

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



**“CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES POSTOPERADOS DE
APENDICECTOMIA EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO DEL
HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNANDEZ 2016”**

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO.

ANGELA DEL ROSARIO VASQUEZ MONTOYA

Callao, 2017
PERÚ

INTRODUCCIÓN	2
I – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
1.2 OBJETIVO	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	6
II – MARCO TEÓRICO	8
2.1. ANTECEDENTES	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL	10
2.2.1. Apendicitis aguda	10
2.2.2. Apendicetomía	26
2.2.3 Cuidados de enfermería	27
2.2.4. Cuidados de enfermería en periodo perioperatorio	29
2.2.5. Teoría De Virginia Henderson	30
2.3. DEFINICION DE TERMINOS	34
III – EXPERIENCIA PROFESIONAL	37
3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL	37
3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	43
IV – RESULTADOS	52
7V – CONCLUSIONES	57
VI – RECOMENDACIONES	58
VII – REFERENCIA BIBLIOGRÁFIA	59
ANEXOS	

INTRODUCCION

El informe de experiencia Profesional presentado tiene como denominación Cuidados de Enfermería en pacientes post-operados de Apendicectomía. El objetivo principal de este informe es analizar las experiencias profesionales que ocurren en el servicio de Centro Quirúrgico en relación con cuidados que el Profesional de Enfermería brinda a los pacientes durante el acto operatorio y así evitar complicaciones post operatorias.

Siendo la Apendicitis Aguda la causa más frecuente en las salas de urgencias de las diferentes casas de salud, nos hemos visto en la necesidad de realizar un proceso investigativo para la creación de un Protocolo de atención de Enfermería dedicado a pacientes apendicectomizados en el servicio de centro quirúrgico del Hospital.

Los protocolos de enfermería constituyen uno de los pilares básicos que de alguna manera determinan el compromiso que los profesionales tienen en el desarrollo de los cuidados.

La realización y cumplimiento de estos protocolos de atención, así como los cuidados que ofrecen los profesionales de la enfermería, son una práctica constante que le permite, además, conocer y unificar criterios con respecto a los cuidados en enfermería que se ofrece al paciente. Por supuesto estos cuidados tienen que realizarse utilizando el método científico en el cuidado asistencial de la profesión. Esto quiere decir que los cuidados proporcionados al paciente tienen que tener el carácter de sistemáticos, racionales y lógicos.

Cabe resaltar que la utilización de un Sistema de Atención en Enfermería posibilita que el profesional pueda elaborar un Protocolo de Cuidados enfocado en las necesidades humanas del paciente. Además, hay que tener en cuenta que un Sistema de Atención en Enfermería debe considerar a las personas como un todo, considerándolo como un individuo con características únicas, como un ser que requiere de cuidados en enfermería enfocadas en la persona y no solamente en la enfermedad que padece.

Todo lo anterior ayudará a incrementar la calidad de la atención ofrecida a los pacientes quirúrgicos y permitirá una recuperación más rápida del paciente y su inserción en la colectividad al que pertenece.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

Una de las enfermedades que sigue siendo más frecuentemente diagnosticada en los servicios de emergencia de los hospitales es la apendicitis aguda, siendo una de las afecciones que más intervenciones produce en los centros hospitalarios. (1)

Estadísticas internacionales indican que la apendicitis aguda es el motivo más importante para la realización del abdomen agudo quirúrgico, correspondiéndole más del 50% de los casos. Además, esta dolencia es causante de las 2/3 partes de las laparotomías practicadas. (1)

Se ha calculado que alrededor del 7 al 12% de las personas en el mundo podrían sufrir un cuadro de apendicitis aguda por lo menos una vez en su vida. De la misma manera, se ha determinado que una persona de cada 15 puede sufrir esta dolencia en cualquier etapa de su vida, dado que es un evento que no se puede predecir y que no se puede evitar su ocurrencia.

En cuanto al sexo, más del 60% de los afectados por la apendicitis aguda son hombres. Según grupos etarios, se ha encontrado una media de 19 años en los afectados y un rango de entre 10 y 30 años para los pacientes afectados de dicho mal. La enfermedad es casi inexistente para edades menores a los 3 años. (1)

La proporción hombre-mujer de la enfermedad entre los adultos jóvenes es de 4:1, una proporción que se vuelve igual al alcanzar la tercera década de vida, según estudios de Napolitano y colaboradores (1999); Oberholzer y colaboradores (2000); Majetschak y colaboradores (2000) y Stein y colaboradores (2012). Estos estudios resaltan el papel de las hormonas sexuales femeninas en el combate de la sepsis en la disminución de las complicaciones en toda enfermedad inflamatorio con nivel agudo, como es el caso de la apendicitis.(2)

Aunque la prevalencia de esta enfermedad varia de un país a otro y de un

continente a otro, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha logrado establecer que, solo en los Estados Unidos, se llevan a cabo cerca de 250 000 intervenciones con complicaciones asociadas con esta enfermedad.

Un informe de la OMS publicado en el 2002 ha contabilizado hasta un millón de días pasados en el hospital por causa de apendicitis aguda en los Estados Unidos. (4)

En Perú, la apendicitis aguda puede ser considerado un problema de salud pública, alcanzando los 30000 casos al año, ubicándose entre las primeras cuarenta causas de morbilidad con hospitalización del afectado. (5)

Se han realizado estudios en el Perú para determinar las características epidemiológicas de la apendicitis aguda, como los realizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo. (6)

Una tesis realizada por Farfán entre los años 2000-2001 revisó 1045 historias clínicas del pabellón de emergencias pertenecientes a personas operados por apendicitis aguda. Del total de pacientes registrados, el 70.05% (732), pertenecían al sexo masculino y el 29.95% (313) al sexo femenino. Con respecto a los grupos etarios, se encontró una mayor tasa de incidencia en los rangos de 20-29 años, con un total de 430 (41.15%), seguido por el rango de edad 30-39 con un total de pacientes de 227 (21.72%). (6)

En un estudio realizado en conjunto por el MINSA (Ministerio de Salud) y el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) y desarrollado en los 24 departamentos del Perú tuvo como objetivo calcular la tasa de incidencia de apendicitis aguda y dividirlo luego entre el total de cada población evaluada y expresada por 10 000 habitantes. Para cada departamento, no solo se recolectó información sobre el número de casos de apendicitis, sino que, además, la media de la temperatura ambiental por año. (7)

Según datos proporcionados por el SIGHOS (Sistema de Hospitalización) del hospital San Juan de Lurigancho, las diez primeras causas de morbilidad

acompañados de hospitalización en este distrito incluyen a la apendicitis aguda con un 4.7% (532 pacientes) de casos reportados. El periodo evaluado fue de un año. (8)

En cuanto a la edad de aparición de la dolencia, un estudio llevado a cabo en el Hospital Dos de Mayo, encontró una media de 31 años, como edad de aparición de esta dolencia, datos que coinciden con los datos obtenidos en otros estudios sobre apendicitis no complicadas. (9)

La tendencia actual en el ámbito de la enfermería es considerarla como una profesión que ofrece una atención integral a las personas enfermas o sanas y que esta provista de una sólida base teórica que abarca las distintas dimensiones de las personas tratadas como pacientes (psicológicas, biológicas, culturales, sociales y espirituales), dimensiones que caen dentro de las responsabilidades del equipo de enfermería.

El rol de la enfermera en el intraoperatorio se puede encuadrar según actúe de circulante, instrumentista, anestesia o perfusionista. El trabajo enfermero se encuentra normalizado en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, dentro de la cual podrían encontrarse áreas de actividad no bien representadas para el intraoperatorio. También, esto mismo puede ocurrir en el proceso asistencial de soporte del Bloque Quirúrgico, en los manuales de competencias profesionales, que contemplando planes de cuidados y/o actividad enfermera, exploran esferas parciales o incompletas, se apoyan en planificaciones teóricas, o dejan abierta la implementación clínica, lo que plantea incertidumbres en la práctica, y nos permite pensar que existe necesidad de estudios observacionales que exploren lo que realizan las enfermeras en sus distintos entornos clínicos.(10)

Definiendo el cuidado de enfermería se puede decir que es un conjunto de actividades y actitudes realizadas con el objetivo de disminuir los riesgos de la salud que pueden producirse en el futuro, mejorando la calidad de vida y brindando bienestar a las personas. Por supuesto, estas actividades tienen que estar basadas en un método científico y disponer de instrumentos de gestión del cuidado, factores que permitirán un mejor desempeño en las diligencias diarias

de la enfermería.

En toda cirugía, la presencia de enfermeras hoy día se considera imprescindible. Su participación en todas las fases quirúrgicas, en todo el periodo perioperatorio, contribuye a que el proceso quirúrgico sea para el paciente más confortable y llevadero, además de favorecer y agilizar la gestión quirúrgica y el desarrollo técnico de las cirugías. (11)

Con respecto al lugar donde se realizó el estudio (Hospital Uldarico Rocca Fernández Es salud Villa el Salvador) este establecimiento de salud presenta las siguientes características: hospital de I nivel, proporciona atención a pacientes de nivel II, ingreso de pacientes postquirúrgicos con cirugías de apendicetomías y otras operaciones. Estos pacientes presentan los siguientes cuadros clínicos: alteraciones en el estado hemodinámico, metabólico y cardiorrespiratorios. Estos cuadros posteriores a la operación producen estrés en los pacientes, debiéndose brindar los cuidados adecuados basados en conocimiento científicos y respaldados por un protocolo de atención específico los pacientes que pueden presentar algún otro tipo de complicación en el acto quirúrgico.

Una consecuencia observable de la falta de protocolos de atención en el momento de implementar los cuidados de enfermería es la desidia con que el profesional de enfermería realiza su trabajo, convirtiéndolo en un mero acto rutinario. Solo la unificación de los criterios de atención puede mejorar esta actividad, permitiendo una mejoría más rápida del paciente.

En el centro quirúrgico donde se atiende a personas en periodo perioperatorio por una operación de apendicitis y otros no dispone de protocolos de Intervención de enfermería de paciente pos operado de apendicectomía lo que disminuye la calidad de la atención. Basados en experiencias anteriores, este estudio plantea la reestructuración de los protocolos de atención a fin de evitar la ocurrencia de complicaciones posteriores a la operación.

1.2. OBJETIVO:

Analizar los Cuidados de Enfermería que se otorga a los pacientes pos-operados de Apendicectomía en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Uldarico Roca Fernández EsSalud.

1.3. JUSTIFICACION:

Este informe presentado nace a raíz de la constatación de una carencia de guías normas y protocolos destinados a aliviar el trabajo y las actividades del profesional de enfermería. Tiene como objetivo promover prácticas más eficientes a fin de elevar la calidad del cuidado y posibilitar un mejor desempeño del profesional del profesional de enfermería. También se pretende homologar los documentos de cuidado, a fin de no tener que depender solamente de la memoria. En ese sentido, un protocolo de prácticas clínicas de enfermería debe tener como fin evitar convertir la práctica en una simple rutina y desarrollar un juicio crítico que permita tomar mejores decisiones según las necesidades, características y circunstancias individuales del paciente.

Para facilitar la comunicación entre el equipo de salud, optimizar el uso del tiempo utilizado por el profesional de enfermería en registros de actividades, facilitar acceso a información relevante sobre el paciente a los miembros del equipo de salud, minimizar riesgo en el personal de enfermería, reducir costos para la establecimiento y socialmente en provecho del paciente, ya que los protocolos de atención se completan con las etapas relacionadas al proceso de atención de enfermería las cuales son:

- Diagnostico
- Planeación (Respuesta esperada u objetivo)
- Ejecución (Intervenciones de Enfermería)
- Evaluación (Respuesta obtenida)

Todos estos saberes constituyen un instrumento para una educación permanente del profesional de enfermería que serán utilizadas en su practica diaria en los diferentes niveles de atención. Además, serán el soporte del capital humano en el proceso educativo formal. En ese sentido, las GPCE significan un avance notable en la práctica de la enfermería, que se abre hacia nuevas áreas

de aplicación.

En resumen, los beneficios de la GPCE tendrán un impacto, no solamente en la seguridad y calidad del usuario, sino que también influirá en la satisfacción del paciente y del prestador del servicio, un servicio que será competente y eficiente a la hora de responder a las necesidades de los profesionales, de la población y de la institución.

II. MARCO TEORICO

2. 1. ANTECEDENTES:

TERAN Morales, Mercedes. Ciudad Ibarra.2012.

Intervención de enfermería en pacientes de apendicectomía que son atendidos en el servicio de cirugía del hospital "San Luis de Otavalo"- periodo 2011 teniendo como objetivo, Determinar el proceso de Enfermería en pacientes con apendicetomía que son atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital "San Luis de Otavalo". Y un Diseño y Método de tipo cuantitativo, descriptivo. Siendo las conclusiones: la presentación de la apendicitis aguda no tiene relación con la edad cronológica y riesgo laboral, la mayor frecuencia de apendicitis aguda se presentó en los pacientes con edades de 20 a 25 años de edad, De los 12 pacientes estudiados el 100 % recibe atención de enfermería en la cualse valora dolor, sin tomar encuesta características, datos vitales que no son tomados regularmente y no se proporciona cuidados enfatizándose en el seguimiento y secuencia de un protocolo de atención de enfermería por lo cual se ve la necesidad de proponer y estandarizar el protocolo de atención de enfermería a pacientes apendicectomizados. (12)

MONTERO Tapia, Edgar. Ecuador 2014." Apendicectomías no enfermas en el hospital Vicente corral Moscoso y hospital José carrasco Arteaga, cuenca". El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia operaciones de apendicitis en dicha institución de salud. La población estuvo compuesta por pacientes mayores a los 15 años de edad. Estudio transversal, con una población de 300 pacientes sometidos a operación de apendicectomía de los HVCM y HJCA en la Ciudad de Cuenca. Se utilizó un cuestionario para recolectar datos demográficos, cuadro clínico, resultados de exámenes complementarios de sangre y resultados de la escala de Alvarado y RIPAS Apendicitis. (31) Los datos fueron recolectados y procesados con el programa SPSS. Los resultados indican una prevalencia del 24,7%, siendo más prevalentes en las siguientes situaciones: adolescente 30%; mujeres 29,7%; del HVCM 29,4% y en el HJCA 19,3%. El síntoma mas comúnmente hallado fue migración del dolor con el 26,8%. Los afectados con

leucocitosis mostraron un 26,2% de apendicectomías negativas. De la misma forma, un 26,4% de personas con desviación a la izquierda de neutrófilos. El 23,5% de los pacientes con Examen de Orina (EMO) positivo finalizaron con resultados negativos en los estudios de anatomía patológica. Los efectos falsos positivos asentados con la escala de Alvarado (29), fue el 26,5% y el 29,3% con el cuestionario de RIPASA, su calificación no fue homologado con anatomía patológica. (14)

PINOS Padilla, Santiago; SISALIMA Pizarro, Mónica Ecuador 2013.

Realizaron un estudio titulado “Condiciones y procesos del cuidado de enfermería a pacientes sometidos a apendicectomías en el departamento de cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso”. El objetivo del estudio fue determinar las situaciones y procesos del cuidado de enfermería a personas sometidos a Apendicectomía. Estudio descriptivo. La población de estudio estuvo conformada por enfermeras del área de cirugía con un tiempo de estudio de 3 meses. Se utilizó la técnica de observación directa y el relleno de formularios. Los resultados indican una falta de personal de enfermería (100%), escasez de medicamentos (77,7%) y falta de equipos (55,5%), lo que imposibilita que el personal de enfermería realice un adecuado trabajo diario y pueda brindar los cuidados y procedimientos al paciente. (15)

CARRILLO Betancourt, Victoria.2012, realizaron un estudio titulado “Guías de atención de enfermería a pacientes postquirúrgicos sometidos a cirugía de apendicectomías, y sus efectos e influencias en la recuperación de los mismos en el servicio de cirugía del Hospital Provincial General Latacunga en el primer semestre”. El objetivo de este estudio fue diseñar un protocolo de Atención de Enfermería a Pacientes Postquirúrgicos Sometidos a Cirugías de Apendicectomías. Además se estudiaron los efectos que tienen esta atención en la recuperación de estos pacientes atendidos en Servicio de Cirugía del Hospital Provincial General Latacunga. Estudio de tipo descriptivo, explicativo y retrospectivo, debido a que describe, registra, analiza e interpreta los fenómenos estudiados. Además busca las causas en un tiempo pasado, basados en la

documentación (formularios) de las Historias Clínicas. La población estuvo constituida por personas que se realizaron apendicectomías en el primer semestre del 2012. Se llega a la conclusión de que es necesario elaborar y difundir protocolos y guías indicando cuales son los cuidados concretos a los pacientes post apendicectomizados ofreciendo así un servicio de calidad y posibilitando al enfermero una buena toma de decisiones; tanto para los profesionales de enfermería como para el personal auxiliar de enfermería.(16)

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Apendicitis Aguda:

2.2.1.1 Historia:

1886: Reginald Fitz (patólogo) propone la palabra apendicitis para una “Inflamación perforante del apéndice vermiforme”

1887 T. G. Morton, relata la primera apendicectomía por desgarro del apéndice.

1889 Charles McBurney describió su famoso punto doloroso y razonó que, “realizar una operación exploratoria precoz con el propósito de examinar y extraer el apéndice antes de que se perfora” era menos dañino que el tratamiento expectante”. (17)

2.2.1.2 Definición:

La Apendicitis Aguda es la inflamación del apéndice vermiforme, generalmente agudo, si no se prescribe a tiempo progresa apresuradamente hacia la perforación y en una complicación más grave. (18)

2.2.1.3 Epidemiología:

La apendicitis puede suceder a cualquier edad, aunque la ocurrencia máxima de la apendicitis aguda se exterioriza con mayormente en el

segundo y tercer decenio de vida. Excluyendo las hernias estranguladas, es la causa mayor de dolor abdominal agudo repentino y de cirugía abdominal de urgencias en muchas naciones.

- Igual prevalencia en ambos sexos
- Mortalidad: 0,1%.
- Apendicitis perforada: 0,6–5%.
- Complicaciones: 10% de casos.
- Apendicitis perforada: 40%. (19)

2.2.1.4 Etiología:

Por la obstrucción de la luz del apéndice:

- Fecalitos
- Hiperplasia linfoide
- Semillas
- Parásitos
- Cuerpos extraños
- Tumores

Por la impedimento de la luz de la membrana del apéndice ocasione un aumento de la presión intraluminal:

- Estasis venoso
- Aumento > 35 mmhg

- Posterior a la isquemia e inflamación puede avanzar hasta incluir el volumen total del apéndice, produciendo oquedad, formación de absceso peri apendicular y peritonitis. (20)

2.2.1.5 Anatomía y fisiología:

Apéndice cecal: continuidad del ciego, con aspecto un verme con lumen, establecida a dos o tres centímetros en la parte inferior de la válvula ileocecal, en la aproximación de las tres bandas alargadas del intestino grueso. Semeja un cilindro más o menos ondulante y estilizado cuya concavidad se abre en el ciego. Su extensión promedio difiere en el adulto entre 9 y 10 cm.

El apéndice no está completamente afianzado, sino que, al estar equipado de un mesenterio distintivo, muestra una gran diversidad de posibles puntos de vista con respecto al ciego y la cavidad abdominal. Estas numerosas perspectivas tienen gran utilidad clínico, ya que permiten percatarse de las diferentes áreas en las que pueden manifestarse los síntomas de su inflamación.

Las tres colocaciones del colon confluyen en la unión del ciego con el apéndice, permitiendo su identificación:

Retro cecal

Pélvica

Subcecal

Preileal

Periocólica derecha

La ocupación del apéndice es destilar al parecer un líquido viscoso, cuya trabajo digestiva es objetada. Seria así un depósito de "bacteriumcoli" imprescindible en el tiempo cólico de la digestión, empero y sin que se pueda calificarse expresamente como un órgano rudimentario, se puede eliminar el apéndice sin dificultad para la digestión. (21)

2.2.1.6 Fisiopatología:

La fisiopatología de la apendicitis aguda permanece incomprendida, no obstante, coexisten diferentes teorías que pretenden revelar esta patología. La más admitida por los cirujanos refiere una etapa primera que se especifica por entorpecimiento del lumen apendicular producida por hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños como huesos de animales chicos, o simientes (14); esto favorece la traspiración de moco y el desarrollo bacteriano (15), generándose distensión luminal y acrecentamiento de presión intraluminal. Subsiguientemente se origina impedimento del flujo linfático y venoso, ayudando aún más el desarrollo bacteriano y libertando la producción de edema.

En este instante hallamos un apéndice edematoso e isquémico, produciendo una réplica inflamatoria. Esta isquemia a la que se somete al apéndice puede crear necrosis de la pared con migración bacteriana, desplegándose la apendicitis gangrenosa. Si este paso se deja desarrollar y el paciente no es revisado el apéndice ya gangrenoso se agujerea y puede crear un absceso con peritonitis local si es que la réplica inflamatoria y la situación logran dominar su evolución, de lo contrario, se originara una peritonitis sistémica.

Diversas teorías han sido explicadas como el compromiso de la provisión vascular extrapendicular, la ulceración de la membrana por contagio viral y ulterior población bacteriana, así como una dieta baja en fibra con enlentecimiento del tránsito intestinal y retención de las heces en el apéndice (22)

2.2.1.7. Manifestaciones Clínicas:

Síntomas:

- Inicio del dolor en torno a o junto al ombligo y se extiende hasta la porción inferior derecha del abdomen
- El dolor y ardor aumentan conforme pasan el tiempo hasta tornarse inaguantable
- El dolor se acrecienta cuando toses, caminas o hace movimientos bruscos
- Nauseas
- Vómitos
- Estreñimiento
- Pérdida de peso
- Fiebre
- Inhabilidad de excluir gases
- Hinchazón abdominal
- Se produce con dolor agudo cuando se fuerza y libera velozmente la parte mínima derecha del abdomen, este dolor es distinguido como dolor de rebote.

Signos:

Los signos clínicos encontrados en un paciente con apendicitis pueden ser desde ligeramente dudosos hasta un etapa muy avanzada de signos abdominales.

Facies. - Al principio no muestra nada de específico, aunque algunas veces la cara manifiesta discomfort y aprehensión. Si el cuadro es presenta concurrencia con perforación apendicular y peritonitis, la facies puede ser tóxica exangüe y con tinte terroso (facies peritonítica).

Posición. – Al inicio el paciente escoge inmovilidad en situación dorsal; cuando la sintomatología se delimitan a la fosa ilíaca derecha se va alcanzando una situación antálgica de semiflexión del muslo sobre el abdomen, la cual se hace más patente a medida que el desarrollo prospera. La hipersensibilidad máxima suele hallarse en el punto de MCBURNEY o cerca de él.

Pulso. - Ligeramente perturbado al inicio, va acrecentando a medida que la temperatura remonta. Ciertas formas gangrenosas suelen seguir de bradicardia.

Temperatura. – Generalmente no elevada, empero, en desarrollos flemonosos agudos o complejos se halla temperatura elevada.

La discrepancia respetable entre la temperatura axilar y rectal se llama disociación de temperaturas, se le da esta denominación cuando el valor hallado es mayor de un grado. No es necesario que suceda para confirmar el diagnóstico. Escalofríos implica bacteriemia y ocurren en las etapas más complicadas. (21)

2.2.1.8 Diagnóstico:

El diagnóstico de apendicitis aguda es básicamente clínico fundado en síntomas y signos; es el dolor el primordial mecanismo clínico de esta patología. El dolor se ubica particularmente en el cuadrante inferior derecho del abdomen. Hay elementos que convierten a este dolor, un síntoma indicador de este diagnóstico.

1. Dolor migratorio: cuando el dolor principia en el epigastrio, de carácter ahogado y que se ubica después en la fosa ilíaca derecha transcurrido algunas horas nos sitúa el el diagnóstico de apendicitis aguda. Además, cuando el dolor principia en la fosa ilíaca derecha y tiene un inicio violento, es menos posible que sea una apendicitis aguda.

2. Dolor focal: es en la depresión ilíaca derecha con más o menos ímpetu. En los viejos el dolor puede ser más impreciso, pero menos agudo. Al inicio el dolor es de tipo cólico, pero se hace crónico en la mayoría de los procesos.

Habitualmente la persona con una apendicitis aguda se queda quieta ya que se da cuenta que, con los movimientos, ejercicios o la tos, la dolencia se agrava.

Otros síntomas son la anorexia, náuseas o vómitos que acompañan el cuadro de apendicitis aguda en más de la mitad de las ocurrencias, empero, hay que resaltar que estos síntomas también se encuentran en otros trastornos abdominales (pancreatitis, cólico biliar, etc.). El vómito puede presentarse posterior al dolor. Cuando el vómito ocurre antes que el dolor abdominal se debe vacilar del diagnóstico de apendicitis aguda. La mudanza de la práctica intestinal, ya sea estitiquiez o diarrea no se debe tener en cuenta para el diagnóstico de apendicitis aguda. (22)

Diagnóstico diferencial

- Temperatura al principio > 39° C poco dolor buscar otra gripe 39 C, dolor, causa: gripe, amigdalitis, procesos virales

- Si existe dolor exagerado y pronta evolución a peritonitis, posible existencia de perforación de úlcera gastroduodenal

- El diagnóstico diferencial:

Adenitis mesentérica

Parasitosis

Quiste de ovario a pedículo torcido

Embarazo ectópico

Perforación uterina

Diverticulosis.
Perforación tífica
Gastroenterocolitis aguda
Endometritis
Vólvulo
Púrpura de Henoch Schonlein
Enteritis regional
T.B.C. peritoneal
Hernia inguinal o crural incarcerada
Uremia” (20)

Exámenes complementarios

- 10-15000 leucocitos con neutrofilia 70- 80% y extravío izquierda > 5% fraccionados.
- Rx simple abdomen: hidroaéreo en cuadrante inferior derecho (asa centinela) o un fecalito (20-30%).
- Rx tórax en sospecha peritonitis primaria por neumonía.
- Ecografía para identificar apéndice inflamado(diferencial con embarazo ectópico, quistes de ovario, etc.)
- TAC, plastrón, absceso
- Laparoscopia diagnóstico-terapéutica” (23)

2.2.1.9. Tratamiento

Antes del tratamiento se debe haber alcanzado el diagnóstico presuntivo, no se deben administrar antálgicos ni antibióticos. El tratamiento es la apendicectomía, pero se debe presuponer un tratamiento preoperatorio, operatorio y postoperatorio.

a. Tratamiento preoperatorio

Todo afectado debe ser evaluado completamente; iniciándose un tratamiento de hidratación endovenosa que puede durar de 2 a 4 horas.

b. Tratamiento operatorio

➤ Tratamiento operatorio convencional

Tiene como fin resecar el órgano enfermo y si se observa una peritonitis se hará además un lavado y drenado de la cavidad abdominal, la vía de abordaje va a depender de la etapa. En las etapas de poco tiempo de evolución, bastará una incisión de Mac Burney o una incisión transversa a lo Roque Davis (Arce)

Si ya se ha desarrollado por varias horas o días, se realizara una incisión amplia (Paramediana derecha, transrectal infraumbilical) para una adecuada exéresis, un buen lavado peritoneal y buen drenaje.

La eliminación del apéndice se realiza usualmente con corte del meso apendicular y su arteria y luego corte del apéndice desde su base (antes ligadura), el muñón apendicular se puede dejar o ser invaginado con una jareta.

En apendicitis complicadas se suele insertar drenaje con salida distinta a la herida operatoria.

➤ Tratamiento por vía Laparoscópica

Hoy en día se utiliza la técnica laparoscópica en el procedimiento quirúrgico de las apendicitis, ya que esta técnica brinda un buen campo operatorio, una buena iluminación, posibilita el lavado total de la cavidad abdominal y un buen drenaje, disminuye la contingencia de absceso residual. Ya que las incisiones no se entremezclan con el pus ni con la herramienta operatoria, no se infecta, reduciendo las chances de infección de la herida operatoria, la pequeña incisión también reduce la posibilidad de eventración". (19)

2.2.1.10. Etiopatogenia

El proceso se inicia con impedimento de la luz apendicular: hiperplasia de los folículos linfoides, debido a coprolitos, cuerpos extraños, parásitos, acodamientos por bridas, TBC, tumores, etc., seguido de proliferación bacteriana, lo que a su vez causa inflamación infecciosa (*Bacteroides fragilis*, *E. coli*).

La apendicitis es un proceso, con una determinada secuencia, que presenta distintos síntomas clínicos anatomopatológicos y que dependen de la etapa de la dolencia en que se encuentre el paciente. Sus estadios son:

Apendicitis Congestiva o Catarral

Cuando se obstruye el lumen apendicular se amontona la secreción mucosa y agudamente distiende el lumen. El acrecentamiento de la presión intraluminal causa un obstáculo venoso, proliferación de bacterias y reacción del tejido linfóide, produciendo exudado plasmático leucocitario denso que va infiltrando las capas superficiales. Macroscópicamente se presenta como edema y congestión de la serosa y se llama apendicitis congestiva o catarral.

Apendicitis Flemonosa o Supurativa

La membrana empieza a mostrar pequeñas ulceraciones o es totalmente devastada siendo ocupada por enterobacterias, acumulándose una exudación mucopurulenta en la luz y una infiltración de leucocitos neutrófilos y eosinófilos en las tunicas incluso en la serosa, congestionada, edematosa, de tonalidad rojiza y con exudado fibrinopurulento en su área; aunque no se ha producido excavación del muro apendicular, origina propagación del contenido mucopurulento intraluminal hasta la concavidad libre.

Apendicitis Gangrenosa o Necrótica

Cuando el transcurso flemonoso es muy agudo, la tumefacción y rómora local y la relajación del órgano producen anoxia de los tejidos, se produce un mayor ataque de las bacterias y un incremento de la flora anaeróbica, que producen una necrobiosis total. El área del apéndice muestra superficies de color púrpura, verde gris o rojo oscuro, con microconductos, acrecienta el líquido peritoneal, que puede ser sutilmente purulento con un olor fecaloideo.

Apendicitis Perforada

Si los conductos chicos se hacen más grandes, mayormente en el borde antimesentérico y contiguo a un fecalito, el líquido peritoneal se torna purulento y de olor fétido, es porque ya se ha producido la perforación del apéndice.

Esto provoca peritonitis, a pesar que el exudado fibrinoso primero establece la pegadura protectora delepiplón y asas intestinales contiguos que causan un cerco del proceso que da lugar al PLASTRON APENDICULAR, y aun cuando el apéndice se agujeree y el bloqueo es conveniente, producirá ABSCESO APENDICULAR, con una ubicación lateral al ciego, retrocecal, subcecal o pélvico con pus espesa y pestilente.

Si la obstrucción es escaso o no se produce, como en niños que presentan epiplón corto, la excavación del apéndice causará una peritonitis generalizada, que es la complicación más inclemente de la apendicitis”.

(20)

2.2.1.11. Patogenia:

El fecalito cierra la luz y se forma un asa cerrada en la parte distal del apéndice que se tuerce velozmente al acrecentar la mucosidad. Se exalta la presión hasta 50 o 60 cmH₂O y la distensión incita los remates nerviosos, con aparición de dolor apagado e impreciso; esto aumenta la peristalsis y surge el cólico característico.

El ensanche de la luz apendicular continúa debido a la proliferación bacteriana, que causa gas, pus, o necrosis. Se excede la presión de las venas y éstas se colapsan e frenan el regreso de la sangre; la circulación continúa por las arterias y induce congestión hemática, edema y estasis. La distensión progresiva del apéndice expresa reflejos por vía nerviosa y causa náusea, vómito y aumento del dolor. El transcurso inflamatorio implica pronto a la serosa apendicular y al peritoneo parietal, y el dolor se transpone a la fosa iliaca derecha; la membrana apendicular es ocupada por bacterias y éstas se desarrollan en mantos más profundas; esto causa necrosis y filtración de sustancias derivados de tejidos exánimes y de toxinas bacterianas, lo que ocasiona actividad febrífuga, taquicardia y leucocitosis.

Seguidamente la relajación apendicular obstruye la circulación de arteriolas, se empeora la necrosis, las paredes no soportan y en último lugar el apéndice se agujerea.

El cuerpo protesta cercando la franja con asas de intestino y epiplón, para circunscribir la dispersión a un área concreta, esto causa absceso apendicular; debido a esto se exhibe el íleo paralítico para focalizar el transcurso. Empero, otras veces el transcurso infeccioso no se limita y con la fractura apendicular se desparraman varios líquidos en la concavidad abdominal, causando peritonitis generalizada. (24)

2.2.1.12. Complicaciones en la apendicitis aguda

1er Día Postoperatorio:

- Hemorragia.
- Evisceración por mala técnica.
- Íleo adinámico.

2o o 3er Día Postoperatorio:

- Dehiscencia del muñón apendicular.
- Atelectasia; Neumonía.
- I.T.U.
- Fístula estercorácea.

4o o 5o Día Postoperatorio

- Infección de la herida operatoria.

7o Día Postoperatorio:

- Absceso intraabdominal.

10o Día Postoperatorio:

- Adherencias.

15o Día o Más: Bridas.

En las apendicitis agudas sin extracción en el 5% de procesos hay complicaciones. En las apendicitis agudas con perforación las dificultades se muestran en un 30% de procesos.

Generalmente el recorrido postoperatorio de una apendicitis aguda sin perforación es de un progreso sin sorpresas y hay una formidable discrepancia con la reparación tempestuosa que sigue a la extirpación de un apéndice perforado con gangrena y con peritonitis; lo cual destaca el valor del diagnóstico y tratamiento precoces.

A. Infección de la Herida Operatoria

Las contaminaciones de la lesión son producidas por abscesos determinados en la Herida operatoria por gérmenes fecales Bacteroides, a los que continúan en asiduidad aerobios Gram (-); Klebsiela, Enterobacter, E. coli. Los indicios de contaminación; dolor, tumor, calor y rubor quizá no se hallen. Los signos inaugurales son dolor excesivo y además molestia cerca de la herida operatoria de contagio local.

Si se muestran estos signos deben dividirse presto piel y tejidos subcutáneos. No se debe esperar efugio de pus, ya que se licúa la grasa necrosada y sale pus.

B. Abscesos Intraabdominales

Se deben a contagio de la concavidad con microorganismos que corren del apéndice gangrenoso o perforado, y con mínima asiduidad es causado por derrame transoperatorio.

El absceso se revela con fiebre hética o en agujas, con fiebre, malestar y anorexia periódico.

Los abscesos pélvicos causan diarrea y se puede palpar al tacto vaginal o rectal; a veces drena naturalmente a vagina o recto.

El absceso subfrénico se puede establecer por signos de dispersión al tórax suprayacente e estabilidad del diafragma asignado.

El absceso intraabdominal suele precisar de laparotomía experimental para su determinación.

Todos los abscesos deben ser drenados.

C. Fístula Cecal o Estercorácea

Puede deberse a:

- Retención de Cuerpo Extraño como grasa o dressing.
- Puntos muy apretados.
- Ligadura deficiente del muñón apendicular que se deslizó sin haberse invertido - Erosión

De la pared del ciego por un dren.

- Obstrucción del Colon por Neoplasia no descubierta.
- Retención de una porción apendicular.
- Enteritis Regional.

La mayoría de Fístulas se juntan naturalmente, solo es necesario que el recorrido permanezca abierto, hasta que se termine el drenaje.

Las fístulas fecales no suelen cerrarse naturalmente, si hay apéndice, organismo extraño o si el intestino está atascado distal a la fístula o si la membrana del intestino quedó en prolongación con la piel. La clausura de la fístula demanda operación.

D. Piliflebitis o Piema Portal

Enfermedad peligrosa diferenciada por ictericia, escalofrío y fiebre alta . Se origina por septicemia del sistema venoso portal con progreso de abscesos hepáticos múltiples.

La piliflebitis conduce a la apendicitis gangrenosa o perforada y pudiendo surgir en el pre o postoperatorio. El organismo más habitual es el E. Coli. Hoy en día, con los antibióticos en el pre y postoperatorio su manifestación es poca.

E. Íleo Paralítico o Adinámico

En las 24 horas se aguarda la representación de un íleo reflejo causado por espasmo derivado de la maniobra y cuya proceso es en el

postoperatorio contiguo. Pero puede permanecer como consecuencia de una peritonitis completa o una apendicitis compleja; su resolución es lenta y el procedimiento de precepto médico: Hidratación con regeneración de electrolitos, sonda nasogástrica y antibióticos específicos.

Se requiere examen escrupulosa del paciente para descubrir un obstáculo mecánico como consecuencia de pegaduras postoperatorias precoces que sí solicitarían tratamiento quirúrgico de emergencia.

F. Dehiscencia del Muñón Apendicular

Posible de observar desde el 2o ó 3er día, y ocasionada por ligadura impropia del muñón, o por la administración inconveniente de un enema evacuante que afloja el intestino y hace que se desgarre en el lugar más endeble, no se debe realizar enemas inmediatamente a cirugía abdominal. El tratamiento contiguo es laparotomía exploradora y cecostomía con antibióticos determinados.

G. Hemorragia

Sufrimiento abdominal repentino y shock hipovolémico en cualquier instante de las primeras 72 horas de la apendicectomía podría indicar infiltración a partir del muñón o el movimiento de una ligadura arterial; con asiduidad la hemorragia es paulatina y se ocasiona de un vaso del mesoapéndice o de una soldadura dividida, no percatada en la operación. Se examina el corte moviendo la aglomeración de sangre coagulada de la cavidad pélvica y parietocólica derecha, situándose el área de la hemorragia. Se requiere drenaje.

H. Complicaciones Tardías

Hernia incisional. En el corte en fosa iliaca derecha con informes de contaminación extensa y drenaje en el lugar de la hernia.

Obstrucción mecánica. Ocasionada por la manifestación de bridas intestinales; más habituales en las apendicitis complejas.

Infertilidad. Un absceso en fosa iliaca derecha en mujeres puede ocasionar impedimento de las trompas hasta en un 31%. (20)

2.2.2. Apendicectomía:

2.2.2.1. Definición:

Apendicectomía: extirpación quirúrgica del apéndice cuando éste está inflamado a causa de una infección. Esta contaminación, llamada apendicitis, se supone una urgencia, pues de no tratarse se vuelve potencialmente mortal; a veces, un apéndice inflamado puede estallar en 24 horas después de los síntomas. Por eso se requiere extraerlo lo más pronto posible.

Felizmente, la apendicectomía es una cirugía frecuente y raramente se originan dificultades. Si la apendicitis se determina rápido y se realiza la apendicectomía, la generalidad de los niños se recobra pronto sin problemas.

2.2.2.2. Tipos de Apendicectomías:

a. Apendicectomía convencional:

El tipo de incisión será de MC. Burney (oblicua), jalaguier, Rocky-Davis (transversal), Media infraumbilical; en caso de dudas, se recomienda una incisión más baja de la línea.

El apéndice se halla alcanzando las tenías hasta su coincidencia. Al identificarlo, se disecciona con la incisión del mesoapéndice y unión de la arteria apendicular.

Muñón: ligadura simple o ligadura e ir sutura en bolsa de tabaco o en Z.

Se obstruye la membrana para impedir mucocele.

Se riega la concavidad peritoneal y se taponan por planos.

En conducto o gangrena; se deja accesible la piel y el tejido subcutáneo, seguido de segundo cierre.

b. Apendicectomía laparoscópica:

Eficacia comprobada, es un procedimiento mínimamente invasivo, admite instaurar el diagnóstico en casos dudosos, generalmente en pacientes mujeres.

Ya que la apendicectomía comúnmente es un procedimiento natural que se pueda realizar cómodamente a través de un corte pequeño, el procedimiento laparoscópico, más complejo y de mayor costo, no ha desplazado a la maniobra convencional en la generalidad de las sedes". (25)

2.2.3. Cuidados De Enfermería

Está vinculado a la conservación o el mantenimiento de algo o al auxilio y socorro que se brinda a otra persona. El vocablo proviene del verbo cuidar (del latín *cuidar*).

Según Boff (1999) el cuidado es: "Un modo de ser, manera de estructurarse del propio ser y de darse a conocer. Es así como el cuidado entra en la naturaleza y en la constitución del ser humano. Sin el cuidado, él deja de ser humano. Si no recibe cuidado desde el nacimiento hasta la muerte, el ser humano pierde sentido. Si a lo largo de la vida, no se hiciera

con cuidado todo lo que se emprende se acabaría por perjudicarse a sí mismo y por destruir lo que se tiene alrededor “. (BOFF. Jonh).

Teniendo en cuenta el enunciado de Boff se puede confrontar el ejercicio del Médico que es la de CURAR y la de la Enfermera que es la de CUIDAR, trabajos que se integran, que no se suplantán, de tal manera que: El sujeto de atención que solicita de curación es el enfermo (o que solicitan prevenir la enfermedad), Los sujetos que solicitan atención son las sujetos sanos y también las enfermas.(26)

La enfermería se relaciona a la atención y vigilancia de un enfermo. La enfermería es tanto esta diligencia como la profesión que involucra ejecutar estas labores y el sitio físico en el que se realiza.

Los cuidados de enfermería, comprenden numerosas atenciones que una enfermera/o debe consagrar a su paciente. Sus particularidades obedecerán al estado y la gravedad del paciente, aunque generalmente puede expresar que se ponen a monitorear la salud y asistir sanitariamente a la persona.

Una persona recluida en un hospital (cuando duerme en el centro de salud), los cuidados de enfermería contendrán examen de las soluciones, el monitoreo de sus signos vitales y la provisión de los medicamentos recetados por el médico, y demás tareas. Las enfermeras/os asimismo pueden, trasladarse hasta la casa del paciente para prestarle atención.

Para suministrar cuidados de enfermería, es forzoso conseguir un título que sirva como legitimación. Los tipos de la formación y de la titulación obedecen a restricciones de cada país, debido a que la profesión de enfermería puede ser terciaria o universitaria y demandar varias capacidades.

2.2.4. Cuidados de Enfermería en periodo perioperatorio:

Los Cuidados Perioperatorios es una de las necesidades más importantes

para que la atención quirúrgica a los ciudadanos goce de la mayor seguridad, calidad, eficacia y eficiencia, disponibles en relación al estado y desarrollo actual de la ciencia.

El proceso quirúrgico se divide de manera pragmática en tres periodos: pre quirúrgico, intraquirúrgico y postquirúrgico. Pero para el paciente todo ello supone una única experiencia en su conjunto, desde que se conoce la necesidad de ser sometido a una intervención quirúrgica hasta que se recupera completamente de ella. Así, el proceso quirúrgico no se inicia no se finaliza con el ingreso y el alta hospitalaria: los límites de su amplitud lo establecen las necesidades del paciente.

La enfermería perioperatoria diseña y actualiza con la evolución científica de la ciencia todos los procedimientos quirúrgicos, manteniéndolos actualizados a través de la investigación continua y el sostenimiento correctivo y preventivo, esto lo hace a través de diversas instituciones internacionales que regulan todas estas investigaciones tales como la IFPN y sus asociaciones internacionales como la AORN y otras a nivel internacional. (27).

Para poder brindar cuidados de enfermería perioperatorios a los pacientes pos operados de apendicectomía y otras patologías de manera integral y

desde el punto de vista holístico la enfermera debe estar altamente calificado, especialista en procedimientos y técnicas quirúrgicas, en la actualidad la enfermera peri operatoria, debe ser capaz, tanto de gerenciar las unidades quirúrgicas como de desempeñar todas las funciones inherentes al trabajo quirúrgico (Clasificaciones), optimizando la atención que se le ofrece al enfermo y maximizando el manejo de los insumos y equipos a su cargo, LA ENFERMERA QUIRURGICA ES UN MAESTRO DEL CONOCIMIENTO MICROBIOLOGICO UTILIZANDO LA BIOETICA COMO UN PATRÓN OBLIGADO DE CONDUCTA. Según sus funciones las enfermeras quirúrgicas se clasifican en:

Enfermera gerente quirúrgica (Enfermera Jefe de Quirófanos).

Enfermera Instrumentista.

Enfermera Circulante de instrumental.

Enfermera Circulante de anestesia.

2.2.5. TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

La teoría conceptual de Virginia Henderson da un enfoque claro de los cuidados de enfermería.

Virginia Henderson alega que si la enfermera no desempeña su papel fundamental, otros individuos menos competentes que ella lo hará.

Necesidades o exigencias biopsicosociales esenciales del ser humano

1. Exigencia de respirar.
2. Exigencia de beber y comer.
3. Exigencia de excretar
4. Exigencia de moverse y conservar una buena postura.

5. Exigencia de dormir y reposar.
6. Exigencia de vestirse y desvestirse.
7. Exigencia de conservar la temperatura corpórea normal.
8. Exigencia de estar limpio, aseado y resguardar sus tegumentos.
9. Exigencia de evadir los peligros.
10. Exigencia de comunicarse.
11. Exigencia de creencias y valores.
12. Exigencia de ocuparse para realizarse.
13. Exigencia de divertirse.
14. Exigencia de aprender.

El sujeto cuidado debe verse como un uno, teniendo en cuenta las interacciones entre sus diferentes escaseces, antes de llegar a planearlos cuidados.

Henderson precisa la enfermería en procesos funcionales.

La ocupación de la enfermería es concurrir al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de aquellas diligencias que favorecen a la salud o a su recobro o a la muerte calma, que éste ejecutaría sin auxilio si tuviera la potencia, la energía o el discernimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo auxilie a conquistar independencia.

EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO AL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

En el sentido ideológico de la expresión, el procedimiento, atado al dominio determinado de la enfermería, es el Proceso de Enfermería, que comporta desenlaces individuales y una forma de actuar que le es propia.

El propósito primordial del Proceso de Atención de Enfermería es edificar una organización teórica que pueda resguardar, especificando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Los períodos forman las fases de acción concreta que tienen carácter ejecutivo. El Proceso de Enfermería es un todo constante, eficiente e intrínseco, pero constituido en sucesiones lógicas. Tal y como en el presente está pensado el Proceso de Enfermería, se diferencian cinco etapas:

1. Valoración:

Esta etapa contiene la compilación de filiaciones de la persona, sus insuficiencias y dificultades y las contestaciones humanas, restricciones, inhabilidades, etc., que se producen en ellos. También contiene la ratificación y la ordenación de los datos.

2. Diagnóstico:

En esta fase se origina la tipificación de los Diagnósticos de enfermería y de las dificultades interdependientes.

3. Planificación:

Es la fase en la que se procesa el plan de cuidados conveniente con base en las calificaciones de enfermería.

4. Ejecución:

Es la etapa de puesta en práctica del plan de cuidados.

5. Evaluación:

Las diligencias de esta etapa establecen el avance del paciente hacia los objetivos. Actúa como elemento de retroalimentación y de registro para todo el proceso. La valoración facilita la tendencia en el ciclo acabado del transcurso y da idea de globalidad.

Según Virginia Henderson la enfermera y el paciente imaginan el plan de cuidados.

La enfermera debe ser preparada no sólo para apreciar las insuficiencias del paciente, sino también las situaciones y cambios patológicos que las trastornan. Henderson alega que la enfermera debe "meterse en la piel" de cada uno de sus pacientes para saber qué precisa. Las insuficiencias deben entonces ser confirmadas con el paciente (ratificación de los datos).

Para Virginia Henderson una prescripción de enfermería es un inconveniente de subordinación que tiene un origen que las enfermeras pueden conocer para lograr, aunque sea una milésima de autonomía.

Una enfermera puede determinar o expresar una opinión sobre las necesidades perturbadas que tienen los pacientes.

Henderson, en la etapa de proyección apunta, que el plan de cuidados debe reconocer las insuficiencias de la persona, renovando habitualmente de acuerdo a las variaciones, utilizarlo como una relación y asegurarse de que se acomoda a la regla ordenado por el médico. En su informe un buen método constituye el trabajo de todos los miembros del equipo de salud. En esta fase hay que recapacitar por adelantado lo que vamos a hacer.

En la etapa de realización, la enfermera auxilia al paciente a ejecutar movimientos para conservar la salud, para recobrase de la enfermedad o para obtener una muerte tranquila. Las intervenciones son específicas según las nociones fisiológicas, la edad, las circunstancias culturales, la armonía emocional y las capacidades físicas e intelectuales.

A pesar que todos los expedientes se ejecutan en los períodos anteriores del proceso, obtiene un valor esencial en la realización; quizás ello sea debido a un principio jurídico muy extendido y de aplicabilidad a nuestro contexto asistencial.

Una vez realizado el método de cuidados, la fase subsiguiente es la valoración; por tanto, es la fase final del proceso de enfermería.

Según Henderson se evalúa al paciente según el nivel de contenido de acción independiente.

En esta etapa la enfermera, al término del Proceso de Enfermería, confronta el estado de salud del paciente con las consecuencias determinadas en el método de atención.

Según Henderson los planes se han alcanzado, si se ha reformado, aunque sea una milésima de autonomía, si se ha regenerado la emancipación o el paciente recibe una muerte apacible” (28)

2.3. Definición de Términos:

- **Protocolos:** Un protocolo puede ser un documento o una normativa que establece cómo se debe actuar en ciertos procedimientos. De este modo, recopila conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas ante ciertas situaciones.

- **Protocolo de enfermería:** constituyen uno de los pilares básicos que de alguna manera determinan el compromiso que los profesionales tienen en el desarrollo de los cuidados.
- **Enfermería:** La enfermería incluye el cuidado independiente y en cooperación dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todos los escenarios. Incluye el fomento de la salud, la previsión de enfermedades y la atención concedida a enfermos, incapacitados y personas en situación terminal.
- **Enfermera:** Individuo que se trabaja al cuidado personal e intensivo de un paciente, ya sea en el centro hospitalario o de salud como en su residencia personal. La enfermera o enfermero son individuos que han continuado la carrera de enfermería, dictaminada al interior de las facultades de medicina y considerada una carrera universitaria.
- **Paciente:** Individuo que sobrelleva físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo cuidado médico.
- **Periodo intraoperatorio:** Etapa comprendida desde que ingresa el paciente al quirófano e inicia el acto quirúrgico hasta que el cirujano coloca el apósito en la herida operatoria, y, la enfermera entrega al paciente en la sala de recuperación post – anestésica.
- **Atención perioperatoria:** es la atención que se brinda a todo paciente desde que ingresa al quirófano hasta su alta-
- **Cuidados:** Protección o el mantenimiento de algo o a la ayuda y ayuda que se ofrece a otra persona. El vocablo deriva del verbo cuidar (del latín coidar)

- **Cuidados de Enfermería:** numerosas atenciones que una enfermera/o debe ofrecer a su paciente. Sus tipos obedecerán al estado y el peligro del sujeto (hombre, mujer, niño, niña), aunque a nivel habitual puede expresarse que se alinean a monitorear la salud y asistir sanitariamente al paciente.

- **Centro quirúrgico:** esta unidad está ubicada en el sótano de nuestro hospital, cuenta con dos salas; aquí se desarrollan cirugías programadas y de emergencias en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad con respecto a la contaminación. Funciona las 24 horas del día y cuenta con un equipo multidisciplinario especializado.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

Procedimientos realizados para la recolección de datos:

1. Autorización y conexión con el hospital, donde se consiguieron los datos de los casos atendidos por apendicectomía de los años 2013, 2014 y 2015.
2. Los datos desde los 13 años a más durante los años 2013, 2014 y 2015
3. El protocolo se realizó en base a:
 - Modelo estandarizado por Ministerio de Salud
 - Plan de cuidados: Diagnósticos de Enfermería, NOC, NIC y actividades propiamente dichas
4. Posteriormente a esta indagación se efectuó 3 cuadros con sus respectivos gráficos: prevalencia según sexo, rango de edad e incidencia por meses del año.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL:

En el año 2000, ingrese a laborar al hospital Uldarico Rocca Fernández-Essalud; de Villa El Salvador, departamento de Lima, en la Av. Separadora Industrial con Av. Cesar Vallejo s/n a una plaza como técnica de enfermería.

El hospital desde su inauguración viene desplegando atenciones concernientes al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de diversos padecimientos s de los pacientes.

El hospital Uldarico Rocca Fernández cuenta con un área de 13860 metros cuadrados, de los cuales 6027.55 m² se encuentra construida. Existe un pabellón de tres pisos para el servicio de Consulta Externa, donde coexisten diferentes especialidades como medicina interna, medicina general, pediatría, cirugía, urología, ginecología, gastroenterología, odontología, etc. Y los servicios de enfermería con énfasis en los programas de inmunizaciones, programa niño, adulto mayor, VIH, Salud Renal, PCT, tópico de curaciones, EKG, inyectables adulto y niño, etc.

El sitio de emergencia donde hallamos con la sala de examen adulto y pediátrico, multiusos y trauma shock.

También contamos con una sala de operaciones, recuperación, centro obstétrico, central de esterilización, nutrición, imagenología, laboratorio, etc.

De igual manera el área de hospitalización donde se encuentra la UVI, Neonatología, Cirugía, Urología, Ginecología, Pediatría y medicina.

Como tenía como meta estudiar la Profesión de Enfermería, postule a la Universidad Alas Peruanas en el año 2003, culminando la carrera en el año 2009.

En el año 2009 inicie el serums en el Policlínico próceres de salud, ubicado en Santiago de surco de la Provincia de Lima en la Modalidad de equivalente llevando los programas de adulto mayor, PCT, programa de niño Sano, programa de VIH.

La oportunidad se me presenta en el año 2011 después de haber concluido el serums, cuando la jefatura de enfermería me rota a laborar al servicio de centro quirúrgico, un área donde el profesional de enfermería se desempeña con conciencia quirúrgica, genera orgullo en la propia persona y en sus logros, así como la confianza interior de que se administre un cuidado con calidad.

Por ello decido realizar la especialidad en centro quirúrgico, ingresando a la Universidad Nacional del Callao en el año 2012

Essalud convoca a Plazas de cambios de Líneas de carrera donde obtengo una plaza en el mismo hospital, donde laboro hasta la actualidad.

El centro de salud cuenta con un bloque multidisciplinario, competente y comprometido en ofrecer un cuidado integral de salud, con disposición y bondad para conseguir un rápido recobro de nuestros pacientes, por ende, su reencuentro con la sociedad. Los enfermeros/as que trabajan en este servicio tiene como ocupación planificar, organizar, y brindar cuidados de enfermería a los pacientes en el periodo perioperatorio, desde su ingreso hasta su egreso, La asistencia de enfermería en este período influye sobre la experiencia perioperatoria global del enfermo. Una adecuada preparación, mediante una completa valoración, tratamiento del riesgo e instrucción, permite una evolución operatoria y una recuperación más fácil.

El servicio consta de:

- 05 anestesiólogos
- 08 enfermeras especialistas
- 5 técnicos de enfermería.

Las cirugías que se realizan son:

- Apendicectomias convencional y laparoscópica

- Colelap
- Hernioplastias inguinales, umbilical, epigástrica, femorales
- Hemorroidectomía
- Fistulectomía
- Safenectomia Bilateral
- Eventroplastias Abdominales
- Adenomectomia transvesival
- Resección transuretral
- Orquiectomía
- Cauterización
- Histerectomía abdominal y vaginal
- Quistectomía
- colporragias
- bloqueo tubarico bilateral
- laparoscopia diagnostica
- cesareas
- y patologías

Misión:

Somos un grupo de profesionales que ofrecemos un cuidado de enfermería humanizada, con eficacia, disposición y seguridad al beneficiario en forma holística en el transcurso del recobro ayudando así a su inclusión social.

Ser en un futuro un servicio de enfermería científica, profesional registrado por brindar una atención **de enfermería** completa con eficacia, calidad y calidez a pacientes quirúrgicos.

En relación a la Infraestructura: El servicio de centro quirúrgico consta de:

- 2 quirófanos para cirugías mayores
- 1 ambiente pequeño para cirugías ambulatorias

- 1 estar de enfermería
- 1 ambiente para el mantenimiento y bioseguridad del material quirúrgico
- 1 almacén
- 1 ambiente de recuperación con 5 camillas bien equipadas con monitores, oxígeno empotrado, aspiración empotrada.
- También contamos: coche de porta historias, coche de tratamiento, coche de Paro, coche de tratamiento.
- Equipos modernos
- Máquina de anestesiología
- Torres laparoscópicas
- Y otros.

Nuestro Organigrama Funcional en el servicio de centro quirúrgico es:

Jefatura de Enfermería

Enfermera coordinadora de centro quirúrgico

Enfermera general

Técnico de enfermería

Auxiliar de Enfermería

Las funciones de enfermería son:

Ayudar a la persona sana o enferma, como participante del bloque de salud, posee sapiencias tanto de biología como psicología, puede valorar las insuficiencias humanas básicas. El individuo debe conservar su armonía fisiológica y emocional, el cuerpo y la mente son inseparable, solicita ayuda para lograr su emancipación.

La salud es sinónimo de calidad de vida, es esencial para el dinamismo humano, demanda emancipación e interdependencia, beneficiar la salud es más trascendental que custodiar al enfermo.

Los individuos saludables pueden controlar su ambiente, la enfermera debe formarse en asuntos de seguridad, resguardar al paciente de contusiones mecánicas.

Entre ellas tenemos:

a. **Función administrativa:** comienza siempre que una actividad se haga con más de una persona y en el hospital esto es frecuente; por ello esta es una actividad vinculadora que va a permitir aprovechar la capacidad y esfuerzo de todos los integrantes de una organización dirigido al logro de objetivos comunes.

Las actividades administrativas que se realizan en el servicio son:

- ✓ Ingresos de reportes operatorios de las cirugías realizadas al sistema.
- ✓ Verificación de formatos como hoja de costos, hoja check licke
- ✓ Pedido de libro de reporte operatorio
- ✓ Verificación del material quirúrgico completo
- ✓ Realizar las programaciones de las cirugías del día.
- ✓ Y otros.

b. **Función Asistencial:** Este se realiza mediante la interacción de la enfermera(o) paciente determinando e implementando los cuidados que aseguren el proceso de promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud en base al Proceso de Atención de Enfermera considerando al individuo como unidad biológica, psicológica, social y espiritual.

Por ello esta actividad se resumen en:

- ✓ Atender las insuficiencias básicas.
- ✓ Aplicar cuidados para la disminución de los perjuicios estimulados por la enfermedad

En el servicio las funciones asistenciales que realiza la enfermera son:

- ✓ En el preoperatoria
- ✓ En el intraoperatorio
- ✓ En el posoperatorio

c. **Función Docente:** La enfermería como ciencia dispone de un corpus de saberes que le es consustancial y que le crea la necesidad de comunicarla. Como perito sanitario y dentro de sus actividades debe promover una educación para la salud.

Función educativa que ejecuta la enfermera:

- ✓ Educación sanitaria indicando procedimientos a realizar
- ✓ Orientación al personal nuevo que ingresa al servicio
- ✓ Charla educativa
- ✓ Plan de alta al paciente en ciertas situaciones, etc.

d. **Función Investigadora:** Mediante acciones que promueven el que la enfermera progrese realizando investigaciones.

Desarrollando especialidades y maestría.

3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME:

La enfermería es una disciplina con un cuerpo de conocimientos científicos propios, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover la adquisición mantenimiento o restauración de un estado de salud óptimo que permita la satisfacción de las necesidades básicas del individuo y la sociedad.

La Enfermera en el área de Centro Quirúrgico, es el profesional especializado que brinda cuidados de calidad a la persona frente a la experiencia de una cirugía, en el pre, intra y post operatorio. Entendiéndose por cuidados de calidad en el área quirúrgico, el cuidado integral, oportuno seguro, cálido destinado a fomentar, mantener, recuperar y rehabilitar la salud del paciente quirúrgico identificando precozmente signos de alarma, previniendo las alteraciones con participación del equipo quirúrgico a fin de responder a las necesidades y o problemas del paciente familia y su entorno.

Virginia Henderson en su teoría de las 14 Necesidades Humanas, en 1955 define en su libro "La Naturaleza de Enfermera. Principios Básicos del Cuidado de Enfermera", a la Enfermera como aquella profesión que "consiste ante todo ayudar al individuo (sano o enfermo), en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan al mantenimiento de la salud o a su recuperación, actividades que puede llevar a cabo sin la ayuda de otros, siempre que tenga fuerza de voluntad y los conocimientos necesarios.

Para conseguir el desarrollo de nuestra profesión, acorde a los tiempos cambiantes debemos centrarnos en nuestros conocimientos dejando establecido y demostrando que la profesión de enfermería no es tan solo realizar cuidado, sino cómo y por qué se realiza el cuidado.

El enfermero en centro quirúrgico brinda cuidados humanísticos que ha adquirido competencia científica y tecnológica para dar cuidado al paciente quirúrgico, familia y comunidad y entrenado en las técnicas específicas de su competencia durante el pre, intra y postoperatorio.

La fase preoperatoria inicia a partir del momento en que se decide la intervención quirúrgica y hasta que se traslada al paciente al quirófano. Las actividades de enfermería no solo incluyen la valoración física, sino también la emocional, obtención de antecedentes anestésicos e identificación de alergias, asegurar que se hayan realizado las pruebas necesarias, el día de la cirugía se revisan los conocimientos del paciente acerca del proceso,

se verifica su identidad y sitio quirúrgico, se confirma el consentimiento informado y se inicia la infusión intravenosa.

En el intraoperatorio comienza cuando se transfiere al paciente a la mesa del quirófano y concluye cuando ingresa a la unidad de cuidados pos anestésico. Las actividades de enfermería incluyen: seguridad del paciente, mantener el ambiente aséptico, asegurar el funcionamiento adecuado del equipo, proporcionar al cirujano instrumentos y dispositivos específicos para el campo quirúrgico y complementar la documentación correspondiente, proporcionar apoyo emocional durante la inducción de anestesia general y ayudar a colocar al paciente sobre la mesa del quirófano.

En el periodo posoperatorio comienza con la transferencia de la persona a la unidad pos anestésica y termina con la valoración de vigilancia en el ambiente clínico o el hogar, se brinda atención de enfermería especializada al paciente en estado de inconsciencia, inestabilidad al dolor, estrés trauma quirúrgico, después de los procedimientos quirúrgicos o de otra índole hasta que el paciente pueda regular sus funciones vitales y tolerar los cuidados postoperatorios mediatos en los Servicio de Cirugía General, respondiendo a las características de nuestro contexto.

La seguridad integral del paciente en el área quirúrgica es un componente clave de la calidad del cuidado de enfermería y los eventos no deseados secundarios en la atención representan una causa de morbilidad y mortalidad en esta institución de salud. Los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica están expuestos a procedimientos en sitios incorrectos (que incluye el lado equivocado, el órgano equivocado, el lugar equivocado, el implante equivocado o la persona equivocada) son poco frecuentes, pero no un evento "raro". El área quirúrgica, es el lugar donde se brinda atención al paciente que necesita de una intervención quirúrgica, que requieren de algún tipo de anestesia con monitoreo hemodinámico. La gestión para el funcionamiento de este servicio necesita de una conjunción de conocimientos, funciones y esfuerzo de todo el personal que labora en

esta área. Demanda de dotación financiera, de una planta física adecuada y funcional, de equipamiento, insumos, procedimientos técnicos quirúrgicos efectivos; además de talento humano calificado actualizado y eficiente, sin olvidar los procesos de atención, protocolos y controles administrativos para garantizar la calidad del servicio.

Donabedian, en su trabajo: Evaluación de la calidad de atención médica, concluye que la calidad de la atención a la salud debe definirse "como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.

Para Fuentes, la atención al paciente quirúrgico surge con el objetivo de personalizar la atención y garantizar la continuidad de cuidados y la seguridad del paciente en cada una de las unidades por las que va desarrollándose la actividad quirúrgica. Además, la seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial que ya nadie discute en el ámbito científico. Es un término que incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención a la salud, además de promocionar aquellas prácticas que han resultado más seguras, al tiempo que propicia un cambio cultural que destierre todo atisbo de cultura reactiva que culpabilice a los profesionales por sus errores. Y sobre los eventos adversos, invita a un intento de abordaje de estas cuestiones desde el punto de vista del derecho, con la finalidad de mejorar la seguridad de los pacientes y usuarios (disminuyendo la morbimortalidad asociada al acto quirúrgico) y de los profesionales sanitarios (segundas víctimas) y reducir el número de eventos adversos, con el consiguiente descenso de reclamaciones y procesos judiciales.

El cuidado del paciente es parte del proceso de recuperar la salud. Unos buenos cuidados de enfermería llevarán al paciente al restablecimiento de su salud o a afrontar más dignamente su condición actual. Pero una mala práctica del cuidado puede llevar no sólo a no recuperar la salud, sino a

lesionar la ya de por sí vulnerable situación de aquel que se confía a los cuidados del profesional.

Garantizar la calidad demanda de los profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinario y tienen contacto con el paciente y su familia, una reflexión continua sobre su desempeño, una constante evaluación de sus actos, de tal manera que se reconozcan falencias, inexactitudes y equivocaciones como parte de un plan de análisis, prevención y adecuado manejo si se presentase la ocasión de los eventos adversos.

El cuidado de enfermería se fundamenta en las interacciones que establecen el paciente y el equipo de enfermería en diferentes escenarios; en este caso, en el "período perioperatorio". A través de la interacción los sentimientos cumplen una función particular e individual. Se precisan en el equipo de enfermería atributos como la sensibilidad humana, que busca respetar al otro como ser humano que tiene sentimientos y sensibilidad, y que junto con la charla y el humor buscan el bienestar y tranquilidad del paciente para hacerlo sentir como en casa.

Las enfermeras requieren formación y capacitación incesante y conveniente, de una instrucción constante, para practicar su profesión de forma conveniente.

Las enfermeras desplegamos métodos de trabajo efectivas, respaldados por la ciencia.

La enfermera cuenta con diversos instrumentos profesionales (NANDA, NIC, NOC), que van a transformar la experiencia cuidadora en datos.

Estos datos manejados con fines de investigación originan conocimientos, que, además de progresar en la práctica clínica, implantan avances en la teoría, concordando a la realidad.

La Enfermería es tanto una ciencia y como una profesión, y como tal debe ir resguardada por una teoría y una metodología, y por supuesto por una práctica, que la hace útil y eficaz.

Expresar y abordar la realidad de una forma no sistemática es un simple ejercicio intelectual. Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería sin un modelo teórico solo sirve para efectuar actividades faltos de un significado para quien emplea el proceso.

La práctica científica de la Enfermería demanda la aceptación de una teoría que explique la realidad donde se realizan los cuidados, y un método sistemático para establecer, constituir, ejecutar y valorar las intervenciones de Enfermería.

Virginia Henderson (1994) se refiere a la enfermería como “una actividad social Mundial” y dice: “La sociedad quiere y espera de nosotros en servicio propio de enfermería”. De esta forma la enfermería puede ser catalogada, según el aspecto que asuma, como una actividad dependiente, interdependiente e independiente

Dependiente: sus diligencias están conectadas con la experiencia médica, es decir en la gerencia de medicamentos con un programa determinado.

Interdependiente: sus actividades se ejecutan junto con otros integrantes del bloque de salud, acoplados a distinto pabellones y servicios como nutrición sobre dietas de los pacientes, con laboratorio, rayos X, mantenimiento, etc.

Independiente: actividad debidamente de enfermería encaminada hacia las respuestas humanas o dificultades, que está legítimamente acreditado para atender debido a su formación y práctica, estas intervenciones de enfermería permitirán establecer operaciones determinadas en el Plan de

Cuidados, y no demandan mandato previo de un médico.

Hay que acotar que no es forzoso adoptar un modelo de manera manifiesta, debido a que cada enfermera tiene su propio modelo, cuando diferencia entre saber teórico y conocimiento práctico.

La teoría se desarrolla junto a con la práctica, siendo indispensable que el profesional utilice adecuadamente los protocolos de enfermería ya que esto tendrá un influjo positivo y significativo en el cuidado a través de EBE, esto implica un uso razonado de los recursos corporativos y en el alivio de la calidad en salud, redundando en beneficios individuales, familiares y colectivos.

Estos protocolos son trascendentales porque permite al profesional de Enfermería agrupar criterios, facilita la actividad, disminuye las variaciones, unifica las prácticas de cuidado, permite valorar los costos y riesgos de las distintas alternativas asistenciales, promoviendo una buena práctica de enfermería. También, eleva la calidad del cuidado, permite la acreditación profesional, incentiva la investigación, ayuda a la docencia, incentiva el reparto de utilidades en los establecimientos privados de salud, ser un profesional eficiente y autónomo, pero con una auto-evaluación controlada, permite establecer una organización horizontal del servicio y el ejercicio de los Servicios de Enfermería, sirve de guía para que el profesional elija el mejor sistema de cuidado y la mejor intervención a los pacientes de distintas especialidades.

Etapas donde se utiliza los protocolos de cuidados de enfermería:

- Diagnósticode Enfermería
- Planeación (Respuesta objetivo)
- Ejecución (Intervenciones)
- Evaluación (Respuesta obtenida)

Una formación continua es fundamental para obtener un cuidado de calidad y mejorar la imagen del profesional. También reconocer la amplitud de su desempeño ya que la enfermera no solo debe atender sino también educar, conocer, compartir, suplir, cubrir necesidades y hacer participar al paciente en las actividades del cuidado según Orem (1993 y 2001), Virginia Henderson (1991).

En todo centro de salud existen restricciones para el progreso de los protocolos de prácticas clínicas de enfermería ya que generalmente no hay comités específicos para su elaboración, ni tampoco se le asigna un tiempo exclusivo para su elaboración y, a menudo, existe una falta de compromiso de los mismos profesionales en el tema de la capacitación ya que muchos trabajan también en otros hospitales. En otras situaciones es la plana gerencial la que no se preocupa en el GPCE, enfocándose solo en la atención al paciente.

IV. RESULTADOS

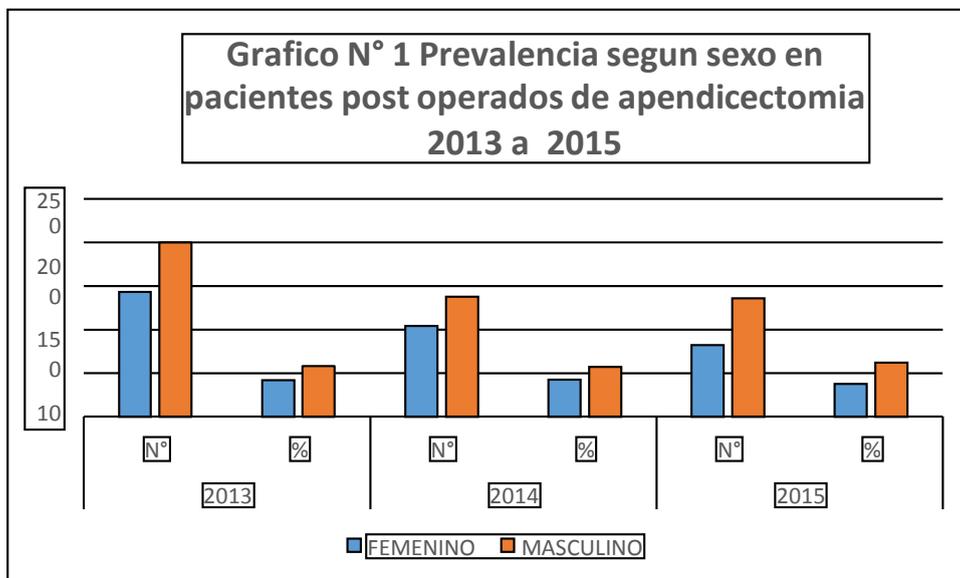
4.1. CUADRO N° 1:

PREVALENCIA SEGÚN SEXO EN PACIENTES POSOPERADOS DE APENDICECTOMIA EN EL AREA DE CIRUGIA EN EL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNANDEZ 2013 AL 2015

SEXO/AÑO	2013		2014		2015		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
FEMENINO	142.9	41.69	104	42.98	82	37.61	329	40.97
MASCULINO	199.9	58.31	138	57.02	136	62.39	474	59.03
TOTAL	342.9	100	242	100	218	100	803	100

Fuente: Elaboracion propia en base a datos del
HURF- Essalud

La prevalencia es mayor en hombres con 474 casos (59.03%) que en las mujeres con 329 casos (40.97%).



4.2. Cuadro N° 2:

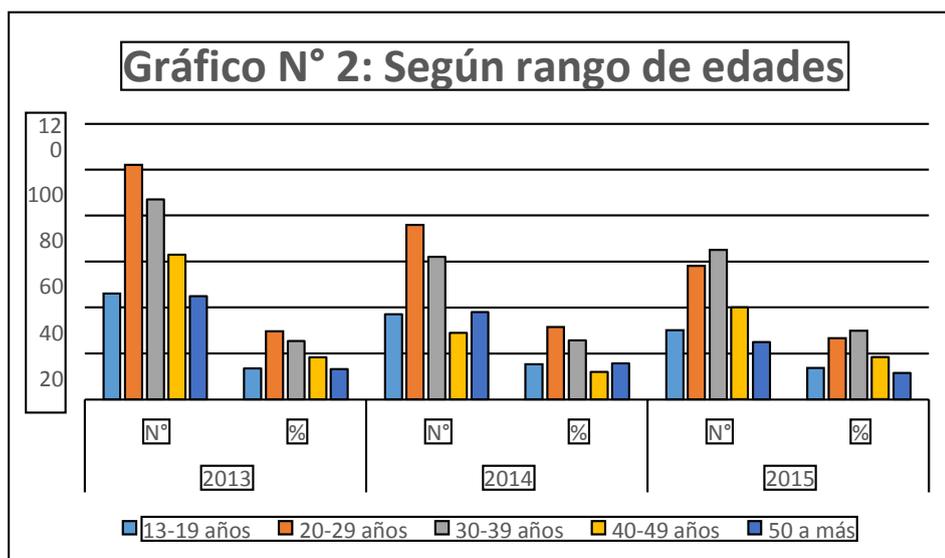
PACIENTES POSOPERADOS DE APENDICECTOMIA SEGÚN GRUPOS ETAREOS EN EL AREA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL "ULDARICO ROCCA FERNANDEZ 2013 AL 2015

EDAD/AÑO	2013		2014		2015		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
13-19 años	46	13.41	37	15.29	30	13.76	113	14.07
20-29 años	102	29.74	76	31.40	58	26.61	236	29.39
30-39 años	87	25.36	62	25.62	65	29.82	214	26.65
40-49 años	63	18.37	29	11.98	40	18.35	132	16.44
50 a más	45	13.12	38	15.70	25	11.47	108	13.45
TOTAL	343	100	242	100	218	100	803	100

Fuente: Oficina de estadística del HURF EsSalud

Elaboración propia

La mayor prevalencia se da en el rango de edad 20-29 años, con un total de 236 casos, lo que significa el 29.39% del total de casos. Le sigue el rango de edad 30-39 años con 214 casos, lo que representa el 26.65% del total de casos. El rango de edad con menos proporción fue el rango de 50 años a más, con 108 casos, lo que representa un 13.45% del total de casos.



4.3. cuadro N° 3:

PREVALENCIA DE APENDICECTOMIA EN PACIENTES POSOPERADOS SEGÚN MESES EN EL AREA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ULGARICO ROCCA FERNANDEZ 2013 AL 2015

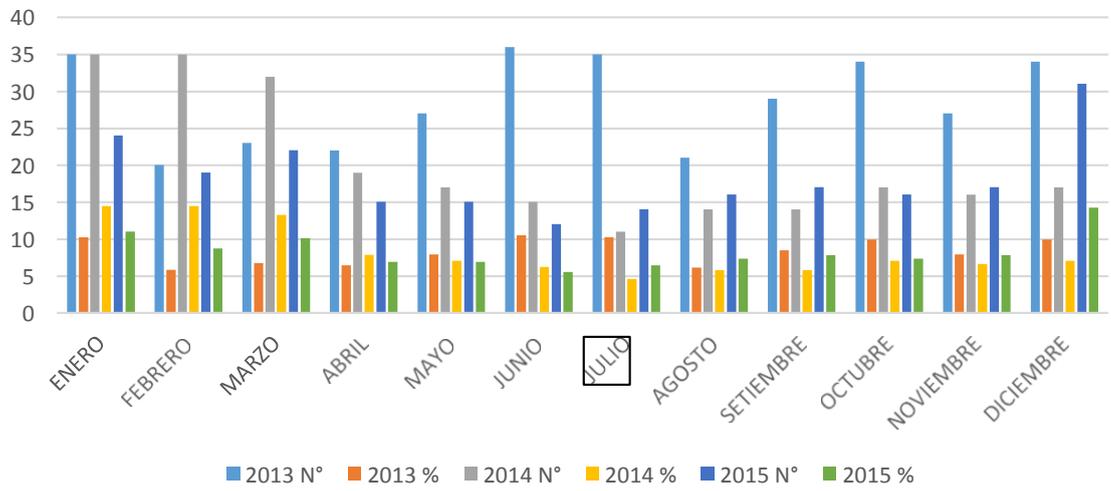
Mes/Año	2013		2014		2015		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Enero	35	10.20	35	14.46	24	11.01	94	11.71
Febrero	20	5.83	35	14.46	19	8.72	74	9.22
Marzo	23	6.71	32	13.22	22	10.09	77	9.59
Abril	22	6.41	19	7.85	15	6.88	56	6.97
Mayo	27	7.87	17	7.02	15	6.88	59	7.35
Junio	36	10.50	15	6.20	12	5.50	63	7.85
Julio	35	10.20	11	4.55	14	6.42	60	7.47
Agosto	21	6.12	14	5.79	16	7.34	51	6.35
Setiembre	29	8.45	14	5.79	17	7.80	60	7.47
Octubre	34	9.91	17	7.02	16	7.34	67	8.34
Noviembre	27	7.87	16	6.61	17	7.80	60	7.47
Diciembre	34	9.91	17	7.02	31	14.22	82	10.21
Total	343	100	242	100	218	100	803	100

Fuente: Oficina de estadística del HURF EsSalud

Elaboración propia

La prevalencia ha disminuido con los años: en el 2013 se tenía 343 casos, mientras que en el 2015 se presentaron 100 casos. En cuanto a los meses, los meses que presentan mayores casos son los meses de diciembre y enero con 82 y 94 casos, respectivamente. Los meses con menos casos fueron agosto y abril con 51 y 56 casos, respectivamente.

Grafico N° 3 Incidencia de pacientes segun meses del año en el área de cirugia 2013 al 2015



4.4. Contenidos de un Protocolo de Intervención de Enfermería:

- Finalidad
- Objetivo
- Ámbito de Aplicación
- Población Objetivo
- Persona Responsable
- Nombre y código
- Consideraciones Generales
- Consideraciones Específicas
- Plan de Cuidados

V. CONCLUSIONES

1. La prevalencia es mayor en hombres con 474 casos (59.03%) que en las mujeres con 329 casos (40.97%).
2. La mayor prevalencia se da en el rango de edad 20-29 años, con un total de 236 casos, lo que significa el 29.39% del total de casos.
3. Los meses que presentan mayores casos son los meses de diciembre y enero con 82 y 94 casos, respectivamente.
4. Los protocolos de atención son importantes ya que sirven de guía al profesional en su camino por mejorar la calidad de la atención.
5. Los protocolos permiten que el profesional desempeñe su tarea de una forma organizada, estructurada y unificada.

VI. RECOMENDACIONES

1. Elaborar o mejorar los protocolos de atención utilizados por la institución, desagregándola según tipo de patología.
2. Mejorar los procesos administrativos en beneficio del trabajador.
3. Asignar y mejorar el servicio del personal en los meses de diciembre y enero para satisfacer la mayor demanda de esos meses
4. Incrementar los materiales médicos en los meses de mayor demanda
5. Capacitar a las enfermeras en la forma correcta de implementar los protocolos establecidos
6. Programar un horario adecuado para la enseñanza de dichos protocolos

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ROJAS SALAZAR, Cesar. Epidemiología de Apendicitis Aguda en el Perú. Tesis 2009- 2011. Pág. 4
2. ROJAS SALAZAR, Cesar. Epidemiología de Apendicitis Aguda en el Perú. Tesis 2009- 2011. Pág. 7,8
3. MONTERO TAPIA, Edgar Paul. Apendicitis no Enfermas en el Hospital José Carrasco Arteaga. Tesis Cuenca 2014. Pág. 9
4. VELÁSQUEZ MENDOZA, José Dolores. Premedicación, factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda. Cirujano general. Vol.31 n° 2- 2009 pág. 106
5. ROJAS SALAZAR, Cesar. Epidemiología de la apendicitis Aguda. Tesis 2009-2011. Pág. 5
6. ROJAS SALAZAR, Cesar. Epidemiología de la Apendicitis Aguda. Tesis 2009-2011. Pág. 8
7. TEJADA LLACSA, Paul. Incidencia de Apendicitis Aguda y su relación con factores ambientales. Escuela de Medicina Humana, facultad de medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2013. Pág. 253, 254
8. Unidad de Estadísticas e Informática. Morbilidad Anual 2013. Sistema de Hospitalización SIGHOS. Pág. 5
9. ADVINCULA ROCCA, Miguel Ángel. Correlación entre el Diagnóstico Post operatorio y Anatomopatológico de Apendicitis Aguda en los pacientes del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú entre septiembre 2014 a septiembre 2015.pág. 12

- 10.** BELLIDO VALLEJO, José; COLL DEL REY, Eugenio. Actividad e Intervención de enfermera en el periodo intraoperatorio. Jaén 2009.
Disponibile en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0411.php>
- 11.** BELLIDO VALLEJO, José; COLL DEL REY, Eugenio. Actividad e Intervención de enfermera en el periodo intraoperatorio. Jaén 2009.
Disponibile en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0411.php>
- 12.** Dres. WONG PUJADA y otros [sisbib.unmsm.edu.pe/bib_virtual/...cap. 11..](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bib_virtual/...cap.11..)
Apendicitis Aguda. Cirugía general.
- 13.** MONTERO TAPIA, Edgar. Apendicectomias no Enfermas en el Hospital Vicente Corral Moscoso y Hospital José Carrasco Arteaga. tesis.2014.
- 14.** PINOS PADILLA, Santiago; SASALIMA PIZARRO, Mónica. Condiciones y Procesos del Cuidado de Enfermería a pacientes sometidos a Apendicectomía en el Departamento de cirugía del “hospital Vicente Corral Moscoso” mayo- julio 2013. Tesis. Pág. 21 al 25
<http://es.slideshare.net/dmelgar/apendicitis-aguda>.
- 15.** CARRILLO BETANCOURT, Victoria. Guías de Atención de Enfermería a pacientes postquirúrgicos sometidos a Cirugía de Apendicectomía y sus Efectos e Influencias en la Recuperación de los mismos en el Servicio de Cirugía del Hospital Provincial General Latacunga en el primer Semestre. Tesis. 2012.
- 16.** Dres. WONG PUJADA y otros [sisbib.unmsm.edu.pe/bib_virtual/...cap. 11..](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bib_virtual/...cap.11..)
Apendicitis Aguda. Cirugía general.
- 17.** FALLAS GONZALES, Jorge. Apendicitis aguda. Medicina legal de Costa Rica. Vol.29 (1) 2012.pág 84.
- 18.** PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. Escuela de medicina. Manual de patología quirúrgica
Escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir_014.html

19. http://www.bioestadisticas.uma.es/cirugia/attachments/002.apendicitis_aguda.
20. Dr. GOMEZ BRAVO Enrique Topete. Medicina de urgencias. Primer nivel de atención. Centro estatal de información en salud. México. Pág. 2
21. La Revista de la American Medical Association. apendicectomia.2011 Vol. 306 n° 21
22. CARRILLO BETANCOURT, Victoria Katherine. “Guía de Atención de Enfermería a pacientes Postquirúrgicos sometidos a cirugía de Apendicectomia y sus efectos e influencias en la recuperación de los mismos en el servicio de cirugía del hospital Provincial General Latacunga en el primer semestre del 2012. Tesis. Ecuador 2013. Pág. 19 al 26 y del 40 al 42.
23. CARRILLO BETANCOURT, Victoria Katherine. “Guía de Atención de Enfermería a pacientes Postquirúrgicos sometidos a cirugía de Apendicectomia y sus efectos e influencias en la recuperación de los mismos en el servicio de cirugía del hospital Provincial General Latacunga en el primer semestre del 2012. Tesis. Ecuador 2013. Pág. 19 al 26 y del 40 al 42.
24. CARRILLO BETANCOURT, Victoria Katherine. “Guía de Atención de Enfermería a pacientes Postquirúrgicos sometidos a cirugía de Apendicectomia y sus efectos e influencias en la recuperación de los mismos en el servicio de cirugía del hospital Provincial General Latacunga en el primer semestre del 2012. Tesis. Ecuador 2013. Pág. 19 al 26 y del 40 al 42.
25. CARRILLO BETANCOURT, Victoria Katherine. “Guía de Atención de Enfermería a pacientes Postquirúrgicos sometidos a cirugía de Apendicectomia y sus efectos e influencias en la recuperación de los mismos en el servicio de cirugía del hospital Provincial General Latacunga en el primer semestre del 2012. Tesis. Ecuador 2013. Pág. 19 al 26 y del 40 al 42.

26. VIRGINIA HENDERSON {internet} {acceso 19 de marzo 2009} disponible en: http://www.ulpgc.es/descarga_directo.php.aprende en línea. Plataforma academia para pregrado y posgrado.

27. Lic. PEREZ PEREZ, Luis. Características, Proceso de Enfermería, Protocolos, temas y contenidos de Quirófano. Perú 2016.

ANEXOS

PROTOCOLO DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DE PACIENTES POST OPERADO DE APENDICECTOMIA

	Protocolo de Intervención de Enfermería	GIE- DENF- 001
	Paciente Post operado de Apendicectomía	Edición N° 001
	Departamento de Enfermería Hospital Uldarico Rocca Fernández ESSALUD	

Elaborado por: CENTRO QUIRURGICO Lic. Ángela Del Rosario Vásquez Montoya

Revisado por:

Aprobado por:

Resolución Directoral N°

	<p align="center">Protocolo de Intervención de Enfermería</p>	<p align="center">GIE- DENF- 001</p>
	<p align="center">Paciente Post operado de Apendicectomia</p>	<p align="center">Edición N° 001</p>
	<p align="center">Departamento de Enfermería Hospital Uldarico Rocca Fernández ESSALUD</p>	

I. FINALIDAD:

Unificar criterios para que el personal de enfermería tenga un mismo nivel de atención

II. OBJETIVO:

GENERAL:

- Unificar criterios de acción para poder evaluar el accionar de las enfermeras para beneficio de los pacientes

ESPECIFICOS:

- Promover el protocolo de mediación de enfermería en el cuidado de pacientes post operados de apendicectomia en el servicio de centro quirúrgico
- Identificar las dificultades reales y potenciales del paciente después de la intervención.

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía es de aplicación en el servicio de centro quirúrgico por Lic. de Enfermería.

IV. POBLACION OBJETIVO:

Todos los pacientes post operados de apendicectomía.

V. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciada en Enfermería.

VI. NOMBRE Y CODIGO:

Protocolo de Intervención de Enfermería en pacientes post operados de apendicectomía.

Código CIE: Z 48.9

VII. CONSIDERACIONES GENERALES

7.1. DEFINICION:

Es la hinchazón del apéndice vermiforme, generalmente agudo, que de no tratarse evoluciona rápidamente hacia la perforación y una complicación más grave.

7.2. ETIOLOGIA:

Por la obstrucción de la luz del apéndice:

- Fecalitos
- Hiperplasia linfoide
- Semillas
- Parásitos
- Cuerpos extraños
- Tumores

Por impedimento de la luz de la membrana del apéndice se produce un incremento de presión intraluminal:

- Estasis venoso
- Aumento > 35 mmhg la presión intraluminal (isquemia e absceso)
La isquemia e inflamación puede crecer hasta incluir todo el apéndice
- Perforación, absceso peri apendicular y peritonitis

7.3. FISIOPATOLOGIA:

Fase preliminar que se especifica por entorpecimiento del lumen apendicular producida por hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores o organismos raros como huesos, semillas (10); esto colabora la exudación de moco y el incremento bacteriano (11), creandose distensión luminal y ampliación de presión intraluminal y dificultad del flujo linfático y venoso.

El apéndice edematoso e isquémico, causa una respuesta inflamatoria. Esta isquemia puede formar necrosis con translocación bacteriana, desplegar la apendicitis gangrenosa. Si este proceso se deja desarrollar el apéndice ya gangrenoso se agujerea y puede crear un absceso con peritonitis siempre y cuando la respuesta inflamatoria y el omento logren contener el proceso, pero si no se originará una peritonitis sistémica.

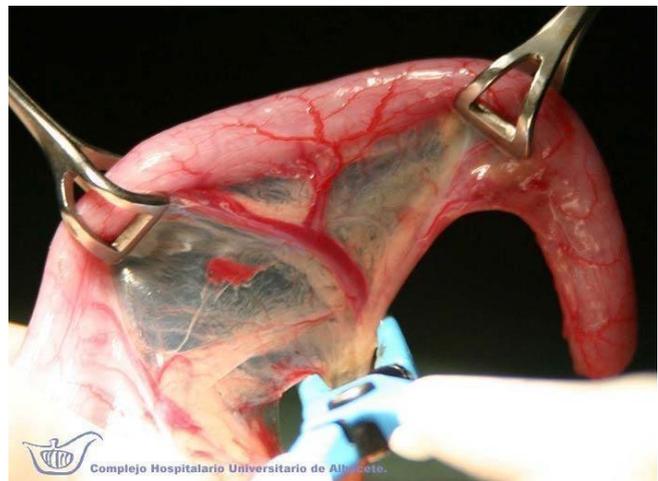
Compromiso del suministro vascular extrapendicular, ulceración de la membrana por contagio viral y población bacteriana, dieta pobre en fibra con enlentecimiento del tránsito intestinal y retención de las heces en el apéndice.

EPIDEMIOLOGIA:

Ocurre en unas edades imprecisas, pero la prevalencia máxima de la se se da mayormente en la segunda y tercera década de vida en que es la causa más habitual de dolor abdominal y de cirugía abdominal de emergencia.

No diferencias por sexos. • Mortalidad global: 0,1%. • Apendicitis perforada: 0,6–5%. • Complicaciones: 10% de casos. Apendicitis perforada: 40%.

7.4. ESQUEMATIZACION:



7.5. FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS:

Obtención de la luz apendicular: hiperplasia de los folículos linfoides, coprolitos, cuerpos extraños, parásitos, acodamientos por bridas, TBC, tumores, etc., proliferación bacteriana, proceso inflamatorio infeccioso (*Bacteroides fragilis*, *E. coli*).

Transcurso evolutivo, secuencial, numerosas expresiones clínicas y anatomopatológicas y que obedecerán esencialmente del instante o etapa de la enfermedad.

VIII. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

8.1. CUADRO CLINICO

8.1.1 Signos y Síntomas:

Síntomas:

- El dolor que comienza alrededor o cerca del ombligo y se extiende hasta la parte inferior derecha del abdomen
- El dolor y ardor se aumenta conforme pasan las horas hasta volverse insoportable
- El dolor se incrementa cuando toses, caminas o hace movimientos bruscos
- Nauseas
- Vómitos
- Estreñimiento
- Pérdida de peso
- Fiebre
- Incapacidad de eliminar gases
- Hinchazón abdominal

•Se produce con dolor agudo.

Signos:

Facies.- Sin nada de específico al principio, aunque a menudo la cara irradia molestia y aprehensión. Si hay perforación apendicular y peritonitis, la facies puede ser infectada exangüe y con tinte terroso (facies peritonítica).

Posición.- Al principio la persona escoge quietud en situación dorsal; síntomas en fosa ilíaca derecha se toma una posición antálgica de semiflexión, más notoria si el asunto progresa. Hipersensibilidad máxima en el punto de MCBURNEY.

Pulso.-Sin alteración al principio, aumenta si temperatura crece. Si hay gangrena hay bradicardia.

Temperatura.- No elevada, solo cuando hay flema.

Presencia de diferencia notable en temperatura axilar y rectal (disociación de temperaturas) no descarta diagnóstico.

Estremecimientos por bacteriemia en términos complicados.

8.2. DIAGNOSTICO ENFERMERO.

Según Taxonomía NANDA.

1. Dominio: 11 seguridad/ protección

Clase 1: infección

00004: Alto riesgo de infección relacionado con la intervención quirúrgica

2. Dominio 11: seguridad / protección

Clase 2: lesión física

00035Riesgo de lesión

Riesgo de lesión, relacionado con el entorno perioperatorio (traslado, posición del paciente, inmovilización en la mesa

quirurgica , instrumental , bisturí electrico y disminución del nivel de conciencia secundario a la anestesia)

3. Dominio 11: seguridad/ protección

Clase 6: Termorregulación

00254: Riesgo para hipotermia perioperatoria.

Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal, relacionado con exposición prolongada a ambiente frío quirúrgico, administración de líquidos intravenosos e inactividad muscular secundaria a la anestesia

4. Dominio11: seguridad/protección

Clase2: Lesión Física

00036: riesgo de asfixia

Alto riesgo de asfixia, relacionado con pérdida de conciencia secundario a la anestesia y la intubación endotraqueal

5. Dominio 2: Nutrición

Clase5: Hidratación

00027 déficit del volumen de líquidos

Hipovolemia, asociada a pérdida de líquidos durante la intervención quirúrgica

6. Dominio4: Actividad / reposo

Clase4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares

00239- 00240

riesgo de complicaciones respiratorias y cardíacas, asociadas a la administración de anestésicos

7. Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 5: Procesos Defensivos

00042

Riesgo de reacción alérgica asociada al látex

8.3. EXÁMENES AUXILIARES:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

El diagnóstico temprano es esencial en el procedimiento de apendicitis, generalmente mediante análisis de historia clínica y clínico compatible, de lo contrario es difícil. En el 90% de los casos se diagnostica en forma correcta. Examen físico corporal completo para descartar patologías distintas que pueden confundir. Examen abdominal debe empezar por zonas más alejadas con menos dolor y terminar el punto más doloroso.

Zona de McBurney.- Se obtiene presionando 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.

Signo de Blumberg.- Se obtiene presionando la pared de la fosa ilíaca derecha con toda la mano y retirándola bruscamente, el dolor que se

produce es la manifestación de la inflamación del peritoneo apendicular. El signo contralateral de Blumberg se realiza de la misma manera.

Signo de Gueneau de Mussy.- Se investiga descomprimiendo cualquier zona del abdomen y despertando dolor.

Signo de Rousing.- Se despierta dolor en fosa ilíaca derecha al presionar la fosa ilíaca izquierda y flanco izquierdo.

Punto de Lanz.- El dolor se puede obtener al presionar en un punto situado en la unión del 1/3 externo derecho y 1/3 medio de la línea biespinosa.

Punto de Lecene.- Se obtiene presionando a dos traveses de dedo por encima y por detrás de la espina ilíaca anterosuperior derecha.

Punto de Morris.- Situado en el 1/3 interno de la línea espino-umbilical derecha. Se observa en apendicitis ascendente interna.

Hiperestesia cutánea de Sherrren.- Hipersensibilidad superficial en la zona apendicular.

Prueba del Psoas.- Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo e hiperextendiendo la cadera se provoca dolor.

Signo de la Roque.- La presión continua en el punto de Mc Burney provoca en el varón el ascenso del testículo derecho por contracción del cremáster.

Tacto rectal.- Es un examen que debe realizarse de rutina.

EXÁMENES AUXILIARES

Por lo general la apendicitis aguda de pocas horas se caracterizan por leucocitosis de 10,000 a 15,000, glóbulos blancos con neutrofilia de 70% a 80% y desviación izquierda por encima de 5% de bastonados, En casos complicados pueden ser más elevadas.

La velocidad de sedimentación se modifica poco, si esta acelerada es sinónimo de obstáculo.

El examen de orina para diagnóstico diferencial con afecciones urinarias.

El diagnóstico de apendicitis aguda puede ser hecho generalmente por el cuadro clínico. Cuando el diagnóstico es dudoso, una radiografía de abdomen. Otros signos son: escoliosis derecha, presencia de líquido peritoneal, masa de tejido blando y edema de pared abdominal, signos que son muy pobres como diagnóstico.

Una radiografía de tórax si se sospecha peritonitis primaria por neumonía.

La ecografía se usa en casos dudosos.

La laparoscopia visualiza apéndice directamente, pero es invasiva.

8.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA:

Esta guía se empleará en los tres niveles de atención.

8.5. TRATAMIENTO:

Antes de iniciar el tratamiento, no antálgico, ni antibióticos previos.

Se debe suponer un tratamiento preoperatorio, operatorio y postoperatorio.

a. Tratamiento preoperatorio

Paciente será evaluado totalmente; con hidratación endovenosa que puede durar de 2 a 4 horas.

b. Tratamiento operatorio

□ **Tratamiento operatorio convencional**

La finalidad: reseca el órgano enfermo y si existe una peritonitis lavar y drenar. En los procesos cortos, incisión de MacBurney o a lo Roque Davis (Arce)

Si el proceso tiene varias horas o días, abordar con una incisión amplia (Paramediana derecha, transrectal infraumbilical) que permita una buena exéresis, un buen lavado peritoneal y adecuado drenaje.

La extirpación del apéndice con sección del meso apendicular y su arteria y luego sección del apéndice desde su base previa ligadura de la misma, a su vez el muñón apendicular puede ser dejado libremente o ser invaginado mediante una jareta.

Cuando la apendicitis está complicada se debe dejar drenaje.

□ **Tratamiento por vía Laparoscópica**

Ofrece buen campo operatorio, excelente iluminación, permite un completo lavado de la cavidad abdominal y un adecuado drenaje, disminuyen la posibilidad de absceso residual.

8.6. COMPLICACIONES:

1er Día Postoperatorio:

Hemorragia.

Evisceración por mala técnica.

Íleo adinámico.

2o o 3er Día Postoperatorio:

Dehiscencia del muñón apendicular.

Atelectasia; Neumonía.

I.T.U.

Fístula estercorácea.

4o o 5o Día Postoperatorio

Infección de la herida operatoria.

7o Día Postoperatorio:

Absceso intraabdominal.

10o Día Postoperatorio:

Adherencias.

15o Día o Más: Bridas.

Apendicitis agudas sin perforación complicaciones en 5% de casos.

Apendicitis agudas con perforación complicaciones en un 30% de casos.

A. Infección de la Herida Operatoria

Infecciones por abscesos locales por gérmenes fecales principalmente Bacteroides, y aerobios Gram (-); Klebsiela, Enterobacter, E. coli. Los signos de infección; dolor, tumor, calor y rubor. Signos iniciales son dolor excesivo y molestias.

B. Abscesos Intraabdominales

Producidos por contagio con microorganismos del apéndice gangrenoso o perforado, o por derrame transoperatorio.

El absceso se manifiesta por fiebre hética, fiebre, malestar y anorexia recurrente.

Los abscesos pélvicos, absceso subfrénico, absceso intraabdominal
Deben ser drenados.

C. Fístula Cecal o Estercorácea

Puede deberse a:

- Retención de Cuerpo Extraño como grasa o dressing.
- Puntos muy apretados.
- Ligadura deficiente del muñón apendicular que se deslizó sin haberse invertido - Erosión
De la pared del ciego por un dren.
- Obstrucción del Colon por Neoplasia no descubierta.

- Retención de una porción apendicular.
- Enteritis Regional.

La mayor parte de Fístulas cierran espontáneamente.

Las fístulas fecales no se cierran espontáneamente, si queda punta de apéndice, cuerpo extraño o si el intestino está obstruido.

D. Piliflebitis o Piema Portal

Es una enfermedad grave caracterizada por ictericia, escalofrío y fiebre elevada. Se debe a septicemia.

La piliflebitis acompaña a la apendicitis gangrenosa o perforada y puede aparecer en el pre o postoperatorio. El germen más frecuente es el E. Coli. En la actualidad con el uso de los antibióticos en el pre y postoperatorio su presentación es rara.

E. Íleo Paralítico o Adinámico

En las primeras 24 horas se espera la presencia de un íleo reflejo debido al espasmo producido por la manipulación y cuya resolución es en el postoperatorio inmediato.

Se debe realizar una observación cuidadosa del paciente para detectar una obstrucción mecánica.

F. Dehiscencia del Muñón Apendicular

Desde el 2o ó 3er día, y deberse a mala ligadura del muñón, o por administración indebida de un enema evacuante. El tratamiento inmediato es laparotomía exploradora y cecostomía con antibióticos específicos.

G. Hemorragia

Dolor abdominal súbito y shock hipovolémico en cualquier momento de las primeras 72 horas de la apendicectomía puede significar filtración a partir del muñón o el deslizamiento de una ligadura arterial.

Se explora la incisión removiendo la masa de sangrecogulada de la cavidad pélvica y parietocólica derecha, ubicándose el sitio de la hemorragia. Drenaje.

H. Complicaciones Tardías

Hernia incisional. Infección prolongada y drenaje grande en el sitio de la hernia.

Obstrucción mecánica. Producida por la presencia de bridas intestinales; más frecuentes en las apendicitis complicadas.

Infertilidad. Un absceso en fosa iliaca derecha en mujeres puede provocar obstrucción de las trompas hasta en un 31%.”.(11)

8.7. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

Será determinado por el médico responsable de la atención del paciente; en su ausencia, la referencia la realizara el cirujano de guardia del hospital.

8.8. PLAN DE CUIDADOS:

Algoritmos.

CUADRO N° 1
PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ACTIVIDADES
<p>Dominio: 11 seguridad/ protección Clase 1: infección 00004: Alto riesgo de infección relacionado con la intervención quirúrgica</p>	<p>En los días posteriores a la intervención, se evidencia: -ausencia de fiebre. - Recuento de leucocitos dentro de límites normales</p>	<p>El paciente no estará expuesto a riesgos de infección durante el procedimiento quirúrgico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observar las precauciones universales y, en su caso, las técnicas de aislamiento. - Mantener la tª de la sala entre 20 a 24°C y la humedad relativa entre el 40-60% - Monitorizar y mantener el flujo de aire laminar -Verificar que se han administrado los antibióticosprofilácticos, si procede - Asegurarse de que el personal de cirugía viste el equipo apropiado y se siguen las normas de lavado - Disponer los sitios de precaución de aislamiento designados, si procede - Verificar la integridad del embalaje estéril y los indicadores de esterilización -Separar los suministros estériles de los no estériles. - Mantener técnicas que aseguren la esterilidad de la intervención y las rupturas correctas en el campo estéril, y la integridad de los catéteres y de las líneas intravasculares.

			<ul style="list-style-type: none">- Aplicar solución antimicrobiana al sitio quirúrgico, según las normas del centro- Obtener cultivos, si es necesario- Mantener la sala limpia y ordenada para evitar la contaminación-Aplicar y fijar los vendajes quirúrgicos, retirar las ropas y suministros utilizados.- Coordinar la limpieza y preparación de la sala de operaciones y del instrumental y equipos para siguientes intervenciones
--	--	--	---

CUADRO N° 2
PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ACTIVIDADES
<p>Dominio11: seguridad/protección Clase 2: Lesión Física 00035 Riesgo de lesión, relacionado con el entorno perioperatorio (traslado, posición del paciente, inmovilización en la mesa quirúrgica, instrumental, bisturí eléctrico y disminución del nivel de conciencia secundario a la anestesia)</p>	<p>Ausencia de lesiones, evidenciado por: -integridad tegumentaria. - ausencia de parestias parestesias en miembros. - ausencia de dolor por mal posicionamiento</p>	<p>El paciente no sufrirá lesión durante el proceso intraoperatorio quirúrgico</p>	<p>-Ayudar en el traslado del paciente desde su cama a la mesa de operaciones, utilizando un número adecuado de personas para el traslado. Bloquear las ruedas de la camilla y de la mesa de cirugía. §</p> <p>- Colocar al paciente de forma tal que se eviten lesiones por presión y la afectación de nervios periféricos. proporcionar protección para los ojos (si procede)</p> <p>Asegurar la correcta colocación de las correas de seguridad y la seguridad continua del paciente en todas las fases de los cuidados de anestesia. Vigilar la estabilidad de las articulaciones y los apoyos de la cabeza y las extremidades, manteniendo la alineación corporal correcta.</p> <p>-Comprobar el estado neurológico y de la circulación periférica, y la integridad de la piel.</p> <p>Proteger las vías IV , los catéteres y los circuitos de respiración</p>

			<p>-Situarse al paciente en la posición quirúrgica designada, colocando material acolchado en las prominencias óseas y evitando la presión sobre los nervios Ausencia de lesiones, evidenciado por: integridad tegumentaria. -ausencia de parestesias en miembros. -ausencia de dolor por mal posicionamiento. Superficiales.</p> <p>-Vigilar la posición del paciente durante la operación, registrar la posición y los dispositivos utilizados.</p> <p>-Verificar el correcto funcionamiento del equipo</p> <p>-Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres</p> <p>- Verificar la identidad del paciente como correcto.</p> <p>- Contar las compresas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según las normas del centro, registrando los resultados del recuento.</p> <p>- Verificar la integridad de los cables eléctricos y correcto funcionamiento de la unidad electroquirúrgica.</p> <p>- Verificar que el paciente no está en contacto con ningún objeto metálico.</p> <p>-Aplicar la placa de toma de tierra en una parte de la piel que esté seca, intacta y con la mínima cantidad de vello, sobre una masa muscular grande y lo más cerca posible del sitio de la intervención.</p>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none">- Proteger la placa de toma de tierra de las soluciones preparatorias, de la irrigación y contra los daños. Verificar que las soluciones preparatorias no son inflamables.-Aplicar y utilizar una funda para guardar el electrodo activo durante la cirugía- Ajustar las corrientes de coagulación y corte, según órdenes del médico o según normas de la institución-Observar si hay lesiones en la piel del paciente después de la electrocirugía-Anotar la información pertinente en el registro de operaciones.
--	--	--	---

**CUADRO N° 3
PLAN DE CUIDADOS**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ACTIVIDADES
<p>Dominio 11: seguridad/protección Clase 6: Termorregulación 00254 Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal, relacionado con exposición prolongada a ambiente frío quirúrgico, administración de líquidos intravenosos e inactividad muscular secundaria a la anestesia</p>	<p>Normotermia, evidenciado por: -ausencia de signo síntomas de hipertermia (irritabilidad, enrojecimiento...) -signos vitales, dentro de los límites normales del paciente</p>	<p>Consecución y/o mantenimiento de la temperatura corporal deseada durante la intervención</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Preparar y regular los dispositivos de calefacción / refrigeración correspondiente. - Cubrir la cabeza del paciente -Cubrir al paciente con mantas reflectoras. -Proporcionar o activar el humidificador para los gases anestésicos - Calentar o enfriar las soluciones de irrigación, IV y de preparación de la piel, si procede -Calentar las compresas quirúrgicas - Vigilar continuamente la temperatura del paciente

			<ul style="list-style-type: none">-Vigilar y mantener la temperatura de los dispositivos de calefacción/refrigeración- Comprobar y mantener la temperatura de las soluciones de irrigación-Cubrir al paciente con mantas calentadas para el transporte a la Unidad de Cuidados Postanestésicos- Registrar la información , según las normas de la institución
--	--	--	--

**CUADRO N° 4
PLAN DE CUIDADOS**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ACTIVIDADES
<p>Dominio 11: Seguridad y Protección Clase 2: Lesión Física Código 00036 Alto riesgo de asfixia, relacionado con pérdida de consciencia secundario a la anestesia y la intubación endotraqueal</p>	<p>Mantiene patrón respiratorio eficaz evidenciado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -mantiene stO2. -mantiene ETCO2. -ventila por igual ambos campos pulmonares 	<p>El paciente no estará expuesto a riesgos que le originen asfixia</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluar y mantener una vía aérea adecuada -Asegurar una correcta oxigenación durante todas las fases de los cuidados de anestesia - Asegurar la disponibilidad del equipo de emergencia y resucitación - Valorar los signos vitales -Realizar aspiración suave para mantener limpia la boca de secreciones

**CUADRO N° 5
PLAN DE CUIDADOS**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ACTIVIDADES
<p>Dominio 2: Nutrición Clase 5: Hidratación código 00027 Hipovolemia, Asociada A Pérdida De Líquidos Durante La Intervención Quirúrgica</p>	<p>Mantiene normovolemia, evidenciado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ausencia de fiebre. -TA y pulso dentro de límites normales. -niveles de Hb y hct dentro de la normalidad. -mantiene turgencia cutánea. 	<p>Controlar y evitar el déficit de líquidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Determinar las pérdidas hemáticas aceptables y administrar sangre si fuera necesario - Vigilar signos/síntomas de hemorragia / shock -Calcular las necesidades de líquidos adecuados y administrarlos por vía intravenosa, si está indicado.

CUADRO N° 6
PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ACTIVIDADES
<p>Dominio 4: Actividad/ reposo Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares Código 00239- 00240 Riesgo de complicaciones respiratorias y cardiacas, asociadas a la administración de anestésicos</p>	<p>Mantiene constantes vitales estables a lo largo de toda la intervención quirúrgica y en el postoperatorio inmediato.</p>	<p>Vigilar y minimizar las complicaciones derivadas de los anestésicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Vigilar los signos vitales, la suficiencia respiratoria y cardiaca, respuesta a la anestesia y demás parámetros fisiológicos; medir y evaluar los valores de laboratorio correspondientes. -Evaluar y manejar clínicamente las emergencias derivadas de la anestesia mediante la administración de los medicamentos indicados, líquidos y apoyo de ventilación - Asegurar la disponibilidad de equipo de emergencias y resucitación - Poner en marcha las líneas de monitorización intravenosas invasivas e iniciar modalidades de monitorización no invasiva - Administrar el anestésico y los líquidos correspondientes de forma coherente con las necesidades de cada paciente, la evaluación

			<p>clínica y con las normas de la práctica de cuidados de anestesia.</p> <ul style="list-style-type: none">- Determinar las pérdidas aceptables de sangre y administrar sangre, si fuera necesario.- Calcular las necesidades de líquidos adecuadas y administrarlos por vía intravenosa, si está indicado.- Administrar medicamentos y líquidos complementarios necesarios para mantener el anestésico, mantener la homeostasis fisiológica y corregir las respuestas adversas o desfavorables a la anestesia y cirugía- Trasladar al paciente a la Unidad de Cuidados Postanestésicos con la correspondiente monitorización cardíaca y respiratoria, acompañado de oxigenoterapia.-Comprobar la recuperación y estabilidad del paciente durante el periodo postoperatorio inmediato.- Realizar una evaluación de seguimiento postanestesia y cuidados relacionados con los efectos y complicaciones colaterales de la anestesia.
--	--	--	---

CUADRO N° 7
PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ACTIVIDADES
<p>Dominio 11: Seguridad/ Protección Clase 5: Procesos Defensivos Código 00042 Riesgo de reacción alérgica asociada al látex</p>	<p>No aparece ninguna complicación asociada al contacto con látex</p>	<p>Disminuir el riesgo de reacción sistémica al látex</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Preguntar al paciente acerca de defectos del tubo neural o alguna alteración urológica congénita. - Preguntar al paciente o persona correspondiente acerca del historial de reacciones sistémicas al látex de caucho natural. -Remitir el paciente al especialista en alergias para un examen, si procede. - Registrar la alergia o el riesgo de alergia en el registro médico del paciente. - Colocar bandas de aviso de alergia en el paciente. Colocar señales de pegatina indicando que deben tomarse precauciones con el látex -Estudiar el ambiente y extraer los productos de látex.

			<ul style="list-style-type: none">- Observar si hay signos y síntomas de una reacción sistémica en el paciente- Dar información al, médico y demás cuidadores, si está indicado- Administrar medicamentos si procede Instruir al paciente y a la familia acerca de los factores de riesgo a desarrollar una alergia al látex- Instruir al paciente y a la familia acerca de las posibilidades y signos de una reacción- Instruir al paciente y a la familia acerca del contenido de látex de los productos y sustituirlos con productos sin látex, si procede; llevar puesta la etiqueta de alerta médica, y notificarlo a los cuidadores.- Instruir al paciente y a la familia acerca de tratamientos de emergencia.
--	--	--	--

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. NANDA INTERNATIONAL (2012- 2014) Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Editorial Elsevier. USA.
2. www.nanda.es/planpub-lic.php?urlid. NANDA NIC_ NOC por Pilar 2013
3. Clasificación de Intervención de Enfermería NIC. Quinta edición. Editoras. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher.
4. [sisbib.unmsm.edu.pe/bib_virtual/...cap. 11](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bib_virtual/...cap.11). Dres. Wong Pujada y otros. Apendicitis Aguda. Cirugía general.
5. Pinos Padilla, Santiago; SasaLima Pizarro, Mónica. Condiciones y Procesos del Cuidado de Enfermería a pacientes sometidos a Apendicectomía en el Departamento de cirugía del “hospital Vicente Corral Moscoso” mayo- julio 2013. Tesis. Pág. 21 al 25
6. [http://es.slideshare.net/dmelgar/apendicitis aguda](http://es.slideshare.net/dmelgar/apendicitis-aguda).
7. Fallas Gonzales, Jorge. Apendicitis aguda. Medicina legal de Costa Rica. Vol.29 (1) 2012.pág 84.
8. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de medicina. Manual de patología quirúrgica
9. Escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir_014.html
10. [http://www.bioestadisticas.uma.es/cirugía/attachments/002.apendicitis aguda](http://www.bioestadisticas.uma.es/cirugia/attachments/002.apendicitis-aguda).
11. Dr. Enrique Gómez Bravo Topete. Medicina de urgencias. Primer nivel de atención. Centro estatal de información en salud. México. Pág. 2

12. La Revista de la American Medical.Association. apendicectomia.2011 Vol. 306 n°21
13. Carrillo Betancourt, Victoria Katerine. "Guía de Atención de Enfermería a pacientes Postquirúrgicos sometidos a cirugía de Apendicectomia y sus efectos e influencias en la recuperación de los mismos en el servicio de cirugía del hospital Provincial General Latacunga en el primer semestre del 2012. Tesis. Ecuador 2013. Pág. 19 al 26 y del 40 al 42.
14. Virginia Henderson {internet} {acceso 19 de marzo 2009} disponible en: http://www.ulpgc.es/descarga_directo.php.aprende en línea. Plataforma academia para pregrado y posgrado.