de coágulos de sangre. Es posible que también le den ejercicios para hacer en la cama. No se levante de la cama

sin aprobación médica. Hable con su médico antes de levantarse por primera vez. Es posible que usted necesite ayuda para levantarse de forma segura. Cuando usted pueda levantarse por su cuenta, siéntese o acuéstese de inmediato si se siente débil o mareado. Luego oprima el botón de ayuda para informar a sus médicos que necesita ayuda.

- **Usted podrá tomar líquidos y comer ciertos alimentos** una vez que su función estomacal regrese a la normalidad después de la cirugía. Es posible que al principio le den trocitos de hielo. Luego recibirá líquidos como agua, caldos, jugo y sodas claras. Si no tiene malestar estomacal después de haber tomado estos líquidos, podría recibir alimentos como helados y puré de manzana. Una vez que pueda comer los alimentos blandos con facilidad, podrá comenzar a ingerir alimentos sólidos de a poco.
- **Drenaje:** Son pequeños tubos (sondas) de caucho que se colocan dentro de su piel para drenar el líquido acumulado alrededor de su incisión. El drenaje(s) es retirado cuando la incisión ha dejado de drenar.
- **Medicamentos:** Es posible que usted necesite alguno de los siguientes:
- **Antibióticos:** Este medicamento se administra para ayudar a tratar o prevenir una infección causada por bacteria.
- **Medicamentos contra las náuseas:** Estos medicamentos pueden ser administrados para calmar su estómago y ayudar a prevenir el vómito.
- **Analgésicos:** Los médicos podrían darle medicamentos para eliminar o disminuir el dolor.

No espere hasta que el dolor sea intenso para pedir más. Informe a sus médicos si no disminuye su dolor. Es posible que

el medicamento no funcione como debería para controlar su dolor si espera demasiado tiempo para tomarlo.

Los analgésicos pueden causarle mareos o somnolencia. Para evitar las caídas, llame a un médico cuando desee levantarse o si necesita ayuda.

- **Monitoreo:** Los médicos podrían revisar el pulso en los brazos o las muñecas. Esto les permitirá a sus médicos saber si tiene problemas con el flujo de sangre después de la cirugía. Usted también podría presentar alguno de los siguientes:
- **Monitor cardíaco:** También se conoce como ECG o EKG. Parches adhesivos colocados en su piel registran la actividad eléctrica de su corazón.
- **La ingesta y la eliminación** se podrían medir. Los médicos llevarán un registro de la cantidad de líquido que usted está recibiendo. También podría ser necesario que los médicos conozcan la cantidad que usted orina. Consulte con los médicos si necesitan medir o tomar una muestra de orina.
- **Es posible que usted necesite oxígeno adicional** si el nivel de oxígeno en su sangre está más bajo de lo que debería estar. Es posible que le administren oxígeno a través de una mascarilla colocada sobre la nariz y la boca o a través de pequeños tubos colocados en las fosas nasales. Pregúntele a su médico antes de quitarse la mascarilla o los tubos del oxígeno.
- **Es posible que deba usar botas neumáticas después de la cirugía** Las botas tienen una bomba de aire que aprieta y suelta diferentes áreas de las botas. Este dispositivo va a mejorar la circulación de sangre para prevenir coágulos

RIESGOS:

- Pueden suceder problemas durante su apendicectomía laparoscópica que pueden llevar a una laparotomía (cirugía abierta). Su estómago, intestinos, vasos sanguíneos o nervios podrían ser lesionados o quemados durante la cirugía. Usted podría también presentar problemas respiratorios, una infección o sangrado excesivo durante o después de la cirugía. El gas utilizado puede causar dolor de hombro o pecho por 1 a 2 días después de su cirugía.
- Se le podría formar un coágulo sanguíneo en la pierna o el brazo. Esto puede causar dolor e inflamación, y puede detener el flujo sanguíneo en su cuerpo. El coágulo puede desprenderse y viajar a los pulmones. Un coágulo sanguíneo en sus pulmones puede causar dolor de pecho y dificultad para respirar. Este problema puede poner en peligro su vida.
- Sin tratamiento, el apéndice podría reventar. Cuando esto sucede, el contenido de sus intestinos y el líquido infectado podrían propagarse adentro del abdomen. Esto podría conllevar a otros problemas médicos graves como la septicemia (infección de la sangre).

2.2.3 Teoría de Enfermería de Virginia Henderson

Para el presente informe se ha tenido en cuenta la Teoría de la Necesidades humanas de Virginia Henderson quien incorpora los principios fisiológicos y plantea que la enfermería no solo debe valorar necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que la alteran.

Las actividades que los enfermeros realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson

denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente. "Los cuidados de enfermería consisten principalmente, en ayudar al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o restablecimiento, actividades que el realizaría por sí mismo, si tuviera la fuerza, los conocimientos, o la voluntad necesaria. La función de la enfermera asistir actividades, para que recobre su independencia lo más rápidamente posible.

V. Henderson, parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer (Marriner, 1999)

Necesidades humanas básicas según Virginia Henderson

1. Necesidad de respirar
2. Necesidad de beber y comer
3. Necesidad de eliminar
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura
5. Necesidad de dormir y descansar
6. Necesidad de vestirse y desvestirse (ropa adecuada)
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
8. Necesidad de higiene corporal
9. Necesidad de protección de la piel
10. Necesidad de comunicarse
11. Necesidad según sus creencias y sus valores
12. Necesidad de profesar su fe
13. Necesidad de recrearse
14. Necesidad de aprender

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades antes de llegar a planificar los cuidados.

El rol de la enfermera es un rol de suplencia – ayuda, suplir para Henderson, significa hacer por él, aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Necesidades alteradas según Modelo de Virginia Henderson en la Apendicitis Aguda.

Necesidad de Seguridad: Riesgo de Infección R/C con proceso infeccioso por probable complicación de la Apendicitis Aguda

Necesidad de Termorregulación: Mantener la temperatura corporal en límites normales R/C proceso infeccioso evidenciándose con alza térmica.

Necesidad de seguridad: Dolor agudo R/C el dolor abdominal localizando en fosa iliaca derecha, ya que el paciente refiere dolor en dicha zona.

Necesidad de Aprender; Déficit de conocimientos acerca de que en la apendicitis y los cuidados pre – operatorio R/C falta de información sobre la patología (13)

2.3 Definición de términos

- **Apendicectomía laparoscópica:** Técnica mínimamente invasiva de extirpación quirúrgica del apéndice cecal usando un equipo de video endoscopía.
- **Apendicectomía convencional:** Técnica de extirpación quirúrgica del apéndice cecal mediante un procedimiento de cirugía abierta.
- **Estancia hospitalaria:** Tiempo de permanencia del paciente en hospitalización desde la intervención quirúrgica hasta el momento del alta.
- **Tiempo operatorio:** Tiempo en minutos desde el inicio de la intervención quirúrgica hasta la culminación del procedimiento.
- **Infección de sitio operatorio:** infección que ocurre dentro de los primeros 30 días posteriores al procedimiento y que cumple con alguno de los siguientes requisitos:
 - Secreción purulenta en la herida.
 - Signos locales de infección.
 - Diagnóstico de infección formulado por el cirujano.
 - Cultivo realizado de manera aséptica confirmatorio del microorganismo, lo cual sugiere ISQ y un agente etiológico
- **Complicaciones intraoperatorias:** Complicaciones que afectan a los pacientes durante la cirugía. Pueden o no estar asociadas a la enfermedad por la cual la cirugía es realizada o dentro del mismo procedimiento quirúrgico.
- **Complicaciones postoperatorias:** Procesos patológicos que afectan a los pacientes después de un procedimiento quirúrgico. Pueden o no estar relacionados a la enfermedad por la cual se realiza la cirugía y pueden o no ser el resultado directo de la cirugía.

- **Conversión de técnica quirúrgica:** Cambio de una técnica laparoscópica a una técnica convencional de cirugía abierta; en virtud a un contexto quirúrgico desfavorable identificado por el juicio clínico del cirujano con finalidad de disminuir la morbimortalidad asociada a este procedimiento.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral se recolectó datos utilizando documentación para lo cual se revisó el libro de atención de Tópico de cirugía del servicio de emergencias obteniendo el paloteo de pacientes con diagnósticos (Dx) de apendicitis aguda entre enero de 2014 a enero 2016 de los cuales se tomaron datos realizando el paloteo respectivo considerando edad, sexo, número de casos por año.

La metodología utilizando el método descriptivo, se describe el número de casos de apendicitis aguda en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora desde enero 2014 a enero 2016 en la cual en este informe solo se limita a reportar una enfermedad (apendicitis en una población)

3.2 Experiencia Profesional

Ingresé a laborar en el Hospital María Auxiliadora en Agosto del año 1986 en el área del Centro Quirúrgico durante un año desarrollándome como Enfermera en la Unidad de Recuperación, luego laboré desde 1988 a 1989 en el Servicio de Gineco-obstetricia. Desde 1990 a 1993 estuve desempeñándome como Jefa de Centro Obstetro-quirúrgico, donde se realiza la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) y legrados uterinos.

Desde el año 1994 a 1995 trabajé en el área quirúrgica oftalmológica donde se realizaban operaciones ambulatorias. Desde 1996 hasta 1998 ocupé Jefatura de la Clínica del Hospital María Auxiliadora donde se atendían pacientes de manera particular. En el año 1999 al 2009 laboré como enfermera asistencial en el Servicio de Emergencia. Ocupé el cargo de supervisora de enfermería en el año 2010 al 2011 a partir del 2012 hasta la actualidad laboro como Enfermera Asistencial en el servicio de emergencia.

A. Institución: Hospital María Auxiliadora

El Hospital María Auxiliadora dependencia del Ministerio de Salud, es una institución asistencial del Tercer nivel que funciona como único centro hospitalario de referencia en el Cono Sur de Lima Metropolitana, brindando atención integral básica en los servicios de salud a la población de distritos urbanos, marginal y rural representan aproximadamente 2849,533 habitantes (INEI 2014) . Durante el gobierno militar del presidente Juan Velasco Alvarado en 1971, se dan las iniciativas para la creación de un hospital infantil en el distrito de San Juan de Miraflores, otorgándose un terreno eriazo de 15.5 kilómetros cuadrados.

Años después el 29 de diciembre de 1983, durante el gobierno Constitucional del Arquitecto, Fernando Belaunde Terry. Siendo Ministro de Salud el Dr. Juan Franco Ponce, se inauguró una dependencia con el servicio de 20 médicos en consultorios externos; cirugía, gineco – obstetricia, medicina general y pediátrica, designando como director de nuestra institución al Dr. Rodolfo Rivaldi Nicolini

En Abril de 1985 luego de un concurso de plazas vacantes de personal profesional y técnico se amplía la atención en Consultorios externos, laboratorios clínicos, rayos X, nutrición, se derivan pacientes a hospitales de Lima cuando requerían hospitalización, siendo Ministro de Salud, el Dr. David Tejada de Rivero y Director Ejecutivo de este complejo hospitalario, el Dr. Julio Espinoza Jiménez y su Director Dr. César Ciro Carozzi Calvo, en agosto de 1986, se inaugura oficialmente ambientes de hospitalización con 100 camas (Auxiliadora, Reseña Histórica, 2008)

Accesibilidad

El hospital María Auxiliadora esta "Ubicado en el Distrito de San Juan de Miraflores, en la Av. Miguel Iglesias N° 986, se encuentra en un lugar estratégico, accesible geográficamente a toda la Jurisdicción de la DISA Lima Sur.

Los límites distritales son;

- Norte: Distrito de Santiago de Surco y la Molina
- Sur : distrito de Villa el Salvador
- Este : Distrito de Chorrillos

Infraestructura

De manera general, el hospital consta de un volumen principal de 6 picos de altura con un sótano y un entresuelo destinado a hospitalización de los pacientes y una serie de módulos estructuralmente independientes entre sí, donde funcionan una serie de servicios.

El hospital tiene una área de terreno de 45,566.10 m² y un área construida de 23,523.61 m² estructuralmente está compuesto por un sistema en base a pórticos de concreto armado y muros de albañilería.

Servicios que ofrece la Institución

- ✓ Consultorios externos
 - Medicina
 - Ginecología
 - Oftalmología
 - Psiquiatría
 - Dermatología
 - Odontología
 - Pediatría
 - Control del Niño Sano
 - Traumatología
 - Cirugía General
 - Cirugía Pediátrica
 - Cirugía Plástica
 - Oncología
 - Endocrinología
 - Urología
 - Dermatología
 - Atención Preventiva y Promocional

- ✓ Anestesiología (SOP – Recuperación, Central de Esterilización)
- ✓ Cuidados Intensivos (UCI, Adulto-U>C>I Pediátrico – UCI – Neonatología)
- ✓ Anatomía patológica – Patología
- ✓ Diagnóstico por imágenes
 - Radio diagnóstico

- Radiología Intervencionista
- Ecografía
- Mamografía
- ✓ Nutrición y Dietética
- ✓ Servicio Social (Emergencia, hospitalización, consulta extern
- ✓ Farmacia
 - Farmacia central
 - Farmacia emergencia

Densidad Poblacional

Como integrantes de la Red de Salud de la DISA II Lima – Sur, el Hospital María Auxiliadora es el único hospital del Nivel III denominado Cono Sur de Lima Metropolitana, el cual está integrado por 13 distritos y que ocupa una extensión territorial de 891.03 km² (ver gráfico N° 2)

Los distritos de Villa María del Triunfo, Villa El Salvador, San Juan de Miraflores, Santiago de Surco y Chorrillos son los que se concentran el 89.5% de 2'056,559 habitantes del total de la población que geográficamente son los distritos que circundan al Hospital María Auxiliadora.

Naturaleza

El Hospital María Auxiliadora es un órgano documentado de la Dirección de Salud II Lima – Sur.

Categorización: De acuerdo a la RD N° 425-06-DISA-II-LS/DL de fecha 04 de Setiembre 2006, está catalogado como un establecimiento III-1.

Dentro del Sistema de Salud funciona como un hospital de referencia para la Dirección de Salud Lima Sur.

Funciones desarrolladas en la actualidad

a) Área Asistencial

- Establecer el diagnóstico de enfermería de los pacientes con diagnóstico de apendicitis y elaborar el plan de atención según el grado de dependencia.
- Identificar las necesidades del paciente
- Controlar las funciones vitales, canalizar vía administrar tratamiento, médico indicado.
- Realizar notas de enfermería
- Preparar al paciente física, psicológica y emocionalmente para la intervención quirúrgica.
- Coordinar con los servicios de ayuda al diagnóstico para la atención de los pacientes.
- Coordinar la transferencia a sala de operaciones.

b) Área Administrativa

- Supervisar la ejecución de la atención del técnico de enfermería al paciente.
- Plasmar la atención de enfermería en las notas de enfermería.
- Realizar el kárdex donde se anota la hidratación del paciente, administración del tratamiento medicamentoso, análisis solicitados por el médico, registrar en el cuaderno de ingreso y egresos del paciente

c) Área de Docencia

- El Hospital María Auxiliadora es un hospital docente que alberga estudiantes de enfermería de diferentes universidades quienes realizan sus prácticas bajo la supervisión de licenciados de enfermería con especialidad. También se cuenta con internas de enfermería que realizan rotación en diferentes áreas para poner en práctica los conocimientos adquiridos durante el tiempo de su formación.

d) Área de investigación

- Se programa actividades científicas para actualizar los conocimientos científicos con los internos de referencia que rota por el área de tópico de cirugía.

3.3 Procesos realizados en el tema del Informe

En el tópico de cirugía del Hospital María Auxiliadora el flujo de paciente es de 30 a 40 pacientes por el turno de 12 horas. En este tópico acuden pacientes con patologías de otras especialidades quirúrgicas, (traumatología, cirugía tórax y cardiovascular, cirugía de cabeza y cuello, urología, neurocirugía), trabajando una sola licenciada de enfermería con dos técnicos de enfermería.

De los 30 a 40 pacientes que acuden al tópico de cirugía se quedan en el pasadizo del servicio de emergencia en observación de 18 a 20 pacientes de diferentes especialidades quirúrgicas, dentro de ellas están las pacientes que ingresan por síndrome doloroso abdominal para descartar apendicitis aguda.

Como se puede apreciar se maneja diferentes especialidades quirúrgicas priorizando la atención en pacientes pre quirúrgicos de apendicitis.

Cuando el médico confirma el diagnóstico de apendicitis se inicia la preparación pre quirúrgica:

- Se recepciona al paciente: se utiliza el PAE para identificar las necesidades del paciente con apendicitis
- Se controla las funciones vitales
- Se identifica al paciente con una pulsera en la mano
- Cumplir con las indicaciones médicas
- En todo momento se informa al familiar sobre el proceso pre quirúrgico, brindando apoyo emocional y psicológico al paciente y familiar.

- Canalizar la vía periférica y administrar tratamiento medicamentoso indicado.
- Se le coloca la bata al paciente
- Verificar que haya sido evaluado por el anestesiólogo
- Verificar si está firmado el consentimiento informado
- Comprobar que el paciente no tenga alajas, que no lleven ningún tipo de esmalte en las uñas, no tener prótesis dental
- Verificar que miccione antes de ir al quirófano.
- Se le traslada al paciente en camilla al quirófano.

Aportes

- Se adjuntó a los registros de enfermería la Escala de Alvarado en pacientes que acuden al tópico de cirugía con síndrome doloroso abdominal.
- Se incrementó una Licenciada de Enfermería en el Tópico de Cirugía.
- Se implementó un pequeño ambiente para la preparación física y psicológica del paciente pre-quirúrgico.

Limitaciones para el desempeño profesional

La falta de personal por descanso médico; falta sin aviso esto influyen en la atención del paciente ya que la enfermera que se incrementó en algunos turnos en el tópico de cirugía / traumatología tiene que salir a cubrir otro tópico de emergencia por ausencia de la Licenciada programada.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

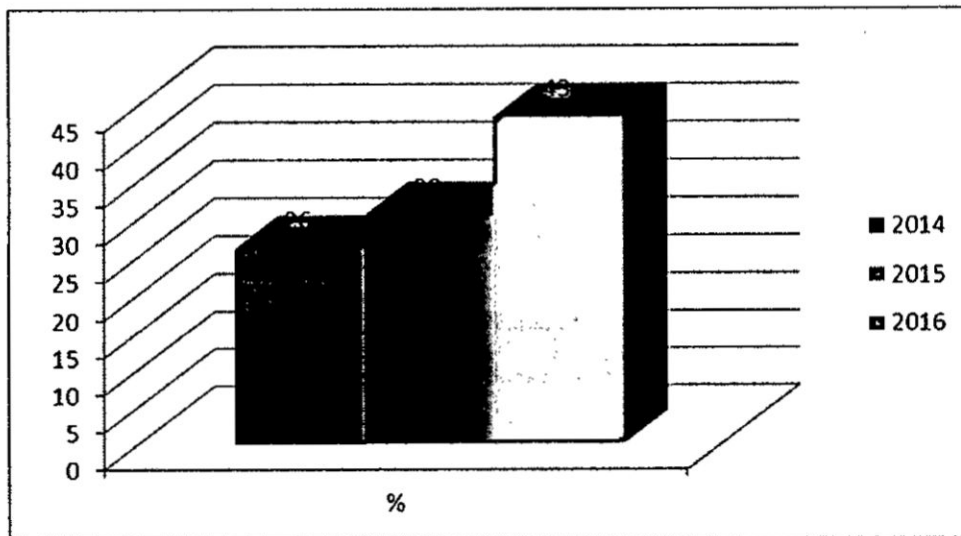
Atención de los pacientes con apendicitis aguda en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora 2014-2016

Año	Atenciones	
	N°	%
2014	450	26%
2015	525	30%
2016	750	43%
Total	1725	100%

Fuente: Oficina de estadística e informática del HAMA-2017

GRÁFICO N° 4.1

Atención de los pacientes con apendicitis aguda en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora 2014-2016



En el cuadro 4.1 se observa que el año 2014 se tuvo un total de 450 (26%) pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda, seguido para el año 2015 con un total de 525 (30%) pacientes, y por último con el ingreso de esta patología se ha ido incrementándose, es así que en el año 2016 se atendió a un total de 750 (43%) pacientes.

CUADRO N° 4.2

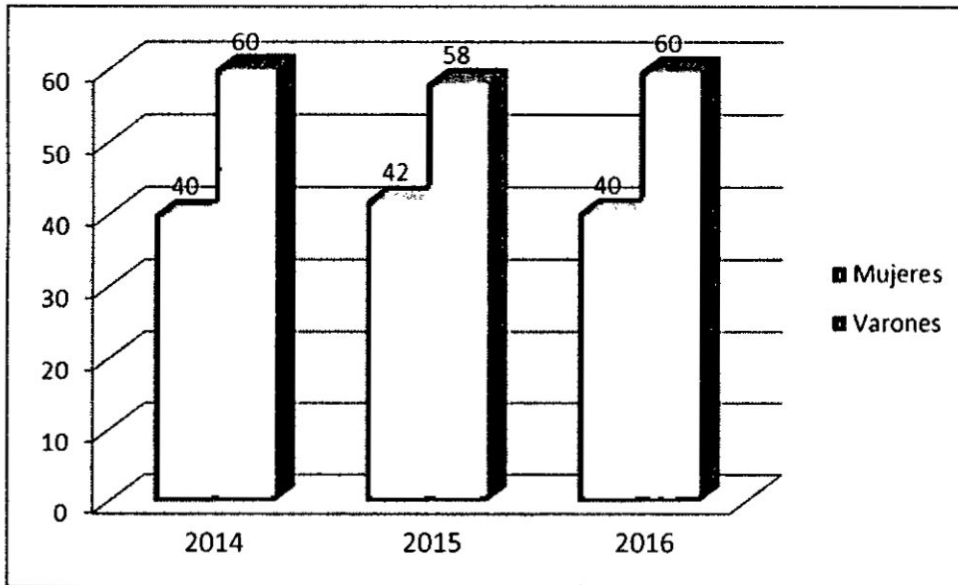
Cuadro Comparativo entre ambos sexos de los pacientes de apendicitis aguda en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora 2014-2016

Año	2014		2015		2016	
	P	%	P	%	P	%
Mujeres	180	40%	220	42%	302	40%
Varones	270	60%	305	58%	448	60%
TOTAL	450	100	525	100	750	100

Fuente: Oficina de estadística e informática del HAMA-2017

GRÁFICO N° 4.2

Cuadro Comparativo entre ambos sexos de los pacientes de apendicitis aguda en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora 2014-2016



En el cuadro 4.2 se observa que la incidencia de casos de apendicitis aguda en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora es más frecuente en varones con un 60% que mujeres con un 40%, manteniéndose dicha tendencia hasta el año 2016

CUADRO N° 4.3

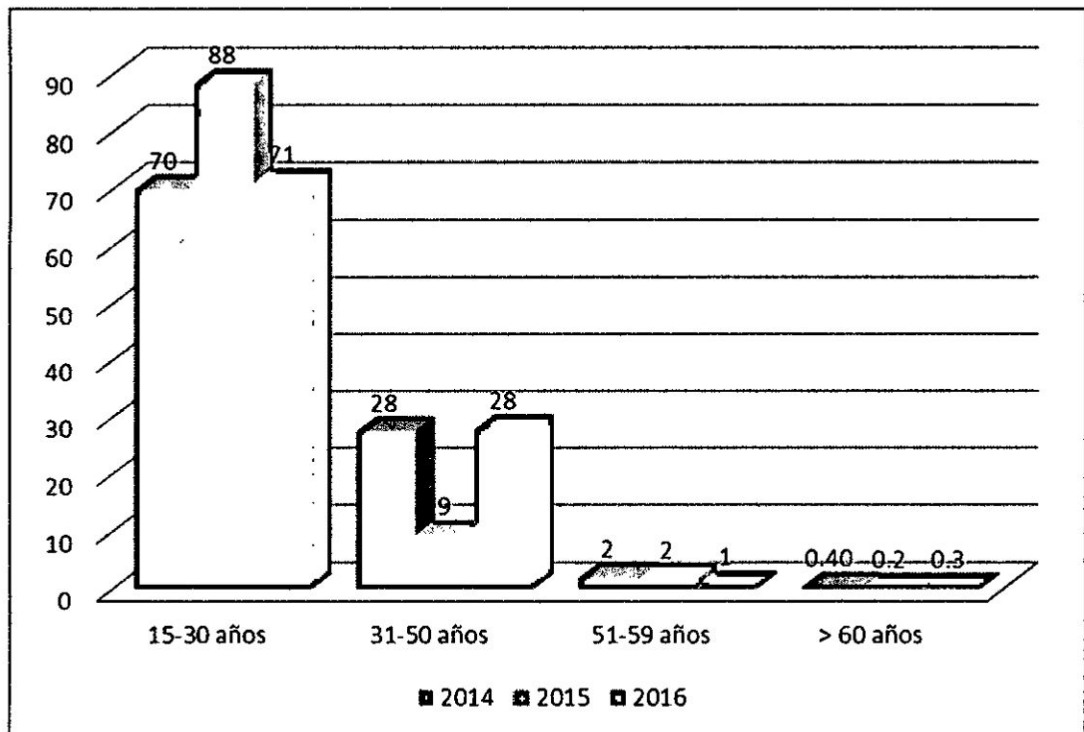
Cuadro Comparativo entre N° de Casos de Apendicitis Aguda por edades y años en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora 2014-2016

Edad / Años	2014		2015		2016	
	P	%	P	%	P	%
15-30 años	350	70	376	88	533	71
31-50 años	138	28	40	9	210	28
51-59 años	10	2	8	2	5	1
> 60 años	2	0.40	1	0.2	2	0.3
TOTAL	500	100	425	100	750	100

Fuente: Oficina de estadística e informática del HAMA-2017

GRÁFICO N° 4.3

Cuadro Comparativo entre N° de Casos de Apendicitis Aguda por edades y años en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora 2014-2016



En el cuadro 4.3 se observa que el mayor número de casos de apendicitis aguda se encuentra en el grupo de 15 a 30 años y el grupo etáreo de menor incidencia es de > a 60 años.

V. CONCLUSIONES

- a) La preparación psicológica del paciente posibilita la disminución de la ansiedad del paciente para la intervención quirúrgica.
- b) La utilización del proceso de enfermería , nos permite en forma científica en la práctica asistencial brindar los cuidados sistematizados, lógicos y racionales.
- c) Todos los procedimientos que se brinden a los pacientes deben ser oportuno, eficiente y seguro.

VI. RECOMENDACIONES

- a) La elaboración e implementación de Guías de Cuidados que permitirá al personal de enfermería aplicar cuidados específicos, brindando un buen servicio al paciente para lograr su pronta recuperación y de la misma forma tomar las mejores decisiones en caso de que se produzca complicaciones.
- b) Contar con una guía de cuidados por parte del personal de enfermería para que se aplique los cuidados básicos y/o específicos que son de suma importancia para el paciente pre-quirúrgico.
- c) Incrementar personal profesional y no profesional de enfermería para garantizar la atención oportuna y eficaz y evitar posibles complicaciones.

VII. REFERENCIALES

1. CORTEZ M.A. Apendicitis (internet) webconsultyas.com.2015 (cita 11 julio 2016) [http://: wwwconsultas.com/categoría/salud-al-dia/apendicitis](http://www.consultas.com/categoría/salud-al-dia/apendicitis)
2. Organización Mundial de la Salud – OMS. Envejecimiento. 2014
3. CARRILLO Betancourt, Victoria Katherine. Ecuador (2013) “Guía de Atención de Enfermería a pacientes postquirúrgicos sometidos a cirugías de apendicectomía y sus efectos e influencias en la recuperación de los mismos en el servicio de cirugías del Hospital Provincial General Latacunga en el primer semestre del 2012” .
4. KINDA Altali, ARTACHO, Pedro Ruiz y Otros en su artículo titulado: Escala INFURG-SEMES para el diagnóstico de apendicitis aguda en los pacientes de 2 a 20 años atendidos en los servicios de urgencias hospitalario
5. HARRELL A. Lincourt A. Novitsky Y. Rosen M. Kuwada T. Kercher K. Sing R. Heniford B. Advantages of laparoscopic appendectomy in the elderly. 2008; 72(6): 80-470.
6. FERRARESE A. Martino V. Enrico S. Falcone A. Catalano S. Pozzi G. Marola S. Solej M. Laparoscopic appendectomy in the elderly: our experience. 2013; 13: 2-22.
7. GARCÍA Mongalo, Julio. Nicaragua (2010) en su tesis titulado: “Diagnostico temprano de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el periodo comprendido de mayo a agosto 2008
8. RAMÍREZ Ruiz Luz Carmen Perú (2017) en su tesis titulado “Proceso de atención en enfermería en pacientes con apendicitis Chancay - 2017.

9. FARFÁN ESPINOSA, Oscar Lima (2012) en su tesis titulada: "Apendicitis aguda en el Hospital Dos de Mayo Enero 2011 a Julio 2012"
10. ARCANA MAMANI, Hernán. Lima (2004) El presente trabajo de investigación titulado "Factores relacionados con la Apendicitis Aguda complicada en pacientes de 15 a 60 años en Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza un enfoque basado en la evidencia 2003."
11. Slideshare. Proceso de atención en enfermería. Apendicectomía (internet). Slideshare.net.2016 cited 23 setiembre 2016) Available from; <http://es.slideshare.net/netorabet/proceso-de-atención-en-enfermería-apendicectomía>
12. SOS. Enfermero. Apendicitis (Definición, diagnóstico, complicaciones y tratamiento) sosenfermero.com.2016 (cita 10 julio 2016) Available from [http://www.sosenfermero.com/publicaciones de salud/infectología/apendicitis-definición-diagnóstico-complicaciones y tratamiento](http://www.sosenfermero.com/publicaciones-de-salud/infectología/apendicitis-definición-diagnóstico-complicaciones-y-tratamiento)
13. Capelli Pamela. Teoría de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas. Publicado el 24 de sept. de 2015

ANEXOS

FRONTIS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA



CROQUIS DE LA UBICACIÓN DEL HOSPITAL MARIE AUXILIADORA



AMBIENTE PARA LA PREPARACIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA DEL PACIENTE PRE-QUIRÚRGICO



**PASADIZO DE EMERGENCIA: OBSERVACIÓN DE
PACIENTES DE DIFERENTES ESPECIALIDADES
QUIRÚRGICAS**



EMERGENCIA

HOJA DE COSTOS/PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA-HMA

NOMBRE DEL PACIENTE:		HC:									
FECHA	PROCEDIMIENTO	D		N		D		N		TOTAL	
09282	Atención de Emergencia, Prioridad I (Urgente) (*)										
09283	Atención de Emergencia, Prioridad II (*)										
09284	Atención de Emergencia, Prioridad III (*)										
09285	Atención de Emergencia, Prioridad IV (*)										
09294	Atención Sala Observación										
09306	Inyección IV										
09784	Inyección Intravenosa										
09782	Inyección subcutánea o intramuscular										
09141	Sedación con o sin analgésico IV o IM										
09361	Inyección Intravenosa, Hidratación Inicial, cada hora escalón										
91001	Colocación de Sonda Nasogástrica										
51702	Colocación de sonda Foley										
51701	Cateterismo Vesical										
94640	Tratamiento por Inhalación con o sin presión (Nebulización)										
93000	Electrocardiograma										
08140	OXIGENO/ litros										
26430	Trasfusión de Sangre o componentes										
94780	Óximetría no invasiva										
02346/94002	Apoyo ventilatorio no invasivo (Oxigenoterapia)										
94095/94002	Ayuda y manejo de ventilación Invasiva, Inicio										
94003	Asistencia y manejo de ventilación de presión o de volumen en pacientes con alta subglotina										
97667	Cuación de heridas										
36418/82948	Gaúscas Tira Reactiva										
91106	Intubación Orotráquea, Lavado Gástrico o aspiración terapéutica										
31720	Aspiración de secreciones x TET o nasotraqueal										
	LEYENDA: 1. Marcar con * según prioridad de atención 2. Ingresar la cantidad de procedimientos según corresponda										
PRIMA Y SELLO DE LA ENFERMERA											

HOJA DE MONITOREO

FUNCIONES VITALES											INFUSIONES			OTROS				
HORA	T°	FC	FR	PA	PAM	CO2	SO2	FRQ2	HGT	ECG								
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
BALANCE HIDRICO																		
PESO																		
INGRESOS																		
	7am-7pm			7pm-7am			TOTAL			EGRESOS								
	7am-7pm			7pm-7am			TOTAL			7am-7pm			7pm-7am			TOTAL		
H2O										ORINA								
DIETA										DEPOSICIÓN								
FLUIDOS										SECRECIÓN								
RETOS										VÓMITO								
TYO.										RESIDUO GÁSTRICO								
										DRENAJE								
										OTROS								
AD.										PI								
(A) INGRESOS (DIURNO)									(C) EGRESOS (DIURNO)									
(B) INGRESOS (NOCHE)									(D) EGRESOS (NOCHE)									
(E) TOTAL INGRESOS (A+B)									(F) TOTAL EGRESOS (C+D)									
BN TOTAL (E - F) =																		

NOMBRE Y APELLIDOS	CAMA:
DIAGNÓSTICO:	FECHA:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICITIS AGUDA

DOMINIO Y CLASE DX. DE ENFERMERÍA	NOC RESULTADO ESPERADO. OBJETIVO	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NOC EVALUACIÓN
<p>Dominio 12: Confort Clase: 1 Confort Físico Código: 00132 Dolor abdominal agudo R/C presencia de agentes lesivos biológicos (infección y físicos)</p>	<p>- Sintomatología: Nivel del color (2102)</p> <p>Conducta de salud: Control del dolor (1605)</p>	<p>Manejo del dolor (1400): Evaluar la eficacia con el paciente, del nivel del dolor basado en la valoración del dolor a través de la escala analógica visual: 0 (ausencia de dolor), 5 (dolor moderado), 10 (dolor máximo)</p> <p>- Administración de analgésicos (2210): Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de la dosis inicial.</p> <p>- Vigilancia sobre posibles efectos adversos: RAM (Reacción adversa al medicamento)</p>	<p>Paciente manifiesta alivio del dolor post administración de analgésicos.</p> <p>La vigilancia oportuna y precoz de las RAM evita una nueva complicación que podría empeorar el estado del paciente.</p>

DOMINIO Y CLASE DX. DE ENFERMERÍA	NOC RESULTADO ESPERADO. OBJETIVO	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NOC EVALUACIÓN
<p>Dominio 2: Nutrición Clase: 1 Ingestión Código: 00002 Consumo de nutrientes inadecuadamente R/C por dolor abdominal más náuseas y vómitos, desinterés por los alimentos.</p>	<p>Estado Nutricional (1004): Hidratación (/11): Mantener una buena hidratación</p>	<p>Vigilar hidratación corporal (1860/37): Realización de un buen Balance Hídrico Estricto, observación permanente de la turgencia de piel y de membranas mucosas.</p>	<p>Paciente en buen estado de hidratación, con piel y mucosas hidratadas.</p>
<p>Dominio 11 Seguridad / Protección Clase : 6 Termorregulación Código: 00007 Hipertermia Temperatura corporal aumentada R/C proceso infeccioso.</p>	<p>Termorregulación (0800): Objetivizar la temperatura cutánea aumentada (/01) Signos Vitales (0802) Medir la temperatura corporal (/01)</p>	<p>Regulación de la temperatura (3900): Administrar medicamentos antipiréticos (/02) Monitorización de los signos vitales (6680): Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel (/14)</p>	<p>Paciente disminuyó su alza térmica durante su estancia en Tópico de Emergencia Pediátrica El monitoreo de las funciones vitales permite identificar a tiempo los signos de alarma</p>

DOMINIO Y CLASE DX. DE ENFERMERÍA	NOC RESULTADO ESPERADO. OBJETIVO	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NOC EVALUACIÓN
<p>Dominio 11: Seguridad / Protección Clase 1: Infección Código: 00004 Riesgo de Infección Riesgo de infección R/C proceso infeccioso, presencia de organismos patógenos que pueden complicar a salud del paciente (peritonitis)</p>	<p>Estado Inmune (0702): Temperatura Corporal (/04)</p> <p>Detección del riesgo (1908) de infección: Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo (/01)</p> <p>Control del riesgo (1902): De infección.</p>	<p>Regulación de la temperatura (3900): Administrar medicamentos antipiréticos (/02)</p> <p>Protección de las Infecciones (6550) Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada (/20)</p> <p>Administración de medicación (2300): Seguir los cinco principios de la administración de la medicación (/17): Hora, Dosis, Vía, Medicamento y Paciente correcto.</p> <p>Observar si se produce efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados (/12).</p> <p>Mantener las normas de asepsia (/18): lavado de manos</p>	<p>Paciente disminuyó su alza térmica.</p> <p>El reconocimiento precoz y oportuno de los signos y síntomas de alarma ayudan a prevenir las complicaciones del paciente con apendicitis.</p> <p>La administración precoz y oportuna de antibióticos por vía parenteral previene complicaciones del paciente con apendicitis</p> <p>La vigilancia oportuna y precoz de las RAM evita una nueva complicación que podría empeorar el estado del paciente.</p> <p>El lavado de manos evita la propagación de gérmenes.</p>

ESCALA DE ALVARADO

Cuadro. Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda según la escala de Alvarado

Aspecto	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas y / o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación izquierda	1
Total de puntos		10