



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TITULO

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN EDAD
COMPRENDIDA ENTRE 7 Y 16 AÑOS QUE PRESENTAN
ABSCESO DE PARED EN APENDICECTOMÍA NO
COMPLICADA EN EL ÁREA DE CIRUGÍA B1 - B2 DEL
HOSPITAL PEDIÁTRICO “DR. ROBERTO GILBERT
ELIZALDE”, AÑO 2011**

NOMBRES:

EMMA EDITH MERA MAGALLANES

DIRECTORA:

LIC. LORENA GAONA QUEZADA.

Guayaquil, 27 Junio de 2011

DEDICATORIA

El trabajo presente de investigación se lo dedico con todo cariño a mis queridos Padres, por haberme guiado siempre por el sendero de la rectitud, responsabilidad, amor y esfuerzo; imponiéndome metas difíciles de alcanzar, pero con su apoyo incondicional e impulsos que me brindan día a día, estimulan mi vida para culminar mis metas trazadas.

A mi Esposo, Enrique Medina por estar a mi lado en los momentos más difíciles de mi vida, por brindarme su amor, comprensión y apoyo incondicional para terminar con éxito mi carrera universitaria.

A mis hijos Carlitos y Valentina por entenderme y brindarme su amor día a día.

Edith Mera.

AGRADECIMIENTO

Agradezco ante todo a Dios, porque sin su ayuda no hubiera tenido la fuerza necesaria para lograr las metas propuestas.

A mis amados Padres les agradezco por todo el cariño y la confianza que me han brindado, ya que me han ayudado y apoyado en todos los momentos difíciles de mi vida, a seguir adelante para triunfar.

A mi amado esposo, Enrique Medina por su gran comprensión y apoyo para continuar en esta lucha.

A mis amados hijos Carlitos y Valentina por entenderme y darme tiempo para culminar con mi meta.

A mí querida Lcda. Lorena Gaona, por sus conocimientos brindados, ya que sin su ayuda no hubiera podido culminar este trabajo de investigación.

Edith Mera.

TABLA DE CONTENIDO

	PÁG.
Portada.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Tabla de Contenidos.....	iv
Abreviaturas.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract	x
Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	4
Objetivos.....	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
MARCO TEORICO	
CAPÍTULO I	
APARATO DIGESTIVO	
Definición.....	8
Descripción y funciones.....	8
Estructura del tubo digestivo.....	9
Descripción anatómica.....	10
Esófago.....	10
Estómago.....	11
Intestino delgado.....	12
Intestino grueso.....	12
CAPÍTULO II	
APENDICITIS AGUDA	
Definición.....	13
Anatomía del apéndice.....	14
Función y desarrollo.....	15
Etiopatogenesis.....	15

Patología.....	16
Signos y síntomas.....	17
Exámenes de laboratorio.....	19
Imágenes diagnósticas.....	19
Diagnóstico de la apendicitis.....	19
Tratamientos y recomendaciones.....	20

CAPÍTULO III

APENDICECTOMÍA

Definición.....	21
Clasificación de la apendicectomía.....	22
Factores de riesgo en la apendicectomía.....	23
Complicación de la herida quirúrgica en el postoperatorio.....	23
Absceso de pared.....	24
Definición:.....	24
Cuidado de las heridas.....	26

CAPÍTULO IV

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Valoración.....	28
Diagnóstico.....	28
Planificación.....	28
Ejecución.....	28
Evaluación.....	28
Objetivos.....	28
Desarrollo del PAE.....	29
Características.....	30
Planes de cuidado estandarizados para pacientes con apendicectomía no complicada.....	31
Hipótesis.....	37
Método.....	38
Diseño de la investigación.....	38
Muestra.....	38

Técnicas de recogida de datos.....	38
Instrumentos.....	38
Análisis de información.....	38
PRESENTACIÓN DE DATOS RESULTADOS.....	39
Conclusiones.....	62
Valoración crítica de la investigación.....	63
Bibliografía.....	64
Anexos.....	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1	
Conocimiento del personal de enfermería sobre apendicitis.....	39
GRÁFICO N° 2	
Conocimiento del personal de enfermería sobre los signos y síntomas de la apendicitis.....	40
GRÁFICO N°3.	
Tipos de apendicitis que conoce el personal de enfermería.....	41
GRÁFICO N° 4	
Conocimiento del personal de enfermería sobre el tratamiento de la apendicitis.....	42
GRÁFICO N° 5	
Conocimiento del personal de enfermería sobre definición pendicectomia....	43
GRÁFICO N° 6	
Factores que influyen para que se infecte la herida quirúrgica.....	44
GRÁFICO N°7	
Cono cimiento del personal de enfermería sobre los signos y síntomas que se valora en la herida quirúrgica.....	45
GRÁFICO N° 8	
Solución que se utiliza para realizar la curación de la herida.....	46
GRÁFICO N° 9	

Existen métodos para planificar el cuidado.....	47
GRÁFICO N°10	
El personal de enfermería orienta al paciente y familiar.....	48
GRÁFICO N°11	
Personal de enfermería que realiza la curación de la herida.....	49
GRÁFICO N°12	
Aplica la técnica correcta de curación.....	50
GRÁFICO N°13	
Emplean las normas de bioseguridad al realizar la curación.....	51
GRÁFICO N°14	
Valora la herida quirúrgica.....	52
GRÁFICO N° 15	
Estado nutricional del paciente.....	53
GRÁFICO N°16	
Antibiótico que se administra.....	54
GRÁFICO N°17	
Deambulación precoz de los pacientes.....	55
GRÁFICO N°18	
Cirujanos que realizan la apendicectomía.....	56
GRÁFICO N°19	
Cumplimiento de las normas de bioseguridad.....	57
GRÁFICO N°20	
La asepsia y antisepsia la realizan de forma correcta.....	58
GRÁFICO N°21	
El paquete quirúrgico es abierto de forma correcta.....	59
GRÁFICO N° 22	
Tiempo quirúrgico de una cirugía.....	60
GRÁFICO N°23	
Realizan la desinfección del quirófano.....	61

ABREVIATURAS

- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- UCIP:** Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico
- CIN:** Cuidados Intermedios Neonatales
- UCIN:** Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- CIP:** Cuidados Intermedios Pediátrico
- HCL:** Ácido Clorhídrico
- CCK:** Colesistoquinina
- PIG:** Péptido Inhibidor Gástrico
- AA:** Apendicitis Aguda
- CID:** Cuadrante Inferior Derecho
- FID:** Fosa Iliaca Derecha
- AAO:** Apendicitis Aguda Obstructiva
- AAP:** Apendicitis Aguda Perforada
- AAG:** Apendicitis Aguda Gangrenosa
- PAE:** Proceso de Atención de Enfermería
- R/C:** Relacionado con
- MP:** Manifestado Por.

RESUMEN

Se realizó este estudio de investigación a la Atención de Enfermería que reciben los pacientes con apendicectomías no complicadas dado la regularidad con la que presentan absceso de pared en la herida quirúrgica, por tal razón, se hace necesario establecer PLANES DE CUIDADOS que contemplen los riesgos de infección de la herida quirúrgica a las cuales está expuesta el paciente.

El objetivo de este estudio es analizar la calidad de atención que el personal de enfermería proporciona a los pacientes hospitalizados con apendicectomías no complicadas en el área de cirugía B1 - B2 del Hospital Roberto Gilbert Elizalde. En un periodo de tres meses comprendido de marzo a mayo 2011 donde fueron atendidos estos pacientes con riesgo de infección en la incisión quirúrgica en su estadía hospitalaria.

Se aplicó la metodología descriptiva observacional, utilizando un universo de 20 pacientes que representa el 100% del universo y 36 enfermeras entre licenciadas y auxiliares de enfermería.

Se efectuó la técnica de observación directa a los pacientes pediátricos con apendicectomías no complicada que presentaron absceso de pared en la incisión quirúrgica, observación directa a los médicos cirujanos que realizan las cirugías y observación al personal de enfermería y encuesta al mismo personal.

Los resultados muestran que las enfermeras auxiliares no tienen el entrenamiento calificado ni las habilidades necesarias para el cuidado postoperatorio de las heridas quirúrgicas.

Palabras claves: Atención de enfermería, Apendicectomías no complicadas, Técnica quirúrgica, Absceso de pared.

ABSTRACT

This research was made to study Nurse Care on patients who underwent uneventful appendectomies, that later presented with abdominal wall abscesses presents at the surgical wound site. This is the reason why it is necessary to establish CARE GUIDELINES that point out the possible risks of infection of a surgical wound.

The goal of this study is to analyze the quality of care that staff is providing to patients who had uneventful appendectomies. This study focuses in the surgical wards B1 - B2 at Hospital Roberto Gilbert Elizalde during a three month period from march to may 2011.

Observational descriptive method was applied, with a universe of 20 patients (100%) and 36 nurses among registered nurses and auxiliary nurses.

The technique performed was direct observation on pediatric patients with uneventful appendectomies who later presented with wall abscess at the surgical wound site, direct observation on surgeons and nursing staff. A survey was also made to the nursing staff.

The results showed that the auxiliary nurses did not have the qualified training and skills necessary for post-op wound care.

Key words: Nurse care, uneventful appendectomy, surgical technique, wall abscess.

1.-INTRODUCCIÓN

El presente estudio enfoca a los factores asociados a los abscesos de pared post apendicetomías no complicadas en pacientes cuya edad fluctúa entre los 1 mes hasta 17 años, en el área de cirugía B1, B2 del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde.”

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo en los niños y su diagnóstico es fundamentalmente clínico y alcanza su mayor incidencia entre los 6 y 12 años¹. La obstrucción del lumen apendicular es la causa inicial del proceso inflamatorio, con la posterior invasión por gérmenes entéricos aerobios y anaerobios. Puede progresar a la gangrena y a la perforación en menos de 24 horas.

La presentación clínica típica es la de dolor-vómito-anorexia. La fiebre, el dolor en fosa iliaca derecha (mayormente en niños mayores), la defensa muscular y espasmo, son los hallazgos clínicos más resaltantes.

A pesar de ser un proceso benigno y tener inicialmente un buen pronóstico, presenta una elevada tasa de complicaciones postoperatorias, como son: la infección de la herida quirúrgica, el íleo postoperatorio, los abscesos de pared.¹

Es una colección circunscrita de pus, debido a traumatismos o agresión bacteriana. Pueden localizarse en cualquier parte de los tegumentos, así como en los diversos órganos y cavidades². Cuando se localizan en tegumentos deben ser incididos en la zona fluctuante y luego evacuados.

El absceso se manifiesta por fiebre, malestar y anorexia recurrente, aun con técnicas quirúrgicas asépticas modernas, el riesgo de contaminación bacteriana del sitio operatorio permanece alto, particularmente cuando no son usados antibióticos profilácticos o el régimen escogido es inapropiado.

La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica más frecuente en los hospitales de nuestro país. Así tenemos, que en el hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde; de las intervenciones quirúrgicas su incidencia corresponde al sexo masculino con el 60%, correspondiente a 12 pacientes.

El hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, es un hospital pediátrico donde se atienden a niños desde 0 días de vida hasta los 17 años de edad y cuenta con varios servicios, entre ellos; el área de Cirugía B1-B2 donde se encuentran ingresados pacientes en edades comprendidas de 2 meses hasta 17 años; los cuales son pacientes quirúrgicos en condiciones clínicas estables.

Se ha podido constatar estadísticamente que el 5% de los pacientes sometidos a apendicectomía no complicada, desarrollan al término de las 48 horas postquirúrgicas absceso de pared, ocasionando complicaciones de índole clínico-quirúrgico en el niño, además; mayor días de hospitalización y gastos en medicamentos, razón por la cual, se hace necesario realizar un trabajo de investigación que permita identificar los factores o causas que inciden en la formación de los abscesos de pared.

Se he observado, en muchas ocasiones, que por el desconocimiento del personal para la atención de pacientes con apendicetomía no complicada, o por falta de materiales, entre otras causas, el personal que labora en estas áreas de cirugías no cumple con las normas de bio-seguridad y tampoco tienen una técnica de curación establecida.

Por tanto, me parece importante diseñar un plan de atención de enfermería en pacientes con apendicectomía no complicada que proporcione una mejor calidad de atención al paciente con diagnóstico de apendicectomía no complicada, que sirva para los profesionales de enfermería que laboran actualmente en el área de cirugía y para aquellos que ingresarán posteriormente a cumplir esta responsabilidad.

La atención de enfermería que pretendo establecer con el plan de atención de enfermería en pacientes con apendicectomía no complicada, esto será para disminuir las complicaciones y el tiempo de estadía del paciente en el hospital, desde el momento que ingresa al área, es decir, al post-operatorio, hasta el momento del alta médica.

Al implementar este plan de atención de enfermería a pacientes sometidos a apendicectomía no complicada en las áreas de cirugías, es para que baje la incidencia de los abscesos de pared en la herida quirúrgica de apendicectomía no complicada y que mejore el cuadro clínico del paciente, y su estadía hospitalaria no dure más de 72 horas.

2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (FENOMENO)

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, afecta al 6% de la población mundial. Por lo tanto, su diagnóstico debe considerarse en todo paciente con dolor abdominal y/o con signos sugestivos de abdomen agudo; de acuerdo a los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002, se acumularon un millón de días de hospitalización por apendicitis aguda en los EUA. Un informe epidemiológico, en nuestro país, indica que la apendicetomía ocupa el 47.7% de las cirugías realizadas en forma urgente.

El hospital inicia su historia el 16 de julio de 1902, cuando un incendio afecta al Hospital Civil y gracias al aporte económico y personal del Sr. Alejandro Man, que además dirigió la obra con recursos propios de la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil, se logra la reconstrucción del edificio que se llamó Hospital Alejandro Man poniéndolo al servicio de la comunidad el 31 de Marzo de 1903. Este hospital contaba con salas de medicina, cirugía y maternidad y el 14 de septiembre de 1948 se dispone que fuera solo de tipo pediátrico, y adquiere el nombre de “Hospital Pediátrico Alejandro Man”³

Debido a que su estructura no brindaba la seguridad necesaria a los pacientes y trabajadores y con intención de mejorar la calidad de atención a la comunidad, en el año 2000, se crea el nuevo “Hospital Roberto Gilbert Elizalde” que funciona en la ciudadela Ataraza entre las calles Roberto Gilbert y Nicasio Safadi.

El nuevo Hospital Roberto Gilbert Elizalde tiene como especialidad la pediatría y proporciona los siguientes servicios en la consulta externa tiene: Fisioterapia, Oftalmología, Dermatología, Otorrinolaringología, Cardiología, Traumatología, Hematología, Neurología y Cirugía Menor, además de: Laboratorio, Departamento de Imágenes y Farmacia.

En el área de hospitalización cuenta con áreas críticas como: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) Cuidados Intermedios Neonatales, (CIN) Cuidados Intermedios Pediátricos (CIP), Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) Unidad de Quemados, Emergencia y Recuperación, cuenta con 10 áreas de hospitalización.

Las áreas de Cirugía B1-B2 reciben a pacientes que oscilan entre 1 mes hasta 17 años de edad, los mismos que vienen transferidos de las áreas de Cuidados Intermedios Pediátricos, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Recuperación. Estos pacientes presentan por lo general diagnósticos como: Apendicetomías no complicadas, Apendicectomía Infectadas o Peritonitis, Ileostomías, Colostomías.

Esta área de Cirugía cuenta con 20 camas, cada una de las cuales 6 a 7 están ocupadas con pacientes que presentan apendicectomía no complicadas pero que inexplicablemente en el lapso de 48 horas, estos pacientes presentan absceso de pared en la incisión quirúrgica.

En el tiempo que llevo laborando en estas áreas, los pacientes con diagnóstico de apendicectomía no complicada, presentan en el post-operatorio signos de infección en la incisión quirúrgica como: rubor, dolor, hipertermia de 38.5°C, apósitos húmedos con líquido purulento fétido, seroso y hasta sanguinolento.

El personal de enfermería que proporciona el cuidado directo al paciente y es el encargado de realizar las debidas curaciones y manipulación de las heridas quirúrgicas se convierte en un factor de riesgo al realizar este procedimiento y cuidado ya que lo hacen sin las debidas técnicas de curación aseptia. No aplican las normas de bio seguridad antes de realizar el procedimiento de la curación de la herida quirúrgica y la solución que se utiliza como el povidine, se encuentra en un recipiente que ha estado siendo utilizado por otros pacientes.

Los cuidados están centrados en el post-operatorio ya que estos pacientes con apendicetomías necesitan de una técnica de curación con material estéril al momento de realizar la debida curación en la incisión

quirúrgica para evitar así el absceso de pared en la misma. Además hay otros factores que se interrelacionan con la apendicectomía que son los propios del individuo como el estado nutricional, edad, enfermedades como: diabetes, obesidad; también influye mucho el tiempo del acto quirúrgico más de 3 horas, la técnica cerrada de la herida quirúrgica y la poca ambulación precoz por parte del paciente en el post-operatorio.

Aplicando el Plan de Atención de Enfermería en los pacientes con apendicectomía no complicadas, podemos ayudar a que el cuadro clínico del paciente mejore evitando que sufra complicaciones y su estancia hospitalaria, sea corta. Por ello, se considera necesario conocer la atención de enfermería en estos pacientes.

Por este motivo es necesario realizar esta pregunta:

¿Cuáles son las causas que inciden en la formación de absceso de pared en las heridas quirúrgicas de apendicetomías no complicadas en niños del área de cirugía B1 y B2 del Hospital pediátrico Roberto Gilbert Elizalde?

3.-OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las causas para que se presenten los abscesos de pared en las apendicectomía no complicada con el fin mejorar la calidad de atención de enfermería en pacientes pediátricos del hospital en estudio.

Objetivos específicos

- ✚ Identificar el cumplimiento de las normas de bioseguridad del personal de enfermería al realizar curación de la incisión quirúrgica en las apendicectomía no complicada.

- ✚ Evaluar el nivel conocimiento que presenta el personal de enfermería sobre el cuidado de la incisión quirúrgica en las apendicectomía no complicada.

- ✚ Medir el cumplimiento de las normas de bioseguridad empleadas por el cirujano en el quirófano al realizar la cirugía de apendicectomía no complicada.

- ✚ Identificar el cumplimiento de los procesos de desinfección de los quirófanos previos a una apendicectomía no complicada.

- ✚ Elaborar un Plan de Atención de Enfermería a pacientes con apendicectomía no complicada para disminuir la incidencia de los abscesos de pared en la herida quirúrgica.

4.- MARCO TEORICO

CAPÍTULO I

APARATO DIGESTIVO

Definición.-

El aparato digestivo es el conjunto de órganos (boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado e intestino grueso) encargados del proceso de la digestión, es decir, la transformación de los alimentos para que puedan ser absorbidos y utilizados por las células del organismo.⁴

La función que realiza es la de transporte (alimentos), secreción (jugos digestivos), absorción (nutrientes) y excreción (mediante el proceso de defecación).

Descripción y funciones

El aparato digestivo es un largo tubo, con importantes glándulas asociadas, se encarga de transformar los alimentos en sustancias simples y fácilmente utilizables por el organismo.

Desde la boca hasta el ano, el tubo digestivo mide unos once metros de longitud. En la boca ya empieza propiamente la digestión. Los dientes trituran los alimentos y las secreciones de las glándulas salivales los humedecen e inician su descomposición química.

Luego, el bolo alimenticio cruza la faringe, sigue por el esófago y llega al estómago, una bolsa muscular de litro y medio de capacidad, en condiciones normales, cuya mucosa segrega el potente jugo gástrico, en el estómago, el alimento es agitado hasta convertirse en el quimo.

A la salida del estómago, el tubo digestivo se prolonga con el intestinodelgado, de unos cinco metros de largo, aunque muy replegado sobre sí mismo. En su primera porción o duodeno recibe secreciones de las glándulas intestinales, la bilis y los jugos del páncreas. Todas estas secreciones contienen

una gran cantidad de enzimas que degradan los alimentos y los transforman en sustancias solubles simples.

El tubo digestivo continúa por el intestino grueso, de algo más de metro y medio de longitud. Su porción final es el recto, que termina en el ano, por donde se evacúan al exterior los restos indigeribles de los alimentos.

Estructura del tubo digestivo

El tubo digestivo, es un órgano llamado también conducto alimentario o tracto gastrointestinal presenta una sistematización prototípica, comienza en la boca y se extiende hasta el ano. Su longitud en el hombre es de 10 a 12 metros, siendo seis o siete veces la longitud total del cuerpo.

En su trayecto a lo largo del tronco del cuerpo, discurre por delante de la columna vertebral. Comienza en la cara, desciende luego por el cuello, atraviesa las tres grandes cavidades del cuerpo: torácica, abdominal y pélvica. En el cuello está en relación con el conducto respiratorio, en el tórax se sitúa en el mediastino posterior entre los dos pulmones y el corazón, y en el abdomen y pelvis se relaciona con los diferentes órganos del aparato genito-urinario.

Histológicamente está formado por cuatro capas concéntricas que son de adentro hacia afuera:

Capa Interna o Mucosa (donde pueden encontrarse glándulas secretoras de moco y HCL, vasos linfáticos y algunos nódulos linfoides). Incluye una capa muscular interna o muscularis-mucosa compuesta de una capa circular interna y una longitudinal externa de músculo liso.

Capa Submucosa compuesta de tejido conectivo denso irregular fibroelástico. La capa submucosa contiene el llamado plexo submucoso de Meissner, que es un componente del sistema nervioso entérico y controla la motilidad de la mucosa y en menor grado la de la submucosa, y las actividades secretoras de las glándulas.

Capa Muscular Externa compuesta, al igual que la muscularis-mucosae, por una capa circular interna y otra longitudinal externa de músculo liso (excepto en el esófago, donde hay músculo estriado). Esta capa muscular

tiene a su cargo los movimientos peristálticos que desplazan el contenido de la luz a lo largo del tubo digestivo.

Capa Serosa o Adventicia. Se denomina según la región del tubo digestivo que reviste, como serosa si es intraperitoneal o adventicia si es retroperitoneal. La adventicia está conformada por un tejido conectivo laxo. La serosa aparece cuando el tubo digestivo ingresa al abdomen, y la adventicia pasa a ser reemplazada por el peritoneo.

El bolo alimenticio pasa a través del tubo digestivo y se desplaza así, con ayuda tanto de secreciones como de movimiento peristáltico que es la elongación o estiramiento de las fibras longitudinales y el movimiento para afuera y hacia adentro de las fibras circulares. A través de éstos el bolo alimenticio puede llegar a la válvula cardial que conecta directamente con el estómago.

DESCRIPCIÓN ANATÓMICA

Esófago

El esófago es un conducto o músculo membranoso que se extiende desde la faringe hasta el estómago. De los incisivos al cardias (porción donde el esófago se continúa con el estómago) hay unos 40 cm. El esófago empieza en el cuello, atraviesa todo el tórax y pasa al abdomen a través del orificio esofágico del diafragma. Habitualmente es una cavidad virtual. (Es decir que sus paredes se encuentran unidas y solo se abren cuando pasa el bolo alimenticio).

El esófago alcanza a medir 25 cm y tiene una estructura formada por dos capas de músculos, que permiten la contracción y relajación en sentido descendente del esófago. Estas ondas reciben el nombre de movimientos peristálticos y son las que provocan el avance del alimento hacia el estómago. Es sólo una zona de paso del bolo alimenticio, y es la unión de distintos orificios, el bucal, el nasal, los oídos y la laringe.

Estómago

El estómago es un órgano en el que se acumula comida. Varía de forma según el estado de repleción (cantidad de contenido alimenticio presente en la cavidad gástrica) en que se halla, habitualmente tiene forma de J. Consta de varias partes que son: fundus, cuerpo, antro y píloro.

El cardias es el límite entre el esófago y el estómago y el píloro es el límite entre estómago y el intestino delgado. En un individuo mide aproximadamente 25 cm del cardias al píloro y el diámetro transversal es de 12cm.

En su interior encontramos principalmente dos tipos de células, las células parietales, las cuales secretan el ácido clorhídrico (HCL) y el factor intrínseco, una glucoproteína utilizada en la absorción de vitamina B12 en el intestino delgado; además contiene las células principales u Oxínticas las cuales secretan pepsinógeno, precursor enzimático que se activa con el HCL formando 3 pepsinas cada uno.

La secreción de jugo gástrico está regulada tanto por el sistema nervioso como el sistema endocrino, proceso en el que actúan: la gastrina, la colecistoquinina (CCK), la secretina y el péptido inhibidor gástrico (PIG).

- ✓ En el estómago se realiza la digestión de:
- ✓ Proteínas (principalmente pepsina).
- ✓ Lípidos.
- ✓ No ocurre la digestión de Carbohidratos.
- ✓ Otras funciones del estómago son la eliminación de la flora bacteriana que viene con los alimentos por acción del ácido clorhídrico.

Intestino delgado

El intestino delgado comienza en el duodeno (tras el píloro) y termina en la válvula ileocecal, por la que se une a la primera parte del intestino grueso. Su longitud es variable y su calibre disminuye progresivamente desde su origen hasta la válvula ileocecal y mide de 6 a 7 metros de longitud.

En el intestino delgado se absorben los nutrientes de los alimentos ya digeridos. El tubo está repleto de vellosidades que amplían la superficie de absorción.

El duodeno, que forma parte del intestino delgado, mide unos 25 - 30 cm de longitud; el intestino delgado consta de una parte próxima o yeyuno y una distal o íleon; el límite entre las dos porciones no es muy aparente.

El yeyuno-íleon es una parte del intestino delgado que se caracteriza por presentar unos extremos relativamente fijos: El primero que se origina en el duodeno y el segundo se limita con la válvula ileocecal y primera porción del ciego.

Intestino grueso

El intestino grueso se inicia a partir de la válvula ileocecal en un fondo de saco denominado ciego de donde sale el apéndice vermiforme y termina en el recto.

Su longitud es variable, entre 120 y 160 cm, y su calibre disminuye progresivamente, siendo la porción más estrecha la región donde se une con el recto o unión recto sigmoidea donde su diámetro no suele sobrepasar los 3 cm, mientras que el ciego es de 6 o 7 cm. Tras el ciego, la del intestino grueso es denominada como colon ascendente con una longitud de 15 cm, para dar origen a la tercera porción que es el colon transversal con una longitud media de 50 cm, originándose una cuarta porción que es el colon descendente con 10 cm de longitud. Por último se diferencia el colon sigmoideo, recto y ano. El recto es la parte terminal del tubo digestivo.

CAPÍTULO II

APENDICITIS AGUDA

Definición.-

Apendicitis aguda (AA) se define como la inflamación aguda del apéndice vermiforme, es el cuadro quirúrgico de urgencia más frecuente ya que ocurre de forma súbita y puede ser originada por diversas causas.

Se trata de un proceso de elevada frecuencia, siendo la principal causa en la patología abdominal aguda (aproximadamente más del 50% de las laparotomías practicadas corresponden a apendicitis aguda).

El 7 - 12% de la población va a padecer de apendicitis en algún momento de su vida. Se presenta en todas las edades pero alcanza su mayor incidencia entre los 6 y 12 años de vida.⁵

Su presentación es rara en los extremos de la vida, probablemente debido a la configuración del apéndice propia de estas edades, que hace poco probable la obstrucción de su luz.

Hay un paralelismo aproximado entre la cantidad de tejido linfóide en el apéndice y la frecuencia de apendicitis aguda, de manera que esta es más frecuente en el segundo decenio de la vida.

La apendicitis aguda afecta a individuos cualquiera que sea su sexo, y suele afectar a personas entre los 10 y 30 años de edad, período a partir del cual la frecuencia en los hombres disminuye en forma gradual hasta que se vuelve a igualar con la de las mujeres.

Si bien la letalidad es menor a 1/1000, la morbilidad es 2 a 4 veces mayor si el diagnóstico se realiza cuando el apéndice está ya perforado, lo que ocurre con mayor frecuencia en niños pequeños y si hay demora en el diagnóstico.

El 94-100% de los menores de 2 años presentan perforación al momento del diagnóstico. El 80% de las perforaciones se presentan después de las 48 hrs de haber iniciados los síntomas.

La mortalidad actual en apendicitis no perforadas es menor del 1%, pero puede llegar a ser del 5% en lactantes y ancianos, ya que el cortejo sintomático con el que se expresa la enfermedad en estos grupos etáreos es en ocasiones poco expresivo.

Se admiten factores predisponente o asociado con el cuadro apendicular, así: los excesos alimentarios, las dietas carneas, pobres en fibras y el estreñimiento deben tenerse en cuenta.

ANATOMÍA DE LA APÉNDICE

El apéndice vermiforme está situado en el cuadrante inferior derecho del abdomen, se origina en el ciego y suele tener una longitud de 6 a 20 cm.

Tiene forma de un pequeño tubo cilíndrico, flexuoso, implantado en la parte inferior interna del ciego a 2 - 3cm por debajo de la válvula íleocecal, exactamente en el punto de confluencia de las tres cintillas del intestino grueso. Su anchura de 6-8 mm.⁶

Es mayor a nivel de la base del órgano la cual a veces (en niños) se continúa con la extremidad del ciego, sin líneas de demarcación bien precisa.

Exteriormente, es liso, de color gris rosado. Interiormente comprende una cavidad central que en su extremo libre termina en fondo de saco y en el otro extremo se continúa con el ciego.

Está constituido por cuatro túnicas: una serosa, una muscular, la submucosa y mucosa.

La Túnica Serosa que recubre a toda la superficie es lo que va a constituir el meso apéndice y en cuyo borde libre discurre la arteria apendicular.

La Túnica Muscular solo dispone de dos capas de fibras musculares: las longitudinales y las circulares.

La Túnica Mucosa y la Submucosa son igual a la del intestino grueso, presenta un epitelio cilíndrico, una estroma reticulado, una muscular

mucosa y glándulas tubulares, solo se diferencia por el tejido linfoide de gran desarrollo que se ha comparado a la amígdala palatina.

La arteria apendicular es la que irriga a dicho órgano, esta es una de las cuatro ramas de la arteria mesentérica superior y que desciende por detrás del ángulo ileocecal, cruza la cara posterior del ilion y se introduce en el meso apéndice.

FUNCIÓN Y DESARROLLO

Suele aludirse al apéndice vermiforme humano como a un vestigio de órgano sin función conocida.

El tejido linfoide aparece por primera vez en el apéndice humano alrededor de la segunda semana después del nacimiento.

ETIOPATOGENESIS

La obstrucción de la luz es el factor dominante en la patogénesis de la apendicitis aguda. La causa fundamental de dicha obstrucción es la hiperplasia de los folículos linfoides, que es más frecuente en niños y adultos jóvenes, acorde con la mayor incidencia de apendicitis en estas edades.⁵

Sucede en el 60% de los casos y es secundaria a infecciones vírales (infecciones de las vías respiratorias altas, mononucleosis, gastroenteritis).

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%).

En algunas ocasiones no es posible identificar una causa clara, pero parece posible que el origen sea un fecalito que posteriormente es impulsado a la luz del ciego por los movimientos peristálticos del intestino grueso.

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.

PATOLOGÍA

En las primeras fases de la inflamación, solo 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.

A medida que empeora el proceso inflamatorio, se producen abscesos en la pared e inflamaciones y focos de Apéndice Perforada, Manejo con herida cerrada necrosis supurada en la submucosa este estado constituye la apendicitis aguda supurada.

El criterio histológico para el diagnóstico de apendicitis aguda es la infiltración neutrófica de la capa muscular. Generalmente, también hay neutrófilos y ulceraciones en la mucosa.

Dado que al drenar al apéndice el exudado de una inflamación del tracto digestivo puede también producir un exudado neutrófilico de la mucosa, se considera un requisito para el diagnóstico de la apendicitis la presencia de inflamación en la capa muscular.⁷

CAUSAS

- Existen tres causas básicas que provocan un cuadro de apendicitis:
- Infección
- Inflamación
- Torsión del apéndice

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los signos y síntomas pueden presentarse en forma aguda (súbita) o paulatina, entre los más frecuentes están:

- Dolor de estómago
- Falta de apetito

- Náusea
- Vómito
- Dolor localizado en fosa iliaca derecha, que aumenta cuando después de apretar esa zona se suelta bruscamente.

El dolor abdominal es el síntoma primordial de la apendicitis aguda. Es clásico que la sensación dolorosa en un principio se circunscriba difusamente en la parte baja del epigastrio o en la región umbilical, sea moderadamente intensa y constante, a veces con calambres intermitentes superpuestas.

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 o fosa iliaca derecha (FID).

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 (esquema de Murphy).

El cambio en la localización del dolor es un importante signo diagnóstico e indica la formación de exudado alrededor de la 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.

ANATOMOCLÍNICA.

Existen cuatro tipos de apendicitis aguda:

- apendicitis no obstructiva difusa.
- apendicitis obstructiva flegmonosa.

- apendicitis gangrenosa ulcerativa.
- apendicitis perforada

Apendicitis aguda no obstructiva o también

llamadaapendicitis catarral, en ella el proceso inflamatorio es difuso, y sólo afecta a la mucosa o submucosa.

Apendicitis aguda obstructiva (AAO)

Ésta es una forma grave de apendicitis que simula una oclusión mecánica.

Al producirse la obstrucción del órgano, generalmente por un fecalito, se desarrollan una serie de cambios en la luz que dependen fundamentalmente de la cantidad y contenido del apéndice distal a la obstrucción, si el apéndice no está infectada o la infección es ligera, comienza a distenderse en forma gradual con mucopus, hasta formar un mucosele.

Apendicitis aguda gangrenosa (AAG)

Ésta es una forma descriptiva de la apendicitis aguda con necrosis de la pared del órgano, resultado de la isquemia y la infección anaerobia, que aunque puede circunscribirse a una parte de la mucosa, puede abarcar todo el órgano.

La gangrena puede verse tanto en las apendicitis obstructivas como en las no obstructivas.

Apendicitis aguda perforada.(AAP)

La perforación puede deberse a un aumento de la presión en la luz del órgano, a necrosis de la pared o a una combinación de ambos factores.

Se señala que el 20% de los apéndices inflamadas que se operan aparecen perforadas.

Al caer el contenido del apéndice en la cavidad se producirá una peritonitis que será localizada o generalizada: según la resistencia del enfermo, la cantidad y virulencia de los microorganismos del apéndice

EXÁMENES DE LABORATORIO

Los exámenes de rutina de mayor valor en la apendicitis aguda son el hemograma y el uro análisis (sedimento urinario). El leucograma muestra leucocitosis y/o neutrofilia en más del 70% de los casos de apendicitis aguda.

Este dato sirve para asegurar más el diagnóstico, pero la ausencia de este hallazgo no lo excluye.

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

La radiografía simple de abdomen es de utilidad limitada en el diagnóstico específico de la apendicitis aguda, pero tiene valor para estudiar el patrón gaseoso del intestino, determinar si hay una impactación fecal, y en algunos casos, visualizar un cálculo urinario radio-opaco.

La ecografía tiene valor cuando la sintomatología es equívoca, especialmente en niños, y ayuda en el diagnóstico diferencial de las enfermedades pélvicas en la mujer.

DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS

Los niños lo suficientemente grandes para quejarse suelen señalar dolor epigástrico o peri umbilical, que después se va localizando en el cuadrante inferior derecho. Usualmente siguen al dolor náuseas, vómitos y diarrea.

Sin embargo, algunos estudios básicos deberían obtenerse antes de la cirugía. Por lo general un cuadro hemático completo para asegurar un hematocrito adecuado y el recuento de plaquetas. Aunque la leucocitosis es un hallazgo frecuente en la apendicitis, en 10% de pacientes el recuento de glóbulos blancos es normal.

El examen de orina es importante para excluir infecciones del tracto urinario o los cálculos renales. La presencia de cetonas en la orina suele confirmar que el niño ha estado realmente anoréxico.

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIÓN

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica del apéndice (apendicetomía), mediante una pequeña incisión en la parte baja derecha del abdomen (punto de Mc Burney).⁸

CAPÍTULO III

APENDICECTOMÍA

Definición.-

La apendicetomía es una técnica quirúrgica por medio de la cual se extrae el apéndice cecal.⁹

La indicación más frecuente para la apendicetomía es la apendicitis aguda. Esta cirugía puede realizarse por medio de técnica abierta o por técnica laparoscopia.

Ésta es una de las cirugías que se hacen con mayor frecuencia en diferentes centros de salud a nivel mundial. Es uno de los primeros procedimientos que los cirujanos en entrenamiento aprenden a practicar, ya que es relativamente poco arriesgado y sencillo.

En algunas oportunidades el apéndice cecal debe resecarse por motivos diferentes a la apendicitis aguda, entre éstos la presencia de tumores que pueden originarse ahí, como el tumor carcinoide o el adeno-carcinoma.

En resumen, la cirugía consiste en hacer, bajo anestesia general, una incisión en la fosa ilíaca derecha y extraer el apéndice, que suele enviarse anatomía patológica para obtener el diagnóstico histológico.

Una vez extraído el apéndice, se puede realizar el lavado de la cavidad abdominal con solución salina, para eliminar la sangre y los detritos que pudieran quedar.

Posteriormente se hace el cierre por planos desde la profundidad hasta la superficie.

Habitualmente no se dejan drenajes colocados y el paciente, en caso de no existir complicaciones y dependiendo de la evolución clínica, podrá ser dado de alta en 1-2 días.

CLASIFICACIÓN DE APENDICECTOMÍA

Apendicectomía típica:

Está completamente libre y unido sólo a su meso.

Apendicectomía atípica:

Presenta adherencia al ciego y al peritoneo vecino que le produce acodaduras.

Apendicectomía retrógrada:

Es retro cecal ascendente y extra peritoneal.

Apendicetomía suberosa:

Se halla adherida al ciego y situada debajo del peritoneo la cara anterior o lateral.

Apendicetomía en agudo, en plastrón y en abscesos:

El cirujano resolverá la situación y se operará con toda prudencia y delicadeza.

ELECCIÓN DE LA INCISIÓN

Son dos las incisiones que deben usarse según los casos para acceder al apéndice ellas son: La de Mc.Burney, Rocky-Davis.

Cada una de ellas tiene sus indicaciones precisas. La mejor y más anatómica es la incisión de Mc Burney

Cuando se necesita ampliarla, se lo hace con la modificación de Fowler-Wier, donde se añade la incisión de la vaina anterior del recto con retracción medial del recto e incisión de la vaina posterior del músculo.

La incisión de Rocky-Davis, aunque un poco más estética que la anterior tiene las mismas indicaciones.

FACTORES DE RIESGO EN LA APENDICETOMÍA

- Son de menor a mayor
- Tiempo transcurrido desde el ingreso a urgencias hasta el momento de la cirugía
- Más o menos tres horas
- Tiempo del acto quirúrgico más o menos 3 horas
- 10 años < edad < 29 años
- Diabetes mellitus
- Tabaquismo
- Técnica cerrada del manejo de la herida
- Apendicitis perforada

Factores relacionados con la aparición de complicaciones en los pacientes apendicectomizados por esta enfermedad tan común, en especial los concernientes a:

- Edad,
- Enfermedades asociadas,
- Estado físico,
- Tiempo de evolución preoperatoria,
- Habilidad del cirujano
- Formas anatomopatológicas,
- Causas de re intervenciones, e
- Estadía hospitalaria y estado al egreso

COMPLICACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN EL POSTOPERATORIO.

La infección de herida operatoria puede ocurrir después de cualquier operación. Depende de múltiples factores relacionados: con el huésped diabetes sacarina: tasa de infección 10.7%, obesidad: tasa 13.5%, desnutrición, tabaquismo, inmunosupresión, infecciones en sitios remotos, lesiones malignas.¹⁰

El riesgo tisular de una herida es de vital importancia para la cicatrización debido principalmente al suministro de oxígeno y la presencia de neutrófilos,

Según un estudio reciente realizado en Washington, se comprobó que el brindarle más oxígeno al paciente durante y después de la cirugía, reducía el riesgo de infección de herida en un 50%.

Factores relacionados con el ambiente (duración de la hospitalización, contaminación por el aire); destreza del cirujano (duración de la operación); lavado correcto de manos, procedimientos de urgencia, perforación en los guantes, operaciones abdominales (sitio del abdomen); tipo de procedimiento quirúrgico, calidad de hemostasia durante la cirugía, cierre primario defectuoso, mucho tiempo preoperatorio dentro del hospital (la flora bacteriana normal sufre cambios sustanciales después de una semana), mal manejo de las heridas en el posoperatorio y múltiples causas más, que pueden ser factores contribuyentes.

Factores personales del paciente: cáncer, cola genopatía, enfermedad del sistema retículo endotelial, SIDA, enfermedad inmunológica, edad.

ABSCESO DE PARED

Definición.-

La herida es considerada infectada si la incisión presenta celulitis en su periferia, o bien, drena material purulento de ella, proceso conocido como absceso de pared, siempre sin la confirmación de un cultivo positivo.¹¹

- ✓ Factores que intervienen en la génesis de una infección
- ✓ Factores endógenos
- ✓ Edad los extremos de la vida
- ✓ Enfermedades preexistentes: múltiples de acuerdo a valoración
- ✓ Diabetes sacarina tasa de infección 10.7%
- ✓ Obesidad tasa de 13.5%
- ✓ Duración de la hospitalización: preoperatorio

- ✓ Operaciones abdominales sitio del abdomen
- ✓ Lesiones malignas
- ✓ Infecciones en sitios remotos
- ✓ Desnutrición
- ✓ Tabaquismo.
- ✓ Factores exógenos
- ✓ Duración de la operación
- ✓ Perforación en los guantes
- ✓ Procedimiento de urgencia
- ✓ Contaminación por el aire.

SINTOMATOLOGÍA

1. Las infecciones en las heridas aparecen en el 2do y 4to día.
2. La fiebre es el primer signo:
3. Dolor, inflamación, edema o tumefacción localizada.
4. Abscesos localizados...

ANTECEDENTES:

1. Enfermedad asociada, historia cuidadosa del acto quirúrgico.
2. Cuadro clínico
3. Examen físico, medio más simple y efectivo
4. Examen de laboratorio
5. Heces, orina, glicemia, urea. Cultivo de exudados o secreciones.
6. Exámenes radiológicos.
7. Partes blandas (presencia de gas)

TRATAMIENTO

- Dirigido al control o detención de la infección:
- Administración de antibióticos: en infecciones invasivas.
- Drenaje amplio de las colecciones purulentas localizadas.
- Medidas higiénicas-dietéticas.
- Restitución de déficit proteico y vitamínico.
- Medicación anti anémica.

- Terapéutica orientada y específica, según la localización de la infección.

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.

CUIDADO DE LA HERIDA

El cuidado de las heridas es el procedimiento que tiene por finalidad realizar la antisepsia de la herida operatoria y la zona periférica para mejorar las condiciones locales y favorecer así la cicatrización.¹²

El procedimiento consiste en retirar gasas y apósitos, observar la evolución de la herida, limpiar y cubrir con nuevas gasas y apósitos.

Son acciones técnicas imprescindibles en el cuidado de las heridas:

- La limpieza meticulosa de todo cuerpo extraño
- El avasamiento de los exudados
- La escisión de tejidos con isquemia

Se debe recordar que no se debe aplicar en el interior de la herida antisépticos que provoquen inflamación y retarden la cicatrización.

OBJETIVOS

- Favorecer la cicatrización
- Evaluar la evolución de la herida

- Renovar gasas y apósitos
- Movilizar o extraer drenajes
- Extraer puntos de sutura
- Tratar la infección si la hubiera
- Asegurar comodidad al paciente

CARRO DE CURACIONES

El carro de curaciones permite centralizar el material a utilizar en las curaciones de las heridas en especial cuando el volumen de procedimientos es numeroso.

Debe poseer ruedas que permitan su fácil desplazamiento y ser de material lavable. Estará provisto de recipientes para la eliminación del material de desecho.

En cuanto a los equipos estos deben cumplir con las condiciones de almacenamiento y mantenimiento: envoltorio indemne, fecha de esterilización.

El carro debe acondicionarse diariamente, renovándose los antisépticos en frascos estériles.

CAPÍTULO IV

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.¹³

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

LOS OBJETIVOS

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad

EL DESARROLLO DEL PAE:

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).

Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).

Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

LAS VENTAJAS:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería

Para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo
- Crecimiento profesional.

LAS CARACTERÍSTICAS:

Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.

Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado.

Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.

Debido a que el personal profesional de enfermería no planifica la atención de enfermería que se proporciona a estos pacientes con apendicectomía no complicada y por la necesidad de que exista Planes de Cuidados de Enfermería en estas áreas a continuación se detalla los siguientes Planes de Cuidados

**PLANES DE CUIDADO ESTANDARIZADO A PACIENTES
PEDIATRICO CON APENDICECTOMIA NO COMPLICADA.**

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Actividades de Enfermería	Evaluación
Riesgo de infección R/C la herida quirúrgica	Disminuir el riesgo de infección en el paciente durante la estadía hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el lavado de manos antes y después de la curación de la herida quirúrgica. • Utilizar material estéril al momento de realizar la curación • Valorar signos de infección en la herida quirúrgica. dolor, rubor, eritema, apósitos • Realizar curaciones según indicaciones médicas • Reportar signos de infección de la herida al médico. • Realizar reporte diarios anotando los cuidados que se proporcionan a la herida quirúrgica. 	A los tres días de la operación estará apirético y no mostrará signos de infección. A los siete días del postoperatorio, el paciente tendrá la herida limpia seca, y con los bordes bien aproximados.

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Actividades de Enfermería	Evaluación
<p>Retención urinaria postoperatoria R/C la respuesta neuroendocrina al estrés, a la anestesia y a la posición de decúbito</p>	<p>Disminuir el riesgo de retención urinaria durante las primeras 8 horas del postoperatorio.</p>	<p>-Valorar los signos de retención urinaria: distensión vesical, micción por rebosamiento</p> <p>-Proporcionar medidas no invasivas para estimular la micción, tales como: la posición normal para la micción, caminar hasta el baño si es posible, dejar correr el agua, proporcionar intimidad.</p> <p>Proporcionar una atmósfera de apoyo no amenazante, tranquilizarle y no amenazarle con el sondaje vesical.</p>	<p>Al cabo de un día del postoperatorio el paciente eliminará cantidades adecuadas de orina clara.</p>

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Actividades de Enfermería	Evaluación
Dolor R/C procedimiento quirúrgico.	Disminuir el dolor en 15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> -Valorar el dolor mediante la escala del 1 al 10 -Mantener al paciente en posición cómoda y tranquila. -Utilizar técnicas de distracción y relajación tales como: pintura, lectura. -Administrar analgésico según prescripción médica. -Valorar el efecto del analgésico. 	Paciente manifestara que ha disminuido el dolor y se observa tranquilo.

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Actividades de enfermería	Evaluación
<p>Riesgo de estreñimiento R/C la disminución del peristaltismo, secundario a los efectos de la anestesia, de la cirugía y del reposo e inmovilidad en el postoperatorios</p>	<p>Disminuir el riesgo de estreñimiento en durante la estadía hospitalaria</p>	<p>-Valorar la frecuencia, número y características de deposición en el postoperatorio</p> <p>-Administrar líquidos cuando se recupere la motilidad intestinal (postoperatorio inmediato) e ir aumentando progresivamente la dieta</p> <p>-Proporciona una dieta rica en fibra, proteínas y vitaminas</p> <p>-Fomentar la actividad y la deambulacion de forma precoz, si es posible.</p> <p>-Establecer un horario regular para la defecación.</p> <p>-Si es posible, utilizar el cuarto de baño en lugar de la bacinilla.</p> <p>Proporcionar intimidad para la defecación</p> <p>.-Comunicar al médico, si no se auscultan ruidos intestinales (10h) o no hay deposiciones en 2 ó 3 días.</p>	<p>Paciente presenta una evacuación intestinal normal</p>

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Actividades	Evaluación
Riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C con la tos ineficaz y el acumulo de secreciones, M/P dolor al toser, reposo e inmovilidad postoperatoria	Disminuir el acumulo de secreciones en durante la estadía hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> -Valoración del patrón respiratorio, y auscultación pulmonar -Realizar ejercicios respiratorios, de tos y de expansión pulmonar, frecuentemente -Realizar ejercicios de estimulación de la tos, sujetándose la incisión abdominal -Realizar cambios posturales para favorecer el drenaje de las vías respiratorias, y levantar al paciente de la cama lo antes posible. -Mantener una correcta hidratación para facilitar la fluidez de las secreciones respiratorias 	El niño mantendrá sus vías respiratorias sin complicaciones

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Actividades	Evaluación
<p>Alteración de la nutrición R/C la disminución de la ingesta de alimentos M.P rechazo a la dieta por presencia de dolor, náuseas, vómitos y malestar general en el postoperatorio</p>	<p>Disminuir el riesgo de la alteración de la nutrición durante la estadía hospitalaria</p>	<p>-Valorar el estado nutricional del paciente</p> <p>-Valorar presencia de vómitos, náuseas, gases intestinales, dolor gástrico o abdominal.</p> <p>-Administrar líquidos por vía oral desde que haya movimientos peristálticos y el estado de conciencia lo permita</p> <p>-Administrar una dieta rica en fibra, proteínas y vitaminas</p> <p>Comprobar la tolerancia del paciente a la dieta,</p> <p>-Estimular la actividad física y el movimiento, si es posible.</p> <p>-Pesar al paciente para comprobar si hay ganancia o pérdida de peso.</p>	<p>Paciente mantendrá el estado nutricional dentro de los límites normales</p>

5.- HIPÓTESIS

El incumplimiento de las Normas de Bioseguridad en la atención de enfermería en pacientes con apendicectomía no complicada, será la causa de la formación de los abscesos de pared en las apendicetomías no complicadas de los pacientes pediátricos del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

6.- MÉTODO

Tipo de estudio

Se utiliza el método descriptivo, observacional.

Universo

Personal de enfermería que labora en tres turnos en el área de Cirugía del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde; 14 Licenciadas y 22 Auxiliares de enfermería, y 9 cirujanos; 20 pacientes que han presentado absceso de pared en la incisión quirúrgica.

La muestra tomada para el estudio será el 100% del universo del personal de enfermería que labora en el área de Cirugía y el 100% de los pacientes que presentaron complicación.

Técnica de Recogida

Observación directa de los médicos cirujanos que realizan estas cirugías, pacientes pediátricos con absceso de pared en la incisión quirúrgica en la apendicetomía no complicada y del personal de enfermería. Observación indirecta de las Historias Clínicas.

Para recolectar la información se utilizara encuestas y guías de observación al personal de enfermería, a los médicos cirujanos y a los pacientes que presentaron esta complicación.

Análisis de la Información

El análisis de la información se realiza a través de cálculos estadísticos que permitan analizar los factores que influyen para dicho problema.

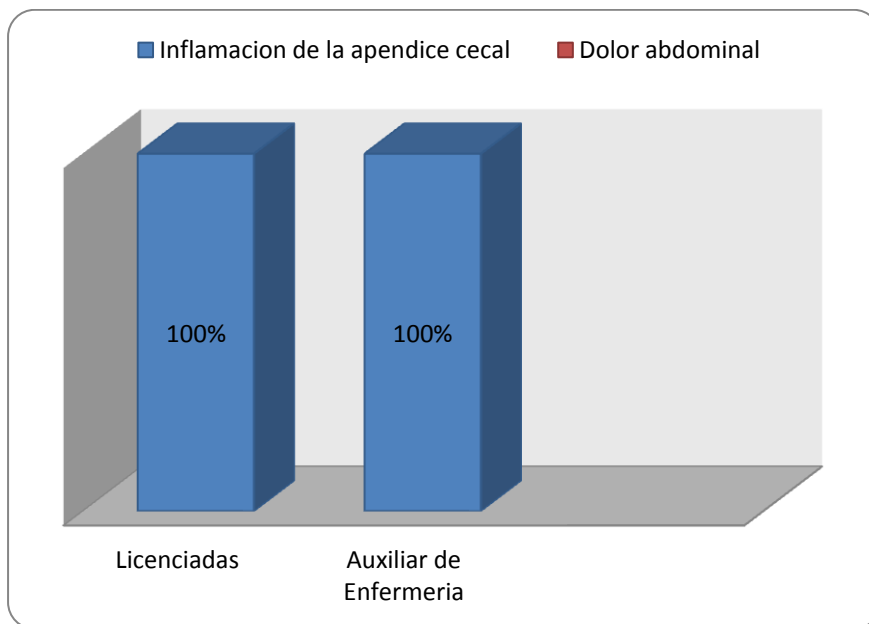
Los datos se procesaran en una hoja de cálculo que permitan elaborar cuadros y gráficos para el análisis.

7.- PRESENTACIÓN DE LOS DATOS / RESULTADOS

Instrumento 1: encuesta

GRÁFICO N° 1

Conocimiento del personal de enfermería sobre apendicitis Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Encuesta al personal de enfermería del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

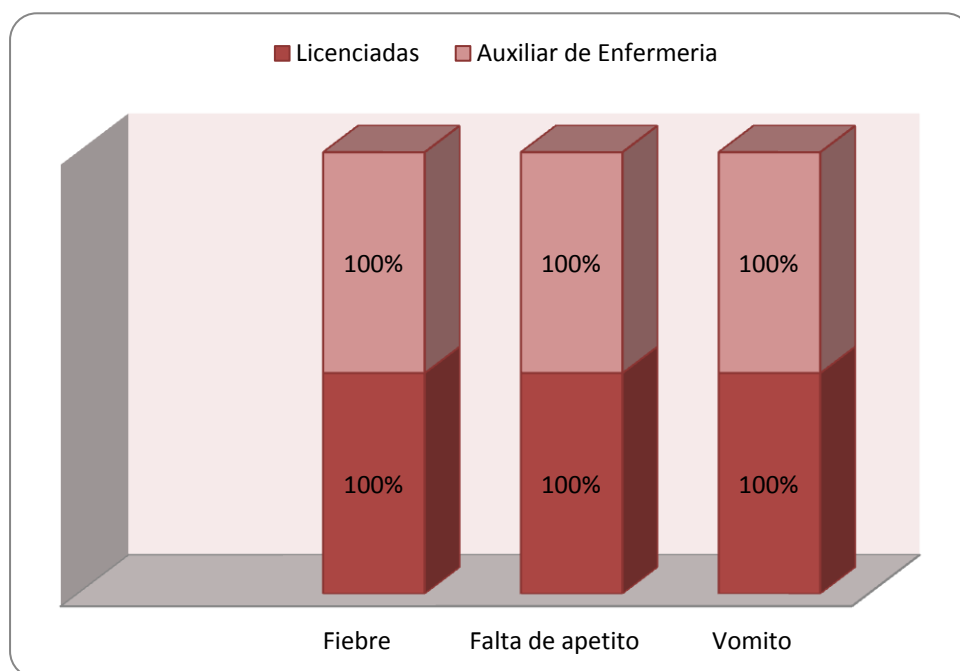
Autora: Edith Mera

Análisis:

La encuesta aplicada al personal de enfermería que labora en el área de cirugía B1 y B2 del hospital en estudio, sobre el conocimiento que tienen de apendicitis, todas respondieron que era la inflamación del apéndice cecal .Lo que manifiesta que el personal de salud que atiende a estos pacientes tiene conocimiento del concepto de esta patología.

GRÁFICO N° 2

Conocimiento del personal de enfermería sobre los Signos y síntomas de la apendicitis Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Encuesta al personal de enfermería del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

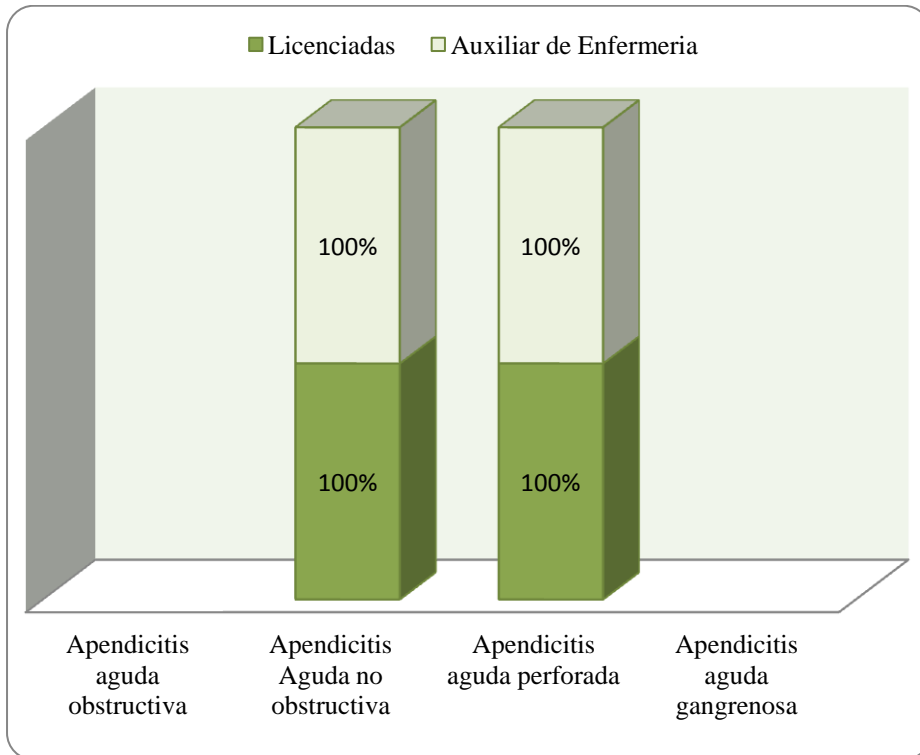
Autora: Edith Mera

Análisis:

Referente a los conocimientos que tiene el personal de enfermería sobre los signos y síntomas de la apendicitis, todos respondieron que los síntomas son fiebre, falta de apetito y vómito.

GRÁFICO N° 3

Tipos de apendicitis que conoce el personal de enfermería que labora en el área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Encuesta al personal de enfermería del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

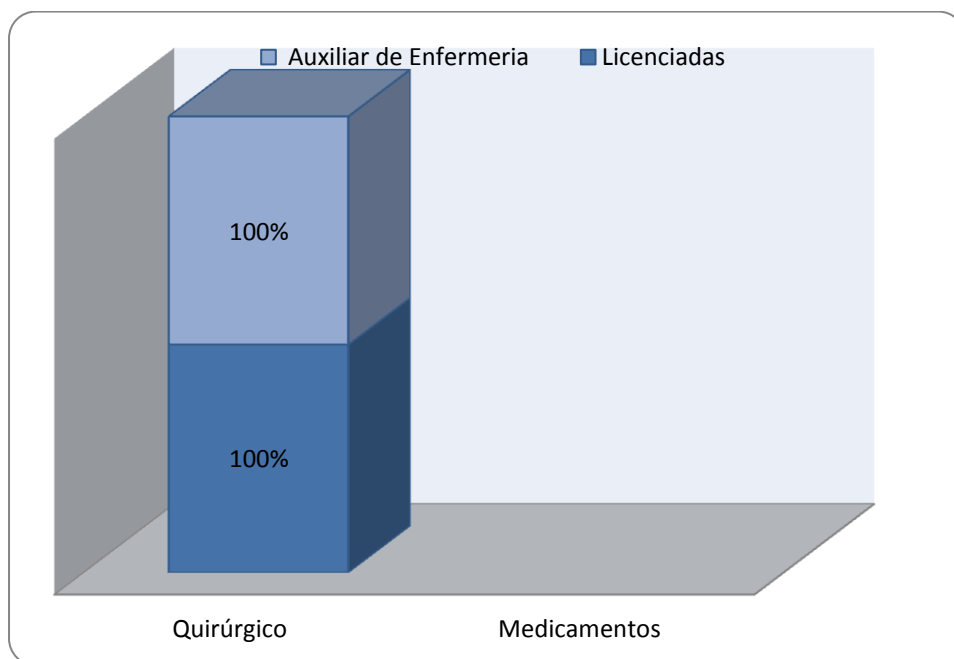
Autora: Edith Mera

Análisis:

El personal profesional de enfermería como auxiliar de enfermería respondió conocer dos tipos de apendicitis la aguda no obstructiva y la apendicitis perforada que es la peritonitis.

GRÁFICO N° 4

Conocimiento del personal de enfermería sobre El tratamiento de la apendicitis Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Encuesta al personal de enfermería del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

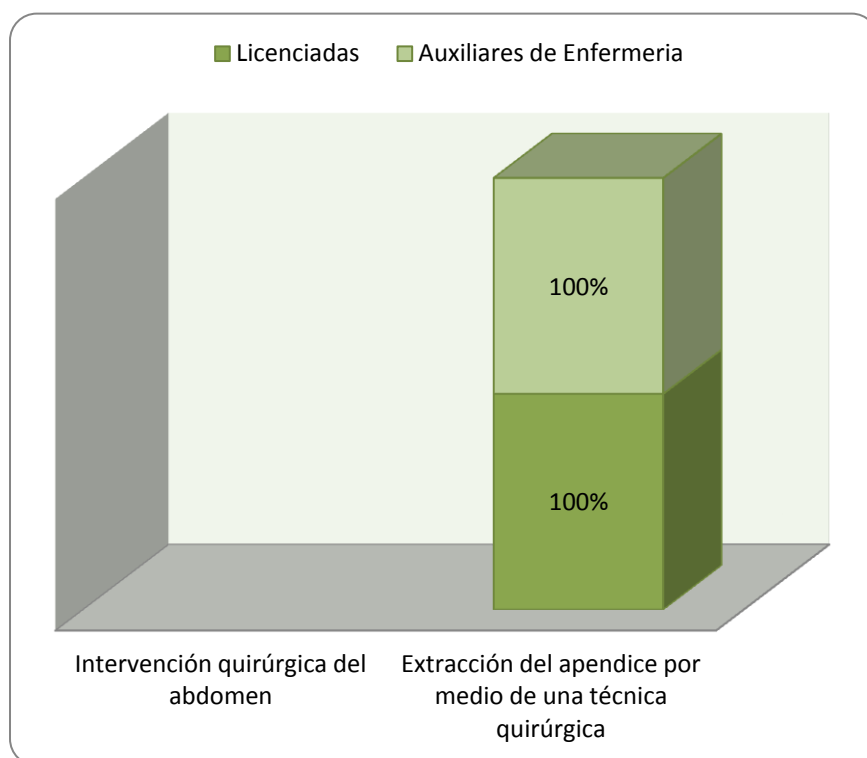
Autora: Edith Mera

Análisis:

El gráfico demuestra que el personal profesional y auxiliar de enfermería conocen sobre el tratamiento de la apendicitis aguda.

GRÁFICO N° 5

Conocimiento del personal de enfermería sobre la definición de apendicectomía Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Encuesta al personal de enfermería del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

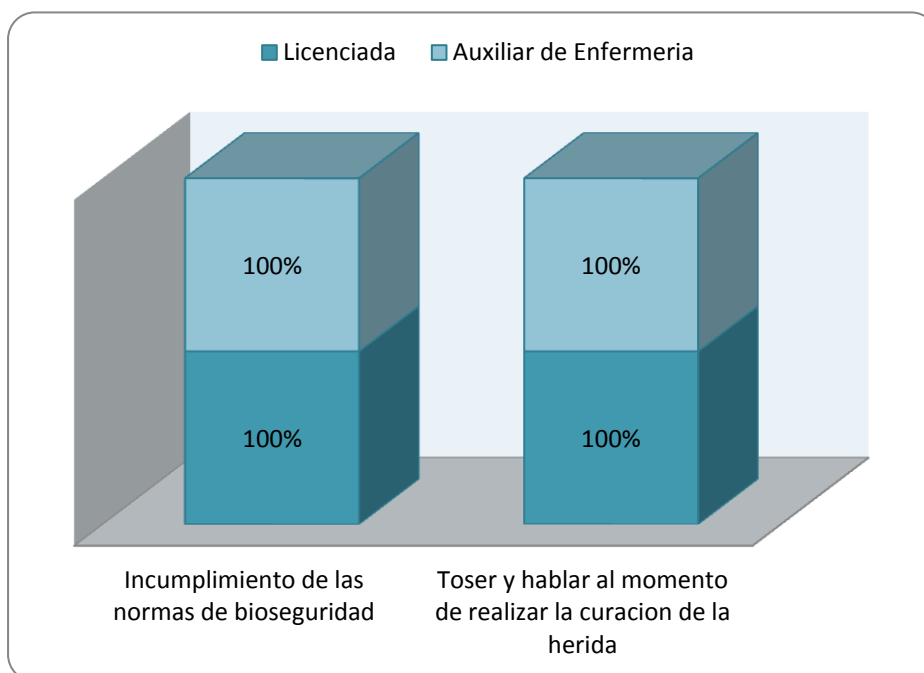
Autora: Edith Mera

Análisis:

El personal profesional de enfermería encuestado y las auxiliares de enfermería, respondieron tener conocimiento sobre la definición de apendicectomía.

GRÁFICO N°6

Factores que influyen para que se infecte la herida quirúrgica de apendicectomía en niños del área de cirugía B1 y B2.Hospital“Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Encuesta al personal de enfermería del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

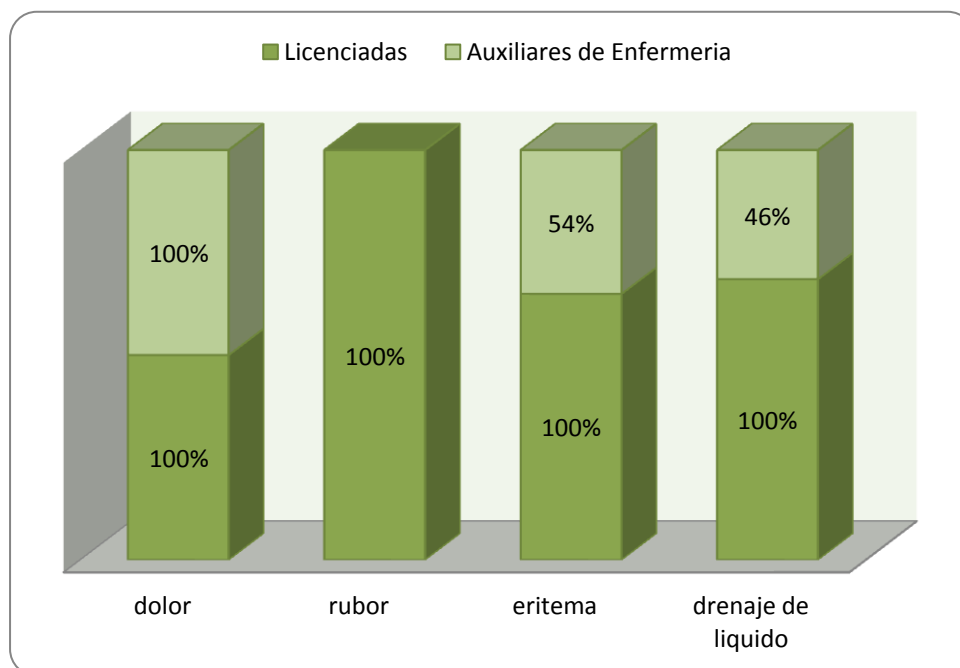
Autora: Edith Mera

Análisis:

Se demuestra, que el personal profesional como auxiliar de enfermería conoce sobre los factores que pueden provocar la infección en la herida quirúrgica,

GRÁFICO N° 7

Conocimiento del personal de enfermería sobre los signos y síntomas que se valoran en la herida quirúrgica. Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Encuesta al personal de enfermería del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

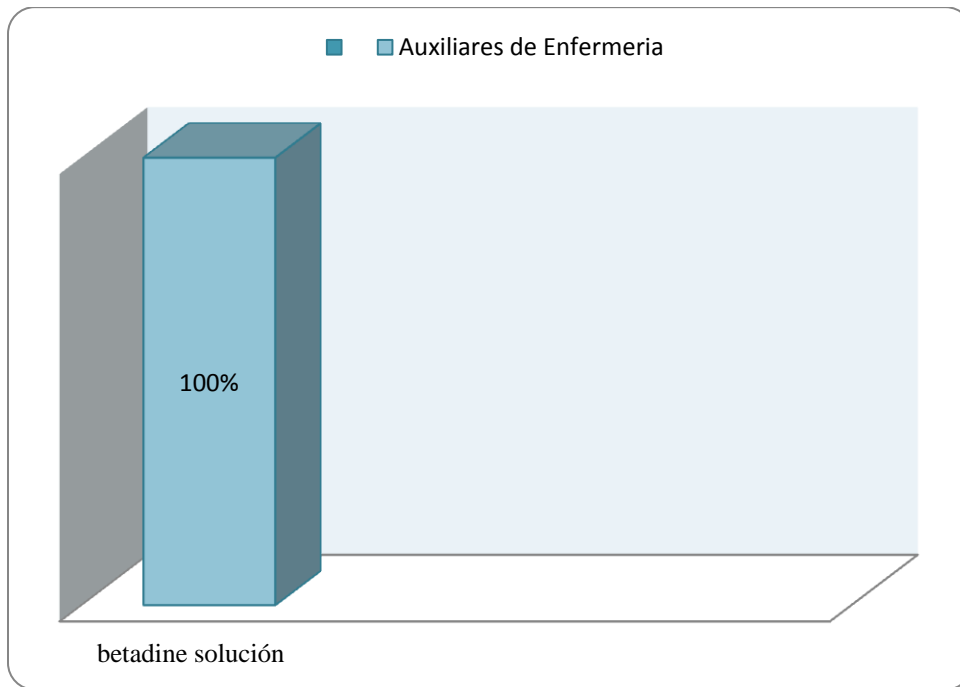
Autora: Edith Mera

Análisis:

El gráfico determina, que las licenciadas respondieron que se debe valorar en la herida quirúrgica el dolor, rubor, eritema y el drenaje de líquido; mientras que las auxiliares solo valoran dolor eritema y drenaje de líquido desconociendo los demás signos de valoración de la herida quirúrgica.

GRÁFICO N°8

Solución que utiliza para realizar la curación de la herida en el área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Encuesta al personal de enfermería del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

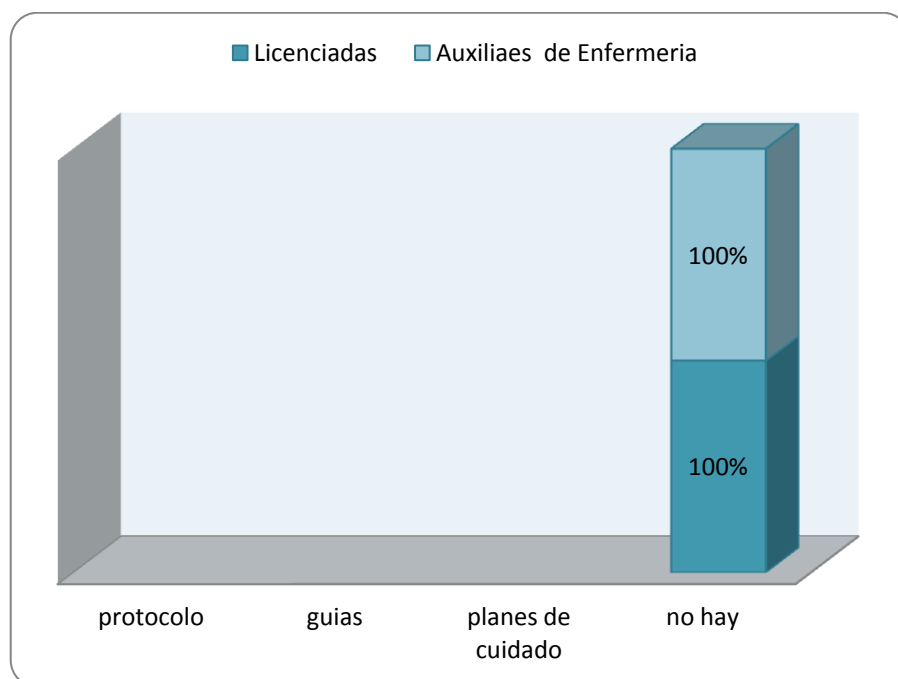
Autora: Edith Mera

Análisis:

El personal auxiliar de enfermería respondió que se les proporciona solución betadine para realizar la curación de la herida quirúrgica.

GRÁFICO N° 9

Existen métodos para planificar el cuidado de enfermería en el área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Encuesta al personal de enfermería del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

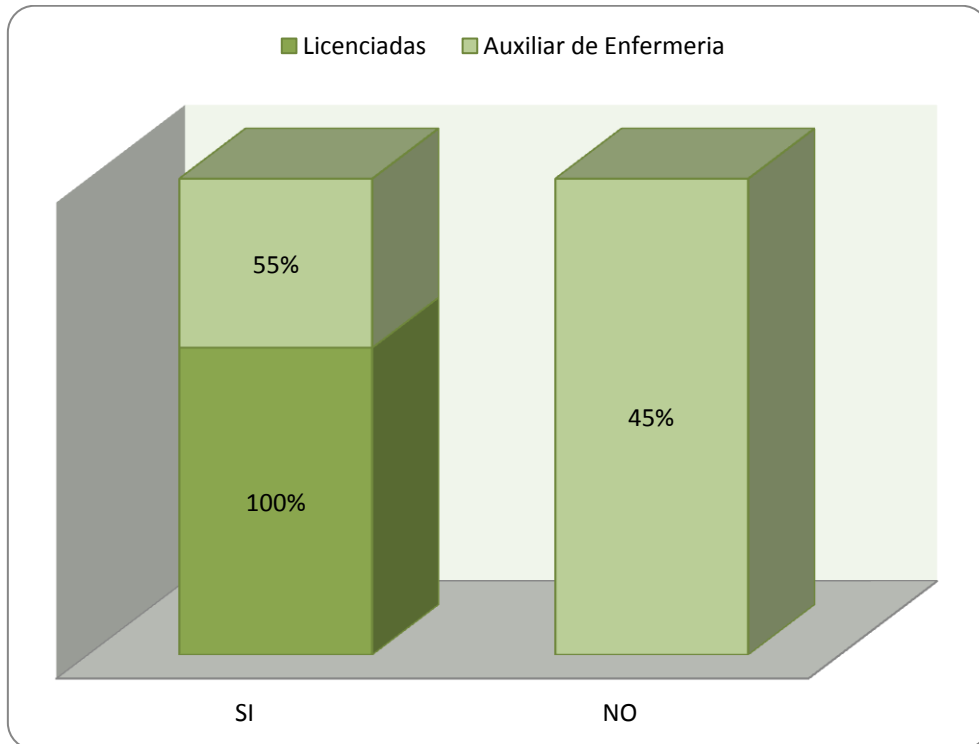
Autora: Edith Mera

Análisis:

El personal de enfermería (licenciada y auxiliar) que laboran en el área de cirugía del hospital en estudio, refiere que no hay métodos como protocolos, guías o planes de cuidado para la atención de estos pacientes

GRÁFICO N°10

El personal de enfermería orientación al paciente y familiar acerca de la herida quirúrgica y sus cuidados Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Encuesta al personal de enfermería del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Edith Mera

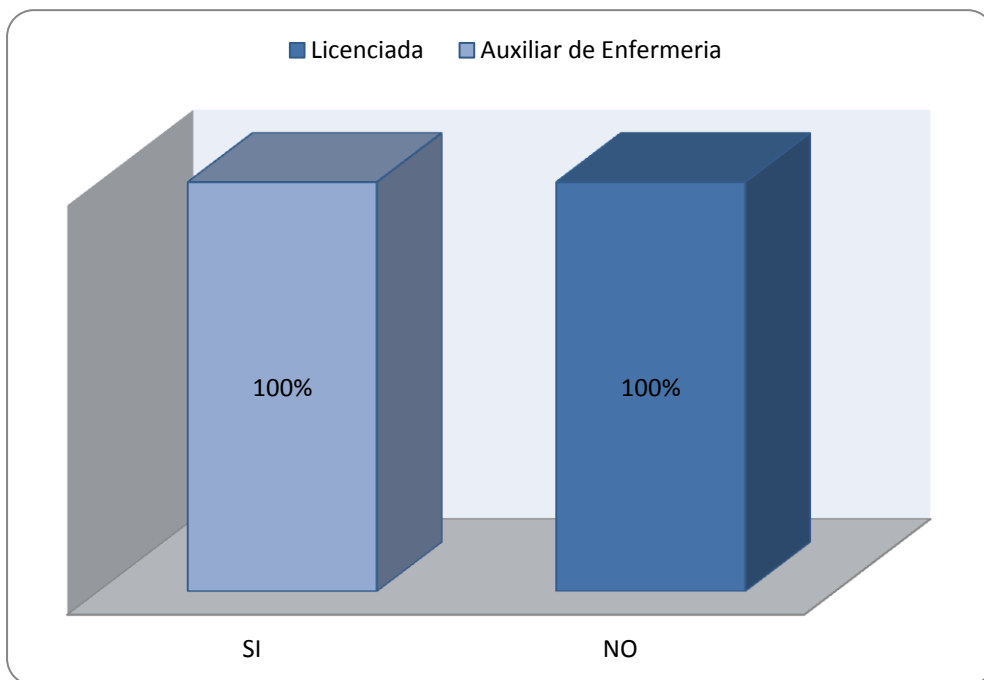
Análisis:

La mayor orientación al paciente y familiar acerca de la herida quirúrgica y su cuidado lo recibe del personal profesional con el fin de que exista más control y evitar complicaciones posteriores.

GRÁFICO N° 11

Instrumento 2: observación

Personal de enfermería que realiza la curación en el área de cirugía B1-B2 del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Observación directa al personal de enfermería del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

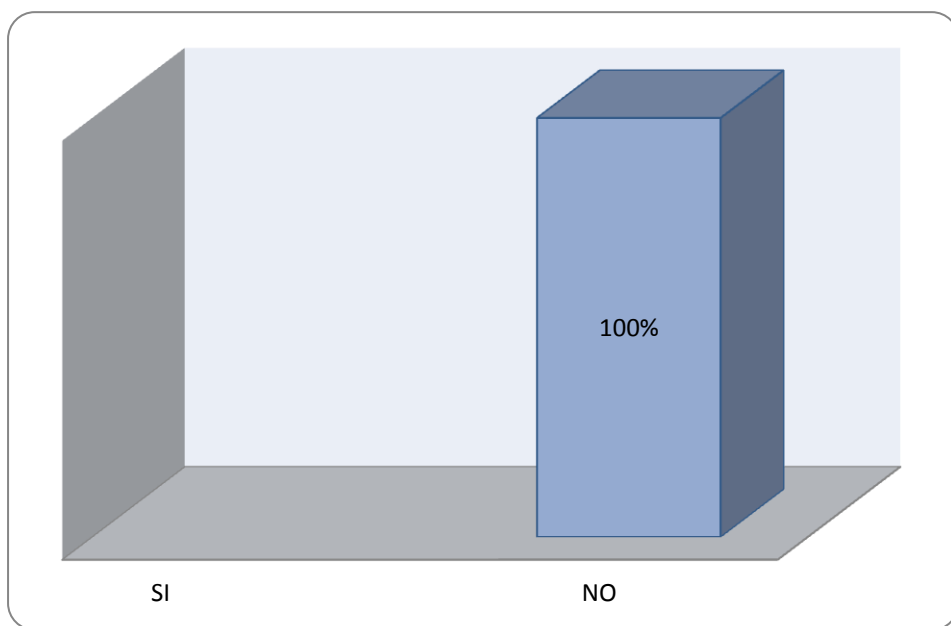
Autora: Edith Mera

Análisis:

Referente a qué personal realiza la curación de la herida, el gráfico demuestra que de la auxiliar de enfermería es la encargada de realizar la curación de la herida quirúrgica. Por tal razón, puede existir complicación en la herida quirúrgica, ya que esta actividad debe realizarlo el personal profesional capacitado.

GRÁFICO N°12

Aplica la técnica correcta de curación el personal de enfermería en el área de Cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Observación directa al personal de enfermería del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

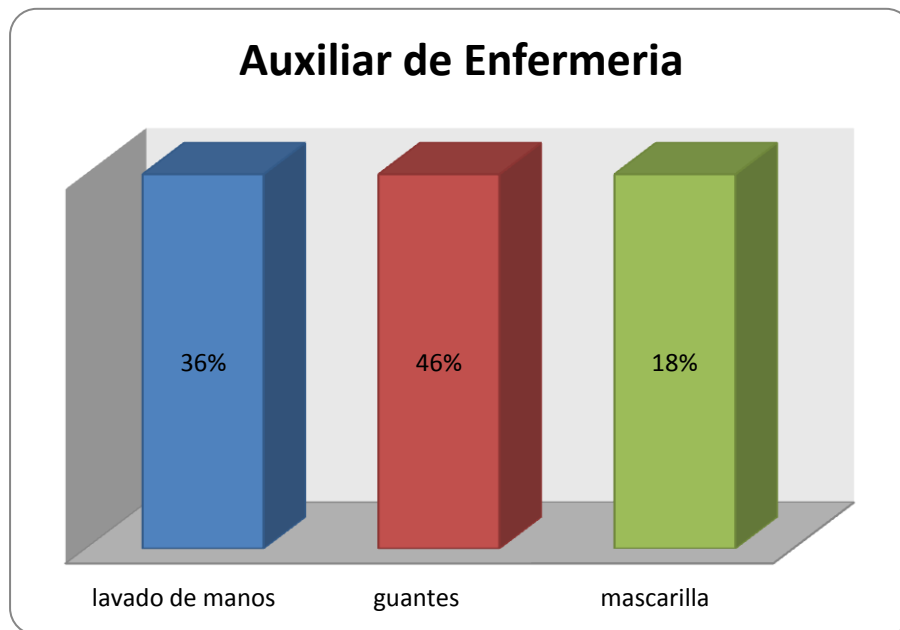
Autora: Edith Mera

Análisis:

Se observa en el gráfico que el personal de auxiliar de enfermería no aplica la técnica correcta de curación al momento que realiza el cuidado a la herida quirúrgica.

GRÁFICO N°13

Emplea las normas de bioseguridad cuando va a realizar la curación de la herida quirúrgica en el área de Cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Observación directa al personal de enfermería del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

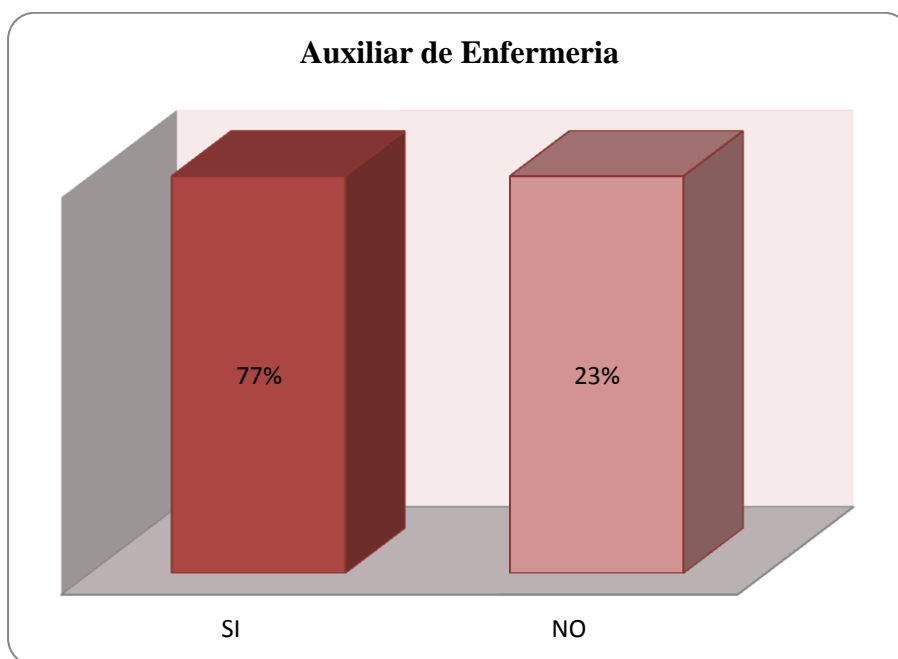
Autora: Edith Mera

Análisis:

Se demuestra en este gráfico que un porcentaje alto del personal auxiliar de enfermería que realiza el procedimiento de la curación de la herida quirúrgica no realiza el lavado de manos ni usan mascarilla al momento del procedimiento de limpieza de la herida quirúrgica.

GRÁFICO N° 14

Valoración de la herida quirúrgica, en el área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Observación directa al personal de enfermería del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

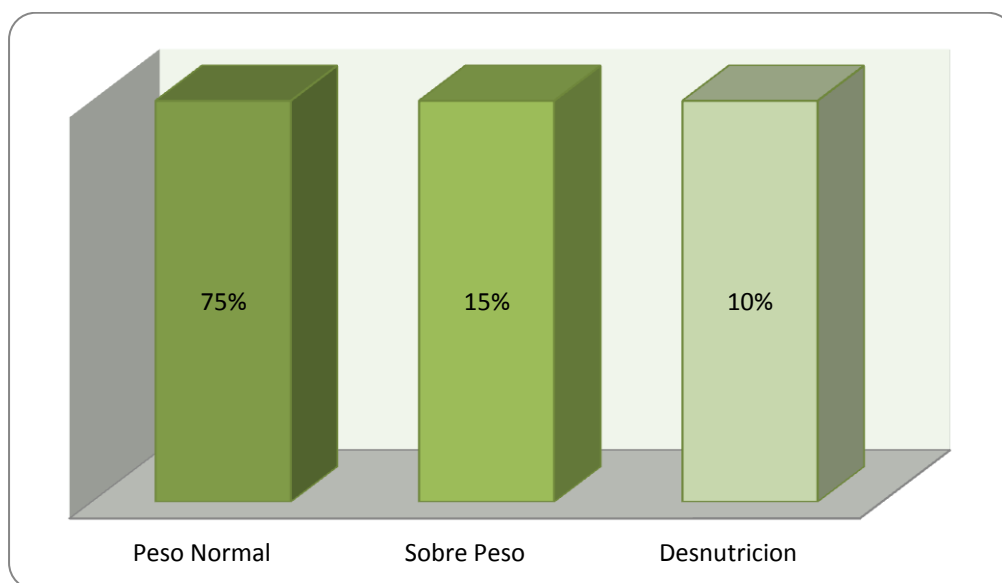
Autora: Edith Mera

Análisis:

El gráfico muestra que las heridas quirúrgicas al momento de la curación no son valoradas por todo el personal auxiliar de enfermería que realiza la curación.

GRÁFICO N°15

Estado nutricional del paciente con apendicetomía en el área de Cirugía B1-B2, del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Instrumento de observación a pacientes con apendicetomía del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

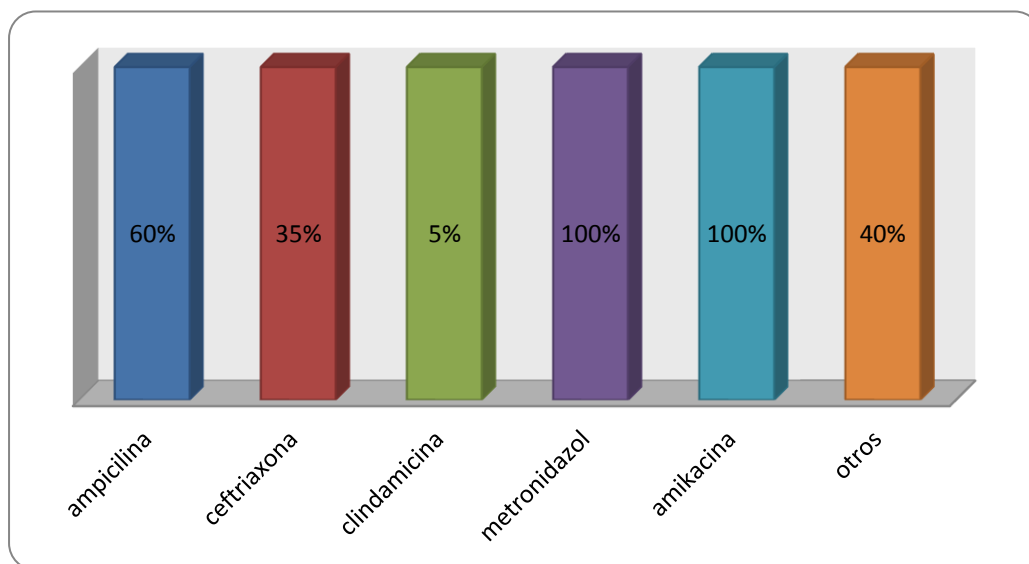
Autora: Edith Mera

Análisis:

El gráfico muestra que los pacientes a pesar de tener una apendicetomía no complicada no corren el riesgo de que su herida se infecte porque el estado nutricional prevalente es peso normal.

GRÁFICO N°16

Antibiótico que reciben los pacientes con apendicectomía en el área de cirugía B1-B2, del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Instrumento de observación a pacientes con apendicectomía del área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

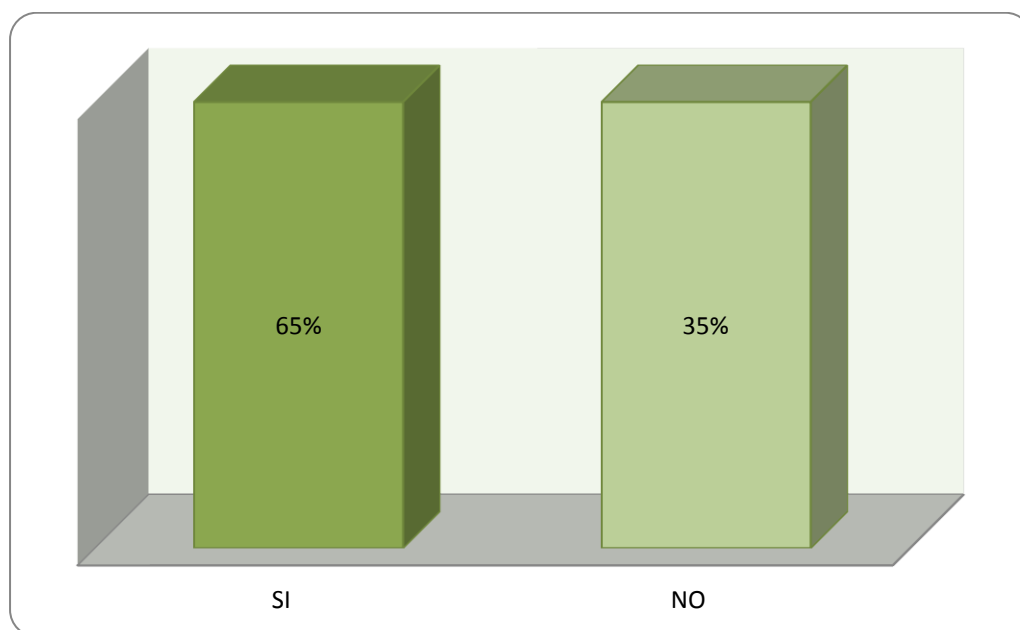
Autora: Edith Mera

Análisis:

El gráfico muestra que la medicación que más se administrada a estos pacientes son ampicilina, amikacina y metronidazol.

GRÁFICO N°17

De ambulación precoz que realizan los pacientes con apendicectomía no complicada en el área de Cirugía B1-B2, del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Instrumento de observación a pacientes con apendicectomía ingresados en el área de cirugía B1-B2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

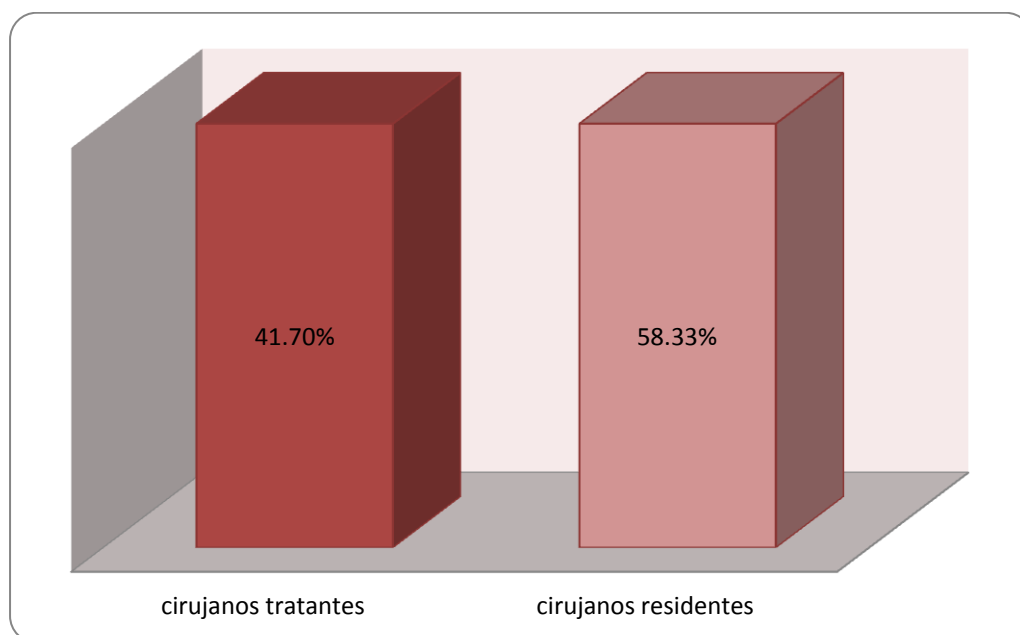
Autora: Edith Mera

Análisis:

El gráfico muestra que el mayor número de pacientes con apendicectomía no complicadas son ayudados a la de ambulación precoz. Por lo tanto estos pacientes tendrán menos riesgo de alguna complicación en el postoperatorio.

GRÁFICO N° 18

Cirujanos que realizan las apendicectomía en el área de cirugía B1-B2, del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Instrumento de observación a los médicos cirujanos que realizan las cirugías en el Hospital Dr. “Roberto Gilbert Elizalde.”

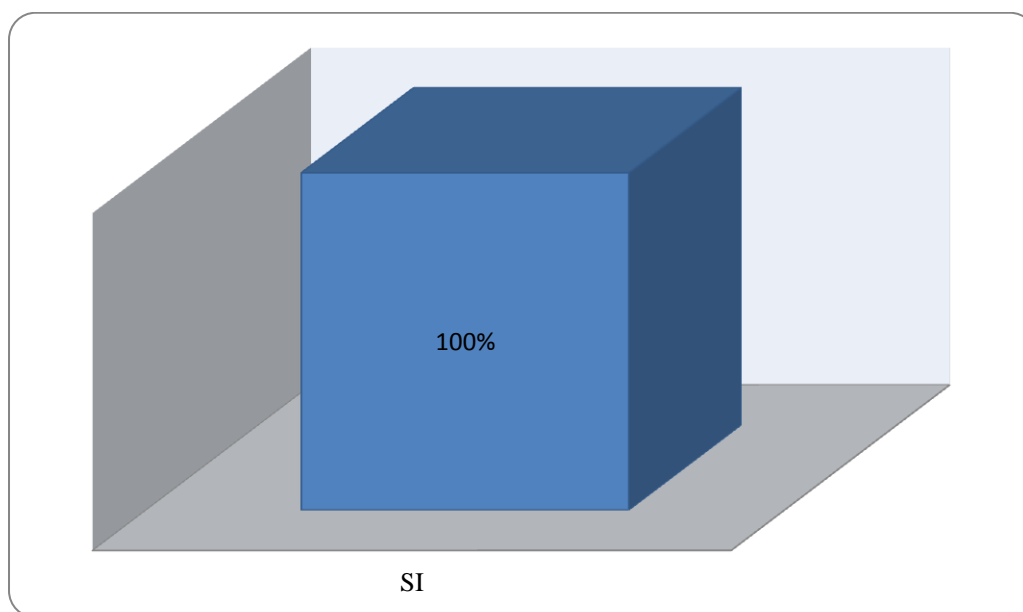
Autora: Edith Mera

Análisis:

Este gráfico muestra que la mayoría de las cirugías son realizadas por los médicos residentes de guardia.

GRÁFICO N° 19

Cumplimiento de Normas de Bioseguridad por el médico cirujano en el área de Cirugía B1-B2, del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Instrumento de observación a los médicos de cirugía del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

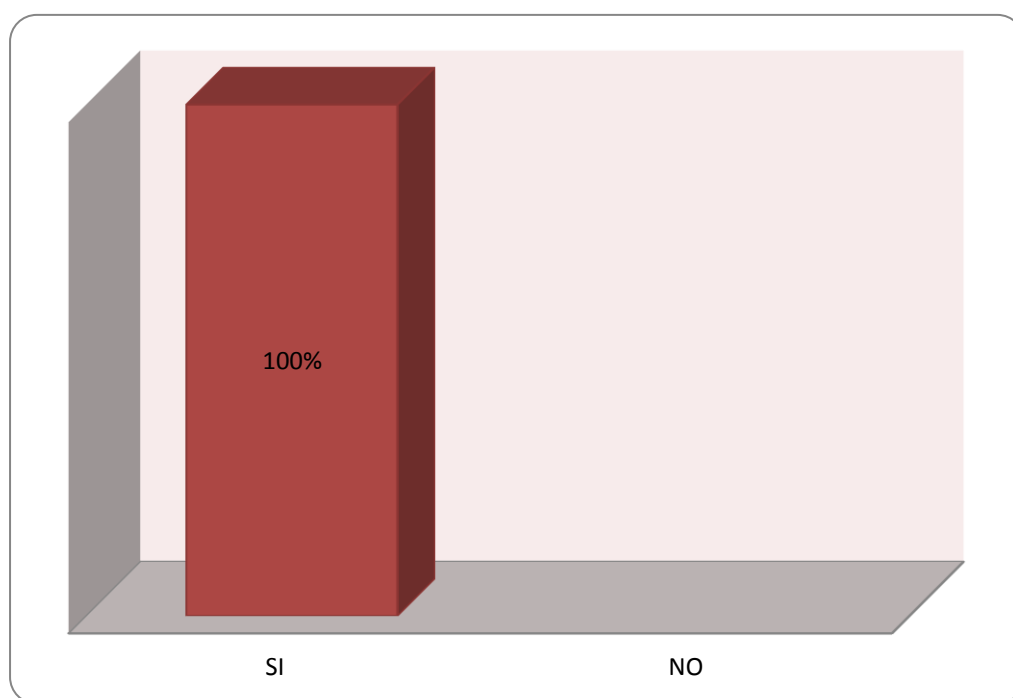
Autora: Edith Mera

Análisis:

Este gráfico muestra que tanto los médicos cirujanos tratantes como los médicos residentes cumplen con las normas de bioseguridad establecidas para una intervención quirúrgica de apendicectomía.

GRÁFICO N° 20

**La asepsia y antisepsia la realizan los médicos cirujanos del ombligo hacia fuera en pacientes con apendicectomía no complicada
Del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011**



Fuente: Instrumento de observación medico de cirugía del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

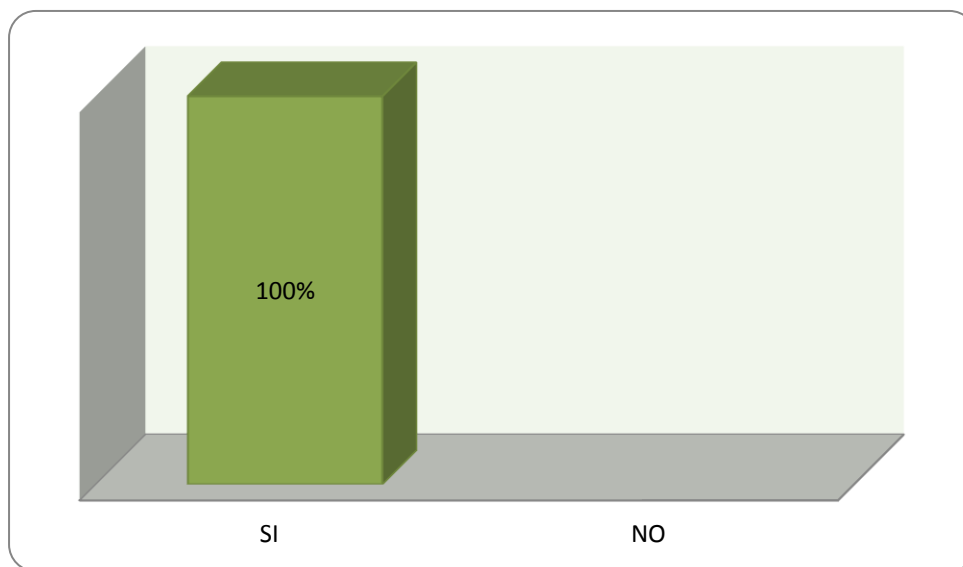
Autora: Edith Mera.

Análisis:

Este gráfico muestra que la asepsia y antisepsia los cirujanos la realizan de forma correcta .Ya que la literatura dice que la asepsia y antisepsia se la realiza del ombligo hacia afuera en forma circular.

GRÁFICO N° 21

El paquete quirúrgico es abierto de forma correcta al momento de realizar la cirugía en el quirófano, del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Instrumento de observación medico de cirugía del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

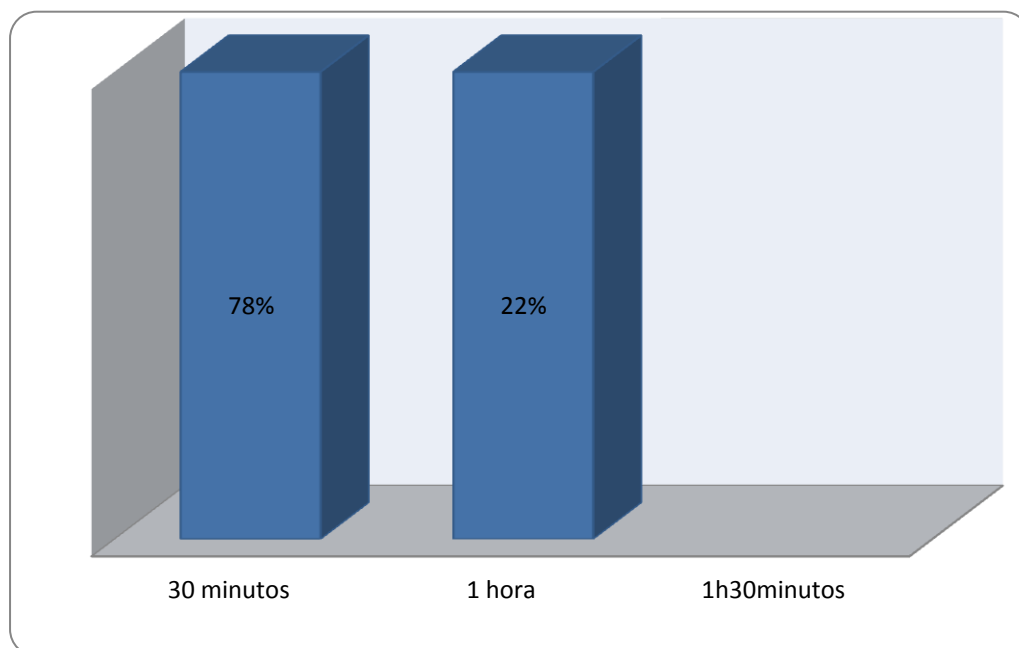
Autora: Edith Mera.

Análisis:

Este gráfico muestra que se cumple con la manera correcta de abrir el paquete quirúrgico antes de realizar la cirugía.

GRÁFICO N° 22

El tiempo quirúrgico de una cirugía de apendicectomía no complicada en quirófano, del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Instrumento de observación a los médicos de cirugía del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

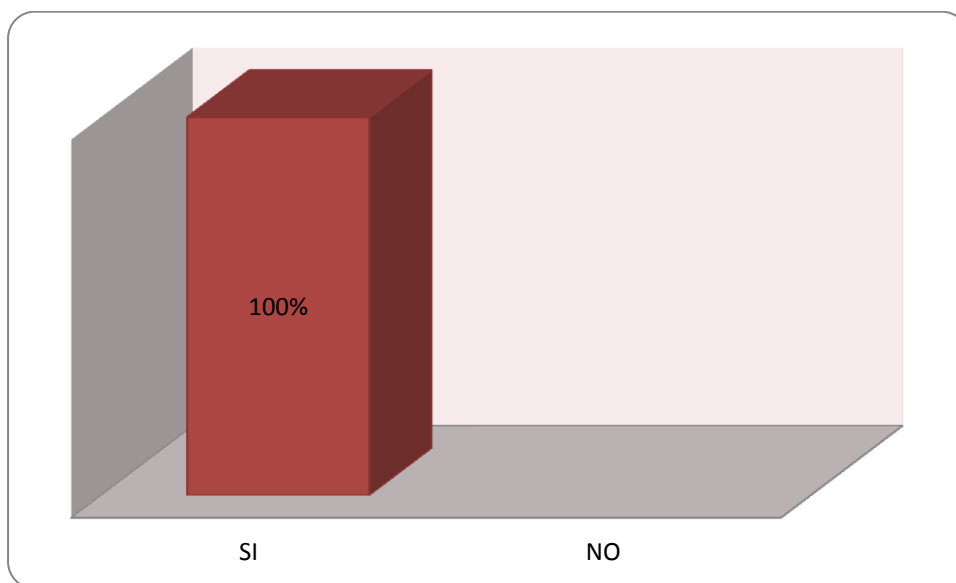
Autora: Edith Mera.

Análisis:

El gráfico muestra que el tiempo que emplea el médico cirujano en la cirugía es el correcto. Los textos consultados aclaran que mientras menos tiempo tarde la cirugía, menor es el riesgo que se infecte la herida.

GRÁFICO N° 23

Realizan la desinfección del quirófano después de cada cirugía de apendicectomía no complicada, del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2011



Fuente: Instrumento de observación al personal encargado realizar la desinfección de los quirófanos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Edith Mera.

Análisis:

El gráfico muestra que si se realiza la desinfección recurrente después de cada cirugía de apendicectomía no complicada.

9.- CONCLUSIONES

Este estudio se realiza dado a la incidencia con que se presentan absceso de pared en la herida quirúrgica de los pacientes con apendicectomía no complicada debido a muchos factores entre ellos:

El personal de Enfermería profesional no realiza la curación de la herida quirúrgica a los pacientes con apendicectomía no complicada como se lo demuestra en el gráfico #11.

El personal auxiliar de enfermería al momento de realizar el procedimiento de la curación de la herida quirúrgica no emplea la técnica correcta de curación como se lo demuestra en el gráfico #12.

El personal auxiliar de enfermería no emplea correctamente las normas de bioseguridad como se lo demuestra en el gráfico #13.

El personal auxiliar de enfermería no valora todos los signos y síntomas de una infección en la herida quirúrgica como se lo demuestra en el gráfico #14

En el área de cirugía no cuentan con planes de cuidados específicos para dar atención a los pacientes con apendicectomía no complicada como se lo demuestra en el gráfico #9

Con todas estas irregularidades y por ser el personal auxiliar de enfermería quien realiza el cuidado de la herida quirúrgica hace que sea una causa potencial para que se infecten las heridas de apendicectomía no complicada en los pacientes hospitalizados en el área de cirugía B1-B2.

10.- VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio es de gran importancia ya que me permitió realizar una valoración de los posibles riesgos de absceso de pared en la incisión quirúrgica de apendicectomía no complicada, debido a que el personal auxiliar de enfermería es quien proporciona el cuidado en la herida quirúrgica.

Para esto considero que es necesario:

Elaborar plan de atención de enfermería en pacientes con apendicectomía no complicada que permita programar las intervenciones de enfermería encaminada a disminuir la incidencia de los abscesos de pared en la incisión quirúrgica y por lo tanto la estadía hospitalaria sea corta.

Realizar evaluación al personal de enfermería que trabaja en esta área de cirugía para medir sus conocimientos y capacidades sobre los cuidados específicos que se deben proporcionar a estos pacientes.

Organizar actividades educativas al personal de enfermería que ayuden al conocimiento y aplicación de los planes de atención de enfermería con el fin de mejorar la atención a los pacientes con apendicectomía no complicadas.

Que esta actividad sea realizada por el personal profesional y que cumplan con los planes de atención de enfermería adecuados.

1. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Aguiló, J; Peiró, S;. (s.f.). *Complicaciones en la apendicitis aguda*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.asacirujanos.es/articulos/versionimprimible.php?id=239&autenticator=e44bc213ee21363644a4b8ea1d815cd1>
- 2.-Anuncio Google;. (s.f.). *Apendicitis*. Recuperado el Marzo de 2011, de <http://es.mimi.hu/medicina/absceso.html>
- 3.-Orrantia Vernaza, Oscar. (s.f.). *Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.bing.com/search?q=historia+del+hospital++de+ni%C3%B1os+roberto++gilbert+elizalde&form=QBRE>
- 4.-wikipedia; libre, La enciclopedia;. (n.d.). Retrieved Marzo 7, 2011, from Aparato digestivo: http://es.wikipedia.org/wiki/Aparato_digestivo
- 5.- Barroda, Pedro;. (s.f.). *Apendicitis Cuidado con las Complicaciones*. Recuperado el Abril de 2011, de [www.pediatraldia: http://www.pediatraldia.cl/apendicitis1.htm](http://www.pediatraldia.cl/apendicitis1.htm)
- 6-Argumedo,, L.I; Ponti, L; Roldán, H.B;. (2010). *Apendicitis Anatomopatologica Nuestra Experiencia en 10 años en un Hospital privado de la comunidad*. Recuperado el Abril de 2011, de http://www.acaci.org.ar/revista/2010/vol20/PDF/apendicitis_anatom.pdf
- 7.-Aválos Chávez, Luis Manuel;. (s.f.). *Clínica médico quirúrgico en niños*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.pediatriaenlinea.com/pdf/clinicamedicoquirurgicaenninos.pdf>

8.-Castillo R., Gustavo. (s.f.). *Apendicitis*. Recuperado el Abril de 2011, de http://www.entornomedico.org/enfermedadesdelaalaz/index.php?option=com_content&view=article&id=109:apendicitis&catid=35:enfermedades&Itemid=56

9-Ruiz Salazar, Cristina;. (s.f.). *LA APENDICECTOMIA COMO TRATAMIENTO DE LA APENDICE*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://html.rincondelvago.com/apendicectomia.html>

10.-El Rincón del Vago;. (1998). *Intervención en apendicitis versión PDF*.

Recuperado el Abril de 2011, de E:

<http://html.rincondelvago.com/intervencion-en-apendicitis.html>

11.-Laffue, Alfredo;. (s.f.). *Apendicitis Aguda*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.altillo.com/medicina/monografias/apex.asp>

12.-Espinoza Cucalón, Danilo. (s.f.). *La Herida Quirúrgica.Tipo de Herida*. Recuperado el Abril de 2011, de http://www.medicosecuador.com/librosecng/articulos/1/la_herida_quirurgica.htm

13.-*Proceso de Atención de Enfermería*. (s.f.). Recuperado el Abril de 2011, de <http://whhttp://www.terra.es/personal/duenas/pae>.

1. Anuncios Google. (s.f.). *Apendicitis en los niños*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.guiainfantil.com/salud/enfermedades/apendicitis.htm>

2. Anuncios Google;. (s.f.). *Apendice*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.tusalud.com.mx/site/viewa.asp?ida=115>

3. Anuncios Google;. (s.f.). *Apendicitis Aguda*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://nuestrosalud.com/Enfermedades/Apenaicitis-aguda.html>
4. Argumedo,, L.I; Ponti, L; Roldán, H.B;. (2010). *Apendicitis Anatomopatologica Nuestra Experiencia en 10 años en un Hospital privado de la comunidad*. Recuperado el Abril de 2011, de http://www.acaci.org.ar/revista/2010/vol20/PDF/apendicitis_anatom.pdf
5. Beltrán, P. J. (s.f.). <http://www.sccp.org.co/plantilas/Libro%20SCCP/Lexias/gastro/apendicitis/apendicitis.htm>. (P. J. Villanaizar Beltrán, Editor, & Universidad Militar Nueva Granada) Recuperado el Abril de 2011
6. Bracho Blanchet, Eduardo;. (6 de Diciembre de 2007). *Abdomen Agudo*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=50334>
7. . Carpenito, L. J. (2003). *Manual de Diagnosticos de Enfermería* (9 ed.). (H. O. NURSING, Trad.) España, Madrid: Mc Graw-Hill
8. . David, Wilson; Hockenberry J, Marilyn;. (2008). *MANUAL DE ENFERMERIA PEDIATRICA DE WONG*. México D F: Mc Graw Hill.
9. Dooenges, Marilyn; Moor house, Mary;. (1998). *Planes de Cuidados de Enfermería*. España Barcelona: Mc Graw Hill.
10. Docencia Nacional en Linea Colombia;. (1997-2000). *Nueva versión del Manual de Primeros Auxilios*. Recuperado el Abril de 2011, de http://docencianacional.tripod.com/primeros_auxilios/anato2.htm
11. Dogmaproducciones;. (s.f.). *Apendicitis Aguda*. Recuperado el Abril de 2011, de

http://www.cirupedia.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=141%3Aapendicitis-

12. Fattorusso v, Ritter O. (2001). *Vademecum Clinico*. En Ateneo.
13. Jimenez Prendes, Reinaldo; Gonzalez Batista, Jesús Ivan;. (s.f.). *Revista Ciencia.Com Apendicitis Aguda*. Recuperado el Marzo de 2011, de <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEZuVApuZuLSuYYMRz.php>
14. Morán;. (s.f.). *Apendicitis/Appendicitis*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.infodoctor.org/www/apendicitis.htm>
15. Ormaechea Alegre, Eva. (s.f.). *Aparato digestivo*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/apendicitis.shtml>
16. *PROCESO DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD ATENA DE YUCATÁN*. (s.f.). Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/Proceso/introducci%F3n.html>
17. Rodero Rodero, David;. (s.f.). *Apendicitis Aguda*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.cirugialaparoscopicaavanzada.com/apendicitis-aguda.htm>
18. Sanabia Quiroga, Alvaro; Hernao Pérez, Carlos. (s.f.). *REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGIA*. Recuperado el Marzo de 2011, de <http://www.encolombia.com/cirugia15300-estudios.htm>
19. Schwartz, Cols;. (2000). *Apendicitis Principios de Cirugía*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.slideshare.net/ANALISIS/apendicitis-5294036>

20. Suzanne Seneltzer, Brenda Bare;. (2005). *Enfermería Médico Quirúrgico*. México: Mc Graw-Hill.
21. 6to Semestre Grupo C. (Octubre de 2009). *Apendicitis Aguda Para Apresentar*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.slideshare.net/sarafba/apendicitis-aguda-para-apresentar>
22. The Nemours Foundation. (1995-2011). *La apendicitis*. Recuperado el Abril de 2011, de http://kidshealth.org/parent/en_espanol/infecciones/appendicitis_esp.html
23. Valoría, J. (1994). *Cirugía Pediátrica* (2da ed., Vol. 2). (J. Segura, Trad.) México: Mc Graw-Hill.
24. Villamizar Beltrán, Pedro José;. (s.f.). Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.sccp.org.co/plantillas/Libro%20SCCP/Lexias/gastro/apendicitis/apendicitis.htm>
25. Willital, G. (1985). *Atlas de Cirugía Infantil* (3ra ed., Vol. 3). (L. F. Estopá, Trad.) España: Reverte,Sa.
26. Zuñiga Rocha, Sergio;. (s.f.). *Abdomen Agudo en niño*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/abdomenag.htm>

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**PROGRAMA ALTERNATIVO DE LICENCIATURA DE
ENFERMERÍA**

ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

**TEMA: FACTORES QUE INFLUYEN PARA QUE SE FORMEN
ABSCESO DE PARED EN LA HERIDA QUIRÚRGICA DE
APENDICECTOMÍA NO COMPLICADA**

Estimada compañera:

La siguiente es una encuesta que estoy realizando como parte de un trabajo de investigación sobre los factores que influyen en la formación de los abscesos de pared en las heridas quirúrgicas de apendicetomías no complicadas, por lo que solicito su colaboración y conteste las preguntas de acuerdo a su conocimiento y aplicación.

Objetivo: Medir el conocimiento del personal de enfermería en relación a la apendicectomía y los factores que influyen en la formación de absceso de pared.

Fecha: _____ Datos de Identificación: _____

Cargo: Licenciada _____ Auxiliar _____ Ayudante _____

Labora en el hospital:

Estable _____ Eventual _____

1.- Apendicitis Aguda es;

- Inflamación del apéndice cecal _____
- Inflamación del intestino delgado _____
- Dolor abdominal _____

2.- ¿Cuáles son los signos y síntomas de la Apendicitis Aguda?

- + Dolor _____
- + Temperatura _____
- + Escalofrío _____
- + Falta de apetito _____
- + Dolor abdominal _____
- + Vómitos _____
- + Diarrea _____

3.- Señale cuantas clases de apendicitis aguda conoce

- + Apendicitis aguda obstructiva _____
- + Apendicitis aguda no obstructiva _____
- + Apendicitis aguda perforada _____
- + Apendicitis aguda gangrenosa _____

4.- El tratamiento de la Apendicitis Aguda es:

- + Quirúrgico _____
- + Tratamiento con medicamento _____

5.- Apendicetomía es:

- + Una intervención quirúrgica de abdomen _____
- + La extracción del apéndice por medio de una técnica quirúrgica ____
- + No sabe _____

6.- ¿Cuál de estos factores influyen para que se infecten las heridas quirúrgicas de Apendicetomía?

- + Realizar la técnica correcta de curación _____
- + No realizar el lavado de manos antes y después de realizar el procedimiento _____
- + Toser y hablar al momento de realizar la curación de la herida _____
- + Usar mascarilla al momento de realizar la curación _____

7.- Que signos y síntomas se valorará en la infección de las heridas quirúrgicas:

- + Eritema _____

- + Dolor _____
- + Rubor _____
- + Angustia _____
- + Vómito _____
- + Apósitos _____
- + Drenaje de líquido _____

8.- ¿Que antiséptico hay en la sala para la curación de la herida?

- + Betadine solución _____
- + Betadine jabonoso _____
- + Alcohol _____
- + Solución salina al 0.9% _____
- + Otros _____

9.- ¿hay en la sala protocolo o guía de técnica de curación de las heridas quirúrgicas?

SI_____ No_____

10.- Da orientación al familiar y paciente acerca de la herida quirúrgica y sus cuidados

Si_____ No_____



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
PROGRAMA ALTERNATIVO DE LICENCIATURA DE
ENFERMERÍA

Instrumento de observación

Cargo: Licenciada _____ Auxiliar _____ Ayudante _____

Labora en el hospital: Estable _____ Eventual _____

1.- Aplica la técnica de curación al momento de realizar la curación de la herida quirúrgica

Si _____ No _____

2.- Emplea las normas de bioseguridad cuando va a realizar la curación de la herida quirúrgica

Lavado de manos

Usa guantes

Se coloca mascarilla

3.- Valora la herida quirúrgica al momento de realizar la curación

SI _____

No _____



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
PROGRAMA ALTERNATIVO DE LICENCIATURA DE
ENFERMERÍA

Instrumento de recolección de datos de las historias clínicas

Edad: _____

Código: _____

Sexo: _____

1.- Cirujano que realizó la cirugía

Cirujano _____

Residente de cirugía _____

2.- Estado nutricional del paciente

Peso normal _____

Sobrepeso _____

Desnutrición _____

3.- Medicación que recibe

Ampicilina

Metronidazol

Amikacina

Ceftriaxona

Clindamicina

U otros

4.- El paciente es ayudado a de ambulación precoz

Si _____

No _____

5.- Se orienta al familiar acerca de las complicaciones en las heridas quirúrgicas.

Si _____

No _____



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
PROGRAMA ALTERNATIVO DE LICENCIATURA DE
ENFERMERÍA

Instrumento de Observación

Médico cirujano _____ Médico residente de cirugía _____

1.-Cumple con las normas de bioseguridad cuando van realizar una cirugía de apendicectomía no complicada.

SI _____ NO _____

2.- Al realizar la asepsia y antisepsia lo hace

Del ombligo hacia fuera en forma circular _____

No lo hace _____

3.-La solución que emplea para la asepsia y antisepsia es:

Betadine jabonoso _____

Betadine solución _____

Solución salina _____

4.-El paquete quirúrgico es abierto de forma correcta

SI _____ NO _____

5.- Tiempo quirúrgico

30 minutos _____

1 hora _____

1h30min. _____

6.-Realizar la desinfección del quirófano después de cada cirugía de apendicectomía no complicada.

SI _____ NO _____

RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL CUIDADO DE LAS HERIDAS.

- Lavarse las manos
- Determinar las heridas infectadas y las no infectadas, para realizar primero las curaciones planas y por último las infectadas.
- Controlar la esterilización de los equipos a utilizar.
- Si hubiera un drenaje se debe curar primero la herida y luego el drenaje.
- No reintroducir drenajes si estos se hubieran salido.
- Si hay tejido necrótico debe ser eliminado.
- Como antisépticos se recomiendan los iodóforos que son activos aún en presencia de materia orgánica.
- El antiséptico será renovado diariamente previa esterilización del frasco.
- Si hubiera que tomar muestras para cultivo se hará antes de realizar la curación.
- La persona que realiza la curación no debe tener infecciones respiratorias ni de otro tipo.
- Las vías respiratorias albergan con frecuencia gérmenes que pueden contaminar la herida.
- Cuando se curan las heridas se debe guardar silencio, en especial si se trata de heridas abiertas.
- Se aconseja curar la herida en el momento que el paciente es dado de alta, siempre que los apósitos se hayan mantenido secos y no existan otros signos que indiquen complicaciones. Si no hay secreciones la herida no se cura hasta el momento de retirar los puntos.
- Si los apósitos están mojados, la curación se hará las veces que fuera necesario (la humedad favorece el desarrollo bacteriano y los gérmenes pasan del exterior a la herida)
- Durante la curación no debe haber corrientes de aire (el aire vehiculiza los microorganismos) y el tiempo de exposición será lo más corto posible.
- Con relación al ambiente, la unidad debe estar en orden.
- La cama arreglada y sin objetos innecesarios en ella.
- Si es necesario se debe aislar al paciente.

- Se informará al paciente el procedimiento a fin de obtener su consentimiento y al mismo tiempo evitar toda ansiedad innecesaria.
- La curación se hará lejos de las comidas y de los horarios de visita.
- El paciente será colocado en la posición más cómoda.
- Los brazos y las manos deben mantenerse de manera que queden alejados de la zona que se va a curar.
- Se indica que vuelva la cabeza hacia un costado para evitar que vea la herida. Si la parte superior de la cama está levantada, se bajará la camao retirarán las almohadas antes de iniciar la curación, siempre que el estado del paciente lo permita.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
	1*	2*	3*	4*	1*	2*	3*	4*	1*	2*	3*	4*	1*	2*	3*	4*	1*	2*	3*	4*
APROBACIÓN DEL ANTIPROYECTO		→																		
1ª ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DE TESIS			→																	
CORRECCIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				→																
2ª ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DE TESIS					→															
MARCO TEÓRICO, HIPÓTESIS Y VARIABLES		→	→	→	→	→	→	→	→											
RECOGIDA DE DATOS		→	→	→	→	→	→	→	→	→										
INTERPRETACIÓN DE DATOS										→										
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES											→									
CORRECCIÓN DE DATOS												→								
3ª ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DE TESIS													→							
REVISIÓN DE TESIS POR EL LECTOR														→						
ENTREGA DE TESIS															→					
SUSTENTACIÓN DE TRABAJO DE GRADO																			→	