

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



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON  
APENDICITIS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES. LIMA. 2021”**

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

**LIC. ENF. TONHINO CEREZO VARGAS RAFAEL**

**Callao, 2021  
PERÚ**



## **DEDICATORIA**

*Dedicado a mi queridísima esposa por el apoyo incondicional hacia mi persona.*

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios, por permitirme estar donde estoy*

*A mis amados padres, por su apoyo incondicional*

*A mis estimados docentes, por la orientación hacia la cúspide del trabajo*

*A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao. Por ser mi alma mater y  
su apoyo incondicional*

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
2.1 Antecedentes.....	9
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	9
2.1.2 Antecedentes Nacionales .....	11
2.2 Bases Teóricas.....	14
2.2.1 Teoría de Henderson.....	14
2.2.2 Teoría de Watson.....	16
2.3 Bases Conceptuales.....	22
2.3.1 Anatomía del apéndice.....	22
2.3.2 Etiología y síntomas.....	24
2.3.3 Clasificación y tratamiento.....	28
2.3.4 Tratamiento médico.....	30
2.3.5 Cuidados de enfermería.....	31
<b>CAPÍTULO III. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>33</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>61</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>62</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>70</b>

## INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es una de las patologías más frecuentes que han afectado, desde siempre, al ser humano. De hecho, se calcula que 8 % de las personas en los países occidentales presentan apendicitis en algún momento de su vida. Existe una mayor tendencia de presentación en el sexo masculino con una tasa hombre: mujer de 1,4:1.

El pico de incidencia se encuentra entre los 10 y los 30 años de edad; aproximadamente, el 70 % de los pacientes es menor de 30 años. (1)

Sin embargo, en los extremos de la vida también se presenta, con una mayor tasa de perforación debido a que el diagnóstico es más complicado. El diagnóstico de la apendicitis es complicado, por lo que un alto nivel de sospecha es importante para prevenir las complicaciones graves de esta enfermedad. (2)

El riesgo de apendicitis después de los 50 años es de 1:35 para mujeres y 1:50 para hombres. A pesar de los avances en la medicina actualmente, la morbilidad y mortalidad de la apendicitis aguda en este grupo de pacientes permanece alta (3)

Clínicamente, el cuadro clásico de apendicitis aguda aparece sólo en una cuarta parte de los pacientes (4)

En general, el cuadro clínico tiene un comienzo más insidioso, con síntomas atenuados, por lo que los errores diagnósticos son frecuentes (5)

Este trabajo académico se desarrolla básicamente en el Hospital Nacional Sergio Bernales ubicado en el distrito de Comas Av. Túpac Amaru N 8000 – Collique.

Considerando que actualmente el abordaje laparoscópico se ha convertido progresivamente en la estrategia terapéutica estándar de la patología apendicular y tomando en cuenta la experiencia que se tiene con esta

técnica en nuestro medio pero intentando abordar el desempeño de la misma en una población especial como lo es el paciente geriátrico el cual por presentar algunas características peculiares relacionadas con el deterioro funcional fisiológico y la carga de morbilidad que suele asociar, resulta de interés en nuestro medio precisar los resultados de la aplicación de esta modalidad de tratamiento quirúrgico en términos de morbilidad y satisfacción del paciente; se plantea la necesidad de realizar este plan de cuidados tomando en cuenta que existen pocos referentes en nuestro medio que valoren esta inquietud.

## **CAPÍTULO I**

### **DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Dentro de las causas más comunes de abdomen agudo quirúrgico es la apendicitis aguda que se origina por inflamación u obstrucción, que al complicarse puede llevar a un estado de peritonitis y perforación de la apendicitis que de no ser atendidas de forma oportuna comprometen el bienestar de los pacientes.

Si bien se conoce que el tratamiento quirúrgico es la solución a la apendicitis aguda, aún existen dificultades en el diagnóstico. De forma rutinaria, el diagnóstico de apendicitis debe ser clínico, no obstante, se han planteado pruebas de apoyo como exámenes de laboratorio y ecografías abdominales debido que se estima entre 10 a 20% de apendicetomías negativas solo determinadas de forma clínica evidenciados en los informes anatómo-patológicos. El examen físico es el fundamento del diagnóstico de la apendicitis aguda que junto con estudios complementarios como el hemograma, recuento leucocitario y ecografía que son corroborados posteriormente en el postoperatorio, por los hallazgos quirúrgicos macroscópicos a través del estudio anatómo-patológico. No obstante, el informe definitivo final de patología se expide entre el quinto a décimo día postoperatorio por diversos factores como carga del trabajo y preparación de la muestra ocasionando dificultades con la estancia hospitalaria y aplicación de antibioticoterapia de los pacientes. (6)

Según las Naciones Unidas, la población mundial ha mostrado un crecimiento progresivo a través de los años. En el caso de la población adulta mayor, considerando a toda persona mayor e igual a 60 años, esta posee el crecimiento más acelerado de todas. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reporta que, en 1950, dicho grupo etario era un 5.6% de la población total, y estima que para el 2020 represente un 10.94% del mismo. El rápido aumento de este segmento poblacional tiene una implicancia significativa en el sector salud, debido a que, en los últimos



años, se ha incrementado el porcentaje de la población adulta mayor que acude a los establecimientos de salud en busca de atención médica. Uno de los principales motivos de atención en emergencias es el dolor abdominal agudo; 20% de estos pacientes necesitan ser hospitalizados y sometidos a algún procedimiento quirúrgico. En este grupo etario, algunas patologías quirúrgicas como la apendicitis aguda y colecistitis aguda pueden ser diagnosticadas de manera tardía. Esto se debe a los cambios fisiológicos involucrados en el envejecimiento que suelen enmascarar la sintomatología con otras comorbilidades.

La apendicitis aguda, es la emergencia quirúrgica más común alrededor del mundo. A pesar de ser una entidad de resolución quirúrgica, su tratamiento engloba diferentes aspectos médicos.<sup>1</sup> Históricamente, los esfuerzos del cirujano para prevenir la apendicitis complicada incluyeron apendicetomías "inmediatas" emergentes, impulsadas por temores de que la demora en el Manejo quirúrgico daría lugar a la progresión de necrosis apendicular, perforación y peritonitis. Sin embargo, en los últimos años, esta práctica ha sido desafiada con información que respalda el efecto notable de los antibióticos y una apendicetomía urgente. (7)

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas en edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad. (8)

Los pacientes adultos mayores constituyen un grupo de alto riesgo, debido a la perforación del apéndice. Las tasas de perforación aumentan en forma directamente proporcional con la edad. Con la perforación del apéndice, el rango de complicaciones se incrementa de un 15% a un 65%.<sup>(9)</sup>

Complicaciones específicas relacionadas a la severidad de la apendicitis incluyen: absceso periapendicular, peritonitis difusa, y obstrucción intestinal. (10)

En pacientes menores de 65 años de edad, la tasa de mortalidad es de 0.2%, en tanto que para los mayores de 65 años la tasa de mortalidad global es de 4.6%. (11)

Esto básicamente obedece a tres factores: la pobre reserva fisiológica en el adulto mayor, presentación concomitante con enfermedades médicas asociadas, alta incidencia de perforación apendicular al momento de la cirugía. (12)

En la apendicectomía abierta, se usa la incisión de McBurney (oblicua), la técnica de Rocky- Davis (transversa) o la incisión mediana infraumbilical. La apendicectomía laparoscópica generalmente requiere el uso de tres puertos; se coloca un trocar en el ombligo (10 mm) para la cámara y los otros varían en cuadrante inferior izquierdo o hipogastrio a elección del cirujano; el apéndice se extrae de la cavidad a través de un trocar o mediante una bolsa recuperable

El procedimiento para apendicectomía laparoscópica está indicado en pacientes con sospecha de apendicitis aguda, en fases iniciales o complicadas y como diagnóstico diferencial, e, incluso, puede realizarse con seguridad en pacientes embarazadas. (14)

Sin embargo, la técnica laparoscópica no cuenta con la aceptación total como en el caso de la colecistectomía. (15)

En nuestro país diversos estudios aseveran que el riesgo de perforación y complicaciones se encuentra relacionado con el tiempo de evolución de la apendicitis aguda, sin embargo, dichos estudios no son contundentes en cuanto a si la demora pre o post admisión son factores de riesgo de perforación o complicación.

Estudios realizados en el Hospital Sergio Bernal sobre abdomen agudo quirúrgico reportan una incidencia de 18% de casos de apendicitis aguda en pacientes que acuden al hospital mencionado, valor similar en distintas revisiones a nivel nacional. Durante el ingreso de los pacientes que ingresan a emergencias por un cuadro de síndrome doloroso abdominal al

área de tóxico de medicina previa evaluación por el médico internista es el 15% del total con estas características que son diagnosticados con apendicitis en líneas generales con previa evaluación del cirujano general es por ello que se empieza a programar a dichos pacientes para la intervención quirúrgica.

El riesgo de la población del cono norte de padecer una apendicitis es de 7 a 12% siendo la más frecuente entre el 10 y los 30 años. Si bien no existe diferencia de presentación entre ambos sexos, es más frecuente en los varones durante la pubertad y la adolescencia. El cuadro clínico se establece en pocas horas. La secuencia más frecuente de instalación de los síntomas es dolor abdominal, náuseas, vómitos, dolor a la presión en la fosa iliaca derecha y fiebre. Hay diversas fallas en la evaluación previa de dichos pacientes ya que la manifestación trascendental es el cuadro de fiebre acompañados de hemogramas alteradas, sin embargo, se comete el error al evaluar derivar a sus domicilios a los pacientes ya que no cuentan con resultados de análisis por ende acuden después al área de emergencia por un cuadro complicado.

La apendicitis no complicada se clasifica en inflamatoria y supurada. La apendicitis complicada, ha provocado gangrena o perforación con o sin absceso. La perforación se encuentra en el 13-20% de los pacientes. En un estudio realizado en el 2020, 737 pacientes fueron operados en el hospital Sergio Bernales, se encontraron 315 pacientes con apendicitis aguda, que representó una incidencia hospitalaria del 44,77%. De los 315 pacientes, 56,5% corresponden al grupo etario entre 16 y 29 años, 18,4% entre 30 y 39 años, y 11,7% entre 40 y 49 años. La frecuencia alcanzó un 74,9% en menores de 40 años. Se encontró que 162 pacientes (51,4%) fueron hombres, y 153 (48,6%) mujeres. El 1,3% se reconocieron como venezolanos y 98,7% como peruanos. Es secundaria a obstrucción del lumen apendicular por apendicolito, material orgánico o sustancias sólidas con subsecuente acumulación de líquido, isquemia, necrosis y/o

perforación; sin embargo, existen estudios donde se han encontrado factores genéticos, ambientales, neurogénicos y étnicos capaces de producir esta enfermedad.

El típico dolor migratorio, anorexia, náuseas y vómitos se han observado entre un 30-59% de los pacientes con apendicitis aguda, la fiebre en el 41% de los pacientes. El dolor localizado en fosa iliaca derecha se puede observar en un 81% 12 Jonathan Alfredo Ayala Yunga de los pacientes con diagnóstico confirmado, con elevación de leucocitos y hallazgos imagenológicos positivos en un 40%.(16)

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes del Estudio

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**POL, LÓPEZ, LEÓN, CRUZ Y SATORRE (2014)** en su estudio caracterizaron la forma de presentación de la apendicitis aguda en pacientes de la tercera edad en el establecimiento de salud "Enrique Cabrera" hospital en Cuba, realizaron un estudio basado en la descripción de los pacientes geriátricos que fueron intervenidos quirúrgicamente, siendo un total de 57 historias clínicas. dentro de sus variables evaluadas fue la edad y cuadro clínico; teniendo como resultado al grupo etario en el rango de 60 y 69 años y las características del dolor fue el típico más que los atípicos entre otros resultados. (17)

**Comentario:** Se puede apreciar que en el grupo etareo entre los 60 y 69 años tienen más síntomas comunes, hay cierta semejanza en las características de los síntomas.

**PARDO (2015)** determinó la presentación clínica y características de laboratorio en apendicitis aguda en la población mayor a las 5 décadas. Mediante un estudio en el que describe a 100 pacientes de una determinada población en un tiempo fijo, mediante la revisión de historias clínicas. Obteniendo como resultados que el 100% de la población tubo apendicitis aguda y entre estos rango de edad más frecuente fue de 50 a 59 años, el síntoma principal es el dolor abdominal que puede tener características clásicas en un 51.00% y no clásicas en el 49 % de pacientes, además se asoció con fiebre el 24.00%, nauseas el 22.00% y distensión del abdomen 13 lo presento el 3.00%; respecto a las características del laboratorio el 47%

presento leucocitosis, además obtuvo resultados de comorbilidades y hallazgos operatorios. Concluyendo que los pacientes adultos con apendicitis vario las edades entre los 50 y 59 años de edad, la presentación clínica en su mayor parte fue típica y nadie de la población presento complicaciones en el acto quirúrgico. (18)

**Comentario:** En este estudio se puede evidenciar que la principal característica de sintomatología es el dolor abdominal entre los 50 a 59 años acompañando con leucocitosis.

**ESTEBAN SALAS SALAS (2015)**, en el trabajo “Revisión de apendicitis aguda en casos de difícil diagnóstico”. Llegó a la conclusión: La apendicitis aguda es la patología abdominal quirúrgica más frecuente en los servicios de emergencias pediátricos. Como en todos los casos descritos previamente, la clave es un diagnóstico temprano con cirugía lo más pronto posible. La incidencia es de 1-6/10,000 en niños desde el nacimiento a los 4. En niños menores de 6 años, 57% de los casos se presentan de manera avanzada. La presentación clínica es usualmente inespecífica, son pacientes difíciles de explorar y no expresan bien los síntomas. En cuanto a la anatomía, el epiplón en niños menores no está totalmente desarrollado lo que explica que en casos de perforación la tasa de peritonitis generalizada es más frecuente. A pesar de las limitaciones, una pieza clave en el diagnóstico es realizar un adecuado y confiable examen físico y esto requiere de la colaboración del niño. Por lo que se recomienda, que niños con sospecha de apendicitis reciban analgesia en relación con su nivel de dolor, incluyendo opioides intravenosos. Los niños que usualmente no se presentan de manera típica estudios de imagen pueden ser útiles para establecer o excluir el diagnóstico. El ultrasonido o la TAC, por separado o en conjunto, son los métodos más utilizados. (19)

**Comentario:** En este estudio se enfoca más en el tema pediátrico que presentan más complicaciones debido a la apendicitis ya que anatómicamente está en un proceso de crecimiento conllevando a la peritonitis.

**TIND Y QVIST (2017)** desarrollaron una investigación titulada “Acute appendicitis: a weak concordance between perioperative diagnosis, pathology and peritoneal fluid cultivation” con el objetivo de estudiar la concordancia entre el diagnóstico perioperatorio realizado por el cirujano y los hallazgos histológicos del apéndice eliminado. El estudio fue cohorte, prospectivo, observacional realizado en 131 pacientes sometidos a apendicectomías. Los autores hallaron que un 89% de los casos tuvo confirmación histológica y quirúrgica. Asimismo, se evidenció una baja concordancia entre los diagnósticos perioperatorios e histológicos variando de 16 a 76% dependiendo del grado de la apendicitis aguda. El cirujano y patólogo tuvieron concordancia sobre el tipo de inflamación en un valor del 58%. Cabe mencionar que dichos autores concluyeron que hubo una baja concordancia en los diagnósticos clínicos e histopatológicos de los diferentes grados de apendicitis.(20)

**Comentario:** Se puede evidenciar en este estudio los medios de diagnósticos no guardan cierta concordancia con los procedimientos quirúrgicos, no son de ayuda para un manejo adecuado.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**J. RUIZ (2015).** Realizó una investigación de carácter retrospectivo en 161 pacientes operados en el Hospital Regional de Loreto en el periodo de enero a diciembre del 2014. Obtuvo que el 14% de los que se les ofreció cirugía, eran adultos. Los adultos mayores tienen una media de 68 años de edad, hubo predominio del sexo masculino, la patología de fondo de los operados fue la hipertensión arterial, y

el 17.5% correspondía a los adultos mayores, durante el acto quirúrgico se halló que la fase gangrenosa del apéndice lo presentaron el 63.5% pacientes que tienen menos de 60 años en los de mayor a 60 años fue en el 58.8%. (21)

**Comentario:** Se evidencia que este estudio dado en la región de Loreto, la mayor cantidad de pacientes dados durante el 2014 por apendicitis se dio en adultos mayores de sexo masculino.

**RAMOS (2017)**, determinó cómo se comporta el conteo de las células blancas y los neutrófilos no segmentado o bandas en las fases no complicada y complicada en el cuadro de apendicitis empleando los resultados de anatomía patológica, con el propósito de dar sentido a la progresión de esta patología, con el objetivo de obtener un mejor diagnóstico para efectuar tratamiento quirúrgico óptimo. El estudio fue de carácter retrospectivo, transversal y correlacional. Obtuvo que en el 74.3% de los pacientes apendicectomizados presentaron leucocitosis además y que la media de leucocitos y de número de bastones fueron mayores en apendicitis complicada. Concluyó que el número de leucocitos y el número de bandas con es directamente proporcional con la severidad de las fases de la apendicitis y la desviación izquierda es poco más útil para discriminar la fase complicada de apendicitis.

**Comentario:** Aquí hay un estudio a nivel celular de laboratorio, enfatizando en el hemograma que conlleva a diferenciar un apendicitis con una complicada.

**RAMÍREZ (2015)** en Perú desarrolló una investigación titulada "Correlación entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico de apendicitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho de enero a diciembre del año 2014" con el objetivo de determinar la concordancia entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico de la apendicitis aguda. El estudio fue



descriptivo, transversal y retrospectivo realizado en 507 pacientes sometidos a intervención quirúrgica. No obstante, el autor halló que el diagnóstico de apendicitis aguda se realizó en un 98.2% por los cirujanos y un 97.8% por el área de patología con un índice de kappa de 0.49. Por otro lado establecieron un índice de kappa de 0.28 referente a la clasificación de la apendicitis aguda según la fase diagnosticada. Además, establecieron que un 2.2% de apendicectomías fueron negativas. Asimismo, los autores 21 hallaron que la concordancia entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico no fue adecuada. (13)

**Comentario:** Se evidencia en este estudio la relación que hay entre los pacientes operados por apendicitis se dieron por dos especialidades, uno por los cirujanos generales y por el otro lado los patólogos clínicos y hay ciertas semejanzas a la hora de diagnosticar.

**ACOSTA (2017)** en Perú desarrolló una investigación titulada “Concordancia entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico de pacientes intervenidos quirúrgicamente por apendicitis aguda en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo enero-junio 2016” con el objetivo de determinar la concordancia entre el diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico en pacientes intervenidos por apendicectomías. El estudio fue de tipo observacional, analítico en el cual se revisaron 221 fichas de los pacientes apendicectomizados. El autor estableció que el diagnóstico de apendicitis aguda se realizó en un 91% diagnóstico quirúrgico y 81% diagnóstico patológico con un índice kappa de 0.28. Los cirujanos solo diagnosticaron en 27% de los apéndices sin signos inflamatorios confirmados por patología. Respecto a la clasificación, se obtuvo un índice kappa de 0, 269. 22 Además, según la clasificación de complicada y no complicada se encontró un índice de kappa 0,442. El autor concluyó que la

concordancia entre el diagnóstico quirúrgico anatomopatológica fue baja.

**Comentario:** Este estudio es similar al otro claro se realiza en otro ámbito hospitalario, en este estudio los cirujanos generales tuvieron mejor efectividad el diagnosticar apendicitis en relación con los patólogos clínicos. (23)

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1 Teoría de enfermería de Virginia Henderson Tendencia y Modelo**

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente. Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son

denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Definición de Enfermería Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente) Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Necesidades Señala catorce necesidades básicas y estas son:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber de forma adecuada.
- Evacuar los desechos corporales.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Dormir y descansar.
- Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- Evitar peligros y no dañar a los demás.

- Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Profesar su fe.
- Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles. (24)

### **2.2.2 Teoría del cuidado humano de Jean Watson**

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”

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, como relación terapéutica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo

Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas:

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

**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.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales

Transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (geist) de una persona existe en él y para él. -Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.(25)

**Persona:** Desde la mirada existencialista, considera 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.

**Medio ambiente:** Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).  
(26)

**Salud:** De acuerdo con Watson, 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”.

**Enfermería:** La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta.

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 auto curación.

### **Interacción enfermera- paciente**

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad,

interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo. Conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente).

### **Relación de cuidado transpersonal.**

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson (1999), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo/más alto Yo.

El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento

### **Momento de cuidado**

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada.

Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana- humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

La ocasión del cuidado en últimas permite el descubrimiento de sí mismo. Estas influencias y valores son claramente expuestos en sus supuestos:

#### Supuestos Relacionados con los Valores del Cuidado Humano

1. El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.
2. La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisface nuestra humanidad.
3. Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.
4. En principio nosotros debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y debemos tratarnos a sí mismos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.



5. Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.
6. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería – la esencia de la enfermería-.
7. El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.
8. Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.
9. Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.
10. El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos <sup>18</sup> mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.
11. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación. Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera. Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de Cuidado de Watson, utilizados por enfermeras en las intervenciones relatadas en los procesos de cuidado humano. (27)

## **2.3. Bases conceptuales**

### **2.3.1 Anatomía del apéndice vermiforme**

El apéndice cecal morfológicamente representa la parte inferior del ciego primitivo. Tiene forma de un pequeño tubo cilíndrico, flexuoso, implantado en la parte inferior interna del ciego a 2-3 cm por debajo del ángulo ileocecal, exactamente en el punto de confluencia de las tres cintillas del intestino grueso. Sus dimensiones pueden variar desde 2,5 cm hasta 23 cm, su anchura de 6-8 mm, es mayor a nivel de la base del órgano, la cual a veces (en niños) puede continuarse con la extremidad del ciego, sin ninguna línea de demarcación bien precisa. (28)

Exteriormente, el apéndice, es lisa de color gris rosado, Interiormente comprende una cavidad central que en su extremidad libre termina en su fondo de saco y en el otro extremo con el ciego, en el que algunas veces se encuentra un repliegue en forma de válvula, llamado válvula de Gerlach, la cual se aplica sobre el orificio cuando el ciego es distendido, impidiendo así que las heces puedan penetrar en la cavidad apendicular. Aparentemente no desempeña ningún papel de importancia en la patogenia de la apendicitis. (29)

En cuanto a su posición el apéndice cecal, por estar ligado al ciego, sigue a este órgano en las diversas posiciones que presenta. De acuerdo a esto el apéndice puede tener una aparente posición normal en fosa ilíaca derecha, pero otras veces puede encontrarse en la región lumbar derecha delante del riñón o incluso debajo del hígado (posición alta), otras veces puede llegar a localizarse en la cavidad pelviana (posición baja) y muy raras veces, incluso, en la fosa ilíaca izquierda (posición ectópica). (30)

Sin embargo, independientemente de la posición del ciego, el apéndice en relación al mismo también puede presentar una situación que tiende a variar mucho según los casos; solo hay que tener en cuenta el punto ubicado en la base de la misma como referencia,

aquél en que aboca la ampolla cecal. Si a nivel de ese punto es trazada una línea horizontal y otra vertical, podemos catalogar a la situación del apéndice en diferentes posiciones: ascendente, descendente interna o externa, anterior o posterior (retrocecal) o cualquier otra variedad que adquiera según la posición con respecto a estas líneas.(31)

Según esta última clasificación la posición descendente interna termina siendo la más frecuente en un 44%, le sigue la posición externa 26%, la posición interna ascendente 17% y después la retrocecal 13%. Estas distintas situaciones y posiciones son explicadas pues en realidad terminan 33 explicándonos la variedad de zonas y puntos dolorosos que a veces hacen difícil el diagnóstico de la apendicitis aguda. (32)

El apéndice está fijado en su base al ciego y a la porción terminal del íleon por el meso apéndice, sin embargo, en algunas oportunidades el apéndice puede formar un meso cuyo borde se fija al peritoneo de la fosa ilíaca e incluso en otra, no existe meso y el peritoneo lo tapiza aplicándolo contra el plano subyacente (apéndice subseroso). (33)

Histológicamente, el apéndice cecal está constituido por cuatro túnicas, una serosa, una muscular, la submucosa y mucosa. En cuanto a la distribución angiológica y neurológica del órgano apendicular, la arteria apendicular es la que irriga dicho órgano y está acompañada generalmente de la vena apendicular que va a unirse a las venas del ciego. Los vasos linfáticos, los cuales se inician en los folículos linfoides, atraviesan directamente la túnica muscular y van a continuarse sucesivamente con los linfáticos subserosos del apéndice, del ciego, del colon ascendente, del mesenterio, etc. Los nervios del apéndice cecal proceden, como los del ciego, del plexo solar, por medio del conocido plexo mesenterio superior (34)

**Apendicitis:** La apendicitis aguda es un cuadro de abdomen agudo quirúrgico con presentación clínica muy variada. El diagnóstico de la apendicitis aguda es esencialmente clínico basado en síntomas y signos; es el dolor el principal elemento clínico de esta patología. (35)

### **2.3.2 Etiología y Síntomas**

La etiología de la AP, se debe en su mayoría a la oclusión en el lumen del apéndice por un fecalito o por el crecimiento de células en su tejido linfóide, 11 ello puede ser ocasionado por patologías como por ejemplo gastroenteritis, virales, mononucleosis entre otros. Otras causas de oclusión del apéndice son por agentes extraños, tumores, parásitos, tuberculosis entre otros. (36)

### **Etiopatogenia y Fisiopatología**

La fisiopatología de la apendicitis aguda continúa siendo enigmática, sin embargo, existen diversas teorías que tratan de explicar esta patología. La más aceptada describe una fase inicial que se caracteriza por obstrucción del lumen apendicular, la cual puede ser causada por hiperplasia linfóide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños como huesos de animales pequeños, o semillas; esto genera la secreción de moco y el crecimiento bacteriano, generándose así, la distensión luminal y consecuentemente el aumento de presión intraluminal. Posteriormente se genera la obstrucción del flujo linfático y 34 venoso, favoreciendo aún más el crecimiento bacteriano y desencadenando la producción de edema. (37)

El apéndice encontrándose edematoso e isquémico, causa una respuesta inflamatoria. Esta isquemia a la que es sometida la apéndice puede generar necrosis de la pared con una consecuente translocación bacteriana, desarrollando la apendicitis gangrenosa. Si este proceso se deja evolucionar y el paciente no es intervenido oportunamente, esta puede perforarse y así generar desde un absceso con peritonitis local, siempre y cuando la respuesta

inflamatoria y el omento logren contener el proceso, como también una peritonitis generalizada de no ser posible lo primero. (38)

Otras teorías describen que el punto de partida de la apendicitis aguda es una falta de suministro vascular extrapendicular, otras plantean desde la ulceración de la mucosa apendicular por infección viral y posterior colonización bacteriana, así como también una dieta pobre en fibra la cual genera un enlentecimiento del tránsito intestinal y retención de las heces en el apéndice. (39)

### **Signos y síntomas**

El síntoma primordial de la apendicitis aguda es el dolor abdominal, este dolor tiende a tener un inicio insidioso de localización epigástrica o peri umbilical independientemente de la localización del apéndice dentro de la cavidad abdominal, esto ocurre debido a que el evento inicial en la apendicitis aguda es la obstrucción luminal asociada posteriormente a su distensión; los impulsos dolorosos generados desde la pared del apéndice distendidos son llevados por las fibras simpáticas aferentes viscerales por medio del ganglio celiaco a las fibras dorsales T10 y después referido al área umbilical en el décimo dermatomo. (40)

El dolor habitualmente se inicia de forma repentina, algunos pacientes amanecen con un malestar epigástrico de inicio gradual y que tiende a ser persistente, algo desagradable, un tanto angustioso pero que llega a ser soportable; esta primera parte tiende a tener una duración de 6 horas y es cuando el dolor se localiza en fosa ilíaca derecha, en esta fase pueden presentarse náuseas o algunos vómitos pero generalmente se caracteriza por pérdida de apetito. (41)

El cambio en la localización del dolor es un importante signo diagnóstico y es indicio de la formación de exudado alrededor del apéndice inflamado. Como la irritación peritoneal se incrementa, el dolor localizado es más intensificado y suprime el dolor epigástrico

referido. Aquí es cuando el paciente refiere el dolor en fosa ilíaca derecha cerca al punto conocido con el nombre de McBurney. Este, a la larga, no es más que un reflejo viscerosensitivo de moderada intensidad, asociada a una sensación de distensión o desgarro, generalmente más desagradable que insoportable y que muchas veces genera en el paciente una posición antiálgica de semiflexión, tratando de no realizar movimientos que aumenten el dolor.(42)

### **Diagnóstico diferencial**

Es necesario realizar el diagnóstico diferencial de la apendicitis, teniendo en consideración a las siguientes patologías: adenitis mesentérica (enf. respiratorias e intestinales), trastornos ginecológicos, enf. pélvica inflamatoria, folículo Graaf roto, quiste o tumor retorcido, endometriosis, embarazo ectópico roto, diverticulitis meckel, enteritis Crohn, diverticulitis sigmoide, tumores ciegos, tumores apéndice (carcinoide-adenocarcinomas-linfoma), cólico reno-ureteral y sepsis urinaria.

El diagnóstico precoz es esencial en el tratamiento de la apendicitis aguda, muchas veces esto es posible gracias a una puntual historia clínica asociado a un examen clínico compatible, pero debido a lo anteriormente expuesto en otros casos el diagnóstico puede llegar a ser muy difícil. Generalmente se llega a un diagnóstico correcto confirmado por cirugía en un 90% de casos. El examen físico debe ser completo para así descartar cualquier otra patología que nos pueda generar dudas y confundir el diagnóstico. (43)

Por regla, cuando el abdomen es examinado es necesario comenzar la exploración por las zonas donde suponemos que existe menos dolor hasta llegar a los puntos y signos dolorosos sugestivos de Apendicitis Aguda, dentro de estos tenemos:

Punto de McBurney. - el cual se obtiene presionando a nivel de la fosa ilíaca derecha en un punto que corresponde a la unión del 1/3 externo

con los 2/3 internos de una línea trazada de la espina ilíaca anterosuperior derecha hasta el ombligo. El dolor producido con esta maniobra es el encontrado frecuentemente en un paciente con apendicitis aguda. (44)

### **Manifestaciones clínicas**

La demostración clínica de apendicitis es el dolor en el abdomen, inicialmente este dolor es difuso, tipo cólico, localizado a nivel peri umbilical y posteriormente irradiado al cuadrante inferior derecho, acompañado de anorexia, náusea, vómito y fiebre. El dolor se incrementa al caminar y al toser. Las manifestaciones cardinales son: el dolor característico (migra en 12 a 24 horas al cuadrante inferior derecho), los datos de inflamación peritoneal y de respuesta inflamatoria (leucocitosis con predominio de neutrófilos), sin embargo, en ausencia de otros signos, el dolor se mantiene en la fosa ilíaca derecha, es altamente sugestivo de apendicitis aguda. También suele presentarse fiebre mayor de 38° C., deshidratación y taquicardia, a nivel abdominal hiperestesia, hiperbaralgesia, dolor intenso en el punto de Mc Burney. Los llamados signos apendiculares positivos incluyen entre otros: dolor a la descompresión brusca del área apendicular (signo de rebote o Von Blumberg), sensibilidad dolorosa a dos tercios de una línea imaginaria entre la cicatriz umbilical y la cresta ilíaca antero superior (signo de Mc Burney), dolor en cuadrante inferior derecho generado al palpar el cuadrante contralateral (signo de Rovsing) y dolor en la fosa ilíaca derecha al elevar la extremidad inferior derecha (signo de Psoas). Ahora bien, estos signos clínicos no se encuentran en todos los casos, ya que el cuadro clínico puede presentarse de forma variable o atípica, dependiendo de diversos factores, entre ellos la posición anatómica del apéndice, el uso de analgésico o antibióticos, o bien, la presencia de diarrea. (45)

En el adulto mayor la apendicitis es grave, la mayoría de los fallecimientos se da en ese grupo etario, quizá debido a que estos pacientes manifiestan pocos síntomas y a que el dolor es menos intenso y los leucocitos casi no se incrementan; además, las enfermedades intercurrentes deterioran al paciente. También, la apendicitis es común durante el embarazo (uno de cada 2 200). Se relaciona con dolor en posición más cefálica que la normal, sin dejar de ser compatible con la migración del ciego, a partir del cuadrante inferior derecho a la posición subcostal, conforme evoluciona el embarazo. (46)

### **2.3.3 Clasificación y tratamiento**

**Apendicitis Congestiva o Catarral:** Cuando ocurre la obstrucción del lumen apendicular, se acumula la secreción mucosa y el apéndice se distiende. El aumento de la presión intraluminal produce, inicialmente, una obstrucción venosa, hay acúmulo bacteriano y reacción del tejido linfoide, que produce un exudado plasmático leucocitario denso que va infiltrando las capas superficiales. Todo esto, macroscópicamente se traduce en edema y congestión de la serosa, de allí el nombre que recibe.

**Apendicitis Flemonosa o Supurada:** La mucosa comienza a presentar pequeñas ulceraciones o es completamente destruida, siendo invadida por las bacterias, coleccionándose un exudado mucopurulento e infiltrándose de leucocitos neutrófilos y eosinófilos en todas las tunicas, incluyendo la serosa, que se muestra intensamente congestiva, edematosa, de coloración rojiza y con exudado fibrinoso purulento en su superficie; si bien aún no hay perforación de la pared apendicular, puede producirse difusión de ese contenido mucopurulento intraluminal hacia la cavidad libre

**Apendicitis Gangrenosa o Necrosada:** Cuando el proceso flemonoso es muy intenso, la congestión y rémora local y la distensión del



órgano producen anoxia de los tejidos, a ello se agrega el mayor sobrecrecimiento bacteriano anaeróbico, todo eso sumado a la obstrucción del flujo sanguíneo arterial, llevan finalmente al órgano a una necrosis total. La superficie del apéndice presenta áreas de color púrpura, verde gris o rojo oscuro, con micro perforaciones, aumenta el líquido peritoneal, que puede ser tenuemente purulento, con olor fecaloide.

**Apendicitis Perforada:** Cuando las perforaciones pequeñas se hacen más grandes, generalmente en el borde anti mesentérico y adyacente a un fecalito, el líquido peritoneal se hace francamente purulento y de olor fétido, en este momento estamos ante la perforación del apéndice. Toda esta secuencia debería provocar siempre peritonitis generalizada, y ésta, dejada a su libre evolución, produciría sepsis y muerte

Sin embargo, en muchos casos, el exudado fibrinoso inicial determina la adherencia protectora del epiplón y de las asas intestinales adyacentes, que producen un bloqueo del proceso, que puede llevar a la peritonitis localizada, al absceso apendicular o dar lugar al llamado plastrón apendicular

Por todo lo dicho, una apendicitis aguda perforada, sin tratamiento, podría ser fatal. En consecuencia, se admiten hasta un 10% de apendicectomías negativas sin proceso inflamatorio al estudio anatomopatológico llegando esta cifra hasta un 29% según otros autores. Se considera que la morbilidad y la mortalidad de una laparotomía por apéndice sano. (47)

La definición actual clasifica la Apendicitis Aguda en no perforada y perforada contemplando los perforados como aquellos con un orificio visible en el apéndice o la presencia de un fecalito libre en la cavidad. Esto ha cambiado el manejo postoperatorio. Antes de esta clasificación los apéndices descritos como gangrenosos o necróticos eran tratados como perforados, aún sin evidencia de un orificio

visible, lo que implicaba el uso de antibiótico postoperatorio. Aún hoy no existe un acuerdo en la definición sobre este hallazgo, pero se ha demostrado que con el diagnóstico basado en el hallazgo subjetivo tienen mejor pronóstico que aquellos con apéndices perforados y manejados con el mismo esquema de tratamiento; por lo que limitar el uso de antibiótico postoperatorio en los pacientes con apendicitis gangrenosa ha disminuido los costos sin aumentar de forma significativa la morbilidad. (48)

#### **2.3.4 Tratamiento Médico**

Se practica la apendicetomía, la preparación del paciente debe ser menor de 4 horas y en ayunas, se suministra soluciones electrolíticas intravenosa para poder corregir la deshidratación y del desequilibrio electrolítico; en caso de íleo paralítico o distensión abdominal por gases se coloca una sonda nasogástrica.

Según prescripción médica se debe administrar la dosis de antibiótico profiláctico que cubra las bacterias que están más propensas a contaminar, 30 a 90 minutos antes de incidir la piel (metronidazol más un aminoglucósido); ayudara para disminuir el número de infecciones de la pared abdominal en el posoperatorio. En el Post Operatorio, el médico puede prescribir un antibiótico terapéutico, en los apéndices perforados, con absceso o en la peritonitis, pero no en apéndices no complicados. La cirugía laparoscópica es importante para la exploración diagnóstica como para el tratamiento; sigue los mismos principios de la técnica quirúrgica a cielo abierto y su utilidad es cada vez más frecuente. (49)

#### **Apendicectomia**

La apendicitis, su manejo para casos complicados como no complicados, es la apendicetomía. Es el procedimiento más

realizado por los cirujanos generales a nivel mundial, y la realización del mismo se asocia a baja morbilidad y mortalidad. (50)

La apendicectomía en estos tiempos es la intervención en sala de operaciones con más urgencia más vista a nivel mundial, con un alto riesgo de presentar apendicitis a lo largo de la vida es de 8.6% para hombres y de 6.7% 14 para mujeres. Presenta una incidencia de 1.5 a 1.9 casos por cada 1000 habitantes y la población mayormente afectada se encuentra entre los 15 y los 35 años. La apendicetomía convencional es por incisión pequeña, hospitalización corta y morbilidad postoperatoria baja. (51)

### **Prevención de la Apendicitis Agudo**

No existen medidas preventivas eficaces para evitar la apendicitis aguda, sin embargo existen conductas indicadas para minimizar los factores de riesgo y prevenir las complicaciones, entre ellas se encuentran:

- Lavado de manos
- Lavado y desinfección de los alimentos
- Consumir alimentos bien cocidos
- Evitar la automedicación
- Evitar alcoholismo, tabaquismo
- Evitar etnoprácticas
- Vacunación contra rotavirus (en niños) También, Se debe promover la consulta temprana ante el aparecimiento de los síntomas y evitar automedicación. (52)

### **2.3.5 Cuidados de enfermería**

#### **Cuidados de enfermería preoperatorio**

- Realizar el ingreso de enfermería.

- Identificar necesidades básicas a través de la observación y la comunicación con el paciente y la familia.
- Preparar el paciente con la bata quirúrgica y el rotulo de identificación, asignar la habitación si aun no la tiene.
- Cumplir órdenes médicas: canalizar vena, antibiótico terapia, exámenes diagnósticos.
- Registrar en historia clínica los procedimientos realizados y los medicamentos aplicados al paciente.
- Trasladar al paciente al quirófano, cuando sea solicitado.
- Verificar que el consentimiento informado este firmado.

### **Cuidados de enfermería del paciente con apendicitis aguda**

El paciente con apendicitis aguda se enfrenta a una amenaza grave a sus necesidades básicas, por la rapidez cómo evoluciona ésta patología que si no es atendida precozmente puede provocar complicaciones severas el tratamiento es la intervención quirúrgica y ésta supone un acontecimiento estresante en la vida de cualquier individuo. Las nociones previas, los miedos, las dudas son manifestaciones que se presentan en mayor o menor grado las cuales deben controlarse u orientarse con objeto de restaurar la función alterada. El avance tecnológico está en íntima relación con el tratamiento de estos pacientes por lo que es indispensable para el personal de enfermería proveer un buen instrumento de trabajo con un amplio margen de validación en función a las necesidades que se registren. Este plan de cuidados está destinado a un grupo de pacientes relacionados con apendicitis aguda. (53)

## CAPÍTULO III

### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

#### I.- VALORACION

##### 1.1 DATOS GENERALES

- Nombre : G. F. A.
- Edad : 17 años
- Grado de educación : 4to secundaria
- Ocupación : Estudiante
- Estado civil : Soltero
- Lugar de Nacimiento : Lima
- Fecha de Ingreso : 12/05/2020
- Servicio : EMERGENCIA
- Cama : 16
  
- **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**
  - Ninguno
  
- **DIAGNOSTICO MÉDICO:**
  - Apendicitis Aguda Perforado-Peritonitis Localizada
  - Apendicetomía AMC+Limpieza Cavidad+DPR(I)
  
- **ANALISIS DE LABORATORIO:**
  - Hb.: 14,5 mg./dl
  - Hematíes 4580,000
  - Leucocitos: 22730X/mm<sup>3</sup>
  - Hematocrito: 41,2%
  - Creatinina: 0,7

- **ORINA COMPLETA**

- Densidad; 1,010
- Aspecto: transparente
- proteínas negativo
- glucosa : negativo
- GRUPO SANGUINEO
- "O" RH
- TIEMPO DE PROTOMBINA
- Paciente- 14,3 segundos
- control 13,90segundos
- TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL
- Paciente- 35,2 segundos
- control 37,3 segundos
- ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL

- **TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:**

- NPO
- Ciprofloxacino 200mg. EVC/12 hrs
- Ranitidina 50mg EV. C/8h.
- Ketorolaco 60mg EV C/8h.
- Metronidazol500mg EVC8h.
- Dextrosa al 5%1000+1 HIPERSODIO+KALIUM (I-II-III )

## **AGRUPACION DE DATOS SIGNIFICATIVOS**

### **1.2. VALORACION POR DOMINIOS**

#### **➤ DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD**

Paciente con diagnostico medico de Apendicetomía AMC+Limpieza Cavidad+DPR(I) refiere que hace una semana presento dolor abdominal tomo un analgesico que le dieron en la farmacia luego el dolor fue en aumentando de intensidad despues se agregan nauseasy

vomitos, los síntomas y el dolor permanecieron impidiendo el sueño, fue internado en el hospital por emergencia, refiere cumplir con todo lo que le dice el médico, pero todavía tiene un dolor muy fuerte que solo le calma cuando le ponen la ampolla para el dolor, no sabe cómo cuidarse cuando le den de alta, los hábitos de higiene de acuerdo a sus necesidades, en la alimentación refiere no tiene apetito, tiene agua y desagüe en casa

DOMINIO	DATOS SIGNIFICATIVOS
Dominio 1: Promoción De La Salud  Clase 1: Toma De Conciencia De La Salud Y Manejo De La Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Automedicación toma de analgésicos para el dolor.</li> <li>- Con tratamiento de analgésico para el dolor</li> <li>- No sabe cómo cuidarse después del alta</li> <li>- No sabe de su enfermedad</li> <li>- No tiene apetito</li> </ul>

➤ **DOMINIO 2: NUTRICIÓN**

A la valoración se observa al paciente, piel pálida, vía de ingesta es oral ya que no presenta dispositivos de ayuda para alimentación, refiere no tener apetito, bajo 5 kg de su peso actual de 57 kg. Y una talla de 1.58 m., con dentadura completa, presenta caries, presenta piel y mucosas hidratadas, abdomen blando con dolor a la palpación, miembros inferiores no edema, Resultados de laboratorio: Hb.: 14,5 mg.

<b>DOMINIO</b>	<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>
Dominio 2: Nutrición  Clase 1: Ingestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dentadura completa con caries</li> <li>- Abdomen con dolor a la palpación</li> <li>- Nauseas</li> <li>- Bajo de peso</li> </ul>

➤ **DOMINIO 3: ELIMINACIÓN**

A la palpación presenta abdomen blando, ruidos hidroaéreos presenta sensación de nauseas, refiere no haber hecho deposiciones, orina un promedio de 3 veces al día de características normales, resultado de lab : Leucocitos 22,730/m3.

<b>DOMINIO</b>	<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>
Dominio 3: Eliminación  Clase 2: Función Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenta nauseas</li> <li>- No hizo deposiciones</li> <li>- Leucocitos 22,730/m3</li> </ul>

➤ **DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO**

A la valoración se observa al paciente despierto, ventilando espontáneamente refiere sentirse cansado con problemas para dormir por el dolor y con temor para movilizarse por el dolor, presenta Pulso de 80x min. Rítmico una PA de 110/60 Mmhg , con facies de dolor y mucosas hidratadas, sin presencia de edemas en ambos miembros inferiores. F.R. 16x min.



<b>DOMINIO</b>	<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>
Dominio 4 : Actividad y reposo Clase 1: Reposo/sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas para dormir por el dolor</li> <li>- Se siente cansado</li> <li>- dificultad para movilizarse por el dolor .</li> </ul>

➤ **DOMINIO 5: PERCEPCIÓN COGNITIVO**

A la evaluación paciente de 17 años, orientado en tiempo, espacio y persona, no presenta lagunas mentales, ni alteración del pensamiento, se da cuenta de su entorno su visión, audición, olfato y gusto son normales, presenta un Glasgow de 15 puntos, con un lenguaje normal, que conoce muy poco de su enfermedad, muestra interés por recuperarse, desconoce de su enfermedad, no tiene temor en manejar su cuidado. se encuentra lucido orientado.

<b>DOMINIO</b>	<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>
Dominio 5: Percepción cognitivo Clase 4: Cognición Y Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conoce muy poco su enfermedad</li> </ul>

➤ **DOMINIO 6: AUTO PERCEPCIÓN**

Paciente refiere afrontar la situación de su enfermedad lo mejor posible, no se avergüenza de sí mismo, no se observa descuido de su higiene, manifiesta aceptar ayuda de familia y amigos si se la ofrecen, no se aísla, manifiesta sus deseos de mejorar y tener confianza en sí mismo, sintiéndose capaz de afrontar su enfermedad. sin alteración.

<b>DOMINIO</b>	<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>
Dominio 6 : Auto percepción	No hay datos alterados

➤ **DOMINIO 7: ROL/RELACIÓN**

Paciente refiere no tener temor de cuidados que recibirá, asume que está preparado para su cuidados, es soltero, vive con sus padres y sus 3 hermanos tiene instrucción de secundaria incompleta (cursando 4to año ) recibe apoyo del resto de su familia , el ingreso es insuficiente para mantener el hogar .

<b>DOMINIO</b>	<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>
Dominio 7: Rol/Relación	- Sin alteraciones

**DOMINIO 8: Sexualidad**

Paciente es adolescente refiere haber tenido varias parejas de sexo femenino, actualmente tiene enamorada.

<b>DOMINIO</b>	<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>
Dominio 8: Sexualidad	Sin alteraciones

➤ **DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Paciente se siente preocupado por sus estudios ahora que está hospitalizado por eso quiere recuperarse rápido y poder irse de alta, recibe visita de sus padres hermanos y amigos.

DOMINIO	DATOS SIGNIFICATIVOS
Dominio 9: Afrontamiento Y Tolerancia al estrés Clase 1: Respuesta Postraumática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- preocupado por sus estudios</li> <li>- recibe visita de sus padres, hermanos y amigos.</li> </ul>

➤ **DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES**

Persona Usuaría es de religión católica, su fe es muy importante en su vida. Su religión no influye en su tratamiento.

DOMINIO	DATOS SIGNIFICATIVOS
Dominio 10: Principios Vitales	- Sin alteraciones

➤ **DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**

Persona usuaria en posoperatorio de Apendicitis Aguda presenta herida quirúrgica por intervención, en abdomen presenta apósitos limpios, bolsa de dren penrose DPR, vía periférica en miembro superior derecho perfundiendo dextrosa al 5% mas agregados, decaído y con facies de dolor, preocupado , ansioso refiere ""siento mucho dolor póngame mi ampolla para el dolor", a la valoración del dolor presenta una escala de 9-10 puntos. ,presenta vías aéreas permeables sin presencia de tos ni secreciones despierto, lucido, orientado con temperatura 37C.

<b>DOMINIO</b>	<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>
Dominio 11: Seguridad y protección Clase 2 : Lesión física	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facies y mucosas pálidas y secas</li> <li>- Dren penrose</li> <li>- vía periférica en miembro superior derecho</li> <li>- temperatura 37c</li> </ul>

➤ **DOMINIO 12: CONFORT**

Persona usuaria a la valoración del dolor presenta una escala de 9-10 puntos con facies de dolor, vía periférica en miembro superior derecho perfundiendo dextrosa al 5% mas agregados, a la auscultación no ruidos agregados en ambos campos pulmonares, abdomen blando con dolor a la palpación, presenta sensación de nauseas a la valoración de signos vitales PA= 110/60 , despierto, orientado con temperatura a 37C refiere sentirse incomodo al estar en la cama ,y con deseos de mejorar su estado de ánimo,

<b>DOMINIO</b>	<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>
Dominio 12: Confort Clase 1: Confort Físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dolor presenta una escala de 9-10 puntos</li> <li>- sensación de nauseas</li> <li>- Incomodidad al estar en cama</li> </ul>

➤ **DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Persona usuaria presenta peso y talla adecuada para su edad, presenta signos de bajo peso.

<b>DOMINIO</b>	<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>
Dominio 13: Crecimiento Y Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante la enfermedad bajo de peso</li> </ul>

### 1.3. CUADRO DE ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

DOMINIO	CONFRONTACIÓN	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
<p><b>Dominio 1:</b></p> <p><b>Promoción De La Salud</b></p> <p><b>Clase 1: Toma De Conciencia De La Salud Y Manejo De La Salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Con tratamiento de analgésico para el dolor</li> <li>- No sabe cómo cuidarse después del alta</li> <li>- No sabe de su enfermedad</li> <li>- No tiene apetito</li> </ul>	<p>Promoción de la salud es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente.</p>	<p>Paciente de 17 años refiere no saber cómo cuidarse después del alta, ya que no tiene conocimiento sobre su enfermedad.</p> <p>La importancia de promoción de la salud radica en prevenir enfermedades y poder contrarrestar cualquier mal que puedan sufrir una persona o población, distribuyendo información escrita y oralmente por medio de charlas, trípticos, carteles posters, etc.</p>

<b>DOMINIO</b>	<b>CONFRONTACIÓN</b>	<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN</b>
<p><b>Dominio 2: Nutrición</b></p> <p><b>Clase 1: Ingestión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dentadura completa con caries</li> <li>- Abdomen con dolor a la palpación</li> <li>- Bajo de peso</li> </ul>	<p>La alimentación es un elemento importante en la buena salud, influye la calidad de los alimentos, la cantidad de comida y los hábitos alimentarios para un bienestar del ser humano, con lo cual se obtiene una nutrición equilibrada. Las frutas y los vegetales contienen vitaminas, minerales, carbohidratos y fibra. Estas sustancias son necesarias para mantener el funcionamiento del organismo durante todas las etapas de la vida.</p>	<p>Paciente de 17 años pos operado de apendicetomía. El paciente sometido a cualquier tipo de agresión quirúrgica sufre reacción catabólica encontrándose un aumento de las hormonas catabolizantes, tipo glucagón, corticoides y catecolaminas, y una inhibición de las anabolizantes y dentro de ellas como más representativas la insulina. Es necesario un aporte adecuado de calorías para prevenir en lo posible los fenómenos</p>

		<p>catabólicos. Para ello tenemos que contar con algún sistema para determinar las necesidades de cada paciente, dependientes de su situación clínica y de sus características particulares.</p>
--	--	--

<b>DOMINIO</b>	<b>CONFRONTACIÓN</b>	<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN</b>
<p><b>Dominio 3:</b>  <b>Eliminación</b>  <b>Clase 2: Función</b>  <b>Gastrointestinal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenta nauseas</li> <li>- No hizo deposiciones</li> <li>- Leucocitos 22,730/m3</li> </ul>	<p>La tarea principal del Aparato Digestivo es la de permitir que los alimentos que ingerimos puedan convertirse en nutrientes, para proveer a nuestro organismo la energía (calorías) necesaria y los elementos fundamentales para la vida, eliminando los productos residuales en forma adecuada. La motilidad gastrointestinal tiene funciones esenciales en el tracto digestivo tanto</p>	<p>Paciente de 17 años en posición semifowler, presentando dolor abdominal como consecuencia de cirugía abdominal a la cual fue sometido, es una de las causas por la cual no puede defecar, el dolor que manifiesta es muy intenso por lo que impide que el</p>

	<p>en la enfermedad como en la salud. En sujetos normales comprende la deglución, la digestión mecánica y vaciamiento del estómago, la absorción adecuada de los nutrientes y del agua en el intestino delgado y la defecación.</p> <p>Las células musculares lisas son las responsables de la actividad contráctil del tubo digestivo.</p>	<p>paciente pujan al momento expulsar las heces.</p>
--	---	--

<b>DOMINIO</b>	<b>CONFRONTACIÓN</b>	<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN</b>
<p><b>Dominio 9</b>  <b>Afrontamiento Y</b>  <b>Tolerancia al estrés</b>  <b>Clase 1: Respuesta</b>  <b>Postraumática</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupado por sus estudios</li> <li>- Recibe visita de sus padres, hermanos y amigos.</li> </ul>	<p>Ansiedad es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco</p>	<p>El proceso de la enfermedad produce ansiedad en el paciente debido a la preocupación que siente uno mismo cuando está enfermo, y solo desea su pronta recuperación con ayuda de sus familiares. Paciente de 17 años de edad no tiene información</p>



	ajustados y escasamente adaptativos	sobre su enfermedad ni de los cuidados que debe tomar cuando los den de alta.
--	-------------------------------------	---

<b>DOMINIO</b>	<b>CONFRONTACIÓN</b>	<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN</b>
<b>Dominio 11:</b> <b>Seguridad y protección:</b> <b>Clase 1 :Infección</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facies y mucosas pálidas y secas</li> <li>- Dren penrose</li> <li>- Vía periférica en miembro superior derecho</li> <li>- Temperatura 37c</li> <li>- Herida quirúrgica apósitos y gasas limpias</li> </ul>	<p>La piel proporciona la primera barrera de defensa tanto anatómica como química, contra los microorganismos. Las glándulas sudoríparas y sebáceas no permiten el crecimiento excesivo de las bacterias. El pH ácido no permite a los microorganismos patógenos crecer o sobrevivir sobre la piel durante cualquier espacio o tiempo. Los procedimientos invasivos rompen las barreras protectoras de la piel y actúan como medio de entrada a los microorganismos patógenos.</p>	<p>Paciente de 17 años con presencia de vía periférica, herida qx, son procedimientos invasivos que actúan como una puerta de entrada a microorganismos patógenos, atraviesan las capas de la piel y así pueden ser medio altamente contaminantes si es que no se toman las medidas de bioseguridad necesarias</p>

DOMINIO	CONFRONTACIÓN	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
<p><b>Dominio 12: Confort</b>  <b>Clase 1: Confort Físico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor presenta una escala de EVA 9-10 puntos</li> <li>- Sensación de nauseas</li> <li>- Incomodidad al estar en cama</li> </ul>	<p>Los receptores del dolor son terminaciones nerviosas libres que se hallan dispersas en las capas superficiales de la piel y algunos tejidos internos como periostio, paredes arteriales, superficies articulares y la luz de la tienda del aboveda craneal.</p> <p>El dolor es producto de una lesión orgánica y el individuo reacciona en una forma refleja para mitigarlo o suprimirlo.</p> <p>La intensidad del dolor depende de la inervación sensitiva, de la naturaleza o grado del estímulo umbral del dolor de cada individuo.</p>	<p>Paciente de 17 años post-operado de apendicetomía tiene dolor abdominal debido al proceso quirúrgico al que fue sometido.</p> <p>El dolor agudo es una compleja constelación de sensaciones displacenteras y expresiones emocionales asociadas al daño tisular, ya por estimulación nociva (inflamación), ya por lesión directa (ruptura mecánica o estiramiento).</p>

## **II. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**

### **2.1. Formulación de diagnósticos de enfermería**

#### **DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD**

##### **Clase 2: Manejo de la Salud**

- Mantenimiento ineficaz de la salud R/C afrontamiento individual ineficaz E/P falta de información sobre su enfermedad, automedicación

#### **DOMINIO 2: NUTRICION**

##### **Clase 1: Ingestión**

- Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto R/C disminución de la ingesta de alimentos

#### **DOMINIO 3: ELIMINACION**

##### **Clase 2: Función Gastrointestinal**

- Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional R/C cirugía abdominal

#### **DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO**

##### **Clase 1: Reposo / Sueño**

- Deprivación del sueño R/C malestar físico (dolor abdominal) E/P cansancio, malestar

#### **DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS**

##### **Clase 1: Respuesta Postraumática**

- Ansiedad R/C estado de salud E/P refiere estar preocupado por sus estudios

#### **DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN**

##### **Clase 1: Infección**

- Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos

## **DOMINIO 12: CONFORT**

### **Clase 1: Confort físico**

- Dolor R/C herida quirúrgica E/P facies de dolor al movimiento, refiere reiteradas veces que siente un dolor muy fuerte, presenta una escala de 9-10 puntos

## **2.2. PRIORIZACION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**

## **DOMINIO 12: CONFORT**

### **Clase 1: Confort físico**

- Dolor R/C herida quirúrgica E/P facies de dolor al movimiento, refiere reiteradas veces que siente un dolor muy fuerte, presenta una escala de 9-10 puntos

## **DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN**

### **Clase 1: Infección**

- Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos

## **DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS**

### **Clase 1: Respuesta Postraumática**

- Ansiedad R/C estado de salud E/P refiere estar preocupado por sus estudios

## **DOMINIO 2: NUTRICION**

### **Clase 1: Ingestión**

- Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto R/C disminución de la ingesta de alimentos

## **DOMINIO 3: ELIMINACION**

### **Clase 2: Función Gastrointestinal**

- Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional R/C cirugía abdominal

## **DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD**

### **Clase 2: Manejo de la Salud**

- Mantenimiento ineficaz de la salud R/C afrontamiento individual ineficaz E/P falta de información sobre su enfermedad, automedicación

## **DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO**

### **Clase 1: Reposo / Sueño**

- Deprivación del sueño R/C malestar físico (dolor abdominal) E/P cansancio, malestar

### III.- PLANEAMIENTO

#### 3.1. Plan Didáctico

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO
<p>Dolor R/C herida quirúrgica E/P facies de dolor al movimiento, refiere reiteradas veces que siente un dolor muy fuerte, presenta una escala de 9-10 puntos</p>	<p><b>General:</b> Aliviar el dolor en el paciente</p> <p><b>Específico:</b> Reducir al mínimo los estímulos que lo causan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado de manos</li> <li>- Interacción con el paciente</li> <li>- Preparar ambiente (privacidad)</li> <li>- CFV</li> <li>- Valorar los estímulos que causan el dolor en el paciente</li> <li>- Promover la comodidad.</li> <li>- Posición antálgica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reduce la transmisión de infecciones y la carga bacteriana.</li> <li>▪ La interacción con el paciente ayuda a que tenga mayor confianza y por ende va a colaborar con las intervenciones.</li> <li>▪ La medición de los signos vitales proporciona datos para determinar el estado habitual del usuario y la respuesta a esfuerzos físicos y psicológicos ya tratamientos médicos y enfermeros.</li> </ul>	<p>El paciente todavía siente dolor pero con menos intensidad.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicas de relajación</li> <li>- Proveer al paciente con objetos distractores</li> <li>- Administrar medicamentos prescritos por el médico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ayudaran a poder evitar que el paciente sienta más dolor.</li> <li>▪ Para que pueda contrarrestar el dolor</li> <li>▪ Ayuda al alivio del dolor</li> <li>▪ Las técnicas de relajación ayudan al alivio del dolor.</li> <li>▪ Para poder distraer al paciente de la sensación del dolor (periódico, videos, radio, juegos de mesa, charlas, etc.).</li> <li>▪ El ketorolaco se usa para aliviar el dolor. Pertenece al grupo de medicamentos llamados analgésicos antiinflamatorios.</li> </ul>	
--	--	--	---	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO
Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos	<p><b>General:</b> Evitar el riesgo de infección.</p> <p><b>Específico:</b> Mantener los procedimientos invasivos libre de microorganismos patógenos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado de manos</li> <li>- Interacción con el paciente</li> <li>- Control de T°</li> <li>- Limpiar zona vía periférica con alcohol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reduce la transmisión de infecciones y la carga bacteriana.</li> <li>▪ La interacción con el paciente ayuda a que tenga mayor confianza y por ende va a colaborar con las intervenciones.</li> <li>▪ La temperatura es un signo infección nos permitirá saber si el paciente está en riesgo.</li> <li>▪ Para evitar riesgo de infección, el alcohol es un antiséptico que ayuda a desinfectar la herida y prevenir la</li> </ul>	Paciente de 17 años no presenta signos de infección, herida quirúrgica con gasas y apósitos limpios sin presencia de secreciones, vía periférica permeable.



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permeabilizar vía periférica</li>   <li>- Cambiar vía cada 3 días</li>   <li>- Registrar cambio de la vía periférica con fecha en notas de enfermería</li>   <li>- Asistir limpieza de herida qx</li>   <li>- Cambiar gasas diariamente</li> </ul>	<p>albergación de microorganismos patógenos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evitara la obstrucción de los fluidos que se administran.</li>   <li>▪ Para evitar el riesgo de infección, estén o no sucias es recomendable realizar el cambio en ese lapso de tiempo.</li>   <li>▪ Permitirá tener informado al personal de salud sobre los procedimientos que se realizan al paciente.</li>   <li>▪ Para evitar el riesgo de infección.</li>   <li>▪ Permitirá que la herida este limpia libre de microorganismos patógenos.</li> </ul>	
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar características de la herida qx (tamaño, color, olor)</li> <li>- Observar y valorar signos de infección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De esta manera identificaremos el proceso de cicatrización y anomalías que podrían presentarse.</li> <li>▪ Nos permitirá darnos cuenta del inicio del proceso infección (calor, rubor, picor, ardor)</li> </ul>	
--	--	--	--	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO
<p>Ansiedad R/C estado de salud E/P refiere estar preocupado por sus estudios</p>	<p><b>General:</b> Disminuir el grado de ansiedad en el paciente</p> <p><b>Específico:</b> Contribuir con la mejora de su estado de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado de manos</li> <li>- Interacción con el paciente y familiares</li> <li>- Terapia familiar</li> <li>- Información sobre la enfermedad del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reduce la transmisión de infecciones y la carga bacteriana.</li> <li>▪ La interacción con el paciente y familiares ayuda a que tenga mayor confianza y por ende va a colaborar con las intervenciones.</li> <li>▪ La importancia de este procedimiento es la participación de cada miembro de la familia con el único objetivo de ayudar y apoyar al paciente en esta etapa de su enfermedad.</li> <li>▪ Para puedan comprender el estado de salud del paciente y puedan contribuir con su recuperación.</li> </ul>	<p>Los padres acordaron apoyar a su hijo en el proceso de rehabilitación para que pueda seguir estudiando sin ninguna preocupación y no tenga ninguna complicación.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información sobre las complicaciones de la enfermedad</li> <li>- Información sobre limpieza de herida qx</li> <li>- Información sobre nutrición postoperatoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se les informa a los familiares la complicación de la enfermedad para evitar que estas mismas sucedan y el paciente pueda tener una rehabilitación muy favorable.</li> <li>▪ Para evitar complicaciones, la información que se brinda es en cuanto a la higiene de la herida qx para favorecer su cicatrización sin ninguna complicación.</li> <li>▪ Los alimentos rigen un papel muy importante en cuanto a la rehabilitación del paciente ya que de eso también depende el proceso de cicatrización, para lo cual el paciente deberá cumplir con una dieta rica en proteínas.</li> </ul>	
--	--	--	---	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto R/C disminución de la ingesta de alimentos	<b>General:</b> Paciente restablecerá su equilibrio nutricional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar signos de desnutrición</li> <li>- Determinar el peso corporal adecuado según edad y altura.</li> <li>- Proporcionar alimentos prescritos por el nutricionista (líquidos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para poder evaluar el proceso de mejora del paciente. Los signos son: pelo quebradizo, hematomas, piel seca, palidez de piel y conjuntivas, debilidad muscular, erupción de tipo escamosa en las extremidades inferiores)</li> <li>▪ Para verificar el grado de enfermedad del paciente. La malnutrición acompaña con frecuencia a un proceso de enfermedad.</li> <li>▪ Por medio de una evaluación la nutricionista le prescribirá al paciente una lista de alimentos y nutrientes que necesita para poder recuperar su peso.</li> </ul>	Paciente de 17 años ingirió la mayoría de los alimentos, en espera de los resultados de análisis de sangre para poder evaluar su estado nutricional. Peso 60 Kg Talla 1.67mts

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar al paciente en posición semifowler</li> <li>- Controlar la ingesta de alimentos</li> <li>- Registrar los porcentajes ingeridos de la comida</li> <li>- Asistir y valorar resultados de análisis de sangre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La gravedad permite que el paciente pueda digerir y pasar mejor sus alimentos hasta el estomago.</li> <li>▪ Para verificar si los alimentos son totalmente ingeridos para su pronta recuperación.</li> <li>▪ Para poder evaluar el proceso de recuperación y que el equipo de salud pueda estar informado del consumo de alimentos del paciente.</li> <li>▪ Nos permitirá verificar el nivel Hb y Hto del paciente.</li> </ul>	
--	--	---	---	--

## **3.2 EJECUCION**

### **3.2.1 Ejecución y evaluación**

#### **REGISTRO DE ENFERMERÍA, SOAPIE:**

- S** Paciente adolescente refiere "Me duele el abdomen en la parte derecha y no deja que me mueva con normalidad y eh perdido el apetito.
- O** Paciente adolescente con diagnostico de apendicitis, REG, REN, REH, LOTEPE, afebril ventilando espontáneamente a fiO2 ambiental, piel poco hidratado, mucosa oral seca, abdomen blando doloroso a la palpación en la zona del mesogastrio y fosa iliaca derecha con via periférica en el MSI pasando dextrosa al 5% mas agregados a XXX gotas por minuto micción espontanea GLASGOW 15.
- A** Dolor R/C herida quirúrgica E/P facies de dolor al movimiento, refiere reiteradas veces que siente un dolor muy fuerte, presenta una escala de 9-10 puntos.  
Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos.  
Ansiedad R/C estado de salud E/P refiere estar preocupado por sus estudios.  
Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto R/C disminución de la ingesta de alimentos
- P** Paciente disminuirá el dolor por cada hora que se evalué  
Evitar las infecciones intrahospitalarias por material invasivo.  
Mejorar el estado nutricional del paciente por vía endovenosa
- I** Lavado de manos antes y después de todos los procedimientos.  
Control de signos vitales y graficarlos en la hoja correspondiente.  
Baño de esponja con asistencia.  
Valoración céfalo caudal en busca de signo de flogosis o presencia de infección en puntos o procedimientos invasivos.

Curación de catéter periférico tomando en cuenta los protocolos para este acto.

Se brinda comodidad y confort.

Se administra tratamiento médico según el Kardex de enfermería

Se brinda apoyo y orientación en las horas de alimentación. Se supervisa la administración de fórmula enteral a través de una bomba de infusión.

Se brinda educación sanitaria sobre procedimiento quirúrgico

Brindar tranquilidad a los miembros de la familia mediante la información correspondiente.

**E** Mejora el deterioro de la integridad cutánea, en buen estado de higiene, incrementa el volumen de sus alimentos, tolera la fórmula enteral por vía oral, disminuye el riesgo de infecciones agregadas y queda en observación continua.

Familiares muestran grado de tranquilidad por el procedimiento quirúrgico del paciente



## CONCLUSIONES

1. Este plan de cuidado de enfermería que se dio en el adolescente. Según Nanda, la definición de dolor agudo es el estado en el que un individuo experimenta e informa la presencia de una incomodidad grave o una sensación incómoda que dura de 1 segundo a menos de 6 meses.
2. Es importante tener en cuenta que si un paciente informa dolor que dura más de 6 meses, esto se considera dolor crónico. La característica definitoria de un plan de atención de enfermería para el dolor agudo es que el paciente debe informar o mostrar signos de malestar.
3. Algunos signos de incomodidad incluyen náuseas, picazón, vómitos o dolor. Otros signos que pueden estar presentes son aumento de los signos vitales a partir de los signos vitales de línea de base, llanto, gemidos, máscara facial de dolor o una posición resguardada.
4. El paciente puede experimentar dolor agudo debido a muchas razones. Algunas razones incluyen trastornos musculoesqueléticos como fracturas o artritis por problemas relacionados con el tratamiento, como quemaduras o accidentes.

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda enfatizar en la promoción de salud constante sobre el consumo de alimentación saludable de manera holística hacia todos los miembros de familia de manera coloquial y entendible para así evitar futuras complicaciones.
2. Se recomienda tomar en énfasis los trabajos de investigación para optimizar los cuidados de enfermería en determinados pacientes, que conlleven a una mejor atención del paciente con apendicitis.
3. Se recomienda en el área de emergencia realizar el flujo adecuado para atender pacientes con síndrome doloroso abdominal que puedan ser diagnosticados oportunamente y evitar así futuras complicaciones como la peritonitis.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lunca S, Bouras G, Romedea NS: Acute appendicitis in the elderly patient: diagnostic problems, prognostic factors and out-comes. *Rom J Gastroenterol* 2009, 13:299–303.
2. Paranjape C, Dalia S, Pan J, Horattas M: Appendicitis in the elderly: a change in the laparoscopic era. *SurgEndosc* 2008, 21:777–781. .
3. Sheu BF, Chiu TF, Chen JC, Tung MS, Chang MW, Young YR: Risk factors associated with perforated appendicitis in elderly patients presenting with signs and symptoms of acute appendicitis. *ANZ J Surg* 2007, 77:662–666.
4. Wray CJ, Kao LS, Millas SG, Tsao K, Ko TC: Acute appendicitis: controversies in diagnosis and management. *CurrProblSurg* 2013, 50:54–86.
5. Southgate E, Vousden N, Karthikesalingam A, Markar SR, Black S, Zaidi A. Laparoscopic vs open appendectomy in older patients. 2012. 147(6):557-62.
6. <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/2459/CARDENAS%20TERAN%20VIRGINIA%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1309/52%20ARTURO%20DURAND%20MIRANDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Pooler BD, Lawrence EM, Pickhardt PJ: MDCT for suspected appendicitis in the elderly: diagnostic performance and patient outcome. *Emerg Radio* 2012, 19:27–33.
9. Kirstein B, Perry ZH, Mizrahi S, Lantsberg L: Value of laparoscopic appendectomy in the elderly patient. *World J Surg* 2009, 5:918–922.
10. Baek H, Jung Y, Hwang Y. Laparoscopic Versus Open Appendectomy for Appendicitis in Elderly Patients. *J Korean Soc Coloproctol*. 2011 October. 27(5): 241 – 245.

11. Baek H, Jung Y, Hwang Y. Laparoscopic Versus Open Appendectomy for Appendicitis in Elderly Patients. *J Korean Soc Coloproctol.* 2011 October. 27(5): 241 – 245.
12. Papandria D, Goldstein SD, Rhee D, Salazar JH, Arlikar J, Gorgy A, Ogtega G, Zhang Y, Abdullah F: Risk of perforation increases with delay in recognition and surgery for acute appendicitis. *J Surg Res* 2013, 184:723–729.
13. Faiz O, Clark J, Brown T, Bottle A, Antoniou A, Farrands P, et al. Traditional and laparoscopic appendectomy in adults: Outcomes in English NHS hospitals between 1996 and 2006. *Ann Surg.* 2010; 248:800-6.
14. Fischer J. *Mastery of surgery.* 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 129-30.
15. García L, Bolaños L, Carrasco J, Betancourt J. Is laparoscopic appendectomy adequate for complicated appendicitis?. *Medigraphic.* 2010, June 20; Vol. 32. 3: 175- 179
16. Estadística de atención durante el año 2020 en el área de emergencia del hospital Sergio Bernales 2020
17. Pol, P., López, P., León, O., Cruz, J., y Satorre, J. (2014). Evaluación posoperatoria de pacientes de la tercera edad con diagnóstico de apendicitis aguda. *Revista cubana de cirugía* 2014. Volumen 53 (3) 226-234.
18. Pardo, G. (2015) Criterios clínicos y de laboratorios de apendicitis aguda en pacientes mayores de 50 años en el Hospital de Especialidades Guayaquil Albert Gilbert Pontón durante el periodo 2011-2012. (Tesis de pregrado) Universidad de Guayaquil. Guayaquil.
19. SALAS SALAS, Esteban. Revisión de apendicitis aguda en casos de difícil diagnóstico. 2015. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* LXXII (615) 395 – 399.

20. <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/2459/CARDENAS%20TERAN%20VIRGINIA%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y> y pag 20
21. Ruiz, J (2015). Apendicitis aguda: estudio comparativo entre el adulto joven y adulto mayor. Hospital regional de Loreto. 2014 (Tesis de pregrado) Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Amazonas, Perú.(p.9)
22. Ramos, E. (2017) Asociación de neutrófilos y abastones con apendicitis aguda complicada y no complicada según el informe de anatomía patológica en pacientes mayores de 15 años, Hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2016 a abril 2017.(p12)
23. <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1309/52%20ARTURO%20DURAND%20MIRANDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Luis MT, Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003. pág. 8-9
25. Watson, J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Semblanza\_Jean\_Watson.
26. Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 1996; 24: 988-996.
27. Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16:899-909.
28. Pedro Wong Pujada, Pedro Morón Antonio. Apendicitis Aguda [Internet]. [citado 11 de enero de 2018]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/Libros/medicina/cirugia/Tomo\\_I/Cap\\_11\\_Apendicitis%20aguda.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/Libros/medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_11_Apendicitis%20aguda.htm)
29. Vargas Domínguez A, Romero SL, Tapia DR, Báez AR, Hidalgo EF. Apendicitis, factores de riesgo que influyen en el retraso del tratamiento. *Cir Gen [Internet]*. 2001 [citado 12 de enero de 2018];23(3):154-7. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=9626>

30. Chen C-C, Ting C-T, Tsai M-J, Hsu W-C, Chen P-C, Lee M-D, et al. Appendectomy timing: Will delayed surgery increase the complications? J Chin Med Assoc [Internet]. 1 de julio de 2015 [citado 12 de enero de 2018];78(7):395-9. Disponible en: [http://www.jcma-online.com/article/S1726-4901\(15\)00088-X/fulltext](http://www.jcma-online.com/article/S1726-4901(15)00088-X/fulltext)
31. Temple CL, Huchcroft SA, Temple WJ. The natural history of appendicitis in adults. A prospective study. Ann Surg [Internet]. [citado 12 de enero de 2018];221(3):278-81. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=7717781>
32. Vargas Domínguez A, Romero SL, Tapia DR, Báez AR, Hidalgo EF. Apendicitis, factores de riesgo que influyen en el retraso del tratamiento. Cir Gen [Internet]. 2001 [citado 12 de enero de 2018];23(3):154-7. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=9626>
33. Bhangu A, Torrence A, Battersby N, Singh P, Richardson C. cohort study, systematic review and meta-analysis of the effect of delayed appendectomy for 74 acute appendicitis: Emergency Surgery 0631. Br J Surg [Internet]. 1 de agosto de 2013 [citado 12 de enero de 2018];100. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00002413-201308007-00076&isFromRelatedArticle=Y>
34. Teixeira PG, Sivrikoz E, Inaba K, Talving P, Lam L, Demetriades D. Appendectomy Timing: Waiting Until the Next Morning Increases the Risk of Surgical Site Infections. Ann Surg [Internet]. 1 de septiembre de 2012 [citado 11 de enero de 2018];256(3):538-43. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=22842128>
35. Fallas González J. Apendicitis Aguda. Med Leg Costa Rica [Internet]. marzo de 2012 [citado 11 de enero de 2018];29(1):83-90. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1409-00152012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

36. Ministerio de salud. Guías Clínicas de Cirugía General. San Salvador [Internet]. [Consultado 2018 Abr 15]. Disponible en: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia\\_cirugia\\_general.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_cirugia_general.pdf).
37. Fallas González J. Apendicitis Aguda. Med Leg Costa Rica [Internet]. marzo de 2012 [citado 11 de enero de 2018];29(1):83-90. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1409-00152012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
38. Gervacio. Egoavil Armaez R. La demora en el tratamiento quirurgico como factor de complicacion en pacientes con apendicitis a guda. 11 de enero de 2018
39. Moore KL, Dalley AF. Anatomía con orientación clínica. Ed. Médica Panamericana; 2009. 1244 p.
40. Quevedo Guanche L. Apendicitis aguda: clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Cuba Cir [Internet]. junio de 2007 [citado 13 de enero de 2018];46(2):0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74932007000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932007000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
41. Chen C-C, Ting C-T, Tsai M-J, Hsu W-C, Chen P-C, Lee M-D, et al. Appendectomy timing: Will delayed surgery increase the complications? J Chin Med Assoc [Internet]. 1 de julio de 2015 [citado 12 de enero de 2018];78(7):395-9. Disponible en: [http://www.jcma-online.com/article/S1726-4901\(15\)00088-X/fulltext](http://www.jcma-online.com/article/S1726-4901(15)00088-X/fulltext)
42. Kim SH, Park SJ, Park YY, Choi SI. Delayed Appendectomy Is Safe in Patients With Acute Nonperforated Appendicitis. Int Surg [Internet]. 1 de junio de 2015 [citado 12 de enero de 2018];100(6):1004-10. Disponible en: <http://www.internationalsurgery.org/doi/10.9738/INTSURG-D-14-00240.1>
43. Onofre Acevedo E. Apendicitis Aguda : factores que influyen en el tratamiento quirurgico tardio y en las complicaciones postoperatorios"

Instituto mexicano del seguro social , dirección regional del sur , centro médico nacional “ Adolfo Ruiz Cortinez” , Veracruz ; febrero 2009 [Internet]. [citado 12 de enero de 2018]. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/36711/1/onofreacevedoelias.pdf>

44. Pedro Wong Pujada, Pedro Morón Antonio. Apendicitis Aguda [Internet]. [citado 11 de enero de 2018]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/Libros/medicina/cirugia/Tomo\\_I/Cap\\_11\\_Apendicitis%20aguda.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/Libros/medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_11_Apendicitis%20aguda.htm)
45. Dubón Peniche MdC, Ortiz Flores A. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento. Revista de la Facultad de Medicina (México). 2014;57(4):51-7
46. Medicina de Urgencias. Primer Nivel de Atención. Apendicitis aguda 2004 [Internet]. [Consultado 2018 Abr 15]. Disponible en: [http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/educacion/apend\\_agud.pdf](http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/educacion/apend_agud.pdf)
47. Chandrasekaran, Johnson, N. Acute appendicitis. Surgery (Oxford), 32(8), 413– 417.doi:10.1016/j.mpsur.2014.06.004
48. Guía de Practica Clinica de Apendicitis Aguda, Servicio de Cirugia General, 2014 Hospital de Santa Rosa, Lima, Perú.
49. Medicina de Urgencias. Primer Nivel de Atención. Apendicitis aguda 2004 [Internet]. [Consultado 2018 Abr 15]. Disponible en: [http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/educacion/apend\\_agud.pdf](http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/educacion/apend_agud.pdf)
50. Souza Gallardo LM, Martínez Ordaz JL. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017;55(1):76-81.
51. Asociación Mexicana de Cirugía General. Comité de elaboración de guías de Práctica Clínica. Guía de Práctica Clínica. Apendicitis aguda. México. 2014 [Internet]. [Consultado 2018 Abr 15]. Disponible en: <https://amcg.org.mx/images/guiasclinicas/apendicitis.pdf>.



52. Medicina de Urgencias. Primer Nivel de Atención. Apendicitis aguda 2004 [Internet]. [Consultado 2018 Abr 15]. Disponible en: [http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/educacion/apend\\_agud.pdf](http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/educacion/apend_agud.pdf)
53. OROZCO, N. et al 2004 Protocolo de cuidados de enfermería Hospital del Maestro Apendicitis aguda Diriamba Nicaragua pg. 198.

# **ANEXOS**



