



UNIVERSIDAD NACIONAL  
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA"  
DE AMAZONAS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**INFORME FINAL DE EXAMEN DE SUFICIENCIA  
PROFESIONAL**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN  
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO MÉDICO  
POST - OPERADO MEDIATO DE  
APENDICECTOMÍA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**BACHILLER** : Enma, LUCANA ZUTA

**JURADO** *Presidente* : Lic. Enf. Teresita Ácida, DAMIÁN CUBAS

*Secretaria* : Lic. Enf. Sonia, TEJADA MUÑOZ

*Vocal* : Lic. Enf. Sonia Celedonia, HUYHUA GUTIERREZ

Chachapoyas - Amazonas

2009



UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

INFORME FINAL DE EXAMEN DE SUFICIENCIA  
PROFESIONAL

Cuidados de Enfermería a un  
Paciente Con Diagnóstico Médico  
Post - Operado Mediato de  
Apendicectomía.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN  
ENFERMERÍA

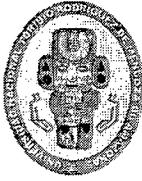
**BACHILLER** : Erma, LUCANA ZUTA.

**JURADO** *Presidente* : Lic. Enf. Teresita Álida, DAMIÁN CUBAS

*Secretaria* : Lic. Enf. Sonia, TEJADA MUÑOZ.

*Vocal* : Lic. Enf. Sonia Celedonia, HUYHUA GUTIERREZ

*Chachapoyas - Amazonas*  
2009



UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

INFORME FINAL DE EXAMEN DE SUFICIENCIA  
PROFESIONAL

Cuidados de Enfermería a un  
Paciente Con Diagnóstico Médico  
Post - Operado Mediato de  
Apendicectomía.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN  
ENFERMERÍA

**BACHILLER** : Erma, LUCANA ZUTA.

**JURADO** *Presidente* : Lic. Enf. Teresita Álida, DAMIÁN CUBAS

*Secretaria* : Lic. Enf. Sonia, TEJADA MUÑOZ.

*Vocal* : Lic. Enf. Sonia Celedonia, HUYHUA GUTIERREZ

*Chachapoyas - Amazonas*

2009

# ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
AUTORIDADES	
PRESENTACIÓN	
I. <u>INTRODUCCIÓN</u>	6
II. <u>MARCO TEÓRICO</u>	
2.1. <u>APENDICITIS</u>	
2.1.1. DEFINICIÓN	7
2.1.2. FORMAS CLÍNICAS	9
2.1.3. ETIOLOGÍA	10
2.1.4. EPIDEMIOLOGÍA	10
2.1.5. INCIDENCIA	11
2.1.6. FISIOPATOLOGÍA	11
2.1.7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	14
2.1.8. EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO	16
2.1.9. DIAGNÓSTICO MÉDICO	17
2.1.10. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	20
2.1.11. TRATAMIENTO	21
2.1.12. COMPLICACIONES	22
2.1.13. PRONÓSTICO	22
2.2. <u>APENDICECTOMÍA</u>	
2.2.1. DEFINICIÓN	22
2.2.2. APLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA	22
2.2.3. TIPOS	23
2.2.4. PROCEDIMIENTO: TÉCNICA DE LA APENDICECTOMÍA	23
2.2.5. SELECCIÓN DE PACIENTES	24
2.2.6. OPCIONES QUIRÚRGICAS	25
2.2.7. COMPLICACIONES	25
2.2.8. MANEJO DE LA HERIDA	25

<b>III.</b>	<b><u>PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA</u></b>	
	<b>3.1. <u>VALORACIÓN</u></b>	
	3.1.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN	27
	3.1.2. SITUACIÓN PROBLEMA	27
	3.1.3. EXÁMEN FÍSICO	28
	3.1.4. VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	30
	3.1.5. ANTECEDENTES	31
	3.1.6. EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	32
	3.1.7. TRATAMIENTO E INDICACIONES	32
	3.1.8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	33
	<b>3.2. <u>DIAGNÓSTICO</u></b>	<b>36</b>
	<b>3.3. <u>PLANIFICACIÓN</u></b>	<b>37</b>
	<b>3.4. <u>EJECUCIÓN</u></b>	<b>47</b>
	<b>3.5. <u>EVALUACIÓN</u></b>	<b>48</b>
<b>IV.</b>	<b><u>DISCUSIÓN</u></b>	<b>49</b>
<b>V.</b>	<b><u>CONCLUSIÓN</u></b>	<b>50</b>
<b>VI.</b>	<b><u>RECOMENDACIÓN</u></b>	<b>51</b>
<b>VII.</b>	<b><u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	<b>52</b>
<b>VIII.</b>	<b><u>ANEXOS</u></b>	
	<b>A) Notas de Enfermería</b>	
	<b>B) Tarjetas Farmacológicas</b>	
	<b>C) Plan e Informe de Sesión Educativa</b>	
	<b>D) Panel Fotográfico</b>	

## **DEDICATORIA**

### **A María José:**

A ti pequeña que un día partiste para estar en las manos de Dios, gracias por darme el valor de superar los obstáculos que se presentan día a día, por darme las fuerzas para seguir adelante, cumplir mis sueños, alcanzar mis metas trazadas, porque tú eres mi inspiración y mejor compañía.

### **A Mis Padres:**

Por haber contribuido de manera especial en mi formación personal y profesional, por brindarme su apoyo desinteresado y haber depositando su confianza ciegamente en mí, permitiéndome obtener logros y ahora ubicarme en el lugar que me encuentro.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis padres, docentes de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas y de manera especial a los de la Facultad de Enfermería, por haber contribuido a mi sólida formación humanística, científica y cultural, para brindar atención a la población con vocación de servicio y dedicación exclusiva.

Asimismo agradezco a los médicos, enfermeras y técnicos en enfermería, que laboran en el Hospital Regional Virgen de Fátima, por haberme brindado el campo práctico para adquirir destrezas y habilidades durante mi formación profesional.

## **AUTORIDADES**

### **COMISIÓN DE GOBIERNO**

Héctor Emilio, GARAY MONTAÑEZ.

*Presidente*

Ing. Federico Raúl, SÁNCHEZ MERINO.

*Vicepresidente Administrativo*

M.Sc. Lorenzo Melquíades, ALVIDES VELEIEZMORO.

*Vicepresidente Académico.*

### **RESPONSABLES DE FACULTADES**

Lic. Enf. Sonia, TEJADA MUÑOZ.

*Responsable (e) de la Facultad de Enfermería*

Ing. Miguel Ángel, BARRENA GURBILLÓN.

*Responsable (e) de la Facultad de Ingeniería Agroindustrial*

CPC & Lic. Juan Manuel, BUENDÍA FERNÁNDEZ.

*Responsable (e) de la Facultad de Turismo y Administración*

Ms. Edward Enrique, ROJAS DE LA PUENTE.

*Responsable (e) de La Facultad de Educación*

## **PRESENTACIÓN**

Al presentar éste informe, editado con la finalidad de obtener el *Título Profesional de Licenciado en Enfermería*, cuyo contenido está basado en la aplicación de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería en la atención de un paciente con Diagnóstico Médico: Post-Operado Mediato de Apendicectomía, hospitalizado en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas; me gustaría hacer llegar a los lectores la gran satisfacción que me ha producido como estudiante los cambios generados por los efectos sociales, económicos y políticos y que hoy se reflejan en la administración de *Los Servicios de Salud y en La Enfermería*, particularmente en los cambios demográficos, la diversidad cultural de la población, los patrones de enfermedades cambiantes, los avances tecnológicos, mayores expectativas de los consumidores y los cambios en el financiamiento de la atención a la salud, se han traducido en reestructuración de instituciones, al igual que la disponibilidad de atención en el seno de las comunidades y el hogar, todo esto ha influenciando radicalmente en los lugares donde se presta el servicio profesional de la enfermería de tal suerte que se ha incrementado la necesidad de contar con mas enfermeras que presten sus servicios dentro de la comunidad o del hogar, favoreciendo la perspectiva que se tiene de la enfermería y el cuidado de la salud.

La Enfermería concebida como Ciencia y Arte, enfocado desde una perspectiva asistencial como desde una vertiente pedagógica y holística que toma en consideración todas las dimensiones del individuo cuya labor no sólo está orientada hacia la atención del individuo enfermo, el cual requiere la ejecución de actividades concretas para el alivio de sus padecimientos y la recuperación de su salud, si no también hacia el individuo sano y su entorno, detectando los posibles factores de riesgo y brindando la información más oportuna para evitar los peligros que pueden amenazar la salud del individuo, familia y la comunidad.

*Bach. Enf. Erma Lucana Zuta*

## I. INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda, sigue siendo la enfermedad clínica más frecuente que termina en cirugía abdominal en niños, adolescentes y adultos jóvenes, la magnitud del problema se incrementa cuando nos enfrentamos a formas complicadas, razón por la cual es importante el buen manejo inicial del cuadro clínico para evitar complicaciones.

La apendicitis complicada (gangrenosa y perforada), son consideradas de difícil manejo por la alta morbilidad que presentan, con tasas de infección de herida que van desde el 40- 60% por lo que se ha manejado de manera standard con piel y tejido celular subcutáneo abierto, con cierre retardado de la herida o cierre secundario de la misma, ya que se argumenta que el cierre primario aumenta la morbimortalidad del paciente. Este hecho condiciona más días intrahospitalarios, mayor costo en curaciones y sobre todo el efecto psicológico en el paciente, quien es sometido a constantes curas cada 6 horas más múltiples debridamientos. Actualmente a más de cien años, su diagnóstico precoz es aun un problema, lo que condiciona a las complicaciones como la perforación y el manejo de cierre de la piel es controversial. Se considera la apendicitis aguda gangrenosa y perforada como formas complicadas de la apendicitis aguda. Es así que los cuidados de enfermería en un paciente Post-operado de Apendicectomía están enfocados a aliviar el dolor, prevenir el desequilibrio de líquidos y electrolitos, reducir la ansiedad, eliminar la infección derivada de la disrupción potencial del tracto gastrointestinal, garantizar una adecuada cicatrización de la herida operatoria y una nutrición óptima.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. APENDICITIS

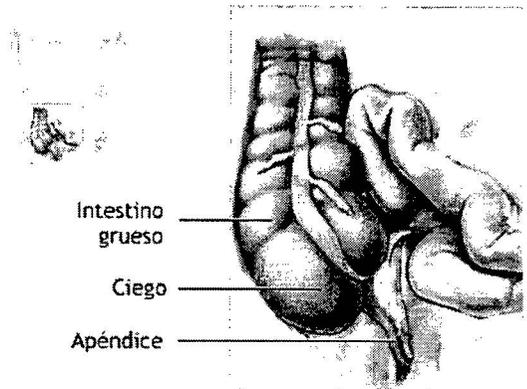
#### 2.1.1. DEFINICIÓN

La apendicitis es una enfermedad inflamatoria del colon específicamente la inflamación del apéndice vermiforme.

#### EL APÉNDICE (Anatomía)

\* **Situación:** El apéndice vermiforme está situado en el cuadrante inferior derecho del abdomen, implantado en la parte inferior del ciego a 2 ó 3 cm.

Por debajo de la válvula ileocecal exactamente en el punto de confluencia de las tres cintillas del intestino grueso. El apéndice, por estar ligado al ciego, sigue a este órgano en sus diversas posiciones. De acuerdo a esto



el apéndice puede adquirir una posición normal en fosa ilíaca derecha, pero otras veces puede encontrarse en la región lumbar derecha delante del riñón o debajo del hígado (posición alta), otras veces puede localizarse en la cavidad pelviana (posición baja) y muy raras veces en la fosa ilíaca izquierda (posición ectópica). Sin embargo, independientemente de la posición del ciego, el apéndice en relación al mismo ciego presenta una situación que varía mucho según los casos. Sin embargo, hay un punto de este órgano que ocupa con todo una situación poco menos que fija, aquél en que aboca la ampolla cecal (base del apéndice). Si a nivel de ese punto trazamos una línea horizontal y otra vertical, podemos catalogar a la situación del apéndice en: ascendente, descendente interna o externa, anterior o posterior (retrocecal) o cualquier otra variedad que adquiera según la posición con respecto a estas líneas. Según esto la posición descendente interna es la más frecuente: 44%, le sigue la posición externa 26%, la posición interna ascendente 17% y después la retrocecal 13%. Estas distintas situaciones y posiciones que

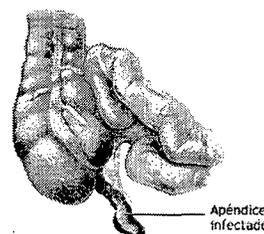
adquiere el apéndice nos explican la variedad de zonas y puntos dolorosos que a veces dificultan el diagnóstico de apendicitis aguda.

- \* **Estructura Externa:** El apéndice vermiforme suele tener una longitud de 2 a 20 cm., tiene la forma de un pequeño tubo cilíndrico, liso de color gris rosáceo, flexuoso, está revestido de epitelio colónico, el cual está compuesto por tejido linfoide, el cual aparece por primera vez en el apéndice humano alrededor de la segunda semana después del nacimiento. El número de folículos linfoides aumenta en forma gradual hasta un máximo de cerca de 200 entre los 12 y 20 años de edad. Después de los 30 hay una reducción súbita a menos de la mitad y luego de los 60 sólo quedan vestigios del tejido linfoide o este desaparece por completo.
- \* **Estructura Interna:** El apéndice vermiforme interiormente comprende una cavidad central que en su extremo libre termina en fondo de saco y el otro continua con el ciego, en el que algunas veces se encuentra un repliegue valvular llamado válvula de Gerlach. Asimismo está constituido por cuatro túnicas: una serosa, una muscular, la submucosa y la mucosa.
  - ***Túnica serosa:*** Que recubre a toda la superficie, lo que constituye el mesoapéndice y en cuyo borde libre discurre la arteria apendicular.
  - ***Túnica muscular:*** Sólo dispone de dos capas de fibras musculares: las longitudinales y las circulares.
  - ***Túnica Submucosa y Mucosa:*** Son igual a la del intestino grueso, presenta un epitelio cilíndrico, un estroma reticulado, una muscular mucosa y glándulas tubulares, sólo se diferencia por el tejido linfoide de gran desarrollo que se ha comparado a la amígdala palatina.
- \* **Vasos Sanguíneos y Nervios:** El apéndice vermiforme está irrigada por la arteria apendicular, es una de las cuatro ramas de la arteria mesentérica superior y que desciende por detrás del ángulo iliocecal, cruza la cara posterior del ilión y se introduce en el mesoapéndice. El drenaje venoso es realizado por la vena apendicular que va a unirse a las venas del ciego, los linfáticos que se inician en los folículos linfoides atraviesan directamente la túnica muscular y van a comunicarse con los linfáticos subserosos del apéndice, del ciego, del colon ascendente, del mesenterio etc. Los nervios del apéndice proceden, como los del ciego, del plexo solar, por medio del plexo mesentérico superior.
- \* **Función:** Suele aludirse al apéndice vermiforme humano como a un “vestigio de órgano sin función conocida” Esto hace pensar que en etapas

muy previas del origen del hombre o de la evolución de las especies existió un órgano con desarrollo más completo. En el decenio de 1960, se propuso que los tejidos linfo-epiteliales de las placas de Peyer y el apéndice en el hombre probablemente eran equivalentes a la bolsa de Fabricio de las aves en cuanto que procesaban y maduraban los linfocitos independientes del timo, desde entonces se demostró que hay sitios fuera del intestino que también funcionan como órganos centrales para la maduración de los linfocitos B.

### 2.1.2. FORMAS CLÍNICAS

Las formas clínicas de la apendicitis aguda están relacionadas con la anatomía patológica del proceso y con la posición del apéndice, ambas revisten su importancia, pues mediante la primera es posible establecer la etapa evolutiva del padecimiento y determinar el riesgo de las complicaciones más o menos inmediatas mientras que por medio de la correlación clínica con la ubicación del órgano no se evidencian diferencias de localización sintomatología que sirven a los fines diagnósticos, entre ellas tenemos las siguientes:



- \* ***Apendicitis Aguda Leve:*** El paciente presenta lo que se ha dado a denominar “síndrome mínimo apendicular”, constituido por el dolor espontáneo epigástrico o periumbilical y dolor provocado a la palpación de la fosa iliaca derecha, éstos casos corresponden al cuadro inicial, en el que encontrará un apéndice congestivo y edematoso sin alteraciones.
- \* ***Apendicitis Aguda Moderada:*** Ya existe una reacción peritoneal, no peritonitis, con signo de Blumberg positivo, disociación térmica axilorrectal y leucocitosis, se relaciona con la etapa anatomopatológica de apendicitis flemosa.
- \* ***Apendicitis Aguda Grave:*** Corresponde a la etapa de gangrena, la simple reacción peritoneal se transforma en verdadera peritonitis, con acentuación de todos los síntomas y aparición de contractura muscular en la fosa iliaca derecha.

Estos cuadros suelen ser sucesivos, pero resulta conveniente tener en cuenta que no siempre es así y con frecuencia el proceso quema etapas y se presenta desde el comienzo con toda la constelación sintomatología de la grave.

En cuanto a las formas clínicas que se relacionan con la posición del apéndice tenemos:

- \* ***Apendicitis Aguda Pelviana:*** La zona de máximo dolor se comprueba por el tacto rectal y además puede haber tenesmo rectal y vesical.
- \* ***Apendicitis Aguda Mesoceliaca:*** Por su posición interna del apéndice es rápidamente envuelto por asas delgadas, el dolor no es tan preciso, ésta apendicitis puede complicarse precozmente con cuadro obstructivo por adherencias y acodaduras del intestino delgado, generalmente a nivel del íleon terminal.
- \* ***Apendicitis Aguda Subhepática y Apendicitis Aguda a la Izquierda:*** En estas formas la única variación es la localización atípica del dolor, el problema para el diagnóstico es grande pero no hay que descartar estas posibilidades.

### 2.1.3. ETIOLOGÍA

Etiológicamente se ha considerado como mecanismo principal de inicio de la apendicitis aguda, la obstrucción de la luz apendicular. Ésta podría ser generada por múltiples factores, entre ellos el aumento de tamaño de los folículos linfoides locales, los cuales actuarían igual que las amígdalas faríngeas y sufrirían a su vez el ataque de gérmenes dando lugar a la inflamación aguda. En los pródromos del sarampión la hiperplasia linfoide puede obstruir el apéndice y causar apendicitis, en estos casos, células características multinucleadas (células de Warthin Finkeldey) son encontradas en los folículos linfoides. Otro factor desencadenante son los cuerpos extraños localizados en la luz apendicular, entre ellos el coprolito, que es una masa central orgánica rodeada de capas de sales de fosfatos y carbonatos, se encuentra en aproximadamente 30% de casos. La obstrucción de fecalitos se observa aproximadamente en el 35% de los pacientes, y el resto puede ser debido a múltiples causas tales como cuerpos extraños (4%), parásitos, enfermedad de Crohn, tumores primarios o metastásicos (1%). Otras causas como arteritis obliterante o embolia son poco frecuentes.

### 2.1.4. EPIDEMIOLOGÍA

Se considera que la población general padece de apendicitis aguda 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.

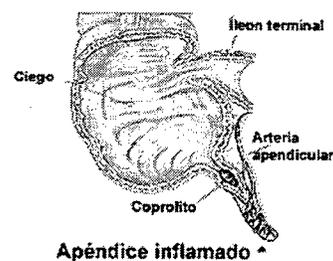
La mayor incidencia se encuentra entre 7 y 30 años, el sexo masculino es comprometido mayormente en un 20% más y es innegable una tendencia hereditaria. Se admiten factores predisponentes o asociados con el cuadro apendicular: los excesos alimentarios, las dietas, carnes y el estreñimiento deben tenerse en cuenta. Es más común en personas de raza blanca y en los que tienen una alimentación con poco contenido de celulosa. En los últimos años, se ha informado una reducción en la tasa de incidencia de apendicitis aguda. La causa de este fenómeno no es bien conocida, pero podría deberse al cambio en la alimentación y al uso masivo de antibióticos. Por otro lado, la utilización indiscriminada de los antibióticos, en enfermedades que cursan con dolor abdominal, permitiría el tratamiento efectivo en algunos pacientes con apendicitis aguda insospechada.

#### 2.1.5. INCIDENCIA

- \* En promedio el 7% de la población sufre esta patología en algún momento de su vida.
- \* Es rara antes de los 2 años de edad, alcanza el máximo durante la segunda y tercera décadas.
- \* Ataca más a los varones que a las mujeres y más a los adolescentes que a los adultos.

#### 2.1.6. FISIOPATOLOGÍA

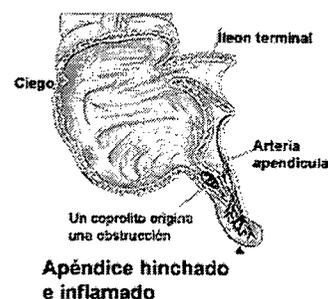
En las primeras fases de inflamación del apéndice, sólo existe una escasa exudación de neutrófilos en la mucosa, submucosa y muscular propia. Los vasos subserosos están congestionados y con frecuencia, hay un discreto infiltrado neutrófico peri-vascular, la reacción inflamatoria transforma la superficie serosa normalmente brillante en una membrana rojiza, granular y sucia. Esta transformación es identificada por el cirujano como apendicitis aguda incipiente.



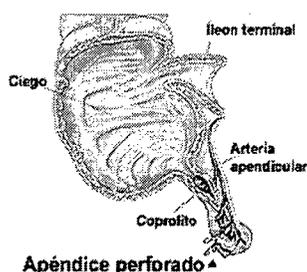
La sucesión de fenómenos que tiene lugar después de la oclusión de la luz probablemente sigue esta secuencia, se genera una obstrucción de asa cerrada por la obstrucción proximal y la secreción continua del moco apendicular, produce con mucha rapidez la distensión, la cual estimula las terminaciones nerviosas de

las fibras aferentes viscerales para el dolor y produce dolor vago, sordo y difuso en el mesogastrio o en la parte baja del epigastrio.

La distensión continúa, no sólo por la secreción persistente de la mucosa, sino también por la multiplicación rápida de bacterias que habitan en el apéndice. A medida que aumenta la presión en



el órgano, se sobrepasa la presión venosa, se ocluyen los capilares y las vénulas, pero la afluencia de sangre arteriolar continua y esto da ingurgitación y congestión vascular; la distensión de esta magnitud suele ocasionar náuseas y vómitos y el dolor visceral difuso se vuelve más intenso. El proceso inflamatorio pronto afecta la serosa del apéndice y a su vez al peritoneo parietal local, ocasionando el desplazamiento característico del dolor al cuadrante inferior derecho; la mucosa del tubo digestivo y del apéndice es muy susceptible a la alteración de la irrigación sanguínea por consiguiente su integridad se ve comprometida en la etapa temprana del proceso lo que permite la invasión de bacterias en las capas más profundas. A consecuencia de la absorción de



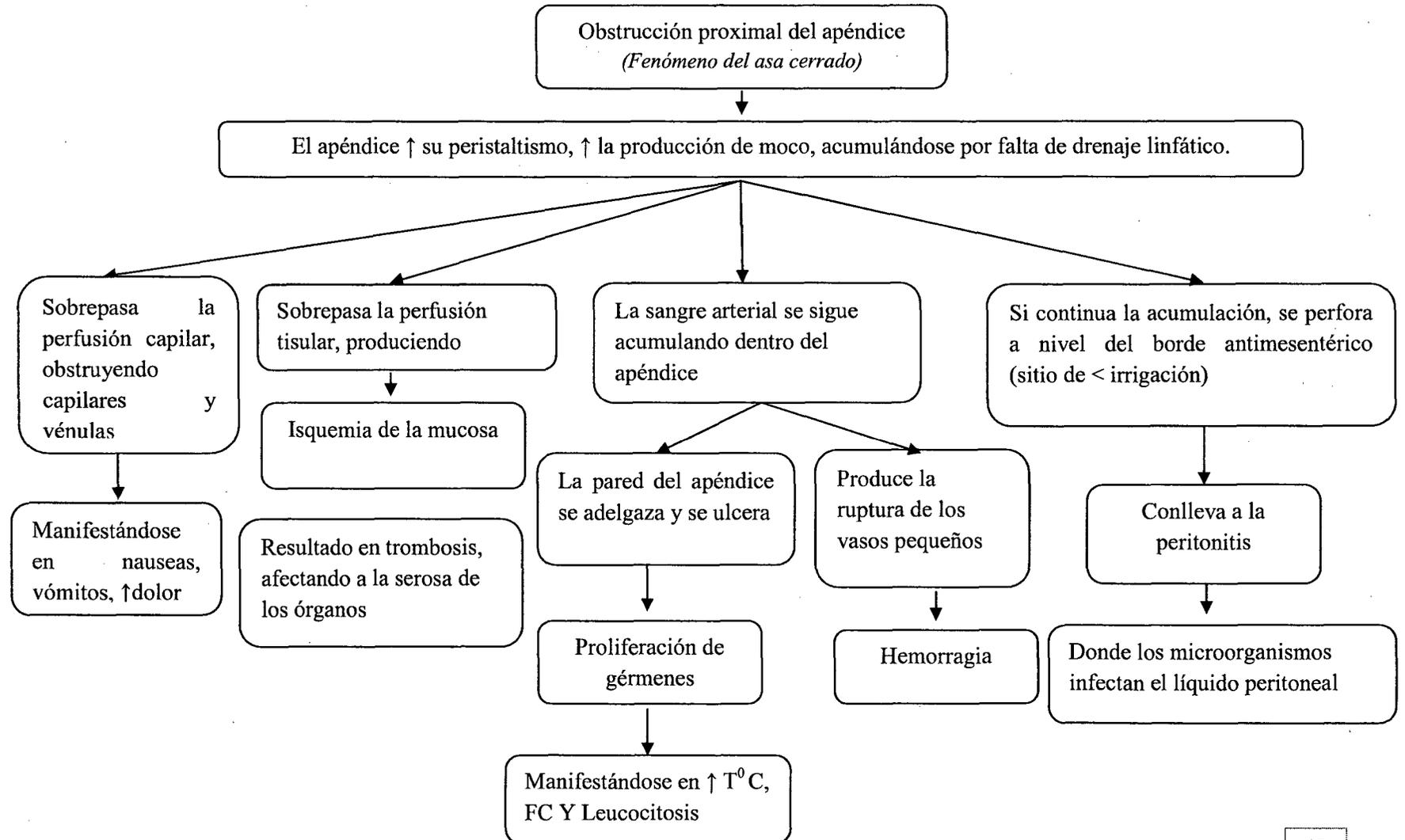
productos de los tejidos necróticos y de las toxinas de las bacterias, se produce fiebre, taquicardia y leucocitosis. A medida que la distensión progresiva comprime las arteriolas, la zona con la irrigación más deficiente es la que sufre más; se forman infartos elípticos en el borde antimesentérico.

Conforme progresa la distensión, la invasión bacteriana, la deficiencia en la irrigación y el infarto, se presenta la perforación por lo general en el borde antimesentérico. En una fase más avanzada se produce un exudado neutrófico prominente que da lugar a una reacción fibrino-purulenta de la serosa, a medida que empeora el proceso inflamatorio, se producen abscesos en la pared e inflamaciones y focos de necrosis supurada en la submucosa, este estado constituye la apendicitis aguda supurada. Con la progresión del proceso se forman áreas de ulceración hemorrágica en la mucosa de color verdoso junto a necrosis gangrenosa negro - verdosa de todo el espesor de la pared, que se extiende a la serosa produciendo la apendicitis aguda gangrenosa, seguida rápidamente de ruptura y peritonitis supurativa.

## FISIOPATOLOGÍA ESQUEMATIZADA

### APENDICITIS AGUDA

(Fisiopatología)



### 2.1.7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- \* **Dolor:** El dolor abdominal es el síntoma primordial de la apendicitis aguda, es clásico que la sensación dolorosa en un principio se circunscribe difusamente en la parte baja del epigastrio o en la región umbilical, sea moderadamente intensa y constante, a veces con calambres intermitentes superpuestos. Después de un periodo variable de 1 a 12 horas, pero casi siempre al cabo de 4 a 6 horas, el dolor se localiza en el cuadrante inferior derecho. Esto ocurre debido a que el evento inicial en la apendicitis es la obstrucción con distensión del lumen, los impulsos dolorosos desde la pared de la apéndice distendidos son llevados por las fibras simpáticas aferentes viscerales por mediación del ganglio celiaco a T10 y después referido al área umbilical en el dermatoma décimo. Esta sucesión típica del dolor ocurre únicamente en el 55% de los casos y se le llama cronología apendicular de Murphy.

El cambio en la localización del dolor es un importante signo de diagnóstico e indica la formación de exudado alrededor del apéndice inflamado, se trata de un dolor continuo, tipo visceral con exacerbaciones cólicas y que aumenta con los movimientos pero a medida que la inflamación avanza se hace somático y más intenso como consecuencia de la irradiación al peritoneo parietal. En algunos pacientes el dolor de la apendicitis comienza en el cuadrante inferior derecho y allí se mantiene, las variaciones en la localización anatómica del apéndice permiten explicar las múltiples variaciones en el sitio principal de la fase somática del dolor. Por ejemplo un apéndice largo con una punta inflamada en el cuadrante inferior izquierdo produce dolor en esa zona; un apéndice retrocecal ocasiona más que nada dolor en el flanco o el dorso; un apéndice pélvico origina dolor suprapúbico, y un apéndice retroilial ocasiona dolor testicular, al parecer por irritación de la arteria espermática y el uréter.

- \* **La Anorexia:** Siempre acompaña a la apendicitis y es tan constante que debe dudarse del diagnóstico, cuando el paciente no la presenta.
- \* **Vómito:** Ocurre vómito en cerca del 75% de los pacientes, pero no es muy intenso ni prolongado y casi todos los enfermos vomitan sólo en una o dos ocasiones.
- \* **La Fiebre:** No es muy elevada se presenta aproximadamente de 38°C a 38.5°C, la presencia de temperatura más alta sugiere la posibilidad de una

perforación apendicular. Sin embargo en los pacientes de edades extremas la fiebre puede estar ausente o incluso puede haber hipotermia.

- \* **Antecedente de Estreñimiento:** La mayoría de los pacientes tienen el antecedente de estreñimiento desde antes del inicio del dolor abdominal y muchos sienten que la defecación alivia su dolor. No obstante ocurre diarrea en algunos sujetos (1/5 de los pacientes), sobre todo en niños y se relaciona con apendicitis de tipo pélvico, de manera que las modificaciones de la función intestinal son de poca utilidad para el diagnóstico diferencial.
- \* **Facies:** Los pacientes con apendicitis por lo general tienen una facie al inicio que no presenta nada en particular, aunque algunas veces la expresión facial refleja disconfort y opresión, cuando el cuadro es compatible con perforación apendicular y peritonitis, las facies pueden ser pálidas y con tinte terroso (facies peritónica) por lo que prefieren mantenerse acostados con los muslos retraídos, en particular el derecho, debido a que cualquier movimiento intensifica el dolor, si se les pide que se muevan, lo hace con lentitud y cautela.
- \* **Signos Vitales:** En la apendicitis sin complicaciones no se modifican mucho los signos vitales, la elevación de la temperatura rara vez es mayor de 1°C; la frecuencia de pulso es normal o esta poco elevada. Cambios de mayor magnitud suelen significar una complicación o que debe considerarse otro diagnóstico.
- \* **Escalofríos:** La presencia de escalofríos significan bacteriemia y son propios de los procesos complicados (Peritonitis).
- \* **Consideraciones:**
  - *En Mujeres Embarazadas*, en cuyo caso por el crecimiento uterino el ciego y el apéndice son desplazados y el dolor se ubica más bien en el flanco o hipocondrio derecho.
  - *En Pacientes de Edad Avanzada y Mujeres en Período Puerperal*, presentan un abdomen más bien flácido lo que hace que los signos abdominales dolorosos sean menos relevantes, esto también se observa con cierta frecuencia en los diabéticos y en pacientes inmunodeprimidos.
  - *En Obesos*, también existe dificultad por el engrosamiento de la pared abdominal.
  - *En Algunos Pacientes*, la posición del apéndice ya sea retrocecal o bien retroperitoneal hace que los signos abdominales no sean muy

característicos y muchas veces el dolor se irradia hacia la fosa lumbar, de allí que el juicio clínico y experiencia del cirujano sean muy importantes.

### 2.1.8. EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

Aún con los avances tecnológicos actuales, el diagnóstico es netamente clínico, depende de un excelente análisis de la anamnesis y un examen físico exhaustivo, teniendo presente que la sintomatología es hasta en un 80% clásica y el tratamiento es una inmediata intervención quirúrgica, tratando de evitar el retardo en el diagnóstico, debido a que se ha visto que éste, es el principal factor que provoca apendicitis complicadas. En los casos en que el diagnóstico de apendicitis no sea muy claro se debe recurrir a algunos exámenes de laboratorio o por imágenes aunque no son muy útiles, pues retrasan el tratamiento quirúrgico, los más utilizados son:

- \* **Hemograma Completo** : El hemograma muestra leucocitosis en el 80% de los pacientes ( $\uparrow 10\ 000/\text{mm}^3$ , Neutrófilos  $\uparrow 75\%$ ), sin embargo este dato posee baja especificidad ya que los leucocitos también pueden elevarse en otros procesos inflamatorios del cuadrante inferior derecho. En ocasiones el nivel es normal, especialmente en ancianos, lo que no excluye la posibilidad de la enfermedad.
- \* **Exámen Completo de Orina:** Éste tiene importancia en el diagnóstico diferencial con el cólico nefrítico y/o infección urinaria.
- \* **Radiografía de Abdomen** : La radiografía simple de abdomen puede mostrar dilatación del ciego y niveles hidroaéreos a dicho nivel y en menor número puede observarse un fecalito calcificado (entre un 5 - 10% de los pacientes, sobre todo en niños). Sin embargo carece de especificidad y no debe pedirse de forma rutinaria, salvo en los casos en que se sospechen otras causas de dolor abdominal como un cálculo ureteral o una obstrucción intestinal.
- \* **Ecografía Abdominal** : La ecografía es útil en el diagnóstico de la apendicitis en niños y sobre todo en mujeres (excluye patología ginecológica), en general en las presentaciones que debutan como dolor pélvico. La visualización de un apéndice aumentado de tamaño (más de 6mm de diámetro) y de pared gruesa es muy sugerente de una apendicitis aguda, con la limitación que en ocasiones no va a ser posible localizar el apéndice.

- \* **Tomografía Computarizada** : Actualmente la técnica de mayor precisión es la tomografía computarizada (TC). Posee una sensibilidad y especificidad del 90 y 95% respectivamente. La técnica empleado es la TC apendicular, enfocada exclusivamente en el apéndice y sin la necesidad de sustancia de contraste, con una dosis de radiación menor que la que se emplea en la TC pélvica. Se realiza en 15 minutos y los resultados están disponibles al cabo de una hora. Tiene una precisión mayor del 90%, superior a la ecografía, debido a que identifica mejor al apéndice y porque además detecta cambios inflamatorios periapendiculares (abscesos). Diversos estudios demuestran que su empleo mejora el cuidado de los pacientes y disminuye el uso de recursos hospitalarios, debido en gran medida a que reduce el número de apendicetomías innecesarias.

### 2.1.9. DIAGNÓSTICO MÉDICO

- \* **Los Datos Clínicos** encontrados en un paciente con apendicitis pueden ser desde sospechosos hasta un estado muy florido de signos abdominales, éstos son determinados principalmente por la posición del apéndice inflamado y por el hecho que si el órgano ya está perforado cuando se examina por primera vez al paciente. En el 80 % de los casos el apéndice se perfora antes de las 36 horas de iniciados los síntomas.
- \* **El Examen Físico** debe comprender todo el cuerpo para tratar de descartar cualquier otra patología que nos pueda hacer confundir con apendicitis aguda.
- \* **Exámen del Abdomen:** Cuando se examina el abdomen es necesario comenzar por las zonas donde suponemos existe menos dolor y en forma suave hasta llegar a los puntos y signos dolorosos del abdomen. Los signos físicos típicos en el cuadrante inferior derecho se presentan cuando el apéndice inflamado yace en posición anterior.
  - **Signo de McBurney:** El dolor suele ser máximo en el punto descrito por McBurney o cerca del mismo, a saber: localizado exactamente en la unión del 1/3 externo con los 2/3 internos de una línea trazada entre la espina ilíaca anterosuperior derecha y el ombligo, el dolor producido por esta maniobra es encontrado con mayor regularidad.
  - **Signo de Blumberg:** Llamado también signo de rebote, se obtiene presionando la pared de la fosa ilíaca derecha con toda la mano y

retirándola bruscamente; el dolor que se produce es la manifestación de la inflamación del peritoneo apendicular y vecino.

- Signo Rovsing: Se obtiene presionando la fosa ilíaca izquierda y flanco izquierdo y despertando el dolor en la fosa ilíaca derecha, tratando de comprimir el sigmoidees y colon izquierdo para provocar la distensión del ciego y la compresión directa del apéndice inflamado.
- Signo de Psoas: El signo del Psoas indica un foco de irritación muscular localizada en este músculo, la prueba consiste en hacer que el paciente se acueste sobre su lado izquierdo y que extienda con lentitud el muslo derecho, con lo que se estira el músculo iliopsoas. La prueba es positiva cuando la extensión de la extremidad produce dolor.
- Signo del Obturador: La prueba consiste en la rotación interna y pasiva del muslo derecho flexionado mientras el paciente está en posición supina es positivo si se despierta el dolor hipogástrico que es provocado por estirar el músculo obturador interno lo cual indica irritación en ese sitio.
- Signo de Roque: Provocado por la presión continua en el punto McBurney y el ascenso del testículo derecho por contracción del cremáster.
- La Resistencia Muscular: A la palpación en la pared abdominal es más o menos proporcional a la intensidad del proceso inflamatorio. En primeras etapas de la enfermedad al presentarse la resistencia lo cual consiste principalmente en rigidez voluntaria, a medida que progresa la irritación peritoneal, aumenta el espasmo muscular y gran parte se vuelve involuntario; es decir una verdadera rigidez.
- El Tacto Rectal : Es un examen de rutina que debe realizarse , aunque en muchas ocasiones este puede ser negativo, en algunos casos podemos encontrar un fondo de saco sumamente doloroso, sobre todo cuando hay perforación del apéndice y derrame purulento y en otras se puede palpar una masa dolorosa que podría corresponder a un plastrón o absceso apendicular.
- El Punto de Lanz: Situado en la unión de 1/3 externo derecho y 1/3 medio de la línea biespinosa, su presión manual produce dolor cuando el apéndice tiene localización pélvica.

- \* Las variaciones en la posición del apéndice inflamado modifican los datos físicos habituales. Cuando el apéndice se encuentra retrocecal, los signos abdominales anteriores son menos notables y la hipersensibilidad es más intensa en el flanco. Si el apéndice inflamado está suspendido en la cavidad pélvica, no presenta ningún signo abdominal y puede pasar por alto al menos que se haga un tacto rectal.
- \* **Dolor:** El diagnóstico de apendicitis es está basado esencialmente en las manifestaciones clínicas, es el dolor el principal elemento clínico de esta patología, se ubica de preferencia en el cuadrante inferior derecho del abdomen y junto a éste hay elementos que hacen de este un síntoma a favor de este diagnóstico:
- \* **Dolor Migratorio:** Cuando el dolor se inicia en el epigastrio, de carácter sordo y que luego se localiza en la fosa iliaca derecha después de algunas horas nos orienta al diagnóstico de apendicitis, por otra parte cuando el dolor se inicia en la fosa iliaca derecha y más sobre todo es de inicio brusco, es menos probable que se trate de una apendicitis.
- \* **Dolor Focal:** Es en la fosa iliaca derecha con mayor o menor intensidad. En los pacientes añosos el dolor puede ser más vago, pero menos intenso. Al comienzo el dolor es de tipo cólico, pero se hace constante en la mayoría de los casos.

\* **Escala de Alvarado:** La probabilidad del diagnóstico correcto de apendicitis se incrementa cuando se hace hincapié en las manifestaciones clínicas específicas, las cuales se resumen en una escala de puntuación denominada *La Escala de Alvarado*. Un valor acumulado de 7 o más puntos es altamente sugestivo de una apendicitis. Cuando el puntaje no pasa de 5-6 puntos, se recomienda realizar una tomografía para reducir la probabilidad de falsos negativos descubiertos durante la apendectomía.

SÍNTOMAS	PUNTAJE
Dolor Migrante a fosa iliaca derecha	01
Anorexia	01
Náuseas y Vómitos	01
<b>SIGNOS</b>	
Dolor en la fosa iliaca derecha	02
Dolor de rebote a la palpación	01
Fiebre	01
<b>LABORATORIO</b>	
Leucocitosis	02
Neutrófilos Inmaduros	01
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>10</b>

### 2.1.10. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda básicamente es el mismo que del dolor abdominal agudo, depende de tres factores principales: localización anatómica del apéndice inflamado, etapa del proceso (si es simple o perforado) y la edad y sexo del paciente.

Esto se debe a que las manifestaciones clínicas no son específicas para una determinada enfermedad pero sí para el trastorno de la función o de las funciones. Por consiguiente, sobreviene un cuadro clínico fundamentalmente idéntico a muy diversos procesos agudos que ocurren en la cavidad peritoneal o cerca de ella y que originan las mismas alteraciones en la función que la apendicitis aguda. El número de cuadros clínicos que cursan con dolor abdominal similar a la apendicitis es muy grande, en los casos en los que no es posible hacer un diagnóstico diferencial claro es preferible mantener amplios criterios y considerar dichos procesos como apendicitis aguda, ya que el retraso conlleva una mayor probabilidad de perforación y de posibles complicaciones secundarias. Sin embargo, un período de observación hospitalaria prudente es beneficioso y aumenta la precisión diagnóstica.

Los diagnósticos preoperatorios erróneos más comunes y que explican más del 75% de los casos, en orden decreciente de frecuencia son: linfadenitis mesentérica aguda, ningún estado patológico orgánico, enfermedad inflamatoria pélvica aguda, torsión de quiste ovárico o ruptura de folículo de Graaf y gastroenteritis aguda.

- \* **La Adenitis Mesentérica:** Es la enfermedad que con mayor frecuencia se confunde con la apendicitis aguda en los niños, casi siempre hay una infección de las vías respiratorias altas reciente, el dolor suele ser menor o más difuso y la hipersensibilidad no está tan localizada como en la apendicitis, a veces hay rigidez muscular voluntaria, pero es rara la rigidez verdadera, puede observarse linfadenopatía generalizada.
- \* **La Gastroenteritis:** Caracterizada por diarrea, con ausencia de dolor localizado, así como defensa y contractura muscular en la fosa iliaca derecha.

- \* ***El Divertículo de Meckel:*** Produce un cuadro clínico muy similar a la apendicitis aguda. Se considera como la apendicitis del lado izquierdo y requiere el mismo tratamiento; es decir, la intervención quirúrgica inmediata
- \* ***Enfermedades Propias de los Hombres:*** Los más frecuentes son la torsión del testículo, epididimitis aguda, la vesiculitis seminal.
- \* ***Enteritis Regional Aguda:*** Las manifestaciones clínicas como fiebre, el dolor en el cuadrante inferior derecho, hipersensibilidad y leucocitosis a menudo se parecen a la de la apendicitis aguda. La diarrea y lo poco frecuente de la anorexia, las náuseas y el vómito favorecen un diagnóstico de enteritis pero no bastan para descartar apendicitis aguda sin una laparotomía.
- \* ***Úlcera Péptica Perforada:*** Es muy parecida a la apendicitis, cuando el contenido gastroduodenal derramado desciende por la corredera paracólica derecha hacia la región cecal y cuando la perforación se sella en forma espontánea con cierta rapidez, con lo que se reduce al mínimo las manifestaciones en el epigastrio.
- \* ***Padecimientos Ginecológicos:*** La frecuencia de diagnósticos erróneos de la apendicitis aguda es más alta en mujeres jóvenes. Se han informado tasas de “apendicectomías negativas de 32 a 45% en mujeres entre 15 y 45 años de edad. Las enfermedades de los órganos femeninos internos que se diagnostican erróneamente como apendicitis son la enfermedad inflamatoria pélvica, foliculo de Graaf roto, torsión de quiste o tumor ovárico, endometriosis y embarazo ectópico roto.
  - ***Pielonefritis Aguda:*** Sobre todo del lado derecho, produce manifestaciones similares a las de una apendicitis aguda retroileal. Los escalofríos, dolor en el ángulo costovertebral derecho, piocitos y en particular bacterias en la orina deben bastar para distinguir las dos enfermedades.

#### 2.1.11. TRATAMIENTO

A no ser que éste francamente contraindicado, el único tratamiento de la apendicitis es el uso profiláctico de antibióticos y la extirpación quirúrgica del apéndice (Apendicectomía).

- \* ***En Apendicitis Aguda Supurada,*** basta la cirugía para dar fin al cuadro infeccioso; sin embargo ante apendicitis aguda complicada. (Gangrenosa y perforada), es importante el manejo con antibióticos por la translocación

bacteriana, desde la luz intestinal hacia la cavidad peritoneal, se prefiere cubrir con antibióticoterapia para aerobios y anaerobios, dentro de estos antibióticos, tenemos el uso combinado de tres: ceftriaxona, metronidazol y gentamicina, otros en vez de cefalosporinas, prefieren el uso de aminopenicilinas (ampicilina) especialmente en niños.

- \* **En Apendicitis Perforada:** Es indicación de intervención quirúrgica de urgencia, los pacientes a menudo tienen fiebre y leucocitosis y tienen peritonitis establecida.
- \* Mientras que se realice la intervención quirúrgica se administra antibióticos y líquidos intravenosos, para prevenir o corregir desequilibrios de líquidos y electrolitos y la deshidratación.
- \* Después del diagnóstico se pueden prescribir analgésicos.
- \* Dado que la mortalidad incrementa con la perforación del apéndice, porque aparecen las complicaciones sépticas, es fundamentalmente necesario la extirpación quirúrgica del apéndice (Apendicectomía).

#### **2.1.12. COMPLICACIONES**

La complicación principal de la apendicitis es la perforación que conduce a peritonitis o formación de absceso, por lo general ocurre en cualquier momento después de 24 horas de iniciado el dolor, los síntomas incluyen: fiebre de 37°C o mayor, aspecto tóxico y dolor abdominal.

#### **2.1.13. PRONÓSTICO**

La presencia de perforación apendicular es el factor más importante en el pronóstico de los pacientes con apendicitis aguda.

### **2.2. APENDICECTOMÍA**

#### **2.2.1. DEFINICIÓN**

La Apendicectomía es un procedimiento en la cual se extirpa el apéndice.

#### **2.2.2. APLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA**

La apendicectomía se lleva a cabo para prevenir que el apéndice inflamado se perfora y provoque una peritonitis (inflamación de la membrana que recubre el abdomen) o un absceso abdominal. La apendicitis aguda suele ser muy difícil de diagnosticar, como he dicho anteriormente, y a veces para

prevenir complicaciones (perforación, infección, absceso, peritonitis), que pueden ser peligrosas, se realiza una laparotomía, aunque sólo se sospeche que pueda existir una apendicitis. En tales casos se extirpa el apéndice, aunque presente un estado normal, para prevenir la posibilidad de una futura apendicitis.

### 2.2.3. TIPOS

\* **Apendicectomía a Cielo Abierto**

Frente a una apendicitis aguda con apéndice perforado o absceso apendicular la cirugía debe ser siempre abierta.

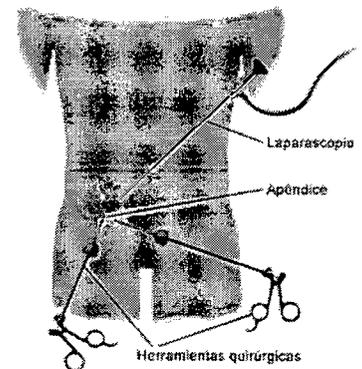
\* **Apendicectomía Laparoscópica**

Generalmente se realiza cuando la apendicitis no está complicada.

### 2.2.4. PROCEDIMIENTO: TÉCNICA DE LA APENDICECTOMÍA

Después de haber realizado los preoperatorios específicos, haberle trasladado al área quirúrgica (en camilla) y colocado en la posición adecuada (decúbito supino), al paciente se le administra por una vía venosa un anestésico, dependiendo de las características del paciente a intervenir, como su edad, su estado físico y las posibles complicaciones que pueda desarrollar en los períodos intraoperatorio y post-operatorio, se utilizaría la anestesia epidural. Normalmente se suele administrar anestesia general. Durante el acto anestésico y la cirugía el paciente se encuentra controlado por un monitor que nos revela datos sobre las constantes vitales y así detectar la posible aparición de anomalías que pudieran poner en peligro al enfermo. El cirujano, vestido con la indumentaria quirúrgica adecuada (estéril), procede a llevar a cabo el procedimiento, una vez que el anestesista ha comprobado que el paciente está preparado para el acto quirúrgico. El ayudante del cirujano y la enfermera instrumentista están también dispuestos (estériles) para ayudar en todo momento al cirujano, al igual que los demás colaboradores de quirófano. Se prepara el campo estéril en torno al paciente, se procede a pincelar con yodopovidona la zona de incisión y los alrededores más próximos. El cirujano realiza una incisión en la parte derecha del abdomen, por encima de la ingle, dejando al descubierto el ciego (cámara que une el intestino delgado con

Apendicectomía Laparoscópica  
(Retiro del apéndice)



el grueso) al que se encuentra unido el apéndice. Con mucho cuidado se extrae el apéndice a la superficie del abdomen, se pinza, se liga por la base (por donde se une al ciego) y se corta. Después se cose el muñón con una sutura: a veces se humedece con fenol (desinfectante derivado del alquitrán de carbón), se invierte y se hunde en el ciego con una sutura para evitar que salga líquido al abdomen. Se introduce el ciego en su posición adecuada y se procede a suturar la herida, de dentro hacia fuera.

### 2.2.5. SELECCIÓN DE PACIENTES

Los procedimientos quirúrgicos se clasifican, en función de la carga bacteriana de origen endógeno presente en el campo operatorio y su relación con el riesgo de desarrollar una infección, en varias categorías

- \* **Cirugía Limpia:** Aquella en que ni la piel previamente preparada, ni el campo operatorio, contienen un significativo número de bacterias patógenas; en la práctica se definen cuando no se penetra en cavidad orofaríngea, vías respiratorias, digestivas o genitourinarias, no hay signos de inflamación, no son de origen traumático y no existe transgresión de la técnica quirúrgica. La frecuencia de infección postquirúrgica es del 1 %.
- \* **Cirugía Limpia-Contaminada:** Herida no traumática en la cual ha habido interrupciones menores en la técnica, o en la que se ha penetrado en los tractos gastrointestinal, genitourinario o respiratorio sin derrames significativos. Incluyen aquellas intervenciones en las que se secciona el apéndice o conducto quístico, se penetra en vías biliares, urinarias o genitales distales, no existe transgresión de la técnica quirúrgica y no son traumáticas. La frecuencia de infección es del 5 – 10 %.
- \* **Cirugía Contaminada:** Es aquella que siendo inicialmente limpia, presenta una contaminación porque la flora normal de un órgano intraabdominal, o la alterada por la enfermedad o contenida en un foco séptico, se extiende sistemáticamente por el campo intervenido (cavidad peritoneal, torácica) o en la herida quirúrgica. Hablamos de cirugía contaminada cuando existe una fuga importante del contenido gastrointestinal, existe inflamación aguda sin pus, se penetra en vía genitourinaria o biliar con orina o bilis infectada, existe transgresión o dificultad mayor de la técnica quirúrgica o es una herida traumática reciente (menor de 5 horas). La frecuencia de infección postquirúrgica es superior al 15 %.

- \* ***Cirugía Sucia:*** Se refiere a las heridas abiertas, áreas purulentas o perforaciones viscerales, es decir presentan signos de infección clínica y/o presencia de secreción purulenta, es una víscera hueca perforada o una herida traumática de más de 5 horas de evolución.

#### **2.2.6. OPCIONES QUIRÚRGICAS**

Dependiendo del diagnóstico, un paciente tiene varias opciones quirúrgicas:

- \* ***Cirugía Opcional o Electiva***  
Un procedimiento que usted elige tener, el cual no necesariamente es esencial para continuar su vida en óptimas condiciones. Un ejemplo sería la extirpación de un lunar de una apariencia desagradable o de una verruga.
- \* ***Cirugía Requerida***  
Un procedimiento que es necesario practicar para continuar la calidad de vida. Un ejemplo puede ser la extirpación de cálculos en los riñones si otras formas de medicamentos y tratamientos no funcionan. La cirugía requerida, a menos que sea una emergencia, no necesita practicarse de inmediato.
- \* ***Cirugía de emergencia o de urgencia***  
Este tipo de cirugía se practica en respuesta a una condición médica urgente, como la apendicitis aguda.

#### **2.2.7. COMPLICACIONES**

La complicación más frecuente de la apendicectomía es la infección de la herida operatoria, de allí que para disminuir la incidencia de ésta, se debe realizar una técnica quirúrgica muy rigurosa acompañado del uso profiláctico de antibióticos.

#### **2.2.8. MANEJO DE LA HERIDA OPERATORIA**

Las manifestaciones de infección de la herida operatoria aparecen de 5 a 10 días después de la intervención.

- \* Identificar la infección en casos especiales, como obesidad y edad avanzada.

- \* El empleo de antibióticos no puede sustituir a un generoso y correcto drenaje de la herida infectada.
- \* Si la infección es moderada o mínima quizá no sea necesaria la utilización de antibióticos.
- \* Debe retirarse todo cuerpo extraño de la herida infectada.
- \* Ante la persistencia de fiebre luego del drenaje, evaluar la posibilidad de infección.

### **III. PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

#### **3.1. VALORACIÓN**

##### **3.1.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

* Nombre	: Jhoiser Acuña Guadaña
* Edad	: 24 años
* Sexo	: Masculino
* Fecha de Nacimiento	: 02-10-1985
* Grado de Instrucción	: Secundaria completa
* Dirección	: Shucayacu-Buenos Aires
* Peso	: 58.5 Kg.
* Talla	: 1.68 Metros
* Fecha de Ingreso	: 03-10-09
* Servicio	: Cirugía
* Diagnóstico	: Post-Operado Mediato de Apendicectomía

##### **3.1.2. SITUACIÓN PROBLEMA**

Paciente J.A.G. adulto joven de 24 años, sexo masculino, HCL N°: 97-140 con Diagnóstico Médico: "Post- Operado Mediato de Apendicectomía", en la cama N°279 E , del Servicio de Cirugía del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, en posición de cúbito dorsal, LOTEPE, en AREG, AREN, AREH, ventilando espontáneamente mucosas orales semihidratadas, quejumbroso, con herida operatoria cubierta con apósito, manchada con secreción serosanguinolenta en regular cantidad, al control de signos vitales: P/A: 100/60 mmHg F.C: 68 X<sup>1</sup> F.R: 26 X<sup>1</sup> y T<sup>0</sup> 37<sup>0</sup> C. Presenta vía endovenosa permeable en miembro superior izquierdo conectado a frasco de Dextrosa 5% 1000ml + 2 Amp. ClNa 20% + 1 Amp. ClK 20% a XXX gotas X<sup>1</sup> con 1000ccpp, Solución analgésica a XIV gotas X<sup>1</sup> con 810 ccpp, recibe medicamentos a horario: Ceftriaxona 2g. EV C/24 horas, Clindamicina 600 mg. EV C/8 horas, Ranitidina 50 mg. EV C/ 8horas.

### 3.1.3. EXÁMEN FÍSICO

PARÁMETROS	HALLAZGO
<b>SIGNOS VITALES</b>	
P/A	100/60 mmHg
FC	68 X <sup>1</sup>
FR	26 X <sup>1</sup>
T <sup>o</sup> C	37 <sup>o</sup> C
<b>MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS</b>	
Peso	58.5 Kg.
Talla	1.68 M.
IMC	20.72
<b>ESTADO GENERAL</b>	LOTEP, AREG, AREH-H, AREN, comunicativo
<b>PIEL</b>	Piel trigueña, elástica, mucosas orales semihidratadas.
<b>CABEZA</b>	
Forma	Ovaladas
Simetría	Simétrica
Tamaño	De acuerdo a su edad
Integridad	Integra, no lesiones
Distribución del Cabello	Color negro, adecuada distribución del cabello
<b>* OJOS</b>	
Forma	Achinados
Tamaño	Adecuado para la edad
Simetría	Simétricamente espaciados
Secreción	No secreciones
Párpados	Sin alteración
Escleras	Blanquecinas
Pupilas	Isocóricas, fotoreactivas
<b>* OIDOS</b>	
Tamaño	Adecuado para la edad
Integridad	Integra
Simetría	Simétricos
Implantación	Adecuada implantación.
Secreciones	No presenta secreciones
Permeabilidad	Conducto auditivo permeable.
<b>* NARIZ</b>	
Tamaño	Adecuado para la edad
Integridad	Integra
Permeabilidad	Coanas permeables
<b>*BOCA</b>	
Simetría	Simétrica
Tamaño	Adecuado para la edad
Integridad	No presenta lesiones
Mucosas	Sonrosadas, semihidratadas
Encías	Integras, no gingivitis
Dientes	Piezas dentarias completas.
Paladar	Blando y duro íntegro.
Lengua	Normoglosa, móvil.
<b>CUELLO</b>	

Simetría	Simétrico
Tamaño	Corto
Movimiento	Sin alteración.
<b>TORAX</b>	
Forma	Cilíndrico
Simetría	Simétrico
Tiraje	No presenta
Integridad de la Clavícula	Sin alteración
Integridad de la Escápula	Sin alteración
<b>APARATO RESPIRATORIO</b>	
Frecuencia respiratoria	26 X <sup>l</sup>
Ritmo/Profundidad	Rítmicas y superficiales
Ruidos respiratorios	No ruidos agregados
Simetría	Movimientos respiratorios simétricos
<b>APARATO CARDIOVASCULAR</b>	
Frecuencia cardíaca	Adecuada intensidad
Ritmo y profundidad	Ruidos cardíacos rítmicos
Ruidos agregados	No ruidos agregados
<b>ABDOMEN</b>	Blando depresible, doloroso a la palpación.
Integridad	Herida operatoria cubierta con apósito manchado con secreción sanguinolenta en regular cantidad.
<b>GENITALES</b>	No evaluados.
<b>RECTO ANO</b>	No evaluados.
<b>MUSCULO ESQUELÉTICOS</b>	
Movilidad	Conservada
Extremidades Superiores	Móviles, sin alteración.
Extremidades Inferiores	Móviles, sin alteración.
<b>SISTEMA NERVIOSO</b>	
* Estado de conciencia	Paciente se muestra lúcido orientado en tiempo espacio y persona (LOTEP), comunicativo.
* Capacidad Cognitiva	Paciente consciente de su estado de salud, espera su pronta recuperación y responde a preguntas.
* Capacidad Sensorio/Perceptivo <b>PAR CRANEAL</b>	
I Olfatorio	Paciente reacciona a los olores fuertes como el alcohol.
II Óptico	Agudeza visual normal.
III Motor Ocular Común	Pupilas fotorreactivas movimientos de glóbulos oculares presentes
IV Patético	Realiza movimientos activos de glóbulos oculares.
V Trigémino	Sensibilidad del rostro y de la mucosa nasal asimismo presenta tonicidad y fuerza en los músculos de masticación.
VI Motor Ocular Externo	Realiza movimientos de los glóbulos oculares en dirección lateral.
VII Facial	Paciente levanta las cejas cierra los parpados.
VIII Auditivo	Identifica Sonidos y vibración
IX Glosofaríngeo	No presenta dificultad para la deglución, reflejo del vómito presente, realiza movimientos coordinados de la lengua.
X Neumogástrico	No evaluado.
XI Espinal	No evaluado.

### 3.1.4. VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

#### \* PATRÓN PERCEPCIÓN / MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Paciente refiere sentirse preocupado por estado de salud, asimismo según resultados de exámenes de laboratorio evidencia foco infeccioso (Hemograma: leucocitos de 11.400 %, Neutrófilos 75%).

#### \* PATRÓN NUTRICIONAL METABOLICO

El estado nutricional del adulto es adecuado para su edad, actualmente está con restricción dietética NPO, refiere sensación nauseosa, vómito 300cc.

#### \* PATRÓN HIDROELECTROLÍTICO

La paciente evidencia retención de líquidos, evidenciado en su balance hídrico positivo (1° día: + 590), vómito 300cc.

#### \* PATRÓN ELIMINACIÓN

##### ▪ Eliminación intestinal.

Post-Operado en su 1 día, no realiza deposiciones.

##### ▪ Eliminación vesical.

Aproximadamente 2 veces por día de un color amarillo paja, cantidad normal, no refiere ninguna molestia, orina amarillo paja, diuresis (1° día: 300 cc,)

#### \* PATRÓN COMODIDAD Y CONFORT

Paciente quejumbroso, refiere dolor en zona de herida operatoria, al valorar la intensidad del dolor según escala del 1 al 10, nos refiere 8.

#### \* PATRÓN DE ACTIVIDAD EJERCICIO

▪ **Estado Respiratorio** : Paciente presenta movimientos respiratorios rítmicos, superficiales, evidencia FR. 26 X<sup>1</sup>

▪ **Estado Cardíaco** : Paciente con ruidos cardíacos rítmicos, evidencia una FC. 68 X<sup>1</sup> y P/A 100/60 mmHg

#### \* PATRÓN DE REPOSO / SUEÑO

Paciente refiere que normalmente se acuesta a dormir alrededor de las 9 de la noche y se levanta a las 5 a.m, descansando en promedio 6 a 7 horas. En

la actualidad refiere dificultad para conciliar el sueño, además no está acostumbrado a compartir la habitación.

\* **PATRÓN COGNITIVO / PERCEPTIVO.**

- **Estado de conciencia:** Paciente se muestra lúcido orientado en tiempo espacio y persona (LOTEP), comunicativo.
- **Capacidad Sensorio/perceptiva:** Paciente a la evaluación de los pares craneales no presenta ninguna alteración,
- **Capacidad cognitiva:** Paciente consciente de su estado de salud, espera su pronta recuperación y responde a preguntas.

\* **PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO**

Paciente se siente temeroso, por los cambios de imagen corporal, por su trabajo que es de esfuerzo físico, al regresar a casa ya no podrá realizar lo mismo.

\* **PATRÓN DE ROL/RELACIÓN.**

Paciente refiere recibir el apoyo de padres hermanos y familiares.

\* **PATRÓN AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Paciente se siente temeroso, percibe que desconoce algunos aspectos de su enfermedad, lo que le produce cierto grado de ansiedad y se exterioriza su sentir por medio de frases como “porque a mí”. Esta vivencia se agudiza por estar separados de su entorno familiar habitual y el no cumplir con sus actividades cotidianas.

\* **VALORES Y CREENCIAS.**

Paciente profesa la religión católica y afirma que no la cambia por otra. No atribuye la causa de su enfermedad a la “brujería”

**3.1.5. ANTECEDENTES**

\* **PERSONALES**

- Enfermedad Hereditaria: Ninguna
- Accidentes : Ninguno
- Alergias : No tiene conocimiento.
- Quirúrgicas : Ninguna
- Patologías : Ninguna
- Transfusiones : Niega haber recibido transfusiones
- Funciones Fisiológicas : Sed (↓) y las demás Sin alteración.

\* **SOCIOECONÓMICOS**

- Vivienda : De sus padres ubicado en la localidad de Shucayacu

- Servicios básicos : No cuenta con servicios básicos
- Actividad económica : Agricultor

**3.1.6. EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO**

FECHA	EXÁMEN	VALORES ENCONTRADOS
03-10-09	Hemograma	
	Leucocitosis	11.400
	Neutrófilos	75%
	Linfocitos	25%
	Hematocrito	48%
	Hemoglobina	16.2 mg/dL
	Glicemia	77mg/dL
	Creatinina	0.78 mg/dL

**3.1.7. TRATAMIENTO E INDICACIONES**

MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	FRECUENCIA
Dx 5%	1000ml	EV	45 gotas/X <sup>1</sup>
Nacl 20 %	2 Amp.	EV	45 gotas/X <sup>1</sup>
CIK 20%	1 Amp.	EV	45 gotas/X <sup>1</sup>
Solución Analgésica	1000ml	EV	14 gotas X <sup>1</sup>
Clindamicina	600 mg	EV	C/8 horas
Ceftriaxona	2 g	EV	C/8 horas
Ranitidina	50 mg	EV	C/8 horas

### 3.1.8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CONFRONTACIÓN CON LA LITERATURA	CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA
Paciente refiere dolor en zona de herida operatoria, quejumbroso	El dolor es una experiencia universal, compleja y subjetiva que suele estar relacionado con algún tipo de lesión de tejido y actúa como señal de aviso, mediante los nociceptores, los que liberan las diversas sustancias químicas (histamina, sustancia P, colinesterasa, bradicinina y prostaglandinas), que una vez liberadas sensibilizan las terminaciones nerviosas que transmiten los impulsos dolorosos a los niveles cerebrales superiores para luego percibirse subjetivamente. El dolor post-operatorio intenso se ha asociado a un incremento de los niveles circulantes de catecolaminas que daría lugar a un incremento de la presión arterial y podría causar arritmia cardíaca, además de reducir la función pulmonar aumentando el consumo de oxígeno y disminuyendo la energía del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración del patrón comodidad y confort: Dolor R/C liberación de los nociceptores (histamina, sustancia P, Prostaglandinas) A/A efectos de la cirugía M/P Paciente refiere dolor en zona de herida operatoria, quejumbroso.</li> </ul>
Respiraciones rápidas y superficiales.	Las complicaciones pulmonares se encuentran entre los problemas más graves y frecuentes que enfrenta el paciente quirúrgico, a menudo debido a los efectos de los anestésicos, las respiraciones son lentas, las respiraciones rápidas y superficiales pueden deberse al dolor. Los pacientes que recibieron anestesia prolongada suelen estar inconscientes, con todos los músculos relajados, ésta relajación abarca los músculos de la faringe de modo que al estar la persona en posición dorsal, el maxilar inferior y la lengua se desplazan hacia atrás, lo que puede obstruir de manera más o menos completa las vías respiratorias y debido a que los movimientos torácicos y diafragmáticos no significan necesariamente que el individuo esté respirando, la única forma de saber a ciencia cierta si ésta respirando es colando la palma de mano sobre su boca y nariz a fin de sentir su aliento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración del patrón respiratorio R/C relajación de los músculos respiratorios por efectos de los anestésicos A/A dolor y reposo en cama M/P Respiraciones rápida y superficial.</li> </ul>
Vómitos 300cc, pérdidas insensibles, respiraciones rápidas, mucosas orales semihidratadas, BHE + 560	En circunstancias normales, el cuerpo conserva un equilibrio de líquidos y electrolitos muy preciso pero cuando diversos problemas de salud atacan al organismo puede ocurrir desequilibrios graves. Una cirugía siempre causa la pérdida de líquidos corporales, vasos sanguíneos, espacio intersticial y células porque se cortan los tejidos, además la cirugía también ocasiona el desequilibrio electrolítico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración del patrón hidroelectrolítico en déficit R/C cambios en el volumen circulante, pérdida excesiva de líquidos y electrolitos A/A estrés de la cirugía M/P mucosas orales semihidratadas, BHE + 560, vómitos 300cc.</li> </ul>

<p>Herida operatoria de aproximadamente 5 cm en fosa iliaca derecha.</p>	<p>La piel es el órgano más grande del cuerpo que protege al organismo frente a la pérdida excesiva de agua, agentes ambientales (bacterias, virus), productos químicos o radiación ultravioleta; la piel posee la función extremadamente importante de reaccionar inmunológicamente frente a los microorganismos que pueden causar infección. Por intervención quirúrgica se pierde la integridad cutánea, disminuyendo la protección del organismo frente a infecciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de la integridad cutánea R/C discontinuidad del tejido A/A incisión quirúrgica M/P herida operatoria en fosa iliaca derecha.</li> </ul>
<p>Dificultad para la deambulación, dolor</p>	<p>Nada es más incómodo que el dolor en el área del abdomen. Puede variar desde sordo ó quemante hasta agudo y punzante, y todos los matices, afortunadamente, los tipos más frecuentes de dolor por lo general no ponen en peligro la vida humana. El dolor muscular es una de las causas más frecuentes de dolor intolerable y de limitación del movimiento, éste dolor suele ser persistente y los tratamientos resultan ineficaces. Un elemento adicional importante es que con suma frecuencia el dolor muscular tiene su origen en estructuras u órganos distantes, focos imitativos en cualquier lugar del cuerpo (heridas operatorias, cicatrices, procesos inflamatorios antiguos) que pueden predisponer al desarrollo de trastornos a distancia o alterar el equilibrio natural y modificar el flujo de información necesario para mantener el estado de salud. Producto del intenso dolor que impide a que el paciente realice movimiento o deambule adecuadamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración del patrón actividad ejercicio R/C dolor en zona de herida operatoria A/A incisión quirúrgica M/P dificultad para la deambulación.</li> </ul>
<p>Herida operatoria, vía endovenosa.</p>	<p>Aunque se mantenga una técnica aséptica estricta para reducir al mínimo la contaminación bacteriana, todas las heridas sufren un cierto grado de contaminación post-operatorio dando lugar a lo que se conoce como infección, alterando el proceso de cicatrización, debido a la prolongación de la fase inflamatoria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de alteración del patrón percepción mantenimiento de la salud: Infección R/C invasión bacteriana en el torrente sanguíneo A/A a herida operatoria y/o procedimientos invasivos (vía venosa)</li> </ul>
<p>Restricción de dieta (NPO), incisión quirúrgica, anorexia, vómitos, sensación nauseosa.</p>	<p>Muchos pacientes quirúrgicos desarrollan una malnutrición que contribuye al retraso en la cicatrización de las heridas, en la prolongación del tiempo de recuperación y a un mayor número de complicaciones post-operatorias, pues tras la cirugía se produce un brusco incremento de las demandas metabólicas de grasa, carbohidratos y proteínas para cubrir las necesidades y formar el tejido necesario para la cicatrización, esto asociado a que la mayoría de los pacientes quirúrgicos no toleran alimentos ni líquidos por un tiempo variable, además los efectos anestésicos causan vómitos, todo esto favoreciendo a la alteración del patrón nutricional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de alteración del patrón nutricional: en déficit R/C ingesta de nutrientes menor a los requerimientos corporales, incremento de las necesidades calóricas del organismo A/A restricción de dieta (NPO), incisión quirúrgica.</li> </ul>

<p>↓ Peristaltismo, paciente no elimina heces fecales durante estancia hospitalaria.</p>	<p>El estreñimiento se debe a una disminución del peristaltismo a consecuencia de la administración de analgésicos o alteración en la ingesta dietética, respuesta al estrés a la cirugía, manipulación de los órganos durante la cirugía, por lo que en los pacientes post-operados es importante monitorizar la función intestinal (signo de íleo paralítico) e iniciar un tratamiento antes que se desarrolle estreñimiento grave o se produzca una impactación de heces.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de alteración del patrón de eliminación gastrointestinal R/C manipulación de los intestinos durante el proceso operatorio A/A paciente postrado en cama.</li> </ul>
<p>Dificultad para conciliar el sueño y disminuido en número de horas.</p>	<p>El sueño es parte esencial de la vida del hombre y constituye un tercio de su tiempo, ya que todas las células del cuerpo necesitan un periodo de inactividad para recuperarse y renovarse. La mayoría de las personas tienen dificultad para conciliar el sueño por lo general durante los periodos de estrés y ansiedad, por ejemplo la persona que ha ingresado recientemente al hospital está sometida a un estrés que le causa llegar a un ambiente extraño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración del patrón reposo sueño R/C preocupación por estado de salud comprometido, efectos de la cirugía A/A ambiente hospitalario M/P dificultad para conciliar el sueño y disminuido en número de horas.</li> </ul>
<p>Facies ansiosas, temor</p>	<p>Gran parte de la auto estimación de una persona se deriva de cómo percibe su bienestar físico: "<i>imagen corporal</i>", y se refleja tanto en el cuadro mental que tiene de sí misma como sus actitudes hacia su cuerpo, es así que las personas enfermas o que por alguna razón han buscado ayuda de los profesionales de la salud, siempre están un poco inseguros y en ocasiones mucho, en particular si su mundo se ha vuelto al revés por alguna enfermedad o accidente repentino que requiere hospitalización; por lo tanto es responsabilidad primaria de la enfermera es cuidar a la persona para ayudarle a sentirse segura y apoyar su confianza y respeto en sí misma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración del patrón afrontamiento tolerancia al estrés: Ansiedad R/C déficit de conocimiento del proceso de la enfermedad, tratamiento, cambios de imagen corporal M/P facies ansiosas, temor.</li> </ul>

### 3.2. DIAGNÓSTICO

- \* Alteración del patrón comodidad y confort: Dolor R/C liberación de los nociceptores (histamina, sustancia P, Prostaglandinas) A/A efectos de la cirugía M/P Paciente refiere dolor en zona de herida operatoria, quejumbroso.
- \* Alteración del patrón respiratorio R/C relajación de los músculos respiratorios por efectos de los anestésicos A/A dolor y reposo en cama M/P Respiraciones rápida y superficial.
- \* Alteración del patrón hidroelectrolítico en déficit R/C cambios en el volumen circulante, pérdida excesiva de líquidos y electrolitos A/A estrés de la cirugía M/P mucosas orales semihidratadas, BHE + 560, vómitos 300cc.
- \* Alteración de la integridad cutánea R/C discontinuidad del tejido A/A incisión quirúrgica M/P herida operatoria en fosa iliaca derecha.
- \* Alteración del patrón actividad ejercicio R/C dolor en zona de herida operatoria A/A incisión quirúrgica M/P dificultad para la deambulación.
- \* Alteración del patrón reposo sueño R/C preocupación por estado de salud comprometido, efectos de la cirugía A/A ambiente hospitalario M/P dificultad para conciliar el sueño y disminuido en número de horas.
- \* Alteración del patrón afrontamiento tolerancia al estrés: Ansiedad R/C déficit de conocimiento del proceso de la enfermedad, tratamiento, cambios de imagen corporal M/P facies ansiosas, temor.
- \* Riesgo de alteración del patrón percepción mantenimiento de la salud: Infección R/C invasión bacteriana en el torrente sanguíneo A/A a herida operatoria y/o procedimientos invasivos (vía venosa)
- \* Riesgo de alteración del patrón nutricional: en déficit R/C ingesta de nutrientes menor a los requerimientos corporales, incremento de las necesidades calóricas del organismo A/A restricción de dieta (NPO), incisión quirúrgica.
- \* Riesgo de alteración del patrón de eliminación gastrointestinal R/C manipulación de los intestinos durante el proceso operatorio A/A paciente postrado en cama.

### 3.3. PLANIFICACIÓN

**3.3.1. DIAGNÓSTICO** : Alteración del patrón comodidad y confort: dolor R/C liberación de los nociceptores (histamina, sustancia P, Prostaglandinas) A/A efectos de la cirugía M/P paciente refiere dolor en zona de herida operatoria, quejumbroso.

**OBJETIVO** : Disminuir la percepción del dolor del paciente.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente manifestará que el dolor ha disminuido.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
1. Valorar las características del dolor: localización, intensidad (escala del 1 al 10) y duración.	1. Permite determinar el tipo de dolor (leve, moderado o severo) que presenta el paciente.
2. Controlar signos vitales con énfasis en FC y P/A.	2. El dolor intenso estimula la respuesta al estrés afectando negativamente el sistema cardiaco, ya que al transmitirse los impulsos dolorosos incrementa la tensión muscular y la vasoconstricción local.
3. Colocar en posición semifowler.	3. Reduce la tensión de la herida y los órganos abdominales, por lo que disminuye la percepción del dolor.
4. Perfundir solución analgésica a 14 gotas X <sup>i</sup> (según prescripción médica)	4. Solución que permite el alivio del dolor sin la pérdida de conciencia.
5. Enseñar a moverse sujetando la herida.	5. Reduce la tensión en la herida y en los órganos abdominales ayudando a disminuir el dolor, incrementando la sensación de control.
6. Enseñar ejercicios de relajación. (Respiración alternando las fosas nasales)	6. Reduce la respuesta hipotalámica al estrés, favoreciendo la disminución de percepción del dolor.

**3.3.2. DIAGNÓSTICO** : Alteración del patrón respiratorio R/C relajación de los músculos respiratorios por efectos de los anestésicos A/A dolor y reposo en cama M/P Respiraciones rápida y superficial.

**OBJETIVO** : Restablecer el adecuado funcionamiento del patrón respiratorio.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente con frecuencia respiratoria dentro de los parámetros normales.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
1. Valorar el grado de dificultad respiratoria.	1. Permite identificar alteraciones y actuar oportunamente, ya que las complicaciones pulmonares se encuentra entre los problemas más graves que enfrente el paciente quirúrgico.
2. Controlar signos vitales con énfasis en FR.	2. Permite identificar posibles alteraciones y actuar oportunamente.
3. Animar al paciente a cambio de posición y respirar profundamente.	3. Evita el estancamiento de las secreciones (Congestión pulmonar postática), causado por un sistema cardiovascular débil.
4. Incentivar al uso de un espirómetro.	4. Permite que el paciente aprenda a controlar y determinar la efectividad de sus esfuerzos respiratorios, incrementado su capacidad respiratoria pulmonar.
5. Animar al paciente a la deambulación en cuanto sea posible.	5. La ambulación aumenta la ventilación y reduce la acumulación de secreciones bronquiales en las vías respiratorias.

**3.3.3. DIAGNÓSTICO** : Alteración del patrón hidroelectrolítico en déficit R/C cambios en el volumen circulante, pérdida excesiva de líquidos y electrolitos A/A estrés de la cirugía M/P mucosas orales semihidratadas, drenaje cc, BHE

**OBJETIVO** : Restituir la pérdida de líquidos y electrolitos.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente con mucosas hidratadas, BHE dentro de los parámetros normales (0 a +- 200)

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. valorar el estado de hidratación del paciente: mucosas, piel.</li> <li>2. Perfundir Dextrosa 5% 1000cc + 2 amp de hipersodio + 1 amp. De kalium a XXX gotas X<sup>l</sup>.</li> <li>3. Realizar BHE.</li> <li>4. Iniciar tolerancia oral con dieta líquida (Según prescripción médica)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Permite una actuación oportuna, eficaz y eficiente, basado en la calidad de atención.</li> <li>2. Permite la reposición rápida de líquidos, electrolitos perdidos evitando la complicación del paciente.</li> <li>3. Permite evaluar estrictamente el ingreso y salida de líquidos.</li> <li>4. Permite restituir la pérdida de líquidos de manera fisiológica, favoreciendo la función renal adecuada.</li> </ol>

**3.3.4. DIAGNÓSTICO** : Alteración de la integridad cutánea R/C discontinuidad del tejido A/A incisión quirúrgica M/P herida operatoria en fosa iliaca derecha.

**OBJETIVO** : Promover la óptima cicatrización.

**CRITERIO RESULTADO:** Herida operatoria cicatriza, sin presentar infección.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
1. Valorar la discontinuidad de la piel	1. La valoración minuciosa y continua es de suma importancia ya que nos evidencia las alteraciones de la piel y esto nos ayuda a actuar oportunamente.
2. Lavado de manos antes y después de realizar la curación de la herida.	2. Evita la diseminación de microorganismos previniendo las infecciones cruzadas
3. Realizar curación de la herida operatoria, con soluciones antisépticas. (Según indicación médica)	3. Permite mantener limpia la herida favoreciendo la rápida cicatrización, eliminando los focos infecciosos.
4. Enseñar al paciente y/o familia la higiene adecuada de la herida operatoria.	4. La enseñanza es un conjunto de medios que sirve para la transmisión de un conocimiento, el adiestramiento a la persona que esta en responsabilidad del paciente se debe hacer con suma cautela ya que de esto dependerá el buen tratamiento y la recuperación del paciente.

**3.3.5. DIAGNÓSTICO** : Alteración del patrón actividad ejercicio R/C discontinuidad del tejido A/A dolor en zona de herida operatoria M/P dificultad para la deambulación.

**OBJETIVO** : Promover la deambulación.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente se moviliza con ayuda.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>
1. Valorar la respuesta del paciente a la actividad.	1. Permite evaluar los cambios a las respuestas fisiológicas, detectando respuestas anormales.
2. Realizar cambios posturales cada dos horas.	2. Mejora la circulación sanguínea.
3. Fomentar la actividad gradual (en cama, sentado, ortostática) dirigido por la tolerancia del paciente.	3. Favorece el funcionamiento fisiológico y reduce el incremento brusco del dolor.
4. Promover la deambulación.	4. La deambulación temprana reduce las complicaciones posoperatorias, favoreciendo su rápida recuperación, disminuyendo el tiempo de estancia hospitalaria.

**3.3.6. DIAGNÓSTICO** : Alteración del patrón reposo sueño R/C preocupación por estado de salud comprometido, efectos de la cirugía A/A ambiente hospitalario M/P dificultad para conciliar el sueño y disminuido en número de horas.

**OBJETIVO** : Restablecer el patrón de reposo sueño

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente refiere haber conciliado el sueño

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>
1. Valorar y documentar los patrones de sueño diurno y nocturnos; comparando el patrón actual con los hábitos usuales del sueño antes del episodio de alteración.	1. Una valoración precisa permite a la enfermera y al cliente determinar la naturaleza exacta de la alteración.
2. Proporcionar las medidas de comodidad y confort (ambiente tranquilo y silencioso durante los periodos de sueño, masajes en determinadas zonas del cuerpo).	2. Medidas que favorecen a conciliar fácilmente el sueño.
3. Motivar al paciente a expresar sus temores y preocupaciones.	3. Disminuye el grado de ansiedad, factor causal de la dificultad para conciliar el sueño
4. Incrementar las actividades durante el día.	4. Favorece el desgaste de energía y la conciliación del sueño durante la noche.
5. Brindar apoyo emocional al paciente.	5. Permite tranquilizar al paciente, disminuyendo sus preocupaciones y ansiedad.

**3.3.7. DIAGNÓSTICO** : Alteración del patrón afrontamiento tolerancia al estrés: ansiedad R/C déficit de conocimiento del proceso de la enfermedad, tratamiento, cambios de imagen corporal M/P facies ansiosas, temor.

**OBJETIVO** : Disminuir la ansiedad

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente se muestra tranquilo.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar la comprensión de las causas, consecuencias y tratamiento de su enfermedad.</li> <li>2. Valorar la reacción del paciente y su familia a la enfermedad y su tratamiento.</li> <li>3. Valorar la relación del paciente con los miembros de la familia que mas apego.</li> <li>4. Valorar los patrones del paciente y sus familiares para afrontar la situación.</li>   <li>5. Ayudar al paciente a identificar la manera de incorporarse a la vida cotidiana, los cambios relacionados con la enfermedad y su tratamiento.</li> <li>6. Brindar información acerca de los cuidados que debe tener al alta hospitalaria. (Sesión educativa: Soporte nutricional en el Pos-operado de Apendicectomía y Lo que debe saber el Pos-Operado de Apendicectomía)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La información base se utiliza para ampliar las explicaciones y la enseñanza.</li> <li>2. Proporciona información sobre los problemas que enfrentan el paciente y su familia para modificar su estilo de vida.</li> <li>3. Permite identificar los puntos fuertes y el apoyo con el que cuenta el paciente y la familia.</li> <li>4. Permite identificar los patrones para afrontar la situación que en el pasado fueron efectivos y pueden ser potencialmente destructivos por las restricciones impuestas por la enfermedad y el tratamiento.</li> <li>5. Permite que el paciente pueda percatarse de que su vida no tiene que girar en torno a la enfermedad.</li> <li>6. Disminuye la ansiedad del paciente, ya que los conocimientos brindan seguridad, asimismo permitirá la adecuada recuperación pos-operatoria evitando las complicaciones.</li> </ol>

**3.3.8. DIAGNÓSTICO** : Riesgo de Alteración del patrón percepción mantenimiento de la salud: Infección R/C invasión bacteriana en el torrente sanguíneo A/A a herida operatoria y/o procedimientos invasivos (vía venosa)

**OBJETIVO** : Disminuir el riesgo a infección.

**CRITERIO RESULTADO:** Herida operatoria sin signos de infección, Hemograma dentro de los parámetros normales.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavado de manos antes y después de atender al paciente.</li> <li>2. Valorar los factores de riesgo a infección (ambiente, heridas, vías venosas, higiene, estado nutricional)</li> <li>3. Control de signos vitales: FR, FC, P/A con énfasis en T<sup>0</sup>C.</li> <li>4. Valorar diariamente la herida operatoria: T<sup>0</sup> local, ↑ drenaje purulento, separación de los bordes de la herida, inflamación o edema local.</li> <li>5. Valorar el punto de inserción de las vía venosas.</li> <li>6. Mantener la herida operatoria limpia y seca y realizar curación según prescripción médica.</li> <li>7. Administrar antibióticos según prescripción médica               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceftriaxona 2 g. EV C/ 24 horas</li> <li>• Clindamicina 600 mg. EV C/ 8 horas</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evita la diseminación de microorganismos previniendo las infecciones cruzadas.</li> <li>2. Permite identificar los factores de riesgo y una intervención rápida y oportuna del personal de salud.</li> <li>3. Proporciona claves en relación al estado del paciente: febrícula en los tres primeros días post-operado está asociado a la respuesta inflamatoria normal pero si persiste por más tiempo evidencia inicios de una infección.</li> <li>4. Permite identificar signos de infección y actuar oportunamente.</li> <li>5. Permite identificar signos de flebitis y realizar cuidados oportunos para su prevención ya que estas vías son puerta de entrada de microorganismos patógenos al organismo.</li> <li>6. Reduce el riesgo de infección, la humedad es un medio de cultivo que favorece el desarrollo de microorganismos.</li> <li>7. Para la prevención y/o tratamiento de las infecciones producidas por bacterias.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiótico que inhibe la síntesis de la unión entre las cadenas polipépticas que permiten la rigidez de la pared bacteriana.</li> <li>• Bacteriostático/ bactericida que inhibe la síntesis de la subunidad ribosómica 50 S bacteriana inhibiendo la formación de las uniones peptídicas.</li> </ul> </li> </ol>

**3.3.9. DIAGNÓSTICO** : Riesgo de alteración del patrón nutricional: en déficit R/C ingesta de nutrientes menor a los requerimientos corporales, incremento de las necesidades calóricas del organismo A/A restricción de dieta (NPO), incisión quirúrgica.

**OBJETIVO** : Mantener el consumo adecuado de nutrientes.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente con IMC dentro de los parámetros normales.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar el estado nutricional del paciente (presencia de vómitos, náuseas).</li> <li>5. Perfundir Dextrosa 5% 1000cc + 2 amp de hipersodio + 1 amp. De kalium a XXX gotas X<sup>1</sup>.</li> <li>2. Administrar protector gástrico (Según prescripción médica): Ranitidina 50 mg EV. C/8 Horas.</li> <li>3. Iniciar tolerancia oral del paciente.</li> <li>4. Brindar al paciente una dieta rica en proteínas, vitaminas y fibra.</li> <li>5. Estimular la actividad física y el movimiento.</li> <li>6. Limitar las visiones y estímulos desagradables: Ansiedad, dolor, cambios bruscos de posición.</li> <li>7. Tan pronto como sea posible pasar de los narcóticos (empleados en la intervención quirúrgica) a otro tipo de analgésicos según prescripción médica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Permite identificar los factores que interfieren en la adecuada nutrición.</li> <li>2. Permite que el paciente reciba una solución isotónica rehidratante y energética que aporta líquidos y carbohidratos más la administración de electrolitos, evitando de ésta manera la pérdida de nutrientes en el organismo.</li> <li>3. Antiulceroso Que bloquea competitivamente el receptor de histamina H2, inhibe la secreción ácida basal y la estimulada por el nervio vago, alimentos, cafeína, pentagastrina.</li> <li>4. Permite evaluar la tolerancia a los líquidos lo que posteriormente se transformará a dieta líquida, dieta blanda y dieta completa.</li> <li>5. Favorece la rápida cicatrización de la herida operatoria, previene el estreñimiento.</li> <li>6. Permite mejorar el apetito.</li> <li>7. Causan estimulación cortical en la zona desencadenante de los quimiorreceptores que provocan el vómito.</li> <li>8. Disminuye la estimulación cortical de la zona desencadenante de los quimiorreceptores medulares que provocan vómito causado por los narcóticos.</li> </ol>

**3.3.10. DIAGNÓSTICO** : Riesgo de Alteración del Patrón de eliminación Gastrointestinal R/C manipulación de los intestinos durante el proceso operatorio A/A paciente postrado en cama.

**OBJETIVO** : Disminuir el riesgo de estreñimiento.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente realiza deposiciones sin dificultades.

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>
1. Valorar la frecuencia, el número y las características de la deposición en el post-operatorio.	1. Permite identificar los signos de estreñimiento.
2. Brindar líquidos y una dieta rica en fibra.	2. Permite recuperar la motilidad gastrointestinal, previene el estreñimiento.
3. Fomentar la actividad y la ambulación.	3. Favorece el peristaltismo.
4. Comunicar al médico si no se auscultan ruidos intestinales (10 horas), o no hay deposiciones 2-3 días post-operatorio.	4. Permite actuar de forma oportuna y correctamente evitando el estreñimiento grave o la impactación de las heces.
5. Enseñar al paciente la importancia del consumo de una dieta rica en fibra.	5. Permite concientizar al paciente y su colaboración en la recuperación de su salud.

### 3.4. EJECUCIÓN

FECHA	HORA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	
06-10-09	7:00 am.	Lavado de manos antes y después de atender al paciente.	
		Controlar signos vitales: FC, FR, P/A y T <sup>0</sup> C	
		Valorar las características del dolor: localización, intensidad (escala del 1 al 10) y duración.	
		Valorar el estado de hidratación del paciente: Piel y mucosas.	
		Valorar la discontinuidad de la piel.	
		Valorar la respuesta del paciente a la actividad.	
		Valorar y documentar los patrones de sueño diurno y nocturnos; comparando el patrón actual con los hábitos usuales del sueño antes del episodio de alteración.	
		Valorar la reacción del paciente y su familia a la enfermedad y su tratamiento.	
		Valorar la comprensión de las causas, consecuencias y tratamiento de su enfermedad.	
		Valorar los factores de riesgo a infección (ambiente, heridas, vías venosas, higiene, estado nutricional).	
		Valorar el estado nutricional del paciente (presencia de vómitos, náuseas).	
		Colocar en posición semifowler.	
		Perfundir Dextrosa 5% 1000cc + 2 amp de Hipersodio + 1 amp. Kalium a XXX gotas X <sup>1</sup>	
		Perfundir solución analgésica a XIV gotas X <sup>1</sup> (según prescripción médica)	
		7:15 am.	Enseñar ejercicios de relajación. (Respiración alternando las fosas nasales)
	Animar al paciente a cambio de posición y respirar profundamente.		
	Incentivar al uso de un espirómetro		
	Realizar BHE.		
	Enseñar al paciente y/o familia la higiene adecuada de la herida operatoria.		
	Animar al paciente a la deambulación en cuanto sea posible.		
	Fomentar la actividad gradual (en cama, sentado, ortostática) dirigido por la tolerancia del paciente.		
	Enseñar a moverse sujetando la herida.		
	Ayudar al paciente a identificar la manera de incorporarse a la vida cotidiana, los cambios relacionados con la enfermedad y su tratamiento.		
	Enseñar al paciente la importancia del consumo de una dieta rica en fibra.		
	4:30 pm		Brindar información acerca de los cuidados que debe tener al alta hospitalaria. (Sesión educativa: Soporte nutricional en el Pos-operado de Apendicectomía y Lo que debe saber el Pos-Operado de Apendicectomía)

### 3.5. EVALUACIÓN

ETAPAS DEL PROCESO	EVALUACIÓN
<b>VALORACIÓN</b>	Se realizó de la siguiente manera: * La captación del paciente se llevó a cabo en el servicio de Cirugía del H.R.V.F. * Se realizó el examen físico integral al paciente * Se realizó la valoración de los patrones funcionales de salud, gracias a la colaboración del paciente y los familiares
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Cada uno de los diagnósticos se plateó después de un minucioso análisis, presentándose los más importantes de acuerdo a su priorización.
<b>PLANIFICACIÓN</b>	Esta se realizó de acuerdo a los diagnósticos presentados priorizando acciones del personal de enfermería en las áreas física, biológica y psicológica tanto del paciente como de los familiares.
<b>EJECUCIÓN</b>	* Se logró brindar una atención integral al paciente, gracias a la colaboración del personal que labora en el servicio, ya que me brindaron las facilidades para realizar la atención al paciente. * Se logró orientar a los familiares acerca de los cuidados que debe recibir el paciente.
<b>EVALUACIÓN</b>	Asimismo de todas las actividades programadas, se realizaron en un 80% lo cual fue provechoso para el estado de salud del paciente, el cual fue evolucionando favorablemente.

#### IV. DISCUSIÓN

Los pacientes sometidos a intervención quirúrgica ya sea programa o de urgencia se encuentran susceptibles de alguna forma a una reacción emocional negativa porque ante sus ojos, el procedimiento quirúrgico es una amenaza para su estilo de vida e integridad corporal, es entonces que el actuar de enfermería en el periodo Pos-Operatorio deben dirigirse a restablecer el equilibrio fisiológico del paciente, aliviar el dolor, prevenir complicaciones y enseñar los cuidados personales necesarios.

Los planes de cuidado de enfermería presentados, reflejan la experiencia adquirida durante el cuidado a un paciente *Post-Operado Mediato de Apendicectomía*, en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, la cual refleja que el paciente post-operado tiene dos alteraciones de suma importancia: la percepción del dolor y la dificultad para deambulación, lo cual no solamente está enfocada por efectos de la cirugía, sino que gran magnitud está asociado al nivel de ansiedad que presenta el paciente relacionado directamente con el déficit de conocimientos que tienen con respecto a la alteración que presenta y la manera como recuperarse.

## V. CONCLUSIÓN

El paciente post-operado hospitalizado a menudo es incapaz de realizar prácticamente cualquier actividad sin ayuda, limitado por el dolor, líneas intravenosas y lo más significativo por el temor de que si realiza cualquier actividad la herida operatoria se puede abrir, por lo que el rol de la enfermera educadora juega un papel muy importante para lograr la independencia del paciente, favoreciendo la recuperación de su salud en el menor tiempo.

## VI. RECOMENDACIÓN

El brindar cuidado de enfermería a un paciente implica considerarlo como un *“Todo Funcional”*, es decir la persona debe ser reconocida como una totalidad no es posible separar los componentes físico social y emocional de su salud, pues si el paciente requiere hospitalización prolongada se alejará involuntariamente de sus actividades normales con familiares y amigos, es entonces que se recomienda a la enfermera realizar una valoración minuciosa y detallada a fin de identificar alteraciones principalmente de índole emocional, ya que las alteraciones físicas generalmente son tratados por el personal médico restándole importancia al componente psicológico.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 7.1. C.SMELTETZER, Suzanne; G.BARE, Brenda y Col. (2004) “Brunner y Sudart: Tratado de Enfermería Médico Quirúrgica” 9ª ed. Edit. McGraw-Hill Interamericana. México. Pág: 402-410, 999-1004.
- 7.2. GAUTLETT BEARE, Patricia y L. MYERS Judith. (1995) “El Tratado De Enfermería Mosby” 1era. Reimp. Edit. Moyby/Doyma Libros. España. Pág: 1750-1752.
- 7.3. FERRAINA, Pedro y ORAINA, Alejandro. (2008) “Cirugía de Michans” 5ª ed. Edit. El Ateneo. Buenos Aires-Argentina. Pág. 806-815.
- 7.4. DESCHAMPS, Jorje H. y ORTIZ, Frutos E. (2004). “Cirugía: Semiología, Fisiopatología y Clínica Quirúrgica” 2da. Reimp. Edit. El Ateneo. México. Pág.694-701.
- 7.5. KOTCHER FULLER, Joanna y NESS, Elizabet. (2007) “Instrumentación Quirúrgica: Teoría, Técnicas y Procedimientos”. 4ªed. Edit. Médica Panamericana. México. Pág. 503-509.
- 7.6. MANUAL MERK. (1994) “Apendicitis Aguda” 9ª ed. Edit. McGraw-Hill. Barcelona España. Pág. 254-257.
- 7.7. SURÓZ A. (2001) “Semiología Médica y Técnica Exploratoria” 8ª ed. Edit. Masón Barcelona – España. Pág. 512-513.
- 7.8. NANDA. (2004). “Diagnóstico Enfermero: Definiciones y Clasificaciones” Ed. El Sevier. Madrid- España. Pág. 96, 103, 204.
- 7.9. DuGAS.(2000) “Tratado de Enfermería Práctica”. 4ª ed. Ed. Mc Graw- Hill. México. Pág. 47, 59,203, 506.
- 7.10. VADEMECÚM MÉDICO Del PERÚ. (2005). “La Revista Médica”. Lima- Perú.Pág. 99, 404, 640.
- 7.11. KURT BERRY, Ingram. (2007) “Apendicitis Aguda Perforada: Manejo de la Herida Cerrada en el Departamento de Cirugía General” Nicaragua. Disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revista/2007/13/2007-08-10.htm> (Acceso 28-09-2009)

**ANEXOS**

VIII. ANEXOS

A) NOTAS DE ENFERMERÍA

T (M)

06-10-2009 7:00 am: Pte. adulto joven de 24 años, sexo (M), se encuentra en ambiente común 279, unidad E, del servicio de Cirugía del H.R.V.F con Dx. Médico: PO de Apendicectomía de 20 horas de evolución, en posición de cúbito dorsal, LOTEF, se observa AREG, AREN, AREH, despierto, quejumbroso, presenta V.E permeable en M.S.I con llave de triple vía, conectado a fco. de solución: Dx. 5% 1000cc AD con 2amp. H + 1amp. K, perfundiendo a xxx gts x', con 1000 ccpp; Fco. Solución analgésica perfundiendo a xiv gts x' con 810 ccpp. Al CSV: FR: 26x', FC: 68x', P/A: 100/60 mmHg, T°C oral: 37°C.

7:05 am: Al Examen físico presenta cabeza normocéfala, cabello negro con buena implantación, ojos espaciados simétricamente, pupilas fotorreactivas, CAE permeable con escasa secreción de mucosa, fosa nasal permeable, mucosa oral semihidratada, lengua móvil, seborreica, cuello corto, cilíndrico, móvil, simétrico; tórax cilíndrico simétrico, PCR, movimientos respiratorios simétricos y superficiales: Abdomen B/D doloroso a la palpación, presenta H.O en fosa ilíaca derecha, cubierto con apósito manchado con secreción serosanguinolenta, MS móvil.

7:15 am: Se incentiva y apoya al pte. a movilizarse, se muestra quejumbroso al intentar movilizar, se brinda educación en: "Cuidados que debe tener para favorecer pronta recuperación".

7:45 am: Pte. queda en su unidad, estable, tranquilo con V.E permeable.

## B) TARJETAS FARMACOLÓGICAS

### **DEXTROSA 5%** **(Solución Glucosada Isotónica)**

**MECANISMO DE ACCIÓN** : Solución isotónica rehidratante y energética con aporte de 200 cal por litro y 278 milosmoles/ litro. Aporta líquidos y carbohidratos, disminuye el catabolismo protéico y es la única fuente de energía del sistema nervioso.

**INDICACIONES** : Tratamiento y prevención de los estados que causan depleción de carbohidratos y líquidos en los cuales la administración oral es inadecuada e insuficiente. Alimentación parenteral post-operatorio.

**REACCIÓN ADVERSA** : Hiperglucemia, glucosuria, alteraciones hidroelectrolíticas como hipocalcemia, hipofosfatemia, hipomagnesemia intoxicación por el agua. El consumo de altas concentraciones en algunos pacientes puede provocar náuseas y vómitos.

**PRESENTACIÓN** :

Fco. 500- 1000 ml

### **CLORURO DE SODIO 20 %**

**MECANISMO DE ACCIÓN** : Solución fisiológica Hipertónica, inyectable que proporciona iones intracelulares más importantes y cercas a las fisiológicas

**INDICACIONES** : Hiponatremia

**REACCIÓN ADVERSA** : puede llevar a acumular sodio y producción de edema.

**PRESENTACIÓN** : Amp. X20ml=6: mEq (20%)  
Amp x 21.5ml=73./mEq

**POSOLOGÍA** : Reg. Basales de sodio  
1-3mEq kg/día 40/60mEq./m<sup>2</sup>7 día

## **CLORURO DE POTASIO 14.9 %**

Suplemento de potasio.

**MECANISMO DE ACCIÓN** : El potasio es el catión predominante en el interior de la célula, el contenido intracelular de sodio es relativamente bajo. En Líquido intracelular predomina el sodio y el contenido de potasio es bajo, una enzima ligada a la membrana adenosintrifosfatasa Na-K dependiente, transportan en forma activa sodio al exterior y potasio al interior de la células para mantener los gradientes de concentración, estos son necesarios para la conclusión de los impulsos nerviosos en tejidos especiales como el corazón, cerebro y músculo esquelético y para mantener la función renal normal y el equilibrio ácido base.

**INDICACIONES** : Hipopotasemia con alcalosis metabólica, intoxicación digitálica, ascitis, diarrea severa, nefropatía con pérdida de potasio.

**REACCIÓN ADVERSA** : Diarrea, náuseas y vómitos son de incidencia rara, confusión, F.C irregular, disnea, ansiedad cansancio, debilidad.

**PRESENTACIÓN** : Amp. X 10ml=20mEq

## **RANITIDINA**

**(Zantac, Atural, Ranitas, Ulcip)**  
**Antagonistas de los receptores H<sub>2</sub> / Antiulceroso**

**MECANISMO DE ACCIÓN** : Bloquea competitivamente los receptores de las histaminas H<sub>2</sub>, inhibe la secreción ácida basal y la que son estimuladas por el nervio vago, alimentos, cafeína, pentagastrina.

**INDICACIONES** : Úlcera duodenal, ulcera gástrica, esofagitis de reflujo, hemorragia digestiva, síndrome de Zollinger.

**REACCIÓN ADVERSA** : Hipotensión transitoria, rash, alopecia, diarrea, náuseas, vómitos, artralgias, insomnios, palidez.

**PRESENTACIÓN** :

Tab. 150- 300 mg  
Comp. 150- 300 mg  
Amp. 50mg/  
Tab. Eferv. 150- 300 mg

**POSOLÓGIA** :

Adultos : 150 – 300 mg V.O / 50 mg IM/EV C/ 6 h / infusión 6.25 mg/h

## CLINDAMICINA

(Clindacin, Ladacin C, Ladacin C Fosfato)  
*Lincosamina/Antibiótico*

**MECANISMO DE ACCIÓN** : Bacteriostático o bactericida a concentraciones elevadas, interfiere en las síntesis de proteínas en bacterias sensibles al fijarse en la subunidad 50 S. de los ribosomas de las bacterias, impidiendo la formación de las uniones peptídicas.

**INDICACIONES** : Infecciones por microorganismos susceptibles, tratamiento de infecciones respiratorias incluyendo neumonía y absceso pulmonar, otitis media crónica supurada, sinusitis, infecciones de la piel y tejido blando.

**REACCIÓN ADVERSA** : Rash, prurito, eritema, colitis pseudomembranosa, vómitos, diarrea, dolor abdominal, sabor metálico, esofagitis, ictericia, flatulencia, melena, trombocitopenia, eosinofilia, hipersensibilidad, fiebre, reacciones anafiláticas severas.

**PRESENTACIÓN** :

Amp. 600 mg/ 4ml  
Cap. 75-300 mg.

**POSOLOGÍA** :

Adultos : 150 – 300 mg V.O / C/ 6 h o 300-600 mg IM/EV C/ 6 h.

## **CEFTRIAXONA**

**(Cefalogen, Rocephin, Cefotal)**  
*Cefalosporina de 3era generación/Antibiótico*

**MECANISMO DE ACCIÓN** : Inhibe la síntesis de la pared bacteriana al impedir la formación de las uniones entre las cadenas de peptidoglicanos, que permiten la estabilidad de la pared, disminuyendo su resistencia y rigidez.

**INDICACIONES** : Infecciones por gérmenes sensibles del tracto respiratorio inferior, urinarias, de la piel y tejidos blandos intraabdominales incluyendo peritonitis, osteoarticulares, meningitis, septicemia, EPI.

**REACCIÓN ADVERSA** : Rash, prurito, diaforesis, colitis psuedomebranosas, diarrea leve, náuseas, vómitos, cefalea, flujo vaginal.

**PRESENTACIÓN** :

Fco. Amp.: 250mg. 1g. IM

Fco. Amp.: 500mg. 1- 2g. EV

**POSOLOGÍA** :

Adultos : 1-2 g. IM/EV C/24 horas. Alternativamente 500mg- 1g. C/12 horas.



## PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N°01

### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- \* **Tema** : “Soporte Nutricional del Post-Operado de Apendicectomía Para el Alta Hospitalaria”
- \* **Dirigido a** : **Paciente y/o familiares**
- \* **A cargo de** : Bach. Enf. Erma, LUCANA ZUTA
- \* **Lugar** : Unidad del Paciente /Servicio de Cirugía del Hospital Regional Virgen de Fátima
- \* **Fecha** : 06/10/2009
- \* **Hora** : 4:30-4:45 pm.
- \* **Duración** : 15 minutos

### II. FINALIDAD

Optimizar la recuperación adecuada del paciente post-operado y se reintegre a su vida cotidiana sin dificultad alguna.

### III. OBJETIVOS

- \* Garantizar una adecuada alimentación del paciente post-operado de Apendicectomía a su alta hospitalaria.
- \* Disminuir el riesgo de complicaciones por la herida operatoria.

### IV. RECURSOS

- \* **Humanos** : Bach. Enf. Erma Lucana Zuta
- \* **Institucionales** : Unidad del Paciente /Servicio de Cirugía del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.
- \* **Materiales** : Material de escritorio, tríptico informativo alusivo al tema

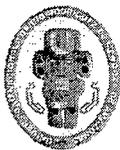
### V. METODOLOGIA

- \* **Motivación** : Se dará inicio la sesión educativa, pidiendo la opinión de la participante sobre la importancia de los temas a desarrollar.
- \* **Desarrollo del Tema** : El desarrollo del tema será Expositivo-Teórico-Práctico utilizando el tríptico.
- \* **Evaluación** : La evaluación se hará a través de preguntas directas.

### VI. CONTENIDO

#### CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Una vez que llegas a casa tienes que empezar con una dieta blanda.
- Lo ideal es comer alimentos muy sanos y poco en grasas.
- La alimentación saludable es muy importante para recuperarte.



- Consumir alimentos de fácil digestión.
- Coma despacio y mastique bien los alimentos para facilitar su digestión.
- A lo largo de la semana varíe de menú para que su alimentación sea más equilibrada.
- Incrementar el consumo de proteínas (carne-pollo-pavo-huevos-pescado-mariscos-leche y sus derivados)
- Procure variar el tipo de carnes: Carnes magras (pollo, conejo, ternera, etc.), consúmalas de 4 a 5 veces por semana. Carnes grasas (cordero y cerdo): consúmalas unas 2 a 3 veces por semana, pescados (2 a 3 veces por semana)
- La forma de cocinar los alimentos ha de ser variada. No consuma alimentos fritos más de 3 veces por semana.
- Mantenga horarios regulares en las comidas y reparta las comidas a lo largo del día (mínimo de 4 comidas al día)
- Procure comer despacio y en un ambiente tranquilo.
- Repose sentado y tranquilo hasta una media hora después de la comida.
- Evite los alimentos muy calientes o los condimentos muy ácidos o picantes. (vinagre y la pimienta).

#### **PERFIL DE NUTRIENTES NECESARIOS PARA UN POST-OPERADO**

- Volumen de líquidos: 40-60 ml/kg
- Aporte calórico: 25-3Kcal/kg/día
- Aporte proteínas: mantenimiento 0,5-1 g/kg/día; en estrés moderado y leve, 1-1,5 g/kg/día y de 1,5 –2 g/kg/día en grave.
- Distribución de aporte calórico glucosa/lípidos: 50/50

#### **CONSECUENCIAS DE NO RESIBIR UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN**

- Retrasar la cicatrización y producir a apertura de la de la incisión quirúrgica (Dehiscencia), con posterior salida de intestinos.
- Favorecer las enfermedades infecciosas, ya que usted se encuentra susceptible a infecciones respiratorias, de la vía urinaria y de la herida quirúrgica.
- Mala recuperación: reducción de la fuerza muscular, función respiratoria, falta de adaptación al cambio impuesto por la cirugía, alteraciones inmunológicas.

#### **RECOMENDACIONES**

- Si ha perdido peso de manera involuntaria, o nota cambios en sus hábitos relacionados con la alimentación (por ejemplo, si nota que ha perdido el apetito) o presenta náuseas, vómitos, diarreas, etc., debe acudir a su médico. Este decidirá si le conviene una suplementación nutricional.
- Evite el consumo de bebidas alcohólicas, cigarro, café.

### **VII. EVALUACIÓN**

Se evaluará mediante preguntas para comprobar si el paciente y/o familiares comprendieron el desarrollo del tema, en caso contrario se realizará el reforzamiento en los ítems que no se haya comprendido, además se permitirá que los participantes pregunten sus inquietudes.



\* **REFLEXIÓN SOBRE LO APRENDIDO**

El paciente y familiares reflexionan acerca de la importancia del Soporte Nutricional en un paciente Post-Operado y de no cumplirlas cuales podrían ser sus consecuencias.

\* **TAREAS Y COMPROMISOS**

El paciente se compromete a:

- Cumplir con las indicaciones y recomendaciones que se le brindó para así favorecer su rápida recuperación.

**VIII. BIBLIOGRAFIA**

- \* Mataix VERDÚ, José. (2005). Nutrición y Alimentación Humana: Nutrientes y Alimentos". Ed. Océano/Ergon. España. P:267
- \* Norvatis (2007) " Manual de Recomendaciones Nutricionales Para el Paciente" Disponible en: <http://www.cirugest.com/revista/2007/13/2007-08-10.htm> (Acceso 02/10/2009)



UNIVERSIDAD NACIONAL  
"Lorenzo Rodríguez de Mendoza  
de Amazonas"  
Facultad De Enfermería



---

## ***"Soporte Nutricional del Pos-Operado de Apendicectomía"***

---

Intestino  
grueso

Ciego

Apéndice



*"Que tu Medicina sea tu Alimento y que tu Alimento sea  
tu Medicina"*



---

**INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA N° 01**

Chachapoyas, 06 de Octubre del 2009

**INFORME N° 01-2009.UNAT-A/ FE/ Bach. Enf.ELZ**

**A** : Lic. Enf. Teresita A. Damián Cubas (Presidenta)  
Lic. Enf. Sonia Tejada Muñoz (Secretaria)  
Lic. Enf. Sonia C. Huyhua Gutiérrez (Vocal)

**DE** : Bach. Enf. Erma Lucana Zuta

**ASUNTO** : REMITE INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA N° 01

**FECHA** : 07-10-2009

---

Es grato dirigirme a Uds. para saludarles cordialmente y al mismo tiempo hacerles llegar el Informe de La Sesión Educativa N° 01 “Soporte Nutricional del Post-Operado de Apendicectomía para el Alta Hospitalaria”, realizado el 06 de octubre del 2009 , según se detalla a continuación:

**I. IDENTIFICACIÓN**

- \* **Tema** : Soporte Nutricional del Post-Operado de Apendicectomía para el Alta Hospitalaria.
- \* **Duración** : 15 minutos.
- \* **Hora** : 4:30-4:45 pm
- \* **Lugar** :Unidad del Paciente /Servicio de Cirugía del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.
- \* **Dirigido a** : **Paciente y/o Familiares.**
- \* **Responsable** : Bach. Enf. Erma Lucana Zuta.

**II. FUNDAMENTACIÓN**

Se hace llegar el presente informe con la finalidad de dar a conocer cumplimiento de actividad.



### III. OBJETIVO

Informar el cumplimiento de actividad realizada.

### IV. CARACTERISTICAS DEL EVENTO

La actividad es de carácter educativo para el paciente y familiares.

### V. LIMITACIONES

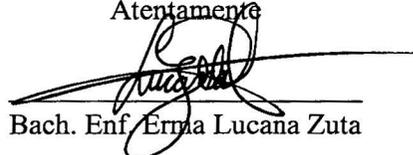
- El paciente se encuentra en sala común lo cual dificultó en un inicio la atención del paciente.

### VI. LOGROS

- Se logró entablar lazos de amistad con el paciente y familiares.
- Se proporcionó información al paciente y familiares válida para su alta hospitalaria.
- Se logró corregir las creencias erróneas que tiene el paciente y familiares con respecto al consumo de algunos alimentos, los cuales pueden causar daño a su salud.

Es todo cuanto tengo que informar para los fines pertinentes.

Atentamente

  
Bach. Enf. Erma Lucana Zuta



## PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N°02

### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- \* **Tema** : “Lo que debe saber el paciente Post-Operado de Apendicectomía Para el Alta Hospitalaria: Cuidado de la Herida, Medicamentos, Actividad Diaria, Cita de Control”
- \* **Dirigido a** : **Paciente y/o familiares**
- \* **A cargo de** : Bach. Enf. Erma, LUCANA ZUTA
- \* **Lugar** : Unidad del Paciente /Servicio de Cirugía del Hospital Regional Virgen de Fátima
- \* **Fecha** : 06 /10/2009
- \* **Hora** : 4:45-5:00 pm
- \* **Duración** : 15 minutos

### II. FINALIDAD

Optimizar la recuperación adecuada del paciente post-operado y se reintegre a su vida cotidiana sin dificultad alguna.

### III. OBJETIVOS

- \* Garantizar los cuidados del paciente una vez fuera del hospital.
- \* Disminuir el temor y la ansiedad del paciente.

### IV. RECURSOS

- \* **Humanos** : Bach. Enf. Erma Lucana Zuta
- \* **Institucionales** : Unidad del Paciente /Servicio de Cirugía del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.
- \* **Materiales** : Material de escritorio, tríptico informativo alusivo al tema.

### V. METODOLOGIA

- \* **Motivación** : Se dará inicio la reunión educativa, pidiendo la opinión de la participante sobre la importancia de los tema a desarrollar.
- \* **Desarrollo del Tema** : El desarrollo del tema será Expositivo-Teórico-Práctico utilizando el tríptico.
- \* **Evaluación** : La evaluación se hará a través de preguntas directas.



## VI. CONTENIDO

### LO QUE DEBE SABER EL PACIENTE POST-OPERADO DE APENDICECTOMÍA PARA EL ALTA HOSPITALARIA

#### 1) CUIDADOS DE LA HERIDA

##### **ANTES DE RETIRAR LA SUTURA:**

- Higiene diaria: ducha si desea.
- Debe mantener seca y limpia la incisión.
- Puede tener descubierta la herida.
- Vigilar si aparece en herida:
  - Calor en el área de incisión.
  - Enrojecimiento.
  - Sensibilidad anormal.
  - Hinchazón (área > 2,5 cm).
  - Pus – derrame.
  - Olores desagradables.

##### **DESPUÉS DE RETIRAR SUTURA:**

- Conservar limpia la línea de sutura.
- No friccionarla con fuerza.
- Secar con presión leve.
- Aspecto rojizo y algo protuberante es normal.
- Vigilar si el lugar de la incisión continúa enrojecido después de 2 - 3 semanas.

##### **SI SE VA A CASA CON SUTURA**

- Puede estar con apósito tapado o no.
- Puede ducharse, después secar bien.
- Si se moja-suda apósito, cambiar o retirar.
- Acuda a la cita para retirar puntos de sutura.

##### **SI SE VA SIN SUTURA**

- Puede ducharse, sin fricciones.
- No precisa tapparla.
- Sujetar bien la herida para: toser, estornudar, moverse en cama, etc.
- Si su herida está infectada o precisa cura: Lo hará en su centro de salud, consultas externas, donde le indiquen.

**INFECCIÓN:** Si usted tiene alguna de estas cosas, llame a su doctor(a).

- Enrojecimiento ó hinchazón alrededor de la incisión.
- Drenaje amarillento, verde, ó de mal olor proveniente de la incisión.
- Sangrado constante del área de la incisión.
- Temperatura mayor que la recomendada por su doctor(a).
- Escalofríos u otros síntomas gripales.



- Aumento en la severidad (ó intensidad) del dolor de la incisión ó cualquier otro dolor en el cuerpo que no sea aliviado con la medicina para el dolor.
- Náuseas y vómitos persistentes.
- Dolor de pecho, dificultad para respirar ó dificultad para orinar.
- Prurito o salpullido después de haber tomado sus medicamentos (Analgésicos o antibióticos).

## 2) MEDICAMENTOS

- \* Tomar la medicación prescrita (Analgésicos, antibióticos, otros)

## 3) ACTIVIDAD DIARIA

### **ALTERNANCIA DEL REPOSO A LA ACTIVIDAD**

- Evitar reposo permanente en cama durante el día.
- Restringir bipedestación para evitar agotamiento
- Recomendable uso faja abdominal
- Recuperación de forma progresiva 4 - 6 sem.
- Evitar esfuerzos físicos

### **MOVIMIENTO**

- Sujetar la herida al agacharse e incorporarse.
- Evitar el reposo en cama durante el día.
- Alternar reposo con caminatas cortas.
- No levantar peso hasta la total recuperación.

## 4) CITA DE CONTROL (Seguimiento de Prescripción Médica)

- Cumplir indicaciones en cuanto a:
  - Analgésicos, antibióticos, dieta.
  - Citas para revisión.

## VII. EVALUACIÓN

Se evaluará mediante preguntas para comprobar si el paciente y/o familiares comprendieron el desarrollo del tema, en caso contrario se realizará el reforzamiento en los ítems que no se haya comprendido, además se permitirá que los participantes pregunten sus inquietudes.

### \* REFLEXIÓN SOBRE LO APRENDIDO

El paciente y familiares reflexionan acerca de la importancia de los conocimientos generales que debe tener un paciente Post-Operado y de no cumplirlas cuales podrían ser sus consecuencias.



**\* TAREAS Y COMPROMISOS**

El paciente se compromete a:

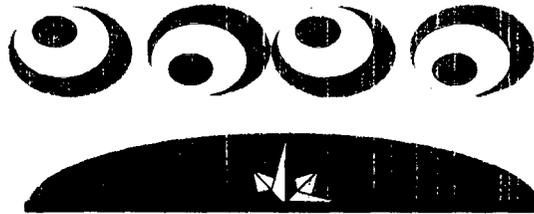
- Cumplir con las indicaciones y recomendaciones que se le brindó para así favorecer su rápida recuperación.

**VIII. BIBLIOGRAFIA**

- \* S. López Álvarez y JM. Cobian Llamas. (2003) “Unidad de Cirugía en Hospital Abente y Lago”. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. Disponible en: <http://www.cirugest.com/revista/2003-09-22/2003-09-22.htm> (Acceso: 28/09/2009).
- \* Mederos Curbelo , Campo Abad R, Cantero Roquillo A, Barreras Ortega JC, Molina Fernandez E, Romero Diaz. (2006) “Cuidados al Alta Hopitalaria” Arch Cir Gen Dig 2006 Jun 19. Disponible en: <http://www.cirugest.com/revista/2006/06/2006-06-19.htm> (Acceso: 30/09/2009).

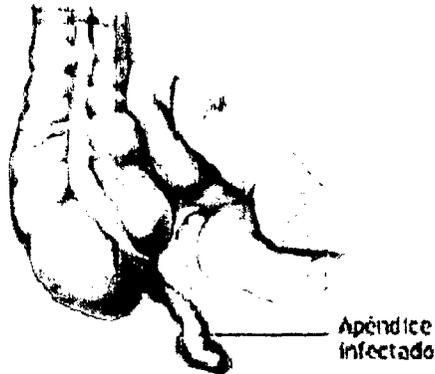


UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA  
DE AMAZONAS  
Facultad De Enfermería



***“Lo Que Debe Saber el  
Paciente Pos-Operado  
de Apendicectomía”***

---



*“Nuestro Conocimiento es Necesariamente Finito,  
Mientras que Nuestra Ignorancia es Necesariamente  
Infinito”*



---

**INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA N° 02**

**Chachapoyas, 06 de Octubre del 2009**

**INFORME N° 02-2009.UNAT-A/ FE/ Bach. Enf.ELZ**

**A** : Lic. Enf. Teresita A. Damián Cubas (Presidenta)  
Lic. Enf. Sonia Tejada Muñoz (Secretaria)  
Lic. Enf. Sonia C. Huyhua Gutiérrez (Vocal)

**DE** : Bach. Enf. Erma Lucana Zuta

**ASUNTO** : **REMITE INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA N° 02**

**FECHA** : 07-10-2009

---

Es grato dirigirme a Uds. para saludarles cordialmente y al mismo tiempo hacerles llegar el Informe de La Sesión Educativa N° 02 “Lo Que Debe Saber el Paciente Post-Operado de Apendicectomía para el Alta Hospitalaria: Cuidado de la herida, Medicamentos, Cita de Control, Actividad Diaria”, realizado el de octubre del 2009, según se detalla a continuación:

**I. IDENTIFICACIÓN**

- \* **Tema** : “Lo Que Debe Saber el Paciente Pos-Operado de Apendicectomía para el Alta Hospitalaria”
- \* **Duración** : 15 minutos.
- \* **Hora** : 4:45-5:00 pm
- \* **Lugar** :Unidad del Paciente /Servicio de Cirugía del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.
- \* **Dirigido a** : **Paciente y/o Familiares.**
- \* **Responsable** : Bach. Enf. Erma Lucana Zuta.

**II. FUNDAMENTACIÓN**

Se hace llegar el presente informe con la finalidad de dar a conocer cumplimiento de actividad.



### III. OBJETIVO

Informar el cumplimiento de actividad realizada.

### IV. CARACTERISTICAS DEL EVENTO

La actividad es de carácter educativo para el paciente y familiares.

### V. LIMITACIONES

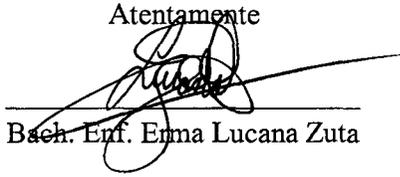
- El paciente se encuentra en sala común lo cual dificultó en un inicio la atención del paciente.

### VI. LOGROS

- Se logró entablar lazos de amistad con el paciente y familiares.
- Se proporcionó información al paciente y familiares válida para su alta hospitalaria.
- Se logró corregir las creencias erróneas que tiene el paciente y familiares con respecto a la actividad diaria que puede generar daño en su organismo.
- Se logró que el paciente pueda identificar signos de complicaciones de la herida operatoria.
- Se logró sensibilizar al paciente y familiares para acudir a cualquier establecimiento de salud.

Es todo cuanto tengo que informar para los fines pertinentes.

Atentamente

  
Bach. Enf. Erma Lucana Zuta

**D) PANEL FOTOGRÁFICO**

**BRINDANDO CONSEJERÍA AL PACIENTE**



**BRINDANDO CONSEJERÍA AL PACIENTE Y FAMILIAR**

