

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO POST  
OPERADO DE APENDICITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA  
PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN. CALLAO. 2020**

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

**FRESIA DE LOURDES CURO FERNANDEZ**

**Callao - 2020**

**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA                      PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ                      SECRETARIA
- MG. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL                      VOCAL

**ASESORA:** DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 151-2020

**Fecha de Aprobación de la tesis:** 11 de Noviembre del 2020

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

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	2
Capítulo I. Descripción de la situación problemática .....	4
Capítulo II. Marco teórico .....	6
2.1 Antecedentes .....	6
2.1.1 Antecedentes Internacionales .....	6
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	7
2.2 Bases Teóricas .....	10
2.3 Bases Conceptuales .....	13
Capítulo III .....	26
Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática.....	26

## INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice el cual se ubica en el ciego en la porción donde comienza el intestino grueso.

El procedimiento quirúrgico para las apendicitis agudas o generalizadas, es la apendicetomía convencional, el cual consiste en la apertura de todos los planos del abdomen hasta llegar a la zona afectada. El tiempo de la intervención quirúrgica dependerá de la destreza del cirujano. El objetivo es la extirpación del apéndice afectada. Esta enfermedad tiene mayor incidencia en los pacientes pediátricos los cuales se asocian a diferentes causas (1).

La mayor incidencia se encuentra entre la edad pediátrica, predominando más en el sexo masculino, el cual comprende casi la cuarta parte, a ello, se asocia la tendencia hereditaria. Entre los pacientes preescolares la incidencia es más de la mitad de una población total, esto relacionado a la presentación del epiplón corto en la cual el apéndice se puede perforar antes de las 24 horas complicándose en una peritonitis (1).

Es indudable que el interrogatorio y los exámenes semiológicos son más difíciles. Tener en cuenta que el cuadro es atípico, con fiebre más alta y más vómitos.

El presente trabajo académico titulado "CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO POST OPERADO DE APENDICITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO" tiene la finalidad de describir los cuidados de enfermería en los pacientes pediátricos post operados de apendicitis aguda. Así mismo contribuirá a identificar oportunamente los riesgos después de un procedimiento quirúrgico, los cuidados de enfermería son muy importante para prevenir las complicaciones y disminuir los costos en salud, obtener mejores resultados, disminuir la estancia hospitalaria y mejorar la calidad de vida en pacientes pediátricos.

Se realizó como parte de la experiencia profesional como enfermera del servicio cirugía pediátrica del hospital nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, este servicio actualmente brinda atención a los pacientes pediátricos de 1 mes hasta 14

años 11 meses 29 días, lo cual me ha permitido la ejecución del trabajo de investigación con un equipo multidisciplinario de salud.

Para el desarrollo del presente trabajo se realizó un plan de intervención para el cuidado en pacientes pediátricos post operados de Apendicitis Aguda el cual tiene como objetivo general brindar cuidados de enfermería e identificar y tratar precozmente las posibles complicaciones derivadas de la cirugía, El postoperatorio se divide en dos etapas:

Postoperatorio inmediato: periodo que transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta su traslado a la unidad de hospitalización o domicilio. Habitualmente tiene lugar en la Unidad de Recuperación Pos anestésica (URPA).  
Postoperatorio mediato o tardío: se inicia a la llegada del paciente a la Unidad de hospitalización.

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.

## CAPITULO I

### DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA:

Apendicitis aguda es una de las patologías quirúrgicas de mayor periodicidad de abdomen agudo en emergencia a nivel mundial. Según la OMS Se considera que la población general es afectada en un 7% y se puede presentar en todas las edades, sin embargo, es rara en los extremos de la vida, en donde la mortalidad es mayor por lo dificultoso del diagnóstico y porque el organismo adolece de un buen sistema de defensa (2).

En los Estados Unidos, la apendicitis aguda es la causa más común de dolor abdominal agudo que requiere cirugía. Más del 5% de la población presenta apendicitis en algún momento. La mayoría de las veces aparece en la adolescencia y la tercera década de la vida, pero puede aparecer a cualquier edad. (3)

Según López (2017), considera que en el Perú una apendicitis ocupa un segundo lugar como una de las causas de la morbilidad que llegan a hospitalizarse, la mayoría de casos en genero se presenta en varones (64.2) en niños de 10 y 14 años (4)

La apendicitis se origina por el cierre de la luz del apéndice produciendo como resultado una inflamación aguda del apéndice, causando malestar en pacientes pediátricos frecuentes dolores abdominales y peritonitis en niños y adultos. La apendicitis puede suceder a cualquier edad, aunque la ocurrencia máxima de la apendicitis aguda se presenta con gran frecuencia en las personas entre 10 y 30 años (5).

En el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Daniel Alcides Carrión, atiende una población pediátrica desde la edad de 1 mes a 14 años 11 meses 29 días, de diferentes especialidades como Cirugía Pediátrica, Neurocirugía, Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología y otras especialidades, los casos más frecuentes post operados que ingresan al servicio son niños de la especialidad de Cirugía Pediátrica; al mes se reciben 239 Niños de los cuales 86% son niños de Cirugía Pediátrica.

El presente trabajo de Investigación está centrado en los cuidados que brinda la enfermera en paciente pediátrico post operado por Apendicitis Aguda, principalmente en el manejo del dolor, a la movilización, a la seguridad de la madre acompañante quien se encuentra ansiosa al ver a su hijo en este estado en vez de colaborar se siente sobreprotectora la cual retrasa la recuperación del paciente post operados por apendicitis.

Los cuidados están centrados en la intensidad del dolor, control de signos vitales, administración de analgésicos, cuidados de la herida, presencia de vómitos, nivel de conciencia, promoción de la movilización temprana, ejercicios de relajación, deambulación, y sobre todo valoración Nutricional, Educación de la madre.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1 Antecedentes Internacional

**Ávila, Garcia, (2016)**, realizó un estudio titulado “**Apendicitis Aguda: Revisión de la presentación histopatológica en Boyaca, Colombia**” cuyo objetivo fue evaluar la frecuencia de los hallazgos histopatológicos de la apendicitis en una población de Boyacá (Colombia) y, con mayor detalle, los de apendicitis gangrenosa. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de los especímenes de apendicitis aguda de la base de datos del Departamento de Patología del Hospital San Rafael de Tunja, durante el periodo de enero a diciembre de 2011. Además, se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes con apendicitis gangrenosa. Resultados. Se encontraron 1.688 informes de histopatología de apendicitis aguda. Las muestras de tejidos provenían de siete áreas diferentes del departamento de Boyacá. Los estadios, por orden de frecuencia, fueron: apendicitis supurativa aguda (49 %), gangrenosa (24 %), apéndice normal (18 %) y apéndice edematoso (7 %). Otros diagnósticos histopatológicos (1 % del total de la muestra) fueron linfoma de Hodgkin, endometriosis, neuroma, tuberculosis apendicular, adenocarcinoma apendicular y tumores neuroendocrinos en el apéndice. Discusión. Se encontró que, en la población boyacense, la apendicitis supurativa fue la presentación más frecuente, seguida de la gangrenosa. El diagnóstico de apendicitis gangrenosa mediante el examen físico, representa un reto para el médico. Este es el primer estudio en que se analiza una muestra de diagnósticos histopatológicos de apendicitis a nivel departamental en Colombia (6).

**Gonzales et al (2018)** realizaron un estudio titulado “**La Puntuación de Apendicitis Pediátrica en la Atención Primaria de Salud**” cuyo objetivo: Evaluar la efectividad de la puntuación de apendicitis pediátrica en la atención primaria de salud. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal de evaluación de prueba diagnóstica, con enmascaramiento doble ciego. Resultados: La edad media fue

12,41 años. Predominó el sexo masculino (61,29 %). El 100 %, 93,55 % y el 87,1 % de los pacientes tuvieron un diagnóstico clínico, operatorio e histopatológico de apendicitis aguda, respectivamente en el nivel secundario de salud. La puntuación de apendicitis pediátrica tuvo una sensibilidad de 96,96 %, una especificidad de 50 %, un valor predictivo positivo de 92,86 % y un valor predictivo negativo de 66,67 %. Conclusiones: La puntuación de apendicitis pediátrica presentó patrones de sensibilidad y especificidad que la hacen recomendable para su uso en la atención primaria de salud (7).

**Miranda et al (2018)** realizaron un estudio titulado “**Evaluación de la escala pediátrica para apendicitis en una población Mexicana**” Cuyo objetivo fue demostrar la utilidad de la Escala Pediátrica para Apendicitis para el dolor abdominal aplicado en un Servicio de Urgencias en una población mexicana. Se realizó un estudio observacional, prospectivo y longitudinal en el que se adoptó la Escala Pediátrica para Apendicitis como herramienta rápida para el diagnóstico de apendicitis aguda. Se determinó emplear una población a conveniencia de 250 pacientes. Se incluyeron pacientes de uno u otro sexo con dolor abdominal agudo, entre los seis meses y 17 años de edad. Se excluyeron aquellos casos con medicación previa a su ingreso, deficiencias en el llenado del instrumento, alta voluntaria sin haber terminado el protocolo de estudio y quienes no acudieron a la revaloración a las 48 horas. Resultados: Del total de la muestra (n = 232), el 31% (n = 72) tuvo apendicitis; el 77% (n = 55) fueron hombres, 23% (n = 17) mujeres. La calificación que obtuvieron en la escala fue de  $7.59 \pm 2.052$ , con un promedio de  $9.02 \pm 5.32$  horas de evolución (8).

### **2.1.2 Antecedente Nacional**

**Sarmiento Sotacuro, Hilda (2018)**, realizó un estudio titulado “**Cuidados de enfermería en pacientes post operados de apendicitis aguda complicada del Hospital Militar central Coronel Luis Arias Achereiber**”. Cuyo objetivo fue determinar los cuidados de enfermería en los pacientes post operados de apendicitis. El ultrasonido tiene una sensibilidad limitada (que varía de 74% a 83%) y una mejor especificidad (89% a 94%) en comparación con la tomografía computarizada. Sin embargo, aunque la TC garantiza tasas de sensibilidad más

altas (94%), sí conlleva el riesgo potencial de exposición a la radiación. El dolor abdominal agudo es una queja común entre el departamento de emergencia pacientes. Diagnóstico de una de las patologías más comunes detrás de la enfermedad aguda dolor abdominal, apendicitis aguda, ha cambiado radicalmente en las últimas décadas. Tradicionalmente, el diagnóstico de apendicitis se basaba exclusivamente en la clínica síntomas y signos, y el diagnóstico posterior incluyó resultados de inflamación variables de laboratorio tales como leucocitos, neutrófilos y PCR. Esta práctica en diagnóstico condujo a una tasa de diagnóstico falso positivo (apendectomía negativa) en el rango de 15-30%. El desarrollo de modalidades de imágenes, especialmente la de computación tomografía (TC), ha permitido diagnósticos más precisos con una disminución en los diagnósticos falsos positivos, lo que ha llevado a tasas más bajas de apendectomías. Aunque en algunas instituciones y países las imágenes se consideran obligatorias para sospecha de apendicitis aguda, en otras instituciones la imagenología diagnóstica sigue siendo infrutilizado (9).

**Álvarez (2019)** realizó un estudio titulado “**Aspectos epidemiológicos de apendicitis aguda en Cirugía Pediátrica del Hospital Regional de Ayacucho 2016-2017**” cuyo objetivo principal fue identificar los aspectos epidemiológicos. El **método** usado fue observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, la **población** seleccionada fue pacientes de 1 a 15 años que ingresaron con diagnóstico de apendicitis aguda. Los datos fueron recogidos de las Historias clínicas. En este estudio prevaleció el sexo masculino con un 51.3 %, en cuanto al grupo etareo los niños de 12 años representaron el 15%, seguido de los niños de 11 años 11.5%, siendo el menor grupo conformado por los menores de 3 años en un 1.8 %. El tiempo de enfermedad más frecuente fue de 24-48 horas en un 38%. Los signos/síntomas más frecuentes fueron: Dolor abdominal localizado en un 100%, Náuseas y vómitos (76.1%), migración a CID (61.9%), Fiebre (61.1 %); siendo los signos/síntomas menos frecuentes Anorexia (46.9%), Blumberg (35.4&%). Los aspectos de laboratorio fueron: Leucocitos>10000(66.4%) y desviación a la izquierda en un (36.3%). Finalmente, el diagnostico post operatorio predominante fue la apendicitis aguda congestiva que corresponde al (33.6%) seguida del tipo flegmonosa (33.6%), gangrenada (18.6 %) y perforada (14.2%). El

tiempo de evolución de la enfermedad y tiempo de hospitalización estuvo en relación con el diagnóstico post operatorio (10).

Coyas (2020) realizó un estudio titulado **“Comparación de la precisión diagnóstica para apendicitis aguda, entre la escala de Alvarado y la escala de respuesta inflamatoria de apendicitis (AIR), en Clínica Arequipa, julio – diciembre del 2019”**. Cuyo objetivo fue Comparar la precisión diagnóstica entre la escala de Respuesta Inflamatoria de Apendicitis (AIR) y la escala de Alvarado para el diagnóstico de Apendicitis Aguda, evaluando la mejor sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo, demostrando así cual ofrece mejor ayuda diagnóstica. El presente estudio es descriptivo, prospectivo y transversal de pruebas diagnósticas donde se evaluaron 53 personas mayores o igual a 15 años que acuden a Clínica Arequipa, con diagnóstico pre-operatorio de Apendicitis Aguda. Resultados: Se evaluaron 53 pacientes, de los cuales 28 (52.8%) fueron varones, el intervalo de edad predominante estuvo comprendido entre los 15 y 24 años de edad (39.6%). La efectividad en el diagnóstico de Apendicitis aguda de la escala de Alvarado fue de 88.68% y de la escala de AIR fue de 90.56%, según el área bajo la curva ROC, mostrando mejor precisión en el diagnóstico. Conclusiones: La escala de Respuesta Inflamatoria de Apendicitis (AIR), presentó mayor especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo e igual sensibilidad que la conocida escala de Alvarado. La escala de AIR en nuestro estudio mostró mejor precisión diagnóstica que la escala de Alvarado a la hora del diagnóstico de Apendicitis aguda (11).

**Laurente y Quispe (2018)** realizaron un estudio titulado **“Cuidados de enfermería y el nivel de satisfacción de los pacientes pos operados de apendicitis aguda en el servicio de cirugía Hospital II Carlos Tupppia García Godos – Ayacucho, 2017”** El estudio tuvo como objetivo determinar la calidad de cuidado de enfermería y el nivel de satisfacción en pacientes post- operados de apendicitis aguda en el servicio de Cirugía Hospital II Carlos Tupppia García Godos – Ayacucho 2018, el tipo de **estudio** fue descriptivo correlacional de corte transversal, la población estuvo constituida por 154 pacientes, la muestra por 60 pacientes, el instrumento que se utilizó fue el cuestionario y la técnica la encuesta al paciente, así como la hoja de observación para medir la calidad de cuidados de enfermería.

Obteniendo como **resultado** que la calidad de cuidados de Enfermería es eficiente 78.3%, mientras que el nivel de satisfacción percibida por los usuarios es completo en un 75% (12).

## 2.2 Bases Teórica:

### 221. CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Henderson desarrolló su Definición de Enfermería debido a su preocupación por el papel, la función y la idoneidad de la formación de las enfermeras (13):

«La única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”.

Para Virginia Henderson, el concepto de necesidad no tiene significado de carencia o problema, sino de requisito. Constituye el elemento integrador, es decir, cada necesidad está implicada en las diferentes dimensiones de la persona: biológica, psicológica, sociocultural y espiritual. Aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia, todas son requisitos fundamentales, indispensables para mantener la integridad. Las necesidades básicas pueden ser (14):

- Universales: comunes y esenciales para todos– Específicas: se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona. Virginia Henderson parte de una serie de Asunciones Científicas o Postulados que representan el “cómo hacer” del modelo. Afirmaciones sobre la persona, entorno, salud, o rol de la enfermera, que se aceptan como verdades:
- La persona es un todo completo con 14 necesidades básicas-La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla-Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo

- La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales (especificidad de la práctica enfermera).
- La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle (utilidad social de la enfermería).

Por último, la autora identifica los Elementos Fundamentales del modelo, que representan el “qué hacer”, constituyen su núcleo y confieren sentido a las intervenciones de las enfermeras que comparten su concepción:

a) Objetivo de los cuidados: ayudar a la persona a satisfacer sus Necesidades Básicas.

b) Usuario del servicio: persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar.

c) Papel de la enfermera: ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia (“hacer con”), desarrollando con ella la Fuerza, Voluntad o Conocimientos, o supliéndola en aquello que no pueda realizar por sí misma (“hacer por”).

d) Fuente de Dificultad/Área de Dependencia: Impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades. Aspectos que limitan el desarrollo de potencial. Se define como la falta de Fuerza, Conocimientos o Voluntad de la persona para satisfacer sus Necesidades Básicas.

e) Intervención de la enfermera:

-Centro de intervención: áreas de dependencia de la persona, es decir la falta de Fuerza, Voluntad o Conocimientos

-Modos de intervención: aumentar, completar, reforzar o sustituir la Fuerza, Voluntad o Conocimientos.

f) Consecuencias de la intervención: satisfacción de las 14 Necesidades Básicas a través de la suplencia o ayuda.

Las 14 Necesidades Básicas tal como las formula Virginia Henderson son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
5. . Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse
6. . Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente.
7. . Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
8. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
9. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
10. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores
11. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
12. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles (14)

## **2.3. Base Conceptual**

### **23.1. APENDICITIS AGUDA:**

La Apendicitis es la inflamación del apéndice intestinal, y afecta a la mucosa, tejido linfoide y capa muscular. El apéndice se encuentra en el inicio del intestino grueso, en la zona inferior derecha del abdomen. Tiene forma de lombriz de color rosado cuando no está inflamado. En su interior hay muchos folículos linfoides del sistema inmunológico (parecidos a los que hay en las amígdalas de la faringe). Este órgano no tiene ninguna función desconocida en el ser humano. Es un vestigio de la

evolucion como pueden ser los músculos que mueven las orejas o el hueso cóccix. (15)

La Apendicitis Aguda es la inflamación aguda del apéndice vermiforme, que suele provocar dolor abdominal, anorexia y dolor a la palpación abdominal. (16)

La apendicitis es un cuadro caracterizado por la inflamación apendicular debido a una obstrucción en su cavidad luminal (17)

Determinadas causas (intraluminales, parietales o extra parietales) obstruyen la luz del apéndice y provocan dos tipos de consecuencias: 1) la instalación de un cuadro de hipertensión dentro de la luz que compromete progresivamente la circulación parietal del apéndice (primero de venas, luego de arterias), finalizando con el infarto apendicular, el esfacelo y la perforación. 2) la exaltación de la flora microbiana (estreptococos, entero cocos, colibacilos y bacteroides) lo que agrega un factor séptico de extrema gravedad (18).

La apendicitis aguda es una patología asociada a la mayor cantidad de casos de cirugía de emergencia en la etapa pediátrica y presenta entre el 1 a 2% de consultas en un servicio de emergencias y entre el 1 a 8% de casos de dolor abdominal en la etapa infantil. (19)

Apendicitis aguda como una enfermedad inflamatoria infecciosa del apendice cecal, este tipo indica que es un apéndice que tiene una parte inicial de intestino grueso denominada ciego. Al ser una inflamación aguda, pero es de rápido inicio”(20)

#### **A. EPIDEMIOLOGIA. -**

Se calcula que la apendicitis aguda representa entre el 1 a 8% de los niños con dolor abdominal que se presentan al servicio de emergencias pediátricas. En algunos trabajos, la incidencia es mayor en adolescentes y adultos jóvenes. Alrededor de menos del 5% de los pacientes diagnosticados con apendicitis son menores de 5 años (21).

La incidencia se incrementa de 1 a 2 casos por 10 000 niños; entre la etapa neonatal y los 48 meses de vida, hasta 19 a 27 casos por 10 000 niños en una edad media

de 14 años. Estos datos se pueden explicar por la dispersión de folículos linfoides en el lumen del colon que prolifera en el apéndice y presentan más crecimiento en la etapa de la adolescencia, donde se describen la mayor cantidad de casos (22).

Es importante mencionar que la apendicitis en etapa neonatal es una patología casi infrecuente, con 50 casos que se han informado en los últimos 30 años y apenas más de 100 descritos en los últimos 100. La baja aparición de apendicitis en esta edad se debe a la morfología en forma de embudo del apéndice cecal en neonatos, que se asocia con poca posibilidad de obstruirse (23)

La apendicitis aguda es el motivo más frecuente de abdomen agudo con necesidad de cirugía de emergencia en la población pediátrica. Se estima que es la causa en el 1% al 8% de los niños se presentan en el servicio de emergencias con dolor abdominal., 22 En algunos estudios se ha demostrado una mayor incidencia de apendicitis en adolescentes y adultos jóvenes., puede demorarse como consecuencia de los síntomas atípicos e inespecíficos en estos pacientes (24).

## **B. FISIOPATOLOGIA. -**

La disminución de fibra en los alimentos ha demostrado ser una causa en la presentación del padecimiento en algunos países. La frecuencia es mayor entre los meses de mayo a agosto comparado con noviembre a febrero, esta variación obedece en parte al incremento de infecciones entéricas, como gastroenteritis virales, bacterianas o parasitarias. La lactancia disminuye el riesgo, al proveerle al niño una carga inmunológica necesaria con lo cual la respuesta del tejido linfático en el apéndice es menos reactiva en edades mayores (25)

Existe predisposición genética familiar en parientes en primer grado. El tamaño promedio apendicular en la edad neonatal es de 4.5 cm en comparación con 9.5cm de los adultos. La obstrucción luminal es la principal causa de apendicitis, ocasionado por hiperplasia folicular linfóide, fecalitos, cuerpos extraños o parasitosis. De esta manera, podemos intuir, según informes, que se pueden identificar en promedio de 3 a 10 diferentes organismos del líquido peritoneal de cada uno de los pacientes intervenidos quirúrgicamente y con proceso de absceso o necrosis apendicular. Los más comunes resultan ser E. coli, B. fragilis, Peptostreptococcus y Pseudomonas. En el Hospital Iquitos, se evidenció que la mayoría

de casos pediátricos corresponden varones (64.2%), principalmente de entre 10 y 14 años, (59.3%) (Mendoza 2010) (26)

La historia natural de la apendicitis, después de la obstrucción, continúa con el crecimiento bacteriano intraluminal, la invasión La apendicitis se produce por obstrucción de la luz apendicular, con posterior sobre crecimiento bacteriano. En los niños de menos de 5 años, la causa más común de obstrucción se atribuye a los folículos linfoides, si bien se reconocen otras causas (27).

Causas de apendicitis aguda en niños menores de 5 años

- Causa Agrandamiento de folículos linfoides
- Fecalito
- Cuerpo extraño
- Parásitos
- Tumores
- Torsión apendicular
- Traumatismo cerrado

Salud Ciencia (2015) 284-293 Artículo revisión Acceda a este artículo en siicsalud Código Primera edición, [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): 22/5/2015. "Apendicitis aguda en niños de edad preescolar" (28)

No se conocen grandes causas concretas sobre por qué se produce la apendicitis ni hay ningún tipo de gen hereditario que lo muestre. Aunque sí es verdad que suele producirse más en hombres que en mujeres tampoco hay ningún estudio que muestre nada relacionado con la apendicitis y las hormonas del ser humano. La apendicitis sucede por la inflamación del apéndice, y lo que puede ocasionar esa hinchazón son dos cosas, relacionadas entre sí (29):

- Obstrucción de la luz que llega al apéndice, debido a la inflamación del mismo.
- Infección, ya que a través del intestino grueso pasa toda la masa fecal que se dirige por el colon hacia el ano. Las heces pueden salir del "camino marcado" y ocluir esta entrada al apéndice. También la infección puede

deberse a algún cuerpo extraño que haya llegado al apéndice o algún parásito

- Obstrucción de la luz apendicular que puede tener diferentes causas: fecalito (la más frecuente), hiperplasia linfoide, parásitos (áscaris lumbricoides y oxiuros) y cuerpos extraños (29)

### C. CLASIFICACION

- Etapa 1.- **Apendicitis simple o catarral.** - Cuando se obstruye la luz del apéndice, el moco que segrega, como segrega cualquier parte del intestino, no puede fluir libremente y comienza acumularse en su interior. Esto hace que las bacterias que forman parte de la flora intestinal se multipliquen en exceso y comience el proceso inflamatorio. En esta etapa el apéndice tiene un aspecto exterior normal y solo se puede identificar la inflamación al microscopio (30).
- **Etapa 2.- Apendicitis flemosa o fibrinosa.** - Poco a poco el apéndice se distiende al aumentar su presión interior. Llega un momento que la presión es tanta que la sangre no puede irrigar correctamente el apéndice. El aspecto del apéndice es inflamatorio: roja y agrandada (30).
- **Etapa 3.- Apendicitis gangrenosa.** - Las paredes del apéndice se van debilitando tanto por la falta de riego sanguíneo, como por el aumento de la presión interna. Hay partes que llegan a necrosarse y se vuelven de color negro pudiendo segregar pus (30).
- **Etapa 4.- Apendicitis perforada.** - Finalmente las paredes se rompen y se libera todo el pus y heces hacia el interior de la cavidad abdominal, dando lugar a una peritonitis (30).

Todas estas etapas ocurren en el transcurso de 24 a 36 horas desde el inicio del proceso en los adultos. En los niños la progresión de la enfermedad es generalmente tan rápida que el primero de los tres estadios patológicos suele darse antes de que se produzca la consulta médica.

## D. MANIFESTACIONES CLINICA

La tríada clásica de apendicitis aguda es la aparición sucesiva de dolor abdominal, vómito y fiebre. El dolor es progresivo de tipo continuo, inicialmente de ubicación peri umbilical y que luego se localiza en fosa ilíaca derecha y se acompaña de resistencia muscular involuntaria. El vómito puede o no estar presente. La fiebre suele ser de leve intensidad (38.3°C) y aumenta a medida que progresa el cuadro. El dolor en la fosa ilíaca derecha (FID) acompañado de resistencia muscular es el signo cardinal de la apendicitis aguda. Los demás signos descritos como el signo de Rovsing, (la palpación profunda de la fosa iliaca izquierda, puede producir dolor en el lado opuesto) del psoas (y del obturador pueden o no estar presentes y entre menor edad tenga el paciente, menor será la posibilidad de encontrarlos. Cuando se trata de una apendicitis complicada, pueden encontrarse signos de peritonitis como rebote generalizado (31)

El cuadro clínico típico se presenta en la mitad de los casos y se conoce como el esquema o tríada de Murphy, caracterizado por una secuencia de dolor, náuseas o vómitos y luego fiebre que suele instalarse en un lapso de 12-24 horas. (32)

Los síntomas y signos comunes de cuadros apendiculares que se ven en menores de mayor edad, además en adultos jóvenes son diferentes a los más pequeños. En definitiva, la inapetencia, el cuadro febril, la migración de dolor al cuadrante inferior derecho y defensa de la pared del abdomen no son medidas específicas o sensibles. Los recién nacidos cursan con distensión abdominal (60 a 90%), irritabilidad en un 22% y vómitos en un 59%. Puede observarse somnolencia en algunos casos. La mayor cantidad de casos en neonatos presentan prematuridad y 30% es gracias a la inflamación y obstrucción. La distensión en el abdomen se presenta en 65 a 85%. Diferentes hallazgos incluyen la aparición de una masa intraabdominal que se palpa en 10 a 30%, celulitis que compromete la pared abdominal entre el 13% a 17%, dificultad respiratoria, la hipotensión e hipotermia. En pacientes lactantes, se observa con mayor frecuencia vómitos en un 85% a 90% que preceden al dolor entre el 35 a 77% (33).

Se menciona fiebre entre el 45 a 65%, en la mayor cantidad de niños lactantes en la primera valoración y puede presentar deposiciones líquidas en muchos niños

entre el 18 a 46%. Además, se ha informado irritabilidad entre 35 al 40%, respiración superficial entre el 9% a 24%, rinitis o tos en 40% y sensación de dolor en la región derecha de la cadera en 3 a 24%. La gran mayoría de menores de cinco años mostraron sintomatología de al menos 48 horas y hasta el 17% tienen síntomas de, por lo menos, seis días de duración antes del diagnóstico (34).

Los episodios febriles se encuentran entre 88 al 95% de pacientes menores de un año. Se menciona sensación de dolor abdominal de características difusas en la mayoría de estos niños entre el 50% y 90%, como resultado de la perforación, 16 entretanto que el dolor abdominal en el cuadrante derecho inferior se describe en el 50% de lactantes. Los niños menores de cinco años en general cursan con episodios de vómitos entre el 65 a 95%, también dolor abdominal en 89 a 95% de casos; el dolor se presenta luego de los vómitos. (35)

El principal síntoma presente en el 100% de los casos es el dolor abdominal. Los restantes elementos característicos de esta patología son acompañantes, y como tales, pueden estar presentes o no. (36)

#### **E. DIAGNOSTICO:**

El diagnóstico en estos niños es a menudo erróneo y presentan, así, mayor morbilidad.<sup>7</sup> La combinación de una historia clínica precisa, el examen físico, las pruebas de laboratorio y los métodos por imágenes (en especial, la ecografía y la tomografía computarizada [TAC]) es una herramienta útil para la evaluación y el diagnóstico de apendicitis aguda en este grupo etario (37).

Según otro estudio refiere que el diagnóstico se debe realizar una:

- Evaluación clínica
- TC abdominal si es necesario
- Ecografía, una alternativa a la TC

En presencia de los signos y síntomas clásicos de apendicitis, el diagnóstico es clínico. En estos pacientes, diferir el tratamiento quirúrgico de la apendicitis para

realizar estudios por la imagen sólo aumenta la probabilidad de perforación y las consiguientes complicaciones.

En pacientes con hallazgos atípicos o equívocos, deben efectuarse sin demora estudios por la imagen. La TC intensificada por contraste tiene una precisión razonable para diagnosticar apendicitis y también puede revelar otras causas de abdomen agudo. Por lo general, se puede realizar rápidamente una ecografía con compresión graduada, que no emplea radiación (de particular interés en los niños); sin embargo, en ocasiones, esta se ve limitada por la presencia de gas intestinal y es menos útil para reconocer causas no apendiculares de dolor.

La apendicitis sigue siendo, fundamentalmente, un diagnóstico clínico. La utilización selectiva y criteriosa de estudios radiográficos puede reducir la tasa de laparotomía negativa.

## **F. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

En cuanto a las patologías que se identifican en forma equivocada como apendicitis se describen las infecciones de vías respiratorias, la gastroenterocolitis, bronquiolitis, neumonía, las infecciones del tracto urinario, la sepsis, meningitis, torsión ovárica, hernias, las enfermedades testiculares, los traumas abdominales, la litiasis renal, alteraciones testiculares y el estreñimiento. Se sabe que hasta el 28% de niños hospitalizados con el probable diagnóstico de apendicitis tienen un error en el diagnóstico, debido a síntomas y signos poco específicos. (38)

## **G. IMÁGENES**

El diagnóstico por imágenes en niños se realiza cuando se encuentran signos, síntomas y exámenes de laboratorio atípicos, pero donde aún continúe la sospecha de apendicitis. La tomografía y ecografía, son los métodos de diagnóstico por imágenes más usados (39).

La ecografía se encuentra con facilidad en la mayoría de centros hospitalarios. Es una herramienta segura y económica, que también ayuda a identificar patologías ováricas, como torsiones. La exactitud está relacionado a la experiencia y pericia del eco grafista.

En diferentes lugares, la tomografía es el examen de elección. Este método se encuentra accesible, depende poco del operador, no sufre de alteración en obesidad y es de utilidad para determinar otras enfermedades.

La desventaja es la exposición a la radiación y en algunos niños se incrementa la grasa mesentérica que dificulta la observación del apéndice. El uso del contraste mejora la tomografía, los cuales se administran por la vía oral, endovenosa o rectal. Luego de la aplicación del contraste, la sensibilidad en la tomografía es de 97% y la especificidad del 97%. Muchos médicos prefieren la administración endovenosa 20 de los contrastes, ya que otras vías resultan incómodas y demoran en los niños para obtener una imagen adecuada (40).

La tomografía en menores tiene ciertas condiciones para disminuir la radiación en niños. La tomografía focalizada en la mitad inferior del abdomen puede ser ideal para cuadros apendiculares y somete a bajas dosis de radiación a los niños. El linfoma y la enfermedad de Crohn no se pueden distinguir, en ocasiones, de la apendicitis en la tomografía.

Las radiografías abdominales pueden ayudar, pero solo antes de los signos de obstrucción intestinal o la perforación. (40)

## **H. LABORATORIO**

El cálculo de neutrófilos se incrementa en los niños con apendicitis en un 96%, pero el porcentaje no es claro. Frecuentemente, la sensibilidad de este hallazgo es 79% en las apendicitis, con una especificidad alrededor del 80%. Entre otras enfermedades de origen infeccioso que generan leucocitosis y dolor en el abdomen se describen la gastroenterocolitis, procesos faríngeos por estreptococos, la neumonía y patologías anxiales.

En algunos trabajos, se describe que la neutro filia es de mayor sensibilidad que la leucocitosis entre un 95% contra un 18% para el diagnóstico de apendicitis cuando haya una evolución menor de 24 horas. El conteo de glóbulos blancos no se asocia con la perforación apendicular en cuadros de apendicitis.

Los valores de la proteína C reactiva, en varios casos, aumenta a más de 1mg/dl en la apendicitis. La especificidad y sensibilidad no son constantes. Este examen

no es de muy buena sensibilidad si los síntomas se presentan en un cuadro con una evolución de menos de 12 horas. Sin embargo, en algunos estudios se sugiere que el PCR podría establecer casos de apendicitis en estadio gangrenado, perforado y en formación de abscesos residuales, las cuales son complicaciones comunes en la etapa infantil.

El examen de orina ayuda para la exclusión de infecciones del tracto urinario o nefrolitiasis. En ocasiones se objetiva leucocitaria no infecciosa en el 8% al 26% de los niños, con aumento de casos de falsos positivos. (41)

## I. COMPLICACIONES

La perforación es la complicación más preocupante de la apendicitis aguda y puede conducir a abscesos, peritonitis, obstrucción intestinal (42)

- Las complicaciones más frecuentes de la apendicitis son las siguientes:
- Absceso abdominal.
- Peritonitis difusa.
- Pileflebitis: la más grave y rara, se forman émbolos sépticos que van al hígado pudiendo formar abscesos.

Actualmente es raro que se produzcan estas complicaciones, salvo en el caso de personas que tienen las defensas debilitadas (ancianos), o en las personas con apendicitis muy avanzadas por un diagnóstico tardío.

- **Las infecciosas** son frecuentes en especial en cuadros apendiculares complicados. Las complicaciones posteriores engloban la oclusión mecánica por bridas y adherencias postoperatorias, así como apendicitis del muñón, debido a la inflamación del apendicular residual, mucho tiempo después de la cirugía. Se relaciona a una patología poco usual que genera perforación en el 80%. En definitiva, las complicaciones mortales son casi infrecuentes, descritas como menos del 0,1%, y están relacionados a niños de corta edad con apendicitis complicada y con complicaciones.

Según otro autor refiere que las complicaciones son las siguientes:

- **Perforación:** caracterizada por dolor más intenso y fiebre mayor de 38° C. Puede llevar a una peritonitis.
- **Absceso apendicular:** cuando la perforación es localizada por adherencias del epiplón y el efecto tapón del fecalito, se forma un absceso periapendicular localizado.
- **Peritonitis:** si la contaminación se extiende, difunde por gravedad hacia el fondo de saco de Douglas o por la gotera cólica derecha, produciendo una peritonitis difusa. Aumentan la hipersensibilidad y la rigidez abdominal, junto con íleo adinámico y fiebre elevada. Puede haber alivio del dolor por descompresión de la obstrucción.
- **Pileflebitis:** es la tromboflebitis supurativa del sistema venoso portal. Se acompaña de fiebre, escalofríos, ictericia leve y, posteriormente, abscesos hepáticos. La TC es el mejor medio para descubrir la trombosis y el gas en la vena porta (43)

## J. FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES

En los niños son más frecuente las complicaciones ya que no es fácil su diagnóstico, lo que explica la frecuencia de perforación en un 25 a 30 % de los casos y en el 50 a 70% en niños de edad preescolar. Se calcula que la mitad de los niños con apéndice perforada han sido atendidos por otro médico antes de establecer el diagnóstico (44)

## K. TRATAMIENTO

El tratamiento de elección para la apendicitis, es la apendicetomía. Una vez que se toma la decisión de operar, puede iniciarse el tratamiento de analgésicos y antibióticos, existen casos en que debe tomarse cierto tiempo en la rehidratación endovenosa del paciente. La incisión de elección es la típica de Mc Burney o la incisión más cosmética de Rockey-Davis en un pliegue más inferior de la piel

Los objetivos de la atención quirúrgica para la apendicitis son minimizar las complicaciones y el costo, aliviar la ansiedad del paciente y mejorar la calidad de vida.

Los antibióticos se inician una vez que se realiza el diagnóstico de apendicitis. Inicialmente, se utilizó un régimen triple antibiótico que consistía en ampicilina, gentamicina y clindamicina. Con los cambios en los regímenes antibióticos para adultos, la cirugía pediátrica también ha evolucionado. Se ha demostrado que tanto piperacilina / tazobactam como cefoxitina son al menos tan eficaces como el régimen de triple fármaco y también pueden disminuir la duración de la estadía y los costos farmacéuticos. El tratamiento con antibióticos resultó en una disminución de la tasa de complicaciones menos licencia por enfermedad y menos necesidad para medicación para el dolor (44)

### **2.3.2 ATENCIÓN POSTOPERATORIA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO**

Algunos autores clasifican la etapa posquirúrgica en tres fases o periodos, que se exponen en la siguiente

- **La etapa post-operatoria inmediata** Es el periodo en que se proporciona la atención al paciente en la sala de recuperación y durante las primeras horas en la sala de hospitalización.
- **La etapa post-operatoria intermedia** Comprende la atención del paciente durante la convalecencia de la cirugía hasta la pre-alta del paciente

**La etapa post-operatoria tardía** Consiste en la planificación del alta del paciente y la enseñanza de los cuidados en el hogar, así como de las recomendaciones especial. (45)

### **233. CUIDADO DE ENFERMERIA**

De acuerdo a su definición, los cuidados de enfermería son las atenciones y cuidados que recibe una persona cuando se encuentra internada en una institución médica. Los principales cuidados de enfermería incluyen el control del suero, de los signos vitales y el suministro de inyecciones y medicamentos, de acuerdo a lo indicado por los profesionales médicos

Los cuidados de enfermería están fundamentados en cuatro conceptos fundamentales.

- El primer concepto refiere al ser humano, es decir que los cuidados se centran en todas las funciones biológicas, psíquicas y emocionales del paciente.
- El segundo de estos conceptos consiste en la salud, lo cual alude a la ausencia de enfermedad física y moral de una persona.
- El tercer concepto hace referencia al entorno, para lo cual se tiene en cuenta todos aquellos factores que componen el entorno más cercano del paciente.
- Y el último concepto es el de los cuidados de enfermería en sí mismos, cuidados preventivos, paliativos, curativos. (46)

#### **234. PACIENTE PEDIATRICO**

La edad **pediátrica** comprende desde el nacimiento hasta los 14 o 18 años, según los países, abarcando un variado surtido de **pacientes** -desde el neonato pre término hasta el adolescente- con muy diferentes características.

#### **235. POST OPERADO**

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

## CAPITULO III

### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

#### I. VALORACION DE ENFERMERIA

##### 1.- Recolección de Datos

##### **Observación:**

En el Servicio de Hospitalización de Cirugía Pediátrica del Hospital Daniel Alcides Carrión, se encuentra el paciente escolar C.C.E. de sexo masculino de 12 años de edad, cama Nro. 2205, 1 día de hospitalización desde el día 20 de agosto del 2019 a las 10 am, derivado del servicio de Recuperación al que fue traído por las técnicas de enfermería del servicio.

Paciente se encuentra activo, ventilando espontáneamente, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación por herida quirúrgica, con dieta blanda, con vía periférica permeable en miembro superior derecho. Escala de Glasgow: 15.

##### **Entrevista:**

Familiar refiere que hace aproximadamente 12 horas antes de hospitalizarse el menor presentaba dolor en el abdomen, motivo por el cual acude a Emergencias del Hospital Daniel Alcides Carrión.

##### **Reporte de Enfermería:**

Enfermera refiere paciente post operado de Apendicitis Aguda Gangrenada, se encuentra afebril, despierto, tranquilo, responde a interrogatorio con frases cortas, apósitos de herida operatoria secas y limpias, con vía periférica permeable en miembro superior derecho.

##### **1.1. DATOS DE AFILIACION:**

Nombre y Apellidos	: C. C. E.
Edad	: 12 años
Sexo	: Masculino

Lugar de Nacimiento : Yungay-Huaraz  
Fecha de Nacimiento : 18/10/2008  
Procedencia : Callao  
Dirección : Ampliación Tawinza Mz. A Lt. 5 Sarita  
Colonia  
Religión : Cristiana

## 1.2. DATOS DE HOSPITALIZACION

Hospital : Hospital Nacional Daniel Alcides  
Carrión  
Servicio : Cirugía Pediátrica  
Nro. De cama : 2205  
Fecha de Ingreso : 20/08/2019  
Modalidad de Ingreso : Emergencia  
Hora de ingreso : 10am  
Motivo de ingreso : Dolor difuso  
Persona responsable : Sonia Castillo Morales (Abuela Materna)  
Tiempo de Hospitalización : 5 días  
Historia Clínica : 1667157  
Dx. Clínico : Apendicitis Aguda Gangrenada

## 1.3. ANTECEDENTES

Fisiológicos

Ant. Prenatales : No

Nro., de hijo : Primero

CPN : Incompleta  
Parto : Distocico  
Lugar de Nacimiento : CC.SS Yungay-Huaraz  
Peso al nacer : 3.300gr  
Talla al nacer : 47cm  
Edad gestacional : 37 semanas  
Asfixia al nacer : No  
Incurrencias : ITU  
Hospitalización post parto : No

### **PATOLOGIAS**

Tuberculosis : No  
Neumonía : No  
Diarrea aguda : No  
Nebulizaciones previas : 02 oportunidades a los 10 meses y 2 años  
Uso de broncodilatadores : No  
Alergias : Niega  
Transfusiones : No  
Cirugías : Ninguna

### **SOCIOECONOMICO**

Vivienda : Alquilada  
Material de la vivienda : Noble  
Habitantes por cuarto : 2

Crianza de animales : No  
Servicios : Agua potable, desagüe, cable  
Tipo de familia : Familia Ensamblada  
Nombre de la madre : Miriam Castillo  
Salario : 800 soles

#### 1.4. FAMILIARES

**Madre:** Castillo Miriam, con secundaria incompleta, religión: cristiana, ocupación: ama de casa, salud: conservada, edad 30 años, estado civil: madre soltera.

**Padre:** Campomanes Luis, con secundaria incompleta, religión: ateo, ocupación: preso (5 años por violación), salud: conservada, edad: 31 años.

#### RELATO DE LA ENFERMEDAD EN SU INGRESO

Forma de inicio : Insidioso  
Curso : Progresivo  
Tiempo de enfermedad : 19/08/2019  
Signos y síntomas : Dolor difuso

#### 1.5. EXAMEN FISICO

**GENERAL:** Paciente escolar de 12 años de edad, despierto, poco colaborador a la entrevista, apático, a la valoración no presenta contacto visual, en posición semi fowler, con vía periférica permeable en miembro superior derecho.

**Piel :** Con leve palidez, hidratada, llenado capilar <2

**Cabeza:** Normo cefálica, buena implantación capilar, si n lesiones,

Color negro y con regular higiene.

**Ojos :** Simétricos, pupilas isocóricas, foto reactivas, sin presencia

De secreciones.

Oídos : Simétricas, membranas timpánicas sin signos de inflamación.

Nariz : Fosas nasales permeables.

Boca : Mucosa oral hidratada.

Cuello : Cilindro, simétrico, no presenta tumoraciones.

Tórax : Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambas cavidades

Pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, buen tono, no soplos.

Abdomen: Blando, depresible, apósitos secos y limpios, no signos de

Flogosis, ruidos hidroaereos disminuidos, doloroso a la

Palpación alrededor de la herida.

Genitourinario: No globo vesical

Extremidades: Moviliza las 4 extremidades de manera normal.

Neurológico : Glasgow 15 puntos.

## **FUNCIONES BIOLÓGICAS**

Apetito : Disminuido

Sed : Conservada

Sueño : Intranquilo

Orina : Normal

Deposiciones : Normales

## VALORACION HEMODINAMICA

VALORACION	20 DE	AGOSTO DEL	2019
	10.00am	12.00pm	8.00pm
F.C.	92x'	80x'	78x'
T°	36.4°C	36.6°C	36°C
F.R.	22X'	24X'	22X'
P.A.	110/70mg.	100/60mg.	100/60mg.

## FUNCIONES BIOLÓGICAS

- Sueño : Conservado
- Apetito : Disminuido
- Sed : Conservada
- Sueño : Intranquilo
- Orina : Normal

**VALORACION DIAGNOSTICA (EXAMENES AUXILIARES):**

HEMOGRAMA COMPLETO ( 20-08-2019 )		
HEMOCITOMETRIA		
	RESULTADOS	VALOR NORMAL
Leucocitos	7.077mm <sup>3</sup>	6.000-10.000xmm <sup>3</sup>
Hematíes	4.940.000	32000.000-5200.000xmm <sup>3</sup>
Hematocrito	33.4%	32-43%
Hemoglobina	11.3g%	10.1-12.9g%
RECUENTOS DE PLAQUETAS		
Nro. De plaquetas	376.000/mm <sup>3</sup>	200-475/mm <sup>3</sup>
CONSTANTES CORPUSCULARES		
EOS%	8.6%	0.5-6%
HGB	14.3%	12.0-16.0%
HCT	34.2%	35.0-49%
MCV	76.8fl	80.0-100.0
PLT	48.4 10x3UL	150-450
PCT	0.362%	0.108-0.282
MCV	76.8 fl	80-100 fl
MCH	25.8 pg	27-34 pg
MCHC	33.6g/dl	31-37g/dl

BIOQUIMICA	RESULTADOS	VALOR NORMAL
Urea	36 mg/dl	10-40
Creatinina	0.72 mg/dl	0.50-12.0
Glucosa	92mg/dl	70-100

TIEMPO DE COAGULACION	
7''	Minutos
00	Segundos
TIEMPO DE SANGRIA	
3	Minutos
00	Segundos
PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS	
Proteínas totales	6.2g/dl
Albumina	3.7g/dl
Globulina	2.5g/dl

**FECHA DE OPERACIÓN:** 20/ 08/ 2019

**HORA DE INICIO:** 5.20am. **HORA DE TÉRMINO:** 9.20am.

**DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO:** Apendicitis Aguda

**DIAGNOSTICO POST OPERATORIO:** Apendicitis Aguda Necrosada

**OPERACIÓN REALIZADA:** Apendicetomía.

#### **EXAMEN CEFALO CAUDAL**

- 1.- **Piel:** Turgencia de piel conservada, mucosas húmedas, llenado capilar <2.
- 2.- **Cabeza:** Simétrico, móvil.
- 3.- **Ojos:** Simétricos, pupilas isocóricas, reactivas a la luz, de color negro, movimientos oculares conservados y coordinados, sin presencia de secreciones.

4.- **Oídos:** Simétricos, con buena formación del pabellón auricular y buena implantación, sin presencia de secreciones.

5.- **Nariz:** Vías aéreas permeables.

6.- **Boca:** Boca y labios sin alteraciones, sin presencia de cianosis peri bucal, mucosas húmedas e hidratadas. Se observa buena higiene.

7.- **Cuello:** Corto, cilíndrico y móvil, a la palpación no se evidencia tumores ni adenopatías, ganglios normales.

8.- **Sistema Respiratorio.** - Saturación espontanea, a la auscultación ruidos pulmonares normal en ambos campos pulmonares.

9.- **Abdomen:** Herida operatoria cubierta con apósitos limpios y secos en zona de flanco derecho, abdomen blando depresible, con dolor en la herida operatoria, ruidos hidroaereos disminuidos,

10.- **Miembros superiores:** Simétricos, con igual número de dedos en ambas manos con uñas cortas, no se observa cianosis distal. Presencia de vía salinizada del día 19/08/19.

11.- **Miembros inferiores:** Simétricos, con igual número de dedos en ambos pies, uñas cortas.

12.- **Sistema genito urinario:** No se observan alteraciones.

Funciones vitales: Fc:102x min, T° 37.C°,Fr: 24 x min, PA: 100/60mg

## 1.6. VALORACION POR DOMINIOS

### DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

Estado de higiene: Buena ( ) Regular (x) Mala ( )

### DOMINIO 2: NUTRICION (Peso: 30 Kilos)

Clase 1: Ingestión, clase 2: digestión, clase 3: absorción, clase 4: metabolismo

Estado Nutricional: Normal (x) Bajo peso ( ) Sobrepeso ( ) Obeso ( )

Apetito: Normal (NPO) Disminuido ( ) Aumentado ( ) Vómitos ( )

SNG/SOG: No (x) Si ( ): Alimentación ( ) Drenaje ( )

Abdomen: Blando (x) Depresible (x) Distendido ( ) Tenso ( ) Globuloso ( )

Doloroso a la palpación: (x)

Clase 5: Hidratación

Piel: Pálida (x) Turgente ( ) Signo del pliegue ( ) Edema ( )

Mucosas orales: Húmedas (x) Secas ( ) Lesiones ( )

Sed: Normal (x) Disminuida ( ) Aumentada ( )

### **DOMINIO 3: ELIMINACION**

Clase 1: Sistema urinario

Hab. Vesical: Normal (x) Incontinencia ( ) Disuria ( )

Sonda Vesical: Si ( ) No (x) Uso de pañal: Si (x) No: ( )

Clase 2: Sistema Gastrointestinal

Hab. Intestinal: Normal (x) Incontinencia ( ) Estreñimiento ( ) Diarrea ( )

Clase 3: Sistema Tegumentario

Sudoración: Normal (x) Diaforesis ( )

Clase 4: Sistema Pulmonar

### **DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO**

Clase 1: Reposo y sueño: Tranquilo (x) Sueño Diurno ( )

Clase 2: Actividad y ejercicio

Autocuidado Independiente ( ) Ayuda de otros (x) Dep. /Incapaz ( )

Movilidad de miembros: Normal (x) Contracturas ( ) Plejia ( ) Flacidez ( )

Parecía ( ) Aditamentos: Férula ( ) Yeso ( )

Tracción: TPB ( ) Esquelética ( ) Zona:

Clase 3: Equilibrio de la energía

Fiebre: No (x) Si ( ) Intermitente ( ) Reincidente ( ) Remitente ( )

Clase 4: Respuesta Cardiovascular Respiratorias

F.C: Regular (x) Taquicardia ( ) Bradicardia ( ) Arritmia ( )

Pulso Periférico Palpable: Si (x) No ( )

Piel: Normal ( ) Fría ( ) Pálida (x) Cianótica ( ) Ictérica ( )

Llenado Capilar: > 2 segundos ( ) < 2 segundos (x)

Perfusión distal: Si (x) No ( )

Presión Arterial: Normal (x) Hipotensión ( ) Hipertensión ( )

Apoyo Respiratorio: Si ( ) No (x) Oxígeno/ Dispositivo: Ninguno

## **DOMINIO 5: PERCEPCION Y COGNICION**

Clase 1: Atención Clase 3: Sensación y Percepción:

Escala de Glasgow Pediátrico: 15 puntos

Orientado: Si (x) No ( ) Tiempo (x) Espacio (x) Persona (x)

Confuso: Si ( ) No (x)

Alteración del Habla: Si ( ) No (x) Alteración al Expresar: Si ( ) No (x)

## **DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION**

CLASE 1: Auto Concepto, Clase 3: Imagen Corporal

Ansiedad ( ) Normal ( ) Colaborador ( ) No colaborador (x) Preocupado ( )

Clase 2: Auto concepto

### **DOMINIO 7: ROL/ RELACION**

Clase 2: Relaciones Familiares

Desinterés (x) Desconocimiento ( ) Cansancio ( ) Fuente de Apoyo ( )

### **DOMINIO 8: SEXUALIDAD**

Clase 1: Identidad sexual

Género: Masculino (x) Femenino ( )

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

Clase 2: Respuestas de Afrontamiento

Conducta de estrés: Si ( ) No ( ) Temor (x)

### **DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION**

Clase 1: Infección, Clase 2: Lesión Física, Clase 3: Violencia, Clase 4: Peligros Ambientales, Seguridad cutánea (x) No ( )

Procedimientos Invasivos: Si (x) No ( )

Catéter Periférico (x) miembro superior derecho

Vías Aéreas: Permeables (x) Secreciones ( ) Tos ( )

Signos Neurológicos: Irritabilidad (x) Convulsiones ( )

Sujeciones: Si ( ) No: (x) Barandas: Si (x) No ( )

Clase 1: Confort Físico, Clase 2: Confort ambiental:

Diaforesis, Expresión facial del dolor

## 1.7. ESQUEMA DE VALORACION

### CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

V  
A  
L  
O  
R  
A  
C  
I  
O  
N

- Post operado de Apendicetomía abierta por apendicitis necrosada
- Abdomen: Herida operatoria cubierta con apósitos limpios y secos en zona de flanco derecho
- Con dolor según Eva 7/10 en la herida operatoria
- Presencia de vía salinizada del día en miembro superior derecho
- Grado de dependencia II c:102x min Fr: 24 x min,
- No colaborador para tratamiento
- Refiere que tiene miedo y quiere irse a su casa
- Con sueño intranquilo

INTERVENCION INTERDEPENDIENTE

Hemograma completo, ecografía abdominal.

DIAGNOSTICO

Dolor agudo  
(0132)

Temor (00148)

Trastorno del  
patrón sueño  
(00198)

Deficit del  
autocuidado  
(00108)

Deterioro de la  
integridad cutánea  
(00046)

Riesgo de infección de la herida  
quirúrgica (00266)

## **II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

### **2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS**

- Post operado de Apendicetomía abierta por apendicitis necrosada
- Abdomen: Herida operatoria cubierta con apósitos limpios y secos en zona de flanco derecho
- Con dolor según Eva 7/10 en la herida operatoria
- Presencia de vía salinizada del día en miembro superior derecho
- Grado de dependencia II c:102x min Fr: 24 x min,
- No colaborador para tratamiento
- Refiere que tiene miedo y quiere irse a su casa
- sueño intranquilo

### **2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS**

- Dolor agudo (00132)
- Temor (00148)
- Trastorno del patrón sueño (00198)
- Deterioro de la integridad cutánea (00046)
- Déficit del autocuidado (00108)
- Riesgo de infección de la herida quirúrgica (00266)

### 2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Dolor agudo (00132)	Herida operatoria	Con dolor según Eva 7/10 en la herida operatoria 102x min Fr: 24 x min,	Dolor agudo (00132) r/c Injuria tisular secundaria a acto quirúrgico e/p Con dolor según Eva 7/10 en la herida operatoria 102x min Fr: 24 x min,
Temor (00148)	Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante secundario a hospitalización	Refiere que tiene miedo y quiere irse a su casa	Temor (00148) r/c Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante secundario a hospitalización e/p Refiere que tiene miedo y quiere irse a su casa
Trastorno del patrón sueño (00198)	Situación actual de salud	sueño intranquilo	Trastorno del patrón sueño (00198) r/ c Situación actual de salud e/p sueño intranquilo
Deterioro de la integridad	Intervención quirúrgica	Post operado de	Deterioro de la integridad cutánea

cutánea (00046)		Apendicetomía abierta por apendicitis necrosada	(00046) r/c Intervención quirúrgica e/p post operado de Apendicetomía abierta por apendicitis necrosada.
Riesgo de infección de la herida quirúrgica (00266)	Ruptura de las primeras barreras de defensa secundaria a agresión quirúrgica.	Abdomen: Herida operatoria cubierta con apósitos limpios y secos en zona de flanco derecho	Riesgo de infección de la herida quirúrgica (00266) r/c Ruptura de las primeras barreras de defensa secundaria a agresión quirúrgica. e/p Abdomen: Herida operatoria cubierta con apósitos limpios y secos en zona de flanco derecho

### III. PLANIFICACIÓN

#### 3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p><b>Código: (00132)</b>  Dolor agudo r/c Injuria tisular secundaria a acto quirúrgico Eva 7/10 en la herida operatoria  102x min Fr: 24 x min,</p>	<p><b>Código:1605</b>  <b>Control del dolor</b>   Disminuir dolor  Escala:  Con frecuencia (4)   Indicador:   Refiere síntomas con frecuencia (4)</p>	<p><b>Código:1400</b>  <b>Manejo del dolor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• control de F.V</li> <li>• Registro del dolor según Escala de Valoración del 1-10</li> <li>• Colocar en Posición antálgica.</li> <li>• Educamos al adolescente sobre el cuidado que debe tener al realizar sus actividades cotidianas.</li> <li>• Disminuir a los factores que desencadenan el dolor</li> <li>• Observar las manifestaciones no verbales de incomodidad.</li> </ul> <p><b>Código: 2210</b></p>	<p>Paciente tranquilo, bajo efecto de analgésico.  No refiere dolor  Según EVA 2/10  Funciones vitales estables.</p>

		<b>Administración de analgésicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar medicamentos: analgésicos según prescripción de médico.</li> <li>• Terapia o manejo de dolor.</li> <li>• Observar eficacia de los analgésicos.</li> <li>• Registro de enfermería.</li> </ul>	
<b>Código: (00148)</b> Temor r/c Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante secundario a hospitalización e/p Refiere que tiene miedo y quiere irse a su casa	<b>Código:01404</b> <b>Control del miedo</b> Disminuir temor Escala: Con frecuencia (4) Indicador: Manifiesta temor	<b>Código:5270</b> <b>Apoyo emocional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar seguridad y bienestar para minimizar las molestias físicas y trastornos emocionales</li> <li>• Crear puentes de comunicación</li> <li>• Aumentar los sistemas de apoyo emocional</li> <li>• Comunicar empatía: Presencia</li> </ul>	Paciente con disminución de temor, en compañía de mama, con buena evolución. A pocos días de alta médica.

		<p>tranquila, contacto ocular, hablarle lenta y tranquilamente, permitir que llore o exprese sus sentimientos, no hacer juicio sobre su comportamiento ect.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cumplir con la terapéutica y comunicarle que se le administra analgésico para el alivio del dolor</li><li>• Informarle sobre la importancia de la movilización</li><li>• Aclarar la información errónea que concibe el adolescente sobre su salud.</li><li>• Permitir la compañía de la madre.</li></ul>	
--	--	--	--

<p><b>Código: (00198)</b> Trastorno del patrón sueño r/ c Situación actual de salud e/p sueño intranquilo</p>	<p><b>Código:02100</b> <b>Nivel de comodidad</b>  Favorecer sueño  Escala: Moderado (3) Indicador: Entorno físico (3)</p>	<p><b>Código:1850</b> <b>Fomentar sueño</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</li> <li>• Controlar la ingesta de alimentos y bebidas antes de irse a la cama para determinar productos que faciliten o entorpezcan el sueño.</li> <li>• Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño.</li> <li>• Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la</li> </ul>	<p>Con sueño conservado. No refiere molestias. No refiere dolor.</p>
---	---	---	--

		<p>vigilia, si procede)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.</li> <li>• Disponer / llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.</li> <li>• Fomentar el aumento de las horas de sueño si fuera necesario.</li> <li>• Favorecer sueño con la compañía de madre.</li> </ul>	
<p><b>Código: (00046)</b> Deterioro de la integridad cutánea r/c Intervención quirúrgica e/p post operado de</p>	<p><b>Código: 01102</b> Curación de la herida: por primera intención</p>	<p><b>Código 3660</b> <b>Cuidado de la herida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de la bioseguridad</li> </ul>	<p>Herida quirúrgica con buena regeneración tisular, buena cicatrización, limpio y seco.</p>

<p>Apendicetomía abierta por apendicitis necrosada.</p>	<p>Favorecer regeneración cutánea</p> <p>Escala: Moderada (3)</p> <p>Indicador: Herida operatoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar las características de la regeneración tisular</li> <li>• Descartar signo de flogosis</li> <li>• Fomentar la deambulación</li> <li>• Administración de antibióticos</li> <li>• Curación de herida operatoria</li> <li>• Monitorización de las funciones vitales</li> <li>• Manejo del dolor</li> <li>• Observar si existe algún tipo de secreción a través de la herida</li> <li>• Mantener con gasas limpias y secas según sea conveniente</li> <li>• Manejo del estado nutricional.</li> <li>• Balance hídrico</li> </ul>	
---	---	--	--

<p><b>Código: (00266)</b>  Riesgo de infección de la herida quirúrgica r/c Ruptura de las primeras barreras de defensa secundaria a agresión quirúrgica. e/p  Abdomen: Herida operatoria cubierta con apósitos limpios y secos en zona de flanco derecho</p>	<p><b>Código:01101</b>  <b>Control de riesgo</b>    Disminuir riesgo de infección    Escala:  Indicador:  Presión de lesión tisular (2)</p>	<p><b>Código:6540</b>  <b>Control de infecciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de mascarilla obligatoria tanto para el personaly el paciente.</li> <li>• Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.</li> <li>• Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.</li> <li>• Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.</li> <li>• Colocar en sitios de precaución de aislamiento designados, si procede</li> <li>• Mantener técnicas de</li> </ul>	<p>No se evidencia signo de flogosis a nivel de la herida. Se mantiene afebril</p>
--	---	---	--

		<p>aislamiento, si procede.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitar el número de visitas, si procede.</li> <li>• Enseñar el lavado de manos mejorado al personal de cuidados.</li> <li>• Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.</li> <li>• Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.</li> <li>• Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.</li> <li>• Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente.</li> </ul>	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Poner en práctica precauciones universales.</li><li>• Llevar ropas de fregar o bata durante la manipulación de material infeccioso.</li><li>• Usar guantes estériles,</li></ul>	
--	--	---	--

## IV. EJECUCION Y EVALUACION

### 4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA:

<b>S</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Con dolor según Eva 7/10 en la herida operatoria</li> <li>➤ Refiere tener miedo y quiere irse a su casa</li> </ul>
<b>O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Post operado de Apendicetomía abierta por apendicitis necrosada</li> <li>➤ Abdomen: Herida operatoria cubierta con apósitos limpios y secos en zona de flanco derecho</li> <li>➤ Con dolor según Eva 7/10 en la herida operatoria</li> <li>➤ Presencia de vía salinizada del día en miembro superior derecho</li> <li>➤ Grado de dependencia II c:102x min Fr: 24 x min,</li> <li>➤ No colaborador para tratamiento</li> <li>➤ Refiere que tiene miedo y quiere irse a su casa</li> <li>➤ sueño intranquilo</li> </ul>
<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dolor agudo (00132) r/c Injuria tisular secundaria a acto quirúrgico e/p Con dolor según Eva 7/10 en la herida operatoria,102x min Fr: 24 x min.</li> <li>➤ Temor (00148) r/c Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante secundario a hospitalización e/p Refiere que tiene miedo y quiere irse a su casa.</li> <li>➤ Trastorno del patrón sueño (00198) r/ c Situación actual de salud e/p sueño intranquilo</li> <li>➤ Deterioro de la integridad cutánea (00046) r/c Intervención quirúrgica e/p post operado de Apendicetomía abierta por apendicitis necrosada.</li> <li>➤ Riesgo de infección de la herida quirúrgica (00266) r/c Ruptura de las primeras barreras de defensa secundaria a agresión quirúrgica. e/p Abdomen: Herida operatoria cubierta con apósitos limpios y secos en zona de flanco derecho</li> </ul>

<p><b>P</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Disminuir dolor</li> <li>➤ Disminuir temor</li> <li>➤ Favorecer sueño</li> <li>➤ Favorecer regeneración cutánea</li> <li>➤ Disminuir riesgo de infección</li> </ul>
<p><b>I</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Registro del dolor según Escala de Valoración del 1-10</li> <li>➤ Colocar en Posición antálgica.</li> <li>➤ Educamos al adolescente sobre el cuidado que debe tener al realizar sus actividades cotidianas.</li> <li>➤ Disminuir a los factores que desencadenan el dolor</li> <li>➤ Administrar medicamentos: analgésicos según prescripción de médico.</li> <li>➤ Proporcionar seguridad y bienestar para minimizar las molestias físicas y trastornos emocionales</li> <li>➤ Crear puentes de comunicación</li> <li>➤ Aumentar los sistemas de apoyo emocional</li> <li>➤ Comunicar empatía: Presencia tranquila, contacto ocular, hablarle lenta y tranquilamente, permitir que llore o exprese sus sentimientos, no hacer juicio sobre su comportamiento ect.</li> <li>➤ Cumplir con la terapéutica y comunicarle que se le administra analgésico para el alivio del dolor</li> <li>➤ Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</li> <li>➤ Controlar la ingesta de alimentos y bebidas antes de irse a la cama para determinar productos que faciliten o entorpezcan el sueño.</li> <li>➤ Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño.</li> <li>➤ Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede)</li> <li>➤ Manejo de la bioseguridad</li> <li>➤ Valorar las características de la regeneración tisular</li> <li>➤ Descartar signo de flogosis</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fomentar la deambulaci3n</li> <li>➤ Administraci3n de antibi3ticos</li> <li>➤ Curaci3n de herida operatoria</li> <li>➤ Monitorizaci3n de las funciones vitales</li> <li>➤ Uso de mascarilla obligatoria tanto para el personal y el paciente.</li> <li>➤ Limpiar el ambiente adecuadamente despu3s de cada uso por parte de los pacientes.</li> <li>➤ Cambiar el equipo de cuidados del paciente seg3n el protocolo del centro.</li> <li>➤ Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.</li> <li>➤ Colocar en sitios de precauci3n de aislamiento designados, si procede</li> <li>➤ Mantener t3cnicas de aislamiento, si procede.</li> <li>➤ Limitar el n3mero de visitas, si procede.</li> <li>➤ Enseñar el lavado de manos mejorado al personal de cuidados.</li> </ul>
<p><b>E</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Paciente tranquilo, bajo efecto de analg3sico.</li> <li>➤ No refiere dolor</li> <li>➤ Seg3n EVA 2/10</li> <li>➤ Funciones vitales estables.</li> <li>➤ Paciente con disminuci3n de temor, en compaņa de mama, con buena evoluci3n.</li> <li>➤ A pocos d3as de alta m3dica.</li> <li>➤ Con sueņo conservado. No refiere molestias.</li> <li>➤ No refiere dolor.</li> <li>➤ Herida quir3rgica con buena regeneraci3n tisular, buena cicatrizaci3n, limpio y seco.</li> <li>➤ No se evidencia signo de flogosis a nivel de la herida. Se mantiene afebril</li> </ul>

## CONCLUSIONES

- a) La Apendicitis aguda es una de las patologías quirúrgicas de mayor periodicidad de abdomen agudo en emergencia a nivel mundial.
- b) Los cuidados están centrados en la intensidad del dolor, control de signos vitales, administración de analgésicos, cuidados de la herida, presencia de vómitos, nivel de conciencia, promoción de la movilización temprana, ejercicios de relajación, deambulación, y sobre todo valoración Nutricional, Educación de la madre.
- c) Los cuidados de enfermería en los pacientes pediátricos pos operados de apendicetomía son de gran importantes para prevenir las complicaciones y disminuir los costos en salud, obtener mejores resultados, disminuir la estancia hospitalaria y mejorar la calidad de vida en pacientes pediátricos.
- d) El control eficaz del dolor postoperatorio se ha convertido en una parte esencial de los cuidados post operatorios 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.
- e) 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.

## RECOMENDACIONES

- a) Educar a la madre en los cuidados que se debe tener con el paciente una vez dado de alta, para evitar complicaciones como: tener en cuenta siempre el lavado de manos.
- b) Fomentar la movilización precoz y progresiva para prevenir las complicaciones respiratorias y reducir la incidencia de náuseas y vómitos.
- c) Implementar en el servicio una guía actualizada, en relación al cuidado de pacientes pediátricos post operados de apendicetomía
- d) Capacitar a los profesionales de enfermería sobre las actualizaciones de los diagnósticos de enfermería.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Fallas González Jorge. Apendicitis Aguda. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2012 Mar [cited 2020 Oct 14] ; 29( 1 ): 83-90. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152012000100010&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000100010&lng=en).
2. Cuervo. Apendicitis aguda. Rev. Hosp. Niños [ revista en línea]2014 [Citado el 14 de oct. 2020] 56(252):15-31 / 15. Disponible en: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2014/04/15-31-Apendicitis.pdf>
3. Sanabria A, Domínguez L, Vega V, Osorio C, Serna A. Tiempo de evolución de la apendicitis y riesgo de perforación. Rev Colomb Cir. 2013; 28:24-30
4. Cruz, L. Tiempo de enfermedad y premedicación como riesgo para apendicitis perforada en el Hospital de Ventanilla, enero – septiembre 2017. [tesis] Universidad Ricardo Palma. Lima- Perú 2018. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1308/43LCRUZ.pdf?sequen ce=1&isAllowed=y>
5. López R. y Maldonado P. Factores de riesgo en apendicitis aguda complicada en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca. Años: 2006, 2007 y 2008. [tesis] Universidad de Cuenca, Ecuador 2010.
6. Ávila Mauricio J., García-Acero Mary. Apendicitis aguda: revisión de la presentación histopatológica en Boyacá, Colombia. rev. colomb. cir. [Internet]. 2015 June [cited 2020 Oct 14] ; 30( 2 ): 125-130. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-75822015000200007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822015000200007&lng=en).
7. Tania Gonzales Lastres, Pedro Rafael Casado Méndez, Alian Ernesto Garcés García, Rafael Salvador Santos Fonseca. La puntuación de apendicitis pediátrica en la atención primaria de salud. Revista cubana de Cirugia [ revista en línea] 2018 [ citado el 14 de oct del 2020] vol 57 (3). Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/675>
8. Alejandro Miranda Hernández,1 Ismael Camacho Guerrero,2 Jorge Samano Pozos,2 Guillermo González Romero,2 Julio César López Valdés. Evaluación

de la escala pediátrica para apendicitis en una población mexicana. Revista Grupo los Angeles [ revista en línea] octubre-diciembre 2018 [ citado el 14 de oct del 2020] Volumen 16, No. 4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am184b.pdf>

9. Sarmiento Sotacuro. “Caso clínico: cuidados de enfermería en pacientes post operados de apendicitis aguda complicada del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber [ tesis en línea] 2018 [ citado el 14 de oct del 2020] Universidad Autonoma. Disponible en: <http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/autonoma/266/1/CUIDADOS%20DE%20ENFERMER%20EN%20PACIENTES%20POST%20OPERADOS%20DE%20APENDICITIS%20AGUDA%20COMPLICADA%20DEL%20HOSPITAL%20MILITAR%20CENTRAL.%20SARMIENTO%20SOTACURO%20HILDA.pdf>
10. Alvarez Ramos. Aspectos epidemiológicos de apendicitis aguda en cirugía pediátrica del Hospital Regional de Ayacucho 2016-2017[ tesis en línea] 2019 [ citado el 14 de oct del 2020] Universidad Peruana los Andes. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/1018>
11. Coyas Salas. Comparación de la precisión diagnóstica para apendicitis aguda, entre la escala de Alvarado y la escala de respuesta inflamatoria de Apendicitis (AIR), en Clínica Arequipa, julio – diciembre del 2019[ tesis en línea] 2019 [ citado el 14 de oct del 2020] Universidad Nacional San Agustin de Arequipa. Disponible en: <http://bibliotecas.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10943>
12. Laurente Coronado. Cuidados de enfermería y el nivel de satisfacción de los pacientes pos operados de apendicitis aguda en el servicio de cirugía hospital Il Carlos Tuppa García Godos – Ayacucho, 2017. [ tesis en línea] 2018 [ citado el 14 de oct del 2020] Universidad Nacional del Callao. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/3361>
13. Irigibel-Uriz Xabier. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de virginia Henderson: Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. Index Enferm [Internet]. 2007 Nov [citado 2020 Oct 15] ; 16( 57 ): 55-59. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000200012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200012&lng=es).

14. T.R. Harrison; Principios de Medicina Interna 148 edición; Vol. II.
15. Luís MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª ED. Barcelona: Masson; 2000.
16. Sarmiento Herrera W., “Explicación teórica del Diagnóstico oportuno de Apendicitis Aguda y propuesta de una prueba diagnóstica, el Test de Dolnel”. Proyecto de Tesis para optar Doctorado en Medicina Humana, Junio 2013. UNSA. Arequipa. Perú.
17. Henriques J; Reimão C; Pereira S; Figueiredo B; Vital V; Casella P. Apendicitis Aguda, Clínica Versus Histología, Revista Portuguesa, [Internet].2013 [Citado 14 oct 2020]; 201(4): Disponible En: <http://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/viewFile/189/188>
18. Tipan J. Validación de la Puntuación de Apendicitis Pediátrica frente a la puntuación de Alvarado, para el diagnóstico de apendicitis, Cuenca(Tesis de Especialidad).2016. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
19. Perales J. Sensibilidad y especificidad del recuento leucocitario como apoyo en el diagnóstico de apendicitis aguda,2014.Ica,Perú. Rev méd panacea. 2014; 4(2): 45-50 [Citado 14 Feb 2020];Disponible En: <http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>
20. García C. Díaz F. Chiriboga S. Factores que retrasan el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda, Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues: Cuenca – Ecuador.[tesis] Universidad de Cuenca, Ecuador 2013. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5009/1/MED210.pdf>
21. Fallas González Jorge. Apendicitis Aguda. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2012 Mar; 29( 1 ): 83-90. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152012000100010&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000100010&lng=en).
22. Wong Pujada, Morón Antonio, Espino Vega, Arévalo Torres, Villaseca Carrasco. Apendicitis Aguda. En: UNMSM. Departamento Académico de Cirugía. CIRUGÍA : I CIRUGÍA GENERAL [internet] 2002-2008. Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/Cap\\_11\\_Ap\\_endicitis%20aguda.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_11_Ap_endicitis%20aguda.htm)

23. Ávila M, García M. Apendicitis aguda: revisión de la presentación histopatológica en Boyacá, Colombia. Rev Colomb Cir 2015; 30 (1): 125-130.
24. Castagneto G; Patología quirúrgica del apéndice cecal. Cirugía Digestiva, F. Galindo. [www.sacd.org.ar](http://www.sacd.org.ar), 2009; III-306, pág. 1-11. [Internet]. 2009; 1-11. Disponible en: <http://sacd.org.ar/tcuatro.pdf>
25. Sanabria A, Domínguez L, Vega V, Osorio C, Serna A. Tiempo de evolución de la apendicitis y riesgo de perforación. Rev Colomb Cir. 2013;28:24-30
26. Beltrán S., Marcelo A.; Barrera C., Rodrigo; Méndez P., Pedro; Contreras G., Mario; Wilson G., Christian; Cortés P., Víctor J.; Cruces B., E.U. Karina S. Hiperbilirrubinemia en apendicitis - ¿Es un factor predictivo de perforación?. Revista Chilena de Cirugía, vol. 61, núm. 5, octubre, 2009, pp. 413-422
27. Dr. Velázquez J, Dr. Ramírez F, Dr. Vega A. Premedicación, factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda. Cirujano General Vol. 31 Núm. 2 – 2009
28. Nikolaos. Apendicitis aguda en niños de edad preescolar. Salud(i)Ciencia[ revista en línea] 2015 [ citado el 14 de oct 2020] 21 (2015) 284-293. Dponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/sic/213/126115.pdf>
29. Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C., Consejo Mexicano de Cirugía General, A.C.; Tratado de Cirugía General; segunda edición, capítulo 94, Dr. Carlos A. G. Flores
30. Sanchez EJ, Luis GM, Vazquez R. Diagnostic value of Creactive protein in suspected appendicitisin children. An Esp Pediatr 48:470-474, 1998.
31. Villazón A, Espinoza M, Acosta K. Protocolo de Apendicitis Aguda. Cirugía Pediátrica Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Tolima – Colombia. Rev Desafios. 2013.
32. .O. de J. Arévalo Espejo, M. E. M. Mejía, L. H. U. Guerrero; Apendicitis aguda: Hallazgos radiológicos y enfoque actual de las imágenes diagnósticas; artículo de revisión, Rev Colomb Radiol. 2014; 25(1): 3877-88.
33. .R. Villavicencio, H.r U. García Delevaux, M. A. Sabeh, Federico Brahin, Alicia Valdiviezo; Diagnóstico Ecográfico de Apendicitis Aguda; artículo original; Revista Facultad de Medicina 2013, Vol. 13, N°1.

34. Rodríguez Fernández, Zenén. Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda Revista cubana de cirugía, vol. 49, núm. 2, junio, 2010 sociedad cubana de cirugía la habana, cuba.
35. Sing M, Kadian YS, Rattan KN, Jangra B. apendicitis complicada: análisis de riesgo, africa J Cirugia Pediatria junio del 2014;11(2)109-13.
36. Astroza et al. Diagnóstico clínico en apendicitis aguda: una evaluación prospectiva / Assessment of clinical signs and symptoms in patients with acute apendicitis. Rev. chil. cir;2015; 57(4):337-339.
37. Quevedo Guanche L. Apendicitis aguda: clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Cuba Cir [Internet]. junio de 2007 [citado 13 de enero de 2018];46(2):0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74932007000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932007000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
38. Valencia N, Alexander J. Principales factores que influyen en las complicaciones operatorias y post operatorias en el tratamiento de apendicitis aguda, Hospital Nacional Hipolito Unanue enero - julio 2016. Repos Tesis - URP [Internet]. 2017 [citado 14 de oct de 2020]; Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/94818>.
39. Augustin T, Cagir B, VanderMeer TJ. Características de las perforaciones Apendicitis: El efecto de la demora es confundido por la edad y el género. J Cirugía gastrointestinal [Internet]. 1 de julio de 2011 [citado 14 de oct de 2020];15(7):1223. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11605-011-1486-x>
40. Pedro Wong Pujada, Pedro Morón Antonio. Apendicitis Aguda [Internet]. [citado 14 de oct de 2020]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/Libros/medicina/cirugia/Tomo\\_I/Cap\\_11\\_Apendicitis%20aguda.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/Libros/medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_11_Apendicitis%20aguda.htm)
41. Fernández Lobato, R. Pruebas de imagen y apendicitis aguda: importancia para la calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial 2010;25:183-5.
42. Temple, C., Huchcroft, S. y W. Temple. (1995). The natural history of apendicitis in adults, a prospective study. Ann Surg, 221, 279–82
43. García, P.B., Taylor, G.A., Lund, D.P. Apendicitis una nueva mirada a un viejo problema. Contemp Pediatr 1999; 16(9): 122-31.

44. Margenthaler JA, Longo WE, Virgo KS, y col. Factores de riesgo para los resultados adversos después del tratamiento quirúrgico de la apendicitis en adultos. *Ann Surg* . 2003; 238 (1): 59-66.
45. Cabrejos Pita José G, Novoa E. Aldo y otros, Factores Causantes y consecuencias de la demora en el tratamiento quirúrgico de pacientes con apendicitis Aguda en el Hospital de Chachapoyas entre 1995 – 2000 Trabajo de Investigación.

# **ANEXO**

**Evidencias fotográficas N°1: Cuidado del paciente post operado de apendicectomía**



**Evidencias fotográficas N°2: Manejo del dolor del paciente post operado de apendicetomía**



**Evidencias fotográficas N°3: administración de antibióticos del paciente post operado de apendicetomía**

