

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTOPERADOS DE
APENDICECTOMÍA ABIERTA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA I – DEL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO. 2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRURGICOS**

BLANCA MARGOT ARELLANO SÁNCHEZ

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

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

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 120-2020

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

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

ÍNDICE

Introducción	2
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	5
Capítulo II. Marco teórico	8
2.1 Antecedentes	8
2.1.1 Antecedentes Internacionales	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales	9
2.2 Bases Teóricas	13
2.3 Bases Conceptuales	15
Capítulo III.	
Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática.	22
3.1. Valoración	22
3.2. Diagnóstico de enfermería	22
3.3. Planificación	31
3.4. Ejecución	36
3.5. Evaluación	45
4. Conclusiones	48
5. Recomendaciones	49
6. Referencia Bibliográficas	50
7. Anexos	55

INTRODUCCIÓN

El cuidado de los pacientes, involucra actos de vida, cuyo propósito es mantener saludable a los individuos para reproducirse y perpetuar vida, asegurando en la satisfacción de las necesidades del hombre y su comunidad, quienes mantienen relación con el uno que los rodea.

La apendicitis es una inflamación del apéndice, es la emergencia abdominal más frecuente y el procedimiento efectivo es el procedimiento quirúrgico (apendicetomía), pero lo cual la enfermera tiene un rol importante durante el proceso de recuperación. El paciente hospitalizado post apendicectomizado por apendicitis aguda (AP) presenta cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales, razón por la cual el objetivo fundamental es la satisfacción.

La etapa postquirúrgica es la fase de los cuidados de enfermería que empieza cuando el paciente acaba de ser intervenido quirúrgicamente, su fin es de atribuir las necesidades psicológicas y físicas que resulten afectadas cuando acaben la cirugía, priorizando la detección de potenciales complicaciones así como su tratamiento oportuno, así mismo resolviendo las consultas de sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez lo que le ayudará a recuperar su estabilidad con tanta rapidez, seguridad y comodidad como sea posible.

Mi interés como profesional de enfermería se desarrolla por la alta incidencia de apendicitis que se presenta en el servicio de emergencia y a su vez son intervenidos quirúrgicamente con una apendicetomía convencional, precisamente por el riesgo de sufrir la complicación de una peritonitis.

El servicio de Cirugía II del 4A, cuenta con capacidad de 32 camas, 10 profesionales de enfermería y 19 técnicos de enfermería, se encuentra ubicado precisamente en el 4 piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Institución de Salud de mayor complejidad en la red de establecimientos en la Provincia Constitucional del Callao, con Dependencia Administrativa de la Dirección Regional de Salud I, es además un Hospital de referencia nacional y sede docente de pre y post grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y otras Universidades Públicas y privadas , ubicado en el Av. Guardia Chalaca 2176, Bellavista- Callao. El departamento de cirugía cuenta con 10 servicios de cirugía.

Mi experiencia profesional en el área de cirugía se desarrolla desde hace más de 11 años, atendiendo pacientes en fase pre operatorio y post operatorio con diferentes patologías. En lo que se observó y lo ya antes descrito, los casos más frecuentes y de mayor incidencia son las apendicetomías por apendicitis. En lo que concierne, mi trabajo asistencial se desarrolla desde el ingreso, hasta el alta de paciente post operado; durante el periodo post operatorio el objetivo es aliviar el dolor, prevenir posibles complicaciones, mantener el equilibrio fisiológico y educar los cuidados del post operatorio. Para ello, los cuidados de enfermería que se deben brindar a los pacientes post operados por apendicitis, son una labor muy importante en el pre y post operatorio el cual requiere de un profesional enfermero con amplio conocimiento de asistencia quirúrgica, y que las acciones estén basadas en el Proceso y Diagnósticos de Enfermería. Es por ello, que en base a los diagnósticos de enfermería NANDA, los resultados NOC y las intervenciones NIC, es que se desarrolla el presente trabajo de informe académico, con la finalidad de contribuir a identificar los dominios y clases que son afectados en una persona operada de apendicectomía abierta.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La apendicitis aguda constituye la condición inflamatoria aguda abdominal más común observada en el ámbito hospitalario. Aproximadamente 7 % de la población general sufre apendicitis en el curso de su vida, por lo que se considera que es la afección quirúrgica más frecuente entre las emergencias hospitalarias(1).

Según las estadísticas mundiales, es la causa principal del abdomen agudo quirúrgico, pues más del 50% corresponden a apendicitis aguda. Dentro de las complicaciones presentadas en pacientes post operados de apendicetomía destacan: infección del sitio quirúrgico, serosidad sanguinolenta en la herida quirúrgica, abscesos parietales e intraabdominales, hemorragia, flebitis, epiploítis, obstrucción intestinal, fístulas entero cutáneas, evisceración y eventración(2).

Cuba en el año 2006 reporta que el 21.6% de los pacientes post apendicetomizados presentó alguna complicación postoperatoria y la infección de la herida fue la de mayor frecuencia(3).

Según Huaco, en un estudio de “Factores asociados a complicaciones postoperatorias por apendicetomía abierta”, encontró que, en el Perú, las complicaciones post operatorias reportan cifras que van desde el 16.84%³ en el año 2001 en el Hospital 2 de mayo, siendo la infección de herida operatoria la complicación más frecuente (15.22%) y el 1% de los pacientes complicados tuvieron que ser re operados por presentar absceso intra abdominal, a veces en algunos casos asociándose al cuidado inadecuado del personal de salud (4).

Según Cintra en un estudio realizado en Perú, hace mención de estudios recientes en el que muestra que 1 de cada 15 personas tendrán apendicitis en algún momento de su vida (5).

Así mismo, la enfermedad apendicular ocupa en nuestro país el segundo lugar entre las cuarenta primeras causas de morbilidad que requieren hospitalización; por ello, la apendicitis aguda es un problema de salud pública importante, llegando a alcanzar 30000 casos al año(6).

El profesional de enfermería debe tener en cuenta los cuidados específicos que se tienen que llevar a cabo para esta patología para que el paciente tenga una recuperación más rápida. En tanto, el quehacer de enfermería en el ámbito postquirúrgico, como área de especialización, debe tener un impacto en la salud de los pacientes evitando mayores agravantes a su proceso de enfermedad, brindando cuidados postoperatorios de alta calidad y calidez basados en el proceso de atención de Enfermería(7).

El cuidado humano conlleva características que lo identifican y diferencian de otros, es un acto, actitud y preocupación consciente, bondadosa, amorosa, responsable, intencionada, libre y trascendente que no significa dominación, sino respeto por el otro; implica cuidado de la vida, para la permanencia y trascendencia del ser, valores, deseos y compromiso, conocimiento y acciones; es el ideal moral como fin, protección y engrandecimiento de la dignidad humana.

Como experiencia profesional actualmente, el hospital Daniel Alcides Carrión está pasando por un mal momento en torno a la gestión que va arrastrando desde años anteriores y que afectan en los derechos laborales de los trabajadores, a pesar de ello, como profesional de enfermería se busca cumplir con la calidad de atención frente al cuidado del paciente. El servicio de Cirugía 2 cuenta con la capacidad de 32 camas para la atención de pacientes en fase pre quirúrgico y post

quirúrgico. Durante el año 2019 se intervinieron quirúrgicamente más del 40% de casos de apendectomía. Este tipo de pacientes intervenidos, en algunos casos presentan drenajes tubulares y/ o laminares, asimismo más tiempo en la estancia hospitalaria.

En tanto, los pacientes de mayor incidencia con apendicitomías en el servicio de cirugía II del 4ª, pertenecen al sexo masculino en un 83%, mientras que en las mujeres un 17% y las edades oscilan entre los 18 y 45 años según el informe estadístico del servicio en el 2019, este tipo de pacientes en algunos casos son portadores de drenajes tubulares y/o laminares, precisamente por la complejidad de la cirugía. Dentro de las complicaciones que se suelen presentar tenemos: Infecciones del sitio operatorio, adherencias, abscesos intraperitoneales. etc. Por lo que, la posibilidad de desarrollo de complicaciones post operatorias no es irrelevante, ya que se trata de un proceso séptico intra peritoneal. Los retrasos en el diagnóstico o en el tratamiento, condicionan la presentación de apendicitis evolucionadas con peritonitis difusa o localizada.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Pablo G., López R. (2015) Cuba. Realizaron un estudio titulado "Evaluación post operatoria de pacientes de la tercera edad con diagnóstico de apendicitis aguda", cuyo objetivo fue, caracterizar el comportamiento de la apendicitis aguda en el adulto mayor en el Hospital "Enrique Cabrera" en un período de seis años. Métodos: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de 57 historias clínicas de los pacientes mayores de 60 años atendidos en el hospital "Enrique Cabrera", a quienes se le efectuó una intervención quirúrgica urgente por apendicitis aguda, durante el período comprendido entre enero del 2006 y diciembre del 2011. Las variables analizadas más importantes fueron: edad, sexo, cuadro clínico, hallazgo operatorio, complicaciones e informes de biopsia. Resultados: predominó el grupo de edad comprendido entre 60 y 69 años, sexo masculino. El dolor abdominal típico predominó sobre el atípico. El hallazgo operatorio más frecuente fue el de apendicitis aguda no complicada. La infección del sitio operatorio fue la complicación más frecuente. (8).

Los factores de riesgo predominantes en las hernias inguinales son la edad y el sexo según este estudio. Por lo que, es importante como profesional de enfermería valorar los factores y comorbilidades para así poder evitar complicaciones post quirúrgicas.

Sinergias educativas (2015), Ecuador. Realizaron un estudio titulado "Co-morbilidad e infección del sitio quirúrgico en pacientes con

apendicectomía” con el objetivo de determinar las co- morbilidades de la apendicectomía convencional y laparoscópica y la relación de esta con infecciones del sitio quirúrgico en el hospital de la ciudad de Guayaquil Ecuador durante el periodo 2015, a través de un estudio observacional, transversal que incluyó a 139 pacientes apendicectomizados en el Hospital Regional de esta ciudad. El sexo masculino representa el de mayor frecuencia y predominantemente en ambos procedimientos quirúrgicos, especialmente adultos jóvenes entre 20-40 años de edad. Más de la mitad de la población de pacientes analizados incluidos alteraciones del estado nutricional, especialmente sobrepeso y obesidad. Existe en una mayor escala de pacientes con obesidad en el grupo que se realizó cirugía convencional. La apendicitis gangrenada fueron los hallazgos de anatomía patológica más frecuentes. La cirugía convencional abierta mayor cantidad de casos de infección del sitio quirúrgico en relación al grupo de laparoscopia, especialmente infección de tipo superficial. Con el aumento de las tendencias de aplicación del procedimiento laparoscópico, la incidencia de infección del sitio quirúrgico después de la apendicectomía disminuyó en comparación a las técnicas estándar abiertas (9).

La apendicetomía abierta presenta sus riesgos a diferencia que la apendicetomía laparoscopia en cuanto a las infecciones del sitio operatorio, precisamente a ello se asocia los factores clínicos del paciente como la edad, estado nutricional y peso. Es importante tener como objetivo dentro de las intervenciones de enfermería reducir el riesgo de infección en este tipo de pacientes posquirúrgicos.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Cueva, C. Perú (2018) realizó un estudio titulado “Tiempo de evolución de apendicitis aguda como factor pronóstico de re ingreso hospitalario post apendicectomía en el servicio de cirugía general del hospital regional

docente de Cajamarca, período enero-junio 2017”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el tiempo de evolución de apendicitis aguda y el re ingreso hospitalario post apendicectomía. El método que se utilizó fue de tipo observacional, retrospectivo, transversal, analítico y cuantitativo. Resultados: El total de los pacientes que reingresaron fue 17.9%. Además, se encontró que existe relación significativa entre el re ingreso hospitalario y las siguientes variables: tiempo de evolución (0.007), diagnóstico anátomo patológico (0.000). Además, se encontró relación significativa entre el tiempo de evolución y las siguientes variables: procedencia (0.002), grado de instrucción (0.005), tiempo quirúrgico (0.000), días de hospitalización (0.000). Conclusiones: El 17.8% de los pacientes post operados de apendicitis aguda reingresaron. Además, se puede conocer que existe relación estadísticamente significativa entre el tiempo de evolución y el reingreso hospitalario (10).

Este estudio nos demuestra que los pacientes después de ser dados de alta, presentan un reingreso hospitalario por complicaciones quirúrgicas. El análisis significativo que se puede considerar es que debemos fortalecer como profesionales de enfermería la educación de los cuidados post operatorio en casa, al paciente y la familia,

Durand, M. (2016) realizó un estudio titulado “Asociación entre el retraso del tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda y sus complicaciones, en un Hospital del Seguro Social de Lima Metropolitana”, con el Objetivo de demostrar la asociación entre el retraso del tratamiento quirúrgico de las apendicitis agudas y sus complicaciones en el Servicio Cirugía del Hospital II Ramón Castilla. Método: Estudio de tipo observacional, Analítico, Longitudinal, Retrospectivo. Resultados: Un total de 99 pacientes fueron incluidos en el estudio. la apendicitis aguda complicada ocurrió en un 54.5% de casos. Un Tiempo Sintomático mayor igual de 29

horas evidenció una asociación estadísticamente significativa con la aparición de apendicitis aguda complicada ($p= 0.01$, $OR=3.1$, $IC=95\%$), El Tiempo hospitalario fue mayor en los pacientes con apendicitis aguda complicada (8.44 vs. 7.33 horas) sin evidenciar una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.423$), El Tiempo Total mayor igual de 37 horas tuvo una asociación estadísticamente significativa con la aparición de apendicitis aguda complicada ($p= 0.01$ $OR=3.017$, $IC=95\%$). Conclusiones: El estudio determinó que existe una relación entre el retraso del tratamiento quirúrgico y la aparición de la enfermedad apendicular complicada a expensas del tiempo sintomático y el tiempo total, mas no del tiempo hospitalario (11).

Existen apendicetomías por una enfermedad apendicular complicada, haciendo que exista un retraso en la recuperación quirúrgica, ya que durante la cirugía realizan una remoción total de apéndice afectado y un lavado profundo del sitio operatorio. Los cuidados de enfermería deben focalizar en el cuidado del sitio operatorio y la disminución del riesgo de infección, para que el paciente tenga una menor estancia hospitalaria.

Medina, B (2017) realizó un estudio titulado “Complicaciones post operatorias en relación al uso de drenes en pacientes post operados de apendicetomía convencional por peritonitis localizada en el Servicio de Cirugía en el Hospital de Ventanilla”, cuyo objetivo fue determinar la relación de las complicaciones post operatorias y el uso de drenes en paciente post operados de apendicetomía convencional por peritonitis localizada en el área de Cirugía del Hospital de Ventanilla de enero del 2016 a marzo del 2017. Material y Métodos: Tipo observacional, casos controles y de diseño retrospectivo. La muestra fue 132 pacientes entre 18 - 70 años divididos en dos grupos: 69 utilizaron drenaje y 63 no utilizaron drenaje (12).

Las complicaciones en la cirugía de apendicetomía abierta son múltiples y mucho más cuando el paciente porta un drenaje. es importante que dentro de las intervenciones de enfermería se valore el sitio operatorio y las características del drenaje, para comprobar si la regeneración tisular se está desarrollando favorablemente.

Gutiérrez, G (2015) realizó un estudio titulado “factores de riesgo y complicaciones post operatorias por apendicitis aguda en pacientes adultos mayores hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins 2015”. Cuyo objetivo fue conocer la asociación entre los factores de riesgo y las complicaciones post operatorias por apendicitis aguda en pacientes adultos mayores. Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, de corte transversal. Resultados: Los resultados determinaron que la mayoría de pacientes adultos mayores tenían hipertensión arterial y diabetes mellitus asociadas. La complicación post operatoria se presentó en 73,33% de los pacientes estudiados, siendo la más frecuente el absceso de pared en un 50 %. La apendicitis aguda es más frecuente en el rango de edad comprendido entre 60 – 69 años. Se observó un ligero predominio en el sexo masculino de apendicitis aguda y complicaciones post operatorias. Conclusiones: Las complicaciones post operatorias se presentaron en mayor número en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus (13).

El estudio demuestra que la diabetes mellitus en los pacientes pos operados de apendicetomía es un factor potencial para las infecciones de la herida quirúrgica, ya que un alto nivel de glucosa disminuye la inmunidad. Es importante la valoración constante de la glucosa en el paciente para favorecer la regeneración tisular y reducir la estancia hospitalaria.

2.2 Base Teórica

2.2.1. Virginia Herdenson (1978)

Clarifica la función de cuidar en enfermería como ayudar al individuo, sano o enfermero. En la ejecución de las cautividades que contribuyen a conservar la salud o a su recuperación (proporcionar una muerte apacible y tranquila) que sin duda el sujeto llevaría a cabo él solo si dispusiera de la fuerza necesaria y de los indispensables conocimientos. Debiendo desempeñar esa función de tal manera que le ayude además a lograr absoluta independencia cuanto antes (14).

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la suplencia o ayuda de las acciones que la persona postoperada inmediata o mediata no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.

2.2.2. Teoría del cuidado Humanizado – Jean Watson

El cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona Watson, a través de la teoría de los cuidados, propone cinco procesos básicos secuenciales (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias), en los que se hace evidente el cuidado de enfermería, que se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados (15).

La teoría de Jean Watson permite afianzar a todos profesionales de la salud a no perder el lado sensible del cuidado del paciente, en todas sus dimensiones; enfocadas en las necesidades espirituales, sus creencias y su cultura. Muchas veces el trabajo rutinario hace del actuar de

enfermería frente al cuidado se convierte en algo mecanizado, desfavoreciendo así, la recuperación total del paciente.

2.2.3. Relación Enfermera - Paciente Teoría de Hildegart Peplau

El cuidado se enfoca en la práctica del cuidado de la persona, mantenimiento la relación Enfermera - Paciente. Esta teoría servirá de guía al profesional de enfermería, permitiendo brindar una atención personalizada y de sentido humanitario al paciente quirúrgico, considerándolo como un ser Biopsicosocial que está en desarrollo constante, quien a través de las relaciones interpersonales tendrá la capacidad de comprender su situación y de transformar su ansiedad en energía positiva que le permita responder a sus necesidades.

Peplau describe cuatro fases en la relación enfermera- paciente: Aunque independientes, estas fases se solapan cuando acaecen a lo largo de la relación

Orientación: En esta fase se marca la relación de la enfermera-paciente, el individuo experimenta una necesidad sentida y busca asistencia profesional.

Identificación: En esta fase el paciente se identifica con la enfermera que le brinda ayuda y establece una relación.

Aprovechamiento: En esta fase el paciente trata de extraer el mayor beneficio de lo que se le ofrece a través de la relación enfermera- paciente. La enfermera ya logró la confianza del paciente quirúrgico, quién sabe cuáles son sus funciones en sala de operaciones. La enfermera usa la confianza para incentivar la independencia del paciente buscando soluciones y fomentar el autocuidado en el postoperatorio del paciente quirúrgico.

Resolución: Esta fase se caracteriza por abandonar en forma gradual los antiguos objetivos y se producen nuevos objetivos. En este proceso, el paciente se libera de la identificación con la enfermera. El paciente es autosuficiente, tiene conocimientos y está informado sobre la intervención quirúrgica que se le realizó (16).

Esta teoría afianza la interacción enfermero-persona, constituye uno de los ejes centrales de la provisión del cuidado de enfermería, resaltando así, la comunicación a través del cuerpo, las palabras, los ojos, los sonidos o los objetos se establece una relación con el fin de lograr confianza y seguridad en el paciente postoperado.

2.3 Base Conceptual

2.3.1. Apendicitis

La apendicitis es una inflamación del apéndice, una bolsa en forma de dedo que se proyecta desde el colon en el lado inferior derecho del abdomen (17).

La apendicitis provoca dolor en el abdomen bajo derecho. Sin embargo, en la mayoría de las personas, el dolor comienza alrededor del ombligo y luego se desplaza. A medida que la inflamación empeora, el dolor de apendicitis por lo general se incrementa y finalmente se hace intenso(18).

Aunque cualquiera puede tener apendicitis, lo más frecuente es que ocurra en personas entre los 10 y 30 años de edad. El tratamiento estándar es la extirpación quirúrgica del apéndice.

A. Anatomía del apéndice

El apéndice cecal o vermicular morfológicamente representa la parte inferior del ciego primitivo. Tiene la forma de un pequeño tubo cilíndrico, flexuoso, implantado en la parte inferior interna del ciego a 2-3 cm por debajo del ángulo íleocecal, exactamente en el punto de confluencia de las tres cintillas del intestino grueso. Sus dimensiones varían desde 2,5 cm hasta 23 cm, su anchura de 6-8 mm, es mayor a nivel de la base del órgano, la cual a veces (en niños) se continúa con la extremidad del ciego, sin línea de demarcación bien precisa. (19).

B. EPIDEMIOLOGÍA

La apendicitis puede ocurrir a cualquier edad, aunque la incidencia máxima de la apendicitis aguda se presenta con mayor frecuencia en las personas entre 20 y 30 años. Es la causa más frecuente de dolor abdominal intenso, súbito y de cirugía abdominal de urgencia en todo el mundo.

C. ETIOPATOGENIA

Todo empieza por una obstrucción de la luz apendicular: hiperplasia de los folículos linfoides, coprolitos, cuerpos extraños, parásitos, acodamientos por bridas, TBC, tumores, etc., condicionando el medio propicio para la proliferación bacteriana que va a desencadenar el proceso inflamatorio infeccioso (*Bacteroides fragilis*, *E. coli*).

La apendicitis es un proceso evolutivo, secuencial, de allí las diversas manifestaciones clínicas y anatomopatológicas que suele encontrar el cirujano y que dependerán fundamentalmente del momento o fase de la enfermedad en que es abordado el paciente, de allí que se consideren los siguientes estadios:

a) Apendicitis congestiva o catarral

Cuando ocurre la obstrucción del lumen apendicular se acumula la secreción mucosa y agudamente distiende el lumen. El aumento de la presión intraluminal produce una obstrucción venosa, acúmulo de bacterias y reacción del tejido linfoide, que produce un exudado plasmoleucocitario denso que va infiltrando las capas superficiales. Todo esto macroscópicamente se traduce en edema y congestión de la serosa y se llama apendicitis congestiva o catarral.

b) Apendicitis flemosa o supurativa

La mucosa comienza a presentar pequeñas ulceraciones o es completamente destruida siendo invadida por enterobacterias, coleccionándose un exudado mucopurulante en la luz y una infiltración de leucocitos neutrófilos y eosinófilos en todas las tunicas incluyendo la serosa, que se muestra intensamente congestiva, edematosa, de

coloración rojiza y con exudado fibrino-purulento en su superficie si bien aún no hay perforación de la pared apendicular, se produce difusión del contenido mucopurulento intraluminal hacia la cavidad libre.

c) Apendicitis gangrenosa o supurativa

Cuando el proceso flemonoso es muy intenso, la congestión y rémora local y la distensión del órgano producen anoxia de los tejidos, a ello se agrega la mayor virulencia de las bacterias y a su vez el aumento de la flora anaeróbica, que llevan a una necrobiosis total.

d) Apendicitis perforada

Cuando las perforaciones pequeñas se hacen más grandes, generalmente en el borde antimesentérico y adyacente a un fecalito, el líquido peritoneal se hace francamente purulento y de olor fétido, en este momento estamos ante la perforación del apéndice.

D. LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA APENDICITIS PUEDEN COMPRENDER:

- Dolor repentino que comienza en el lado derecho de la parte inferior del abdomen
- Dolor repentino que comienza alrededor del ombligo y, a menudo, se desplaza hacia la parte inferior derecha del abdomen
- Dolor que empeora cuando toses, caminas o realizas otros movimientos bruscos
- Náuseas y vómitos
- Pérdida de apetito
- Fiebre ligera que puede empeorar a medida que la enfermedad avanza
- Estreñimiento o diarrea
- Hinchazón abdominal
- Flatulencia

E. COMPLICACIONES

La apendicitis puede causar complicaciones graves, por ejemplo:

- **La perforación del apéndice.** Esto puede causar que la infección se esparza por el abdomen (peritonitis). Esta enfermedad puede poner en riesgo la vida y es necesario hacer una cirugía de inmediato para extraer el apéndice y limpiar la cavidad abdominal.
- **Una acumulación de pus que se forma en el abdomen.** Si el apéndice se revienta, es posible que se cree una acumulación de infección (absceso). En la mayoría de los casos, el cirujano drena el absceso introduciendo un tubo a través de la pared abdominal hasta el absceso. El tubo se deja colocado durante aproximadamente dos semanas y el paciente recibe antibióticos para combatir la infección.

Una vez que se elimina la infección, se hace una cirugía para extraer el apéndice. En algunos casos, se drena el absceso y el apéndice se extrae de inmediato.

F. DIAGNÓSTICO

Exploración física - Palpación abdominal. En general, la localización de la sensibilidad dolorosa en la apendicitis depende del período de evolución de la enfermedad. Si el apéndice se perfora y se produce una peritonitis generalizada, la sensibilidad dolorosa suele ser intensa y extendida al menos hasta la mitad inferior del abdomen.

La presencia de defensa muscular local, sensibilidad de rebote y dolor en el cuadrante inferior derecho es sugestivo de apendicitis.

Tacto rectal. Hay que determinar si existe dolor localizado en el lado derecho del recto, dolor que sólo es significativo si está ausente en el lado izquierdo.

El dolor en fosa ilíaca derecha (FID), engloba aquellos cuadros que cursan con dolor abdominal de corta duración e intensidad marcada, en el cuadrante inferior derecho abdominal.

G. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Recuento de leucocitos
- Radiografía simple de abdomen
- Análisis de orina
- Ecografía abdominal

H. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico mediante la realización de una apendicectomía. En la actualidad la apendicectomía se está practicando en muchos centros por vía laparoscópica, con buenos resultados.

La apendicectomía es la extirpación quirúrgica del apéndice cuando éste está inflamado a causa de una infección. Esta infección, llamada apendicitis, se considera una urgencia, pues si no se trata es potencialmente mortal; en algunas ocasiones, un apéndice inflamado puede reventarse en 24 horas tras la aparición de los síntomas. Por ello es muy importante extraerlo lo antes posible (18).

I. TÉCNICA QUIRÚRGICA:

Tras preparar la piel y el campo se realiza incisión de Mc Burney Disección de aponeurosis anterior, músculo oblicuo menor, músculo recto anterior, aponeurosis posterior e incisión de peritoneo con tijeras de metzembaum y haciendo hemostasia con bisturí eléctrico Localización del ciego siguiendo una de las tenias hasta llegar a la base del apéndice, extraer el apéndice tomando la extremidad distal de su meso apéndice con pinzas de Bacock y tijeras de metzembaum y gasa. Cortar el meso apéndice por dentro de la arteria pedicular, liberando el apéndice con pinzas de hemostasia Una vez liberado el apéndice realizar una bolsa de

tabaco o jareta en su base Comienza el tiempo séptico ligando la base y cortando el apéndice con bisturí. Con una pinza se invagina el muñón apendicular. Se entrega el apéndice y el material contaminado. Se acaba el tiempo séptico y se cambia de guantes a todo el equipo Posteriormente se procede al lavado y revisión de la cavidad, recuento de gases y compresas y cierre por planos (20).

TIPO DE ANESTESIA:

Anestesia general con paciente intubado y monitorización de pulso (pulsioximetría) , presión arterial y ECG.

2.3.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA LA APENDICECTOMIA ABIERTA

A. Pre-operatorio

Los pacientes con apendicitis aguda requieren una hidratación adecuada con líquidos intravenosos, corrección de anomalías electrolíticas y antibióticos perioperatorios. Deben vigilarse de cerca los signos vitales y la producción de orina del paciente; un catéter de Foley puede ser requerido en pacientes severamente deshidratados. Una vez que se ha tomado la decisión de realizar una operación para la apendicitis aguda, el paciente debe pasar al quirófano con la menor demora posible para minimizar la posibilidad de progresión a la perforación.

Los pacientes que proceden directamente de la sala de urgencias a la sala de operaciones para la apendicetomía sin más demora deben recibir antibióticos profilácticos dentro de una "ventana" de 60 minutos antes de la incisión inicial. En general, una sola dosis de antibiótico preoperatorio para la profilaxis de la herida quirúrgica es adecuada.

B. Post-operatorio

Manejo posoperatorio: después de la apendicetomía abierta o laparoscópica para la apendicitis no perforada, los pacientes pueden comenzar con una dieta líquida clara y avanzar según lo tolere una dieta regular. Los antibióticos no son necesarios en el postoperatorio. La

mayoría de los pacientes son dados de alta dentro de las 24 a 48 horas de la cirugía. La descarga en el mismo día es factible, más comúnmente después de una apendicetomía laparoscópica.

Intervenciones generales:

- Hidratación parenteral según indicación medica
- Alimentación oral progresiva: Dieta líquida, blanda y completa, una vez se hayan resuelto los signos de íleo u obstrucción por cuadro perforativo de apendicitis, ausencia de vómitos o distensión intestinal y presencia de flatos y deposiciones.
- Movilización precoz del dren laminar en el PO1 (Para romper el tapón de fibrina) en forma paulatina en el PO3-PO4 y hasta su retiro final.
- La antibioterapia será de acuerdo al cuadro clínico.
- En caso de infección del sitio operatorio superficial o profundo, lavado profundo utilizando irrigación a presión con 1 lt de suero fisiológico.
- Analgesia horaria endovenosa y luego pasar vía oral
- Deambulación precoz (20)

Intervenciones de enfermería:

- Disminuir ansiedad
- Manejo de las vías aéreas y precaución de la ansiedad
- Manejo ambiental: temperatura, eliminación, seguridad y confort
- Prevención de caídas
- Manejo del dolor
- Administración de analgésicos
- Administración de antibióticos
- Control de infecciones
- Manejo y cuidado de la herida operatoria
- Cuidados del catéter urinario
- Cuidado de la retención urinaria
- Alimentación adecuada
- Deambulación precoz si lo requiere

CAPÍTULO III.

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACION

Paciente : M.O.C
N° HC : 23723
Sexo : Masculino
Edad : 35 años
Estado Civil : Conviviente
DNI : 421673678
F Nacimiento: 15/05/1985
Peso : 84 kg.
Talla : 1.78 cm
Grupo y F.S : O RH +
Hospital : Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
Servicio : Cirugía General.
Fecha : 23/02/2020

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente ingresa al servicio de emergencia en compañía de familiar por presentar fuerte dolor abdominal a nivel de fosa iliaca derecha e hipogastrio tipo cólico de intensidad 7/10 asociado a fiebre de 39°, desde hace 24 horas aprox.

Diagnostico medico: Apendicitis perforada.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Apendicitis aguda complicada operado con técnica invasiva
APENDICECTOMIA ABIERTA + colocación de drenaje laminar a nivel del

flanco derecho conectado a bolsa de colostomía.

Paciente en su estadio de post operado mediato. En su 3 día.

Paciente refiere dolor a nivel de la herida operatoria según EVA 8/10, “me duele mucho la herida señorita, póngame algo para el dolor, por favor”, “este tubito que me pusieron me molesta”, “tengo escalofríos y malestar general”. Paciente se muestra inquieto y observa constantemente la ventana y no deja el celular “estoy aburrido de estar aquí”, “cuando me darán de alta”. “Por las noches no puedo dormir”. Cuando se le sugiere que tiene que deambular el refiere que [...tengo miedo que me duela o se abra mi herida]

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES: Nació de madre múltipara, por cesárea.

1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES: Padre con Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, HBP, madre con Diabetes Mellitus.

1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES: Ninguno

1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES: Paciente es docente contratado en una universidad sin el beneficio de ESSALUD con un ingreso aprox. de 3200 soles, refiere haber nacido en Trujillo y que desde que terminó su carrera universitaria se vino a Lima a trabajar. Vive con conviviente y no tiene hijos.

1.5. EXAMEN FISICO

1.5.1 Control de signos vitales

- F.R: 22 x minuto
- F.C: 95 x minuto
- T°: 38.2C (axilar)

- PA: 130/84 mmHg
- SPO₂: 97%

1.5.2 Exploración céfalo caudal:

SNC: LOTEP, escala de Glasgow 15, no signos meníngeos.

CABEZA: Cabello corto, buena implantación capilar, simétrico, sin presencia de tumefacción.

CARA: Pálido y rubicundo

Ojos: pupilas isocóricas, fotoreactivas.

Orejas: No se palpan ganglios, presenta simetría en ambos lados.

Boca: Mucosa semi hidratada, con falta de 2 piezas dentarias (molares inferiores)

Nariz: Fosas permeables, sin secreción, tabique nasal central, no pólipos.

CUELLO: Movilidad conservada, no se palpan ganglios, no presentamasa.

TÓRAX: Cilíndrico, simétrico, no presenta lesión ni cicatriz alguna.

Pulmones: Ventilando espontáneamente, no se auscultan estertores en ambos campos pulmonares, murmullo vesicular pasa bien, FR 22xmin. Sat de O₂ 97%

Cardiovascular: Presencia de ruidos cardiacos con buena intensidad, no presenta soplos. FC: 95 x minuto, PA: 130/84 mmhg

ABDOMEN: Distendido, globuloso con presencia de drenaje laminar a nivel de fosa iliaca derecha con contenido sero hemático de 15cc aprox conectado a bolsa de colostomía. Ruidos hidroaéreos ++ (+++). Presenta herida operatoria a nivel de fosa iliaca derecha, con apósitos mojados con presencia de secreción serohemática., se observa herida con signo de flogosis. Hasta el momento no realiza deposiciones y no elimina flatos.

RIÑONES: Columna vertebral central, puño percusión sin dolor, no globo vesical. Orina amarilla ámbar de aprox. 1000cc en 12 horas.

MIEMBROS SUPERIORES: Tono muscular con fuerza y movimientos conservados, piel tibia al tacto. Con catéter periférico en miembro superior izquierdo pasando dextrosa al 5% más agregados a 45 gotas x minuto.

MIEMBROS INFERIORES: Conservados, sin edemas, turgente y movimientos, no deambula por temor al dolor. Uñas sin signos de micosis

PIEL: Pálida ++/+++, tibia caliente tacto, turgente, elástica e hidratada. T 38.2 °C axilar.

1.6. EXÁMENES AUXILIARES

Hemograma:

Hemoglobina = 11.7 g/dl

Hematocrito = 39%

leucocitos = 10.900 m³

Urea = 21 mg/dl

Glucosa = 137 mg/dl

1.7. INDICACIÓN TERAPÉUTICA

- ✓ Dieta blanda sin grasa no lácteos más líquidos a voluntad
- ✓ Dextrosa al 5% 1000cc + agregados de ClNa al 20%(1)- ClK al 20%(1) a 45 gotas x minuto.
- ✓ Ciprofloxacino 400 mg EV. c/ 12 h
- ✓ Ceftriazona 2 gramos c/24h EV
- ✓ Metronidazol 500 mg EV. c/ 8 h
- ✓ Metoclopramida 10mg EV. c/8 h
- ✓ Metamizol 2gr Ev c/ 8 horas
- ✓ Omeprazol 40mg c/ 24 h
- ✓ Tramadol 100 mg SC. PRN a dolor
- ✓ Ejercicios respiratorios con trifold 10 v c/2 horas
- ✓ Control de drenaje

- ✓ CFV
- ✓ Deambulaci3n obligatoria

1.8. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoci3n y gesti3n de la salud.

Clase 1. Toma de conciencia de la salud: No cumple con el r3gimen terap3utico

Clase 2. Gesti3n de salud: No presenta disposici3n para manejar su salud.

DOMINIO II. Nutrici3n

Clase 1. Ingesti3n: PO₃, recibe dieta blanda sin grasa, sin lacteos

Clase 2. Digesti3n: Hasta el momento no realiza deposiciones y no elimina flatos. Presenta abdomen distendido y globuloso a la palpaci3n con RH ++(+++)

Clase 3. Absorci3n: No evaluable

Clase 4. Metabolismo: No evaluable

Clase 5. Hidrataci3n: Se mantiene en NPO, turgente, el3stica e hidratada, Orina amarilla 3mbar de aprox. 1000cc en 12 horas, condrenaje laminar a nivel de fosa iliaca derecha con contenido sero hem3tico de 15cc, perfundiendo dextrosa al 5% m3s agregados.

DOMINIO III. Eliminaci3n

Clase 1. Funci3n urinaria: Orina amarilla 3mbar de aprox. 1000cc en 12 horas.

Clase 2. Funci3n gastrointestinal: Hasta el momento no realiza deposiciones y no elimina flatos

Clase 3. Funci3n tegumentaria: turgente, el3stica e hidratada, buen implante capilar, uñas sin signos de micosis

Clase 4. Función respiratoria: Ventilando espontáneamente, no se auscultan estertores en ambos campos pulmonares, murmullo vesicular pasa bien, FR 22x/min. Sat de O₂ 97%

DOMINIO IV. Actividad y reposo

Clase 1. Reposo/sueño: Refiere “Por las noches no puedo dormir” manifiesta dolor a nivel de la herida operatoria según Eva 8/10, “me duele mucho la herida señorita, póngame algo para el dolor, por favor”, “este tubito que me pusieron me molesta” desde que vine no pruebo nada de alimento”, “tengo escalofríos y malestar general”. Paciente se muestra inquieto y observa constantemente la ventana y no deja el celular “estoy aburrido de estar aquí”, “cuando me darán de alta”.

Clase 2. Actividad/ejercicio: Cuando se le sugiere que tiene que deambular el refiere que [...tengo miedo que me duela o se habrá mi herida]

Clase 3. Equilibrio/energía: No evaluable

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: Presencia de ruidos cardiacos con buena intensidad, no presenta soplos. FC: 95 x minuto, PA: 130/84 mmhg

Clase 5. Autocuidado: No se levanta de la cama, ya que refiere que le duele toda la herida, a pesar de conocer la importancia de la deambulación, muestra dependencia de su esposa.

DOMINIO V: Percepción – Cognición

Clase 1. Atención: Disposición mental para darse cuenta u observar.

Clase 2. Orientación: Conciencia de tiempo, lugar y persona.

Clase 3. Sensación-percepción:

Clase 4. Cognición: No evaluable

Clase 5. Comunicación: Envía y recibe información verbal y no verbal.

DOMINIO VI. Autopercepción

Clase 1. Autoconcepción: No evaluable

Clase 2. Autoestima: No evaluable

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

Clase 1. Rol de cuidador: Esposa pendiente del estado de salud de paciente

Clase 2. Relaciones familiares: No evaluable

Clase 3. Desempeño del rol: No evaluable

DOMINIO VIII. Sexualidad

Clase 1. Identidad sexual: No evaluable

Clase 2. Función sexual: No evaluable

Clase 3. Reproducción: No evaluable

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Respuesta post traumática: Ninguna

Clase 2. Respuesta de afrontamiento: Se muestra un poco reacio a convivir con los eventos y procesos vitales durante sus hospitalizaciones al no entender de lo complejo que fue su cirugía. Paciente se muestra inquieto y observa constantemente la ventana y no deja el celular “estoy aburrido de estar aquí”, “cuando me darán de alta”.

Clase 3. Estrés neuro-compartmental: No evaluable

DOMINIO X. Principios vitales

Clase 1. Valores: No evaluable

Clase 2. Creencia: católico

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones: No evaluable

DOMINIO XI.Seguridad y protección

Clase 1. Infección: Presenta herida operatoria a nivel de fosa iliaca derecha, con apósitos mojados con presencia de secreción serohemática de 20 cc aprox., se observa herida con signo de flogosis, leucocitos = 10.900 m³, piel caliente al tacto y fascie rubicunda con T° 38.2 c° axilar, F.C: 95 x minuto, PA: 130/84 mmHg

Clase 2. Lesión física: Presenta herida operatoria a nivel de fosa iliaca derecha, con apósitos mojados con presencia de secreción serohemática de 20 cc aprox., se observa herida con signo de flogosis, leucocitos = 10.900 m³, piel caliente al tacto y fascie rubicunda con T° 38.2 c° axilar, F.C: 95 x minuto, PA: 130/84 mmHg. No deambula, presenta abdomen distendido y globuloso, condrenaje laminar a nivel de fosa iliaca derecha con contenido sero hemático de 15cc, en su NPO ₃

Clase 3. Violencia: No evaluable

Clase 4. Peligros del entorno: Ninguno

Clase 5. Procesos defensivos: No evaluable

Clase 6. Termorregulación: Piel caliente al tacto y fascie rubicunda con T° 38.2 c° axilar, F.C: 95 x minuto,

DOMINIO XII. Confort

Clase 1. Confort Físico: Paciente refiere dolor a nivel de la herida operatoria según Eva 8/10, “me duele mucho la herida señorita, póngame algo para el dolor, por favor”, “este tubito que me pusieron me molesta”, F.C: 95 x minuto, PA: 130/84 mmhg.

Clase 2. Confort del entorno: No me gusta el ambiente hospitalario, quisiera irme a mi casa

DOMINIO XIII.Crecimiento y desarrollo

Clase 1. Crecimiento: No evaluable

Clase 2. Desarrollo: No evaluable

1.7. ESQUEMA DE VALORACION

V
A
L
O
R
A
C
I
O
N

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

- Post operado mediano
- No presenta disposición para manejar su salud.
- No realiza deposiciones y no elimina flatos.
- Presenta abdomen distendido y globuloso a la palpación con RH ++(+++)
- Presenta herida operatoria a nivel de fosa iliaca derecha, con apósitos mojados con presencia de secreción serohemática., se observa herida con signo de flogosis.
- Con drenaje laminar a nivel de fosa iliaca derecha con contenido sero hemático de 15cc.
- Por las noches no puedo dormir” manifiesta dolor a nivel de la herida operatoria según Eva 8/10, “me duele mucho la herida señorita, póngame algo para el dolor, por favor”, “este tubito que me pusieron me molesta” “tengo escalofríos y malestar general”.
- Paciente se muestra inquieto y observa constantemente la ventana y no deja el celular “estoy aburrido de estar aquí”, “cuando me darán de alta”.
- Cuando se le sugiere que tiene que deambular el refiere que [...tengo miedo que me duela o se habrá mi herida]
- leucocitos = 10.900 m3,
- Piel caliente al tacto y fascie rubicunda con T° 38.2 c° axilar, F.C: 95 x minuto, PA: 130/84

INTERVENCION INTERDEPENDIENTE

Hemograma completo, ecografía abdominal, interconsulta a infectología, interconsulta a nutrición.

DIAGNOSTICO

Dolor agudo
(0132)

Termorregulación ineficaz
(0008)

Ansiedad (0146)

Gestión ineficaz
de la salud
(80078)

Deterioro de la
deambulación
(00088)

Trastorno del patrón del
sueño (00198)

Riesgo de retraso en la
recuperación quirúrgica
(00246)

Riesgo de la motilidad
gastrointestinal (0197)

II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Post operado mediato
- No presenta disposición para manejar su salud.
- No realiza deposiciones y no elimina flatos.
- Presenta abdomen distendido y globuloso a la palpación con RH ++(+++)
- Presenta herida operatoria a nivel de fosa iliaca derecha, con apósitos mojados con presencia de secreción serohemática., se observa herida con signo de flogosis.
- Con drenaje laminar a nivel de fosa iliaca derecha con contenido sero hemático de 15cc.
- Por las noches no puedo dormir” manifiesta dolor a nivel de la herida operatoria según Eva 8/10, “me duele mucho la herida señorita, póngame algo para el dolor, por favor”, “este tubito que me pusieron me molesta” “tengo escalofríos y malestar general”.
- Paciente se muestra inquieto y observa constantemente la ventana y no deja el celular “estoy aburrido de estar aquí”, “cuando me darán de alta”.
- Cuando se le sugiere que tiene que deambular el refiere que [...tengo miedo que me duela o se habrá mi herida]
- leucocitos = 10.900 m3,
- Piel caliente al tacto y fascie rubicunda con T° 38.2 c° axilar, F.C: 95 x minuto, PA: 130/84

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- Dolor agudo (0132)
- Termorregulación ineficaz (0008)
- Ansiedad (0146)

- Deterioro de la deambulación (00088)
- Trastorno del patrón del sueño (00198)
- Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246)
- Riesgo de la motilidad gastrointestinal (0197)

2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Dolor agudo (0132)	Herida quirúrgica y cascada inflamatoria.	Presenta herida operatoria a nivel de fosa iliaca derecha, con apósitos mojados con presencia de secreción serohemática., se observa herida con signo de flogosis. Con drenaje laminar. manifiesta dolor a nivel de la herida operatoria según Eva 8/10, “me duele mucho la herida señorita, póngame algo para el dolor, por favor”, “este tubito que me pusieron me molesta”.F.C: 95 x minuto, PA: 130/84	Dolor agudo (0132) r/c Herida quirúrgica y cascada inflamatoria e/ p Presenta herida operatoria a nivel de fosa iliaca derecha, con apósitos mojados con presencia de secreción serohemática., se observa herida con signo de flogosis. Con drenaje laminar. manifiesta dolor a nivel de la herida operatoria según Eva 8/10, “me duele mucho la herida señorita, póngame algo para el dolor, por favor”, “este tubito que me pusieron me molesta”.F.C: 95 x minuto, PA: 130/84
Termorregulación	Cambios a nivel	Herida con signo de	Termorregulación ineficaz

ineficaz (0008)	hipotalámico secundario a agentes internos- externos	flogosis. Piel caliente al tacto y fascie rubicunda con T° 38.2 c° axilar, F.C: 95 x. leucocitos = 10.900 m3.“tengo escalofríos y malestar general”.	(0008) r/c Cambios a nivel hipotalámico secundario a agentes internos- externos e/p Herida con signo de flogosis. Piel caliente al tacto y fascie rubicunda con T° 38.2 c° axilar, F.C: 95 x. leucocitos = 10.900 m3.“tengo escalofríos y malestar general”.
Ansiedad (0146)	Cambios en la situación de salud.	Paciente se muestra inquieto y observa constantemente la ventana y no deja el celular “estoy aburrido de estar aquí”, “cuando me darán de alta”.	Ansiedad (0146) r/c cambios en la situación de salud e/p Paciente se muestra inquieto y observa constantemente la ventana y no deja el celular “estoy aburrido de estar aquí”, “cuando me darán de alta”.
Deterioro de la deambulaci3n (00088)	Ideas err3neas concebidas en relaci3n a su salud.	Presenta abdomen distendido y globuloso a la palpaci3n con RH ++(+++).No realiza deposiciones y no elimina flatos.Cuando se le sugiere que tiene	Deterioro de la deambulaci3n (00088) r/c Ideas err3neas concebidas en relaci3n a su salud e/p Presenta abdomen distendido y globuloso a la palpaci3n con RH ++(+++). No realiza deposiciones y no elimina flatos. Cuando

		que deambular el refiere que [...tengo miedo que me duela o se habrá mi herida]	se le sugiere que tiene que deambular el refiere que [...tengo miedo que me duela o se habrá mi herida]
Trastorno del patrón del sueño (00198)	Preocupación por situación actual de salud y dolor de la herida operatoria.	Refiere "Por las noches no puedo dormir" manifiesta dolor a nivel de la herida operatoria según Eva 8/10, "me duele mucho la herida señorita, póngame algo para el dolor, por favor", "este tubito que me pusieron me molesta"	Trastorno del patrón del sueño (00198) r/c Preocupación por situación actual de salud y dolor de la herida operatoria e/p Refiere "Por las noches no puedo dormir" manifiesta dolor a nivel de la herida operatoria según Eva 8/10, "me duele mucho la herida señorita, póngame algo para el dolor, por favor", "este tubito que me pusieron me molesta"
Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246)	Contaminación de la herida quirúrgica	Herida con signo de flogosis. Piel caliente al tacto y fascie rubicunda con T° 38.2 c° axilar, F.C: 95 x. leucocitos = 10.900 m3. "tengo	Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246) r/c Contaminación de la herida quirúrgica e/p Herida con signo de flogosis. Piel caliente al tacto y

		escalofríos y malestar general". Cuando se le sugiere que tiene que deambular el refiere que [...tengo miedo que me duela o se habrá mi herida]	fascie rubicunda con T° 38.2 c° axilar, F.C: 95 x. leucocitos = 10.900 m3. "tengo escalofríos y malestar general". Cuando se le sugiere que tiene que deambular el refiere que [...tengo miedo que me duela o se habrá mi herida]
--	--	---	---

III. PLANIFICACIÓN

3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 0132</p> <p>Dolor agudo r/c Herida quirúrgica y cascada inflamatoria e/ p Presenta herida operatoria a nivel de fosa iliaca derecha, con apósitos mojados con presencia de secreción serohemática., se observa herida con signo de flogosis. Con drenaje laminar. manifiesta dolor a nivel de la herida operatoria según Eva 8/10, “me duele mucho la herida señorita, póngame algo para el dolor, por favor”, “este tubito que me</p>	<p>Código: 1605</p> <p>Control de dolor.</p> <p>Disminuir dolor</p> <p>Manifestada: Nunca, Raramente, en ocasiones, con frecuencia constantemente.</p> <p>(1 al 5)</p> <p>Reconoce el comienzo del dolor (4)</p> <p>Utiliza los signos de alerta para solicitar ayuda (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> Refiere síntomas al profesional sanitario (4) 	<p>Código: 1400</p> <p>Manejo del dolor.</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.</p> <p>Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas, por</p>	<ul style="list-style-type: none"> Paciente tranquilo. Disminuye dolor según Eva 1/10. Médicos le realizan curación de la herida operatoria 3 veces al día. Funciones vitales estables

<p>pusieron me molesta".F.C: 95 x minuto, PA: 130/84</p>		<p>ejemp, la posición antalgica.</p> <p>Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados, según EVA</p> <p>Administración de analgésicos 2210</p> <p>Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metamizol 2g mg. EV c/8hras. • Tramadol 100 mg sc condicional a dolor intenso. <p>Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.</p>	
--	--	---	--

<p>Código: (0008)</p> <p>Termorregulación ineficaz (0008)</p> <p>r/c Cambios a nivel hipotalámico secundario a agentes internos-externos e/p</p> <p>Herida con signo de flogosis.</p> <p>Piel caliente al tacto y fascie rubicunda con T° 38.2 c° axilar, F.C: 95 x. leucocitos = 10.900 m3. "tengo escalofríos y malestar general".</p>	<p>Código:0800</p> <p>Mantener la termorregulación dentro de los parámetros</p> <p>Escala: gravemente, comprometido, sustancialmente comprometido, moderadamente comprometido, levemente comprometido, no comprometido. 1al 5</p> <p>Indicadores</p> <p>Frecuencia respiratoria</p> <p>Frecuencia cardiaca</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Malestar general</p> <p>Temperatura coroporal</p> <p>Presión arterial</p>	<p>Código: 3900</p> <p>Regulación de la temperatura.</p> <p>Monitorización de temperatura y características de la piel.</p> <p>Aligerar cobertores.</p> <p>Colocación de compresas frías.</p> <p>Perfusión de líquidos vía intravenosa.</p> <p>Administración de antipirético según indicación médica.</p> <p>Administración de antibiótico.</p> <p><input type="checkbox"/> Ciprofloxacino 400 mg EV. c/ 12 h</p> <p><input type="checkbox"/> Ceftriaxona 2 gramos c/24h EV</p> <p><input type="checkbox"/> Metronidazol 500 mg EV. c/ 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con la piel tibia, con sueño conservado. • Temperatura de 37.2 c° • Frecuencia cardiaca de 76 x minuto • Frecuencia respiratoria de 19 x minuto.
--	--	---	--

		<p>h</p> <p>Vigilar la presencia de signos y síntomas de convulsión</p> <p>Monitorizar el equilibrio de los electrolitos.</p> <p>Balance hídrico estricto.</p> <p>Registrar y graficar la temperatura.</p> <p>Sugerir un recuento de leucocitos.</p> <p>Interconsulta a infectología.</p>	
<p>Código: (0146)</p> <p>Ansiedad (0146)</p> <p>r/c cambios en la situación de salud e/p</p> <p>Paciente se muestra inquieto y observa constantemente la ventana y no deja el celular "estoy aburrido de estar aquí",</p>	<p>Código: (01300)</p> <p>Aceptación estado de salud</p> <p>Disminuir ansiedad</p> <p>Escala: Ninguna / Escasa / Moderada / Sustancial / Extensa 1 al 5</p> <p>Indicadores:</p> <p>Tranquilidad (2)</p> <p>Calma (2)</p>	<p>Código: (5820)</p> <p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.</p> <p>-Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.</p> <p>- Explicar todos los procedimientos,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente más tranquilo, colabora con el régimen terapéutico. • Se encuentra mucho más informado de las consecuencias de no colaborar con la recuperación de su salud.

<p>“cuando me darán de alta”.</p>	<p>Expresa sentimientos sobre el estado de salud (2)</p> <p>Reconocimiento de la realidad de la situación de salud (2)</p>	<p>incluyendo las posibles sanciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <p>- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</p> <p>-Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>Código: 5230</p> <p>Aumentar el afrontamiento</p> <p>Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.</p> <p>- Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera</p>	<p>• Se le observa más seguro y menos ansioso</p>
-----------------------------------	--	---	---

		<p>constructiva.</p> <p>- Instruir al paciente en técnicas de relajación, si resulta necesario.</p>	
<p>Código: (00088)</p> <p>Deterioro de la deambulaci3n (00088) r/c Ideas err3neas concebidas en relaci3n a sus salud e/p Presenta abdomen distendido y globuloso a la palpaci3n con RH ++(+++). No realiza deposiciones y no elimina flatos. Cuando se le sugiere que tiene que deambular el refiere que [...tengo miedo que me duela o se habr3</p>	<p>C3digo: (200)</p> <p>Deambulaci3n caminata</p> <p>Incentivar a la deambulaci3n</p> <p>Disminuir dolor</p> <p>0 = completamente aut3nomo.</p> <p>1 = requiere ayuda de equipo o un dispositivo.</p>	<p>C3digo: (200)</p> <p>Fomento del ejercicio</p> <p>Educar sobre la importancia de la deambulaci3n.</p> <p>Administraci3n de analg3sicos para controlar dolor.</p> <p>Fomentar la deambulaci3n dentro de los l3mites de seguridad.</p> <p>Asistirle en la deambulaci3n para que adquiriera seguridad</p> <p>Incentivar a los ejercicios pasivos y activos.</p> <p>Informar sobre las complicaciones de la no deambulaci3n.</p>	<p>Paciente inicia deambulaci3n con apoyo y posteriormente lo realiza de forma independiente.</p> <p>Elimina flatos.</p> <p>Se ausculta ruidos hidroaereos</p> <p>No refiere dolor.</p>
<p>C3digo: (00198)</p> <p>Trastorno del patr3n del sue3o</p>	<p>C3digo:0004</p> <p>Mantenimiento de</p>	<p>C3digo:6435</p> <p>Manejo ambiental</p>	<p>Paciente no refiere dolor</p> <p>Con sue3o</p>

<p>(00198) r/c</p> <p>Preocupación por situación actual de salud y dolor de la herida operatoria e/p Refiere "Por las noches no puedo dormir" manifiesta dolor a nivel de la herida operatoria según Eva 8/10, "me duele mucho la herida señorita, póngame algo para el dolor, por favor", "este tubito que me pusieron me molesta"</p>	<p>energía</p> <p>Favorecer sueño</p> <p>Mejorar calidad del sueño</p> <p>Escala:Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometido (o al 5)</p> <p>Calidad del sueño 3</p> <p>Patrón del sueño 3</p> <p>Sueño interrumpido 3</p>	<p>confort</p> <p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>Facilitar la comodidad y confort del paciente</p> <p>Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas, por ejemp, la posición antalgica.</p> <p>Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados, según EVA</p> <p>Administración de analgésicos, benzodiazepinas y ansiolíticos según indicación médica.</p> <p>Evitar medios distractores</p> <p>Aplicar terapia de relajación: musicoterapia,</p>	<p>conservado</p>
---	---	--	-------------------

		masajes,lectura.	
<p>Código: (00246)</p> <p>Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica r/c</p> <p>Contaminación de la herida quirúrgica e/p</p> <p>Herida con signo de flogosis.</p> <p>Piel caliente al tacto y fascie rubicunda con T° 38.2 c° axilar, F.C: 95 x. leucocitos = 10.900 m3.</p> <p>“tengo escalofríos y malestar general”.</p> <p>Cuando se le sugiere que tiene que deambular el refiere que [...tengo miedo que me duela o se habrá mi herida]</p>	<p>Código: (00246)</p> <p>Recuperación quirúrgica</p> <p>Favorecer recuperación quirúrgica.</p>	<p>Código: (00246)</p> <p>Manejo de bioseguridad</p> <p>Control de la hemodinamia.</p> <p>Curación de herida operatoria mañana tarde y noche(medico)</p> <p>Administración de antibióticos:</p> <p>Ciprofloxacino 400 mg EV. c/ 12 h</p> <p>Cexftriazona 2 gramos c/24h EV</p> <p>Metronidazol 500 mg EV. c/ 8 h</p> <p>Incentivar a la deambulación.</p> <p>Manejo de nutrición</p> <p>Valorar características de secreción del drenaje laminar.</p> <p>Monitoreo de temperatura</p> <p>Monitoreo de características de herida operatoria.</p>	<p>Paciente con temperatura dentro de parámetros.</p> <p>Deambulando,</p> <p>No refiere dolor</p> <p>Con regeneración tisular efectiva</p> <p>Leucocitos de 8500 m3.</p> <p>Herida si signos de flogosis</p>

		Control de hemograma. Sugerir interconsulta de infectología. Manejo de balance hídrico.	
--	--	---	--

IV. EJECUCION Y EVALUACION

4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA:

S	<p>Paciente refiere dolor a nivel de la herida operatoria según Eva 8/10, “me duele mucho la herida señorita, póngame algo para el dolor, por favor”, “este tubito que me pusieron me molesta”, “tengo escalofríos y malestar general”. Paciente se muestra inquieto y observa constantemente la ventana y no deja el celular “estoy aburrido de estar aquí”, “cuando me darán de alta”. “Por las noches no puedo dormir”. Cuando se le sugiere que tiene que deambular el refiere que [...tengo miedo que me duela o se abra mi herida]</p>
O	<p>Paciente varón, post operado mediatos de APENDICECTOMIA ABIERTA + colocación de drenaje laminar a nivel del flanco derecho conectado a bolsa de colostomía, ventilando espontáneamente, vías aéreas permeables con Glasgow 15/15. Ruidos cardiacos de buena intensidad, presenta abdomen distendido, globuloso con presencia de drenaje laminar a nivel de fosa iliaca derecha con contenido sero hemático de 15cc aprox conectado a bolsa de colostomía. Ruidos hidro aéreos ++ (+++). Presenta herida operatoria a nivel de fosa iliaca derecha, con apósitos mojados con presencia de secreción serohemática., se observa herida con signo de flogosis. Hasta el momento no realiza deposiciones y no elimina flatos. Se le observa piel pálida ++/+++, tibia caliente tacto, turgente, elástica e hidratada. T 38.2 °C axilar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • F.C: 95 x minuto • T°: 38.2C (axilar) • PA: 130/84 mmHg • leucocitos = 10.900 m3 • Glucosa = 137 mg/dl
A	<p>✓ Dolor agudo r/c Herida quirúrgica y cascada inflamatoria e/ p Presenta herida operatoria a nivel de fosa iliaca derecha, con apósitos mojados con presencia de secreción serohemática., se observa herida con signo de flogosis. Con drenaje laminar. manifiesta dolor a nivel de la herida operatoria según Eva 8/10, “me duele mucho la herida señorita, póngame algo para el dolor, por favor”, “este tubito que me pusieron me molesta”. F.C: 95 x minuto, PA: 130/84</p> <p>✓ Termorregulación ineficaz (0008) r/c Cambios a nivel hipotalámico secundario a agentes internos- externos e/p Herida con signo de flogosis.</p> <p>✓ Piel caliente al tacto y fascie rubicunda con T° 38.2 c° axilar, F.C: 95 x. leucocitos = 10.900 m3. “tengo escalofríos y malestar general”.</p>

	<p>✓ Ansiedad (0146) r/c cambios en la situación de salud e/p Paciente se muestra inquieto y observa constantemente la ventana y no deja el celular “estoy aburrido de estar aquí”, “cuando me darán de alta”.</p> <p>✓ Deterioro de la deambulaci3n (00088) r/c Ideas err3neas concebidas en relaci3n a su salud e/p Presenta abdomen distendido y globuloso a la palpaci3n con RH ++(+++). No realiza deposiciones y no elimina flatos. Cuando se le sugiere que tiene que deambular el refiere que [...tengo miedo que me duela o se habr3 mi herida]</p> <p>✓ Trastorno del patr3n del sue1o (00198) r/c Preocupaci3n por situaci3n actual de salud y dolor de la herida operatoria e/p Refiere “Por las noches no puedo dormir” manifiesta dolor a nivel de la herida operatoria seg3n Eva 8/10, “me duele mucho la herida se1orita, p3ngame algo para el dolor, por favor”, “este tubito que me pusieron me molesta”</p> <p>✓ Riesgo de retraso en la recuperaci3n quir3rgica (00246) r/c Contaminaci3n de la herida quir3rgica e/p Herida con signo de flogosis.</p> <p>✓ Piel caliente al tacto y fascie rubicunda con T° 38.2 c° axilar, F.C: 95 x. leucocitos = 10.900 m3. “tengo escalofr3os y malestar general”. Cuando se le sugiere que tiene que deambular el refiere que [...tengo miedo que me duela o se habr3 mi herida]</p>
<p>P</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir dolor • Mantener la termorregulaci3n dentro de los par3metros • Disminuir ansiedad • Incentivar a la deambulaci3n • Mejorar calidad del sue1o • Favorecer recuperaci3n quir3rgica.
<p>I</p>	<p>Monitorizar funciones vitales</p> <p>Aplicaci3n de los protocolos de bioseguridad</p> <p>Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sanciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <p>Proporcionar informaci3n objetiva respecto del diagn3stico, tratamiento y pron3stico.</p> <p>Valorar dolor seg3n escala EVA</p> <p>Administrar los analg3sicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, administraci3n de antipir3ticos</p>

	<p>Aligerar cobertores</p> <p>Perfusión de líquidos vía intravenosa.</p> <p>Educación sobre la importancia de la deambulación.</p> <p>Facilitar la comodidad y confort del paciente</p> <p>Administración de antibióticos</p> <p>Monitoreo de características de herida operatoria.</p> <p>Control de hemograma.</p> <p>Sugerir interconsulta de infectología.</p> <p>Control y registro de balance hídrico</p> <p>Registro de enfermería</p>
<p>E</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Funciones vitales estables • Paciente tranquilo. • Disminuye dolor según EVA 1/10. • Paciente con la piel tibia, con sueño conservado. • Temperatura de 37.2 c° • Paciente más tranquilo, colabora con el régimen terapéutico. • Se le observa más seguro y menos ansioso • Paciente inicia deambulación con apoyo y posteriormente lo realiza de forma independiente. • Con sueño conservado • Con regeneración tisular efectiva • Leucocitos de 8500 m3. • Herida sin signos de flogosis • Drenaje laminar con secreción serosa de 10cc aprox.

CONCLUSIONES

- ✓ El proceso de atención de enfermería (PAE) fue de vital importancia y mucha ayuda para poder aplicar de manera correcta los cuidados

- ✓ El control eficaz del dolor postoperatorio se ha convertido en una parte esencial de los cuidados perioperatorios y su adecuado tratamiento, junto a otros factores como la movilización y la nutrición precoz, se relacionan directamente con la disminución de las complicaciones postoperatorias y de la estancia hospitalaria.

- ✓ La valoración de la evolución de la herida quirúrgica es importantemente ya que de esta manera se detecta un posible riesgo de infección a tiempo y se tomen medidas para su desarrollo.

- ✓ La deambulación precoz en los pacientes postoperados es de gran importancia ya que la aplicación de la mecánica corporal influye en el adecuado funcionamiento gastrointestinal y la correcta circulación de la sangre.

- ✓ El manejo del sueño es de vital necesidad fisiológica durante el postoperatorio, favoreciendo así la recuperación del gasto metabólico perdido el cual se produce durante el proceso de sanación.

- ✓ Los cuidados de enfermería en el postoperatorio son importantes para la recuperación del paciente, tomando como soporte las teorías anteriormente estudiadas el cual fortalecen y afianzan las actividades orientadas a la recuperación y el autocuidado del paciente postoperado.

RECOMENDACIONES

- ✓ Se observa una cierta decidía en el cuidado del paciente quirúrgico por parte del profesional de enfermería; por tal motivo, se recomienda a la institución realizar capacitaciones y actualizaciones sobre el Proceso de atención de enfermería (PAE), en pacientes quirúrgico en el pre y posoperatorio.

- ✓ Se observa deshumanización en el cuidado de enfermería, por tal motivo se le recomienda a la institución realizar capacitaciones continuas en base a la teoría de Jean Watson (teoría del cuidado Humanizado)

- ✓ Gran número de profesionales de enfermería no cuenta con especialidad en Cuidados quirúrgicos; por tal motivo, recomendar a las nuevas generaciones de enfermería, realizar la especialicen en el área de Cuidados quirúrgicos, ya que es una especialidad muy importante por la incidencia de casos que se presentan hoy en día.

- ✓ No se encuentran guías referentes a los cuidados de pacientes apendictomizados, por tal motivo, se recomienda implementar guías actualizadas en el cuidado del paciente apendicetomizado.

- ✓ Actualización de los nuevos diagnósticos de enfermería para fortalecer los conocimientos del profesional de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvo Hernandez LD. Apendicitis Aguda En El Servicio De Urgencias. Rev medica Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2012;LXIX(602):281-5. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art21.pdf>
2. Advincula Rocca MÁ. Correlación entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico de apendicitis aguda en los pacientes del Hospital Central de la Policía Nacional del Peru entre setiembre 2014-septiembre 2015 [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2016. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/483/Advíncula_m.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Fernández Rodríguez Z. Consideraciones actuales sobre el diagnóstico de la apendicitis aguda Diagnosis of acute appendicitis: Current criteria. Rev Cuba Cirugía [Internet]. 2009;48(3):0-0. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v48n3/cir04309.pdf>
4. Huaco Luna AM. Factores asociados a complicaciones postoperatorias por apendicectomía abierta en pacientes intervenidos en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito UnanueEl Agustino, 2015 [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2016. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/530/Huaco_a.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Cintra Brooks S, Cintra Pérez A, Cintra Pérez S, de la Cruz Quintero K, Revé Machado J. Apendicitis aguda: aspectos esenciales. Rev Inf Científica [Internet]. 2015;94(6):1393-405. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757221017.pdf>

6. Alcántara Huamán LE. Características clínico • epidemiológicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Cajamarca, 2014" [Internet]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2015. Disponible en: http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/178/T_616.34_A347_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Echeverría Jaramillo MN, Francisco Pérez JI. Calidad del cuidado enfermero en un centro quirúrgico: Experiencia en un hospital de Ibarra, Ecuador. Enfermería Investig Investig Vinculación, Docencia y Gestión [Internet]. 2017;2(4, Dic):132-6. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Documents/Downloads/Dialnet-CalidadDelCuidadoEnfermeroEnUnCentroQuirurgico-6233761.pdf>
8. Pol Herrera PG, López Rodríguez PL, León González O, Cruz Alonso JR, Satorre Rocha JS. Evaluación posoperatoria de pacientes de la tercera edad con diagnóstico de apendicitis aguda. Rev Cuba Cir [Internet]. 2015;53(3):226-34. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v53n3/cir01314.pdf>
9. Sinergias Educativas. Comorbilidad e infección del sitio quirúrgico en pacientes con apendicectomía. Sinergias Educ [Internet]. 2020;1(1):7. Disponible en: <http://sinergiaseducativas.mx/index.php/revista/article/download/90/217>
10. Cueva Zelada A. Tiempo de evolución de apendicitis aguda como factor pronóstico de reingreso hospitalario postapendicectomía en el servicio de cirugía general del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Perú, periodo enero-junio 2017 [Internet]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2018. Disponible en: http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2223/TESIS.ALEXANDER_CUEVA_ZELADA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Durand Miranda AA. Asociación entre el retraso del tratamiento

quirúrgico de la apendicitis aguda y sus complicaciones, en un Hospital del Seguro Social de Lima Metropolitana, de enero 2015 a enero 2016. [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2018. Disponible en: [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1309/52 ARTURO DURAND MIRANDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1309/52_ARTURO_DURAND_MIRANDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

12. Medina Bushuar D. Complicaciones post operatorias en relación al uso de drenes en pacientes post operados de apendicectomia convencional por peritonitis localizada entre los meses de enero del 2016 a marzo del 2017 en el Servicio de Cirugía en el Hospital de Ventanilla [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2018. Disponible en: [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1278/103 TESIS MEDINA BUSHUAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1278/103_TESIS_MEDINA_BUSHUAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

13. Gutierrez Gutierrez SZ. Factores De Riesgo Y Complicaciones Postoperatorias Por Apendicitis Aguda En Pacientes Adultos Mayores [Internet]. Repositorio academico USMP. Universidad San Martín de Porres; 2015. Disponible en: <https://www.mendeley.com/viewer/?fileId=5e59e95c-7851-b549-4bc3-bc644f4ef18a&documentId=742da876-00b6-3b54-bcdb-e359097a9de1>

14. Begazo Aspillaga D, Escate Ruiz L, Laura Zevallos J, Pablo Montes J. Satisfacción de los pacientes frente al cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Huaycán en el año 2015. [Internet]. 2019. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/653/Satisfacci%F3n+de+los+pacientes+frente+al+cuidado+de+enfermer%EDa+en+el+Servicio+de+Emergencia+del+Hospital+de+Huayc%EA1n+el+a%F1o+2015.pdf;jsessionid=129D3EAE27B7E13D058281EEC7F914DF?sequence=1>

15. Guerrero Ramirez R, Meneses La Riva M, De la Cruz Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Rev enferm

Hered [Internet]. 2015;9(2):127-36. Disponible en: <http://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>

16. Ballon Aguilar YA, Escalante Romero Y, Huerta Agurto MM. Relacion Enfermera Paciente Segun La Teoria De Peplau En El Servicio Quirurgico De Un Hospital [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016. Disponible en: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/381/Relación enfermerapaciente según la teoría de Hildegard Peplau en el servicio de centro quirúrgico de un Hospital Nacional.pdf?sequence=1](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/381/Relación%20enfermerapaciente%20según%20la%20teoría%20de%20Hildegard%20Peplau%20en%20el%20servicio%20de%20centro%20quirúrgico%20de%20un%20Hospital%20Nacional.pdf?sequence=1)

17. Borraez S. B, Apolinar G. A, Mateus V. C, Rodríguez R. M, Medina M. M, Romero T. J, et al. Diagnóstico de la apendicitis y su variación en el tiempo. Rev Cir (Mex) [Internet]. 2019;71(2):118-21. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/revistacirugia/v71n2/2452-4549-revistacirugia-71-02-0118.pdf>

18. Delcid Morazán FA, Morazán D, Barahona Andrade A, Barcan Batchvaroff M. Pacientes con apendicitis aguda Trigger factors for complications in patients with Acute Appendicitis. Rev Cient Esc Univ Cienc Salud [Internet]. 2016;3(1):40-6. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RCEUCS/pdf/RCEUCS3-1-2016-8.pdf>

19. Hernández J, De León J, Martínez M, Guzmán J, Palomeque A, Cruz N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura Acute appendicitis: literature review. Cir Gen [Internet]. 2019;41(1):33-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1812/181237108003.pdf>

20. Mosquera M, Kadamani A, Pacheco M, Villarreal R, Ayala JC, Fajardo LP et al. Apendicectomía laparoscópica versus abierta: comparables...Rev Colomb Cir. [revista en la Internet]. 2012 [citado 2020 mayo 21]; 27:121-12. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n2/v27n2a4.pdf>

21. Minsa. Guía de práctica clínica y de diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda [internet] 2017[citado 2020 mayo 21] pag.1-15.

Disponible

en:[https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/130](https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resoluci%C3%B3n_Directoral_N273-2017-DG-HEJCU_Guia_de_Practica_Clinica_Diagnostico_y_Manejo_de_Apendicitis_Aguda_compressed.pdf)

[1/Resoluci%C3%B3n_Directoral_N273-2017-DG-](https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resoluci%C3%B3n_Directoral_N273-2017-DG-HEJCU_Guia_de_Practica_Clinica_Diagnostico_y_Manejo_de_Apendicitis_Aguda_compressed.pdf)

[HEJCU_Guia_de_Practica_Clinica_Diagnostico_y_Manejo_de_Apendiciti](https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resoluci%C3%B3n_Directoral_N273-2017-DG-HEJCU_Guia_de_Practica_Clinica_Diagnostico_y_Manejo_de_Apendicitis_Aguda_compressed.pdf)

[s_Aguda_compressed.pdf](https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resoluci%C3%B3n_Directoral_N273-2017-DG-HEJCU_Guia_de_Practica_Clinica_Diagnostico_y_Manejo_de_Apendicitis_Aguda_compressed.pdf)