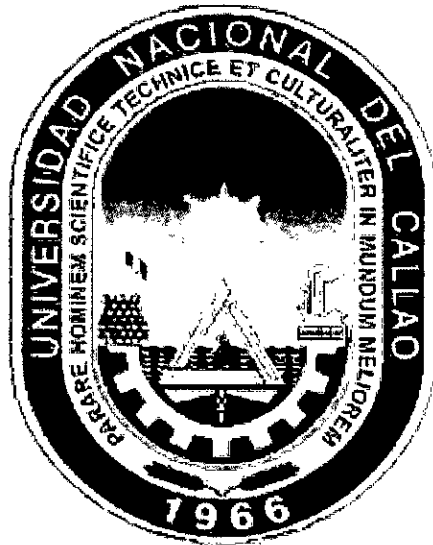


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS
APENDICECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL PERÚ COREA SANTA ROSA PIURA II-2,
2014 – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICO.**

PALACIOS CRESPO ZULY MARGOT

CALLAO – 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY | PRESIDENTE |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA | VOCAL |

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 237

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1694-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la situación problemática.	3
1.2 Objetivo.	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO.	
2.1. Antecedentes	7
2.2 Marco conceptual.	11
2.3 Definición de términos.	26
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.	
3.1 Recolección de datos.	27
3.2 Experiencia profesional.	27
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	29
IV. RESULTADOS.	30
V. CONCLUSIONES.	37
VI. RECOMENDACIONES.	38
VII. REFERENCIALES.	39
ANEXOS.	43

INTRODUCCIÓN

La apendicectomía sigue siendo uno de los procedimientos de emergencia más comunes realizados por los cirujanos generales en todo el mundo¹; durante más de un siglo, la apendicectomía abierta (AA) ha sido el estándar para la cirugía de apendicitis aguda.

La apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo que requiere intervención quirúrgica durante la edad pediátrica. El diagnóstico de apendicitis aguda es relativamente simple cuando se presenta el cuadro clínico clásico. Las dificultades se encuentran en el reconocimiento de las presentaciones atípicas de apendicitis aguda. El diagnóstico de apendicitis aguda se dificulta más, por la gama de enfermedades con la que se debe de hacer diagnóstico diferencial, en especial en el niño pequeño

El presente informe de experiencia profesional titulado “Cuidados de Enfermería en niños de apendicectomía en el Servicio de Cirugía del Hospital Perú Corea Santa Rosa Piura II – 2, 2014 2016”, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería que se brindan en los niños con apendicectomía.

El presente informe está estructurado en siete capítulos en la cual se describe los aspectos relevantes de la investigación, a continuación, se describen brevemente cada uno. En el I capítulo se redacta la principal problemática suscitada en la atención de este tipo de atención y sus principales complicaciones; en el II capítulo se plantea el marco de teorías donde se citan los principales antecedentes de investigación y los principales postulados teóricos de la investigación, el III capítulo se describe la experiencia profesional, en el IV capítulo se presentan los resultados, los cuales son presentados en cuadros y gráficos estadísticos, en el V capítulo se plantean las conclusiones a las que se arriban en el informe, en el VI capítulo se formulan las recomendaciones producto del estudio, en el VII capítulo se presentan las referencias bibliográficas utilizadas en la elaboración del informe, finalmente los anexos donde se muestra el instrumento y fichas utilizadas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problema.

La apendicitis es la patología quirúrgica abdominal más frecuente en la infancia. Las peculiaridades anatómicas y funcionales propias de esta edad originan con frecuencia, cuadros de presentación atípica que dan lugar a retrasos y errores diagnósticos entre 15-60% de los casos. Los cuadros de apendicitis aguda son sumamente frecuentes a nivel mundial y representan la indicación quirúrgica más común de los cuadros agudos abdominales²

Según las estadísticas mundiales, es la causa principal del abdomen agudo quirúrgico en pediatría. Es una de las entidades clínicas mejor reconocidas, pero una de las que mayores problemas diagnósticos pueden suponer para el clínico, constituyendo un desafío único y a veces frustrante, debido a la superposición de síntomas con otras patologías especialmente en los menores de cuatro años³

La precisión diagnóstica de apendicitis aguda en niños es mucho más baja que en adultos. Es por ello que se realizó este estudio para determinar el grado de apendicitis aguda en un grupo de niños, sobre la base del estudio histopatológico, y se comparó con el diagnóstico macroscópico del cirujano y el cuadro clínico del paciente previo a la cirugía⁴

A pesar del avance tecnológico el diagnóstico de esta patología es netamente clínico ya que depende de una buena anamnesis y un buen examen físico. Esta enfermedad es rara en el primer año de vida y al ser poco frecuente en estas edades habitualmente no nos lleva a determinar este mal con la precocidad del caso, motivando que el tratamiento se retarde y la complicación sea mucho más rápida que en los adultos. Una vez hecho el diagnóstico de una apendicitis aguda el tratamiento debe de ser quirúrgico, el síntoma de dolor abdominal varía en cuanto a exteriorización dependiendo de

la edad del niño ya que estos no reflejan ni refieren bien la sintomatología que los aqueja pudiendo ser el diagnóstico dificultoso. La apendicitis aguda en lactantes y niños tiene características especiales que lo diferencian de la apendicitis de los adultos llevando a veces a error en el diagnóstico encontrándose un alto índice de apendicitis perforadas y por consiguiente de sus complicaciones⁵

En el Perú ⁶ se han desarrollado una serie de investigaciones, donde se señala que el 52%(523) de las cirugías de emergencia fueron por apendicitis aguda y 48% por otras patologías. Del total de pacientes operados por apendicitis aguda, el 60% fueron hombres, con edad promedio de 31 años. El tipo de diagnóstico de apendicitis aguda fueron, supurada y necrosada en 39% y 23%, respectivamente. El 51% de casos fueron apendicitis no complicada y el 49% complicada. Sólo el 11% de las apendicetomías durante el tiempo de estudio fueron por vía laparoscópica, el resto se operó por cirugía abierta. La forma de manejo del muñón apendicular fue “a muñón libre”, en el 96.2%, requirieron rafia de ciego el 2,7% de pacientes y en 1,1% se practicó invaginación o jareta del muñón. La herida operatoria se dejó abierta para cierre por segunda intención en 14%, y se usó dren Penrose en 32.1% de los casos.

Una intervención quirúrgica supone un acontecimiento estresante en la vida de cualquier individuo. Las nociones previas, los miedos y las dudas que el paciente pueda tener en la etapa anterior a la cirugía van a influir de forma determinante en su recuperación durante el postoperatorio. La actuación ante estos pacientes debe ser integral; por lo tanto, el personal de enfermería juega un rol fundamental en este proceso de tratamiento y recuperación del paciente.

En el Hospital Perú Corea Santa Rosa no se han realizado estudios que revelen las complicaciones de apendicectomía, pero se ha podido observar

que la apendicitis aguda es una patología más frecuente y de mayor prevalencia en los niños cuyas edades oscilan entre 3 y 14 años personas, los factores que llevan a que estos niños lleguen complicados al hospital generando aumento de la estancia hospitalaria; esto es ya que la mayoría de ellos provienen de zonas rurales, con creencias culturales que los hace pensar que son otros factores, la economía de los padres y la alimentación; esto se acompaña que al interior del hospital existe sobre población, generando sobrecarga de trabajo a los profesionales, falta de salas especiales para niños; el número de casos evaluados durante el 2014 y 2016 fue de 480 pacientes cuyas edades oscilan entre 3 y 14 años.

1.2. Objetivos:

Describir los cuidados de enfermería en niños de apendicectomía en el Servicio de Cirugía del Hospital Perú Corea Santa Rosa Piura II – 2, 2014 2016.

1.3. Justificación:

El estudio permite analizar las características de los pacientes con apendicectomía en los niños de 3 a 14 años, asimismo se podrá evaluar el papel que cumple la Enfermera en el cuidado de la atención a estos pacientes, que son difíciles por ser niños.

A nivel social, el estudio permitirá generar acciones, en la medida que se tengan datos reales respecto a la apendicectomía y el papel que cumple la enfermera en los cuidados, permitirá realizar acciones para mejorar la atención y cuidados de enfermería, los cuales no deben seguir basados en creencias, sino que es función de la enfermera demostrar su contribución a la salud mediante la aplicación de un cuidado planificado y basado en teorías científicas.

A nivel práctico, el estudio beneficiara a los pacientes, ya que serán tratados desde el enfoque humanista y se respetarán sus diferencias sociales, asimismo el estudio beneficia a los profesionales de salud ya que les ofrece información relevante de los pacientes que han sido operados por apendicectomía en el Hospital Santa Rosa del Distrito de 26 de octubre.

A nivel teórico, el estudio se fundamenta en las teorías del cuidado de enfermería en pacientes, permitirá llenar vacíos teóricos en este grupo investigado ya que no existen reportes de investigación y servirá como base para otras investigaciones.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Barrios, Gustavo⁷ (2015), elabora el estudio titulado: "*Apendicitis aguda en niños menores de doce años correlación clínico patológica*" Universidad de San Carlos de Guatemala. Se planteó como objetivo determinar el porcentaje de correlación del diagnóstico clínico con el diagnóstico histopatológico del patólogo en la apendicitis aguda en pacientes pediátricos, se revisaron 311 expedientes del Hospital Roosevelt de pacientes ingresados a la emergencia de cirugía pediátrica en el periodo de tiempo de enero a octubre de 2011. Se tuvo como resultados que la apendicitis aguda es el cuadro quirúrgico de urgencia abdominal más frecuente de la infancia, el 60% de la población era de sexo masculino, los resultados de la apendicitis aguda en fase edematosa fue la más frecuente con un 38% y fase supurativa con un 31% son las más observadas en la sala de emergencia de dicho hospital. La mayor incidencia con un 28% son los pacientes en el rango de 6 a 12 años de edad en cualquier fase. El 100% de los pacientes ingresados al hospital son intervenidos quirúrgicamente en las primeras dos horas posteriores a su ingreso. Se determinó que el diagnóstico macroscópico no varía significativamente en comparación con el diagnóstico microscópico. En conclusión, la correlación clínico patológica del diagnóstico realizado por los cirujanos son certeros, ya que tienen una correlación con el diagnóstico de los patólogos en un 98%.

Ortega, Karina⁸ (2015), elabora el estudio titulado: "*Complicaciones en cirugías de apendicetomía en el área de cirugía del Hospital General Latacunga, Cantón Latacunga, provincia Cotopaxi periodo 2015*". Universidad Regional Autónoma de los Andes - Ecuador, se planteó como objetivo: Diseñar una guía de enfermería para disminuir las complicaciones en pacientes apendicectomizados. El método utilizado cuantitativo, con un diseño descriptivo experimental, se analizaron 80 historias clínicas y guías de observación la cual fue aplicada a 20 enfermeras. Sus resultados fueron: 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 y las actividades de enfermería realizan de forma rutinaria.

Mauricio Franco J⁹, (2012), en la tesis "Epidemiología quirúrgica de la apendicitis aguda en población pediátrica del Hospital Nacional Sergio Bernal en el periodo 2007-2011", se planteó como objetivo describir las características de la apendicitis en los pacientes pediátricos. Estudio descriptivo, cuantitativo con un diseño transversal. Obtuvo los siguientes resultados: La apendicitis aguda fue más frecuente en el sexo masculino. El grupo de edad más frecuente se da en los adolescentes. El principal síntoma y signo referidos, fueron: el dolor migratorio y el de Mc Burney, respectivamente. La mayoría de pacientes tuvo una evolución típica de la enfermedad y leucocitosis con desviación izquierda. El tiempo de evolución, en el grupo de 0 a 23 horas fue el más frecuente. La estancia hospitalaria preoperatoria, tuvo como media 7,9 horas y la estancia hospitalaria postoperatoria fue menor de 6 días en más de tres cuartos de la población. El

tipo de intervención quirúrgica fue a predominio de cirugía convencional. El diagnóstico preoperatorio, en lo concerniente la estadía complicada, difirió bastante de los resultados del diagnóstico intra operatorio e histopatológico. Alta congruencia entre los diagnósticos intra operatorios e histopatológicos, siendo el estadio perforado, el de mayor frecuencia, en ambos. El tipo de complicación postoperatoria, más prevalente fue la Infección de herida operatoria

2.1.2. Antecedentes nacionales

Ruiz, Lidia¹⁰ (2014), elabora el estudio titulado: *“Características clínicas y quirúrgicas de la apendicitis aguda en niños atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos desde enero 2013 a diciembre 2014”* Universidad Nacional de la Amazonía - Perú. Tuvo como objetivo: Describir las características clínicas y quirúrgicas de la apendicitis aguda en niños atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos desde enero 2013 a diciembre 2014, la metodología usada fue la descriptiva retrospectiva, la población la conformó las 81 historias clínicas. Sus principales resultados son: El grupo atareo más frecuente fue el de 10 a 14 años (59.3%), seguido del grupo de 5 a 9 años (35.8%) y el de 2 a 4 años (4.9%); la Prevaleció fue en el sexo masculino (64.2%), los síntomas más frecuentes fueron anorexia (93.8%), vómitos (89%), alza térmica (82.7%) y náuseas (67%), los signos más importantes fueron Mc Burney (84%) y Blumberg (66.7%). Hubo leucocitosis en 87.7% de casos. La duración del acto quirúrgico fue en su mayoría entre 30 a 60 min. (70.4%). La estancia hospitalaria más frecuente fue entre 1 a 2 días (54.3%). Conclusiones: 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.

Matta, Marco¹¹ (2014), elabora el estudio: "*Características epidemiológicas, clínicas, quirúrgicas y anatómicas patológicas de la apendicitis aguda en la población pediátrica de 0 – 14 años del Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo*" Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Perú. El objetivo planteado fue describir las características epidemiológicas, clínico – quirúrgicas y anatómicas patológicas de la Apendicitis aguda en la población pediátrica de 0 a 14 años. El estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal; la población seleccionada fue de 83 pacientes de ambos sexos, entre 0 y 14 años con diagnóstico de Apendicitis Aguda durante el periodo 2014. Se revisaron las historias clínicas y se elaboró una ficha de recolección de datos para obtener la información requerida. Resultados: La apendicitis aguda predominó en el sexo masculino (72.3%), el grupo de edad más frecuente fue de 10 a 14 años (60.2%), el tiempo de enfermedad en el grupo de 0 a 24 horas tuvo una frecuencia de 53.0%, el síntoma más frecuente fue el dolor abdominal (100%), el signo clínico más frecuente fue el signo de Mc Burney (90.36%); la estancia postoperatoria fue menor de 3 días (53.0%). El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue la apendicitis aguda no complicada (66.3%). El diagnóstico intraoperatorio más frecuente fue la apendicitis perforada (33.7%). El diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue la apendicitis gangrenada (47.0%). La complicación post operatoria más frecuente fue la infección de Herida Operatoria (7.2%). El estudio concluye: La apendicitis aguda fue más frecuente en el sexo masculino y en el grupo de edad de 10 a 14 años. El síntoma y signo clínico más frecuente fueron el dolor abdominal y el signo de Mc Burney. La mayoría presentó leucocitosis y sedimento normal. La cirugía de elección fue la convencional y el esquema antibiótico más usado Metronidazol y Amikacina. La infección de herida operatoria fue la complicación más frecuente. Existe leve concordancia entre el diagnóstico intraoperatorio y el anatomopatológico.

2.2. Marco conceptual:

2.2.1. Conceptualización de apendicitis

La apendicitis, es la inflamación del apéndice, ubicado en el ciego, que es la porción donde comienza el intestino grueso. Normalmente los casos de apendicitis aguda requieren de un procedimiento quirúrgico llamado apendicectomía ya sea bien por laparoscopia o laparotomía, que no es más que la extirpación del apéndice inflamado. En casos sin tratamiento, el índice de mortalidad es elevado, principalmente debido a complicaciones como la peritonitis y el shock séptico, en particular cuando el apéndice inflamado se rompe¹²

El término apendicitis fue usado por primera vez por el patólogo Reginald H. Fitz, en la Primera reunión de la Asociación de Médicos Americanos celebrada en Washington en 1886. Fitz identificó al apéndice como causante de la mayoría de la patología inflamatoria de la fosa iliaca derecha, describió los signos y síntomas de 34 la apendicitis y su progresión de una inflamación a la peritonitis y por último, enfatizó que el mejor tratamiento era su rápida extirpación¹³.

La apendicitis, es el proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal producido por obstrucción del lumen y proliferación bacteriana subsiguiente. La apendicitis aguda se subdivide en dos grupos con respecto al grado inflamatorio: la apendicitis aguda simple y la apendicitis complicada. La apendicitis simple, de los cuales la apendicitis supurada es el tipo más común, es considerado como una buena indicación para la AL; la apendicitis complicada, definida como la apendicitis aguda gangrenada y / o perforada lleva a peritonitis localizada o difusa, en relación a esta condición no se ha establecido un consenso claro a favor.

2.2.2. Etiología

La principal teoría de la fisiopatología de la apendicitis, basado en evidencias experimentales hacia un taponamiento de la luz del apéndice por un apendicolito. Las infecciones (*Ascaris lumbricoide*, *Enterobius vermicularis* o larva de taenia) pueden también ocluir la luz del apéndice, así mismo la presencia de semillas, aunque es muy raro, causa una obstrucción con aumento de la presión por la producción de mucosidad propia del órgano, rara vez ocurre obstrucción del apéndice por razón de un tumor. El aumento progresivo de la presión intraapendicular va ocluyendo la luz del órgano y por presión extrema resulta en trombosis y oclusión primero los capilares linfáticos, luego los venosos y al final, los arteriales, conduciendo a isquemia que evoluciona a gangrena, necrosis y posteriormente a perforación. La perforación conduce a una peritonitis y esta aumenta el riesgo de mortalidad del paciente. Esta ruta de progresión de la enfermedad se interrumpe con el tratamiento quirúrgico y muy rara vez se recupera espontáneamente¹⁵.

Las bacterias intestinales se escapan a través de las paredes del apéndice, se forma pus dentro y alrededor del apéndice y el resultado de una ruptura de este tipo es una peritonitis, que puede conllevar a una sepsis infecciosa y disfunción orgánica múltiple y, eventualmente la muerte. Entre los agentes que causan bloqueo del apéndice se encuentran cuerpos extraños, trauma físico, gusanos intestinales y linfadenitis. El bloqueo por acumulación de heces, llamado fecaloma, ha interés reciente en investigadores como agente etiológico de la apendicitis. La incidencia de fecalomas es mayor en países desarrollados que en países en desarrollo, frecuentemente asociado a las apendicitis complicadas. Los apendicolitos y fecalomas aparecen en el apéndice probablemente debido a una retención fecal en el colon derecho y una prolongación en el tiempo del tránsito fecal por esa región¹⁶.

Varios estudios ofrecen evidencias que una dieta baja en fibra tiene importancia en la patogénesis de la apendicitis. Ello puede ir asociado a un aumento en el reservorio fecal del colon derecho, pues la carencia de fibra en la dieta aumenta el tiempo de tránsito fecal. El mecanismo exacto de la apendicitis aguda aún no está bien caracterizado, pero la etiología parece ser multifactorial: una combinación de daño isquémico de la mucosa con invasión bacteriana, asociado a veces con algún grado de obstrucción por un fecalito, hiperplasia folicular, cuerpo extraño o parásito. Los patólogos aceptan la úlcera focal de la mucosa y el infiltrado de neutrófilos de la mucosa con o sin abscesos de la criptas como suficiente para hacer el diagnóstico de apendicitis. Se habla de apendicitis supurativa cuando existe algún grado de ulceración de la mucosa e inflamación aguda transmural. Cuando existe trombosis vascular y necrosis hemorrágica en la pared, además de la inflamación transmural, se habla de apendicitis gangrenosa o gangrenada¹⁷.

2.2.3. Diagnóstico

• Síntomas

Hay varias «formas» predecibles de apendicitis aguda; los signos y síntomas pueden ser clásicos o bastante variables, dependiendo del momento de la presentación, posición del apéndice y variabilidad individual en la evolución del proceso patológico. Mientras que la presentación clásica de la apendicitis aguda está bien descrita, representa menos de la mitad de los casos; por tanto, la mayoría de los casos tienen una presentación «atípica»¹⁸

Clásicamente, la apendicitis aguda comienza como una enfermedad insidiosa, con malestar generalizado y anorexia. El dolor abdominal es de modo constante el síntoma primario y se inicia poco después (horas) del comienzo de la enfermedad. El dolor es inicialmente vago, no relacionado con actividad o posición, con frecuencia de tipo cólico y de localización periumbilical como consecuencia de la inflamación visceral por un apéndice

distendido. La progresión del proceso inflamatorio en las siguientes 12-24 h lleva a la afectación de las superficies parietales adyacentes, lo que da lugar a dolor somático localizado en la fosa ilíaca derecha. El dolor se vuelve más intenso y se exacerba por el movimiento¹⁸.

En apéndices de localización retro cecal o pélvica, el dolor puede referirse a la espalda o causar, además, síntomas urinarios sobre todo en los casos de apendicitis perforada cuando hay probablemente inflamación y posible absceso en la pelvis. También son frecuentes la anorexia, las náuseas y los vómitos, que aparecen unas horas después del dolor. La diarrea es más frecuente en niños que en adultos y puede ocasionar confusión diagnóstica. La fiebre suele ser de bajo grado, a menos que se haya producido una perforación¹⁸. La progresión temporal de los síntomas de un dolor ligero y vago, malestar y anorexia a dolor localizado e intenso, fiebre y vómitos se produce rápidamente, en 24-48 horas en la mayoría de los casos. Si el diagnóstico se retrasa más de 36- 48 horas, la tasa de perforación supera el 65%.² Si el apéndice tiene una localización retrocecal, la apendicitis predeciblemente evoluciona más lentamente y es probable que los pacientes relacionen 4-5 días de enfermedad antes de la evaluación.

- Exploración física

El dolor y la defensa muscular involuntaria son los dos datos claves para el diagnóstico. El dolor abdominal localizado es el hallazgo singular más fiable en el diagnóstico de la apendicitis aguda. El empleo juicioso de la analgesia con morfina para aliviar el dolor abdominal no cambia la precisión diagnóstica ni interfiere con la toma de decisión quirúrgica y los pacientes deben recibir un control analgésico adecuado¹⁸. En 1889, Mc-Burney describió el punto clásico del dolor localizado en la apendicitis aguda, que es la unión de los tercios lateral y medio de la línea que une la espina ilíaca anterosuperior derecha y el ombligo, pero el dolor puede localizarse también en cualquier punto aberrante del apéndice. Los signos clásicos de irritación

peritoneal tienen poca importancia en el niño, en quien el signo de Blumberg debe explorarse mediante presión leve, repetidas veces y con un solo dedo. Cuando ya ha ocurrido la perforación, la defensa muscular involuntaria se hace más evidente y la rigidez generalizada no tarda en aparecer. En los casos de presentación atípica, el arma más útil es la exploración seriada por una misma persona, incluso dejando al paciente ingresado en observación durante 12-24 horas¹⁹.

- Exámenes de laboratorio

Por lo general se obtienen un hemograma completo y un análisis de orina. El recuento leucocitario en el comienzo de la apendicitis (48 h debe ser visto como muy sospechoso de un diagnóstico alternativo. El recuento leucocitario puede ser acusadamente elevado ($>20.000/mm^3$) en la apendicitis perforada. El análisis de orina muestra frecuentemente algunos leucocitos o hematíes, debido a la proximidad del apéndice inflamado con el uréter o la vejiga, pero debe estar libre de bacterias²⁰

- Diagnóstico por imágenes

Ecografía. La ecografía se utiliza frecuentemente en la evaluación de la apendicitis aguda y ha demostrado una sensibilidad y especificidad $>90\%$ en centros pediátricos experimentados en la técnica. Los criterios ecográficos para la apendicitis incluyen un diámetro trasverso mayor a 6 mm y una pared engrosada mayor de 2 mm, distensión luminal, ausencia de compresibilidad, una masa compleja en la fosa ilíaca derecha o un fecalito. La principal limitación de la ecografía es la incapacidad para visualizar el apéndice, que se describe en hasta el 20% de los casos. Debe visualizarse un apéndice normal para excluirse una apendicitis por la ecografía²¹.

2.2.4. Tratamiento:

Antibióticos. El régimen antibiótico debe ser dirigido frente a la flora bacteriana típica que se encuentra en el apéndice, que incluye organismos anaerobios (Bacteroides, clostridios y Peptostreptococcus spp.) y bacterias aerobias gramnegativas (Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter y Klebsiella spp.). En la apendicitis simple no perforada, una dosis preoperatoria de un agente único de amplio espectro (cefotaxima) o equivalente es suficiente, aunque la mayoría de los cirujanos continúan con cobertura durante 24 horas. En la apendicitis perforada o gangrenosa, la mayoría de los cirujanos prefieren el régimen antibiótico «triple» (ampicilina, gentamicina y clindamicina o metronidazol) o una combinación de ceftriaxona-metronidazol, que se continúa con la cobertura antibiótica postoperatoriamente durante 3 a 5 días. Se ha demostrado que los antibióticos orales son igual de efectivos que los intravenosos y, por tanto, se puede cambiar al paciente a un régimen oral una vez retorna la función intestinal²².

Tratamiento quirúrgico. Incisiones en tratamiento convencional: Transversa (Rockey Davis): 3 cms por debajo de la cicatriz umbilical y se centra en la línea medio clavicular. Oblicua (Mac Burney): pasa por un punto (Cicatriz umbilical y Espina iliaca anterosuperior) 2/3 por arriba y 1/3 por debajo. Paramediana derecha (Trans rectales o Para rectales). Apendicectomía convencional: Localización del apéndice, transección del meso (arteria apendicular) Sección de la base (coprostasia), manejo del muñón (ligadura simple, inversión o combinación de ambos puntos en Z o jareta)²²

Apendicectomía De Intervalo: La única circunstancia en que no está indicada la intervención es cuando existe una masa palpable tres a cinco días después del comienzo de los síntomas. El tratamiento en estos casos consiste en la administración de antibióticos de amplio espectro, líquidos parenterales

y reposo. Sólo tras un intervalo de tres meses después del episodio agudo puede y debe hacerse la apendicectomía Demorada o De Intervalo. Tratamiento laparoscópico. Dicha técnica ofrece un buen campo operatorio, una excelente iluminación, permite un completo lavado de la cavidad abdominal y un adecuado drenaje, disminuyen la posibilidad de un absceso residual. La apendicectomía se practica cada vez más mediante laparoscopia, que presenta ventajas sobre la técnica abierta. La preparación en la apendicitis precoz rara vez dura más de 1 o 2 horas, aunque en caso de sepsis grave y deshidratación, asociadas a una perforación tardía puede requerir 6 a 8 h²³

2.2.5. Complicaciones postquirúrgicas:

El periodo postquirúrgico; es el período que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, con secuelas. Pudiendo, en caso de fracasar la terapéutica finalizar con la muerte.

2.2.5.1. El postoperatorio.

Se divide en cuanto al tiempo que ha transcurrido desde la operación, en: 1. Inmediato 2. Mediato 3. Alejado²⁴

a) El periodo inmediato.

En el que se controlan los signos vitales, tensión arterial, pulso, respiración, esto implica valorar la permeabilidad de las vías aéreas para descartar cualquier tipo de obstrucción. En este periodo también se prestará atención a la aparición de hemorragia tanto interna como externa que repercutirá en la frecuencia de pulso y en los valores tensionales.

Los principales objetivos de enfermería en este periodo son:

- Identificar signos de complicaciones y saber colaborar en el tratamiento de las mismas

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas
- Mantener la permeabilidad de las vías venosas y drenajes
- Garantizar la comodidad y seguridad del paciente
- Monitorizar constantes vitales
- Disipar la anestesia residual
- Proporcionar alivio del dolor
- Tranquilizar emocionalmente al paciente y familia, y reducir la ansiedad.

Intervención de enfermería:

- Control de los signos vitales
- Mejorar la función respiratoria y facilitar el intercambio de gases
- Control y sujeción adecuada de los accesos venosos y drenajes
- Posición y movilización
- Analgesia
- Anestesia raquídea, epidural o local (empezar a buscar los estímulos)
- Seguridad del paciente

Valoración del estado del paciente

- Estado respiratorio (frecuencia respiratoria, permeabilidad vías, ruidos, si el paciente recupera la capacidad tusígena)
- Estado circulatorio (pulso, PVC, PA, pulsos periféricos, color y temperatura de la piel)
- Estado neurológico (nivel de conciencia, orientación, respuesta de las extremidades)
- Estado general (temperatura, diuresis, fuerza muscular, dolor, apósitos, drenajes, suturas)
- Anestesia raquídea, epidural o regional (capacidad de movimiento del área intervenida)

Objetivo: monitorización del paciente; lo más importante del paciente posquirúrgico es la permeabilidad de las vías (aéreas y venosas), que respiren bien, controlar vías de entrada y de salida.

b) Periodo mediato²⁵

En este periodo se prestará atención al control de los desequilibrios, diuresis, fiebre, alteraciones hidroelectrolíticas, comienzo de la función intestinal.

Se prestará atención al control de los posibles desequilibrios hidroelectrolíticos y/o signos de infección a través del control de:

- Diuresis
- aparición de febrícula o hipertermia
- Bala
- Valoración de la función intestinal, a través de la auscultación de los ruidos intestinales hidroaereos
- Eliminación urinaria para checar la función renal

c) Periodo tardío

En este período se prioriza el control de la evolución de la cicatrización, así como la evolución de la enfermedad tratada. La duración está determinada por la clase de operación y por las complicaciones.

La respuesta metabólica a un traumatismo quirúrgico de moderada magnitud (cirugía mayor abdominal, torácica, etc.) no complicado, presenta variaciones individuales importantes. Identificar signos de complicaciones y saber colaborar en el tratamiento de las mismas.

2.2.5.2. Problemas postoperatorios

Los problemas postoperatorios más frecuentes son²⁶:

- Dolor postoperatorio
- Hemorragia (hipotensión primer signo)
- Alteraciones del intercambio gaseoso

-La movilización precoz (lo primero que hay que hacer es hacer moverse al paciente para evitar un éxtasis venoso), la IMS (inspiración máxima sostenida) y la cascada de tos -La neumonía

- Evolución de las heridas (3 estados): -Inflamación: primer-tercer día; sangre, linfa y fibrina forman el exudado; si la presencia de bacterias es menor de la de leucocitos no se producirá infección, se formarán unas bandas de fibrina.

-Leucocitos • vascularización -Proliferación: tercer día- 1/2 semanas;

2.2.5.3. Manejo del dolor

La presente revisión del dolor posquirúrgico aborda el efecto del dolor, tanto positivo como negativo a corto y largo plazo en el paciente quirúrgico, describe

los diversos tipos de dolor según su fisiopatología, así como el empleo de los diversos tipos de fármacos analgésicos tales como los opioides, aines y los anestésicos locales. Se describe las indicaciones y contraindicaciones de la analgesia con opioides, analgesia subcutánea, así como sus precauciones, efectos adversos. Se toca el tema de la analgesia paciente controlada (PCA), la analgesia epidural continua²⁶.

Tipos de dolor.

Dolor nociceptivo o sensorial. Es un dolor inflamatorio debido al estímulo químico, mecánico o térmico en los nociceptores (nervios que responden a un estímulo doloroso)

Dolor neuropático. Es el resultado de una lesión, además de una alteración en la transmisión de la información nociceptivo a nivel del sistema nervioso central o periférico.

2.2.5.4. Escala usada para el manejo del dolor

Una de las escalas más usadas para el manejo del dolor; es la **Escala visual** de EVA. Escala Analógica Visual (EVA) es otro abordaje válido para medir el dolor y conceptualmente es muy similar a la escala numérica.

La EVA más conocida consiste en una línea de 10 cm. con un extremo marcado con “no dolor” y otro extremo que indica “el peor dolor imaginable”. El paciente marca en la línea el punto que mejor describe la intensidad de su dolor. La longitud de la línea del paciente es la medida y se registra en milímetros. La ventaja de la EVA es que no se limita a describir 10 unidades de intensidad, permitiendo un mayor detalle en la calificación del dolor.

La comunicación que se establece con los niños juega un papel fundamental en la comprensión que elaboran de la experiencia hospitalaria, por tanto es necesario en enfermería evaluar las estrategias y habilidades relacionales empleadas para interactuar con los niños en el hospital. Descriptores: Niño Hospitalizado; Cuidado de Enfermería; Relaciones Enfermero-Paciente

2.2.6. Teorías del cuidado de enfermería

El cuidado es la garantía para la sobrevivencia de las especies, como hecho innato de los seres humanos por preservar su mundo, la conjugación de la naturaleza permite tanto a los seres humanos; El profesional de enfermería ha de mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano y sus derechos y, hacer de su práctica diaria, un medio para la visibilidad de dicha actitud, mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos, que alimenten un cuidado con calidad y sensibilidad humana²⁷

El cuidado entendido por algunas autoras es la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida”, es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio²⁸.

Una de las teorías más resaltantes y que forma parte del presente estudio es la teoría del cuidado humano de Jean Watson, ella considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo²⁹

Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, formuló las siguientes premisas de su teoría

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Watson, considera a la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería, asimismo señala que el medio ambiente; es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado), además señala que la salud, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”³⁰

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.

Watson, propone los principios del cuidado de enfermería; a continuación, se señalan aquellos principios que resaltan el cuidado de la enfermera hacia su paciente:

1. Formación de un sistema de valores humanístico altruista. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo.
2. Infundir fe-esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la autoaceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda - confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.

2.2.7. Cuidados de enfermería en pacientes con apendicectomía

La enfermería es la ciencia y el arte dedicado al mantenimiento y promoción del bienestar humano. La enfermería ha desarrollado una visión

integral de la persona, familia y comunidad con una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover la salud, prevenir las enfermedades, fomentar y educar para el autocuidado de la salud, así como a desarrollar proyectos de investigación respecto al cuidado de las personas. Por lo tanto, la enfermería es la ciencia del cuidado basado en el diagnóstico de las respuestas humana, el estado de salud y enfermedad y en la aplicación de las intervenciones considerando el contexto cultural en el que se desarrolla³¹.

El personal de enfermería debe realizar los siguientes cuidados en este tipo de pacientes:

- Controlar regularmente el pulso, la presión arterial, la temperatura y la diuresis (hasta que sea retirada la sonda vesical)
- Mantener una hidratación por vía parenteral, para la administración de la medicación.
- Realizar ejercicios en la cama, ya que estimula el apetito, mantiene el tono muscular y facilita la limpieza de las vías respiratorias.
- Si la apendicectomía se desarrolla sin complicaciones, normalmente se autoriza al paciente a beber y a comer alimentos ligeros trascurridas 24 horas de la intervención, si tiene buena tolerancia se aumentará las cantidades hasta llegar a una dieta normal.
- Realizar la curación de la herida quirúrgica. En el caso de que hubiera producido una perforación del apéndice o de absceso pueden dejarse drenajes que salen por el área de incisión, que se suelen retirar aproximadamente a las 48 horas.
- Vigilar si hay distensión abdominal y signos de infección
- Asistir al enfermo en la de ambulación, que se iniciará precozmente para prevenir complicaciones.
- Educar al paciente de la importancia de una buena nutrición para favorecer la cicatrización de la herida y su recuperación física.

2.3. Definición de términos

Apendicitis; es la inflamación del apéndice, ubicado en el ciego, que es la porción donde comienza el intestino grueso.

Dren Penrose; dispositivo de drenaje quirúrgico de gasa rodeado de plástico u otro material resistente al agua; que se usa.

Cuidados de la Enfermera; son los cuidados que brinda la enfermera a los pacientes con cualquier padeciendo.

Apendicectomía; es la cirugía que se realiza en un paciente que padece de apendicitis infectada la cual debe ser extraída antes de que se desarrolle una perforación en el intestino y se disemine la infección en el espacio abdominal (peritonitis).

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos:

Para recolectar la información se identificó a los casos de pacientes de 3 a 14 años de ambos géneros que estuvieron hospitalizados en el hospital Perú Corea Santa Rosa II-2 con cuadro clínico de apendicitis aguda.

Se utilizó ficha de recolección de datos, para obtener la información de la historia clínica de dichos pacientes, se procedió a identificar los datos de información demográfica así como datos clínicos y de imágenes, como fuente se usó el archivo del Hospital, se revisó el libro de ingresos y egresos del Servicio de Cirugía pediátrica. Se recogió la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

Se revisaron los Exámenes Auxiliares se evidenció la hemoglobina; de la hoja de Reporte Operatorio se pudo observar si las heridas operatorias tenían DPR (Dren Pen Rose)

3.2. Experiencia Profesional:

Inicie mis labores en octubre del año 2006 en este nosocomio, empezando por el programa de Vacunas por un periodo de 3 años, por necesidad de servicio fui trasladada a emergencia general rotando por todos los servicios por un periodo 03 años, posteriormente en febrero del 2012 pase al servicio de Cirugía-Especialidades hospitalización hasta la actualidad, el Departamento de Cirugía consta de las siguientes especialidades: Cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía general, urología, traumatología, oncología, oftalmología, otorrinolaringólogo, cuenta con 31 camas para todas las patologías y el promedio diario de atención es de 26 pacientes y está a cargo de una enfermera, interna de enfermería, técnico de enfermería; la experiencia laboral en esta área de Cirugía, donde el objetivo principal es

Describir los cuidados de enfermería en niños apendicectomizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Perú Corea Santa Rosa - Piura II – 2014 2016, donde se atiende a una excesiva demanda de pacientes de todas las patologías y diferentes etapas de la vida presentándose muchos obstáculos en su quehacer como el déficit de recursos humanos , insumos, materiales obsoletos o faltos de un adecuado mantenimiento permanente .

Durante mis cinco años de experiencia laboral como enfermera, inicié mis actividades en el servicio de Cirugía- Hospitalización, observando mayor incidencia de casos de apendicetomía en niños de 3 a 14 años en el servicio de Cirugía- Hospitalización durante los años 2014 .2016 del Hospital Perú Corea Santa Rosa II- 2; situación que no ha cambiado, por el contrario han aumentado los casos en esta grupo etareo; llaman mucho la atención que niños de tres años ya se encuentren formando parte de este grupo (apendicitis); es importante indicar que la mayoría de casos provienen de Piura ciudad y al igual que la literatura cita el mayor número de casos se da en el género masculino. Esto implica que nuestra labor como enfermeras desde el ámbito preventivo se intensifique en este grupo; brindando una orientación en el crecimiento y desarrollo del niño pero fundamentalmente en su alimentación y en los cuidados al momento de consumir los alimentos.

La Enfermera para poder llegar al niño apendicectomizado utilizamos la empatía, tanto el paciente (niño) como la familia; Los juegos y las bromas Son conversaciones que presentan varios fines. Uno es recrear y distraer al niño durante los procedimientos o las revisiones médicas, y el otro tiene que ver con la intensión de demostrarle empatía al niño. Por ejemplo, los profesionales de enfermería plantean temas o bromean de asuntos como: el equipo de futbol favorito del niño, los juegos, las actividades de entretenimiento, entre otros: Pues me veían jugar a las cartas y me decían que si querían ellas jugaban con nosotros... (E2,10). Estos comentarios dan pie a que se prolongue la conversación, influyen en el estado de ánimo del menor y

permiten que exista por parte del niño una mayor receptividad frente a las actividades terapéuticas. El estímulo de la risa y de la alegría es un factor importante para el sano crecimiento y desarrollo de los niños y estimula comportamientos positivos, además del aprendizaje y la interacción social.

Los niños de apendicetomía declaran estar satisfechos y agradecidos con la atención recibida en el hospital. Ellos otorgan un valor especial a la seguridad que les brinda el personal de enfermería: Yo aquí no veo ningún problema, estoy bien y siempre las enfermeras vienen a verme, me dicen cosas que me dan seguridad y a mí me parece bien y por eso, me porto bien con ellas...(E27,15). Con este ejemplo, se aprecia que los niños, cuando se sienten amparados y protegidos, mejoran sus respuestas ante el cuidado. Ellos (Paciente y familia), a su vez, manifiestan la gratitud hacia enfermería en determinados momentos. Por ejemplo, dan las gracias cuando termina el procedimiento, cuando atienden su solicitud o llamada, después de una visita, entre otros. El que un niño muestre gratitud ante el cuidado tiene que ver con su tipo de personalidad. Hay niños más abiertos a la hora de establecer un vínculo y otros que no. Dicha situación se puede explicar por varios factores: el estrés agudo que afrontan, los temores asumidos en las relaciones con los mayores y con quienes representan autoridad, los aprendizajes adquiridos sobre cómo comportarse cuando se relacionan con adultos, o por la motivación que ejerzan sobre este aspecto los familiares significativos(12).

3.3. Procesos realizados en el tema

Para desarrollar el tema, se realizaron la búsqueda respectiva en los casos presentados en apendicetomía; se empezó a realizar la búsqueda en literatura y antecedentes de investigación. El estudio presenta limitaciones en cuanto al tiempo de elaboración y por no contar con el tiempo suficiente para su elaboración más amplia.

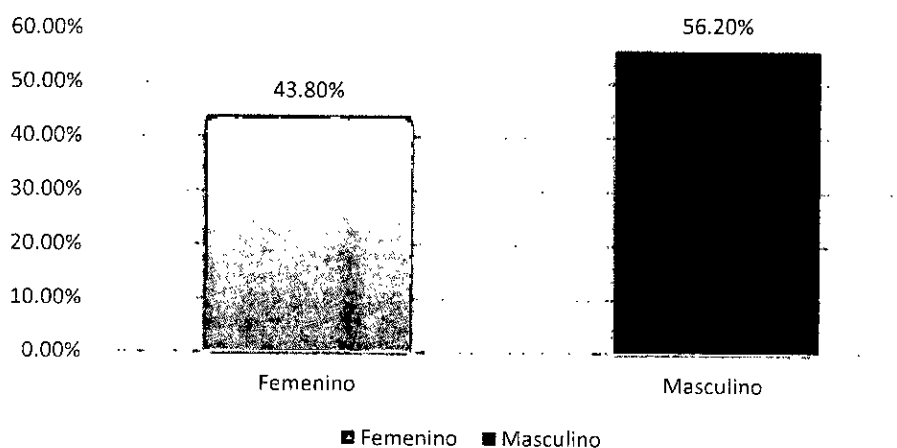
IV. RESULTADOS

Cuadro N° 4.1: Distribución según sexo en niños apendicectomizados en el servicio de cirugía del Hospital Perú Corea Santa Rosa – Piura II - 2014 – 2016.

Edad	N°	%
Femenino	210	43.8%
Masculino	270	56.2%
Total	480	100.0

Fuente: Anuario de estadísticas del Hospital Santa Rosa de Piura

Gráfico N° 4.1: Distribución según sexo de pacientes de apendicectomía



Fuente: Anuario de estadísticas del Hospital Santa Rosa de Piura

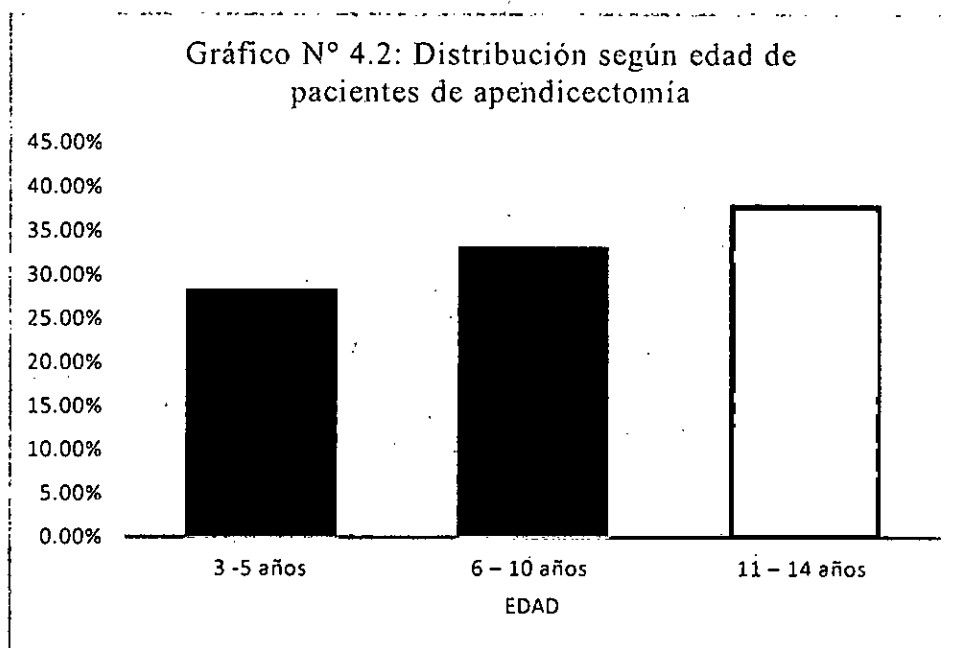
Descripción:

En el cuadro y gráfico 4.1, se puede observar que del 100% de los niños, el 56.2% fueron de sexo masculino que fueron sometidos a apendicectomía y en el 43.8% corresponde al sexo femenino. Esto nos indica que fueron los niños los que padecieron más la enfermedad en este periodo de investigación.

Cuadro N° 4.2: Distribución según edad en niños apendicectomizados en el servicio de cirugía del Hospital Perú Corea Santa Rosa – Piura II - 2014 – 2016

Edad	N°	%
3 -5 años	137	28.5%
6 – 10 años	160	33.3%
11 – 14 años	183	38.1%
Total	480	100.0

Fuente: Anuario de estadísticas del Hospital Santa Rosa de Piura



Fuente: Anuario de estadísticas del Hospital Santa Rosa de Piura

Descripción:

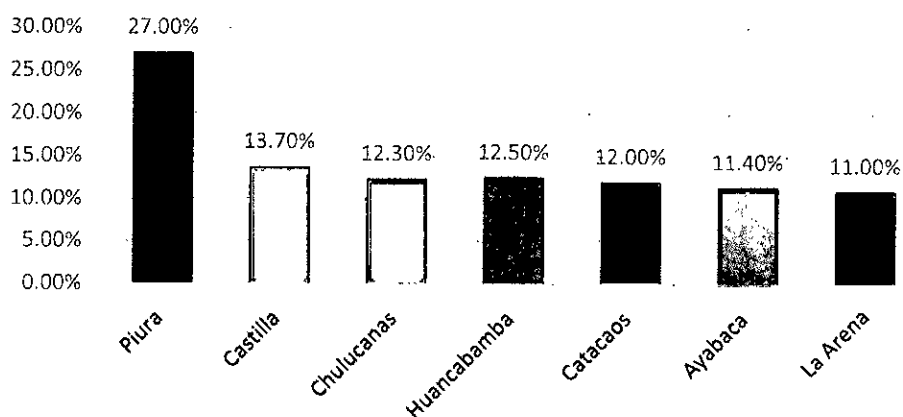
En el cuadro y gráfico 02, se puede observar que el 38.1% de los niños tienen edades que oscilan entre 11 y 14 años, el 33.3% fueron niños cuyas edades oscilaron entre 6 – 10 años y un 28.5% de los niños tenían entre 3 – años, cuando padecieron la enfermedad. Esto pone en evidencia que fueron los niños cuyas edades de 11 a 14 años los que tuvieron más el padecimiento.

Cuadro N° 4.3: Niños apendicectomizados según procedencia en el servicio de cirugía del Hospital Perú Corea Santa Rosa – Piura II - 2014 – 2016

Procedencia	N°	%
Piura	129	27.0%
Castilla	66	13.7%
Chulucanas	59	12.3%
Huancabamba	60	12.5%
Catacaos	58	12.0%
Ayabaca	55	11.4%
La Arena	53	11.0%
Total	480	100.0

Fuente: Anuario de estadísticas del Hospital Santa Rosa de Piura

Gráfico N° 4.3: Distribución según procedencia de los niños apendicectomizados



Fuente: Anuario de estadísticas del Hospital Santa Rosa de Piura

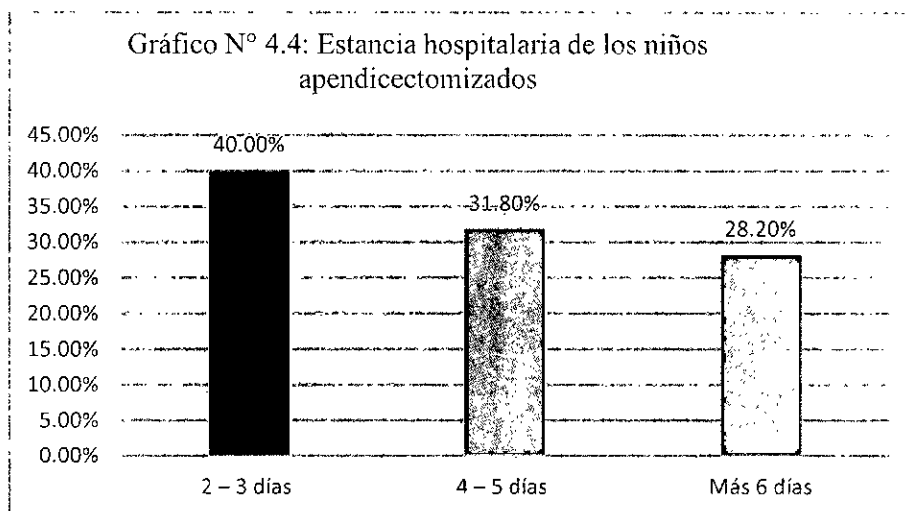
Descripción:

La tabla nos muestra la procedencia de los niños que fueron sometidos a una apendicectomía, el 27% proviene de Piura, el 13.7% de Castilla, 12.3% provienen de Chulucanas, el 12.5% de Huancabamba, 12% de Catacaos, el 11.4% de Ayabaca y el 11% de La Arena.

Cuadro N° 4.4: Estancia hospitalaria de los niños apendicectomizados en el servicio de cirugía del Hospital Perú Corea Santa Rosa – Piura II - 2014 – 2016

Días	N°	%
2 – 3 días	190	40.0%
4 – 5 días	152	31.8%
Más 6 días	138	28.2%
Total	480	100.0

Fuente: Anuario de estadísticas del Hospital Santa Rosa de Piura



Fuente: Anuario de estadísticas del Hospital Santa Rosa de Piura

Descripción:

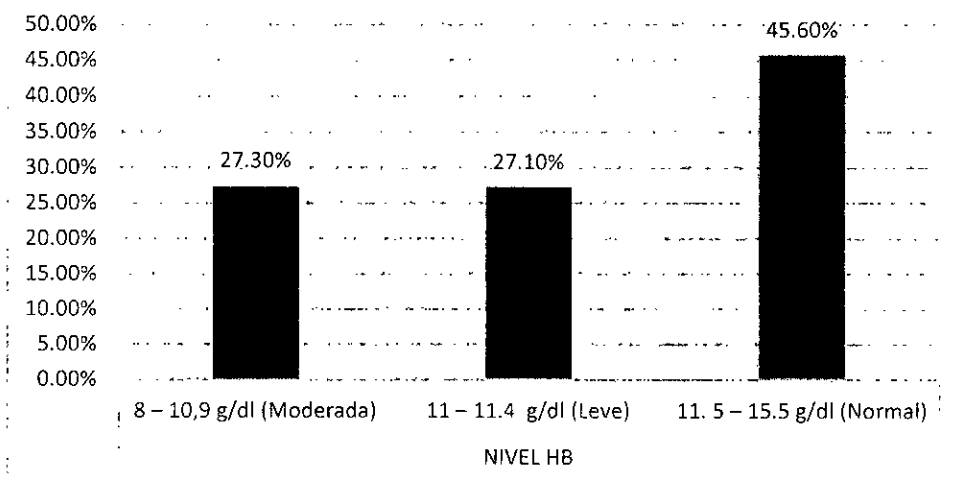
La tabla y gráfico 4.4, nos muestra que el 40% de los niños estuvieron hospitalizados durante 2 a 3 días, el 31.8% estuvo hospitalizado entre 4 a 5 días y el 28.2% de ellos estuvieron hospitalizados por más de 6 días.

Cuadro N° 4.5: Niveles de hemoglobina de los niños apendicectomizados en el servicio de cirugía del Hospital Perú Corea Santa Rosa – Piura II - 2014 – 2016

Niveles Hb	N°	%
Menor de 8 g/dl (Severa)	0	0.0%
8 – 10,9 g/dl (Moderada)	131	27.3%
11 – 11.4 g/dl (Leve)	130	27.1%
11. 5 – 15.5 g/dl (Normal)	219	45.6%
Total	480	100.0

Fuente: Anuario de estadísticas del Hospital Santa Rosa de Piura

Gráfico N° 4.5: Niveles de hemoglobina de los niños apendicectomizados en el servicio de cirugía



Fuente: Anuario de estadísticas del Hospital Santa Rosa de Piura

Descripción:

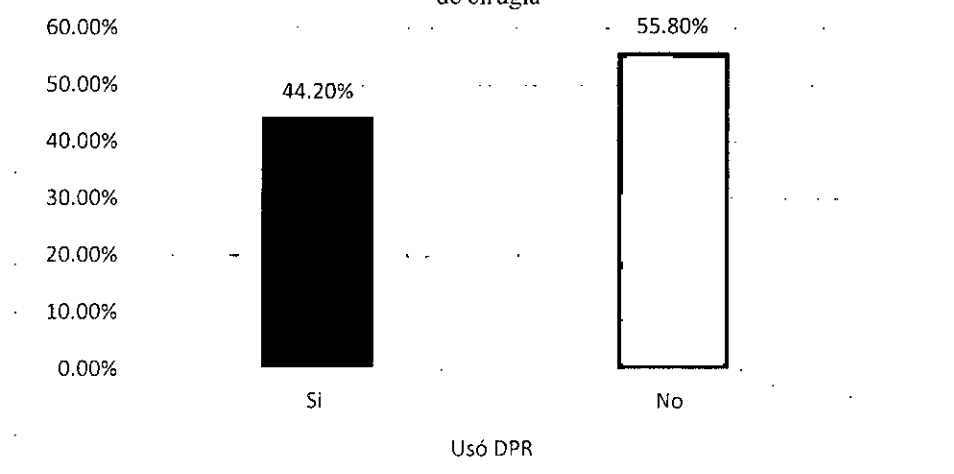
El cuadro y gráfico 5.5., se muestran los niveles de hemoglobina, el 45.6% de los niños tuvieron niveles normales de hemoglobina, el 27% en nivel moderados y nivel leve.

Cuadro N° 4.6: Uso del DPR de los niños apendicectomizados en el servicio de cirugía del Hospital Perú Corea Santa Rosa – Piura II - 2014 – 2016

Usó DPR	N°	%
Si	212	44.2%
No	268	55.8%
Total	480	100.0

Fuente: Anuario de estadísticas del Hospital Santa Rosa de Piura

Gráfico N° 4.6: DPR de los niños apendicectomizados en el servicio de cirugía



Fuente: Anuario de estadísticas del Hospital Santa Rosa de Piura.

Descripción:

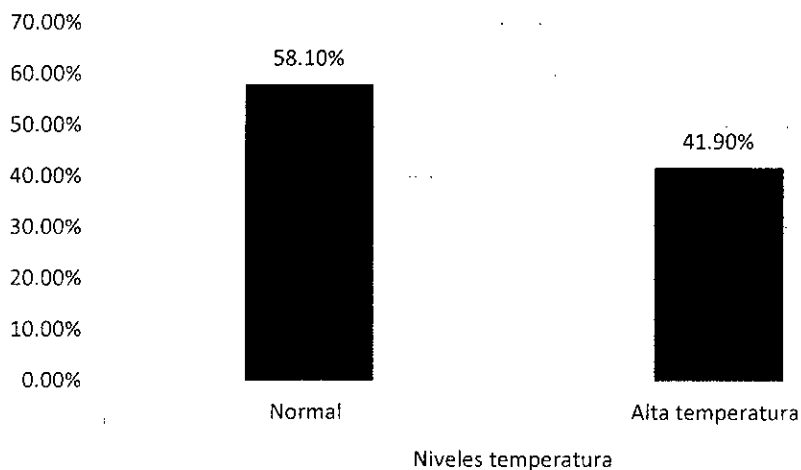
En el cuadro y gráfico 4.6, se evidencia que el 44.2% de los niños si se les colocó el DPR y el 55.8% de los niños que fueron operados no se les colocó.

Cuadro N° 4.7: Niveles de temperatura de los niños apendicectomizados en el servicio de cirugía del Hospital Perú Corea Santa Rosa – Piura II - 2014 – 2016

Niveles temperatura	N°	%
Normal	279	58.1%
Alta temperatura	201	41.9%
Total	480	100.0

Fuente: Anuario de estadísticas del Hospital Santa Rosa de Piura

Gráfico N° 4.7: Niveles de temperatura de los niños apendicectomizados en el servicio de cirugía



Fuente: Anuario de estadísticas del Hospital Santa Rosa de Piura

Descripción:

En el cuadro y gráfico 4.7, se aprecia que el 58.1% de los niños operados presentaron niveles altos de temperatura y el 41.9% no presento dificultades en su temperatura.

V. CONCLUSIONES

- a) La apendicitis aguda en la población pediátrica, fue más frecuente en el sexo masculino, siendo el grupo de edad predominante de 11 a 14 años, el lugar de procedencia fue de la misma ciudad de Piura.
- b) El promedio de días de hospitalización fue de 2 a 3, los niveles de hemoglobina fueron normal oscilando entre 11,5 – 15 g/dl.
- c) Las enfermeras cumplieron con los procedimientos sobre los cuidados a estos pacientes: cuidado de DPR; debido a que los apéndices estaban necrosados y toma de temperatura.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Elaborar y aplicar guías para construir buenos hábitos alimenticios y de higiene como prevención de los factores de riesgo asociados a la apendicitis de esta forma lograr que disminuya los casos.

- b) Realizar estudios prospectivos que permitan evaluar mejor a los pacientes e investigar factores asociados a la apendicitis aguda en la población pediátrica.

- c) Concientizar a través de charlas educativas a los padres de familia o apoderados, de la importancia de un abordaje temprano de la apendicitis aguda en la población pediátrica, con la finalidad de evitar las complicaciones propias del curso natural de la enfermedad

VII. REFERENCIALES

1. Fitzmaurice G, McWilliams B, Hurreiz H, Epanomeritakis E. Antibiotics versus appendectomy in the management of acute appendicitis: a review of the current evidence. *Can J Surg.* 2011;54(5):307-14
2. Mauricio J. “Epidemiología quirúrgica de la apendicitis aguda en población pediátrica del Hospital Nacional Sergio E. Bernales” - Perú. 2012
3. Castro, F., et al. Apendicitis aguda en el niño: cómo enfrentarla [en línea]. [Chile]: *Revista Pediátrica Electrónica*, 2008, Vol. 5, No. 1. Disponible en Web:
www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/3APENDICITIS%20AGUDA.pdf
4. Flores-Navas, G., et al. Apendicitis en la etapa pediatría: correlación clínico-patológica [en línea]. [México]: *Boletín de México*, Mayo-Junio 2005, Vol. 62, No. 3. Disponible en Web:
www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v62n3/v62n3a6.pdf
5. Beltran, M., et al. Puntuación diagnóstica de apendicitis aguda en niños realizada por pediatras de las Unidades de Emergencia. [en línea]. [Chile]: *Revista Chilena de Pediatría*, 2007. Vol. 78, No. 6:584-591. Disponible en Web: www.scielo.cl/pdf/rcp/v78n6/art03.pdf.
6. Castro, F; Castro, I. Apendicitis aguda en el niño: cómo enfrentarla. *Rev. Ped. Elec*, 2008, vol. 5, p. 14-19. Disponible en <http://www.tusalud.com.mx/site/viewa.asp?ida=115>.
7. Barrios, Gustavo: “*Apendicitis aguda en niños menores de doce años correlación clínico patológica*” Universidad de San Carlos de Guatemala. 2015
8. Ortega, Karina: “*Complicaciones en cirugías de apendicetomía en el área de cirugía del Hospital General Latacunga, Cantón Latacunga, provincia Cotopaxi periodo 2015*”. Universidad Regional Autónoma de los Andes – Ecuador – 2015. Disponible en: <http://redi.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/819?offset=100>.

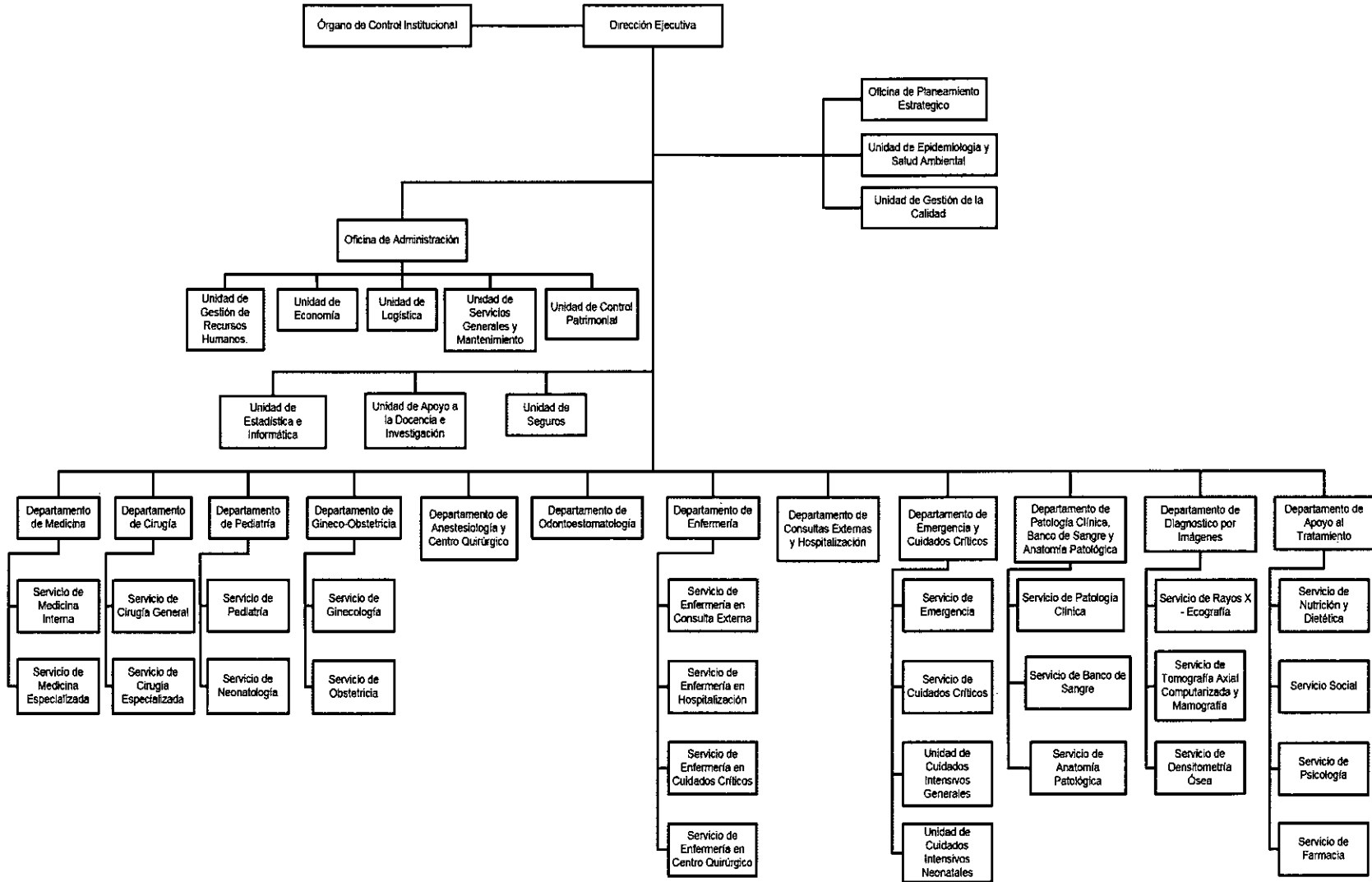
9. Mauricio Franco E^Pidemiología quirúrgica de la apendicitis aguda en población pediátrica del Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo 2007-2011.
10. Ruiz, Lidia: "*Características clínicas y quirúrgicas de la apendicitis aguda en niños atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos desde enero 2013 a diciembre 2014.* Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3762/Lidia_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1.
11. Matta, Marco: "*Características epidemiológicas, clínicas, quirúrgicas y anatómicas patológicas de la apendicitis aguda en la población pediátrica de 0 – 14 años del Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo*". 2014. Disponible en: <http://www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes1.pdf>.
12. Rojas Salazar G. Epidemiología de la Apendicitis Aguda en el Perú 2009-2011. Guía de práctica clínica de apendicitis aguda. Departamento de cirugía. Hospital Cayetano Heredia. Lima, Perú. 2008.
13. Delgado A, Sotomayor R. Comparison between open and laparoscopic appendectomy in non-complicated appendicitis. Bol Asoc Med P R. 2008;100(1):20-5.
14. Apendicitis aguda. Enfermedades digestivas. En: El Manual de Merck de Diagnóstico y Tratamiento. 11 Ed. Tomo 1. Madrid: Elsevier España; 2007.
15. Quevedo, L., Apendicitis aguda: clasificación, diagnóstico y tratamiento. Temas de actualización del manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en cirugía general. Rev. Cubana Cir [serie en Internet]. 2007; 46(2). Disponible en Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid>
16. Beltrán, Ms., et al. Score diagnóstico de apendicitis: Estudio prospectivo, doble ciego, no aleatorio. Rev. Chil. Cir 2004; 56:550-7
17. Kliegman R, et al, Nelson Tratado de Pediatría, Elsevier, 18ª Edición volumen 2.;2008.
18. Cruz M. Nuevo Tratado de Pediatría. 10º Edición. Barcelona. Ed. Oceano.; 2011.

19. Harrison; Principios de Medicina Interna 17a edición. McGraw-Hill Interamericana de España; 2008.
20. Rebollar González R, col, Apendicitis aguda: Revisión de la literatura. [revista en la Internet] Rev Hosp Juan Mex 2009; 76(4):210-216. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2009/ju094g.pdf>
21. Bueno Rodríguez J, Castelló González M, Aguilar Atanay D, Hernández Moore E. Uso secuencial de los antimicrobianos en los niños con apendicitis aguda complicada: estado de la cuestión. AMC [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2016 Octubre 13]; 17(6): 121-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10252552013000600014&lng=es
22. Schwartz S., Burunicardi C., Andersen D., Araiza., Orizaga J., Pérez G. Principios de Cirugía. 8va edición. México. Ed. Mc Graw – Hill Interamericana; 2008.
23. Marques S. Citada por: Moreno M, Alvis T y Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos, 2002.
24. Ignatavicius Bayne. Enfermería Médico-Quirúrgica. Volumen I-II. Interamericana Mc Graw Hill.; 2012.
25. Farnos Borsa G coordinadora. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. 3º edición. Hospital Universitario Reyna Sofía; 2001.
26. Kozier B; Dugas W, tratado de enfermería practica; proceso de enfermería.2 ed. México. 1985
27. Quintero MC. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. En: Cuidado y práctica de enfermería. Grupo de Cuidado. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos, 2000

28. Watson Jean. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en:
http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson
29. Rivera LN y Triana A. Percepción de comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. Rev. Av. Enferm, 2007;25(1):54 – 66
30. Alvis T, Moreno M y Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2002.
31. Anuario del Área de estadística del Hospital Peru Corea Santa Rosa Piura II – 2014- 2016.
32. La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería1; Comportamiento del niño en la dimensión relacional. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_21.pdf

ANEXOS

HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA II-2 SANTA ROSA PURA



SERVICIO CIRUGÍA HOSPITALIZACIÓN

Recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para:

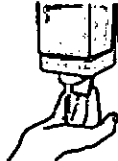
LAVAR CORRECTAMENTE LAS MANOS

0



Humedezca sus manos con abundante agua.

1



Enjabone sus manos con el grifo cerrado.

2



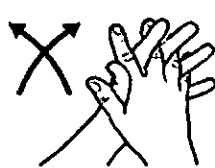
Comenzar frotando las palmas de las manos.

3



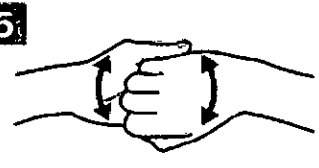
Intercale los dedos y frote por la palma y el anverso de la mano.

4



Continúe con los dedos intercalados y limpie los espacios entre sí.

5



Con las manos de frente agárse los dedos y mueva de lado a lado.

6



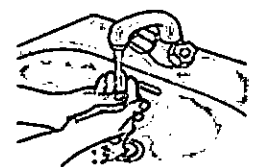
Tome el dedo "gordito" como en la figura para limpiar la zona del agarre de la mano.

7



Limpie las yemas de los dedos, frotando contra la palma de la mano.

8



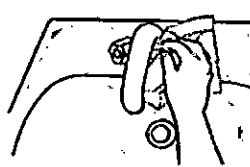
Enjuague sus manos con abundante agua (8 seg. aprox.)

9



Seque las manos con una toalla desechable o con aire caliente.

10



Cierre el grifo con una toalla desechable.

11



Ya está!



World Health
Organization



SAVE LIVES
Clean Your Hands