

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS
MEDIATOS DE APENDICECTOMÍA CONVENCIONAL EN EL SERVICIO
DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN. CALLAO. 2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

RENEE SELMIRA CAMANA PAUCARHUANCA

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTE
- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO SECRETARIA
- DRA. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 125-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 17 de Setiembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I.	
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
CAPÍTULO II.	
MARCO TEORICO	7
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	7
2.2 BASE TEÓRICA	11
2.3 BASES CONCEPTUALES	17
CAPÍTULO III.	
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DEMEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.	
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	30
I VALORACIÓN	42
II DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	45
III PLANIFICACIÓN	50
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
ANEXOS	56

INTRODUCCIÓN

La cirugía pediátrica es una especialidad de la cirugía dedicada al diagnóstico, manejo preoperatorio, operación y cuidado post operatorios de los problemas que presentan el recién nacido, lactante, pre escolar, escolar y adolescente.

El presente trabajo titulado cuidados de enfermería en paciente pediátricos post operado mediato de Apendicetomía convencional en el servicio de cirugía pediátrica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del callao 2020, tiene como finalidad describir los cuidados post operatorios de la enfermera pediátrica de manera integral, humanizado y una óptima recuperación quirúrgica a fin de obtener mejores resultados terapéuticos y disminuir los casos de complicaciones post operatoria mejorando así la calidad de vida del niño.

Se realizó como parte de la experiencia profesional, como Enfermera Asistencial del staff de cirugía pediátrica de Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

EL 15 de marzo de 1991 el complejo fue asignado Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, cuenta con 547 camas de hospitalización. La unidad de cirugía pediátrica está ubicada en el segundo piso del edificio Carrión y cuenta con profesionales especializados, 7 médicos

Cirujanos pediátricos, 5 Enfermeras con especialidad en pediatría, 1 Enfermera jefa del servicio de cirugía pediátrica y 10 técnicos de enfermería.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se desarrolló protocolos de la salud y prevención de complicaciones post operatorias, lo cual implica la justificación, objetivos, metas, actividades, recursos, ejecución y evaluación año 2020; elaborado por la autora y será presentado a la jefatura del servicio de cirugía pediátrica.

Los niños son el futuro del país y su crecimiento y desarrollo saludable es una de las máximas prioridades de la sociedad.

Finalmente, el trabajo académico consta de los siguientes apartados: Capítulo I: Descripción de la situación problemática. Capítulo II: Marco Teórico. Capítulo III: Desarrollo de actividades para plan de mejoramiento en relación a la situación problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, así mismo contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Los servicios de cirugía pediátrica, son áreas de atención invasiva y no invasiva, donde acuden día a día usuarios externos que requieren del servicio para mejorar su salud, de acuerdo al ámbito de acción entre ellos la Apendicitis Aguda.

Según nuevas directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), destinadas a salvar vidas, reducir costos y detener la propagación de microorganismos multirresistentes, quienes vayan a someterse a intervenciones quirúrgicas debe bañarse o ducharse, pero no hay que afeitarlos y para prevenir infecciones solo se les debería administrar antibióticos antes y durante la intervención, pero no posteriormente.

Las infecciones quirúrgicas causadas por bacterias que penetran a través de la incisión, ponen en peligro la vida de millones de pacientes cada año y contribuyen a la propagación de la resistencia bacteriana a los antibióticos.

Pero las infecciones quirúrgicas no son un problema únicamente para los países pobres en los EE.UU. de Norte América pasan 409006 días más en el hospital con un costo adicional de \$ 900 millones al año.

De allí los cuidados de enfermería en el preoperatorio y post operatorio, es de suma importancia para prevenir complicaciones intrahospitalarias.

Según la OPS, considera que es problema de salud pública por lo cual los gobiernos, deben desarrollar políticas de salud.

A nivel de Perú, según el Instituto Nacional de Salud del niño, INSN, en su guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda.

Refiere que la apendicitis es la indicación más común para la cirugía abdominal de la emergencia en la infancia y se diagnostica del 1 al 8% de los niños evaluados de urgencia por dolor abdominal. La incidencia aumenta de una tasa anual, de 1 a 6 por cada 10000 niños entre el nacimiento y los 4 años a entre 19 y 28 por cada 10000 niños menores de 14 años. Se presenta con mayor frecuencia en la segunda década de la vida, menos del 5% de los pacientes diagnosticados de apendicitis tiene 5 años o menos siendo lo varones, más afectados que las mujeres.

La enfermedad avanzada es común en niños menores de 6 años y se presenta hasta 57% de los casos.

En el servicio de cirugía pediátrica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el 2019 se observó que hubo un retorno de 8 niños post

operados (representa el 2.09% de las 381 cirugías de emergencia) ,que vinieron a hospitalizarse en el año 2019.

En el año 2019, de acuerdo al informe del departamento de Anestesiología-centro quirúrgico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, fueron operados 625 pacientes pediátricos, de los cuales 24 (3.52 %) fueron de cirugía electiva, 381 (55.62%) cirugía de emergencia, 280 (40.87%) cirugía de día.

En el presente año Enero-Abril 2020, 6 niños han reingresado por complicaciones atribuibles al inadecuado cuidado del niño post operado de parte de los padres que son los responsables de continuar con la recuperación del niño en el hogar después del alta hospitalaria a pesar de brindarles educación sanitaria para evitar complicaciones extra hospitalarias observándose como lo más frecuente la infección de la herida operatoria.

En enero se registró 42 operaciones de emergencia pediátrica, 02 electivas y 32 de cirugía pediátrica (fuente departamento de anestesiología-centro quirúrgico HNDAC).

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Hernández Orosco H&, Castañeda Narváez (2017), en su guía global para la prevención de infecciones de sitio quirúrgico del Instituto Nacional de Pediatría de, México, tiene como objetivo estas guías mejorar la calidad de la atención en los pacientes que son sometidos a procedimientos quirúrgicos teniendo como efecto secundario, el prevenir las infecciones de sitio quirúrgico. La adopción de las directrices por parte de todos los involucrados: personal de salud, pacientes y cualquier persona que intervenga directa o indirectamente en el proceso, así como los administrativos que gestionan recursos es vital y una herramienta más que complementa las listas de verificación de cirugía segura para lograr la reducción de riesgo y daños que pueden ser provocados durante el procedimiento quirúrgico, por este motivo es

que deben difundirse estas guías a todos los niveles y lo más importante ponerlos en práctica y continuar con la cultura de seguridad esperando lograr una atención segura y de calidad para los pacientes(1)

Loret de Mola- P& Gastello Gonzales M, Hernández Mor E (2019), en Cuba, Estudio Titulado Caracterización de niños operados de Apendicitis Aguda Complicada. Metodología: Se realizó un estudio Descriptivo Transversal en paciente tratados por Apendicitis Aguda complicada. El universo estuvo constituido por 116 pacientes y se trabajó con ellos en su totalidad siendo los Resultados: Los pacientes más afectados estuvieron entre 10 y14 años y más de la mitad fueron de sexo masculino.

La mayor parte de Apendicectomías se realizaron por vía abierta y en más de la mitad de los casos el órgano estaba perforado. Los antibióticos más usados fueron la Ceftriaxona, Amikacina y Metronidazol. La estadía hospitalaria se encontró entre cuatro y seis días. La complicación post operatoria más frecuente fue la infección de la herida quirúrgica. conclusión: Los

pacientes masculinos ente 10 y 14 años fueron los más frecuentes(2).

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Barbosa Estela E (2015), Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo. En su estudio titulado “Estrategias de Enfermería para Disminuir la Ansiedad en el Pre operatorio en Pacientes del Servicio de Emergencia”, tiene como objeto determinar si la intervención de enfermería basado en brindar información acerca de la cirugía y apoyo emocional disminuye la ansiedad en el preoperatorio inmediato, pues la cirugía de emergencia, no es una cirugía programada, es un tratamiento imprevisto que altera la seguridad del paciente produciendo ansiedad, temor y cambia las funciones del individuo en su vida personal, familiar y social, siendo así el objetivo de enfermería a apuntar a la neutralización de las situaciones de peligro . Como también poner los resultados y difundir las estrategias de apoyo emocional como parte de los cuidados de enfermería en la atención del paciente quirúrgico de emergencia.

La metodología utilizada es la enfermería basada en evidencia, la naturaleza de la investigación es descriptiva propositiva que aporta un protocolo de atención de enfermería, en paciente quirúrgico de emergencia(3).

Berrocal Hualpa J & Fernández Robles I & Figueroa D (2015) en su estudio "Intervención de Enfermería frente al dolor en el paciente pediátrico post operado mediato de apendicetomía servicio de pediatría Hospital Hipólito Unanue", tiene como objetivo las intervenciones de enfermería frente al dolor del paciente pediátrico de 7 a 14 años post operado mediato de apendicetomía, para ello se evalúan las intervenciones que realizan las enfermeras del área del servicio de pediatría, mediante la aplicación de una guía de observación que contiene, las dimensiones, valoración del dolor, intervenciones farmacológicas, cada una con sus indicadores respectivos.

Se consideró 20 enfermeras como el tamaño de la muestra aleatoria. Dicho trabajo permitirá mejorar la situación encontrada(4).

Palomino López J. (2016), con su estudio “Paciente Post operado de Apendicitis Aguda en Pediatría del Hospital Santa María del Socorro de Ica-2016. Es un estudio tipo descriptivo transversal, sobre atención de enfermería en pacientes pediátricos post operados mediato, tiene como objetivo desarrollar una base de conocimiento propio de su autonomía y reconocimiento social de la profesión de enfermería(5).

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 TEORIA DE DOROTEA OREM

ES importante mencionar que el presente estudio académico se basa en el modelo de la teoría de Dorothea Orem. Dorotea no tuvo un autor que influyo en su modelo, pero se sintió inspirada en varios agentes relacionados a la enfermería como son Florencia Niglitingale, Peplau, Roger y además han descrito la teoría general del autocuidado (Cuidar y ayudar al paciente a lograr el autocuidado)

Proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de fenómenos.

A- LA TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA DE DOROTEA OREM,

Está compuesta por 3 teorías:

- 1) Teoría del autocuidado,
- 2) Teoría del Déficit del autocuidado,
- 3) Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Constituyen la atención Integral Especializada humana de los pacientes hospitalizados.

B- METAPARADIGMA

B.1 Persona:

Sobre el paciente es un ser que tiene funciones biológicas, simbióticas y sociales y con potencial para aprender y desarrollarse con capacidad para auto conocerse, puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado, sino fuese así serán otras personas las que le proporcionen los autocuidados

B.2 Entorno:

En este medio se consideran los factores físicos, químicos, biológicos y sociales ya sean estos familiares o comunitarios. Se puede influir e interactuar **en la persona**

B.3 Salud:

Es definida como el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas, física y mental, pues la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las complicaciones.

B.4 Cuidado:

Asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. La atención y vigilancia del estado del enfermo es parte fundamental del sistema de salud, el personal cumple una serie de funciones en el proceso de apoyo y tratamiento de los pacientes, así como en las actividades de promoción de la salud y prevención de distintas enfermedades(6).

2.2.2 MARGARET JEAN WATSON. ((Enfermero Paciente)

La teoría de Jean Watson pertenece a la escuela del Caring (cuidado). Las teorías de esta escuela creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas, si se

abren a las dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura e integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.

La inteligencia emocional es un concepto psicológico que pretende describir el papel y la importancia de las emociones en la funcionabilidad intelectual, con capacidad humana de sentir, entender, y modificar estados emocionales en uno mismo y en los demás. La inteligencia emocional no es ahogar las emociones, sino dirigirlas y equilibrarlas.

La teoría de la Inteligencia emocional es una herramienta poderosa para desarrollar habilidades relacionadas con el liderazgo donde es muy importante saber cultivar las relaciones, mantener amistades, resolver conflictos, comprender a los demás y trabajar en equipo.

La teoría de la inteligencia emocional es un sustento vital para el personal de enfermería, en su práctica diaria como profesional. El respaldo científico de esta afirmación se puede hallar en la teoría de Jean Watson: Filosofía y ciencia de la asistencia, tomando como referencia la propuesta de Kerovac y Cols por ser una de las más fundamentales planteadas a partir de bases filosóficas y científicas de cuatro conceptos centrales para la enfermería: cuidado, persona, salud, entorno.

Margaret Jean Watson, nacido en Estados Unidos de Norteamérica en 1940, es licenciada de enfermería con maestría de enfermería en salud Mental y Psiquiatría(7).

2.2.3 TEORIA DE KALTHRYN BARNARD

(Modelo Interacción Padre –Hijo de 1 a 3 años)

La enfermera proporciona apoyo a la sensibilidad y a la respuesta de la madre a los signos de su hijo en lugar de intentar cambiar las características y estilos de cuidados maternos.

Nació el 16 de abril de 1938 en Omaha Nebraska. Se inscribió en un programa de enfermería de la universidad de Nebraska, graduándose en 1960.

En 1962 consiguió un certificado de advance Graduate Specialization en Nursing Educacion

En 1971 fue Directora de proyecto de un estudio para desarrollar método para la valoración enfermera de niños.

Desde 1979 hasta la actualidad es la investigadora principal de Nursing Child Assessment training Proyect (NCAST).

El interés central de la obra de Barnard fue la elaboración de instrumentos de valoración para determinar la salud, crecimiento y desarrollo del niño considerando la relación Padre-Hijo como un sistema interactivo.

La teoría de nivel medio de Kathryn Barnard procede de la psicología y del desarrollo y se centra en la interacción cuidador-niño en el entorno: esta teoría se basa en datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar la alimentación, la enseñanza y el entorno. Resalta la importancia de la interacción Madre-Hijo y el entorno durante los tres primeros años de vida.

Este proceso permitió detectar falencias en el sistema de interacción de padres e hijos dentro del contexto hospitalario por ello se operativizaron una serie de intervenciones basadas en el modelo de interacción Padre-Hijo de Kathryn Barnard, que dieron como resultado el aumento de vínculo familiar y por ende la adaptación al medio intrahospitalario.

Para la elaboración de su modelo de interacción y adaptación Padre-Hijo; Barnard empezó su propia investigación en 1968, estudiando los niños y los adultos discapacitados mental y físicamente.

En el año 1970 estudio las actividades del niño sano y métodos para evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños.

En 1983 investigación con las intervenciones en niños prematuros.

Actualmente sigue estudiando la relación Madre-Hijo y examinado el papel de la enfermera en relación a las madres de alto riesgo y los niños(8).

2.3 BASES CONCEPTUALES

APENDICITIS AGUDA.

2.3.1 DEFINICION.

La apendicitis en niños es la inflamación del apéndice vermicular, ocasionada por una obstrucción de la luz apendicular que, de persistir, favorece la invasión bacteriana de su pared, infección, absceso de la submucosa, necrosis, perforación y peritonitis. Es la causa más común de abdomen agudo en los escolares (9).

Muchos estudios han evaluado el posible vínculo entre su fisiopatología y factores ambientales y se han considerado, la humedad, tiempo de luz solar, presión atmosférica, lluvia y

temperatura, siendo esta última un posible factor clave en la variación estacional de la incidencia de esta enfermedad(9).

Se presentan 86 casos de apendicitis por cada 100000 habitantes.

Cada año el pico de mayor incidencia, sucede entre los 10 y 14 años, con una relación hombre: mujer 4 a 1. La apendicitis ocurre con mayor frecuencia durante el verano(10).

INCIDENCIA

Es la causa más frecuente de abdomen agudo en la edad pediátrica. Es más frecuente en adolescentes y en varones, en una relación 3:2 respecto a la mujer. El riesgo de tener apendicitis a lo largo de la vida es 8,6% en varones y 6,7% en mujeres.

PREVALENCIA

Su alta prevalencia, asociada a un cuadro clínico inconstante y variable, nos obliga plantear siempre esta enfermedad cuando enfrentemos a un paciente con dolor abdominal y agotar los recursos para llegar al diagnóstico correcto y oportuno. Etiopatogenia Se acepta como la causa de la apendicitis aguda,

la obstrucción del lumen por fecalitos o por inflamación del tejido linfático de la pared apendicular, con aumento progresivo de la presión intraluminal. La compresión produce obstrucción venosa inicial y luego obstrucción arterial con compromiso isquémico progresivo de la pared. En la superficie de la serosa se acumula inicialmente exudado fibrinopurulento como resultado del proceso inflamatorio. La combinación de infección bacteriana e infarto arterial ocasiona gangrena y finalmente perforación, con salida del contenido fecaloideo purulento del apéndice a la cavidad peritoneal(10).

CLASIFICACIÓN

I.- Congestiva: apéndice engrosado, hiperémico y edematoso.

Sin exudado de la serosa.

II.- Flegmonosa: apéndice y su meso están edematosos, con exudado fibrinopurulento en su superficie. El líquido peritoneal puede ser limpio o turbio.

III.- Gangrenada: zonas violáceas, de color gris verdoso o rojo oscuro y negro. El líquido peritoneal puede ser purulento, con un débil olor fétido. Hay signos de localización (englobamiento por el epiplón y tejidos vecinos).

Absceso: el apéndice o parte de él puede tener necrosis y perforación contenida por los órganos vecinos, formando un absceso que contiene pus espeso y fétido.

Plastrón: proceso de localización de la infección por parte de los órganos vecinos con formación de una masa.

IV.- Peritonitis: inicialmente se produce una peritonitis localizada y luego el proceso se hace difuso comprometiendo el resto del abdomen, con secreción purulenta en toda la cavidad peritoneal y gran inflamación de las asas intestinales. Apendicitis aguda Dr. Jorge Velarde G. 34

En la actualidad se prefiere hablar en conceptos más simples y útiles por su valor pronóstico, dividiendo la apendicitis en 2 grandes grupos:

1. **Apendicitis no perforada** (congestiva, flegmonosa y gangrena sin perforación macroscópica).
2. **Apendicitis perforada** (peritonitis localizada y difusa, absceso, plastrón). (10).

DIAGNÓSTICO

La principal herramienta para el diagnóstico es la clínica. El síntoma más importante es el dolor abdominal. Lo clásico es que sea de inicio periumbilical irradiado a fosa ilíaca derecha;

aunque no siempre se produce esta evolución del dolor, pues hay pacientes que relatan dolor localizado desde el inicio en el cuadrante inferior derecho del abdomen. La apendicitis retrocecal mantiene por más tiempo un dolor vago, no localizado, que puede referirse al flanco y al dorso. La principal característica del dolor es que es persistente y de intensidad progresiva. La anorexia es muy frecuente y las náuseas y vómitos generalmente ocurren después del dolor abdominal, a diferencia de lo que ocurre en la gastroenteritis. Puede haber diarrea escasa o síntomas urinarios cuando es un apéndice de ubicación pelviana. Al examen físico el estado general del niño es variable, dependiendo del tiempo de evolución y la tolerancia al dolor. Inicialmente puede verse sano y con mínimas molestias; pero con algunas horas de evolución suele presentar palidez, deshidratación y/o claudicación progresiva, se ve más comprometido y se sube con dificultad a la camilla. Es frecuente que tenga lengua saburral y halitosis. Puede estar afebril o presentar fiebre moderada (rara vez mayor a 38°o 38,5°). Al examen abdominal destaca el dolor localizado, único signo constante, habitualmente en fosa ilíaca derecha, aunque puede variar según la localización del apéndice. Se puede asociar a resistencia muscular involuntaria o contractura y puede haber hipersensibilidad cutánea. El signo de rebote o de irritación

peritoneal (Blumberg), es más valioso en niños mayores y cooperadores. Se puede encontrar los signos del psoas, del obturador, de Deaver y de Rovsing. Un grupo de especial dificultad diagnóstica lo constituyen aquellos pacientes excesivamente temerosos (manifiestan dolor incluso antes de apoyar la mano en el abdomen para examinarlos) , los estoicos que no quieren por ningún motivo quedarse hospitalizados y evitan manifestar dolor al examen, los obesos por la dificultad obvia del examen físico, los pacientes neurológicos o con trastorno de espectro autista, las niñas adolescentes en que aparece la patología ginecológica como folículo ovárico roto, salpingitis, quistes ováricos etc y los niños menores y lactantes. Menos del 2 % de los casos de apendicitis aguda se da en lactantes. En este grupo etario el diagnóstico de apendicitis aguda es particularmente difícil, lo cual puede retrasar el diagnóstico y con ello surgir perforación, por lo que habitualmente se operan como peritonitis. Es frecuente encontrar que han tenido varias consultas previas, con diagnósticos tan variados como estado gripal, gastroenteritis, gastritis, cólicos e incluso neumonía. El índice de sospecha es de vital importancia en este grupo etario. En menores de 2 años con un cuadro clínico que incluya dolor abdominal importante, debe plantearse la posibilidad diagnóstica apendicitis aguda y

solicitar evaluación por el especialista. 35 La evolución en el tiempo es variable, pero en general con 24 horas de evolución, un 20 % de los niños mostrará perforación, con 36 horas 50% mostrará gangrena o perforación y después de 48 horas el 80% presentaran perforación y peritonitis. El retraso en el diagnóstico constituye el factor principal de la perforación. Esta complicación es más frecuente mientras menor es el niño. El paciente se ve grave, deshidratado, puede tener fiebre elevada, los vómitos son biliosos o porráceos y muestra dolor y resistencia muscular difusa (abdomen en tabla). Presentan leucocitosis elevada y la radiografía da signos de íleo generalizado. La peritonitis se acompaña de un mayor número de complicaciones incluida la mortalidad(10).

MANEJO

Al enfrentar un paciente con sospecha de apendicitis aguda, se pueden presentar tres tipos de situaciones:

1. **Pacientes con cuadro categórico de apendicitis** (dolor y contractura en FID). En estos casos la conducta es hospitalizar y proceder a la apendicectomía.
2. **Pacientes en que el diagnóstico es dudoso.** La medida más simple es la observación y control periódico (examen

repetido), por el tiempo que sea necesario hasta aclarar el diagnóstico. En este grupo de pacientes cobran mayor importancia los exámenes de apoyo diagnóstico (hemograma, PCR, Rx Abdomen, ECO y TAC).

3. Pacientes en los que razonablemente se puede descartar el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico y se pueden enviar a domicilio con indicación de control en caso necesario.

LABORATORIO

1. Hemograma: en el 80% de los casos existe alguna alteración del hemograma, con leucocitosis y/o neutrofilia, aunque su ausencia no descarta apendicitis.

2. PCR: está normal o levemente elevada en apendicitis aguda inicial. Una franca elevación de la PCR es sugerente de apendicitis perforada.

IMAGENOLOGÍA

1. RX de abdomen simple: hay alteraciones indirectas hasta en un 50 % de los casos. La presencia de un coprolito en la Rx es patognomónica de apendicitis, aunque su hallazgo es muy poco frecuente.

2. Ecotomografía: es operador dependiente, tiene una sensibilidad y especificidad aceptable. Es importante tener presente que no ver el apéndice o no ver todo el apéndice sano no descarta una apendicitis aguda.

3. Tomografía computada de Abdomen y Pelvis: es de gran utilidad en casos de difícil diagnóstico. Tiene sensibilidad y especificidad mayores a 95%. En nuestra opinión los exámenes de imágenes se deben reservar para los casos dudosos y su indicación debe ser efectuada idealmente por el cirujano pediátrico, después de evaluar clínicamente al paciente. No se justifica que el médico general o el pediatra los solicite antes de que el paciente sea visto por el cirujano, pues en muchas ocasiones la evaluación por el especialista podría ahorrarle al paciente la necesidad de dichos exámenes, con el costo y la irradiación subsecuentes. 36

TRATAMIENTO

El tratamiento de la apendicitis aguda es la apendicectomía, ya sea por vía tradicional o laparoscópica. En pacientes comprometidos, cuando ha ocurrido gangrena o perforación se requiere medidas intensivas de reanimación antes de la operación. El tratamiento antibiótico de la apendicitis incluye el

uso de anti bacilos Gram (-) en combinación con anti anaerobios. Existen casos muy calificados en que se prefiere una opción de tratamiento médico, en aquellos pacientes que consultan con una masa apendicular, con varios días de evolución. Para efectuar este tratamiento se requiere de un diagnóstico preciso y que el paciente reúna ciertas condiciones como permitir la alimentación oral y que no se produzca un grave compromiso del estado general o un franco deterioro de examen abdominal. Complicaciones La incidencia de complicaciones aumenta con el grado de severidad de la apendicitis. Las complicaciones más frecuentes incluyen la infección de herida operatoria, formación de absceso intraabdominal, íleo prolongado, obstrucción intestinal postoperatoria y raramente fístula entero cutánea(10).

2.3.2 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN APENDICECTOMIA A PACIENTES PEDIATRICOS.

A CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PREOPERATORIO

- Valorar el dolor
- Control de funciones Vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria), saturación de oxígeno.
- Instalar una vía periférica

- Administrar analgésicos de acuerdo a la prescripción medica
- Brindar un ambiente adecuado.
- Control del peso corporal del paciente.
- Preparación física y psicológica del paciente.
- Informar a la madre y o cuidador que el paciente pediátrico
- estará en nada por vía oral por 6 horas para ser intervenido quirúrgicamente.
- Valorar los exámenes auxiliares de laboratorio (exámenes preoperatorio y depósito de sangre).
- Hacer firmar consentimiento informado.
- Agilizar la orden de sala de operaciones.
- Control de diuresis.
- Realizar balance hídrico estricto
- Registrar la evolución y cuidados de enfermería en historia clínica
- Llevar a sala de operaciones en compañía de la madre y o cuidador.

B. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL POST-OPERATORIO

- Valoración integral del paciente pediátrico.
- Control de funciones vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria), saturación de oxígeno.
- Cuidados de la herida quirúrgica.
- Cuidados de drenaje, sonda vesical, etc.
- Control de diuresis.
- Cuidado de la vía periférica (Fluido terapia).
- Balance hídrico estricto.
- Administración de medicamentos (de acuerdo a prescripción médica.
- Brindar comodidad y confort del paciente.
- Brindar seguridad física (evitar caídas
- Auscultar ruidos intestinales.
- Supervisar la dieta indicada.
- Estimular la movilización temprana.
- Estimular madre acompañante a niños menores de 5 años.
- Brindar distractores la paciente a fin de disminuir el estrés (leer cuento, juegos lúdicos etc. etc.

- Supervisión continua de la evolución de paciente (observar la mejoría del paciente).
- Registrar las actividades de enfermería en la historia clínica.
- Preparación para el alta del paciente pediátrico.

CAPÍTULO III.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

CAPITULO I

VALORACION

1.1 DATOS DE FILIACIÓN:

Nombre: N. S. R.

Edad: 5 años

Sexo: Masculino

Grado Instrucción: Inicial

Fecha de Ingreso: 26/01/2020

Procedencia: Callao

Peso al Nacer: 3000 gr.

Idioma: castellano

Raza: Mestiza

Lugar de Nacimiento: callao

Fecha de Nacimiento: 24/01/2015

Nombre del Padre: P. N.

Nombre de la Madre: M. N. S. P.

1.2 MOTIVO DE LA CONSULTA

Escolar de sexo masculino de 5 años, post operado de apendicetomía convencional, que reingresa por emergencia el día 26 /01/20 acompañado de su madre, por presentar fiebre, dolor a nivel de herida quirúrgica donde se observa lesión supurada, con signos de flogosis, siendo hospitalizado en el servicio de cirugía pediátrica para su manejo y tratamiento.

1.3 ENFERMEDAD ACTUAL

Madre refiere que su hijo presenta fiebre, y dolor a nivel de herida operatoria.

1.4 ANTECEDENTE

1.4.1 Antecedentes perinatales

Nacido de parto Eutócico

Apgar 9 al 1 minuto; y 9 a los 5 minutos

Peso al nacer: 3000Kg

1.4.2 Antecedentes Familiares

Madre sana

Padre sano

1.4.3 Antecedentes personales

Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses

Ablactancia a los 6 meses

Vacunas completas

Idioma Castellano

Religión católica

1.4.4 Antecedente socioeconómicos

Padre obrero

Madre ama de casa

Hermano 01 de 8 años

1.4.4 Antecedentes socioeconómicos

Casa unifamiliar, de material noble, con servicios básicos

Idioma castellano

Religión católica

1.5 EXAMEN FÍSICO

1.5.1 controles Vitales

Temperatura: 37.4 °C

Frecuencia cardiaca: 84 x 1!

Frecuencia respiratoria: 22x 1!

Cabeza: Normocefala.

Ojos: simétricos, pupilas isocóricas, fotoreactivas

Cara: simétrica

Nariz: Fosas nasales permeable

Boca: mucosa oral húmeda, lengua normal

Oídos: pabellón auricular buena implantación

Cuello: cilíndrico, móvil, no adenopatías.

Tórax: simétrico

Corazón: Ruidos cardíacos rítmicos, buen tono, no soplos

Abdomen: Blando depresible, dolor a la palpación a nivel de herida operatoria que presenta signos de flogosis y lesión supurativa amarillenta

Ruidos hidroaéreos presente

Extremidades: Miembros superiores e inferiores móviles, tono muscular normal

Neurológico: despierto, lucido consciente Glasgow . 15

INDICACIONES MEDICAS.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

DROGA	DOSIS	VÍA
Ranitidina	23 mg. c/ 8 hrs.	Ev.
Ceftriaxona	500 mg. c/ 12 hrs.	Ev.
Clindamicina	200 mg. c/ 6 hrs.	Ev.
Metamizol	300 mg. Cond.	Ev.

Dextroxa 5% AD 1l		
CINA 20% 15 ml.	XV gtts. X !	
Clk 20% 7.5 ml.		
BALANCE HIDRICO	CADA 12 HORAS	

CONTROL DE FUNCIONES VITALES .

EXAMENES AUXILIARES ;

HEMATOLOGICOS.

HEMOGRAMA	RESULTADO
Leucocitos	10,800 /mm ³
Hematocrito	36 %
Hemoglobina	12 gr/dl
Plaquetas	250,000 mm ³
Linfocitos	16.7%
Monocitos	5.6%
Neutrofilos	75.45%
Eosinofilos	2.1%

BIOQUÍMICA EN SANGRE	RESULTADOS
Glucosa	90 gr/ dl
Urea	8 mg/ dl

Creatinina	0.7 mg/ dl
Sodio	136 mEq/L
Potasio	4.0 mEq/ L
Cloro	101 mEq/ L

EXÁMEN DE ORINA	RESULTADOS
Color	Amarillo
Aspecto	Claro
Densidad	1.05
PH	7.00

1.6 VALORACIÓN SEGÚN MODELO CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASE.

DOMINIO I: PROMOCION Y GESTION DE LA SALUD

Clase 1, toma de conciencia de la salud

Clase 2; Gestión de salud

DOMINIO II: NUTRICION}

Clase 1: Ingestión Normal

Clase 2: Digestión Normal

Clase 3: Absorción Normal

Clase 4: Metabolismo Normal

Clase 5: Hidratación Normal

DOMINIO III: ELIMINACION

Clase 1: Función Urinaria normal

Clase 2: Función Gastrointestinal Normal

Clase 3: Función tegumentaria herida operatoria con rubor

Clase 4: Función Respiratoria normal

DOMINIO IV: ACTIVIDAD Y REPOSO

Clase 1: Reposo / Sueño: Normal

Clase 2: Actividad/ Ejercicio: Limitado

Clase 3: Equilibrio/ Energía: Conservado

Clase 4: Respuesta Cardiovascular/Pulmonar normal

Clase 5: Autocuidado .Requiere apoyo de su mama

DOMINIO V: PERCEPCION-COGNICION

Clase 1: Atención: normal

Clase 2: Orientación: tiempo, espacio persona.

Clase 3: Sensación - percepción: normal

Clase 4: Cognición: Normal

Clase 5: Comunicación: fluida

DOMINIO VI: AUTOCONCEPCION

Clase 1: Autoconcepción: preocupado, pero reconoce no estar

bien

Clase 2: Autoestima: regular

DOMINIO VII: ROL/RELACIONES

Clase 1: Rol del cuidador: su mamá es la que lo apoya

Clase 2: Relaciones Familiares: aceptable

Clase 3: Desempeño del rol: de acuerdo a edad

DOMINIO VIII: SEXUALIDAD

Clase 1: Identidad sexual: masculino

Clase 2: Función sexual: No activa

Clase 3: Reproducción: No activa

DOMINIO IX: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 1: Respuesta post traumática: Temor

Clase 2: Respuesta de Afrontamiento: Tolerancia progresiva

Clase 3: estrés Neuro-compartmental: Ansiedad

DOMINIO X: PRINCIPIOS VITALES

Clase 1: valores: respetuoso con el personal de salud

Clase 2: creencias: orientado por los padres al catolicismo

Clase 3: Congruencia entre valores/creencias/ acciones: con el personal de salud.

DOMINIO XI: SEGURIDAD Y PROTECCION

Clase 1: Infección. En tratamiento

Clase 2: Lesión Física: herida quirúrgica en curación y
tratamiento

Clase 3: Violencia: no

Clase 4: Peligro del Entorno: no acompañamiento y monitoreo
las 24 horas por el personal de salud

Clase 5: procesos defensivos: colabora con el tratamiento y
acompañamiento

Clase 6: termorregulación: controlada

DOMINIO XII: CONFORT

Clase 1: Confort físico: normal

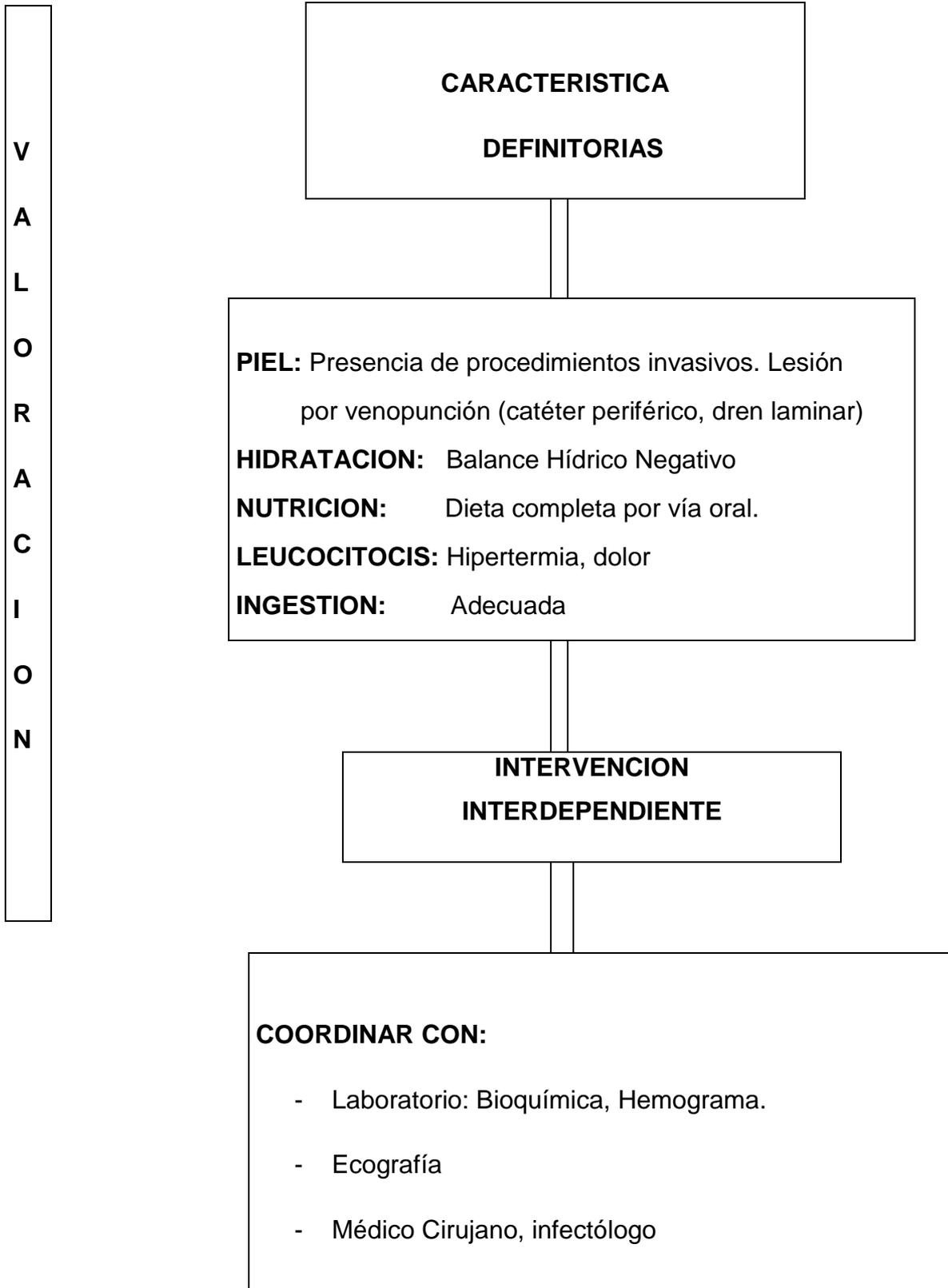
Clase 2: Confort del entorno: normal

DOMINIO XIII: Crecimiento y desarrollo

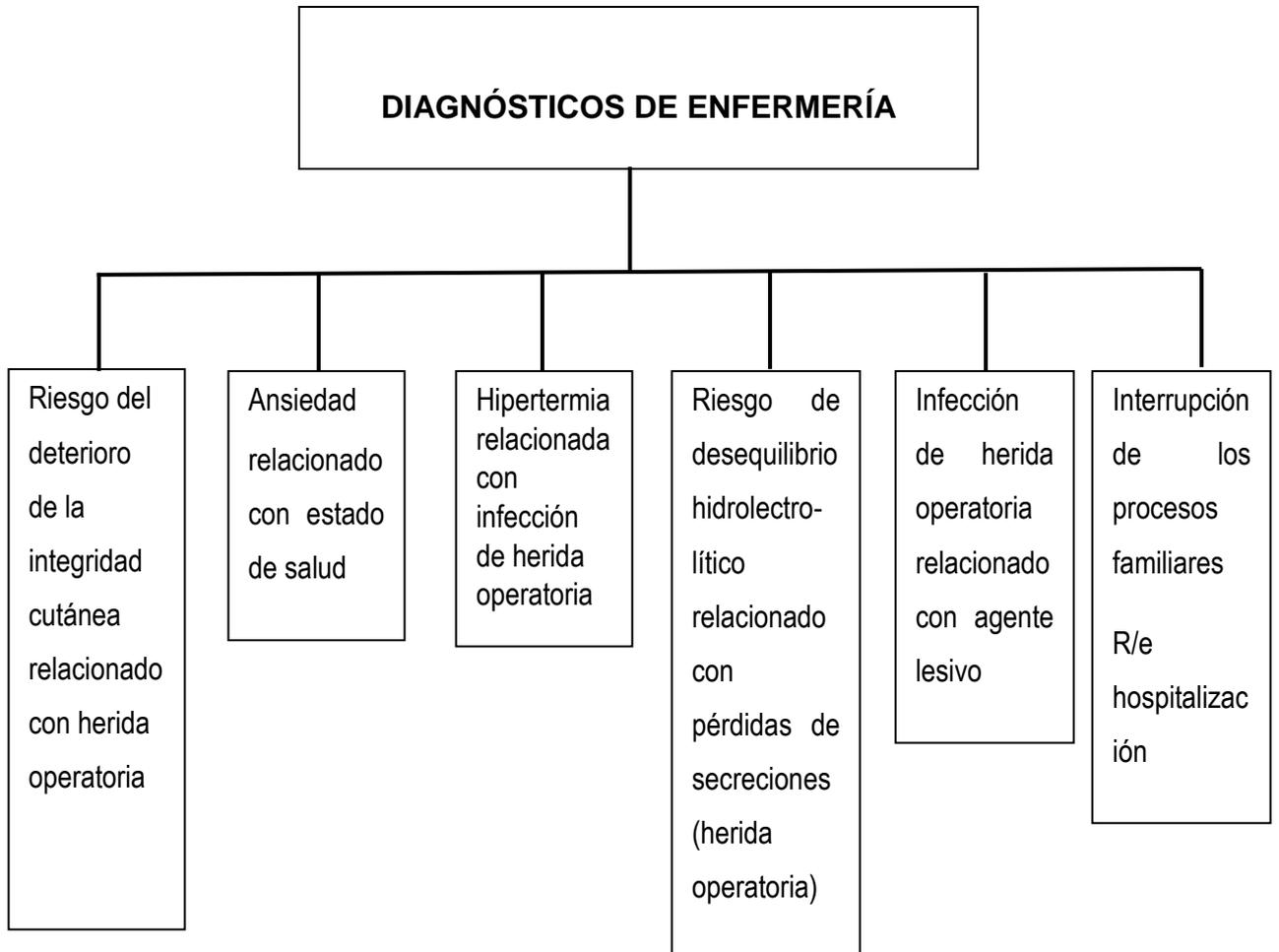
Clase 1: Crecimiento: Normal

Clase 2; Desarrollo: Adecuado a su edad.

1.7 ESQUEMA DE VALORACION



CAPITULO II



II DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Dolor
- Infección
- Procedimiento invasivo
- Ansiedad
- Fiebre

2.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- Dolor agudo relacionado con procedimiento quirúrgico evidenciado por rubor y calor en la piel.
- Alteración del bienestar integral relacionado con vía periférica en MSD Evidenciado por vigilia.
- Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud evidenciado por expresión verbal.
- Hipertermia relacionada con proceso infeccioso evidenciado por secreción purulenta.

<p>3. Procedimiento invasivo (vía periférica)</p>	<p>3. Cambio en la posición del miembro superior derecho para descansar</p>	<p>4. Expresión de su preocupación, voz temblorosa, temor</p>	<p>con vía periférica en miembro superior derecho, evidenciado por vigilia.</p>
<p>4. Ansiedad</p>	<p>4. Cambios en el estado de salud</p>	<p>5. Fascie rubicunda</p>	<p>4. Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud evidenciado por inquietud del niño.</p> <p>5. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con proceso infeccioso evidenciado</p>

5. fiebre	5. Alza térmica		por calor.
-----------	-----------------	--	------------

III PLANIFICACIÓN

3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo NOC	Intervención de Enfermería NIC	Evaluación
Dolor agudo relacionado con agente lesivo evidenciado con llanto	Código: 1605 Control del dolor	Código: 2210 <ul style="list-style-type: none"> • Administrar el medicamento • Comprobar historial de alergias a medicamentos • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento frecuencia y dosis. • Registrar la respuesta del medicamento. 	Se alivia del dolor durante la estancia hospitalaria

<p>Código: 0004</p> <p>Riesgo de infección relacionado con efectos colaterales de procedimientos invasivos, exposición a los brotes de la enfermedad (herida quirúrgica), evidenciado por piel rubicunda</p>	<p>Código: 1902</p> <ul style="list-style-type: none"> Control del riesgo <p>Código 1102</p> <p>Evitar la infección</p> <ul style="list-style-type: none"> Curación de zona quirúrgica 	<p>Código: 2440</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento de los dispositivos de acceso Vascular. Utilizar los protocolos de Bioseguridad Curación con técnica aséptica Rotular vía de inserción del catéter Valorar la permeabilidad del catéter Vigilar signos y síntomas en lugar de la venopunción <p>-enrojecimiento de la piel -piel caliente -control de hemograma</p> <p>Código: 6540</p> <ul style="list-style-type: none"> Control de las infecciones <p>-Lavado de manos del personal de salud así como los familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de infección en el catéter venoso periférico Paciente pediátrico sin infecciones agregadas.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		durante la visita.	
<p>Código: 00047</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea por procedimiento invasivo evidenciado por herida quirúrgica</p>	<p>Código: 1101</p> <p>-Integridad tisular, piel y membranas</p> <p>Código: 110113</p> <p>-Piel intacta</p>	<p>Código: 3590</p> <p>Vigilancia de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curación de heridas (operatoria y del catéter venoso periférico) • Evaluación de signos de infección • Administrar antibióticos de acuerdo a la prescripción médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente mejora y mantiene la integridad cutánea
<p>Código: 00007</p> <p>Hipertermia relacionado al aumento de la tasa metabólica evidenciado</p>	<p>Código: 0800</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termorregulación • Mantendrá temperatura corporal entre 36.5°C a 37.5°C <p>Código: 703</p> <ul style="list-style-type: none"> • Severidad de infección 	<p>Código: 3740</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de la fiebre • Valorar los signos y síntomas de hipertermia. • Controlar y registrar la temperatura cada 4 horas y/o de acuerdo a la necesidad. • Aligerar cubiertas • Aplicar medios físicos • Vigilar el 	<p>Paciente en buen estado de ánimo</p>

<p>por aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal.</p>	<p>Código: 0862</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales estables 	<p>estado de conciencia observando si presenta convulsión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenga un Balance Hídrico estricto <p>Código: 2314</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración <p>Medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación. • Administrar antipiréticos, antibióticos según prescripción médica 	
<p>Código: 00146</p> <p>Ansiedad relacionado con cambios en el estado de salud</p>	<p>Código: 2211</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de ansiedad escala de grave a ninguna (1-5) 	<p>Código: 5820</p> <p>Disminución de la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar los niveles de ansiedad en el paciente. • Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. • Escuche las expresiones de 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente disminuye la duración de la ansiedad. • Utiliza estrategias

<p>evidenciado por expresión de su preocupación, voz temblorosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores ataque de pánico • Aumento de la frecuencia respiratoria 	<p>sentimientos y creencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayude al paciente a realizar una descripción realista de sucesos que se avecinan. • Favorecer la conversación o al llanto como medio de disminuir a la respuesta emocional. • Permanecer más tiempo con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Usar distractores para disminuir la carga emocional. 	<p>para superar situaciones estresantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de manifestaciones de una evidencia de ansiedad. • Paciente puede dormir y sentirse relajado, durante su estadía en el servicio.
----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

IV EJECUCION Y EVALUACIÓN

4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA:

Datos subjetivos	Niño refiere dolor leve en zona operatoria
Datos objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Paciente pediátrico post-operado mediato de apendicetomía convencional, despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, ventila espontáneamente a FIO2 0,21%, piel y mucosas ligeramente pálidas e hidratadas.• Presenta. vía periférica permeable en MSD pasando CL NA 9%° como vía para tratamiento, Abdomen con herida quirúrgica presenta rubor calor (+).presenta dren laminar cubierto con gasa y apósito limpio y seco. Eliminación vesical e intestinal conservado y espontaneo
Interpretación y análisis de los datos	<ul style="list-style-type: none">• Hipertermia relacionado con infección de herida operatoria evidenciado por rubor y calor en zona operatoria.• Dolor relacionado con intervención quirúrgica evidenciado por fase de dolor y manifestación Verbal.
Plan de atención	<ul style="list-style-type: none">• Paciente : disminuirá la temperatura progresivamente.

	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente : disminuirá el dolor progresivamente.
Intervención o ejecución	<ul style="list-style-type: none"> • Control de funciones vitales y gráficas. • Lavado de manos antes y después de un procedimiento. • Valoración de la herida operatoria en busca de signos de alarma. • Observar secreciones y características de la herida operatoria. • Mantener apósitos limpios y secos. • Se administró Keterolaco 30 mg. • Se brindó educación de autocuidado. • Comodidad, confort al paciente. • Promoción de movilización...
Evaluación de los resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente pediátrico queda en su unidad en compañía de su familiar (mamá), con signos vitales estables; disminuyó el dolor, de herida operatoria. • Paciente queda en espera de alta.

CONCLUSIONES

1 -) Los beneficiarios directos de la investigación ,son el personal de enfermería y los pacientes .Las características de los pacientes pediátricos hospitalizados que ingresan al servicio de cirugía pediátrica del hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en su mayoría son de sexo masculino cuya edad fluctúa de 6 a 14 años ,con seguro integral de salud.

2-) La satisfacción de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía pediátrica es de nivel alto, es decir que los pacientes se encuentran satisfechos en el cuidado que brinda la enfermera al paciente pediátrico post operado mediato, lo cual indica que las enfermeras y el equipo de trabajo brinda atención personalizada ,digna, humana y de calidad, basado en el modelo de cuidar y ayudar al paciente a lograr el autocuidado de la teoría de Dorothea Orem.

3-) El presente trabajo académico beneficiara a la población infantil del callao al disminuir las complicaciones post operatorias mediata y resalten los cuidados de la enfermera especialista en el equipo de salud.

La estadía hospitalaria de estos los pacientes pediátricos fue corta , de cuatro a cinco días, la complicación post operatoria de cirugías convencionales frecuente ,es la infección de la herida quirúrgica .

RECOMENDACIONES

- 1- Fortalecer la educación para la salud dirigido a la familia y o cuidadores sobre los cuidados post operatorio en el hospital y en casa contribuyendo a la participación activa durante el proceso de hospitalización y disminuir el riesgo de complicaciones
- 2- Al alta del paciente se brindara la información detallada del cuidado post operatorio del niño en casa estableciendo la continuidad mediante un tríptico informativo dirigido a los padres y cuidadores.
- 3- Identificar la comprensión y o habilidades necesarias del cuidador y o padre para poner en practica la continuidad de cuidados de la herida quirúrgica al paciente pediátrico mediante técnicas educativas de acuerdo a sus características del cuidador

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-HERNANDEZ OROSCO,H. “Guía global para prevención de infecciones de sitio quirúrgico” Instituto Nacional de Pediatría- México .2017.
- 2-LORET DE MOLA PINO, E.REV, caracterización de niños operados por apendicitis aguda complicada.Hospital Pediátrico Eduardo A. Piña-Camagüey .Cuba .2019
- 3-BARBOSA ESTELA, E. Tesis Universitaria “Estrategias de enfermería para disminuir la Ansiedad en el Preoperatorio. Chiclayo-Perú 2015
- 4-BERROCAL HUALPA,J&FERNANDEZ ROBLES.TESIS “Intervenciones de enfermería frente al dolor en el paciente Pediátrico post operatorio mediato apendicetomía.
- 5-PALOMINO LOPEZ, Tesis Universitaria #paciente pot-op de apendicitis aguda.ICA - Perú . 2016
- 6-NARANJO HERNANDEZ,Y art. “La teoría “Déficit de autocuidado”.Cuba 2017
- 7-IZQUIERDO MACHIN, E. Rev, Enfermería ”Teoría de Jean Watson y la inteligencia Emocional ,una visión Humana” Habana-Cuba- 2015
- 8-LEON.ROHAN,C. Rev. “Nuevas teorías de Enfermería y los precedentes de importancia histórica.La Habana Cuba.2016.
- 9-GARCIA ARANDA,J,& GOMEZ CHICO,R “ Manual de

Pediatría”. Hospital Infantil de Mexico. 2018

10-López E,P& LAGOS J,C . “ Manual de cirugía Pediátrica.

Sociedad Chilena cirugía Pediátrico. 2017

11-MORENO HINOSTROZA,D & ORELLANA,P. MALUENCIA “

“cuidado de enfermerías del paciente Pediátrico con drenajes

“.La Mancha España.2015.

ANEXOS



La Enfermera: Monitoreando a paciente pediátrico post operado de apendicetomía



La Enfermera: Brinda distractores al paciente pediátrico pos operado de apendicetomía , para disminuir el estrés del niño.



La Enfermera: Promoviendo la espiritualidad - celebración de la Navidad de niño Jesús.



La Enfermera: capacitando a los alumnos de enfermería para brindar la atención al niño post operado inmediato.



**La Enfermera: Brinda educación de cuidados post –
Operatorio de apendicetomía a padres de pacientes
Pediátricos.**



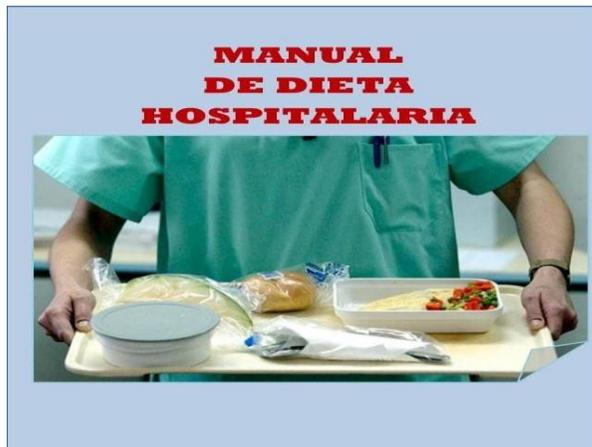
La Enfermera: Registrando la evolución y / o observación del paciente post operados pediátrico.

RECOMENDACIONES :

1. Usar ropa de algodón cómoda (no ajustado ni elástico)



2. Alimentación saludable (Desayuno – almuerzo – cena: dieta blanda)



3. No hacer ejercicios de competencia.



4. Higiene del paciente pediátrico: baño corporal, lavar la herida operatoria con agua y jabón neutro o avena, lavarse los dientes.



5. Administrar sus medicinas (antibióticos, analgésicos) en horarios establecidos, indicados por prescripción médica.



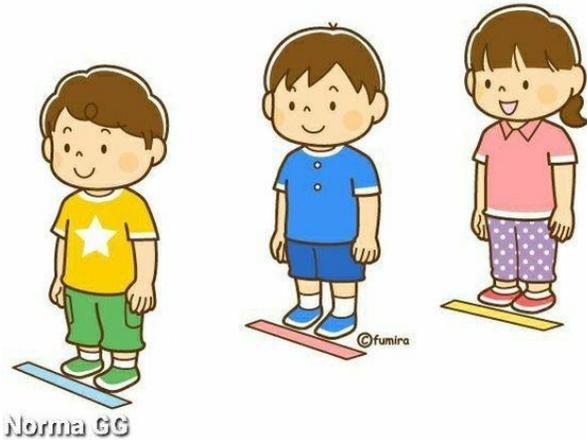
6. Controlar la temperatura, en busca de signos de alarma



7. Deambulaci3n (para evitar flatulencias y complicaciones)

Los Ni1os son el

Futuro del Pais



Cuid6moslo!

Gracias



Hospital Nacional
Daniel Alcides Carri3n

Servicio

Cirug3a Pedi3trica

**CUIDADO POST OPERATORIO
PEDIATRICO EN CASA**



**MONITOREANDO Y VIGILANDO
LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA
EN TU CASA**

