



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CARRERA DE ENFERMERIA

PROYECTO DE INVESTIGACION PREVIO A LA OBTENCION

DEL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

TITULO DEL PROYECTO:

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS COMPLICACIONES DE LOS
NIÑOS APENDISECTOMIZADOS ESCOLARES HOSPITALIZADOS EN EL
HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON”.**

AUTORA:

LUCIA MARGARITA ARECHUA BAIDAL

DIRECTORA:

LIC. FANNY GAIBOR

GUAYAQUIL, JUNIO DEL 2011

DEDICATORIA.

ESTE TRABAJO LO DEDICO A MIS PADRES, HERMANAS Y ABUELA, A QUIENES HAN ESTADO APOYÁNDOME PARA SEGUIR ADELANTE EN ESTA LUCHA.

AGRADECIMIENTO.

EL CAMINO PARA LLEGAR A ESTE MOMENTO, HA SIDO LARGO Y UNAS VECES TORTUOSO, SIN EMBARGO AHORA SÉ QUE HA VALIDO LA PENA. CON TODA CERTEZA, LO MEJOR HA SIDO CONOCER Y TRATAR A PERSONAS EXCEPCIONALES, DE TODAS APRENDÍ, DE TODAS RECIBÍ UNA PALABRA DE APOYO.

EN PRIMER LUGAR AGRADEZCO A DIOS TODOPODEROSO POR DARME EL TALENTO PARA ELABORAR MI TRABAJO INVESTIGATIVO.

AGRADEZCO A MIS PADRES, A MI ABUELA Y AMIGOS POR SU COMPRENSIÓN Y APOYO NO HUBIESE SIDO POSIBLE LLEGAR HASTA AQUÍ.

AGRADEZCO A MI DIRECTORA DE TESIS LA LCDA. FANNY GAIBOR POR SU PACIENCIA Y AMABILIDAD.

A TODOS LOS QUE ME BRINDARON SU AMOR Y CONFIANZA MUCHAS GRACIAS.

TABLA DE CONTENIDOS.

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

| | | |
|--|-------|----|
| resumen | ..... | 1 |
| abstracto | ..... | 2 |
| introducción | ..... | 3 |
| planteamiento del problema y delimitación del problema | ..... | 6 |
| objetivo | ..... | 8 |
| objetivo general | ..... | 8 |
| objetivos específicos | ..... | 8 |
| marco teorico | ..... | 9 |
| hipótesis | ..... | 36 |
| justificación de la elección del método | ..... | 37 |
| análisis de los graficos estadísticos | ..... | 38 |
| conclusiones | ..... | 52 |
| valoración critica de la investigación | ..... | 53 |
| bibliografía | ..... | 54 |
| anexos | ..... | 55 |

Resumen

Tipo de estudio: observacional descriptivo, de revisión bibliográfica e investigación cuantitativa. **Objetivo:** Disminuir que se produzcan complicaciones en los niños hospitalizados del Hospital Abel Gilbert Pontón. **Materiales y métodos:** El análisis se efectuó usando encuestas con preguntas objetivas madres y familiares de niños con apendicetomía y el personal de enfermería que labora en esta área. **Resultados:** La mayoría del personal de enfermería conoce las complicaciones de la apendicitis. En su gran mayoría los Auxiliares de Enfermería son los que realizan las curaciones de la herida, que es el 67% en relación con el 7% que realiza la Enfermera. El 82% del personal de enfermería conocen los signos y síntomas de infección en el sitio de la herida quirúrgica. **Conclusiones:** El manejo correcto del paciente durante su estadía hospitalaria evitaría significativamente una de las complicaciones más frecuentes que es la infección de la herida quirúrgica. La educación de los padres influye en la salud de la familia mediante diversos mecanismos, como son el permitirles mayor acceso a la información, desarrollar sus capacidades para reconocer los síntomas y signos que requieren atención médica;

Palabras Clave: Apendicetomía. Complicaciones. Infección. Educación.

ABSTRACT

Type of study: Observational descriptive literature review and quantitative research.
Objective: To reduce the occurrence of complications in hospitalized children Hospital Abel Gilbert Ponton. **Materials and methods:** The analysis was conducted using surveys with closed questions mothers and families of children with appendectomy and nurses working in this area. **Results:** The majority of nurses said they knew the complications of appendicitis. The vast majority of nursing assistants are doing the healing of the wound, which is 67% compared with 7% who do the Nurse. 82% of nurses said they knew the signs and symptoms of infection at the surgical wound site, which suggests that we apply the knowledge they say they have a case would have not have so many patients with infected wounds. **Conclusions:** The proper management of patients during their hospital stay significantly prevent one of the most common complication is infection of the surgical wound. The parental education affects the health of the family through various mechanisms, such as the improved access to information, develop their abilities to recognize signs and symptoms that require medical attention.

Keywords: Appendectomy. Complications. Infection. Education.

INTRODUCCION

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

La apendicitis puede ocurrir a cualquier edad, aunque la incidencia máxima de la apendicitis aguda se presenta con mayor frecuencia en las personas entre 20 y 30 años, en el que, exceptuando las hernias estranguladas, es la causa más frecuente de dolor abdominal intenso y súbito y de cirugía abdominal de urgencias en muchos países. Es también una causa importante de cirugías pediátricas, frecuente en preescolares y escolares con cierto predominio en los varones y una predisposición familiar.

Es la afección quirúrgica que con más frecuencia se presenta en las emergencias de los hospitales. Se conoce que en la época medieval aparece la descripción de una terrible enfermedad caracterizada por una tumoración grande conteniendo pus y que fue denominada "Fosa Ilíaca". Hasta antes del siglo XIX fue aceptado que la fosa ilíaca era originada por la inflamación del ciego y no del apéndice.

El término apendicitis fue propuesto en 1886 por el patólogo Reginald Fitz en su notable "Inflamación perforante del apéndice vermiforme". En 1887 T. G. Morton hizo la primera apendicectomía exitosa por ruptura del apéndice y a partir de entonces la operación para apendicitis se hizo común. En 1889 Charles McBurney describió su famoso punto doloroso y razonó correctamente que,

Realizar una operación exploratoria prontamente con el propósito de examinar y extraer el apéndice antes de que se perfora, era menos dañino que el tratamiento expectante. La tasa de apendicetomía es aproximadamente 12% en hombres y 25% en mujeres, en la población general las apendicetomías por una apendicitis ocurren en 10 de cada 10,000 pacientes cada año y las tasas de mortalidad son menores de 1 por 100.000 pacientes desde el año 1970.

Recientemente, se ha introducido la cirugía de invasión mínima o cirugía laparoscópica para el tratamiento de la apendicitis. Con esta técnica se practican tres pequeñas incisiones usando los instrumentos adecuados y sus ventajas son obvias: menor tiempo en la recuperación, así el niño regresa más rápido a sus actividades normales; menos días de hospitalización, lo que puede reducir los costos; mejores resultados estéticos, ya que con sólo unas pequeñas incisiones se introducen los aparatos, a diferencia de la incisión más grande necesaria para la operación de apendicetomía abierta; menores posibilidades de que se infecten las heridas y mucho menos dolor que con el método abierto.

Una de las complicaciones más frecuentes son las infecciones en la herida operatoria, por otro lado tenemos también las adherencias, estas complicaciones son causadas por el tipo de cuidado que se da al paciente. Enfermería está comprometido en el cuidado de los seres humanos que no gozan de bienestar de salud, como personal profesional de salud debe de actuar evitando que estas Complicaciones se produzcan en los niños ya que esto provoca en muchas ocasiones una nueva intervención quirúrgica y por ende la estadía hospitalaria prolongada.

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

La apendicitis es la inflamación aguda del apéndice, causa frecuente de dolores abdominales y peritonitis (inflamación de la membrana que recubre el interior del abdomen) en niños y adultos. La apendicetomía 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.

En el área de Pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón pude evidenciar durante mi tiempo de internado que casi el 40% de los niños que estaban hospitalizados se encontraban ahí por una apendicetomía de los cuales varios de ellos durante la estadía hospitalaria presentaban alguna complicación. Una de las complicaciones más frecuentes son las infecciones en la herida operatoria, por otro lado también tenemos las adherencias. Estas complicaciones son causadas tal vez por el tipo de intervenciones que se le da al paciente.

El origen de los microorganismos responsables de la infección puede ser endógeno, es decir, del propio individuo que sufre la infección, o exógeno, procedente del medio ambiente que rodea al paciente, incluyendo el personal que atiende, el material e instrumental utilizado en su cuidado. La contaminación exógena de las heridas operatorias suele ocurrir fundamentalmente en la propia sala de operaciones, generalmente son el cirujano y sus ayudantes la fuente de contaminación, sobre todo si no se tienen bien en cuenta las medidas de asepsia y antisepsia. La infección suele ser de causa exógena. Puede ser transmitida por medio de portadores sanos, o ser el mismo lecho del enfermo el responsable de la contaminación, así como cualquier maniobra que modifique o altere los tejidos: canalización venosa, cateterismo vesical, etc.

La contaminación puede hacerse de persona a persona. Por ello, todos los enfermos ingresados en cirugía deben saber que las visitas les serán limitadas, son verdaderas fuentes de infección y de transporte de gérmenes. Las enfermeras deben tomar conciencia de que los utensilios del paciente, la ropa que queda sobre la cama, las flores y cualquier otro objeto son fuente de infección, todo lo cual cobra mayor trascendencia si el paciente está intervenido.

Complementado con el desconocimiento de la manera correcta de manipular la herida quirúrgica y la poca importancia en el cuidado de sus hijos, de parte de los Padres, hacen que estos corran el riesgo de tener una complicación que puede ser mortal en muchos casos. Este estudio pretende conocer:

¿Cuáles son los factores que producen complicaciones en las apendicetomía en los niños hospitalizados del hospital Abel Gilbert Pontón?

OBJETIVOS.

Objetivo General.

Identificar los factores que producen las complicaciones en los niños hospitalizados con apendicetomías del hospital Abel Gilbert Pontón.

Objetivos Específicos.

- ✚ Describir los signos y síntomas relacionados con las complicaciones de la apendicetomía.
- ✚ Elaborar guía de intervenciones de enfermería para disminuir complicaciones en la apendicetomía.

CAPITULO I

EL APENDICE SU ANATOMIA Y FISIOLOGIA

EL APENDICE

El apéndice es una extensión vermicular del ciego (parte del intestino grueso), que mide de nueve a quince centímetros de largo y que está localizado en la parte inferior derecha del abdomen, justo al principio del intestino grueso. Normalmente, tiene el grosor de un lápiz. En el cuerpo humano, el apéndice es un tubo conectado a una estructura del colon llamada "ciego", una especie de bolsillo, desde donde se desarrolla embriológicamente. Tiene un diámetro de entre 7 y 8 milímetros,

Lo que ocurre es que dado que a los pacientes a quienes se les ha extraído el apéndice pueden vivir sin ningún síntoma aparente o deficiencia de ningún tipo observable, se pensó durante mucho tiempo. En realidad hay varias teorías: se piensa que es un órgano que servía a nuestros antepasados para la digestión de las hojas - con el tiempo se hizo más pequeño para darle espacio a nuestro estómago.

Algunas teorías modernas apuntan a que el apéndice tiene una función inmunológica, que opera como un órgano linfático. Otras opiniones apuntan a que ayuda a mantener la flora intestinal

ANATOMÍA DEL CECOAPÉNDICE

Anatómicamente es imposible hacer una separación entre el ciego y el apéndice. El ciego es la primera porción del intestino grueso y el apéndice vermiforme es una prolongación de él. Su localización típica corresponde en la fosa iliaca derecha, aunque también puede encontrarse en situaciones anómalas debido a la rotación del asa intestinal. Es posible observar ciegos izquierdos, epigástricos, sub hepáticos o pelvianos.

Descripción externa

Ciego

Hacia arriba se continúa con el ascendente. En su cara medial y en ángulo recto se inserta el íleon. Tiene forma de embudo, prolongado por el apéndice vermiforme, presenta tres tenias longitudinales, una anterior más ancha y dos posteriores, entre las cuales se forman las típicas bastraciones (abollonaduras).

Apéndice vermiforme

Es un tubo cerrado y flexuoso, implantado en la cara infero medial del ciego, a unos 2 ó 3 cm de la válvula ileocecal, en la unión de las tres bandeletas musculares. Tiene una longitud variable, mide, en promedio, 10 cm.

Descripción interna

En la cara interna del ceco apéndice se hallan dos válvulas la ileocecal y la apendicular.

Válvula ileocecal

Está constituida por una verdadera invaginación de la túnica mucosa y del estrato circular de la túnica muscular ileal. La válvula, en forma de hendidura, se opone al reflujo del contenido cecal hacia el ileon, acción que no es completamente hermética y no trae consecuencias patológicas.

Válvula apendicular

Se ubica 2 ó 3 cm por debajo y atrás de la anterior, presenta un pliegue mucoso que no impide la penetración del contenido cecal en la luz del apéndice.

Constitución anatómica

La pared del ciego y el apéndice está compuesta por cuatro capas peritoneo, muscular, sub mucosa y mucosa.

Peritoneo

El ciego se halla totalmente cubierto por peritoneo, compuesto por una lámina (hoja) anterior y una lámina (hoja) posterior originadas en el mesenterio. Las láminas peritoneales del ciego y el ileon se reúnen y forman el meso apéndice por donde transcurren los vasos que irrigan el apéndice.

Capa Muscular

Está constituida por dos estratos musculares, uno circular interno y otro longitudinal externo, éste último bien marcado en el área de las bandeletas.

Capa Sub mucosa

La capa sub mucosa tiene una característica especial en el apéndice vermicular. En ella se observa tejido linfoide a tempranas edad, que actúa como mecanismo de defensa contra la infección.

Capa Mucosa

Posee pequeños repliegues que no llegan a formar válvulas.

Vascularización e inervación

Arterias

Proviene de la arteria mesentérica superior a través de la rama ileocólica. Esta arteria recorre la terminación del mesenterio emitiendo las siguientes ramas. Arterias cecales anteriores y cecales posteriores: irrigan ambas caras del ciego. Además, suele presentarse la recurrente del fondo del ciego, rama de la arteria apendicular.

Arteria apendicular: puede tener su nacimiento en una cecal. En su trayectoria por el borde libre del meso apéndice, proporciona numerosa ramas.

Arteria ileal: asegura la vascularización a la última porción del íleon.

Venas

Su disposición anatómica sigue a las arterias. Confluyen en la vena mesentérica superior.

Linfáticos

Los colectores linfáticos se ordenan en dos corrientes.

Proximal: formada por los ganglios cecales anteriores, posteriores y los ganglios apendiculares en contacto con los vasos correspondientes

Meséntérica: constituida por 4 ó 5 ganglios linfáticos localizados en el mesenterio y en el comienzo del mesocolon ascendente por arriba del ángulo ileocecal.

Relaciones

Es constante la relación entre la base del apéndice y la cara inferomedial del ciego. El cuerpo y la punta apendicular pueden hallarse en posiciones diferentes.

Relaciones del ciego y la base del apéndice

Adelante: se vinculan con la pared abdominal anterolateral derecha.

Medialmente: el ciego está a continuación de la última porción del ileon.

Lateralmente: se encuentra la pared abdominal

Abajo: el ciego se apoya sobre la arcada inguinal.

Atrás: ambos órganos se relacionan con el peritoneo parietal posterior.

Diferentes posiciones de la punta del apéndice

Descendente interna: es la posición más frecuente, entre las asas del intestino delgado.

Retrocecal ascendente: se ubica detrás del ileon

Ascendente anterior: se aplica delante del ileon

Descendente externa anterior: se dirige hacia el surco paracólico (canal parietocólico) derecho

FISIOLOGÍA DEL CECOAPÉNDICE

El ciego es un depósito de gases y materias fecales líquidas que luego se espesan por reabsorción del agua. El apéndice segrega un líquido espeso que actúa en la digestión, no obstante, su extirpación no ocasiona inconvenientes.

FUNCIONES DEL APÉNDICE

La función del apéndice parece estar relacionada con la enorme cantidad de bacterias que habitan en el sistema digestivo de los seres humanos, de acuerdo con el estudio divulgado por el Journal of Theoretical Biology (Revista de Biología Teórica). El organismo contiene más bacterias que células humanas. La mayoría ayudan a digerir los alimentos.

Pero a veces la flora bacteriana intestinal muere o es expulsada. Enfermedades tales como el cólera o la disentería eliminarían las bacterias útiles. En ese caso, la tarea del apéndice es volver a poner en marcha el sistema digestivo.

Esa función no es necesaria en una sociedad industrial moderna. Pero en épocas anteriores a la aparición de las poblaciones densas de los tiempos modernos o cuando una epidemia de cólera afectaba toda una región, no era tan fácil recuperar las bacterias y entonces el apéndice era de utilidad.

En países menos desarrollados, donde el apéndice todavía puede resultar útil, otros estudios han revelado que la incidencia de apendicitis es menor que en Estados Unidos. Con todo, conviene extirparlo cuando se inflama para evitar consecuencias que podrían ser fatales.

CAPITULO II

APENDICITIS

DEFINICION.

La apendicitis es la inflamación del apéndice, una estructura en forma de gusano que sobresale del tramo inicial del intestino grueso o colon. Aunque no tiene función o importancia conocidas en seres humanos, este diminuto apéndice - que mide entre 6 a 8 cms - puede inflamarse, hincharse y llenarse de pus. Y debido a que el apéndice infectado puede perforarse y producir una grave infección en la cavidad abdominal (peritonitis), debe buscarse atención médica inmediata ante la sospecha de la enfermedad.

La apendicitis es una afección muy frecuente, y aunque puede ocurrir en todas las edades, suele afectar a personas entre los 10 y 30 años.

TIPO DE APENDICITIS

Apendicitis tipo catarral

Este tipo de apendicitis se inicia con una inflamación generalizada de la mucosa y sub mucosa, provocada posiblemente por una invasión bacteriana al tejido linfático desde una enteritis generalizada. Al comienzo el apéndice se observa externamente normal a veces turgente y con la serosa ligeramente hiperémica (apendicitis aguda temprana). Al corte, la mucosa se ve engrosada con edema.

En casos más avanzados pueden existir infartos hemorrágicos y zonas gangrenadas. Por último todo el apéndice se vuelve tumefacto, turgente (empiema

apendicular) y la serosa se cubre de un exudado fibrinoso (apéndice fibrino purulento).

En muy raras ocasiones, el estado temprano de la inflamación puede remitir espontáneamente pero por lo general la tumefacción de los linfáticos y el edema de la pared llevan al apéndice a convertirse en la peligrosa apendicitis obstructiva, proclive a la gangrena y perforación temprana.

Apendicitis obstructiva

La obstrucción de la luz del apéndice, es el factor predominante en la patogénesis de la inflamación. Se produce ésta por fecalitos, parásitos, cuerpos extraños y torsiones. Esta modalidad etiológica lleva con mucha frecuencia a la gangrena y perforación por tratarse de una obstrucción en asa cerrada y en cuyo interior se encuentra una gran cantidad de materia fecal.

Los cambios observados en el apéndice luego de la obstrucción depende de la cantidad y calidad del contenido distal a la obstrucción. Si la luz apendicular está limpia o vacía, lo que rara vez ocurre se distiende con moco sin causar infección hasta formar un mucocele. Una característica importante de la mucosa apendicular es su capacidad de continuar secretando moco a contrapresión, como la capacidad máxima de su luz es de 0,1 ml. la secreción de apenas 0,5 ml. distal a la obstrucción aumentará la presión intraluminal a cerca de 60 cm. de agua, presión que podría desalojar el cuerpo obstructivo produciéndose alivio y mejoría del paciente. Este mecanismo sería el único que explicara por qué un caso de apendicitis puede mejorar y no llegar a la cirugía.

CAUSAS

La inflamación del apéndice cecal puede obedecer a diferentes causas, la más común corresponde a una obstrucción del orificio que lo comunica con el ciego, en tal caso las bacterias presentes normalmente en el intestino grueso y el interior del apéndice cecal encuentran las condiciones óptimas para desarrollarse, provocando una infección y el consecuente proceso inflamatorio que pasa por fases de congestión, supuración, necrosis de la pared apendicular y perforación del órgano.

Factores que pueden provocar la oclusión:

- Acumulación de materia fecal en el interior del órgano
- Hipertrofia del tejido linfoide apendicular
- Impactación de cuerpos extraños como :
- Restos alimentarios no digeridos
- Parásitos que taponan el orificio de entrada

Otros factor que puede provocar su inflamación es la infección bacteriana causada por gérmenes que se propagan desde el foco infeccioso por vía hematógena y alcanzan así el tejido linfoide apendicular.

COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA

Íleo Paralítico.-

Es observado especialmente en la peritonitis generalizada, su origen fisiopatológico puede ser un desbalance hidroelectrolítico, sin embargo debe mantenerse al paciente bajo observación cuidadosa ya que la diferenciación con una obstrucción mecánica o persistencia de la sepsis es dificultoso hacerlo y sus tratamientos son completamente diferentes. El tratamiento inicial del íleo es a base de sonda naso gástrica, disminución de los analgésicos opioides, corregir el balance de agua y sales.

Hemorragia.-

En la apendicetomía como en cualquier intervención quirúrgica la hemorragia es una complicación que muchas veces desdice de la meticulosidad con la que debe actuar el cirujano. La hemorragia puede ocurrir en la pared abdominal, en la cavidad peritoneal e intraluminal. La hemorragia que se inicia en la pared abdominal suele ser causada por falta de ligadura de alguno de los vasos de la pared o más raro por el desprendimiento de una escara realizada con el electrobisturi. A veces puede ocurrir desgarro de la arteria epigástrica o transfixión inadvertida de ella lo que causa hemorragia intensa..

La hemorragia intraperitoneal es un problema mayor, y se produce generalmente en el mesoapéndice a causa de una ligadura defectuosa o desgarro del meso al exteriorizar un apéndice con ciego fijo, rara vez se produce por erosión séptica de una arteria. La hemorragia de este origen puede ser masiva y producir signos de choque antes que el cirujano determine la causa.

El tratamiento es la re intervención y revisión del área ligada donde generalmente ya no se encuentra sangrando. De igual manera debe colocarse otra ligadura en el meso cortado.

La hemorragia intraluminal, es generalmente producida por fuga de sangre a partir de un muñón invertido y que se ha desprendido por necrosis dentro de la luz del ciego. Otras veces es producida por lesión traumática del intestino al ser manipulado en forma no ortodoxa. Esta hemorragia puede ser intensa y despierta sospechas de otras causas de hemorragia antes de ser relacionada con la apendicetomía. El tratamiento si no existen trastornos de la coagulación generalmente es conservador con reposo y transfusiones.

Síndrome del Quinto Día.-

Es una complicación rara, lo llamativo es que se presenta en apendicetomías realizadas en frío o con ligera inflamación en un niño o adulto sano, aparece generalmente alrededor del quinto día, debutando con un síndrome peritoneal agudo caracterizado con dolor y contractura abdominal, fiebre, vómitos. Observamos un caso que presento retención urinaria, al recuperar estos pacientes se encuentran pocos signos que produzcan tal cuadro siendo los principales hallazgos un ligero exudado turbio libre en la cavidad abdominal y fondo de saco de Douglas e inflamación de las asas intestinales.

Nunca se encuentra un proceso necrótico o perforación, la curación se obtiene aspirando el líquido, lavando la cavidad y drenándola. La etiología no esta clara pero se culpa a la contaminación bacteriana de la cavidad al momento de cortar el apéndice, por tales circunstancias; algunos cirujanos concedores de este síndrome han optado instilar algún antibiótico sobre el muñón apendicular en lugar de tocarla con yodo - povidona u otro antiséptico.

Fístula Fecal.-

Es una complicación que no ocurre frecuentemente por la apendicetomía, sin embargo el trayecto fistuloso que se forma desde el muñón del apéndice hasta la herida con la salida de materias fecales está relacionado al no ligar adecuadamente el muñón especialmente porque la base no está en buenas condiciones y también cuando este no se invierte adecuadamente.

Otras causas menos frecuentes son las lesiones operatorias que pueden ocurrir en el íleon terminal o ciego por manejo grosero o por existir un proceso inflamatorio crónico como una ileitis regional activa. El tratamiento conservador de la fístula propicia la curación espontánea del trayecto a menos que exista algún tipo de obstrucción distal al intestino o una infección actinomicótica.

Absceso Intracavitario.-

La localización más frecuente de los abscesos intrabdominales después de una apendicetomía es la región peri apendicular. Las manifestaciones clínicas son fiebre persistente; sensibilidad abdominal; masa sensible en la región y leucocitosis. La segunda localización en orden de frecuencia de los abscesos es la pelvis, el mismo que se hace manifiesto entre el 4to. y 5to. día del posoperatorio, su comienzo es insidioso; pudiendo faltar los importantes signos de localización, el diagnóstico se facilita cuando se emplea el ecosonograma.

En algunos pacientes la infección puede extenderse a través del espacio parietocólico para formar un absceso subfreénico. La infección suele progresar hasta dicha región, en virtud de la presión negativa subfrenica. El inicio del absceso suele ser insidioso y variable, existen pocos signos de inflamación.

Su diagnóstico es posible cuando se sospecha la enfermedad en pacientes cuyo posoperatorio no marcha adecuadamente luego de la apendicectomía para tratar una apendicitis complicada siendo motivos de mayor sospecha, aún aquellos pacientes debilitados inmunológicamente como son los diabéticos y los ancianos.

El diagnóstico clínico se sospecha en aquellos pacientes que tienen un aumento de los signos infecciosos entre el séptimo y decimocuarto día con fiebre sostenida en agujas y leucocitosis. El diagnóstico de la supuración del espacio subfrénico lo corrobora la radiografía de tórax donde se observan signos como elevación del diafragma y a veces del nivel aéreo y líquido dentro de la cavidad del absceso.

El ecosonograma es un método diagnóstico precoz que nos informa sobre colecciones. El tratamiento del absceso subfrénico es quirúrgico y consiste en realizar un drenaje lo más pronto posible guiado por el ecosonografista.

Los abscesos interasas pueden también ocurrir en cualquier lugar de la cavidad abdominal, se manifiestan durante la tercera semana del posoperatorio y su diagnóstico es posible realizarlo por ecosonografía o tomografía computada. El drenaje es quirúrgico abierto, aunque se está tratando con relativo éxito la evacuación de los abscesos y limpieza de la cavidad abdominal por vía laparoscópica.

Infección de la Pared.-

Estas se manifiestan a partir del 4to. al 8avo. día, se inician con dolor y tumefacción y rubor en la herida, acompañado de fiebre. Son generalmente polimicrobianas y sólo suelen abarcar el tejido subcutáneo. A veces, pueden desarrollarse celulitis crepitantes que progresan debajo de la aponeurosis de Scarpa, expandiéndose rápidamente a los flancos, axilas, escroto y vulva; convirtiéndose la infección en necrótica grave, sin embargo ésta es una infección muy rara y se observa sólo en pacientes debilitados como los ancianos y los diabéticos.

El tratamiento debe iniciarse precozmente retirando los puntos en su totalidad y realizando incisiones de drenaje donde se necesite, apoyado con antibióticos específicos para la flora fecal. Los abscesos simples, se curan con drenaje y curaciones diarias por cinco días. Nosotros hemos probado con bastante éxito la instilación en las heridas infectadas con dextrosa hipertónica al 50% durante los tres primeros días que siguen al drenaje.

COMPLICACIONES TARDÍAS

Obstrucción Intestinal.-

Es rara en forma precoz pero puede presentarse con relativa frecuencia luego de algunos años de haber realizado la operación debido a la formación de bridas inflamatorias.

Hernia.-

Existen numerosos estudios que sugieren que la apendicectomía predispone a la aparición ulterior de hernias inguinales del mismo lado. Parece ser que la lesión que se produce en los nervios que inervan los músculos que regulan el mecanismo de cortina del anillo inguinal permiten una herniación posterior. Arnbjornsson en 1982 describió una frecuencia tres veces mayor de hernia inguinal derecha en pacientes previamente operados, han demostrado una disminución o ausencia de la capacidad del anillo inguinal.

Eventración.-

Las eventraciones son factibles en aquellos pacientes en quienes se ha realizado incisiones de Jalaguier y adicionalmente han sufrido infección activa con notable efecto de cicatrización.

El tratamiento debe retrasarse hasta que haya desaparecido cualquier signo de inflamación. La reaparición de una eventración debe realizarse preferiblemente un año después si hubo infección. En otros casos puede ocurrir una dehiscencia de la herida, complicación observada generalmente en heridas verticales. Cuando esta ocurre con evidente evisceración, debe someterse inmediatamente al paciente a su corrección quirúrgica, pero en ausencia de ella se debe tratar la herida sólo como infectada y en caso de producirse eventración se la reparará.

Esterilidad Femenina.-

Se han realizado muy pocos estudios que valoran el riesgo de fertilidad en aquellas pacientes sometidas a apendicetomía perforadas o como apendicectomías en frío.

Los estudios más importantes son los de Wiig en 1979 que analizan un seguimiento de pacientes femeninas operadas antes de los 25 años, demostrando que de 48 pacientes en las cuales se obtuvo un apéndice perforado, 19% tuvieron problemas de fertilidad frente al 12% de infertilidad en pacientes no sometidas a cirugía.

No existiendo significación estadística en el estudio, sin embargo de aquellos pacientes que tuvieron absceso pélvico, el 31% fueron estériles lo que demuestra que sólo la presencia de éste puede ser importante, pero son trabajos muy aislados que necesitan mayores estudios.

SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas de la apendicitis varían y puede ser difícil diagnosticarla en niños pequeños, ancianos y mujeres en edad fértil. Clásicamente, el primer síntoma es el dolor alrededor del ombligo (ver: dolor abdominal). Este dolor inicialmente puede ser vago, pero cada vez se vuelve más agudo y grave. Es posible que se presente inapetencia, náuseas, vómitos y fiebre baja.

A medida que se incrementa la inflamación en el apéndice, el dolor tiende a desplazarse a la parte inferior derecha del abdomen y se concentra directamente sobre el apéndice en un lugar llamado el punto de McBurney.

Si se presenta ruptura del apéndice, el dolor puede disminuir brevemente y usted puede sentirse mejor; sin embargo, una vez que se infecta e inflama el revestimiento de la cavidad abdominal (una afección llamada peritonitis), el dolor empeora y usted se torna más enfermo.

El dolor abdominal puede empeorar al caminar o toser y es posible que usted prefiera quedarse quieto debido a que los movimientos súbitos le causan dolor.

Los síntomas tardíos abarcan:

- ❖ Escalofríos
- ❖ Estreñimiento
- ❖ Diarrea
- ❖ Fiebre
- ❖ Inapetencia
- ❖ Náuseas
- ❖ Temblores
- ❖ Vómitos

En el examen físico puede percibirse dolor a la palpación, localizado, con resistencia muscular en el cuadrante inferior derecho del abdomen mediante palpación suave con un dedo. Cuando se pide al paciente que tosa, muchos son capaces de localizar con precisión el área dolorosa, un signo de irritación peritoneal. La percusión suave también puede producir dolor.

Aunque hay hipersensibilidad de rebote, es innecesario provocar este hallazgo si están presentes los signos mencionados antes. El signo del psoas (dolor en la extensión pasiva de la cadera derecha) y el signo del obturador (dolor con flexión pasiva y rotación interna de la cadera derecha) son indicadores de inflamación adyacente y sugieren apendicitis.

DATOS DE LABORATORIO

La leucocitosis moderada (10 000 a 20 000/pL) con neutrofilia es común. En 25% de los pacientes se presenta hematuria microscópica.

Imágenes

El ultrasonido abdominal tiene una sensibilidad y especificidad diagnósticas de 98%, siempre y cuando se logre visualizar el apéndice. También es útil para diagnosticar o descartar otros padecimientos que se presentan con síntomas parecidos, como la enfermedad anexial en las mujeres jóvenes. La TC abdominal es útil en casos de sospecha de perforación apendicular para el diagnóstico de absceso periapendicular. En pacientes con alta sospecha clínica de apendicitis, algunos cirujanos opinan que es innecesario el diagnóstico preoperatorio con estudios de imagen. No obstante, los estudios señalan que incluso en este grupo, la ultrasonografía demuestra un apéndice normal hasta en una tercera parte, y un diagnóstico alternativo en 15% de los casos.

Presentaciones atípicas de la apendicitis

Debido a la localización variable del apéndice, hay varias presentaciones "atípicas". Como el apéndice retrocecal no toca la pared abdominal anterior, el dolor permanece menos intenso y menos localizado, la hipersensibilidad abdominal es mínima y puede producirse en el flanco derecho. El signo del psoas puede ser positivo; con apendicitis pélvica se observa dolor en el abdomen bajo, a menudo del lado izquierdo junto con la sensación de orinar o defecar. No hay dolor a la palpación del abdomen, pero es evidente en el examen pélvico o rectal; puede estar presente el signo del obturador. En personas de edad avanzada, el diagnóstico de apendicitis con frecuencia se retrasa debido a que los pacientes se presentan con síntomas vagos, mínimos y con hipersensibilidad abdominal leve. La apendicitis en el embarazo puede presentarse con dolor del cuadrante inferior derecho, área periumbilical o área subcostal derecha debido al desplazamiento del apéndice por el útero.

Debido a que los exámenes utilizados para diagnosticar la apendicitis no son perfectos, algunas veces, la operación revelará que el apéndice está normal. En este caso, el cirujano lo extirpará y explorará el resto del abdomen para buscar otras causas del dolor.

Si una tomografía computarizada muestra que tiene un absceso a raíz de la ruptura del apéndice, le pueden tratar la infección y hacerle extirpar el apéndice después de que la infección y la inflamación hayan desaparecido.

CAPITULO III

APENDICECTOMÍA

DEFINICION

La apendicectomía es una técnica quirúrgica por medio de la cual se extrae el apéndice cecal. La indicación más frecuente para la apendicectomía es la apendicitis aguda. Esta cirugía puede realizarse por medio de técnica abierta o por técnica laparoscópica. 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 adenocarcinoma.

En resumen, la cirugía consiste en hacer, bajo anestesia general, una incisión en la fosa ílica derecha y extraer el apéndice, que suele enviarse a 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.

TIPOS DE APENDICECTOMÍA.

El apéndice puede extirparse de dos formas.

Método abierto: con este método, se practica una incisión de dos a tres pulgadas en el lado derecho inferior del abdomen. El cirujano localiza el apéndice y lo extirpa a través de la incisión.

Método laparoscópico: este procedimiento utiliza muchas incisiones pequeñas y por lo menos tres laparoscopias (pequeños tubos delgados con cámaras de video) para visualizar el interior del abdomen durante la operación. El cirujano realiza la cirugía mirando un monitor de televisión. El apéndice se extirpa a través de una de las incisiones.

Durante la apendicetomía laparoscópica, el médico puede decidir que es necesario realizar una apendicetomía abierta. La apendicetomía laparoscópica puede causar menos dolor y cicatrización que la apendicetomía abierta, aunque aún en el caso de apendicetomías abiertas, después de sanar, la cicatriz es difícil ver.

Las técnicas de cirugías abiertas y laparoscópicas se consideran comparables en cuanto a su bajo nivel de complicaciones. Sin embargo, el tiempo de hospitalización, el tiempo de recuperación general y los índices de infección son menores con la apendicetomía por laparoscopia.

Razones para realizar el procedimiento

La apendicetomía se realiza para extirpar el apéndice cuando existe una sospecha significativa de apendicitis. Durante otros procedimientos quirúrgicos realizados en el abdomen, el apéndice puede extirparse como precaución para prevenir una futura inflamación o infección del apéndice.

Riesgos del procedimiento.

Al igual que con cualquier procedimiento quirúrgico, pueden surgir complicaciones. Algunas complicaciones posibles incluyen, entre otras, las siguientes:

infección de la herida

Peritonitis

Inflamación del abdomen que puede producirse si el apéndice estalla durante una cirugía

obstrucción intestinal

Es posible que existan otros riesgos dependiendo de su estado de salud específico

Durante el procedimiento

Por lo general, la apendicetomía se realiza como una cirugía de emergencia y puede requerir hospitalización. Los procedimientos pueden variar en función de su estado y de las prácticas de su médico.

La apendicectomía sigue este proceso:

- Se le pedirá que se quite las joyas u otros objetos que puedan interferir con el procedimiento.
- Se le pedirá que se quite la ropa y se le entregará una bata para que se la ponga.
- Se le colocará una vía intravenosa (IV) en el brazo o en la mano.
- Se lo acostará boca arriba en la mesa de operaciones.
- El anesthesiólogo controlará continuamente la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración y la concentración de oxígeno en la sangre durante la cirugía.
- Se limpiará la piel con una solución antiséptica, en la zona donde se realizará la cirugía.

Después del procedimiento

En el hospital:

Después del procedimiento, lo trasladarán a la sala de recuperación donde permanecerá en observación. El proceso de recuperación variará en función del tipo de procedimiento realizado y del tipo de anestesia que se le administre. Una vez que la presión arterial, pulso y respiración estén estables y que usted esté alerta, lo llevarán a su habitación en el hospital. La apendicectomía laparoscópica puede realizarse de forma ambulatoria; por lo tanto, puede recibir el alta para volver a su hogar desde la sala de recuperación.

En caso de ser necesario, es posible que una enfermera le administre medicamentos contra el dolor, o puede administrárselos usted mismo mediante un dispositivo conectado a su vía intravenosa.

Es posible que se introduzca una sonda plástica delgada a través de la nariz hasta el estómago para eliminar secreciones gástricas y aire que trague. Cuando los intestinos comiencen a funcionar normalmente, se le quitará la sonda. No podrá comer ni beber hasta que le quiten la sonda.

Se lo alentará a que se levante algunas horas después de un procedimiento laparoscópico o al día siguiente de un procedimiento abierto. Según su situación, se le pueden administrar líquidos para beber unas horas después de la cirugía. Su dieta puede cambiarse gradualmente para que ingiera alimentos más sólidos, si los tolera bien.

Se concertará una consulta de seguimiento con su médico, generalmente dos o tres semanas después del procedimiento.

CAPITULO IV

CUIDADOS DE ENFERMERIA

La educación sanitaria debe incluirse como una actividad más, en cada uno de los problemas de enfermería desarrollados, de tal manera que el paciente y la familia se muestren tranquilos y colaboradores y no presenten dudas respecto a su cuidado al recibir el alta hospitalaria.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:

Valorar los conocimientos y habilidades de la madre del paciente respecto a los cuidados necesarios para su alta hospitalaria.

Reforzar la información que sea necesaria.

Hacer que el familiar del paciente demuestre las actividades que debe realizar.

Evaluar sus conocimientos antes del alta hospitalaria.

Informar al paciente de la importancia de una buena nutrición para favorecer la cicatrización de la herida y su recuperación física.

Educar sobre aquellos aspectos de la dieta que requieran información, como son, el tipo de dieta y su razón, forma de llevarla a la práctica en su domicilio, etc.

Valorar los factores de riesgo de infección (ambiente, herida, drenes, sondas, vías venosas, estado nutricional, higiene,...).

Controlar la temperatura del paciente con frecuencia (4 veces al día) y anotar e informar de los aumentos de ésta. La febrícula en los 3 primeros días del postoperatorio está asociada a la respuesta inflamatoria normal. La fiebre que persiste más tiempo puede significar infección.

Controlar los signos y síntomas de infección de la herida, detectando:

Enrojecimiento.

Aumento local de temperatura.

Drenaje aumentado o purulento

Separación de los bordes de la herida.

Inflamación, edema local

Controlar el punto de inserción de vías venosas y trayectos venosos, identificando signos de flebitis y realizar los cuidados oportunos para su prevención.

Valorar la herida quirúrgica una vez en cada turno para detectar: Prueba de cicatrización normal, como aproximación de los bordes de la herida y ausencia de drenaje purulento o maloliente y tejido de granulación; signos de dehiscencia, signos de evisceración..

Mantener la incisión limpia y seca. Realizar la cura de la herida según prescripción médica. Una herida limpia y seca tiene menos riesgo de infección. La humedad facilita el desarrollo de microorganismos.

Prevenir la infección, realizando el procedimiento de la cura de la herida y cualquier procedimiento invasivo, usando una técnica aséptica estricta ya que previene la contaminación cruzada y la transmisión de infecciones bacterianas a la herida quirúrgica. Realizar la cura cuando la habitación esté ventilada y limpiada.

Retirar los puntos de sutura (según orden médica) cuando la herida y el tejido circundante del exudado,(prevenir diseminación de la infección), colocando una barrera cutánea o utilizando una bolsa colectora (si hay gran cantidad de exudado).

Informar y enseñar al paciente sobre los factores que pueden retrasar la cicatrización de la herida como el déficit nutricional, mal higiene, etc..., por eso hay que fomentar una nutrición adecuada y cuidar la higiene personal.

Ayudar al paciente a sujetar la herida quirúrgica, aproximándola con las manos o con una almohada, cuando se mueva, tosa, estornude o vomite, para evitar dehiscencia o separación de los bordes de la herida.

DE EDUCACIÓN

Informar sobre los factores que previenen la infección : higiene, nutrición, limpieza,etc. Formentar una nutrición e higiene adecuada.

Enseñar al paciente a sujetar la herida quirúrgica , para evitar evitar dehiscencia o separación de los bordes de la herida.

Enseñar, si es necesario, a realizar la cura de la herida siguiendo el protocolo de asepsia.

El plan de enseñanzas para pacientes sometidos a apendicectomía no complicada incluye instrucciones verbales y escritas sobre el cuidado de la herida, farmacoterapia, limitaciones de la actividad. La enfermera enseña al paciente o al miembro de su familia para que observe la incisión todos los días. Debe notificarse si hay inflamación, enrojecimiento, hemorragia, secreción o calor en el área incidida. No debe levantar objetos pesados, ni hacer movimientos bruscos en varias semanas.

HIPOTESIS.

Con las intervenciones oportunas del personal de enfermería, y la adecuada orientación de los padres se disminuiría el riesgo de las complicaciones de los pacientes apendicectomizados.

JUSTIFICACION DE LA ELECCION DEL METODO.

El tipo de estudio que se empleo fue retrospectivo con el fin de detectar los factores que produzcan complicaciones en los niños hospitalizados en el área de Pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Muestra o población en estudio son los niños con apendicetomía del area de pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Universo será de 20 niños hospitalizados que corresponden al 100%

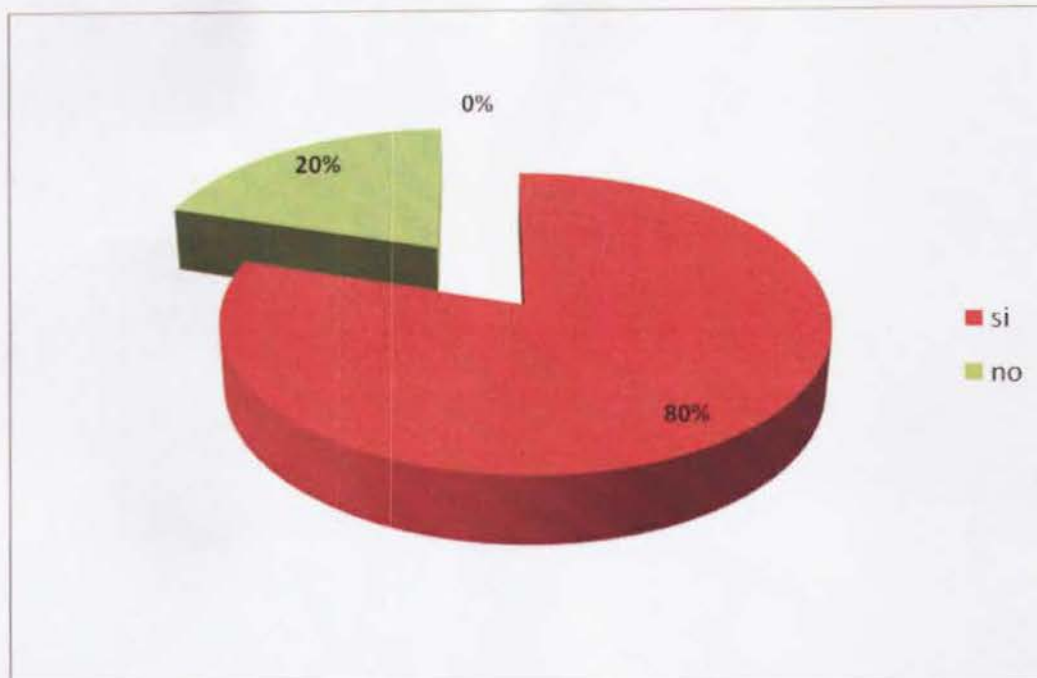
Técnica de recogida de datos: Como instrumento para recoger datos se utilizó un cuestionario para entrevista, que fue dirigido a los familiares y personal de Enfermería

Técnica y modelo de análisis de datos: Para el análisis de los datos se revisaron la entrevista realizadas para así tabular los datos en Excel y los resultados presentarlos en tablas y gráficos.

ANALISIS DE LOS GRAFICOS ESTADISTICOS

GRAFICO N° 1

Conoce usted cuales son las complicaciones de la apendicitis.



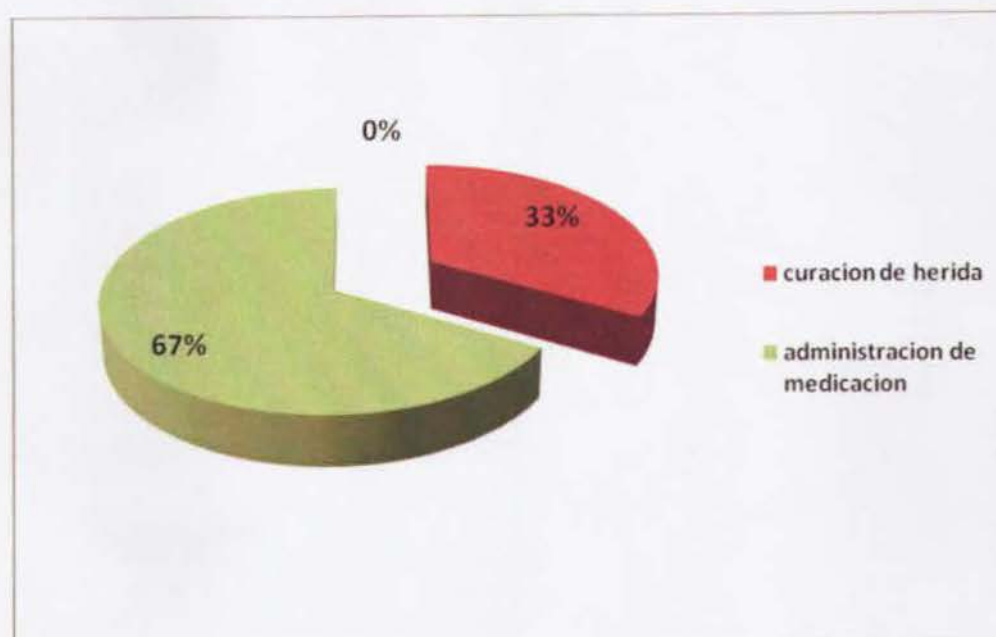
Fuente: Entrevista al personal de enfermería del área de Pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Lucia Arechua Baidal.

Análisis: La mayoría del personal de enfermería conoce las complicaciones de la apendicitis.

GRAFICO N° 2

Que cuidados de Enfermería proporciona con mayor frecuencia al paciente que ha sido operado de apendicitis.



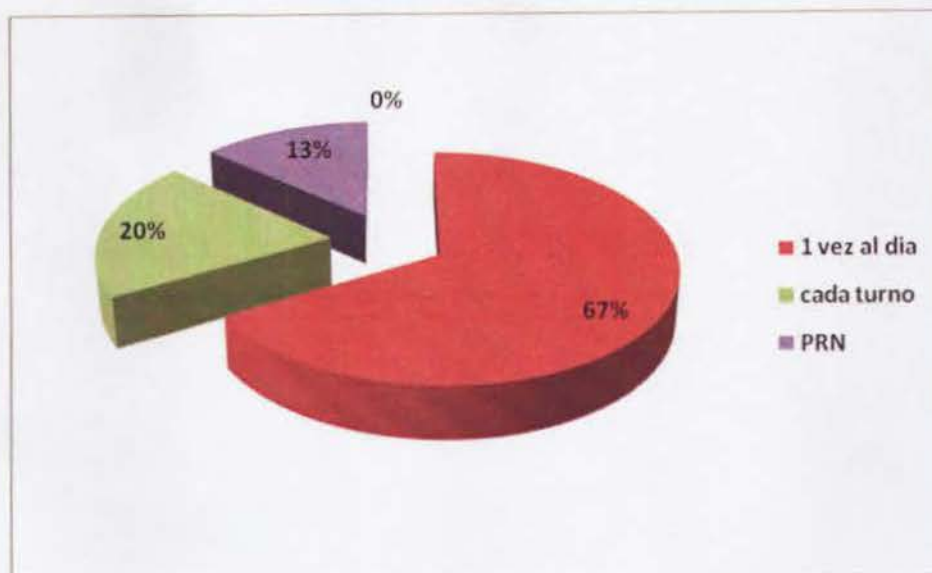
Fuente: Entrevista al personal de enfermería del área de Pediatría del Hospital Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Lucia Arechua Baidal.

Análisis: El 67% del personal de enfermería administra medicación, dejando en segundo plano la curación de la herida quirúrgica que corresponde al 33%

GRAFICO N° 3

Con que frecuencia realiza curación la curación del sitio de la herida quirúrgica.



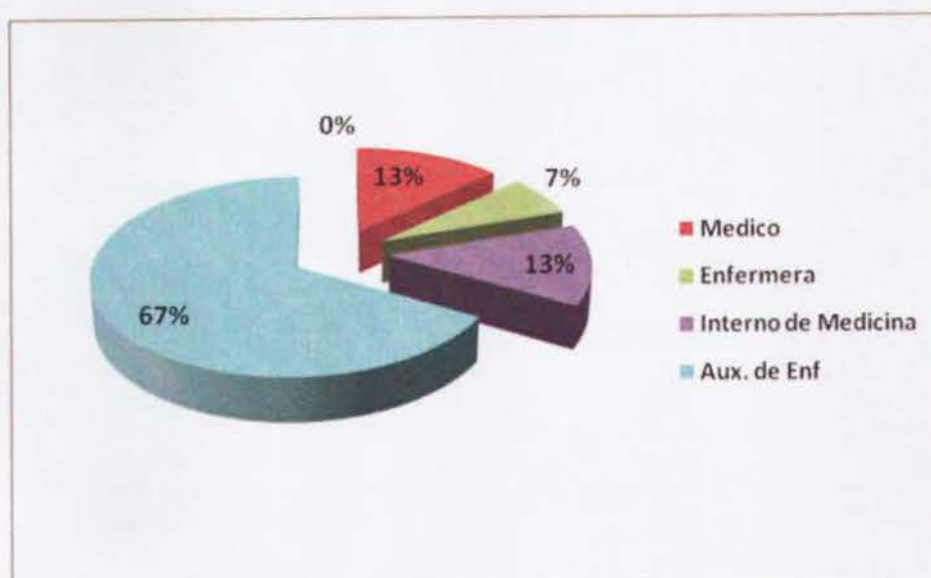
Fuente: Entrevista al personal de enfermería del área de Pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Lucia Arechua Baidal.

Análisis: El 67% personal de Enfermería en un mayor porcentaje realizan la curación 1 sola vez al día, el 20% lo hace cada turno y el 13% por razones necesarias.

GRAFICO N° 4

Reconoce usted signos y síntomas de la infección en el sitio de la herida quirúrgica



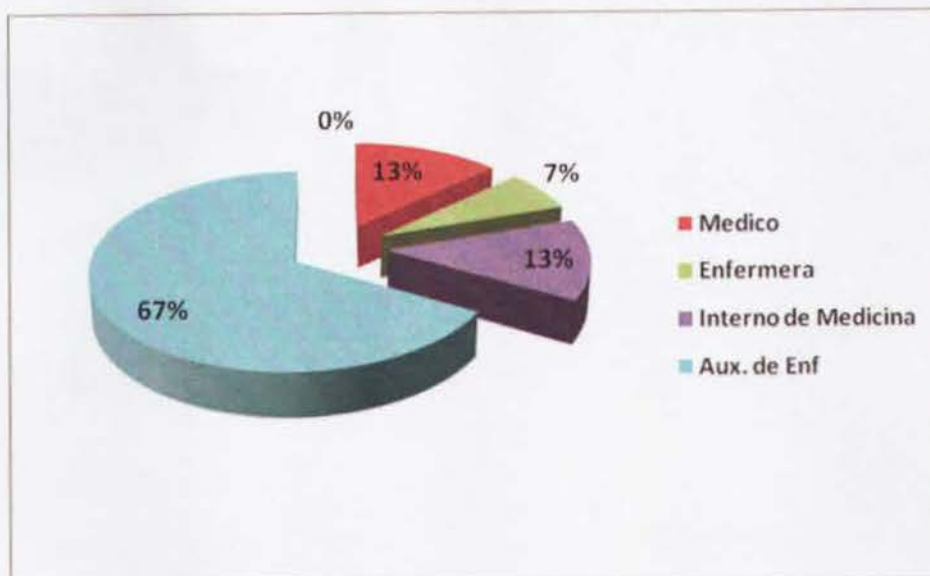
Fuente: Entrevista al personal de enfermería del área de Pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Lucia Arechua Baidal.

Análisis: El 80% del personal de enfermería conoce los signos y síntomas de infección en el sitio de la herida quirúrgica, en relación al 20% que lo desconoce.

GRAFICO N° 5

Quien realiza la curación de la herida quirúrgica



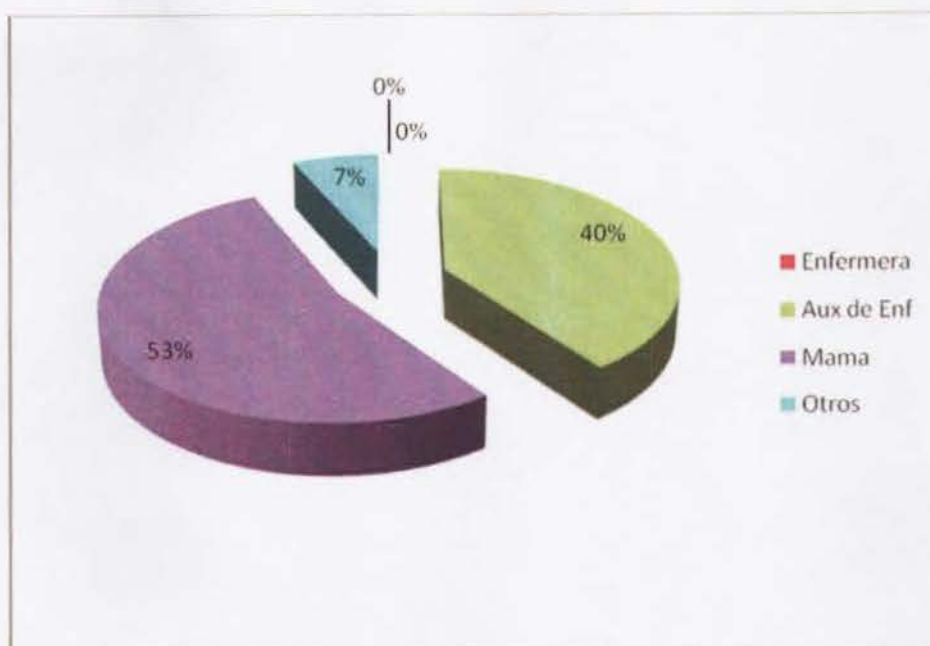
Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con apendicetomía, del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Lucia Arechua Baidal.

Análisis: En su gran mayoría los Auxiliares de Enfermería son los que realizan las curaciones de la herida, que es el 67% en relación con el 7% que realiza la Enfermera.

GRAFICO N° 6

Quienes proporcionan los cuidados al niño con apendicetomía.



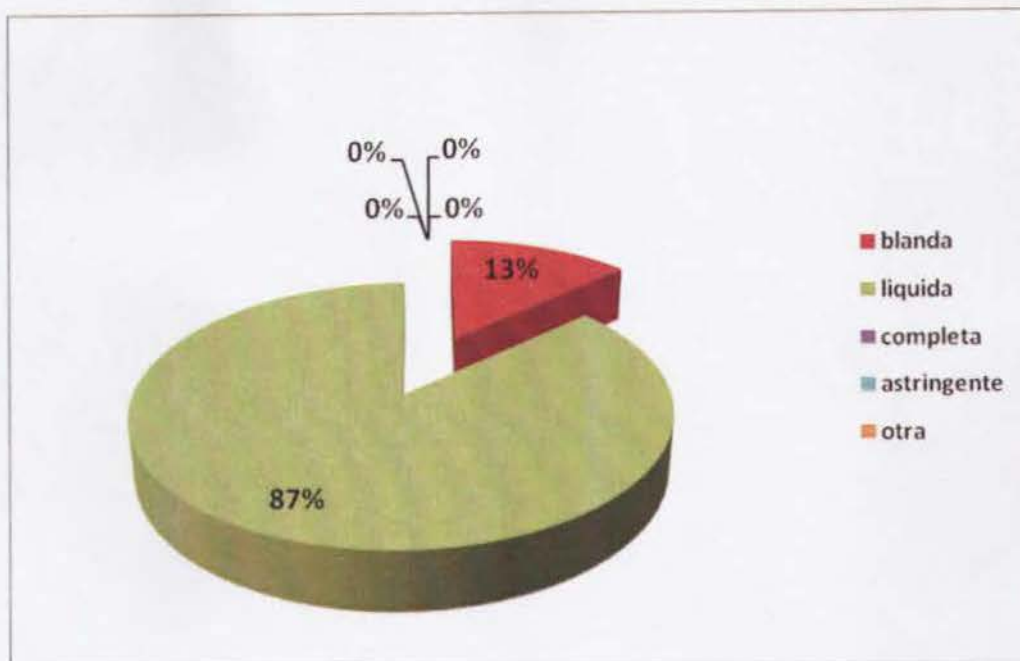
Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con apendicetomía, del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Lucia Arechua Baidal.

Análisis: Podemos apreciar que el 53% de los cuidados los realiza la madre quien tal vez no tiene los conocimientos exactos de cómo manejar la asepsia correcta al momento de manipular la herida, haciendo de esto un potencial riesgo de complicarse e infectarse en relación a un 40% que corresponde al personal de auxiliar de enfermería.

GRAFICO N° 7

Que tipo de dieta inicia en el niño operado con apendicetomía



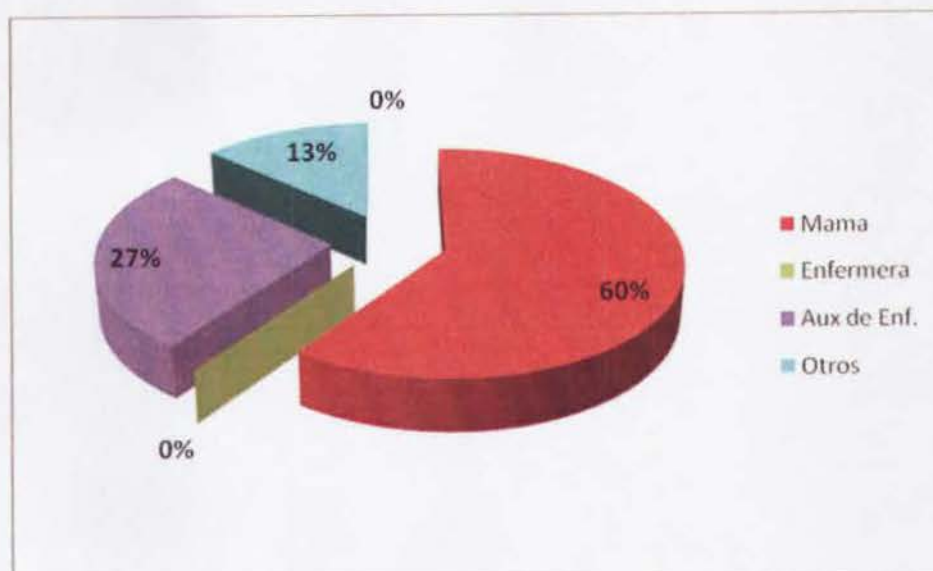
Fuente: Entrevista al personal de enfermería del área de pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Lucia Arechua Baidal

Análisis: Podemos considerar de acuerdo al grafico que el 87% inicia con dieta líquida. Ellos refieren que el tipo de dieta lo designa el médico pero por lo general se empieza a hacer tolerancia oral una vez que el paciente ha movilizado intestinos y canalizados flatos.

GRAFICO N° 8

En la deambulaci3n precoz asistida quien proporciona esta asistencia



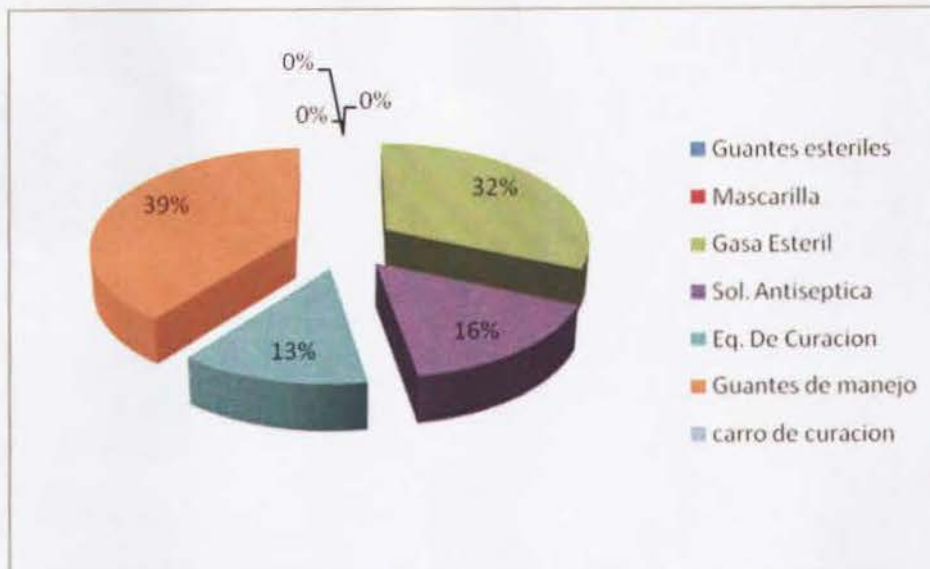
Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con apendicetomía del Hospital Abel Gilbert Pont3n.

Elaborado por: Lucia Arechua Baidal.

Análisis: El 60% de los encuestados indica que la deambulaci3n la asiste la mama en relaci3n con el 0% de la enfermera.

GRAFICO N° 9

Con que elementos cuenta usted al momento de realizar la curación de la herida quirúrgica.



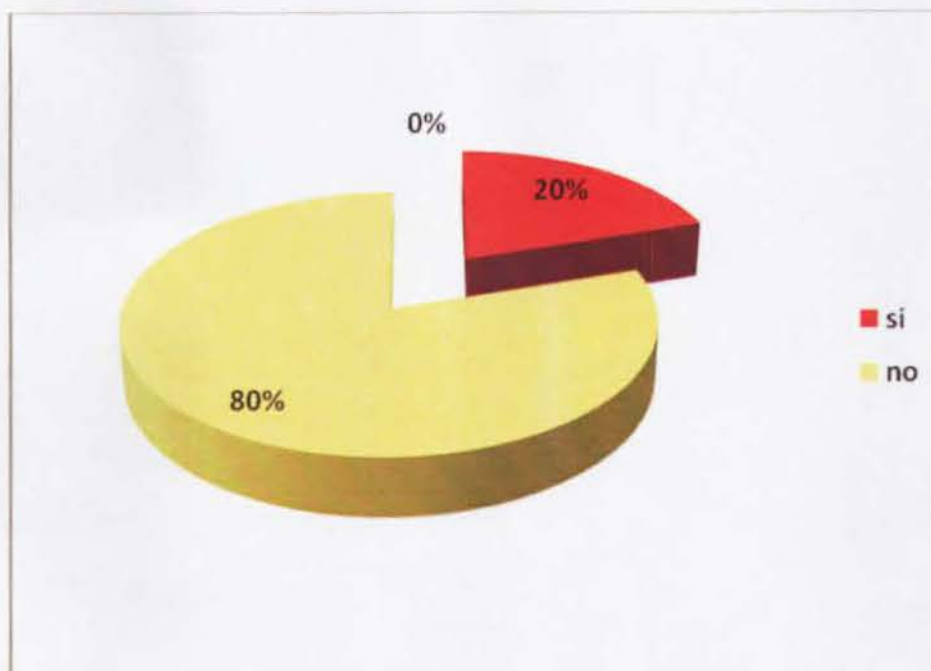
Fuente: Entrevista al personal de enfermería del área de pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Lucía Arechua Baidal.

Análisis: Podemos indicar que en orden de porcentaje el personal de enfermería solo cuenta con guantes de manejo el 39%, gasa esteril el 32%, solución antiséptica el 16% y equipo de curación el 13%. Con este resultado nos damos cuenta la deficiencia con que se actúa al momento de realizar la curación; en la cual corre riesgo el paciente por la falta del material completo.

GRAFICO N°10

Tiene usted un sitio especial para impartir charlas sobre los cuidados del niño con apendicetomía a los padres de familia.



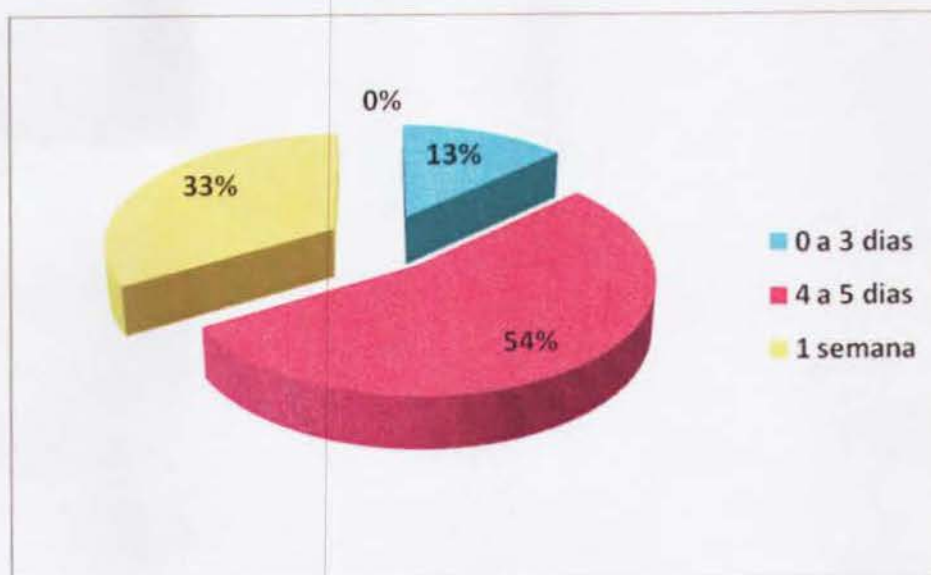
Fuente: Entrevista al personal de enfermería del área de pediatría de Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Lucia Arechua Baidal.

Análisis: El 80% indicó que no tienen un lugar especial para impartir charlas de cualquier tema relacionado con la salud, pero al parecer desconocían porque si existe un lugar para realizar charlas, lo que nos hace entender que no realizan este tipo de educación al familiar del paciente.

GRAFICO N° 11

Cuantos días han trascurrido desde la Intervención quirúrgica de su hijo



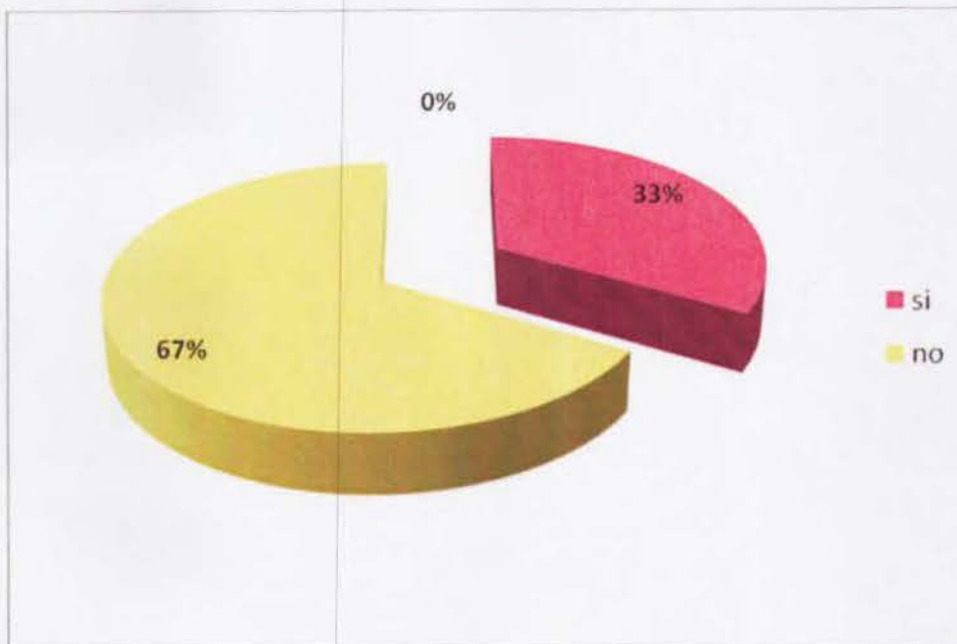
Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con apendicetomía del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Lucia Arechua Baidal.

Análisis: Gran parte de los niños han estado de en un intervalo de 4 a 5 días cuando normalmente son tres días con los cuidados respectivos, lo que podemos deducir que no se esta cumpliendo correctamente con todas las intervenciones de enfermería que debería realizarse.

GRAFICO N° 12

Recibio alguna instrucción general del cuidado del niño operado de apendicetomia por parte del pesonal de enfermeria.



Fuente: Entrevista a las madres de los niños hospitalizados con apendicetomía del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Lucia Arechua Baidal.

Análisis: Podemos observar en un alto porcentaje las madres y los familiares no han recibido instrucciones de cómo cuidar a sus hijos, lo que se convierte en un factor de riesgo potencial, el desconocimiento del manejo correcto del niño con apendicetomía. Y podría regresar con una grave complicación al hospital



CONCLUSIONES.

Al terminar el presente trabajo investigativo he llegado a las siguientes conclusiones:

- ✚ Es indudable que entre las complicaciones de la apendicetomía es la infección de la herida quirúrgica la más frecuente depende de diversos factores como son: el tipo de intervención quirúrgica realizada, el tipo de germen (flora endógena o exógena) el medio ambiente hospitalario (limpieza y desinfección de los quirófanos), el propio paciente (obesidad, diabetes, desnutrición, enfermedades asociadas etc.), hábitos higiénico-quirúrgicos del equipo quirúrgico y resto del personal sanitario (mal lavado quirúrgico, mala utilización del instrumental de curación, escasa higiene personal, indumentaria inapropiada, etc.) y defectos del material quirúrgico (mala limpieza, escasa esterilidad, etc.). Resumiendo todo lo anteriormente expuesto, podemos decir que la infección depende de la interacción de tres elementos entre sí: El paciente, el germen y el ambiente. Como profesionales de enfermería, podemos influir sobre el paciente y el ambiente mejorando las condiciones de ambos, y tratando de combatir la infección disminuyendo el porcentaje en el que podamos evitar ser responsables de ella.
- ✚ La educación de los padres influye en la salud de la familia mediante diversos mecanismos, como son el permitirles mayor acceso a la información, desarrollar sus capacidades para reconocer los síntomas y signos que requieren atención médica;

VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACION.

Al finalizar este estudio investigativo se puede recomendar:

- ✚ Orientar y capacitar constantemente al personal de enfermería para que realicen correctamente las técnicas de asepsia durante la curación de la herida, para evitar las complicaciones futuras.
- ✚ Concientizar sobre los factores de riesgo para poder evitarlos y disminuir la incidencia de las complicaciones de la apendicetomía
- ✚ Informar a los Padres sobre los síntomas que puede presentar, al inicio de una infección en la herida quirúrgica.
- ✚ La educación continua de enfermería a la población que asiste a este centro hospitalario.
- ✚ De acuerdo a la guía diseñada se socialice con el personal para que de este modo optimizar los cuidados que se proporcionan a este tipo de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Alvarado A., Romero A., apendicitis, SAP Novoa Santos, Guías Clínicas 2006.

Dirección: [www.VidaySalud.com/apendicitis aguda](http://www.VidaySalud.com/apendicitis_aguda)

2. Arteaga P. Revista Cuban de pediatría 26(2): 99-114.

Dirección: [www.saludfe.com.ar/.../complicaciones de apendicitis.htm](http://www.saludfe.com.ar/.../complicaciones_de_apendicitis.htm)

3. Barzola. Schultz, RN,M.D. y Gregory S. Liptak,

Dirección: [www.publimetro.com.mx/apendicitis pediatria.](http://www.publimetro.com.mx/apendicitis_pediatica)

4. Gomez Felix: pediatría., Rev Argent. Cirug.,2006.

Dirección: www.prevencion-de-salud.com/tag/pre-apendicitis

- 5 Prieto F: "Obesidad". Revista Colombiana de apendicectomía Vol.55 No.4 2004

Dirección: [www.org.es/apendicitis aguda](http://www.org.es/apendicitis_aguda)

6. Guzman R, Mendez A: ". Hospital de medicina interna "Ramon Gonzales Coro

Dirección: [www.proyectosalutia.com/.../apendicitis infantil.html](http://www.proyectosalutia.com/.../apendicitis_infantil.html)

- 7 Vazquez A, Reina G, Roman P: "Trastorno de apendicectomía". Hospital pediátrico "Rolando Orozco

Dirección:Manual de enfermería/océano,centrum

- 8 Cordero E: "apendicitis aguda". Revista Colombiana de pediatría

Dirección: www.apendice.Salud.com

9. Miranda R. "Apendicitis en niños"

Dirección: www.guiainfantil.com/salud/enfermedades/apendicitis.htm

10. Roman H, Flores J: Apendicitis cuidados con la complicaciones

Dirección: www.pediatraldia.cl/apendicitis1.htm

11. Dr. Pedro Barreda Vida Saludable: Disfrutala: Cómo detectar apendicitis en los niños

Dirección: dis-fruta.blogspot.com/.../cmo-detectar-apendicitis-en-los-ni

12. Hobler, K., Acute and Suppurative Appendicitis: Disease Duration and its Implications for Quality Improvement, Permanente Medical Journal, volume 2, #2, Spring 1998.

Dirección: es.wikipedia.org/wiki/Apendicitis

13. Dres. Guzmán R, Ozono C. Apendicitis : MedlinePlus enciclopedia médica

Dirección: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/.../000256.htm

14. Bundy DG, Byerley JS, Liles EA, Perrin EM, Katznelson J, Rice HE. Does this child have appendicitis? JAMA. 2007 Jul 25;298(4):438-51. Review.

Apendicitis en Niños - Causas y Signos de la Apendicitis en Niños

Dirección: www.aboutkidshealth.ca/En/HealthAZ/.../Appendicitis.aspx

15. Lyon C, Clark DC. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. Am Fam Physician. 2006 Nov 1;74(9):1537-44. Review

La Apendicitis en los niños

Dirección: www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/3_APENDICITIS%20AGUDA

ANEXOS

GUIA DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Prevenir la distensión gastrointestinal : mantener la permeabilidad de la sonda nasogástrica, si la lleva; progresar en la dieta del paciente sólo según tolerancia. Razonamiento: La sobredistensión del tracto gastrointestinal (particularmente del duodeno), desencadena el reflejo del vómito.
- Limitar las visiones, olores y estímulos psíquicos desagradables tales como la ansiedad intensa y el dolor. Estos factores causan estimulación cortical de la zona desencadenante de los quimiorreceptores medulares, que provoca el vómito.
- Advertir al paciente que cambie de posición lentamente, ya que los cambios rápidos también estimulan la zona desencadenante.
- Tan pronto como sea posible, pasar de los narcóticos a otro tipo de analgésicos (según prescripción), ya que la medicación, especialmente los narcóticos, puede estimular la zona desencadenante de los quimiorreceptores.
- Administrar antieméticos, según indicaciones, porque pueden ser agentes necesarios para deprimir el centro del vómito o la respuesta de la zona desencadenante.

GUIA DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Prevenir la distensión gastrointestinal : mantener la permeabilidad de la sonda nasogástrica, si la lleva; progresar en la dieta del paciente sólo según tolerancia. Razonamiento: La sobredistensión del tracto gastrointestinal (particularmente del duodeno, desencadena el reflejo del vómito.
- Limitar las visiones, olores y estímulos psíquicos desagradables tales como la ansiedad intensa y el dolor. Estos factores causan estimulación cortical de la zona desencadenante de los quimiorreceptores medulares, que provoca el vómito.
- Advertir al paciente que cambie de posición lentamente, ya que los cambios rápidos también estimulan la zona desencadenante.
- Tan pronto como sea posible, pasar de los narcóticos a otro tipo de analgésicos (según prescripción), ya que la medicación, especialmente los narcóticos, puede estimular la zona desencadenante de los quimiorreceptores.
- Administrar antieméticos, según indicaciones, porque pueden ser agentes necesarios para deprimir el centro del vómito o la respuesta de la zona desencadenante.

- Administrar líquidos por vía oral desde que haya movimientos peristálticos y el estado de conciencia lo permita. Habitualmente a las 6 horas del postoperatorio se inicia su administración si no hay contraindicación médica por el tipo de cirugía y anestesia o por las condiciones del paciente. A medida que se toleren los líquidos, se irá aumentando la dieta, de una líquida a una blanda, hasta alcanzar una dieta normal habitual o la indicada en una cirugía especial.
- Es importante administrar una dieta rica en nutrientes, proteínas y vitaminas para favorecer la cicatrización de la herida, y de fibra para prevenir el estreñimiento.
- Comprobar la tolerancia del paciente a la dieta, estimulando su ingesta con alimentos apetecibles y de su preferencia, y también adaptada a sus necesidades.
- Estimular la actividad física y el movimiento, si es posible, ya que mejora el apetito.
- Pesar al paciente para comprobar si hay ganancia o pérdida de peso.

- Si hay náuseas o vómitos, se suspende la administración oral de la dieta y se mantiene al paciente en posición de decúbito lateral para prevenir la aspiración.

- Si hay distensión abdominal por presencia de gases se puede colocar una sonda rectal, para estimular el peristaltismo y favorecer la eliminación de gases.

- Valorar los factores de riesgo de infección (ambiente, herida, drenes, sondas, vías venosas, estado nutricional, higiene,...).

- Controlar la temperatura del paciente con frecuencia (4 veces al día) y anotar e informar de los aumentos de ésta. La febrícula en los 3 primeros días del postoperatorio está asociada a la respuesta inflamatoria normal. La fiebre que persiste más tiempo puede significar infección.

- Controlar los signos y síntomas de infección de la herida, detectando:
 - Enrojecimiento.
 - Aumento local de temperatura.
 - Drenaje aumentado o purulento
 - Separación de los bordes de la herida.
 - Inflamación, edema local

- -Controlar el punto de inserción de vías venosas y trayectos venosos, identificando signos de flebitis y realizar los cuidados oportunos para su prevención.
- -Valorar la herida quirúrgica una vez en cada turno para detectar: Prueba de cicatrización normal, como aproximación de los bordes de la herida y ausencia de drenaje purulento o maloliente y tejido de granulación; signos de dehiscencia, signos de evisceración.
- Mantener la incisión limpia y seca. Realizar la curación de la herida según prescripción médica. Una herida limpia y seca tiene menos riesgo de infección. La humedad facilita el desarrollo de microorganismos.
- Disminuir la infección, realizando el procedimiento de la cura de la herida y cualquier procedimiento invasivo , usando una técnica aséptica estricta ya que previene la contaminación cruzada y la transmisión de infecciones bacterianas a la herida quirúrgica. Realizar la cura cuando la habitación esté ventilada y limpiada
- -Retirar los puntos de sutura (según orden médica) cuando la herida y el tejido circundante del exudado,(prevenir diseminación de la infección), colocando una barrera cutánea o utilizando una bolsa colectora (si hay gran cantidad de exudado).

- -Informar y enseñar al paciente sobre los factores que pueden retrasar la cicatrización de la herida como el déficit nutricional, mal higiene, etc..., por eso hay que fomentar una nutrición adecuada y cuidar la higiene personal.
- -Ayudar al paciente a sujetar la herida quirúrgica, aproximándola con las manos o con una almohada, cuando se mueva, tosa, estornude o vomite, para evitar dehiscencia o separación de los bordes de la herida.

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL QUE LABORA EN LA UNIDAD

1. Conoce usted cuales son las complicaciones de las apendicetomías?

Si _____ no _____

2. Que cuidados de enfermería proporciona con mayor frecuencia al paciente que ha sido operado de apendicitis?

Curación de herida _____ administración de medicación _____

3. Con que frecuencia realiza la curación del sitio de la herida quirúrgica?

A) 1 vez al día _____

B) Cada turno _____

C) Por razones necesarias _____

4. Reconoce usted signos y síntomas de infección en el sitio de la herida quirúrgica?

Si _____ no _____

5. Quien realiza las curaciones de la herida quirúrgica?

A) Medico _____

B) Lcda. Enfermera _____

C) Interno _____

D) Aux. de enfermería _____

6. Quienes proporcionan los cuidados al niño con apendicetomía?

A) Lcda. Enfermera _____

B) Aux. enfermería _____

C) Mama _____

D) Otros _____

7. Que tipo de dieta inicia el niño operado de apendicetomía?

A) Blanda _____

- B) Liquida_____
- C) Completa_____
- D) Atingente_____
- E) Otras_____

8. En la deambulaci3n precoz asistida. Quien proporciona esta asistencia?

- A) Mama_____
- B) Lcda. Enfermera_____
- C) Aux. enfermera_____
- D) Otros_____

9. Con que elementos cuenta usted al momento de realizar la curaci3n de la herida quirurgica?

- A) Guantes esteriles_____
- B) mascarilla_____
- C) gasa_____
- D) soluc. Antis3pticas_____
- D) Equi. De curaci3n_____
- E) guantes de manejo_____

10. Tiene usted un sitio especial para impartir charla sobre los cuidados de los ni1os con apendicetomía a los padres de familia ?

Si_____ no_____

ENCUESTA DIRIGIDA A LA MADRE DE FAMILIA

1.- Cuantos días han transcurrido desde la intervención quirúrgica de su hijo?

A) 0 a 3 días _____

B) 4 a 5 días _____

C) 1 semana _____

2.- Recibió alguna instrucción general del cuidado del niño operado de apendicetomía por parte del personal de enfermería?

Si _____ no _____



1 Guayaquil julio 11 del 2011

2

3 Lcda

4 Nora Carrera Rojas.

5 Directora de la carrera de Enfermería

6 En su despacho.

7

8

9 Yo, Lucía Margarita Arechúza Baidal, con

10 CI 1206386094, solicito a usted me

12 apruebe el tema de Investigación

13 para la obtención del título de Lcda en

14 Enfermería, el mismo que es "FACTORES

15 QUE INFLUYEN EN LAS COMPLICACIONES

16 DE LOS NIÑOS ESCOLARES APENDICECTOMI-

17 ZADOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL

18 ABEL GILBERT PORTÓN"

19

20 Con la espera de su favorable ~~resposta~~ ^{respuesta}

21 agradezco anticipadamente.

22

23 At Lucía Arechúza

24 1206386094

Serie

0493800

Autorizado

\$ 1.25

U. C. S. C.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Enfermería - San Vicente de Paul
Lcda. Nora Carrera Rojas
Directora



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
De Santiago de Guayaquil

CARRERA DE
ENFERMERÍA

CE-111-2011

Guayaquil, mayo 18 del 2011

Lcda.
Fanny Gaibor Ruiz
DOCENTE
CARRERA DE ENFERMERIA
En su despacho.-

RECIBI
20/05/2011
12:00

ENF
Recibido *Le...*
Fecha 20-05-11

De mis consideraciones:

La Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", comunica a usted, que ha sido designada **Directora** del Trabajo De Titulación de los siguientes estudiantes:

| ESTUDIANTES | TEMAS |
|--------------------------------|---|
| ARECHUA BAIDAL LUCIA MARGARITA | CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS APENDICEPTOMIA |
| HAON RODRIGUEZ AMBAR LUCIA | CUIDADOS DE ENFERMERIA EN NIÑOS PREESCOLARES DESNUTRIDOS DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON EN EL AREA DE PEDIATRIA. |

Agradeciendo por la atención, me suscribo a usted.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
[Signature]
Fanny Gaibor Ruiz
Docente

Recibido
20/05/2011
[Signature]
[Signature]
20 mayo 2011

Teléfonos:
2200906 2200286
Ext. 1816 - 1818

Guayaquil-Ecuador

Lvg/NCR



UNIVERSIDAD CATOLICA
SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Guayaquil, 8 de Julio del 2011

Licenciada
NORA CARRERA ROJAS
Directora
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"
En su despacho.-

De mis consideraciones:

Informo a usted que el trabajo de titulación de la Srta. LUCIA MARGARITA ARECHUA BAIDAL con el tema "FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS COMPLICACIONES DE LOS NIÑOS APENDISECTOMIZADOS HOSPITALIZADOS", en el Hospital Abel Gilbert Ponton, está listo para se sustentado y seguir los trámites pertinentes.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima.

Atentamente.

Lcda. Olga Muñoz Roca
Lectora de Trabajo de Titulación



CE-0334-2011

COPIA



UNIVERSIDAD CATOLICA
SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Guayaquil, 7 de Julio del 2011

Licenciada
Olga Muñoz Roca
Docente
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl", comunica a usted que ha sido delegado como Lectora de la Tesis de la Srta. LUCIA MARGARITA ARECHUA BAIKAL con el tema "FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS COMPLICACIONES DE LOS NIÑOS APENDISECTOMIZADOS HOSPITALIZADOS", en el Hospital Abel Gilbert Ponton.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima.

Atentamente.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl"

Lda. Nora Carrera Rojas
Directora

Teléfonos:
2206952 - 2200286
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador

CARRERA
DE
ENFERMERIA



UNIVERSIDAD CATOLICA
SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Guayaquil, 8 de Julio del 2011


Licenciada
NORA CARRERA ROJAS
Directora
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"
En su despacho.-

De mis consideraciones:

Informo a usted que el trabajo de titulación de la Srta. LUCIA MARGARITA ARECHUA BAIDAL con el tema "FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS COMPLICACIONES DE LOS NIÑOS APENDISECTOMIZADOS HOSPITALIZADOS", en el Hospital Abel Gilbert Ponton, está listo para sea pasado al lector y seguir los trámites pertinentes.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima.

Atentamente.


Lcda. Fanny Gaybor Ruiz
Directora de Trabajo de Titulación