



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD MARIANA DE PASTO
INSTITUTO DE POSTGRADO



TEMA DE INVESTIGACIÓN:

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE
APENDICECTOMÍA QUE SON ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL
“SAN LUIS DE OTAVALO”
PERÍODO 2011.**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar el Grado de
Especialista en Enfermería para el Cuidado del Paciente en Estado
Crítico.**

Autora: Mercedes Guadalupe Terán Morales

Tutora: Yudy Basante

Ibarra, 2012

Aprobación del Tutor

En calidad de tutor del trabajo de grado, presentado por la Señora Licenciada Mercedes Guadalupe Terán Morales, para optar por el Grado de Especialización del Cuidado de Enfermería del Paciente en Estado Crítico, doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación (pública o privada) y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de Abril del 2012

Mgr. Yudy Basante

Intervención de Enfermería en Pacientes de Apendicectomía que son Atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital “San Luis de Otavalo” Periodo 2011.

Por: Mercedes Guadalupe Terán Morales

Trabajo de Grado de Especialización del Cuidado de Enfermería del Paciente en Estado Crítico, aprobado en nombre de la Universidad Técnica del Norte, por el siguiente jurado, a los ...19.... días del mes de noviembre de 2012

Mgr. Yudy Basante
C.I.

Mgr. Janeth Vaca
C.I.

Mgr. Martha Chauca
C.I.

Dedicatoria

Este trabajo de investigación se lo dedico a toda mi familia, mis padres, mis hijos, mi esposo, y de manera especial a un ser muy querido que con sus consejos ha sabido guiarnos por un buen camino y ha dejado en nuestros corazones su cariño y amor para con nosotros; a ella que más que una suegra ha demostrado ser como una segunda madre en mi vida y, ahora que ya no está cuidará de mi familia desde el cielo y estará siempre en nuestras vidas.

Gracias por todo Sra. Mati por ser la mejor madre y amiga.

Guadalupe Terán

Agradecimiento

Mi más profundo agradecimiento a la Magister Yudy Basante Asesora de Tesis, por su tiempo y apoyo que me brindó para la construcción de este trabajo; a la Honorífica Universidad Técnica del Norte en especial a la Escuela de Postgrado, a la Universidad Mariana, tanto a sus docentes como a mis compañeros por la gran formación académica y humana recibidas.

Un profundo agradecimiento a ese ser supremo que guía mi vida Dios, a Mi familia, Mi esposo, Mis hijos y todas las personas que la conforman por ese cariño, ayuda, sacrificio y comprensión que me han brindado en todo momento; y así llegar a alcanzar mis objetivos como es la culminación de esta Especialización, sirviendo mejor así a mi comunidad.

Guadalupe Terán

Índice de Contenidos

Portada	ii
Aprobación del Tutor.....	ii
Intervención de Enfermería en Pacientes de Apendicectomía que son Atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital “San Luis de Otavalo” Periodo 2011.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento	v
Índice de Contenidos	vi
Índice de Gráficos	xi
Índice de Ilustraciones	xi
Índice de Anexos	xi
Resumen Ejecutivo	xii
Summary	xiii
Introducción	xiv
CAPÍTULO I	17
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
1.1. Antecedentes	17
1.2. Planteamiento del Problema	18
1.3. Formulación del Problema	20
1.4. Delimitación de la Investigación	20
1.5. Objetivos	21
1.5.1. Objetivo General	21
1.5.2. Objetivos Específicos.....	21
1.6. Preguntas de Investigación	22
1.7. Justificación	22

CAPÍTULO II.....	25
2. MARCO TEÓRICO.....	25
2.1. TEORÍA BASE	25
2.1.1. Anatomía del Apéndice.....	25
2.1.2. Apendicitis	25
2.1.3. Apéndice Aguda	26
2.2. Epidemiología.....	27
2.3. Etiología	27
2.4. Patogenia.....	27
2.5. Diagnóstico	28
2.6. Presentación Clínica	28
2.7. Complicaciones.....	29
2.8. Tratamiento de la Apendicitis.....	29
2.8.1. La Apendicectomía	29
2.8.2. Riesgos Post Quirúrgicos	29
2.8.3. Factores de Riesgo.....	30
2.8.4. Complicaciones	32
2.9. Atención de Enfermería a Pacientes Apendicectomizados.....	35
2.9.1. Consentimiento Informado.....	37
2.10. El Proceso de Atención de Enfermería.....	37
2.10.1. Primera Etapa: Valoración.....	39
2.10.2. Segunda Etapa: Diagnóstico de Enfermería.....	48
2.10.3. Tercera Etapa: Planeación del Cuidado	52
2.10.4. Cuarta etapa: Ejecución del Plan	55
2.10.5. Quinta Etapa: Evaluación	55
Glosario de Términos.....	63

CAPÍTULO III.....	65
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	65
3.1. Tipo de investigación	65
3.1.1. Descriptivo Cuantitativo	65
3.2. Diseño de la Investigación	66
3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	66
3.3.1. Técnicas	66
3.3.2. La Encuesta.....	66
3.3.3. Instrumentos	67
3.3.3.1. Cuestionario	67
3.4. Población	67
3.4.1. Muestra.....	67
3.5. Variables	68
3.6. Fases de Investigación	68
3.7. Validación y Confiabilidad	69
3.8. Análisis e Interpretación de Resultados	69
CAPÍTULO IV.....	71
4. Procesamiento y Análisis de Resultados.....	71
4.1. Análisis e Interpretación de Resultados de las Encuestas.....	71
4.2. Aplicación de Procesos de Enfermería a Pacientes Apendicectomizados.....	87
Conclusiones	89
Recomendaciones	90
CAPÍTULO V.....	91
5. PROPUESTA	91
5.1. Título.....	91

5.2.	Introducción	91
5.3.	Objetivos	92
5.3.1.	General	92
5.3.2.	Específicos	92
5.4.	Justificación	93
5.5.	Descripción	94
5.6.	Personal a quien va Dirigido	95
5.7.	Aspectos Ordinales de la Guía.....	95
5.7.1.	Etapa Posoperatoria	96
5.7.2.	Patrón Cognitivo- Perceptual	99
5.7.3.	Patrón Eliminación.....	102
5.7.4.	Patrón Nutricional Metabólico.....	107
5.8.	Educación para el Paciente y la Familia	119
5.9.	Glosario de Términos.....	121
5.10.	Resumen del Proceso por el cual se logró Producir el Protocolo de Atención.....	123
5.11.	Procesos de Implantación del Protocolo de Atención de Enfermería	123
5.12.	Procesos de Monitoreo y Evaluación.....	124
	Bibliografía.....	138
	Anexos.....	141

Índice de Cuadros

Cuadro 1 Proceso de Enfermería a Pacientes Apendicectomizado.....	57
Cuadro 2 Conocimiento Teórico del Proceso de Enfermería.....	72
Cuadro 3 Reconocimiento de las fases del proceso de Enfermería	73
Cuadro 4 Atención de Enfermería Basado en Proceso de Enfermería....	75
Cuadro 5 Aplicación de Pasos del Proceso de Enfermería	76
Cuadro 6 Importancia de Protocolo de Atención de Enfermería.....	78
Cuadro 7 Capacitación al Personal.....	79
Cuadro 8 Pacientes que fueron Intervenido Quirúrgicamente de Apendicectomía	80
Cuadro 9 Estado Civil de los Pacientes	81
Cuadro 10 Pacientes que Fueron Intervenido Quirúrgicamente	82
Cuadro 11 Etnia De Los Pacientes	83
Cuadro 12 Ocupación de los Pacientes.....	84
Cuadro 13 Edad de los Pacientes.....	85
Cuadro 14 Nivel de Instrucción de los Pacientes.....	86

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Conocimiento teórico del Proceso de Enfermería	72
Gráfico 2 Reconoce las Fases del Proceso de Enfermería	74
Gráfico 3 Atención de Enfermería basado en Proceso de Enfermería	75
Gráfico 4 Aplicación de Pasos del Proceso de Enfermería.....	77
Gráfico 5 Importancia de Protocolo de Atención de Enfermería	78
Gráfico 6 Capacitación al Personal.....	79
Gráfico 7 Pacientes que Fueron Intervenidos Quirúrgicamente de Apendicectomía	80
Gráfico 8 Estado Civil de los Pacientes	81
Gráfico 9 Pacientes que Fueron Intervenidos Quirúrgicamente	82
Gráfico 10 Etnia de los Pacientes.....	83
Gráfico 11 Ocupación de los Pacientes	84
Gráfico 12 Edad de los Pacientes.....	85
Gráfico 13 Nivel de Instrucción de los Pacientes.....	86

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Apéndice.....	26
Ilustración 2 Apendicectomía.....	26

Índice de Anexos

Anexos 1 Operacionalización de Variables.....	142
Anexos 2 Consentimiento Informado por Enfermeras	146
Anexos 3 Encuestas	147
Anexos 4 Instrumento de Recolección de Información del Paciente Apendicectomizado.....	149
Anexos 5 Ilustración del Hospital San Luis de Otavalo.....	150
Anexos 6 Ilustración del Servicio de Cirugía del Hospital San Luis de Otavalo	151
Anexos 7 Ilustración de la Atención de Enfermería a Paciente Apendicectomizado.....	151

“Intervención de Enfermería en Pacientes de Apendicetomía que son Atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital “San Luis de Otavalo” Periodo 2011”

Autora: Mercedes Guadalupe Terán Morales

Tutora: Mgs. Yudy Basante

Año: 2012

Resumen Ejecutivo

Esta investigación se desarrolló en cinco capítulos: el primer capítulo se refiere al problema de la investigación, antecedentes generales de la atención a los pacientes apendicectomizados en el Hospital San Luis de Otavalo, seguido tenemos el planteamiento del problema a nivel del mundo, de América y nuestro país , dentro de este hace referencia a la atención de enfermería, valoración del paciente, y su respectivo tratamiento; consta la formulación del problema, delimitación de la investigación, formulación de las preguntas de investigación, seguido el planteamiento de objetivos generales y específicos importantes para esta investigación, y la justificación de este trabajo. Dentro del capítulo segundo el Marco teórico en lo referente en sí; a la apendicitis, epidemiología, etiología, patogenia, diagnostico, presentación clínica de la apendicitis; factores de riesgo y las diferentes complicaciones que se dan en estos pacientes, y la atención de Enfermería además se desarrolla el proceso de enfermería con sus diferentes etapas. El tercer capítulo va enfocado a la metodología de la investigación donde consta el tipo de la investigación, las técnicas de la investigación, la población de estudio, fases de la investigación, validación e interpretación de resultados. Mediante la aplicación de encuestas, desarrollo y análisis de estas se procede en el cuarto capítulo a la tabulación y análisis de resultados realizados a enfermeras que laboran en el Hospital San Luis de Otavalo. Dentro de este capítulo podemos mencionar la necesidad de crear una guía de atención de enfermería a pacientes apendicectomizados misma que consta como alternativa de solución para mejor la calidad de atención a los pacientes apendicectomizados en el servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo.

“Intervention of Infirmery in Patient of Apendicectomía that Are Assisted in the Service of Surgery of the Hospital “San Luis De Otavalo” Period 2011”.

Author: Mercedes Guadalupe Terán Morales

Tuthor: Mgr. Yudy Basante

Year: 2012

Summary

This investigation was developed in five chapters: the first chapter refers to the problem of the investigation, general antecedents of the attention to the patient apendicectomizados in the Hospital San Luis of Otavalo, followed we have the position from the problem to level of the world, of America and our country, inside this he/she makes reference to the infirmery attention, the patient's valuation, and its respective treatment; it consists the Formulation of the problem, delimitation of the investigation, formulation of the investigation question, followed the position of important general and specific objectives for this investigation, and the justification of this work. Inside the chapter second the theoretical Marco in the relating thing in yes; to the appendicitis, epidemiology, etiología, patogenia, I diagnose, clinical presentation of the appendicitis; factors of risk and the different complications that are given in these patients, and the attention of Infirmery the infirmery process is also developed with its different stages. The third chapter goes focused to the methodology of the investigation where it consists the type of the investigation, the techniques of the investigation, the study population, phases of the investigation, validation and interpretation of results. By means of the application of surveys, development and analysis of these you proceeds in the fourth chapter to the tabulation and analysis of results carried out nurses that work in the Hospital San Luis of Otavalo. Inside this chapter we can mention the necessity to create a guide of infirmery attention to patient same apendicectomizados that consists as solution alternative it stops the quality of attention better to the patient apendicectomizados in the service of surgery of the Hospital San Luis of Otavalo.

Introducción

La realidad sanitaria nacional se ve afectada en los diferentes servicios de salud ya que, no se ha llegado a alcanzar la meta propuesta por ALMAATA, que decía “Salud para todos en el año 2000”. Los ecuatorianos están marginados de cualquier forma de atención en salud teniendo coberturas bajas en ciertos grupos de riesgo, esto se evidencia en el bajo nivel de vida, y desarrollo humano de la población.

Desde el punto de vista social, debemos señalar que existe un aumento de la pobreza, unido a una concentración de la riqueza cada vez mayor, y a crecientes indicadores de desocupación y aumento del empleo informal. Todo esto plantea innegables retos a las políticas públicas y especialmente a aquellos que buscan ampliar la protección social en salud.

Siendo la Apendicitis Aguda la causa más frecuente en las salas de urgencias de las diferentes casas de salud, nos hemos visto en la necesidad de realizar un proceso investigativo para la creación de un Protocolo de atención de Enfermería dedicado a pacientes apendicectomizados en el servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo, de la Provincia de Imbabura.

El Proceso de enfermería es un sistema de planificación para la ejecución de los cuidados de enfermería compuesto de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación de Actividades, Ejecución y Evaluación, los mismos que aplicados en forma metodológica nos ayudan a recopilar datos muy importantes sobre el paciente atendido con esta patología; logrando así el objetivo principal del proceso de enfermería que es cubrir individualmente las necesidades del paciente familia y comunidad.

Un proceso de enfermería bien utilizado en todas sus fases logra un mejoramiento tanto para el paciente en su atención como el mejor desempeño profesional de enfermería mejorando así el sistema de salud del país.

Dispuestos a obtener buenos resultados con los protocolos a crear se ha tratado en lo posible de poner en práctica todas las técnicas investigativas y científicas logrando así los objetivos y satisfacer las necesidades de la Institución y de la disciplina.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Antecedentes

Como es de conocimiento público la atención de salud se ha visto afectada en muchos aspectos por la falta económica de los usuarios que acuden a las diferentes casas de salud del país, y la falta de apoyo económico de gobiernos anteriores.

Conociendo esto, el Gobierno actual ha brindado cirugías gratuitas en donde consta las Apendicectomías tanto abiertas como laparoscópicas a las personas que acuden a los servicios de salud, recibiendo una atención integral tomando en cuenta su etnia, educación, edad y sexo.

Los pacientes que acuden al Hospital “San Luis de Otavalo” por lo general llegan en estado crítico de salud de tal manera que la actuación del equipo de salud es inmediata, como se evidencia en los pacientes diagnosticados con apendicitis aguda y que requieren de cirugía urgente.

Todo paciente que llega al servicio de emergencia del Hospital San Luis de Otavalo inmediatamente es recibido por el personal de Enfermería quienes son las responsables de la identificación del paciente, toma de signos vitales y direccionan de acuerdo a su gravedad al médico especialista que corresponda. Esto ha motivado al mejoramiento continuo del trabajo de enfermería en los distintos servicios del Hospital.

Actualmente el Hospital “San Luis de Otavalo” está calificado como un hospital cantonal base para dar una atención Primaria de Salud y no para problemas de mayor complejidad, el cual cuenta con un equipo de salud capacitado y personal de enfermería calificado, existen médicos especialistas en cirugía general, enfermeras especialistas en su área que apoyan al manejo integral del paciente de acuerdo a su gravedad.

Además el “Hospital San Luis de Otavalo” dispone de área física necesaria y organizada en cuanto a quirófanos y equipos de alta tecnología como es el laparoscopio, artroscopio, equipos utilizados en cirugías programadas y de emergencia, brinda atención permanente en la diferentes servicios de la Institución como es: Emergencia, Consulta Externa, Medicina Interna, Pediatría, Gineco - Obstetricia, Cirugía y Centro Quirúrgico proporcionando una atención optima con profesionales Médicos y de Enfermería.

El servicio de Cirugía tiene capacidad de 25 camas para la atención al usuario tanto pre quirúrgico como quirúrgico y de tratamiento, cuenta con la colaboración de 6 Licenciadas en Enfermería las cuales realizan jornadas diurnas de 6 horas y veladas de 12 horas realizando así un trabajo permanente y rotativo dando una atención especializada al paciente.

1.2. Planteamiento del Problema

La tasa de apendicectomía a nivel mundial ocurre en 10 de cada 10.000 pacientes cada año y las tasas de mortalidad son menores de 1 x 100.000 pacientes desde el año 1970; a nivel de nuestro país la incidencia es del 12% en varones y el 25% en mujeres su incidencia es mayor entre los 10 y 30 años de edad, rara en lactantes y pico máximo en la adolescencia.

El riesgo de desarrollar apendicectomías en algún momento de la vida es el 10%. La mortalidad en casos tempranos es el 0.3% la cual se triplica en casos complicados con perforación de 1 a 3%. (Prescott, 1999.).

Con un buen manejo quirúrgico en la técnica de una apendicetomía y manejo postquirúrgico de enfermería en relación a drenajes, mantenimiento balances hídricos del paciente nos permitirá menos días de hospitalización, menos sintomatología secundaria al procedimiento quirúrgico para el paciente y la menor posibilidad de infección nosocomial de la incisión.

Conocedores de la epidemiología de esta patología es importante desarrollar protocolos de enfermería para garantizar un cuidado integral y basado en requerimientos de calidad para actuar oportunamente en la evolución y recuperación de los pacientes apendicectomizados.

El diagnóstico y manejo de un paciente con dolor abdominal agudo es uno de los retos más grandes para el equipo de salud.

La atención de enfermería es una herramienta primordial para detectar oportunamente, aplicando las indicaciones médicas al paciente apoyando de esta manera a obtener un adecuado diagnóstico y tratamiento definitivo que beneficiará al paciente, y brindar apoyo emocional para así disminuir la angustia en el paciente y la familia.

En el hospital San Luis de Otavalo se logró implementar una base de datos sobre apendicectomías que brindará ayuda científica e informativa, para la elaboración de un protocolo dando una visión más clara sobre procedimientos a realizar luego de una apendicectomía y las condiciones socio económicas del paciente.

1.3. Formulación del Problema

¿Cómo es la atención de Enfermería a los pacientes con Apendicectomía que son atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital “San Luis de Otavalo”?

1.4. Delimitación de la Investigación

La presente investigación se realizó en el Hospital San Luis de Otavalo en el Servicio de Cirugía a pacientes apendicectomizados, servicio conformado por 6 Licenciadas de Enfermería, 6 Señoras Auxiliares de Enfermería; Internas de Enfermería; 3 Médicos Tratantes 2 Cirujanos y 1 Traumatólogo.

Para esta investigación se tomó en cuenta a todos los pacientes operados de apendicitis en el mes de julio del 2011, y al personal de enfermería que labora en el servicio de cirugía.

Dentro de las limitaciones que existieron en el proceso de las encuestas fue el horario de trabajo del personal que labora en estadística y parte de las licenciadas de enfermería ya que se encontraban con sus respectivas vacaciones.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar el proceso de Enfermería en pacientes con apendicetomía que son atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital “San Luis de Otavalo”.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar características socio demográficas del paciente post apendicectomizado que ingresan al área de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo.
- Identificar los cuidados de enfermería en la atención del paciente apendicectomizado en el Servicio de Cirugía del Hospital San Luis de Otavalo.
- Aplicar y desarrollar fases del proceso de enfermería en pacientes post operatorios de Apendicitis Aguda a los pacientes que ingresan al Servicio de Cirugía del Hospital San Luis de Otavalo en el mes de julio del 2011.
- Diseñar un protocolo de atención de Enfermería para brindar una atención de calidad y calidez al paciente apendicectomizado, en el servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo.

- Validar la propuesta de Protocolo de Atención de enfermería a pacientes post apendicectomizado que ingresan al servicio de cirugía del Hospital “San Luis de Otavalo”.

1.6. Preguntas de Investigación

- ¿Cuál es la atención de Enfermería a pacientes post apendicectomizados que son atendidos en el servicio de Cirugía del “Hospital San Luis de Otavalo”?
- Cuáles son las características socio demográficas del paciente post apendicectomizado que ingresan al área de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo?
- Cuáles son las fases del proceso de enfermería en pacientes post operatorios de Apendicitis Aguda a los pacientes que ingresan al Servicio de Cirugía del Hospital San Luis de Otavalo en el mes de julio del 2011?
- Existe algún protocolo de atención de Enfermería para brindar una atención de calidad y calidez al paciente apendicectomizado, en el servicio de cirugía del Hospital San Luís de Otavalo?

1.7. Justificación

En el servicio de cirugía no existen protocolos de enfermería que ayuden a mejorar la calidad y calidez de atención al paciente y su familia de ahí la importancia de implementar esta guía protocolaria que beneficiará tanto al paciente como al personal que labora en este servicio. Además el compromiso de apoyar a las compañeras para seguir

trabajando y desarrollando protocolos en otra patología que se presenten en el servicio, tomando en cuenta la satisfacción del paciente y su pronta recuperación.

Por ello a través de conocimientos científicos bien analizados en el proceso investigativo, se estableció que durante los seis meses de investigación se realizaron 112 procedimientos quirúrgicos apendicectomizados (Enero-Junio 2010), de los cuales se detectó que hubo 19 casos de complicaciones por infección, por tanto se puede justificar la creación de un protocolo de atención de enfermería aplicable a los pacientes quirúrgicos apendicectomizados en el servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo, y disminuir así la incidencia de los mismos.

Además el proceso investigativo también se lo realiza tomando en cuenta su realidad demográfica étnica y socio económica que permitirá fortalecer la calidad de atención de los usuarios y a la vez el progreso institucional y el desarrollo profesional de enfermería.

Se ha establecido estrategias científicas dirigidas a la población, que acude diariamente al Hospital San Luis de Otavalo en busca de su sanación; gente de bajos recursos, poca educación y por tanto necesita atención personalizada con un lenguaje y métodos acoplados a su cultura y etnia.

Los resultados del estudio permitirán a largo plazo beneficiar las condiciones de la salud de la población, y mejorar el concepto de atención en el Sector Público aumentando así la demanda de pacientes en el hospital, junto con el crecimiento de la población otavaleña y demás provincias aledañas que conlleva a una magnífica atención.

Con este estudio los beneficiarios directos serán los pacientes apendicectomizados que ingresen al servicio de cirugía del Hospital San

Luis de Otavalo, y los indirectos sus familiares, así también el talento humano como es el personal de enfermería puesto que manejarán una guía protocolaria en la atención a estos pacientes brindando una calidad óptima de atención para el mejoramiento y recuperación del pacientes y tendrá un impacto de orden económico reduciendo costos en el tratamiento y estadía del paciente.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. TEORÍA BASE

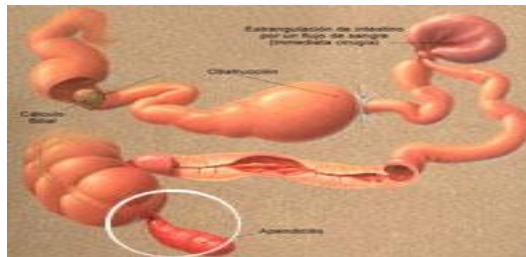
2.1.1. Anatomía del Apéndice

El apéndice cecal morfológicamente representa la parte inferior del ciego. Tiene la forma de un pequeño tubo cilíndrico, flexuoso, implantado en la parte inferior interna del ciego a 2-3 cm por debajo del ángulo ileocecal, exactamente en el punto de confluencia de las tres cintillas del intestino grueso. Sus dimensiones varían desde 2,5 cm hasta 23 cm, su anchura de 6-8 mm, es mayor a nivel de la base del órgano.

2.1.2. Apendicitis

(Vizcarra, s/f), indica que: “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”.

Ilustración 1 Apéndice



Fuente:(cemsureste)

2.1.3. Apéndice Aguda

De acuerdo a (Arias, Aller, Arias, & Aldamendi, 2000)La apendicitis aguda es: “el cuadro abdominal que con más frecuencia precisa una intervención de urgencia por lo que el tratamiento correcto de la misma es uno de los capítulos más importantes de la cirugía abdominal. El tratamiento es la apendicectomía de urgencia...” (p.87).

Ilustración 2 Apendicectomía



Fuente:(Hospital San Luis de Otavalo, 2011)

2.2. Epidemiología

La estimación es de:

- 0,12 casos cada 1000 varones
- 0,25 casos cada 1000 mujeres
- Entre los 10 y 30 años de edad
- Su alimentación pobre en celulosa

2.3. Etiología

Se produce por la obstrucción luminal:

Factores luminales: *fecalitos*, cuerpos extraños, parásitos y bario espeso

Factores parietales: folículos linfoides hiperplásicos y tumores de apéndice.

Factores extrínsecos: metástasis y tumores

2.4. Patogenia

La inflamación del apéndice produce con el tiempo, una obstrucción de la luz del órgano. Esa obstrucción conlleva a una acumulación de las secreciones de la mucosa con aumento consecuente de la presión intraluminal. De proceder el cuadro inflamatorio y obstructivo, se comprimen las arterias y venas causando isquemia e invasión bacteriana a la pared del apéndice con necrosis, gangrena y ruptura si no se trata de inmediato.

2.5. Diagnóstico

El Diagnóstico médico es básicamente clínico en el 70 – 80% de los casos y en los restantes casos se da por el examen clínico y los exámenes complementarios de:

- ◆ Laboratorio: Aumento de GB con desviación a la izquierda
- ◆ Radiología convencional: Gas o fecalito en el apéndice
- ◆ Ecografía abdominal: Demostrar el apéndice, presencia de fecalito, existencia de líquido libre

2.6. Presentación Clínica

La inflamación del apéndice se caracteriza por dolor en la parte inferior del lado derecho del abdomen. El paciente presenta pérdida de apetito, náuseas o vómitos, con fiebre moderada, y un tránsito intestinal enlentecido. Cuando se palpa la zona dolorosa del abdomen, la pared abdominal se contrae de forma espontánea. Aumenta la inflamación en el contorno del apéndice, empeora al estornudar toser o respirar profundamente. En algunos casos, la causa de los trastornos es difícil de determinar, debido a la posición inhabitual del apéndice, debajo del hígado o detrás del colon. Si el apéndice se revienta, los síntomas incluyen:

Dolor que se hace más fuerte y se extiende a través del abdomen acompañado de fiebre.

2.7. Complicaciones

Dentro de las complicaciones que se dan en la inflamación de la apendicitis es la perforación, infección, absceso, y que llegan a formar una peritonitis.

2.8. Tratamiento de la Apendicitis

2.8.1. La Apendicectomía

Para el sitio web(medico.com, 2011), la apendicectomía es:“la extracción del apéndice vermicular que se encuentra en el ciego (región del intestino) y que esta inflamado o infectado”.

La apendicectomía se lleva a cabo para prevenir que el apéndice inflamado se perfora y provoque una peritonitis, inflamación de la membrana que recubre el abdomen o un absceso abdominal.

2.8.2. Riesgos Post Quirúrgicos

Los riesgos de cualquier intervención bajo anestesia general:

- Reacciones a la medicación.
- Problemas respiratorios.
- Hemorragias.
- Infecciones.

Los riesgos adicionales para la apendicectomía son los derivados de un Absceso o de una perforación. En cualquiera de estos casos:

- La estancia hospitalaria se prolongará.
- Deberá seguir un tratamiento antibiótico, habitualmente durante 10 ó 15 días.

2.8.3. Factores de Riesgo

Su estado general y la función de los órganos que participan activamente en la reacción postquirúrgica son aquí esenciales:

Edad: Todos los estudios confirman que la mortalidad es alta en edades extremas y que se incrementa de forma progresiva con la edad.

En el recién nacido y en el prematuro, los riesgos dependen de la inmadurez metabólica tisular y de las deficiencias en la regulación del calor corporal y de la glucemia. En el anciano, el riesgo se relaciona con los factores degenerativos propios del proceso de envejecimiento que afectan al sistema nervioso central, al aparato cardiaco, al aparato digestivo, y al respiratorio así como a la función renal.

Obesidad: Existe también un alto riesgo quirúrgico. Por un lado, porque la abundancia de panículo graso produce una marcada liposolubilización de los agentes anestésicos, aumentando el riesgo anestésico, y crea dificultades técnicas. Por otro lado, porque son sujetos con frecuentes enfermedades asociadas de tipo cardiovascular, pulmonar, osteoarticular y metabólico. Son aquí frecuentes las complicaciones postoperatorias de tipo trombótico y respiratorio. La infiltración grasa de los tejidos justifica, también, la mayor tasa de infecciones de la herida quirúrgica.

Desnutrición: Es elevada la incidencia de complicaciones infecciosas, pulmonares y locales, como consecuencia de la hipoproteïnemia, déficit

de albúmina y de la atrofia muscular, de la falta de depósitos de energía y de la frecuente coexistencia de déficits inmunológicos.

Situación inmunológica es un factor de gran importancia pronóstica. Hay una clara relación entre el grado de depresión inmunológica y la morbilidad postoperatoria, especialmente de tipo infeccioso. Una alta proporción de los enfermos intervenidos tiene algún grado de alteración inmunológica, generalmente relacionado con la desnutrición, medicación, cáncer o sepsis. La agresión quirúrgica produce un descenso de la respuesta inmunitaria.

Enfermo Diabético: La agresión quirúrgica, altera la evolución de la diabetes, al originar elevaciones significativas de la glucemia por mecanismo hormonal y nervioso, que tienen que ser vigiladas y tratadas a tiempo.

Patología Cardiovascular: El enfermo cardíaco que se somete a cirugía, tiene un elevado riesgo operatorio que se relaciona con la acción depresora de la anestesia sobre el tejido miocardio y nervioso, sobre las resistencias periféricas y sobre el ritmo cardíaco, especialmente en pacientes con medicación vascular asociada. La presencia de infarto reciente, especialmente en los seis meses previos a la cirugía, de arritmias, de insuficiencia cardíaca congestiva, de estenosis aórtica grave y de hipertensión arterial descontrolada, agrava significativamente los riesgos. También señalar que la pérdida de volumen tanto de sangre como de líquidos (hipovolemia) puede desencadenar una insuficiencia cardíaca.

Patología Respiratoria: Los pacientes portadores de una patología respiratoria obstructiva crónica tienen una elevada tasa de complicaciones, habitualmente respiratorias y un significativo aumento de los índices de mortalidad a causa de la acción represora de la anestesia y

de los cambios del funcionalismo respiratorio provocados por la cirugía, por la incisión, por el dolor y por los vendajes.

Patología Renal: En enfermos con patología renal, la agresión quirúrgica puede alterar la función renal al producirse trastornos hidro-electrolíticos y del equilibrio ácido-base.

Patología Hepática: La hepatopatía crónica, y en mayor grado, la aguda son factores asociados con un alto riesgo operatorio, ya que acentúan el riesgo anestésico y se asocian a desnutrición, hipo-albúminemia y a trastornos de la coagulación. Por otro lado, el acto quirúrgico puede acentuar la disfunción hepática al reducir el flujo glandular y al originar lesión hepatocelular. La incidencia postoperatoria de hemorragia digestiva y de encefalopatía, de infecciones y de alteraciones en la cicatrización es elevada.

Otros: La ingesta habitual de alcohol supone la presencia de una hepatopatía y de una posible respuesta anómala a la medicación y a la anestesia. La ingesta de drogas se acompaña de efectos similares a los que se unen los trastornos inmunológicos derivados del SIDA. El tabaco se asocia frecuentemente a problemas cardiovasculares y respiratorios y a cuadros de tos expectoración post-operatorias.

2.8.4. Complicaciones

Dentro de las complicaciones que se desarrollan en los pacientes post operados de apendicectomía se determinan según el tipo de apendicitis sin perforación es un 5% de casos complicados. En las apendicitis con perforación las complicaciones se presentan en el 30% de casos.

Las complicaciones de la apendicectomía son las siguientes:

A. Infección de la Herida Quirúrgica

Las infecciones de la herida son causadas por abscesos locales en la herida operatoria por gérmenes fecales principalmente Bacteroides frágiles, a los que siguen en frecuencia aerobios Gran (-); Klebsiela, Enterobacter, E. coli. Los signos de infección; dolor, calor, fiebre. Los signos iniciales son dolor excesivo y además molestias alrededor de la herida.

Si se presentan estos signos deben abrirse de inmediato piel y tejidos subcutáneos. No debe esperarse salida de pus, pues sólo conforme se licúa la grasa necrosada aparece pus.

B. Abscesos Intraabdominales

Suelen deberse a contaminación de la cavidad con microorganismos que escapan del apéndice gangrenoso o perforado, también pero con menor frecuencia es debido a derrame tras operatorio. Se manifiesta con fiebre, malestar y anorexia.

C. Fístula cecal

Puede deberse a:

- Retención de cuerpo extraño como grasa.
- Puntos muy apretados.
- Ligadura deficiente del muñón apendicular que se deslizó sin haberse invertido.
- Obstrucción del Colon por Neoplasia no descubierta.
- Retención de una porción apendicular.

- Enteritis Regional.

La mayor parte de Fístulas se cierran espontáneamente, todo lo que se requiere es que el trayecto se conserve abierto, hasta que se suspenda el drenaje.

D. Pili Flebitis o Piema Portal

Es una enfermedad grave caracterizada por ictericia, escalofrío y fiebre elevada. Se debe a septicemia del sistema venoso portal con desarrollo de abscesos hepáticos múltiples.

La Pili flebitis acompaña a la apendicitis gangrenosa o perforada y puede aparecer en el pre o postoperatorio. El germen más frecuente es el E. Coli.

E.Íleo Paralítico

En las primeras 24 horas se espera la presencia de un íleo reflejo debido al espasmo producido por la manipulación y cuya resolución es en el postoperatorio inmediato. Sin embargo puede persistir como resultado de una peritonitis generalizada o una apendicitis complicada; su resolución es lenta y el tratamiento de orden médico: Hidratación con reposición de electrolitos, sonda naso-gástrico y antibióticos específicos.

Se debe realizar una observación cuidadosa del paciente para detectar una obstrucción mecánica como resultado de adherencias postoperatorias tempranas que sí requerirían tratamiento quirúrgico de emergencia.

F. Dehiscencia del muñón apendicular

Se puede presentar desde el 2do o 3er día, y puede ser debido a ligadura inadecuada del muñón, o por la administración indebida de un enema evacuante que distiende el intestino y hace que se rompa en el punto más débil, por ello nunca se debe indicar enemas luego de cirugía abdominal. El tratamiento inmediato es laparotomía exploradora.

G. Hemorragia

Dolor abdominal súbito y shock hipovolémico en cualquier momento de las primeras 72 horas de la apendicectomía puede significar filtración a partir del muñón o el deslizamiento de una ligadura arterial; con frecuencia la hemorragia es gradual y se origina de un vaso del meso apéndice o de una adherencia seccionada, no advertida en la operación. Se explora la incisión removiendo la masa de sangre coagulada de la cavidad pélvica y parietocólica derecha, ubicándose el sitio de la hemorragia. Se deja un buen drenaje.

2.9. Atención de Enfermería a Pacientes Apendicectomizados

Los cuidados preoperatorios de un paciente que va a ser apendicectomizado se rigen a la de cirugía general (abdominal) y la anestesia general.

Como normalmente la apendicitis es un caso de urgencia por la probabilidad de que se produzca la perforación y consecuente peritonitis, es vital la rapidez en la ejecución de atención de enfermería preoperatoria.

Ante la sospecha de apendicitis, el personal debe adoptar de inmediato las siguientes medidas:

Historia Clínica y valoración física, haciendo hincapié en el cuadro de dolor abdominal, aunque no presente las manifestaciones típicas ni la cronología característica. Tener presente la sintomatología que sugiere la perforación del apéndice: dolor abdominal intenso que puede ceder en el momento de la perforación, seguido de dolor abdominal importante con vientre en tabla, fiebre y shock.

Pruebas diagnósticas de urgencia: Hemograma, Pruebas cruzadas, Grupo y Rh, pruebas de coagulación, e informe al Banco de Sangre por si se necesitaría transfundir, Rx de tórax y abdomen. ECG:
Mantener en reposo total.

Controlar con regularidad las constantes vitales: Pulso, Tensión arterial y Temperatura.

Mantener al paciente con dieta absoluta hasta que se confirme el diagnóstico, NPO.

Disponer lo necesario para los exámenes complementarios pertinentes.

Una vez diagnosticado el cuadro, la intervención se llevará a cabo en pocas horas, o bien de urgencia si se produce alguna complicación. En caso de indicarse la intervención:

Contactar con la unidad quirúrgica para disponer el traslado del enfermo al quirófano.

Informar al paciente y familia de la intervención, resolviendo dudas para solventar la situación de ansiedad, y hacer de abogada cuando se firmen los consentimientos de la intervención y de la anestesia.

Se prepara al paciente para la intervención: se le instaura una vía intravenosa para la administración de hidratación, y la pre medicación prescrita por el médico (antibióticos para evitar infección, y antiinflamatorios) y por el anestesista; sonda vesical para evitar retención urinaria, medias de compresión para mejorar el retorno venoso y evitar trombos, retirada de objetos metálicos, esmalte de uñas, gafas, lentillas, audífono, prótesis dentales. Se prepara la zona operatoria con el lavado con agua y jabón de la región abdominal; rasura de la región pubiana si está indicado, colocación del camión quirúrgico.

2.9.1. Consentimiento Informado

Para poder realizar la operación se necesita un consentimiento informado del paciente o de la persona responsable del mismo. El consentimiento implica que se ha proporcionado la información necesaria para entender la intervención, opciones disponibles, complicaciones, y riesgos de la cirugía y del procedimiento anestésico.

La enfermera debe asegurarse de que este documento se firme, y para ello sirve de testigo. Si cree que el paciente no ha sido bien informado, se solicita al cirujano que aclare las dudas al paciente y familia.

2.10. El Proceso de Atención de Enfermería

De acuerdo a Koziar y otros, citado por (Pérez, 2004) "El proceso de enfermería es el método de solución de problemas del cliente. Se

caracteriza por ser entre otros, cíclico, dinámico, universalmente aplicable” (p.3).

El proceso enfermería es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas individuales tomando en cuenta que los seres humanos somos y respondemos de diferente forma ante una alteración real o potencial, cuya finalidad es planear un conjunto de actividades que llevan a la enfermera alcanzar en cuidado con calidad satisfaciendo las necesidades del paciente. Centrado en el logro de objetivos.

Es un método de solución de problemas, proporciona las bases para el pensamiento crítico de enfermería. Es un procedimiento metódico de intervención práctica. (Resultados esperados) de forma eficiente.

El P.A.E. es un todo cíclico, dinámico e inseparable, estructurado en secuencias lógicas, con un objetivo de conservación y progreso de la salud de las personas mediante acciones organizadas, consiguiendo la calidad en los cuidados y calidad de vida

De acuerdo a (González, s/f), (p. 2 - 10), las etapas del proceso de enfermería son las siguientes:

- Valoración
- Diagnóstico
- Planeación
- Ejecución
- Evaluación

2.10.1. Primera Etapa: Valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario. Podría considerarse como la base de la construcción adecuada del proceso de enfermería, consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible

Sus actividades se centran en la recogida de información sobre el paciente, con el objetivo de identificar los problemas de salud reales o potenciales.

Los datos se recogen sistemáticamente en esta fase, mediante la observación, la entrevista y el examen físico.

Las fuentes a través de las cuales obtenemos la información provienen del propio paciente, de su familia, de las enfermeras, de otros profesionales, de la historia clínica y de material de referencia.

a) Tipos de datos

Subjetivos: Se agrupan los datos que transmiten la visión personal del paciente, sus preocupaciones y sentimientos, las ideas sobre sí mismo y su estado de salud y las manifestaciones fisiológicas y psicológicas que percibe.

Objetivos: Son aquellos que se pueden observar y medir. Se recogen a través de los órganos de los sentidos y se denominan signos. (frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, peso, etc.).

Históricos: Consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado, sirven para identificar características de la salud normal del usuario y para determinar experiencias pasadas.

Actuales: Se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento así como ejemplo, tensión arterial, vómito o dolor postoperatorio, estos son importantes en su valoración inicial.

b) Fuentes de Datos:

Primaria: es el usuario y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes.

Secundaria: son todas las demás que no sea el propio cliente, como familiares, seres queridos.

Historia clínica: se obtiene información objetiva y subjetiva.

Métodos de obtención de datos:

- La entrevista.
- La observación.
- El examen físico.

Proporcionan a la enfermera un enfoque lógico y sistemático, necesarios para la formulación diagnóstica, planificación, ejecución y evaluación del cuidado.

La Entrevista: Es un proceso complejo que requiere capacidades de comunicación e interacción por un lado y por otro no olvidar que debe ser una actividad técnica, en la cual la enfermera aplicará sus conocimientos científicos, se centra en la identificación de las respuestas del enfermo, que pueden tratarse mediante la intervención de la enfermera, este proceso, por tanto, permite, a la enfermera y al paciente dar y recibir información.

➤ **Examen físico:** Se utilizan cuatro técnicas específicas:

1. Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

2. Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

3. Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son:

- Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos.
- Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo.
- Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire
- Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

4. Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Examen físico rutinario por sistemas:

Neurológico

- Estado de consciencia: alerta, letárgico, estuporoso, comatoso.
- Pupilas: tamaño reactividad, simetría.
- Orientación- tiempo y espacio.
- Fuerza muscular.
- Respuesta motora al dolor.

Cardio-vascular

- FC, ritmo, pulsos, perfusión periférica.
- Edemas.

Respiratorio

- Frecuencia, ritmo simetría ventilación, cianosis ruidos, tos, disnea.

Sensorial

- Vista- oído, tacto, olfato, gusto.

Examen físico rutinario por sistemas

Digestivo

- Estado de la boca, vómitos, náuseas, ruidos intestinales, distensión, deposiciones.

Genito-urinario

- Aspecto genitales, secreciones, orina, dificultad o dolor a la micción, distensión vesical.

Piel

- Temperatura, color, hidratación, integridad, hematomas. Heridas, punciones IV, drenajes.

Músculo – esquelético

- Dolor, tumefacción o eritema articular, anomalías estructurales, tono y fuerza muscular, evaluación de la marcha.

c) Interpretación y Validación de los Datos

En esta parte de la valoración tratamos de verificar los datos obtenidos mediante la observación, la entrevista y el examen físico realizados al paciente. Intentamos confirmar su veracidad y/o en su caso corroborar desviaciones de la norma.

Los datos objetivos se validan comprobando el instrumental y procedimiento empleado en su recogida y comparando su coherencia con otras fuentes de información u otras opiniones, en caso de incoherencia, repetir el procedimiento. Los datos subjetivos se validan con el paciente o algún miembro de su entorno.

d) Organización y Síntesis de los Datos

Una vez recabados y verificados los datos los agrupamos con el objetivo de identificar las necesidades del paciente y poder elaborar un diagnóstico de enfermería.

Se pueden organizar en distintos marcos operativos restablecidos para clasificar la información, los más utilizados son:

Patrones funcionales de salud de Gordon.

Modelo de las necesidades básicas de Henderson.

✓ Patrones Funcionales de Salud de Gordon

Patrón Percepción - Manejo de la Salud

Describe que la persona percibe de su patrón de enfermedad o de bienestar y de cómo se comportan respecto a la salud. Comprende lo que el individuo siente y de la importancia de esta respecto a sus actividades y sus planes futuros. Comprende también el nivel general de comportamiento de cuidados de salud tales como un permanente cumplimiento de medidas preventivas de salud tanto física como mental, de órdenes prescritas por el médico o la enfermera y de una continuidad del cuidado de la salud.

Patrón Nutricional – Metabólico

Describe las costumbres de individuo respecto al consumo de alimentos y líquidos relacionados con sus necesidades metabólicas y a los nutrientes locales existentes. Comprende el consumo usual de líquidos y alimentos que hace el sujeto, horarios, tipos y cantidad de alimentos consumidos, preferencias uso de suplementos nutricionales como vitaminas. Implica también cualquier tipo de lesión en la piel y de la facilidad para cicatrizar. Se incluye las condiciones de piel, uñas, pelo, membrana, mucosa, prótesis dental etc.

Patrón Eliminación

Describe las formas usuales de la función excretora (intestino, vejiga y piel). Comprende la percepción del individuo de su regularidad de las funciones excretoras, el uso de laxantes para la eliminación intestinal y de cualquier cambio o alteración en la frecuencia, en la forma, calidad y cantidad de la excreción.

Patrón Actividad – Ejercicio

Describe las costumbres o prácticas usuales respecto al ejercicio, actividad, ocio y recreación. Comprende actividades de la vida diaria que exigen gasto de energía tales como higiene, cocinar salir de compras, comer, trabajar y atender al hogar.

Patrón Sueño – Descanso

Gordon Marjory 1982, citado por (Cisneros G, s/f) describe la manera acostumbrada del sujeto respecto a su sueño, descanso y relajación.

Comprende sus costumbre de dormir y de periodos de descanso y relajación en las 24 horas del día.

Patrón Cognitivo – Perceptual

Este patrón comprende lo adecuado de las formas sensoriales tales como: vista, oído, gusto, tacto, olfato y las medidas compensatorias o prótesis que utiliza para estas alteraciones. Está relacionado también con la percepción del dolor y de la manera que lo maneja.

Patrón Auto Percepción - Auto Concepto

Describe las percepciones y el auto concepto de sí mismo, las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo, lo que prescribe de sus propias capacidades, de su autoimagen, de su identidad, el sentido de valor general que tiene y el patrón general de emociones. También implica su forma de movimiento, postura corporal usual, contacto visual, voz y lenguaje.

Patrón de Relaciones de Rol

Comprende los principales roles y responsabilidades de las situaciones corrientes de la vida que el individuo identifica como suyas, incluye la satisfacción o insatisfacción en la familia, trabajo o relaciones sociales.

Patrón Sexualidad – Reproducción

Describe el patrón de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad; el patrón reproductivo. Incluye la percepción que el paciente tiene de su satisfacción o insatisfacción respecto de su sexualidad.

Patrón Adaptación – Tolerancia

Son las formas generales que el sujeto tiene de enfrentar efectivamente los estímulos estresantes y de tolerarlos comprende las reservas o capacidades para resistir desafíos a la integridad personal, las formas de manejar el estrés los sistemas de apoyo familiares o de otra fuente y además las capacidades que reconoce tener para manejar y controlar situaciones.

Patrón Valores- Creencias

Describe el patrón de valores, metas o creencias, lo que el individuo percibe como importante en la vida, los conflictos y valores, creencias o expectativas relacionadas con la salud.

✓ **Valoración Necesidades Básicas de Henderson**

- Alimentarse e hidratarse adecuadamente.
- Eliminar por todas las vías corporales.
- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- Dormir y descansar.
- Escoger ropa adecuada. Vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal en rango normal.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- Respirar normalmente.
- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
- Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
- Ocuparse en algo de forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Diagnóstico es la segunda etapa del proceso de enfermería es una fase donde el enfermero profesional utiliza las habilidades de pensamiento crítico para la interpretación de los datos de la valoración y así llegar a identificar y priorizar las necesidades afectada de su paciente.

2.10.2. Segunda Etapa: Diagnóstico de Enfermería

Múltiples son las autoras y organizaciones internacionales que ha escrito sobre proceso de enfermería, entre ellas tenemos:

Según (Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería, 1990), el diagnóstico de enfermería es: “un juicio crítico sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Estos proporcionan la base para seleccionar las intervenciones de enfermería para conseguir los objetivos de lo que es responsable el profesional de enfermería”.

Sólo los profesionales de enfermería son responsables y estarán capacitados para redactar los diagnósticos de enfermería. Los diagnósticos de enfermería proporcionan un lenguaje útil, coherente que permite documentar la contribución enfermera a los cuidados de salud.

La Taxonomía NANDA, clasifica de forma sistemática los juicios clínicos, enfermeros o diagnósticos según reglas y procedimientos. El desarrollo de esta taxonomía proporciona beneficios científicos y prácticos permitiendo promover la investigación y el desarrollo teórico, determinar la adecuación profesional y desarrollar documentación informatizada de los cuidados del enfermo. (Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería, 1990).

Los diagnósticos de enfermería describen estado de salud (problemas reales). Además ellos describen desviaciones con respecto a la salud, como presencia de factores de riesgos que predisponen a la enfermedad.

Un diagnóstico de enfermería es un juicio científico que solo se emite tras una recogida exhaustiva y sistemática de información. Cuando es posible los diagnósticos se confirman con el paciente, con sus allegados, familia y equipo de salud.

Los diagnósticos se documentan de manera que se facilite la determinación de los resultados esperados u objetivos o expectativas además de facilitar la redacción de las intervenciones de enfermería.

- **Etapas del Diagnóstico**

- ❖ Procesamientos de datos.
- ❖ Formulación de diagnósticos de enfermería
- ❖ Validación de datos
- ❖ Documentación.

Clasificar los datos: Se divide la información en clases concretas, sistemas corporales, patrones de salud funcional, datos históricos, datos actuales, datos positivos, datos negativos, subjetivos, objetivos.

Interpretarlos: Requieren de conocimiento científico y profesional amplio, se comparan con patrones o normas. Se dan indicios que hay que valorar y determinar. Se usa mucho la deducción de los datos que no es más que dar una respuesta a un indicio.

Validarlos: Se intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos, se hace con la interacción directa con el paciente, amigos, familiares, consultas con otros profesionales y con la literatura.

Documentación: Consiste en que el profesional de enfermería una vez que está seguro del diagnóstico y sus componentes, lo escribe en el expediente clínico del paciente. Estos se evalúan periódicamente y se ajustan se reformulan o se eliminan si el paciente ha resuelto el problema.

- **Características**

1. Es el resultado de un problema o del estado de salud de un cliente.

2. Puede referirse a problemas potenciales de salud.
3. Es una conclusión que se basa en un patrón o grupo de signos y síntomas que puedan confirmarse.
4. Es el enunciado de un juicio de enfermería.
5. Se refiere a una condición que la enfermera tiene autoridad legal para tratar.
6. Se limita a aquellas condiciones que pueden ser tratadas Independientemente por Enfermería.
7. Se refiere a condiciones físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.
8. Es un enunciado de dos partes.

- **Directrices para la Redacción de un Diagnóstico de Enfermería**

Exponer el diagnóstico en forma clara y precisa. Las exposiciones de los diagnósticos de enfermería clara y concisa facilitan la comunicación entre los demás miembros del colectivo de trabajo de enfermería, además de permitir concentrarse en los factores concretos que contribuyen a la respuesta humana presentada por el cliente.

En la Planeación realizada la valoración e identificados los diagnósticos. Se procederá a la planificación de los cuidados, que se pretende establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La enfermera es quién debe elaborarlo, interpretarlo, coordinarlo, delegar actividades si es preciso y evaluarlo.

2.10.3. Tercera Etapa: Planeación del Cuidado

Esta tercera etapa responde a la búsqueda de las actividades de enfermería o el tratamiento que tiene como finalidad, prevenir, disminuir, o eliminar el problema detectado en la fase de diagnóstico. Consta de las siguientes fases:

1. Selección de prioridades
2. Establecimiento de objetivos o resultados esperados en el paciente
3. Establecimiento de intervenciones para alcanzarlos
4. Registro del plan

Selección de prioridades: Como resultado de la valoración enfocada según interés de enfermería se llegan a la identificación de un número variado de diagnósticos ya que enfermería potencialmente puede identificar múltiples facetas de la funcionalidad del individuo que se afectan en un momento dado como respuesta humana a una condición anormal.

Determinar prioridades es una habilidad cognitiva que requiere desarrollar un pensamiento crítico en el momento de decidir sobre los siguientes aspectos:

- ¿Qué problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar?
- ¿Qué problemas son responsabilidad enfermera y cuales deben referirse a otro profesional?
- ¿Qué problemas se tratarán usando planes de cuidados estandarizados?

(Maslow, 1991) Clasifica las prioridades en cinco apartados:

a) Prioridad 1 Necesidades Fisiológicas

Problemas que representan una amenaza para la respiración, circulación, nutrición, hidratación, eliminación, regulación térmica, etc.

b) Prioridad 2 Seguridad y Protección

Amenaza a la protección y seguridad, como pueden ser los problemas ambientales

c) Prioridad 3 Amor y Pertenencia

Todos aquellos problemas que suponen un atentado contra el sentirse amado, la pertenencia a un grupo, etc.

d) Prioridad 4 Autoestima

Se valora como problema todas aquellas situaciones que impiden llevar a cabo actividades habituales.

e) Prioridad 5 Autorrealización

Problemas que representa una amenaza para la habilidad de lograr los objetivos personales.

Establecimiento de Objetivos o resultados esperados en el paciente:

Las respuestas reales o potenciales del usuario son considerados problemas y se enuncian utilizando las categorías diagnósticas de enfermería.

Los resultados esperados son situaciones que implican cambios totales, parciales o si no hay cambios, por lo menos se espera que no haya empeoramiento de la respuesta humana disfuncional. Los resultados

deben dirigirse a la primera parte del diagnóstico. Estos resultados ayudan a definir conductas a fin de demostrar que se ha corregido, disminuyendo o previniendo el problema.

➤ **Características de Ordenes de Enfermería**

Las ordenes de enfermería son las acciones intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente a lograr los resultados esperados. Deben reunir las siguientes características:

1. Ser coherentes con el plan de cuidado general.
2. Basarse en principios científicos.
3. Ser individualizados para cada situación en concreto.
4. Propiciar todas las oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje.
5. Tener en cuenta la utilización de recursos apropiados.

Las órdenes de enfermería se refieren principalmente a acciones que deben ser cumplidas por el personal de enfermería para actuaciones propuestas con base de diagnósticos de enfermería.

➤ **Los Registros del Plan de Cuidados**

El Plan de cuidado de enfermería es el punto culminante de varios pasos que los preceden y se espera que el profesional de enfermería produzca como su decisión el plan de acción a seguir a fin de lograr resultados frente a ciertas situaciones problemáticas.

Es evidente que si no hay planeamiento o si este no se registra, se interrumpe todo el proceso y se carece de un sistema para evaluar los cuidados que se presente. Para hacerlo se requiere demostrar la

capacidad para valorar y diagnosticar. Cuando decimos que planeamos pero no aparece escrito el plan, no hay evidencia y no se puede cumplir con las finalidades que se persiguen.

2.10.4. Cuarta etapa: Ejecución del Plan

Es la cuarta etapa del proceso de enfermería, una vez la enfermera elabora el plan de atención, procede a su ejecución es, en esta etapa donde entra en contacto con el paciente, no solamente para la ejecución sino además para la evaluación y ajuste necesario en caso de cambios en las prioridades del paciente. De acuerdo al plan y las condiciones del usuario, la ejecución de este puede estar a cargo del usuario y la familia; del usuario y el profesional de Enfermería; el profesional de Enfermería; el profesional de enfermería y otros miembros del equipo para actuar bajo la dirección del profesional de Enfermería.

Las actividades de Enfermería están diseñadas para responder al problema del paciente: si el problema es Dolor, las actividades irán enfocadas al manejo farmacológico y no farmacológico del dolor. Cada una de las actividades tendrá una justificación científica que valide las acciones y minimice el riesgo de eventos adversos para asegurar una atención segura y confiable, que incidan directamente en los beneficios del paciente y la Institución.

2.10.5. Quinta Etapa: Evaluación

Según Griffith y Christensen (1982) La evaluación se obtiene tras la comparación del estado actual con los resultados esperados. Evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona comparándolo con uno o varios criterios. Los criterios más importantes

que valora la enfermera, en este sentido son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes: Recogida de datos sobre el estado de salud, problema, diagnóstico que queremos evaluar. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecuencia de los resultados esperados.

Las evaluaciones de la fase de evaluación de los cuidados de enfermería, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones a las que queremos llegar:

1. El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
2. El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
3. El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

La evaluación es una fase dinámica que debe estar inmersa sobre las etapas del plan, la intervención de enfermería y sobre el producto final. Una característica al tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

Cuadro 1 Proceso de Enfermería a Pacientes Apendicectomizado

Datos	Diagnóstico	Meta	Actividades	Evaluación
<p>Paciente decaído, quejumbroso, piel pálida T/A 90/60</p>	<p>Dolor agudo r/c distensión de los tejidos intestinales por inflamación u obstrucción m/p mascara facial del dolor, contractura abdominal</p>	<p>Disminuir el dolor en el paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Valorar el dolor, localizado, características. -Identificar factores que agravan o alivian el dolor. -Observar las señales no verbales del dolor -Mantener en reposo -Posición semifowler -Observar presencia de distensión abdominal. -Aumento de temperatura -Proporcionar medidas de confort. -Proporcionar un cuidado 	<p>Pacientes mejorando Disminuye el dolor Abdominal.</p>

<p>Paciente con SNG elimina líquido bilioso en moderada cantidad, NPO.</p>	<p>Riesgo de alteración nutricional r/c nausea, vómito, disfunción intestinal m/p adelgazamiento, palidez.</p>	<p>Mantener un estado nutricional adecuado</p>	<p>bucal frecuente. -Mantener un entorno libre de olor a comida. -Proporcionar medidas de control del dolor. -Control de peso diario -Mantener en NPO. -Auscultar RHA, comprobando su ausencia hiperactividad. -Reanudar la dieta progresivamente incorporando alimentos como se indique. -Comprobar y registrar la tolerancia oral. -Administrar medicación indicada. -Valorar la distensión</p>	<p>Peso adecuado del Paciente Valores normales de Exámenes Buena tolerancia oral.</p>
--	--	--	--	---

<p>Paciente con mucosas orales secas, no orina, T/A 90/60, FC 80xmin.R24 x min. Con vómitos por varias</p>	<p>Riesgo del déficit del volumen hídrico r/c pérdidas excesivas a través de la succión gástrica,</p>	<p>Mantener el equilibrio hidroelectrolítico adecuado.</p>	<p>abdominal, eructos frecuentes, contractura abdominal, rechazo al movimiento. -Realizar valoraciones de proteínas, albúminas, etc. -Proporcionar frecuentes cuidados orales. -Observar polidipsia, poliuria, cambios en el estado cognoscitivo y actividad visual.</p> <p>Mantener un registro preciso del balance hídrico. Valorar la piel, mucosas, pulsos periféricos y llenado capilar. -Control de signos vitales: T/A, FR, FC, Temperatura. -Control de nausea o vómitos.</p>	<p>Paciente Hidratado, Mucosas húmedas.</p> <p>Signos vitales estables Realiza diuresis normal.</p>
--	---	--	--	--

<p>ocasiones.</p>	<p>vomito, m/p palidez, mucosas orales secas.</p>		<ul style="list-style-type: none"> -Eliminar estímulos desagradables (olores). -Administra líquidos IV y electrolitos. -Administración de medicación según indicaciones médicas. -Comprobar los factores de riesgo individuales. 	
<p>Herida quirúrgica cubierta de apósito poca manchado de líquido amarillento refiere leve dolor de la misma, temperatura</p>	<p>Riesgo de infección r/c incisión quirúrgica m/p fiebre, dolor de la herida.</p>	<p>Evitar infección de la herida quirúrgica</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Enseñar al correcto lavado de manos antes y después del manejo del paciente - Mantener cuidado séptico de la herida. -Valorar signos vitales (Hipotensión, taquicardia, fiebre, taquipnea.) -Control de diuresis. -Mantener una técnica 	<p>La Herida quirúrgica del paciente está en buen proceso de cicatrización No existen signos de infección</p>

37.5 grados centígrados			<p>aséptica estricta en el cuidado de los drenes abdominales, vendajes y lugares de incisión.</p> <p>-Curación diaria de la herida utilizando medidas de asepsia y antisepsia.</p> <p>-Administrar medicación prescrita, antibióticos.</p>	
<p>Paciente y familiares demuestran desconocimiento de enfermedad y su tratamiento</p>	<p>Ansiedad/temor r/c cambio del estado de salud m/p aumento de la tensión preocupación</p>	<p>Disminuir la ansiedad del paciente y familiares.</p>	<p>Evaluar el grado de ansiedad.</p> <p>-Animar al paciente a expresar libremente sus emociones.</p> <p>-Ofrecer información continua sobre el proceso de la enfermedad y en tratamiento.</p> <p>-Corregir los conceptos erróneos sobre el proceso patológico y los posibles</p>	<p>El paciente se mostrará relajado.</p> <p>Reducirá la ansiedad.</p> <p>Expresará sentimientos y maneras saludables de afrontarlos</p>

			<p>tratamientos, ofrecer información precisa y fundamental.</p> <ul style="list-style-type: none">-Programar periodos suficientes de reposo y sueño ininterrumpidos.-Ofrecer medidas de confort (presencia familiar, ambiente tranquilo, masajes.)	
--	--	--	---	--

Glosario de Términos

Apendicectomía: Son todos los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica de apendicitis.

Apendicitis: Es la inflamación aguda del apéndice vermiforme aunque la enfermedad puede presentarse en cualquier edad, la incidencia es mayor entre los cinco y treinta años. (Oto, 2003).

Calidad de Atención.- Actitud positiva del cliente hacia la empresa, que demuestra que el producto o servicio brindado ha cubierto sus necesidades y expectativas. (Jimenez, 2002)

Complicaciones.- Fenómeno que sobre viene en el curso de una enfermedad sin ser propio de ella agravándola generalmente.

Cuidados de Enfermería: Son todas las actividades aplicadas para el bienestar y tratamiento del paciente.

Dolor Abdominal: Es el dolor que se siente en el área entre el pecho y la ingle, a menudo denominada región estomacal o vientre. (University of Maryland Medical Center, 2011)

Dolor Referido: Es aquel que se percibe en una parte del cuerpo que está bastante alejada del sitio donde se genera el dolor debido a la existencia de un estímulo lesivo. (Azzato & Waisman, 2008)

Evisceración.- Salida del contenido abdominal al exterior a través de la herida.

Hematoma.- Hemorragia y formación de un coagulo en la herida.

Herida Quirúrgica.-Des continuidad de la piel o mucosas y tejidos subyacentes provocados por el cirujano para realizar algún procedimiento quirúrgico.

Infección de la herida operatoria: Es una de las complicaciones post operatorias más frecuentes y preocupantes. La introducción de antibióticos cada vez más potentes hizo pensar que ofrecería una solución definitiva a este problema. (Paz, s/f).

Proceso de Enfermería.- Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. (www.terra.es).

Protocolo de Enfermería: Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.(Hospital Univesitario "Reina Sofía" - Dirección de Enfermería, 2001)

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

3.1.1. Descriptivo Cuantitativo

El tipo de la investigación por sus características es tipo cuantitativo descriptivo. Al considerar los planteamientos anteriores presentados se aprecia el carácter descriptivo de la investigación debido a que se mide variables como son: la atención de enfermería que reciben los pacientes y analizamos como se aplican los procesos de atención de enfermería a los pacientes post operados de apendicectomía en el servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las Enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un estudio además transversal porque la muestra se tomó en un determinado tiempo que es el mes de julio del 2011. En esta investigación se utilizó técnicas de recolección de tipo cuantitativo descriptivo como la encuesta.

3.1.2. Bibliográfico Documental

Es bibliográfico porque se tomó la información de libros y documentales puesto que se realizó la investigación a través de revistas, historias clínicas de pacientes sobre la atención de enfermería en pacientes apendicectomizados.

3.2. Diseño de la Investigación

La presente investigación tiene un diseño cuantitativo en virtud de que se recolectó información de los involucrados en la investigación, misma que fue tabulada e interpretada para establecer validez y correspondencia del problema con la solución del mismo. Propositivo se propone un protocolo de atención de enfermería para pacientes apendicectomizados para mejorar la calidad de atención al usuario.

3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.3.1. Técnicas

En este estudio se utilizó la técnica de la encuesta.

3.3.2. La Encuesta

A través de un cuestionario se aplicó las encuestas a todas las enfermeras que laboran en el Hospital San Luis de Otavalo, con la finalidad de obtener fundamentos reales del problema.

3.3.3. Instrumentos

3.3.3.1. Cuestionario

Con el cuestionario se recolectó información acerca de la aplicación del proceso de enfermería que realiza el personal de enfermería a los pacientes post apendicectomizados, para determinar los cuidados que reciben los pacientes; se utilizó cuestionarios de preguntas abiertas, cerradas, dicotómicas y de múltiple opción, que se aplicó a todo el personal profesional de enfermería que laboran en el Hospital San Luis de Otavalo. Para la obtención de datos de los pacientes en estudio se aplicó planes de atención de enfermería individualizados los cuales nos proporcionaron signos y síntomas determinantes para el diseño de la propuesta de protocolo de atención enfermería a pacientes apendicectomizados.

3.4. Población

La población en esta investigación son todos los pacientes operados de apendicetomías en el mes de julio del 2011 en total son 12 pacientes, y el personal de enfermería que laboran en el Hospital San Luis de Otavalo son 40 enfermeras incluidas las de nombramiento y contrato.

3.4.1. Muestra

Para efectos de la investigación se tomó en cuenta el 100% de los pacientes, que fueron intervenidos de apendicetomía en el mes de julio alrededor de 12 pacientes a quienes se aplicó el proceso de enfermería; y el 100% de Profesional de Enfermería que laboran en el Hospital San Luis

de Otavalo en total son 40, de las cuales 7 enfermeras laboran en el servicio de cirugía y traumatología y el resto distribuidas en los diferentes servicios de la Institución.

3.5. Variables

Las variables están relacionadas con el tipo de estudio:

- ❖ Características socio demográficas de los pacientes
- ❖ Atención de enfermería a pacientes apendicectomizados

3.6. Fases de Investigación

- Formular Problema
- Revisión Bibliográfica
- Plan objetivos variables
- Diseños, metodología
- Elaborar instrumentos
- Prueba piloto al personal de enfermería del servicio de cirugía
- Recolección de información
- Organización de la información
- Análisis e Interpretación de resultados
- Elaboración de la propuesta de investigación
- Desarrollo de la propuesta de investigación
- Socialización de la propuesta

3.7. Validación y Confiabilidad

Antes de la aplicación del instrumento se realizó la validación mediante una prueba piloto a Licenciadas de Enfermería que laboran en el servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo y también se pidió la opinión de la Especialista Asesora para validar el instrumento a aplicarse. Dentro de la encuesta que se realizó se encontró preguntas abiertas que se hacía difícil responder al encuestado y se obtuvo diversas respuestas que dificultaban su tabulación por lo cual se cambió a preguntas de múltiple opción mejorando así su aplicación.

3.8. Análisis e Interpretación de Resultados

Una vez recogida la información se ordenó y revisó para proceder a la codificación y almacenamiento en el programa EXCEL mismo que nos permite realizar tablas, gráficos con distribuciones porcentuales y de esta manera obtener los resultados.

CAPÍTULO IV

4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Dentro de este capítulo consta el análisis e interpretación de resultados obtenidos de las encuestas, aplicación de procesos de enfermería y revisión de historias clínicas a los pacientes apendicectomizados en el servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo.

En esta investigación se planteó una encuesta dirigida a las licenciadas de enfermería que laboran en la Institución, se aplicó procesos de enfermería a pacientes apendicectomizados y revisión de historia clínica, con la finalidad de obtener respuesta a la pregunta de investigación.

Para la aplicación de las encuestas se realizó la validación correspondiente con un grupo de enfermeras que laboran en el hospital con el fin de mejorar el instrumento de investigación.

4.1. Análisis e Interpretación de Resultados de las Encuestas

Encuestas que se aplicó a licenciadas de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo.

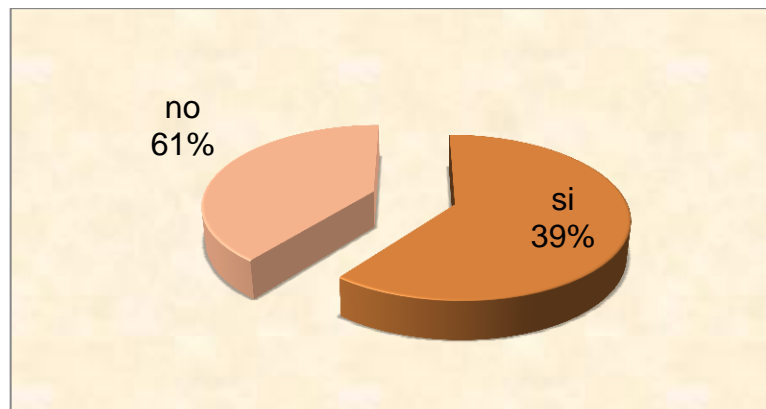
1. Conocimiento teórico del proceso de enfermería para la atención del paciente de apendicetomía.

Cuadro 2 Conocimiento Teórico del Proceso de Enfermería

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	39,47
No	23	60,52
Total	38	100

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras que laboran en el HSLO, 2011.

Gráfico 1 Conocimiento Teórico del Proceso de Enfermería



Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras que laboran en el HSLO, 2011

En cuanto al conocimiento teórico del proceso de enfermería observamos que el 39% de las enfermeras encuestadas conoce el proceso de enfermería; el 61% desconoce. Según De Reales G, Edilma: La finalidad del proceso es planear un conjunto de actividades que llevan a la enfermera alcanzar un cuidado con calidad satisfaciendo las necesidades del paciente. El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

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.

La aplicación del Proceso de Enfermería responde a las necesidades de la profesión, el cliente y la enfermera, 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.

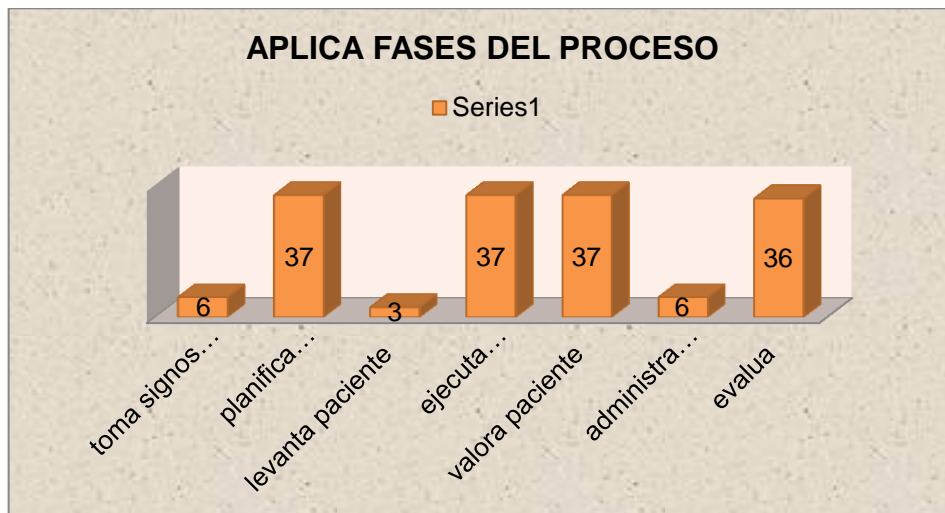
2. Reconocimiento de las fases del proceso de Enfermería

Cuadro 3 Reconocimiento de las Fases del Proceso de Enfermería

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Toma signos vitales	6	3,70
Planifica actividades	37	22,84
Levanta paciente	3	1,85
Ejecuta actividades	37	22,84
Valora al paciente	37	22,84
Administra medicación	6	3,70
Evaluación	36	22,22
TOTAL	162	100

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras que laboran en el HSLO, 2011

Gráfico 2 Reconocimiento las Fases del Proceso de Enfermería



Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras que laboran en el HSLO, 2011

Al observar en el gráfico No 2 con respecto al reconocimiento de las fases del proceso, el personal de enfermería tiene dificultad en reconocer cuáles son en sí las fases del proceso; dando un porcentaje de un 6% considera que la toma de signos vitales es fase del proceso, el 37% de las enfermeras reconoce como otra fase a la planificación; el 3% dice que lo levanta al paciente luego de la cirugía no toma en cuenta que el paciente está recién operado y puede descompensarse, el 37% contesta sobre la ejecución de las actividades e igualmente el 37% si realiza la valoración al paciente, el 6% administra medicación y el 36% de las enfermeras responde que si evalúan al paciente.

Dentro de este análisis se evidencia la falta de conocimiento que existe o la concientización del personal en actuar frente a este tipo de preguntas de ahí la importancia de capacitar al personal para mejorar el conocimiento y tratar de mejor manera al paciente.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.

La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

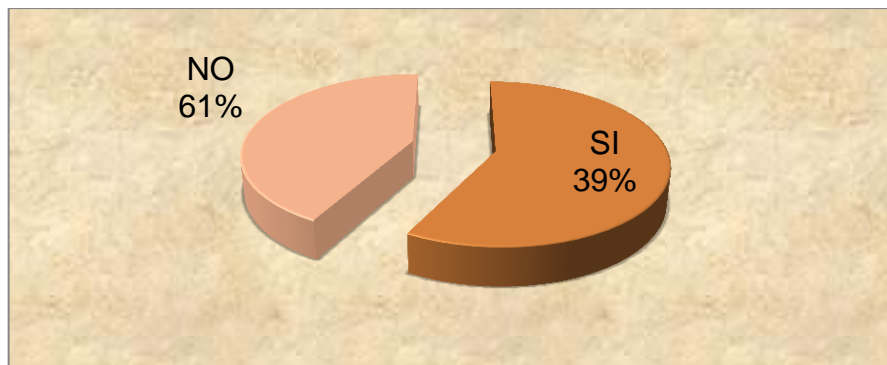
3. Atención de Enfermería al paciente post apendicectomizado basado en el Proceso de Enfermería.

Cuadro 4 Atención de Enfermería basado en Proceso de Enfermería

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	23	60,52
Si	15	39,47
Total	38	100

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras que laboran en el HSLO, 2011

Gráfico 3 Atención de Enfermería basado en Proceso de Enfermería



Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras que laboran en el HSLO, 2011.

El 39 % de las enfermeras encuestadas realiza el proceso de enfermería para la atención al paciente apendicectomizado; brindando así atención basada en procedimientos y procesos de forma eficiente, mientras que el 61% de las encuestadas no realiza el proceso de enfermería. Estos datos demuestran que hay un número elevado de enfermeras quienes no reconocen la importancias de la utilización del proceso de enfermería por lo tanto es imperioso la implementación y aplicación del proceso en el servicio y así unificar criterios para la recuperación del paciente.

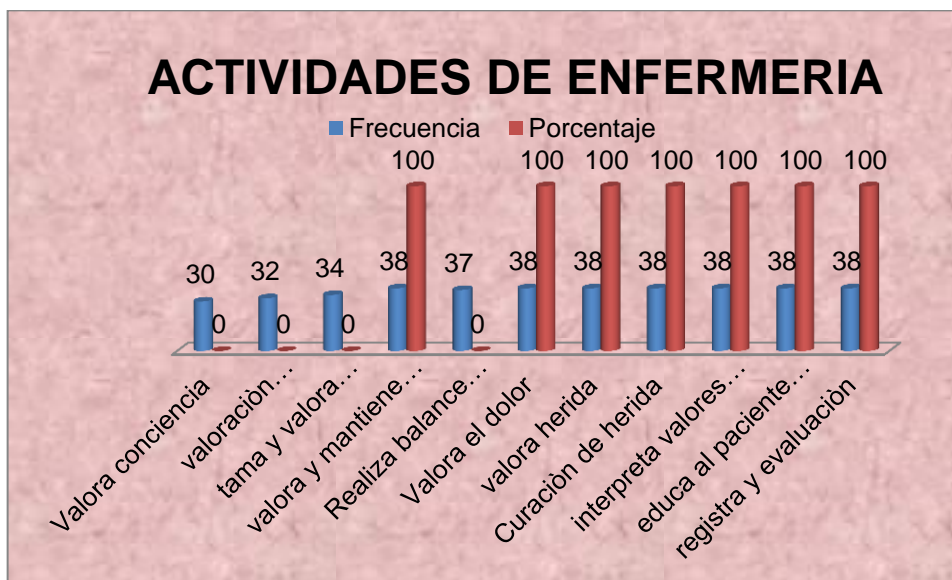
4. Aplicación de pasos del proceso de Enfermería

Cuadro 5 Aplicación de Pasos del Proceso de Enfermería

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Valoración del nivel de conciencia	30	78.94
Valoración al paciente hemodinámicamente	32	84.21
Toma y valoración de signos vitales	34	89.47
Valora y mantiene vía periférica permeable	38	100
Valoración al paciente	37	97.36
Realiza balance hídrico	38	100
Valora el dolor	38	100
Verifica la herida	38	100
Control de la herida	38	100
Valora al paciente con exámenes de laboratorio	38	100
Educa al paciente y familia	38	100
Registra y evaluación	38	100

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras que laboran en el HSLO, 2011

Gráfico 4 Aplicación de Pasos del Proceso de Enfermería



Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras que laboran en el HSLO, 2011

Al analizar el gráfico N° 4 tenemos que el personal de enfermeras lo realiza la mayoría de actividades, pero no sigue adecuadamente los pasos del protocolo sin evaluar tiempos, tampoco el principio científico ya que en el servicio no se cuenta con protocolos de atención. Así vemos que de las enfermeras encuestadas el 79% de ellas realiza la valoración de conciencia, 84% valora hemodinámicamente al paciente, 89% de enfermeras toman y valoran los signos vitales, 100% valoran y mantienen vía periférica permeable, 100% realizan balance hídrico, 100% valora el dolor, 100% verifican la herida quirúrgica, 100% realiza curación de la herida, 100% valora los resultados de laboratorio, 100% educa al paciente y familia y 100% de la enfermeras registra y evalúa. Dentro de este análisis podemos afirmar que la mayoría de enfermeras aplica las actividades prioritarias para la atención del paciente, pero falta realizar guías donde se pueda aplicar el proceso de enfermería y así mejorar la calidad de atención al paciente y familia.

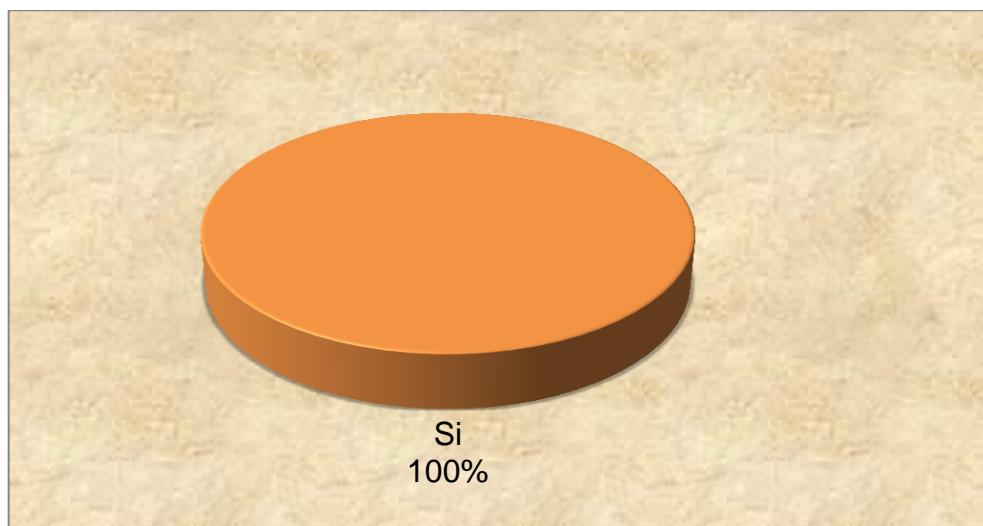
5. La Implementación de los protocolos de atención a pacientes apendicectomizado es importante

Cuadro 6 Importancia de Protocolo de Atención de Enfermería

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	100
No	0	0
Total	38	100

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras que laboran en el HSLO, 2011

Gráfico 5 Importancia de Protocolo de Atención de Enfermería



Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras que laboran en el HSLO, 2011

El 100% de las enfermeras responden que si es necesario la implementación de los protocolos de atención, puesto que son guías básicas que nos permitirán dar una atención personalizada de calidad y calidez basado en protocolos que nos permitan unificar criterios que contribuirán a mejorar el manejo de los mismo la recuperación y bienestar del paciente y familia.

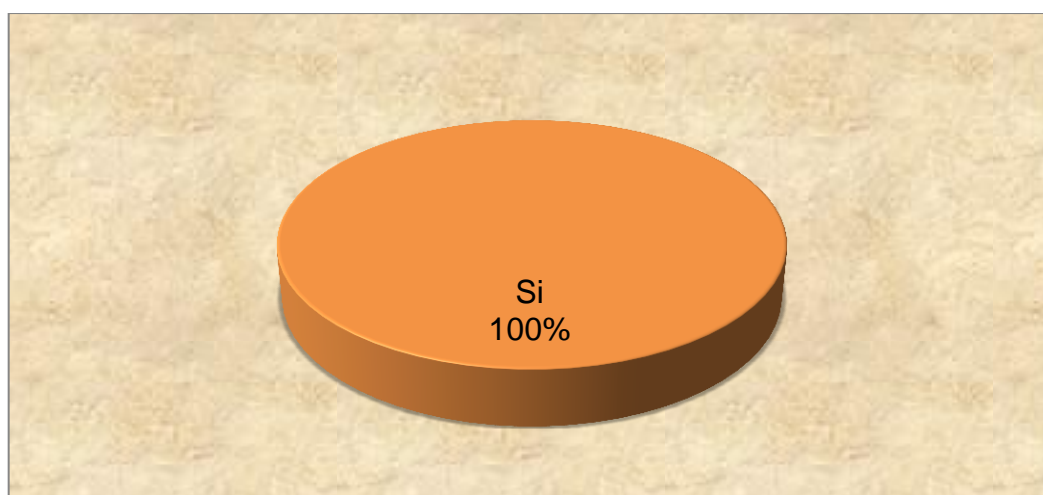
6. Se debe capacitar al personal de Enfermería

Cuadro 7 Capacitación al Personal

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	100
No	0	0
Total	38	100

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras que laboran en el HSLO, 2011

Gráfico 6 Capacitación al Personal



Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras que laboran en el HSLO, 2011

Dentro del gráfico No 6 podemos analizar que el 100% de enfermeras encuestadas manifiestan que es importante la capacitación puesto que la medicina va cambiando día a día, la capacitación debe ser continua y efectiva para así poder actualizarnos, crecer profesionalmente; brindar una atención con calidad y calidez al paciente, familia y ayudar a su pronta recuperación, y así unificar criterios utilizando guías de atención como los protocolos en las diferentes patologías.

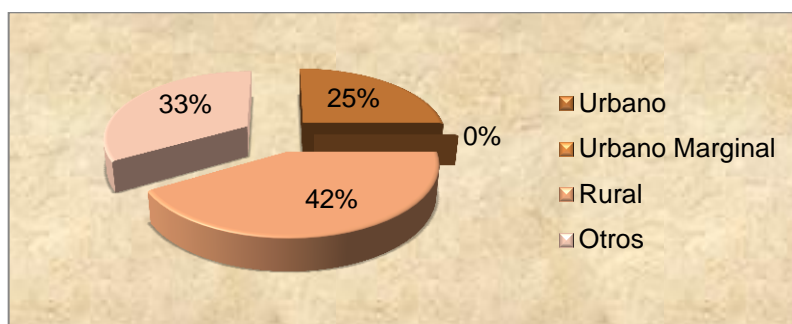
7. Características socio demográficas de los pacientes que fueron intervenidos de apendicectomía.

Cuadro 8 Pacientes que fueron Intervenidos Quirúrgicamente de Apendicectomía

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	3	25
Urbano Marginal	0	0
Rural	5	41,67
Otros	4	33,33
Total	12	100

Fuente: Historia Clínica del Hospital San Luis de Otavalo, 2011

Gráfico 7 Pacientes que fueron Intervenidos Quirúrgicamente de Apendicectomía



Fuente: Historia Clínica del Hospital San Luis de Otavalo, 2011

Al referirnos a la procedencia de los pacientes apendicectomizados en el gráfico N° 7 que 4 pertenece al área urbana, 5 pertenecen al área rural y 4 a otros, dentro de este son pacientes que no corresponden al área de cobertura de salud del cantón Otavalo sino a otros provincias cercanas a este cantón.

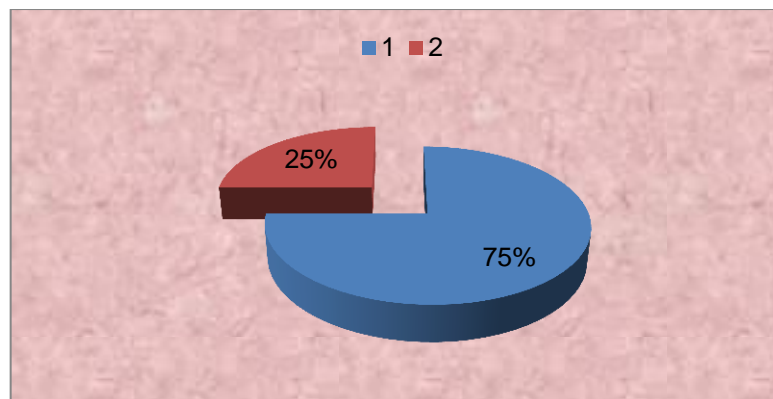
8. Estado civil de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente de apendicectomía.

Cuadro 9 Estado Civil de los Pacientes

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Casado	9	75
Soltero	3	25
Total	12	100

Fuente: Historia Clínica del Hospital San Luis de Otavalo, 2011

Gráfico 8 Estado Civil de los Pacientes



Fuente: Historia Clínica del Hospital San Luis de Otavalo, 2011

Al analizar el gráfico N° 8 podemos decir que el 75% de los pacientes apendicectomizados son de estado civil casados, mientras que el 25% son solteros.

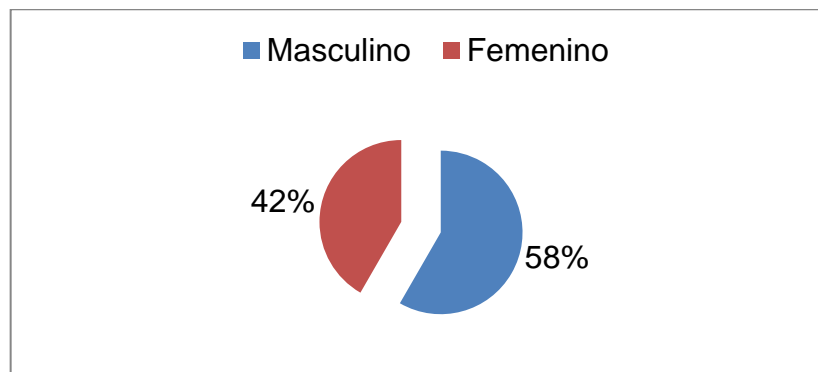
9. Sexo de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente de apendicetomía.

Cuadro 10 Pacientes que fueron Intervenidos Quirúrgicamente

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	7	58,33%
Femenino	5	41,67%
Total	12	100%

Fuente: Historia Clínica del Hospital San Luis de Otavalo, 2011

Gráfico 9 Pacientes que fueron Intervenidos Quirúrgicamente



Fuente: Historia Clínica del Hospital San Luis de Otavalo, 2011

Según la gráfica N°: 9 podemos analizar que el 58% corresponde al sexo masculino mientras que el 42% corresponde al sexo femenino.

Con respecto a las variables expuestas al realizar el estudio comparativo y a pesar de que, la muestra escogida es pequeña, vemos que hay relación proporcional de más o menos de 2 a 1 con respecto al estado civil y sexo y en cuanto a la procedencia vemos hay una relación de 3 a 1; siendo más frecuente en el área rural la presentación de apendicitis aguda.

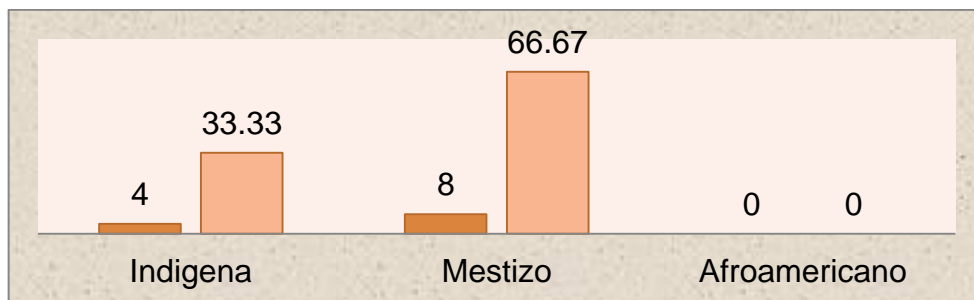
10. Etnia de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente de apendicectomía

Cuadro 11 Etnia de los Pacientes

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Indígena	4	33.33
Mestizo	8	66,67
Afroamericano	0	0
Total	12	100

Fuente: Historia Clínica del Hospital San Luis de Otavalo, 2011

Gráfico 10 Etnia de los Pacientes



Fuente: Historia Clínica del Hospital San Luis de Otavalo, 2011

Al referirnos a la gráfica N° 10 analizamos que el 33% de pacientes apendicectomizado corresponden a la etnia indígena, y el 67% pertenece a la etnia mestiza. Dentro de esto podemos decir que la mayoría de pacientes han sido de etnia mestiza que favorece tanto en la recuperación como en la comunicación durante su estadía en el servicio; mientras que con la gente de etnia indígena se tiene un poco de resistencia ya sea por su cultura misma y no colabora en las actividades que se le aplica al tratamiento, razón por la cual la actuación de enfermería es muy importante para llegar a estos pacientes y poder ayudar dentro del desarrollo y evolución de la cirugía tomando en cuenta las condiciones socio demográficas del paciente y educándole adecuadamente para poder lograr una buena recuperación.

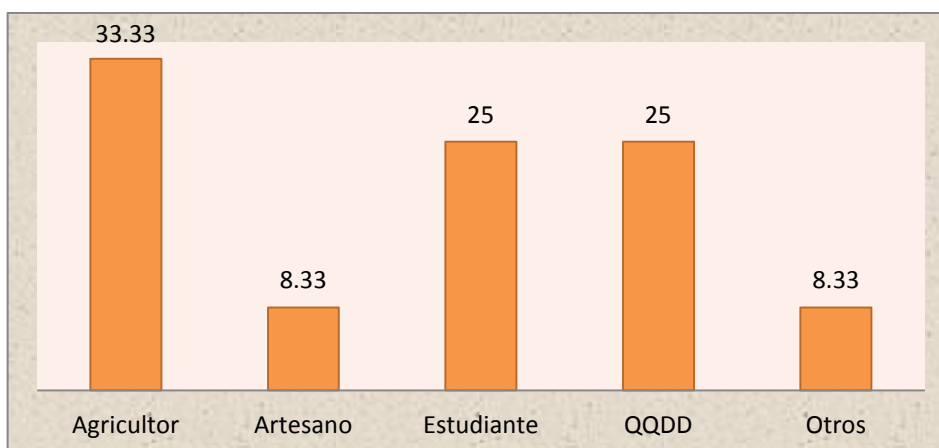
11. Ocupación de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente de apendicectomía

Cuadro 12 Ocupación de los Pacientes

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Agricultor	4	33,33
Artesano	1	8,33
Estudiante	3	25
QQDD	3	25
Otros	1	8,33
Total	12	100

Fuente: Historia Clínica del Hospital San Luis de Otavalo, 2011

Gráfico 11 Ocupación de los Pacientes



Fuente: Historia Clínica del Hospital San Luis de Otavalo, 2011

Dentro de la gráfica N° 11 podemos señalar que el 33% de los pacientes apendicectomizados son agricultores, el 8% son artesanos, el 25% de los pacientes son estudiantes de igual manera el 25% de los pacientes son amas de casa que se dedican a los quehaceres domésticos y el 8% de los pacientes se dedican a otros trabajos como cargador de alimentos en el mercado. No existen estudios donde demuestren que la actividad que realizan puedan ser factores pre disponentes a la patología.

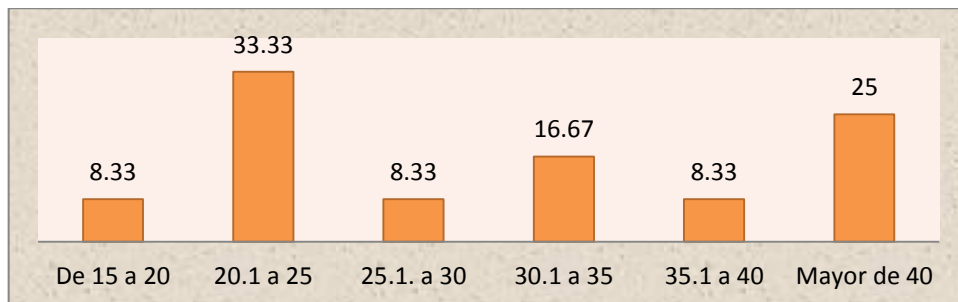
12. Edad de los Pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente de apendicectomía

Cuadro 13 Edad de los Pacientes

Indicados	Frecuencia	Porcentaje
De 15 a 20	1	8.33
20.1 a 25	4	33.33
25.1 a 30	1	8.33
30.1 a 35	2	16.67
35.1 a 40	1	8.33
Mayores de 40	3	25
Total	12	100

Fuente: Historia Clínica del Hospital San Luis de Otavalo, 2011

Gráfico 12 Edad de los Pacientes



Fuente: Historia Clínica del Hospital San Luis de Otavalo, 2011

De acuerdo a la gráfica N° 12 analizamos que el 8% de pacientes apendicectomizados están entre las edades de 15 a 20 años, el 33% corresponde a edades de 20 a 25 años, el 8.33% corresponde a edades entre 25 a 30 años, el 17% de pacientes corresponde a 30 y 35 años, el 8% corresponde a 35 hasta 40 años y el 25% son mayores de 45 años. Estudios confirman que la mortalidad es alta en edades extremas y se incrementan en forma progresiva con la edad, con este antecedente podemos decir que no se han presentado casos o paciente de extrema edad por lo que no se registra mortalidades ni complicaciones la mayoría de pacientes se han recuperado sin complicaciones.

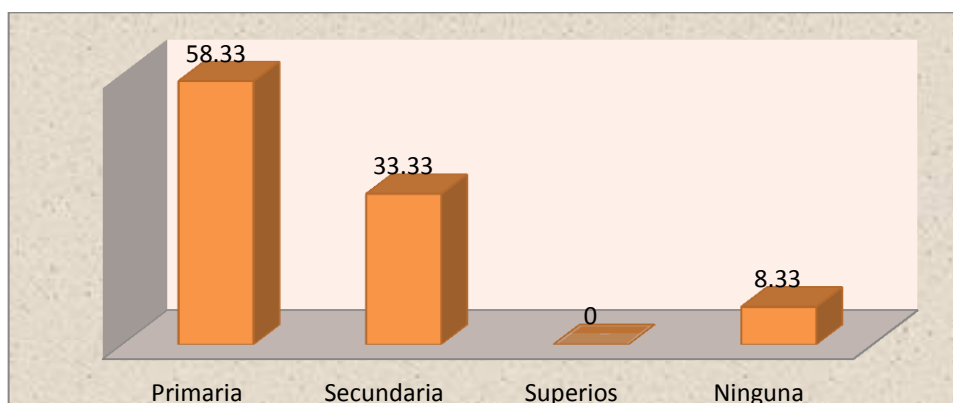
13. Nivel de instrucción de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente de apendicectomía

Cuadro 14 Nivel de Instrucción de los Pacientes

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	7	58.33
Secundaria	4	33.33
Superior	0	0
Ninguno	1	8.33
Total	12	100

Fuente: Historia Clínica del Hospital San Luis de Otavalo, 2011

Gráfico 13 Nivel de Instrucción de los Pacientes



Fuente: Historia Clínica del Hospital San Luis de Otavalo, 2011

Al referirnos a la gráfica N° 13 podemos decir que el nivel de instrucción de los pacientes ocupa el 58% tienen instrucción primaria, el 33% tiene instrucción secundaria y el 8% no tiene ningún nivel de instrucción. Podemos analizar que la mayoría de pacientes se han recuperado en forma adecuada ya que cuentan con una instrucción educativa básica que es parte fundamental dentro del tratamiento del paciente puesto que tiene que saber y entender su caso o situación; para así evitar la angustia en el paciente y familiares y se logra la colaboración en el tratamiento tanto en el área hospitalaria como en su domicilio dándole las indicaciones necesarias para su recuperación. Y con las personas que no

tienen instrucción que es una minoría nosotros como enfermeras nos hemos capacitado con el idioma quechua para poder ayudar a los pacientes y entendernos de alguna manera lograr que nos entiendan lo que se está realizando para poder tener la colaboración de ellos y así también mantener informado al paciente y familia.

4.2. Aplicación de Procesos de Enfermería a Pacientes Apendicectomizados

Se aplicó los procesos de enfermería a toda la muestra y se determinó que su evolución y recuperación tanto hospitalaria como extra hospitalaria, fue adecuada y en el menor tiempo posible, a pesar de la única complicación detectada oportunamente, logrando así los objetivos propuestos.

Dichos procesos me permitieron llegar a un consenso y poder determinar de manera eficiente las diferentes actividades de enfermería aplicadas en el paciente apendicectomizado y poder desarrollar los protocolos de atención de enfermería, y mejorar la calidad y calidez de atención de dichos pacientes.

Aplicación del Proceso en pacientes apendicectomizados del HSLO

Muestra	Diagnósticos	Actividades de Enfermería
12	Dolor abdominal	Valoración y localización del dolor Identificar factores agravantes Aplicar indicaciones médicas
	Déficit de volumen hídrico	Control Signos Vitales Realizar Balance Hídrico Mantener vía periférica permeable Aplicar indicaciones médicas
	Infección quirúrgica y incisión	Enseñar correcto lavado de manos Indicar Limpieza de herida Curación diaria de herida Aplicar indicaciones médicas Incentivar a la de ambulación temprana
	Estados emocionales	Evaluar de ansiedad Estimular al paciente en su recuperación Educar al paciente y familia sobre enfermedad Ofrecer medidas de confort
	Complicaciones (Infección y dehiscencia quirúrgica) (Neumonía, TEP, Anemia, Retención Urinaria, Hemoperitoneo)	Realizar inmediatamente exámenes complementarios Educar al paciente y familia sobre situación actual Enseñar cuidados extra hospitalarios a la familia Aplicar indicaciones médicas Aplicar actividades de enfermería de acuerdo a su complicación.

4.3 Conclusiones

- Realizando el cuadro comparativo de la muestra obtenida del HSLO se obtuvo como primera conclusión que la presentación de la apendicitis aguda no tiene relación con la edad cronológica y riesgo laboral.
- Luego de establecer los grupos etéreos se determinó que la mayor frecuencia de apendicitis aguda se presentó en los pacientes con edades de 20 a 25 años de edad.
- Con respecto al personal de Enfermería del Hospital San Luis de Otavalo tiene un conocimiento superficial del proceso de enfermería en lo referente a la atención del paciente apendicectomizado, y los cuidados aplicados son en forma mecánica.
- De los 12 pacientes estudiados el 100 % recibe atención de enfermería en la cual se valora dolor, sin tomar en cuenta características, datos vitales que no son tomados regularmente y no se proporciona cuidados enfatizándose en el seguimiento y secuencia de un protocolo de atención de enfermería por lo cual se ve la necesidad de proponer y estandarizar el protocolo de atención de enfermería a pacientes apendicectomizados.
- Es indispensable proponer protocolos de atención en enfermería que apliquen y trabajen con ellos para unificar criterios y mejorar la calidad de atención en enfermería y salud.

4.4 Recomendaciones

- Basados en las encuestas realizadas al personal de enfermería del HSLO se recomienda la constante capacitación en aplicación de protocolos de enfermería.
- Se recomienda socializar esta guía protocolaria con el fin de estandarizar criterios en la atención de pacientes apéndicectomizados para dar una atención integral, de calidad y calidez para una pronta recuperación.
- Así como una evaluación dirigida por personal capacitado en la aplicación acertada de los protocolos en los pacientes que ingresan mensualmente a esta Institución, y verificar que el personal de enfermería ha mejorado en sus conocimientos sobre este tema.
- Sería primordial como una gran recomendación unificar los conocimientos sobre los cuidados de enfermería para tener una sola guía y aplicarle así en todos los casos, evitando la utilización en vano de recursos materiales y humanos; beneficiando los recursos económicos de la institución.
- Sería indispensable crear un comité vigilante de la aplicación de estos procesos protocolarios en el personal de Enfermería.
- Actualización permanente de esta guía protocolaria y aplicación de la misma en otra patología frecuentes en esta casa de salud.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA

Validación del protocolo de Atención de Enfermería a Pacientes Apendicectomizados en el Servicio de Cirugía del Hospital San Luis de Otavalo. Este Protocolo es considerado válido en un 100% por las enfermeras líderes del Servicio de Cirugía del Hospital San Luis de Otavalo. Al reunir características que se adaptan a las necesidades propias del paciente apendicectomizado, además este protocolo se basa en todas las fases del proceso de atención de enfermería.

5.1. Título

Protocolo de Atención de Enfermería a Pacientes Apendicectomizados en el Servicio de Cirugía del Hospital San Luis de Otavalo.

5.2. Introducción

Siendo la Apéndice Aguda la causa más frecuente en las salas de urgencias nos hemos visto en la necesidad de realizar un proceso investigativo para la creación de un protocolo de atención de enfermería dedicado a pacientes apendicectomizados en el servicio de cirugía del hospital san Luis de Otavalo.

El Proceso de enfermería es un sistema de planificación para la ejecución de los cuidados de enfermería compuesto de cinco etapas: Valoración,

Diagnóstico, Planificación de actividades, Ejecución y Evaluación, estos son aplicados en forma metodológica nos ayudan a recopilar datos muy importantes sobre el paciente atendido con esta patología; logrando así el objetivo principal del proceso de enfermería que es cubrir individualmente las necesidades del paciente familia y comunidad.

Un proceso de enfermería bien aplicado en todas sus fases logra un mejoramiento tanto para el paciente en su atención como el mejor desempeño profesional de nosotros como entes de la salud.

Dispuestos a obtener buenos resultados con los protocolos a crear se ha tratado en lo posible de aplicar todas técnicas investigativas y científicas para lograr nuestro objetivo y satisfacer las necesidades de la Institución.

5.3. Objetivos

5.3.1. General

Estandarizar los cuidados de atención inmediata en pacientes apendicectomizados en el servicio de cirugía del Hospital san Luis de Otavalo, enfatizando la prevención de complicaciones a estos pacientes.

5.3.2. Específicos

- Fundamentar científicamente las bases conceptuales para el manejo de pacientes apendicectomizados considerador en el protocolo.

- Proporcionar una guía de trabajo que permita brindar atención de enfermería a pacientes apendicectomizados en el servicio de cirugía.
- Fortalecer los conocimientos de enfermería capacitando, estimulando al personal para que brinde una atención eficiente, eficaz con equidad y calidez a nivel hospitalario.

5.4. Justificación

La propuesta de la guía son estrategias metodológicas para desarrollar actitudes de enfermería en la atención al paciente apendicectomizado, surge de la aplicación de encuestas a enfermeras de la Institución; también porque en el servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo no cuenta con protocolos de atención que dirijan la práctica de Enfermería al paciente apendicectomizado, y luego aplicar y replicar a las enfermeras que serán de gran utilidad para todas quienes laboramos en esta casa de salud, así poder brindar una calidad de atención eficiente.

Mediante este protocolo de atención; los beneficiados serán todos los pacientes apendicectomizados que ingresan al servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo.

Este es un instrumento de apoyo para determinar las actividades de enfermería hacia el paciente apendicectomizado es muy importante para poder ofrecer una atención de calidad y brindar la posibilidad de planear actividades que conduzcan al mejoramiento del paciente.

A través de esta investigación se ha constatado las falencias en los procesos de atención a los pacientes quirúrgicos sobre todo a los post operatorio por apéndice en el servicio de cirugía del Hospital San Luis de

Otavalo y una vez conocidas poder mejorar dichos procesos logrando así una magnífica calidad de atención.

Por medio de los conocimientos científicos bien analizados a través de todo el proceso investigativo, se ha podido establecer protocolos bien diferenciados y aplicables a nuestra realidad demográfica y socio económica en beneficio de la Institución y crecimiento individual profesional.

Hemos podido establecer estrategias científicas dirigidas a nuestra población, que acude diariamente al Hospital San Luis de Otavalo en busca de su sanación; gente de bajos recursos, poca educación y por tanto necesita atención personalizada con un lenguaje y métodos acoplados a su cultura y etnia.

Con este estudio los beneficiarios directos serán los pacientes apendicectomizados que ingresen al servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo, y los indirectos sus familiares, así también el talento humano como es el personal de enfermería puesto que manejarán una guía protocolaria en la atención a estos pacientes brindando una calidad óptima de atención para el mejoramiento y recuperación del pacientes y tendrá un impacto de orden económico reduciendo costos en el tratamiento y estadía del paciente.

5.5. Descripción

Sin temor a equivocarse y después de haber realizado la investigación y el estudio que nos permita involucrarnos como enfermeras preocupadas en contribuir al desarrollo de actividades para la atención del paciente apendicectomizado en el servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo; conocedoras de las necesidades basadas en experiencias

personales, con investigación y profesionalismo buscamos nuevas alternativas que faciliten el trabajo de la enfermera al brindar atención al pacientes.

La presente propuesta incluye actividades de enfermería con fundamento científico, la enfermera que maneje esta propuesta lo harán con total libertad dependiendo de las necesidades propias de cada apaciente que conllevan a mejorar la calidad de atención y favorecer cambios fundamentales que requieran nuestros pacientes, tanto para su recuperación como para la inclusión en el mundo cada vez más globalizado.

Esta propuesta pretende ser un instrumento que ayude a la enfermera a mejorar la calidad de atención que por muchas razones han sido mecánicas.

Las actividades que miran a continuación se sugieren aplicar a cada paciente en las actividades diarias que se realiza.

5.6. Personal a quien va Dirigido

- Personal de Enfermería
- Personal del Internado Rotativo
- Personal Auxiliar

5.7. Aspectos Ordinales de la Guía

Durante la fase post operatoria el paciente apendicectomizado pueden presentar varios signos que pueden desencadenar complicaciones, debido a esto sugiero la gran necesidad de aplicar esta

guía protocolaria que va orientada a mejorar la atención de enfermería basada en fundamento científico.

5.7.1. Etapa Posoperatoria

Ingreso del paciente post apendicectomizado a la Unidad. Proporcionar al paciente una unidad cómoda y cálida al momento del ingreso al servicio de cirugía.

➤ Actividades

Preparar cama quirúrgica y colocar fundas calientes 15 minutos antes de que llegue el paciente.

◆ Fundamento:

Las medidas de calidad y confort ayudan a disminuir la tensión del paciente y centrarse a relajarse ciertas partes corporales y promueven la liberación de endorfinas las cuales potencian las acciones de analgésicos.(Holloway, s/f, pág. 170)

➤ Actividades

Valorar a los pacientes identificando signos de peligro, como estado de conciencia, color de la piel, etc.

◆ Fundamento

Esto nos ayuda a la toma de decisiones para el tratamiento y a determinar necesidades del paciente.

➤ **Actividad**

Controlar y documentar los signos vitales en el momento del ingreso en la unidad, cada 2 horas durante las primeras 12 horas post operados, y después cada 4 horas si se han estabilizado. Así como informar las anomalías.

◆ **Fundamento**

“La toma de signos vitales ayuda a identificar alteraciones hemodinámicas del paciente, la hipotensión y taquicardia pueden indicar hemorragia” (Holloway, s/f, pág. 172).

➤ **Actividades**

Valorar el abdomen observando los sonidos intestinales, distensión, firmeza y presencia de una masa cerca de la incisión quirúrgica.

◆ **Fundamento:**

“Mediante la valoración obtenemos información necesaria para evitar complicaciones, la presencia de ruidos intestinales indica la reanudación del peristaltismo” (Holloway, s/f, pág. 168).

➤ **Actividades**

Valorar el apósito quirúrgico cada hora en las primeras 4 horas y luego cada 4 horas, observar cualquier drenaje que presente en el apósito y anotar e informar drenaje excesivo.

◆ **Fundamento**

“La hemorragia generalmente ocurre en la primeras 24 horas del post operatorio la valoración frecuente permite una pronta detección de la hemorragia”(Holloway, s/f, pág. 171).

➤ **Actividades**

Valorar el drenaje cantidad y tipo de drenaje; informar sobre el tipo de líquido que se elimina por el mismo.

◆ **Fundamento**

El drenaje de sangre rutilante indica hemorragia activa.(Holloway, s/f, pág. 169)

➤ **Actividades**

Valorar el dolor, comprobando su localización características y gravedad.

◆ **Fundamento**

Identificar las características del dolor ayuda a determinar las medidas para aliviarlo.(Holloway, s/f, pág. 173)

➤ **Actividades**

Mantener al paciente en reposo en posición semifowler y estar atento a los cambios de estado mental como agitación y sensación de desastre inminente.

◆ **Fundamento**

“Los cambios del estado mental pueden reflejar hipoxia cerebral indicadora de descenso de la perfusión cerebral por hemorragia que conlleva a una hipovolemia” (Holloway, s/f, pág. 175).

➤ **Actividades**

Valorar y mantener la permeabilidad de la vía intravenosa, mantener los líquidos intravenosa según la prescripción médica.

◆ **Fundamento**

Una vía intravenosa permeable es esencial para la reposición de líquidos.

➤ **Actividades**

Realizar el informe de enfermería.

◆ **Fundamento**

Las anotaciones en la historia clínica permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención de enfermería.

5.7.2. Patrón Cognitivo- Perceptual

Diagnóstico.-Dolor agudo r/c lesión hística, isquemia distención de los tejidos intestinales por inflamación la incisión quirúrgica m/p dolor, contractura abdominal.

Objetivo.-Disminuir y controlar el dolor.

Asegurar el confort del usuario durante su estado patológico.

El paciente demostrará:

- Que el dolor o molestia se ha aliviado o controlado.
- Verbalizara métodos que proporcionan alivio.
- Seguir el régimen farmacológico prescrito.

➤ **Actividades**

Valorar la presencia de indicadores no verbales de dolor tales como: agitación, tensión, contorciones, diaforesis, posición de defensa, taquipnea, taquicardia e hipotensión habitualmente, y estar pendiente del reloj para la próxima dosis de analgésico.

◆ **Fundamento**

“El paciente puede o no verbalizar su dolor pero la observación de las expresiones y otros signos pueden ayudar a la enfermera a valorar la gravedad del dolor y su relación con la actividad y postura. La taquipnea, taquicardia e hipertensión resultan de la estimulación del sistema nervioso simpático” (Holloway, s/f, pág. 165).

➤ **Actividades**

Colocar al paciente en una posición adecuada para evitar el dolor. Evitar la presión o tensión sobre el área dolorosa.

◆ **Fundamento**

“Los cambios posturales son necesarios para aumentar el aporte sanguíneo a los tejidos lesionados” (Holloway, s/f, pág. 164).

➤ **Actividades**

Aplicar frío o calor en la zona afecta (a menos que este contraindicado)

◆ **Fundamento**

“El calor aumenta el aporte de sangre a la zona y puede relajar un doloroso espasmo muscular. El frío reduce la inflamación también disminuye la neurotransmisión a través de la fibras periféricas A de pequeño diámetro que transportan las sensaciones dolorosas de intensidad y aparición aguda” (Holloway, s/f, pág. 163).

➤ **Actividades**

Animar al paciente a que masajee el área dolorosa a menos que este contraindicado.

◆ **Fundamento**

“El masaje proporciona estimulación cutánea, la estimulación por el tacto de las fibras sensitivas limita la transmisión del impulso doloroso” (Holloway, s/f, pág. 165).

➤ **Actividades**

Enseñar al paciente técnicas de relajación como la respiración rítmica.

◆ **Fundamento**

“Las técnicas de relajación ayudan a disminuir la tensión y a centrarse en ciertas partes corporales y promueven la liberación de endorfinas” (Holloway, s/f, pág. 166).

➤ **Actividades**

Administrar y registrar analgésicos prescritos.

◆ **Fundamento**

“La analgesia se logra con la depresión selectiva del sistema nervioso central. Inhibe la síntesis de las prostaglandinas a través del bloqueo de la ciclo-oxigenasa. El alivio del dolor facilita la cooperación con otras intervenciones terapéuticas” (Holloway, s/f, pág. 166).

➤ **Actividades**

Evaluar y documentar las pruebas de respuesta a las medidas para alivio del dolor proporcionadas.

5.7.3. Patrón Eliminación

Diagnóstico.-Riesgo de déficit de volumen hídrico r/c vómito, limitaciones posoperatorias.

Objetivo.-Mantener el equilibrio hídrico suficiente.

➤ **Actividades**

Mantener hidratado al paciente mediante vía periférica permeable.

◆ **Fundamento**

“Los líquidos endovenosos ayudan a prevenir el choque y conservar el equilibrio hidroelectrolítico; Ayudará a la administración de medicamentos” (Holloway, s/f, pág. 173).

➤ **Actividades**

Recuperar pérdidas por vómitos o drenajes con solución salina y de acuerdo a prescripciones médicas.

◆ **Fundamento**

“Los líquidos endovenosos ayudan a prevenir el choque y conservar el equilibrio hidroelectrolítico.” (Holloway, s/f, pág. 172).

➤ **Actividades**

Control de diuresis cada hora durante las cuatro primera horas del post operatorio informar si la diuresis es menor de 60 ml por hora.

◆ **Fundamento**

“La diuresis disminuye si el paciente sangra o esta hipovolémico”(Holloway, s/f, pág. 176).

➤ **Actividades**

Valorar signos de retención urinaria incluye quejas subjetivas y signos como distensión vesical.

◆ **Fundamento**

“La vejiga distendida puede palparse por encima del nivel de la sínfisis del pubis demostrando que hay retención urinaria, así como también un balance negativo entre aporte y pérdidas de varios cientos de milímetros, en el transcurso de varias horas desde la última micción implica retención urinaria” (Holloway, s/f, pág. 178).

➤ **Actividades**

Si presenta el paciente distensión vesical iniciar intervenciones para promover la micción, brindando medidas no invasivas para estimular la micción. Y si al cabo de 8 horas no micciona obtener autorización para sondaje vesical.

◆ **Fundamento**

"El rápido tratamiento de los potenciales problemas de eliminación vesical puede reducir la ansiedad que puede deteriorar aún más la capacidad de eliminación, la cateterización intermitente posee menos riesgo de infección que la permanente” (Holloway, s/f, pág. 170).

➤ **Actividades**

Administrar líquidos intravenosos y anti diuréticos según prescripción para mantener la diuresis entre 60 ml por hora y la densidad entre 1010 y 1025.

◆ **Fundamento**

Los líquidos intravenosos y los diuréticos ayudan a mantener la tasa de filtrado glomerular para prevenir la necrosis tubular aguda.(González, s/f, pág. 130)

➤ **Actividades**

Control de ingesta y eliminación cada 6 horas.

◆ **Fundamento**

“La disminución de la producción de orina concentrada con aumento de la densidad indica deshidratación, necesidad de aumentar la administración de líquidos” (González, s/f, pág. 125).

➤ **Actividades**

Auscultar los borborignos, comprobando la eliminación de flatos y de heces.

◆ **Fundamento**

“Son indicadores del retorno del peristaltismo y la disponibilidad del paciente para reanudar una dieta bucal” (Holloway, s/f, pág. 170).

➤ **Actividades**

Prevenir la distensión gastrointestinal: mantener la permeabilidad de la sonda naso gástrica, si la lleva.

◆ **Fundamento**

La sobre distensión del tracto gastrointestinal particularmente del duodeno, desencadena el reflejo del vómito.

➤ **Actividades**

“Limitar las visiones, olores y estímulos psíquicos desagradables tales como la ansiedad intensa y el dolor” (Holloway, s/f, pág. 168).

◆ **Fundamento**

Estos factores causan estimulación cortical de la zona desencadenante de los quimiorreceptores medulares, que provoca el vómito” (Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 98).

➤ **Actividades**

Alentar los cambios frecuentes de posición en aras de comodidad y para prevenir las complicaciones pulmonares y vasculares.

◆ **Fundamento**

“La inactividad facilita la acumulación de secreciones pulmonares” (Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 100).

➤ **Actividades**

Ofrecer al paciente líquidos claros en pequeñas cantidades cuando reanude su ingestión bucal, y avanzar en la dieta según se tolere.

◆ **Fundamento**

“Reduce el riesgo de irritación gástrica y vómito para reducir la pérdida de líquidos” (Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 88).

➤ **Actividades**

Administrar líquidos y electrolitos IV.

◆ **Fundamento**

“El peritoneo reacciona a la irritación o infección al producir gran cantidad de líquido intestinal posiblemente reduciendo el volumen de sangre circulante, lo que provoca tanto deshidratación como un desequilibrio relativo electrolítico” (Holloway, s/f, pág. 173).

➤ **Actividades**

Animarle al paciente a caminar pronto.

◆ **Fundamento**

“Favorece la normalización de la función orgánica; ej. Estimula el peristaltismo y la eliminación de los flatos reduciendo el malestar abdominal” (González, s/f, pág. 66).

5.7.4. Patrón Nutricional Metabólico

Diagnóstico: Potencial de alteración de la nutrición por defecto relacionado con la disminución de la ingesta de alimentos secundaria a

pérdida de apetito por presencia de dolor, náuseas, vómitos o malestar general postoperatorio.

OBJETIVO: Mantener el peso dentro de los parámetros de normalidad, aumentar la ingesta oral si es necesario, y conocer la razón de las actividades.

➤ **Actividades**

Valorar el estado nutricional del paciente así como la presencia de vómitos, náuseas, gases intestinales, dolor gástrico o abdominal, que pueden interferir con una correcta nutrición, los sonidos intestinales mediante auscultación abdominal, tipo de dieta, tolerancia y cantidades que ingiere.

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.

◆ **Fundamento**

“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”(Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 101).

➤ **Actividades**

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.

◆ **Fundamento**

“Comprobar si hay ganancia o pérdida de peso” (Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 86).

➤ **Actividades**

Si hay náuseas o vómitos, se suspende la administración oral de la dieta.

◆ **Fundamento**

“Mantener al paciente en posición de decúbito lateral para prevenir la aspiración” (Holloway, s/f, pág. 177).

➤ **Actividades**

Informar al paciente de la importancia de una buena nutrición.

◆ **Fundamento**

“Favorecer la cicatrización de la herida y su recuperación física”(Holloway, s/f, pág. 169).

Diagnóstico.-Alto riesgo de infección relacionado con el procedimientos quirúrgico (ruptura de la barrera de la piel) y procedimientos invasivos: presencia de vías venosas, sondajes, drenes.

Objetivo.- Evitar infecciones en las heridas quirúrgicas.

➤ **Actividades**

Valorar la herida quirúrgica una vez en cada turno para detectar: Prueba de cicatrización normal, aproximación de los bordes de la herida y ausencia de drenaje purulento o mal oliente.

◆ **Fundamento**

“La valoración regular promueve la detección temprana de cicatrizaciones deficientes” (Holloway, s/f, pág. 167).

➤ **Actividades**

Usar una técnica aséptica al realizar la curación de la herida.

◆ **Fundamento**

“Es una técnica aséptica previene la contaminación cruzada y la transmisión de infecciones cruzadas a la herida quirúrgica” (Holloway, s/f, pág. 165).

➤ **Actividades**

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

◆ **Fundamento**

Al valorar al paciente estamos previniendo complicaciones en el paciente.

➤ **Actividades**

Controlar la temperatura cada 2 horas durante las primeras 12 horas; Comprobar si el paciente presenta fiebre, escalofríos, diaforesis, cambios en el estado mental o refiere un aumento del dolor abdominal.

◆ **Fundamento**

“La febrícula en las primeras horas de post operatorio está asociada a la respuesta inflamatoria normal, la fiebre que persista más tiempo puede significar infección” (Holloway, s/f, pág. 164).

➤ **Actividades**

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.

◆ **Fundamento**

“El control y verificación es importante para detectar oportunamente alteraciones en el paciente, como fiebre, malestar, taquicardia, T/A baja, diaforesis, o la herida si esta con infección o no” (Holloway, s/f, pág. 140).

➤ **Actividades**

Controlar el punto de inserción de vías venosas y trayectos venosos.

◆ **Fundamento**

“Identificar signos de flebitis y realizar los cuidados oportunos para su prevención” (Holloway, s/f, pág. 130).

➤ **Actividades**

Adminstras antibióticos usando los cinco correctos. (Ciprofloxacina, IV cada 12 horas o Cefalexina IV cada 6 horas, o ampicilina-sulbactam IV cada 6 horas, más metronidazol 500 mg IV cada 8 horas dependiendo de la indicación médica.

◆ **Fundamento**

“Los antibióticos pueden ejercer efecto bacteriostático como bactericida, el primero inhibe el crecimiento de microorganismos permitiendo que los mecanismos de defensa del individuo funcionen; el segundo produce la muerte del microorganismo. Se debe administrar los antibióticos a dosis altas y el tiempo adecuado para garantizar la supresión de la infección”(Holloway, s/f, pág. 132).

➤ **Actividades**

Valorar la herida quirúrgica una vez en cada turno.

◆ **Fundamento**

“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” (Holloway, s/f, pág. 133).

➤ **Actividades**

Mantener la incisión limpia y seca. Realizar la curación de la herida QD, o cada 12 horas, dependiendo de la herida.

◆ **Fundamento**

Una herida limpia y seca tiene menos riesgo de infección. La humedad facilita el desarrollo de microorganismos.

➤ **Actividades**

Realizar curación de la herida QD o cada 12 horas dependiendo de la herida como este, mantener la habitación ventilada y limpia, utilizando técnica aséptica.

◆ **Fundamento**

“Prevenir la infección, realizando el procedimiento de la curación de 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” (Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 115).

➤ **Actividades**

Informar y enseñar al paciente sobre los factores que pueden retrasar la cicatrización de la herida.

◆ **Fundamento**

“La educación tanto al paciente y al familiar es necesaria en todo momento sobre cuidados y hábitos alimenticios, de higiene es importante para lograr una pronta cicatrización de la herida y de su salud” (Holloway, s/f, pág. 180).

➤ **Actividades**

Ayudar al paciente a sujetar la herida quirúrgica, aproximándola con las manos o con una almohada, cuando se mueva, tosa, estornude o vomite.

◆ **Fundamento**

Evitar dehiscencia o separación de los bordes de la herida.

➤ **Actividades**

Realizar limpieza y baño del paciente.

5.7.5. Patrón de Eliminación Fecal

Diagnóstico: Potencial de estreñimiento r/c disminución del peristaltismo secundario a efectos de anestesia, cirugía, manipulación de órganos abdominales y del reposo e inmovilidad post operatoria.

Objetivo: Prevenir el estreñimiento

➤ **Actividades**

Valorar el abdomen 2 veces al día para detectar los ruidos intestinales y la presencia de distensión.

◆ **Fundamento**

“Los ruidos intestinales serán hipo activos inicialmente logrando una completa recuperación a los 2 días del post operatorio” (Holloway, s/f, pág. 163).

➤ **Actividades**

Si hay presencia de ilio paralítico aplicar medidas como NPO, colocar SNG, usar sonda rectal para ayudar a eliminar gases, aumentar líquidos intravenosos.

◆ **Fundamento**

“Estas medidas ayudan a prevenir la distensión abdominal mientras remueven el retorno del peristaltismo. La administración de líquidos intravenoso mantienen el equilibrio de líquidos y electrolitos” (Holloway, s/f, pág. 165).

➤ **Actividades**

Implantar medidas de bienestar al paciente proporcionando cuidados bucales, animar a los frecuentes cambios de posición y de ambulación según la tolerancia de los pacientes.

◆ **Fundamento**

“Mantener cómodo al paciente es esencial para prevenir un aumento de ansiedad, la actividad promueve el peristaltismo” (Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 120).

➤ **Actividades**

Prevenir la distensión gastrointestinal: mantener la permeabilidad de la sonda naso gástrica, si la lleva.

◆ **Fundamento**

“La sobre distensión del tracto gastrointestinal particularmente del duodeno, desencadena el reflejo del vómito” (Holloway, s/f, pág. 182).

➤ **Actividades**

Limitar las visiones, olores y estímulos psíquicos desagradables tales como la ansiedad intensa y el dolor.

◆ **Fundamento**

“Estos factores causan estimulación cortical de la zona desencadenante de los quimiorreceptores medulares, que provoca el vómito” (Holloway, s/f, pág. 120).

➤ **Actividades**

Advertir al paciente que cambie de posición lentamente.

◆ **Fundamento**

Los cambios rápidos estimulan la zona desencadenante del vomito.

➤ **Actividades**

Ofrecer al paciente líquidos claros en pequeñas cantidades cuando reanude su ingestión bucal, y avanzar en la dieta según tolere.

◆ **Fundamento**

“Reduce el riesgo de irritación gástrica y vómito para reducir la pérdida de líquidos” (Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 136).

5.7.6. Patrón Autopercepción y Auto concepto

Diagnóstico: Ansiedad r/c la falta de conocimientos de los acontecimientos postoperatorios y expectativas de la cirugía, resultados esperados, tiempo de evolución.

Objetivo: Disminuir la ansiedad del paciente y la familia.

➤ **Actividades**

Valorar el nivel de ansiedad, y las fuentes o causas de ansiedad.

◆ **Fundamento**

Reduce la ansiedad en el paciente y la familia.

➤ **Actividades**

Mantener con el paciente una relación terapéutica, de ayuda y comprensión en todo momento, ofreciendo seguridad y bienestar, explicar la evolución postoperatoria prevista y cada una de las actividades de enfermería que se realicen, explicando su finalidad.

Si el paciente está ansioso, dedicar tiempo a valorar su situación y buscar sus causas; mantener un entorno agradable y tranquilo eliminando los estímulos excesivos.

Favorecer la expresión de sentimientos, y enseñar a realizar ejercicios de relajación. Hacer participar al paciente y la familia, en la medida de lo posible, en su propio cuidado.

Proporcionar toda información necesaria en relación a su cuidado para el alta, reforzando y corrigiendo las dudas existentes.

Hacer participar al paciente y la familia en la medida de lo posible, su propio cuidado.

◆ **Fundamento**

De acuerdo a(Carpenito, lynda;, 1998) “La enseñanza al paciente y familia sobre pruebas y medidas del tratamiento pueden ayudar a disminuir su miedo y ansiedad asociados a lo desconocido, y mejorar su sensación de control sobre la situación” (p.704).

5.8. Educación para el Paciente y la Familia

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 y dieta. 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; acudir por emergencia si presentara algún problema, además se indica la fecha y hora que el paciente debe ir al control por consulta externa para su respectivo chequeo y retiro de puntos. Con todas estas indicaciones lleva el paciente el plan de egreso y formulario de referencia para su cita médica.

**ÁREA: SERVICIO DE CIRUGÍA- FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL
PACIENTE APENDICECTOMIZADO.**

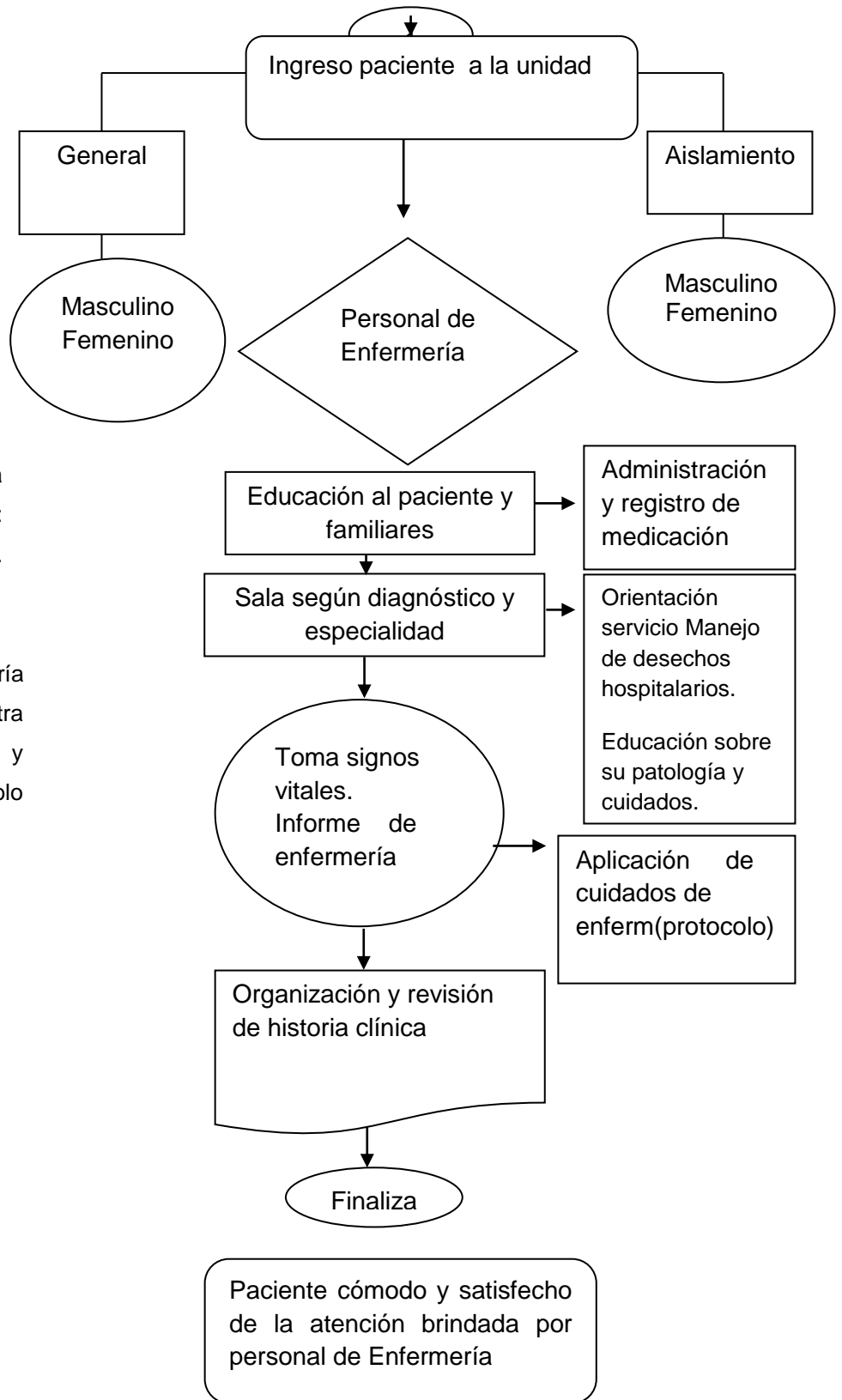
1. Personal de enfermería recibe y acompaña al paciente para su admisión en el Servicio de Cirugía

2.- Admisión, recepción, ubicación y registro del paciente en el servicio.

3.- Información, educación a la familia y al paciente sobre: manejo de desechos hospít. Cuidados generales /patología.

4.- Personal de enfermería planifica, ejecuta, administra registra cuidados del paciente y medicamentos aplicando protocolo de atención.

5.- Paciente hospitalizado recibiendo tratamiento clínico y quirúrgico



5.9. Glosario de Términos

Dolor Agudo.- Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, de inicio súbito o lento, de cualquier intensidad de leve a grave.(Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería, 1990).

Riesgo de Infección.- Estado en que el individuo presenta riesgo elevado de ser invadido por agentes infecciosos patógenos.(Holloway, s/f)

Estreñimiento.- Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal. Acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras o secas.(Holloway, s/f)

Retención Urinaria.- Estado en que el individuo presenta un vaciamiento incompleto de la vejiga urinaria.(Holloway, s/f)

Náuseas.- Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigástrico o abdomen que pueden provocar la urgencia o necesidad de vómito.(Holloway, s/f)

Riesgo de aspiración.-Situación en que el individuo corre el peligro de que penetren en el tracto traqueo bronquial secreciones oro faríngeas o gastrointestinales, alimentos sólidos o líquidos, debido a una disfunción o una ausencia de los mecanismos normales de protección.(Lillian Sholtis Brunner, 1989)

Hipertermia.-Estado en que la temperatura corporal se eleva por encima de los límites normales.(Lillian Sholtis Brunner, 1989)

Entorno.- Se identifica las circunstancias tanto físicas como sociales o de otra naturaleza que afectan a las personas, conjunto del universo del que forman parte las personas.(Holloway, s/f)

Salud.- Son los valores y experiencias vividas según las perspectivas de las personas, se refiere al estado de vida que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal.(Lillian Sholtis Brunner, 1989)

5.10. Resumen del Proceso por el cual se logró Producir el Protocolo de Atención

Mediante la aplicación de las encuestas al personal de enfermería podemos observar que el 39% de las enfermeras realiza procesos de atención mientras que el 61% no aplica procesos de enfermería que garanticen una atención de calidad al paciente. Aquí la importancia de crear esta propuesta para estandarizar los cuidados y mejorar el manejo del cuidado a los pacientes apendicectomizado.

Aproximadamente el 25 % de los pacientes en estudio presentaron infecciones de la herida, incrementando así la estadía en los días de hospitalización, gastos hospitalarios que inciden en el presupuesto del hospital.

5.11. Procesos de Implantación del Protocolo de Atención de Enfermería

Dentro de la investigación se realizó el protocolo de atención de enfermería para el manejo de pacientes apendicectomizados para mejorar la calidad de atención y unificación de criterios entre compañeras y así de esta manera poder satisfacer las necesidades del paciente, se entregó esta propuesta a cada líder de servicio con el compromiso de difundir entre las compañeras para su aplicación a estos pacientes. Cabe señalar que no se realizó la socialización con todas las compañeras en forma general por el tiempo que se nos acorto, pero se dejó en todos los servicios y como anteriormente se menciona se entrega a las líderes de cada servicio con el compromiso para su difusión.

Existe mucha apertura por parte de las compañeras y la necesidad de poner en práctica este protocolo para el manejo de los pacientes y mejorar la calidad de atención.

5.12. Procesos de Monitoreo y Evaluación

Por parte de Coordinación de enfermería se conformó comités dentro de los cuales existe el comité de evaluación y capacitación quienes serán los encargados de realizar seguimientos respectivos para dar continuidad y lograr que se apliquen estos protocolos para el desarrollo de la atención de enfermería.

5.13 Protocolos de Atención de Enfermería a Pacientes Apendicectomizado en el Servicio de Cirugía del Hospital San Luis de Otavalo.

DATOS	DIAGNOSTICO	METAS	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
Patrón de la percepción y mantenimiento de la salud.	Déficit de conocimientos sobre la operación y el posoperatorio	Adquirir conocimientos acerca de la operación y el posoperatorio	<p>Educación al paciente lo realiza la enfermera quien recibe al paciente en el servicio de cirugía, toma signos vitales, valora al paciente y dan las indicaciones necesarias al paciente y familia.</p> <p>Indicarle que se le colocará en posición de fowler luego de recuperarse de la anestesia.</p> <p>Se le indicara que respire profundamente y tosa.</p> <p>Enseñarle que tendrá colocado una SNG y no recibirá líquidos en tanto no reanude el peristaltismo.</p> <p>Informarle que recibirá líquidos por vía parenteral. No se administrará</p>	<p>La información ayuda a que el paciente entienda la razón de los procedimientos a realizar.</p> <p>La posición de fowler facilita el drenaje gástrico.</p> <p>La tos y la respiración profunda sirven para prevenir complicaciones pulmonares</p> <p>La SNG posibilita el drenaje gástrico que suele contener algo de sangre durante las primeras 12 horas.</p> <p>Los líquidos por vía parenteral satisfacen las necesidades de líquidos y</p>

			<p>por boca hasta que se extraiga la SNG y se reanude el peristaltismo.</p> <p>Mencionarle que se agregarán alimentos en forma gradual</p> <p>Informarle que usualmente se iniciará la ambulación el primer día del posoperatorio.</p> <p>Informarle que los apósitos de la incisión quizá drenen, esto debe informar inmediatamente.</p> <p>Control de signos vitales: T/A, FC, FR, Temperatura</p>	<p>nutricionales, además de compensar la pérdida de aquellos por drenaje y vómito.</p> <p>Los incrementos pequeños en la ingestión de líquidos y alimentos se inician para evaluar la tolerancia del paciente.</p> <p>La ambulación a la brevedad previene la estasis venosa y flebotrombosis.</p> <p>El drenaje cero sanguinolento es algo esperado en el posoperatorio en especial si se dejan drenaje en la incisión.</p> <p>Es una fuente importante de datos orientativos del estado del organismo que refleja el funcionamiento de los principales sistemas corporales; pueden presentar taquipnea, respiraciones</p>
--	--	--	--	---

			<p>Valorar el dolor, comprobando su localización, características y gravedad (escala o a 10)</p> <p>-Proporcionar información precisa y sincera al paciente y familia.</p> <p>-Mantener al paciente en reposo, en posición semifowler.</p>	<p>superficiales, también pueden mostrar fiebre.</p> <p>Es necesario controlar la eficacia de la medicación y la evolución de la cicatrización. Los cambios de las características del dolor pueden indicar la manifestación de abscesos, que necesitan de evaluación médica urgente.</p> <p>Estar informado sobre la evolución de la situación proporciona apoyo emocional, que ayuda a disminuir la ansiedad.</p> <p>La gravedad localiza el exudado inflamatorio en la parte inferior del abdomen o la pelvis, aliviando la tensión abdominal, que se acentúa en decúbito supino.</p> <p>Favorece la normalización de la función orgánica; ej. Estimula el peristaltismo y la</p>
--	--	--	--	--

<p>Patrón Cognoscitivo Perceptivo.</p>	<p>Dolor agudo r/c Distensión de los tejidos intestinales por inflamación la incisión quirúrgica m/p dolor, contractura</p>	<p>Disminuir el dolor</p>	<p>-Animarle al paciente a caminar pronto.</p> <p>-Proporcionarle actividades recreativas</p> <p>-Valorar los signos vitales como la T/A es importante si esta baja o alta antes y después de la administración de analgésicos.</p> <p>-Administración de analgésico utilizando los 5 correctos (Ketorolaco) IV 60Mg cada 8 horas durante las primeras 24 horas, y luego 2 gr de metamizol cada 8</p>	<p>eliminación de flatos reduciendo el malestar abdominal.</p> <p>Permite recuperar la atención, facilita la relajación y puede aumentar las capacidades de afrontamiento.</p> <p>La analgesia se logra con la depresión selectiva del sistema nervioso central. Inhibe la síntesis de las prostaglandinas a través del bloqueo de la ciclooxigenasa, el ketorolaco actúa como analgésico, antiinflamatorio y el metamizol como analgésico-antipirético. El alivio del dolor facilita la cooperación con otras intervenciones terapéuticas. Alivia el dolor por medio de sensibilización de las terminaciones nerviosas.</p>
--	---	---------------------------	---	--

	<p>abdominal.</p> <p>Riesgo de déficit de volumen hídrico r/c vómito, limitaciones posoperatorias</p>	<p>Mantener el equilibrio hídrico suficiente.</p>	<p>horas, durante su recuperación.</p> <p>-Colocar hielo en abdomen periódicamente, durante las primeras 24 a 48 horas como sea adecuado.</p> <p>-Examinar las mucosas; valorando la turgencia cutánea y el llenado capilar.</p> <p>-Control del balance hídrico; comprobar el color la concentración de la orina y su densidad.</p> <p>-Recuperar perdidas con solución salina 0.9%.</p> <p>-Mantener hidratado al paciente y vía periférica permeable.</p> <p>-Administrar medicación indicada (metoclopramida)</p>	<p>Son indicadores de una circulación periférica e hidratación celular adecuadas.</p> <p>La disminución de la producción de orina concentrada con aumento de la densidad indica deshidratación, necesidad de aumentar la administración de líquidos.</p> <p>Los líquidos endovenosos ayudan a prevenir el choque y conservar el equilibrio hidroelectrolítico</p> <p>Ayudará a la administración de medicamentos.</p> <p>Son agentes necesarios para deprimir el centro del vómito o la respuesta de la zona</p> <p>Desencadenante</p>
--	---	---	---	--

			<p>-Control de diuresis</p> <p>Auscultar los borborismos, comprobando la eliminación de flatos y de heces.</p> <p>-Prevenir la distensión gastrointestinal: mantener la permeabilidad de la sonda naso gástrica, si la lleva.</p> <p>Limitar las visiones, olores y estímulos psíquicos desagradables tales como la ansiedad intensa y el dolor.</p> <p>-Advertir al paciente que cambie de</p>	<p>Valorar si la diuresis esta dentro de los parámetros normales.</p> <p>Son indicadores del retorno del peristaltismo y la disponibilidad del paciente para reanudar una dieta bucal.</p> <p>La sobre distensión del tracto gastrointestinal particularmente del duodeno, desencadena el reflejo del vómito</p> <p>Estos factores causan estimulación cortical de la zona desencadenante de los quimiorreceptores medulares, que provoca el vómito.</p> <p>Los cambios rápidos estimulan la zona desencadenante del vomito.</p> <p>Reduce el riesgo de irritación gástrica y vómito para reducir la pérdida de líquidos.</p>
--	--	--	---	---

	<p>Potencial alteración de la nutrición r/p disminución de ingesta de</p>	<p>Evitar pérdida de peso en el paciente</p>	<p>posición lentamente.</p> <p>-Ofrecer al paciente líquidos claros en pequeñas cantidades cuando reanude su ingestión bucal, y avanzar en la dieta según se tolere.</p> <p>-Administrar líquidos y electrolitos IV.</p> <p>Valorar el estado nutricional del paciente así como la presencia de vómitos, náuseas, gases intestinales, dolor gástrico o abdominal, que pueden interferir con una correcta nutrición.</p> <p>-Administrar líquidos por vía oral</p>	<p>El peritoneo reacciona a la irritación o infección al producir gran cantidad de líquido intestinal posiblemente reduciendo el volumen de sangre circulante, lo que provoca tanto deshidratación como un desequilibrio relativo electrolítico.</p> <p>Mediante la valoración obtenemos información necesaria que puede evitar complicaciones.</p> <p>La presencia de ruidos intestinales indican la reanudación del peristaltismo</p> <p>Es importante administra una dieta rica en nutrientes, proteínas y vitaminas para favorecer la cicatrización de la herida, y</p>
--	---	--	---	---

	<p>alimentos m/p pérdida de apetito por presencia de dolor náusea, vómito y malestar general.</p>		<p>desde que haya movimientos peristálticos y el estado de conciencia lo permita.</p> <p>-Habitualmente a las 24 horas del postoperatorio se inicia su administración de dieta si no hay contraindicación médica por el tipo de cirugía y anestesia o por las condiciones del paciente.</p> <p>A medida que se toleren los líquidos, se irá aumentando la dieta, de una líquida a una blanda, hasta alcanzar una dieta normal habitual.</p> <p>Estimular la de ambulación temprana.</p> <p>-Pesar al paciente cada día.</p> <p>-Mantener al paciente en posición de</p>	<p>de fibra para prevenir el estreñimiento.</p> <p>Evitar adherencias y mejorar su actividad intestinal evita llenado de gases y mejora el apetito</p> <p>Comprobar si hay ganancia o pérdida de peso.</p> <p>-Prevenir la aspiración.</p> <p>Es una técnica aséptica la cual elimina bacterias y evita la proliferación de las mismas</p> <p>Al valorar al paciente estamos</p>
--	---	--	---	--

<p>Patrón Nutricional Metabólico</p>	<p>Alto riesgo de infección relacionado con el procedimiento quirúrgico (ruptura de la barrera de la piel) y procedimientos invasivos: presencia de vías venosas, sondajes, drenes.</p>	<p>Evitar infección a nivel de herida quirúrgica y posible complicación.</p>	<p>semifowler o cubito lateral.</p> <p>Realizar el correcto lavado de manos para el manejo de cada paciente.</p> <p>Valorar los factores de riesgo de infección (ambiente, herida, drenes, sondas, vías venosas, estado nutricional, higiene.</p> <p>Controlar los signos vitales: comprobar si el paciente presenta fiebre, escalofríos, diaforesis, cambios en el estado mental o refiere un aumento del dolor abdominal.</p> <p>-Controlar la temperatura del paciente con frecuencia (4 veces al día) y anotar e informar de los aumentos de ésta</p>	<p>previniendo complicaciones en el paciente.</p> <p>Es indicativo de la presencia de infección, manifestación de septicemia, abscesos, peritonitis.</p> <p>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.</p> <p>El control y verificación es importante para detectar oportunamente alteraciones en el paciente, como fiebre, malestar, taquicardia, T/A baja, diaforesis, o la herida si esta con</p>
--------------------------------------	---	--	---	--

			<p>Controlar los signos y síntomas de infección de la herida, detectando:</p> <p>Enrojecimiento.</p> <p>Aumento local de temperatura.</p> <p>Drenaje aumentado o purulento</p> <p>Separación de los bordes de la herida.</p> <p>Inflamación, edema local.</p> <p>-Controlar el punto de inserción de vías venosas y trayectos venosos.</p> <p>-Administrar antibióticos usando los cinco correctos.</p> <p>(Ciprofloxacina, IV cada 12 horas, o Cefalexina IV cada 6 horas, o ampicilina sulbactam IV cada 6 horas, más metronidazol 500 mg IV cada 8 horas. dependiendo del</p>	<p>infección o no.</p> <p>Identificar signos de flebitis y realizar los cuidados oportunos para su prevención.</p> <p>Los antibióticos pueden ejercer efecto bacteriostático como bactericida, el primero inhibe el crecimiento de microorganismos permitiendo que los mecanismos de defensa del individuo funcionen; el segundo produce la muerte del microorganismo. Se debe administrar los antibióticos a dosis altas y el tiempo adecuado para garantizar la supresión de la infección.</p> <p>Para detectar: Prueba de cicatrización normal, como aproximación de los</p>
--	--	--	---	---

			<p>médico</p> <p>-Valorar la herida quirúrgica una vez en cada turno.</p> <p>-Mantener la incisión limpia y seca. Realizar la curación de la herida QD, o cada 12 horas, dependiendo de la herida.</p> <p>-Realizar curación de la herida QD o cada 12 horas dependiendo de la herida como este, cuando la habitación esté ventilada y limpiada,</p>	<p>bordes de la herida y ausencia de drenaje purulento o maloliente y tejido de granulación; signos de dehiscencia, signos de evisceración.</p> <p>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 curación de 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.</p> <p>La educación tanto al paciente y al familiar es necesaria en todo momento sobre cuidados y hábitos alimenticios de higiene es importante para lograr una pronta cicatrización de la herida y de su</p>
--	--	--	--	--

	<p>Ansiedad r/c la</p>		<p>utilizando técnica aséptica.</p> <p>-Informar y enseñar al paciente sobre los factores que pueden retrasar la cicatrización de la herida .</p> <p>-Ayudar al paciente a sujetar la herida quirúrgica, aproximándola con las manos o con una almohada, cuando se mueva, tosa, estornude o vomite.</p> <p>-Realizar limpieza y baño del paciente.</p> <p>Valorar el nivel de ansiedad, y las fuentes o causas de ansiedad.</p> <p>Mantener con el paciente una relación terapéutica, de ayuda y</p>	<p>salud</p> <p>Evitar dehiscencia o separación de los bordes de la herida</p> <p>Elimina toxinas producidas por el paciente y mejora la circulación.</p> <p>Reduce la ansiedad en el paciente y la familia.</p>
--	------------------------	--	--	--

<p>Patrón de la Auto percepción</p>	<p>falta de conocimientos de los acontecimientos postoperatorios y expectativas de la cirugía, resultados esperados, tiempo de evolución.</p>	<p>Disminuir la ansiedad del paciente y la familia</p>	<p>comprensión en todo momento, ofreciendo seguridad y bienestar, explicar la evolución postoperatoria prevista y cada una de las actividades de enfermería que se realicen, explicando su finalidad. Si el paciente está ansioso, dedicar tiempo a valorar su situación y buscar sus causas; mantener un entorno agradable y tranquilo eliminando los estímulos excesivos. -Favorecer la expresión de sentimientos, y enseñar a realizar ejercicios de relajación.-Hacer participar al paciente y la familia, en la medida de lo posible, en su propio cuidado.</p>	
-------------------------------------	---	--	--	--

Bibliografía

Arias, J., Aller, M., Arias, J., & Aldamendi, I. (2000). *Enfermería Medico-Quirúrgica T2*. Tebar.

Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería. (1990).

Azzato, F., & Waisman, H. (2008). *Abdomen Agudo Acute Abdomen*. Médica Panamericana.

Carpenito, Lynda; (1998). *Diagnóstico de Enfermería*. España: Mc Graw Hill.

cemsureste. (s.f.). *www.cemsureste.com*. Recuperado el 15 de 05 de 2011, de http://www.cemsureste.com/gas_apendicitis.htm

González, J. R. (s/f). *Introducción al Proceso de Atención de Enfermería*. Valencia: Escuela Universitaria Virgen de los Desamparados.

Holloway, N. M. (s/f). *Planes de cuidados de enfermería médico quirúrgico*. Barcelona, Madrid, Bogotá, Buenos Aires, México Santiago de Chile: Doyma.

Hospital San Luis de Otavalo. (13 de 07 de 2011). Operación de Apendicectomía. Otavalo, Imbabura, Ecuador.

Hospital Univesitario "Reina Sofía" - Dirección de Enfermería. (2001). *Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería*. Córdoba.

Jimenez, M. (2002). *Calidad de Atención* . Argentina: Universidad Nacional de La Matanza.

Lillian Sholtis Brunner, D. S. (1989). *Enfermería Médico Quirúrgico*. México, Bogota, Buenos Aires, Caracas, Guatemala, Lisboa, Madrid, Nueva York, Panamá etc.: Interamericana. McGRAW-Hill.

Maslow, A. (1991). *Motivación y Personalidad* . Madrid: Díaz de Santos.

medico.com. (03 de 2011). *www.tuotromedico.com*. Recuperado el 18 de 07 de 2011, de <http://www.tuotromedico.com/temas/apendicectomia.htm>

Oto, I. (2003). *Enfermería Médico-Quirúrgica Necesidad de Nutricion y Eliminacion*. España: Elsevier.

Paz, J. (s/f). *Avances en el Manejo de la Infección Quirúrgica*. Universidad de Oviedo.

Pérez, A. (2004). *Proceso de Enfermería Estimado de Conductas y Estimado de Estímulos*. Puerto rico: Universidad de Puerto Rico Humacao.

Prescott, H. K. (1999.). *Microbiología*. España: Mc Graw-Hill Interamericana.

University of Maryland Medical Center. (2011). *www.umm.edu*. Recuperado el 20 de 07 de 2011, de http://www.umm.edu/esp_ency/article/003120.htm

Vizcarra, G. (s/f). *www.monografias.com*. Recuperado el 15 de 05 de 2011, de <http://www.monografias.com/trabajos76/apendicetomia/apendicetomia.shtml>

www.terra.es. (s.f.). *www.terra.es*. Recuperado el 12 de 08 de 2011, de <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

Anexos

Anexos 1 Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Niveles de Medición
Fases del proceso de enfermería dirigido a pacientes apendicectomizado	Es un procedimiento metódico de intervención práctica en forma eficiente	Valoración Diagnóstico Planificación Ejecución y evaluación	Datos Diagnóstico de enfermería Metas Actividades de enfermería Evolución del paciente	V. Ordinal V. Ordinal V. Ordinal V. Ordinal
Proceso de enfermería a pacientes de apendicectomía en el servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo	Método sistémico y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados.	Valoración de enfermería para la atención de los pacientes. Realiza el diagnóstico de enfermería Planifica actividades de enfermería Ejecuta las	-Si -No -Como -Si -No -Como -Si -No -Como -Si	V. Ordinal V. Nominal V. Nominal V. Nominal

		actividades Evalúa al paciente	-No -Como	
Cuidados generales de Enfermería en pacientes de apendicetomía .		Valoración del nivel de conciencia	-Si -No -Como	V. Nominal
		Valoración al Paciente. hemodinámica mente	Valora en cada turno -Si -No -Como	V Nominal V Nominal
		Toma y valoración de signos vitales como:FC,TA, FR, Temperatura	-Si -No -Utiliza equipo completo -Informa cambios	V Nominal V Nominal
		Valora y mantiene vía periférica permeable	-Si -No	V Nominal
		Realiza Balance Hídrico	.Si -No	V Nominal
		Valora el dolor	-Si -No	V Nominal

		Verificación de la herida	-Inicio -Origen -Zona afectada	V Nominal
		Control de la herida	-Normal -Caliente -Enrojecimiento -Edema	V Nominal V Nominal
		Curación de la herida	-Usa medidas de asepsia y antisepsia	V Nominal
		Valora al paciente con exámenes de laboratorio	-Si -No BH Plaquetas Urea- creatinina	V. Nominal
		Educa al paciente y Familia sobre cuidados y prevención	-Si -No -Escrito -Valoraciones de riesgo -Cuidados preventivos	V. Nominal
		Registro y		

<p>Características socio demográfico de pacientes de apendicectomías atendidos en el servicio de cirugía del hospital San Luis de Otavalo</p>	<p>Son característica de cada persona individualizadas</p>	<p>evaluación</p> <p>Edad:</p> <p>Procedencia</p> <p>Etnia</p> <p>Estrato socio económico</p> <p>Nivel educativo</p>	<p>-Características del paciente.</p> <p>15 a 25 ()</p> <p>26 a 35 ()</p> <p>36 a 45 ()</p> <p>46 a 55 ()</p> <p>56 a mas ()</p> <p>Sexo:</p> <p>Femenino ()</p> <p>Masculino ()</p> <p>Urbana ()</p> <p>Rural ()</p> <p>Mestiza ()</p> <p>Afroamericano ()</p> <p>Indígena ()</p> <p>Alta ()</p> <p>Medio ()</p> <p>Bajo ()</p> <p>Ninguno ()</p> <p>Primaria ()</p> <p>Secundaria ()</p> <p>Superior ()</p> <p>Otras ()</p>	<p>V Ordinal</p> <p>V Nominal</p> <p>V Nominal</p> <p>V Nominal</p> <p>V Ordinal</p> <p>V. Ordina</p>
---	--	--	---	---

Anexos 2 Consentimiento Informado para Enfermeras

Su participación en este estudio no representa ningún riesgo adicional para su condición laboral ya que, determina cuales son las intervenciones de enfermería que usted está realizando, el objeto de esta es mantener la confidencialidad de la información obtenida de usted, su nombre no será utilizado durante el análisis ni al reportar los resultados del estudio, y solo la investigadora tendrá acceso a la información que usted brinde.

Su participación en el mismo es completamente voluntaria, por lo que usted tiene derecho a participar o a retirarse del estudio cuando lo desee sin que esto repercuta en su situación laboral actual o futura en este hospital. Usted no pagara ningún costo adicional. En caso de aceptar su participación en el estudio, Usted estar contribuyendo a mejorar la calidad del cuidado para la atención del paciente.

Si usted acepta participar en el estudio, por favor firme esta autorización.

Muchas Gracias

- Si autoriza participar en este estudio
- No autoriza participar en este estudio

Nombre de la Enfermera.....

Firma de la Enfermera.....

Fecha: Día Mes Año

Anexos 3 Encuestas

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE UNIVERSIDAD MARIANA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE DE ESTADO CRÍTICO

Encuesta a personal de Enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo

OBJETIVO: Determinar la atención y aplicación de procesos de enfermería que brindan en el cuidado del paciente Post operado de apendicetomía.

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente la encuesta, conteste con sinceridad y honestidad, sea claro y conciso al contestar las preguntas las respuestas son confidenciales.

CUESTIONARIO

1.- ¿Conocimiento teórico del proceso de enfermería para la atención al paciente de apendicectomía.

Si () No ()

Porque.....

2.- Reconoce cuales son las fases del proceso de enfermería:

Toma de signos vitales ()

Planificación de actividades ()

Levantarle al paciente luego de la cirugía ()

Ejecución de actividades ()

Valoración al paciente ()

Administración de medicación ()

Evaluación ()

3.- ¿Realiza proceso de enfermería para pacientes operados de apendicectomía?

Si () No ()

4.- Dentro de las actividades de enfermería cuales son las más aplicables:

- Valoración del nivel de conciencia Si () No ()
- Valoración al Pte. Hemodinámicamente Si () No ()
- Toma y valoración de signos vitales como: FC, TA, FR, Temperatura
Si () No ()
- Valora y mantiene vía periférica permeable Si () No ()
- Realiza Balance Hídrico Si () No ()
- Valora el dolor Si () No ()
- Verificación de la herida Si () No ()
- Control de la herida Si () No ()
- Curación de la herida Si () No ()
- Valora al Pte. Con exámenes de laboratorio Si () No ()
- Educa al Pte. Familia sobre cuidados y prevención Si () No ()
- Registro y evaluación Si () No ()
- 4.- ¿Conoce Ud. Protocolos de Atención al pacientes post
apendicectomizado?
Si () No ()
- 5.- ¿Cree necesario la implementación de los mismos en el servicio de
cirugía?
Si () No ()
Porque.....
.....
- 6.- ¿Que recomienda Ud. para mejorar la atención de enfermería al
paciente?
.....
.....
- 7.- ¿Cree Ud. Que se debe capacitar al personal de Enfermería?
Si () No ()
Porque
.....
.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**Anexos 4 Instrumento de Recolección de Información del Paciente
Apendicectomizado.**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Número de Historia

Edad:

Procedencia:

Sexo:

En que trabaja:

Etnia:

Estado civil:

Nivel educativo:

Fases del proceso de enfermería	Descripción de datos	observaciones
VALORACIÓN: Datos objetivos: Datos Subjetivos; DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA OBJETIVOS EVALUACIÓN		

Anexos 5 Ilustración del Hospital San Luis de Otavalo



Anexos 6 Ilustración del Servicio de Cirugía del Hospital San Luis de Otavalo



Anexos 7 Ilustración de la Atención de Enfermería a Paciente Apendicectomizado





ANEXO 8

**“PROCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES
PAENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL
HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO ENTREGADO
AL PERSONAL DE SERVICIO DE ENFERMERÍA**

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES
APENDICENTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO**



Autora: Mercedes Guadalupe Terán Morales

Asesora: Magíster Yudy Basante

Ibarra 2012

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. PROPUESTA	3
1.1 Título	3
1.2 Introducción	3
1.3 Objetivos	4
1.3.1 General	4
1.3.2 Específicos	4
1.4 Justificación	4
1.5 Descripción	6
1.6 Personal a quien va Dirigido	7
1.7 Aspectos Ordinales de la Guía.....	7
1.7.1 Etapa Posoperatoria	7
1.7.2 Patrón Cognitivo- Perceptual	11
1.7.3 Patrón Eliminación	14
1.7.4 Patrón Nutricional Metabólico	19
1.8 Educación para el Paciente y la Familia	30
1.9 Glosario de Términos.....	32
1.10 Resumen del Proceso por el cual se logró Producir el Protocolo de Atención.....	34
1.11 Procesos de Implantación del Protocolo de Atención de Enfermería 34	
1.12 Procesos de Monitoreo y Evaluación	35
Bibliografía	36

1. PROPUESTA

Validación del protocolo de Atención de Enfermería a Pacientes Apendicectomizados en el Servicio de Cirugía del Hospital San Luis de Otavalo. Este Protocolo es considerado válido en un 100% por las enfermeras líderes del Servicio de Cirugía del Hospital San Luis de Otavalo. Al reunir características que se adaptan a las necesidades propias del paciente apendicectomizado, además este protocolo se basa en todas las fases del proceso de atención de enfermería.

1.1 Título

Protocolo de Atención de Enfermería a Pacientes Apendicectomizados en el Servicio de Cirugía del Hospital San Luis de Otavalo.

1.2 Introducción

Siendo la Apéndice Aguda la causa más frecuente en las salas de urgencias nos hemos visto en la necesidad de realizar un proceso investigativo para la creación de un protocolo de atención de enfermería dedicado a pacientes apendicectomizados en el servicio de cirugía del hospital san Luis de Otavalo.

El Proceso de enfermería es un sistema de planificación para la ejecución de los cuidados de enfermería compuesto de cinco etapas: Valoración, Diagnostico, Planificación de actividades, Ejecución y Evaluación, estos son aplicados en forma metodológica nos ayudan a recopilar datos muy importantes sobre el paciente atendido con esta patología; logrando así el objetivo principal del proceso de enfermería que es cubrir individualmente las necesidades del pacientes familia y comunidad.

Un proceso de enfermería bien aplicado en todas sus fases logra un mejoramiento tanto para el paciente en su atención como el mejor desempeño profesional de nosotros como entes de la salud.

Dispuestos a obtener buenos resultados con los protocolos a crear se ha tratado en lo posible de aplicar todas técnicas investigativas y científicas para lograr nuestro objetivo y satisfacer las necesidades de la Institución.

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Estandarizar los cuidados de atención inmediata en pacientes apendicectomizados en el servicio de cirugía del Hospital san Luis de Otavalo, enfatizando la prevención de complicaciones a estos pacientes.

1.3.2 Específicos

Fundamentar científicamente las bases conceptuales para el manejo de pacientes apendicectomizados considerador en el protocolo.

Proporcionar una guía de trabajo que permita brindar atención de enfermería a pacientes apendicectomizados en el servicio de cirugía.

Fortalecer los conocimientos de enfermería capacitando, estimulando al personal para que brinde una atención eficiente, eficaz con equidad y calidez a nivel hospitalario.

1.4 Justificación

La propuesta de la guía son estrategias metodológicas para desarrollar actitudes de enfermería en la atención al paciente

apendicectomizado, surge de la aplicación de encuestas a enfermeras de la Institución; también porque en el servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo no cuenta con protocolos de atención que dirijan la práctica de Enfermería al paciente apendicectomizado, y luego aplicar y replicar a las enfermeras que serán de gran utilidad para todas quienes laboramos en esta casa de salud, así poder brindar una calidad de atención eficiente.

Mediante este protocolo de atención; los beneficiados serán todos los pacientes apendicectomizados que ingresan al servicio de cirugía del Hospital San Luís de Otavalo.

Este es un instrumento de apoyo para determinar las actividades de enfermería hacia el paciente apendicectomizado es muy importante para poder ofrecer una atención de calidad y brindar la posibilidad de planear actividades que conduzcan al mejoramiento del paciente.

A través de esta investigación se ha constatado las falencias en los procesos de atención a los pacientes quirúrgicos sobre todo a los post operatorio por apéndice en el servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo y una vez conocidas poder mejorar dichos procesos logrando así una magnífica calidad de atención.

Por medio de los conocimientos científicos bien analizados a través de todo el proceso investigativo, se ha podido establecer protocolos bien diferenciados y aplicables a nuestra realidad demográfica y socio económica en beneficio de la Institución y crecimiento individual profesional.

Hemos podido establecer estrategias científicas dirigidas a nuestra población, que acude diariamente al Hospital San Luis de Otavalo en busca de su sanación; gente de bajos recursos, poca educación y por

tanto necesita atención personalizada con un lenguaje y métodos acoplados a su cultura y etnia.

Con este estudio los beneficiarios directos serán los pacientes apendicectomizados que ingresen al servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo, y los indirectos sus familiares, así también el talento humano como es el personal de enfermería puesto que manejarán una guía protocolaria en la atención a estos pacientes brindando una calidad óptima de atención para el mejoramiento y recuperación del pacientes y tendrá un impacto de orden económico reduciendo costos en el tratamiento y estadía del paciente.

1.5 Descripción

Sin temor a equivocarse y después de haber realizado la investigación y el estudio que nos permita involucrarnos como enfermeras preocupadas en contribuir al desarrollo de actividades para la atención del paciente apendicectomizado en el servicio de cirugía del Hospital San Luis de Otavalo; conocedoras de la necesidades basadas en experiencias personales, con investigación y profesionalismo buscamos nuevas alternativas que faciliten el trabajo de la enfermera al brindar atención al pacientes.

La presente propuesta incluye actividades de enfermería con fundamento científico, la enfermera que maneje esta propuesta lo harán con total libertad dependiendo de las necesidades propias de cada apaciente que conllevan a mejorar la calidad de atención y favorecer cambios fundamentales que requieran nuestros pacientes, tanto para su recuperación como para la inclusión en el mundo cada vez más globalizado.

Esta propuesta pretende ser un instrumento que ayude a la enfermera a mejorar la calidad de atención que por muchas razones han sido mecánicas.

Las actividades que miran a continuación se sugieren aplicar a cada paciente en las actividades diarias que se realiza.

1.6 Personal a quien va Dirigido

- Personal de Enfermería
- Personal del Internado Rotativo
- Personal Auxiliar

1.7 Aspectos Ordinales de la Guía

Durante la fase post operatoria el paciente apendicectomizado pueden presentar varios signos que pueden desencadenar complicaciones, debido a esto sugiero la gran necesidad de aplicar esta guía protocolaria que va orientada a mejorar la atención de enfermería basada en fundamento científico.

1.7.1 Etapa Posoperatoria

Ingreso del paciente post apendicectomizado a la Unidad. Proporcionar al paciente una unidad cómoda y cálida al momento del ingreso al servicio de cirugía.

➤ **Actividades**

Preparar cama quirúrgica y colocar fundas calientes 15 minutos antes de que llegue el paciente.

◆ **Fundamento:**

Las medidas de calidad y confort ayudan a disminuir la tensión del paciente y centrarse a relajarse ciertas partes corporales y promueven la liberación de endoforminas las cuales potencian las acciones de analgésicos. (Holloway, s/f, pág. 170)

➤ **Actividades**

Valorar a los pacientes identificando signos de peligro, como estado de conciencia, color de la piel, etc.

◆ **Fundamento**

Esto nos ayuda a la toma de decisiones para el tratamiento y a determinar necesidades del paciente.

➤ **Actividad**

Controlar y documentar los signos vitales en el momento del ingreso en la unidad, cada 2 horas durante las primeras 12 horas post operados, y después cada 4 horas si se han estabilizado. Así como informar las anomalías.

◆ **Fundamento**

“La toma de signos vitales ayuda a identificar alteraciones hemodinámicas del paciente, la hipotensión y taquicardia pueden indicar hemorragia” (Holloway, s/f, pág. 172).

➤ **Actividades**

Valorar el abdomen observando los sonidos intestinales, distensión, firmeza y presencia de una masa cerca de la incisión quirúrgica.

◆ **Fundamento:**

“Mediante la valoración obtenemos información necesaria para evitar complicaciones, la presencia de ruidos intestinales indica la reanudación del peristaltismo” (Holloway, s/f, pág. 168).

➤ **Actividades**

Valorar el apósito quirúrgico cada hora en las primeras 4 horas y luego cada 4 horas, observar cualquier drenaje que presente en el apósito y anotar e informar drenaje excesivo.

◆ **Fundamento**

“La hemorragia generalmente ocurre en la primeras 24 horas del post operatorio la valoración frecuente permite una pronta detección de la hemorragia” (Holloway, s/f, pág. 171).

➤ **Actividades**

Valorar el drenaje cantidad y tipo de drenaje; informar sobre el tipo de líquido que se elimina por el mismo.

◆ **Fundamento**

El drenaje de sangre rutilante indica hemorragia activa. (Holloway, s/f, pág. 169)

➤ **Actividades**

Valorar el dolor, comprobando su localización características y gravedad.

◆ **Fundamento**

Identificar las características del dolor ayuda a determinar las medidas para aliviarlo. (Holloway, s/f, pág. 173)

➤ **Actividades**

Mantener al paciente en reposo en posición semifowler y estar atento a los cambios de estado mental como agitación y sensación de desastre inminente.

◆ **Fundamento**

“Los cambios del estado mental pueden reflejar hipoxia cerebral indicadora de descenso de la perfusión cerebral por hemorragia que conlleva a una hipovolemia” (Holloway, s/f, pág. 175).

➤ **Actividades**

Valorar y mantener la permeabilidad de la vía intravenosa, mantener los líquidos intravenosa según la prescripción médica.

◆ **Fundamento**

Una vía intravenosa permeable es esencial para la reposición de líquidos.

➤ **Actividades**

Realizar el informe de enfermería.

◆ **Fundamento**

Las anotaciones en la historia clínica permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención de enfermería.

1.7.2 Patrón Cognitivo- Perceptual

Diagnóstico.- Dolor agudo r/c lesión hística, isquemia distención de los tejidos intestinales por inflamación la incisión quirúrgica m/p dolor, contractura abdominal.

Objetivo.- Disminuir y controlar el dolor.

Asegurar el confort del usuario durante su estado patológico.

El paciente demostrará:

- Que el dolor o molestia se ha aliviado o controlado.
- Verbalizara métodos que proporcionan alivio.
- Seguir el régimen farmacológico prescrito.

➤ **Actividades**

Valorar la presencia de indicadores no verbales de dolor tales como: agitación, tensión, contorciones, diaforesis, posición de defensa, taquipnea, taquicardia e hipotensión habitualmente, y estar pendiente del reloj para la próxima dosis de analgésico.

◆ **Fundamento**

“El paciente puede o no verbalizar su dolor pero la observación de las expresiones y otros signos pueden ayudar a la enfermera a valorar la gravedad del dolor y su relación con la actividad y postura. La taquipnea, taquicardia e hipertensión resultan de la estimulación del sistema nervioso simpático” (Holloway, s/f, pág. 165).

➤ **Actividades**

Colocar al paciente en una posición adecuada para evitar el dolor. Evitar la presión o tensión sobre el área dolorosa.

◆ **Fundamento**

“Los cambios posturales son necesarios para aumentar el aporte sanguíneo a los tejidos lesionados” (Holloway, s/f, pág. 164).

➤ **Actividades**

Aplicar frío o calor en la zona afecta (a menos que este contraindicado)

◆ **Fundamento**

“El calor aumenta el aporte de sangre a la zona y puede relajar un doloroso espasmo muscular. El frío reduce la inflamación también disminuye la neurotransmisión a través de la fibras periféricas A de pequeño diámetro que transportan las sensaciones dolorosas de intensidad y aparición aguda” (Holloway, s/f, pág. 163).

➤ **Actividades**

Animar al paciente a que masajee el área dolorosa a menos que este contraindicado.

◆ **Fundamento**

“El masaje proporciona estimulación cutánea, la estimulación por el tacto de las fibras sensitivas limita la transmisión del impulso doloroso” (Holloway, s/f, pág. 165).

➤ **Actividades**

Enseñar al paciente técnicas de relajación como la respiración rítmica.

◆ **Fundamento**

“Las técnicas de relajación ayudan a disminuir la tensión y a centrarse en ciertas partes corporales y promueven la liberación de endoforminas” (Holloway, s/f, pág. 166).

➤ **Actividades**

Administrar y registrar analgésicos prescritos.

◆ **Fundamento**

“La analgesia se logra con la depresión selectiva del sistema nervioso central. Inhibe la síntesis de las prostaglandinas a través del bloqueo de la ciclo-oxigenasa. El alivio del dolor facilita la cooperación con otras intervenciones terapéuticas” (Holloway, s/f, pág. 166).

➤ **Actividades**

Evaluar y documentar las pruebas de respuesta a las medidas para alivio del dolor proporcionadas.

1.7.3 Patrón Eliminación

Diagnóstico.- Riesgo de déficit de volumen hídrico r/c vómito, limitaciones posoperatorias.

Objetivo.- Mantener el equilibrio hídrico suficiente.

➤ **Actividades**

Mantener hidratado al paciente mediante vía periférica permeable.

◆ **Fundamento**

“Los líquidos endovenosos ayudan a prevenir el choque y conservar el equilibrio hidroelectrolítico; Ayudará a la administración de medicamentos” (Holloway, s/f, pág. 173).

➤ **Actividades**

Recuperar pérdidas por vómitos o drenajes con solución salina y de acuerdo a prescripciones médicas.

◆ **Fundamento**

“Los líquidos endovenosos ayudan a prevenir el choque y conservar el equilibrio hidroelectrolítico.” (Holloway, s/f, pág. 172).

➤ **Actividades**

Control de diuresis cada hora durante las cuatro primera horas del post operatorio informar si la diuresis es menor de 60 ml por hora.

◆ **Fundamento**

“La diuresis disminuye si el paciente sangra o esta hipovolémico” (Holloway, s/f, pág. 176).

➤ **Actividades**

Valorar signos de retención urinaria incluye quejas subjetivas y signos como distensión vesical.

◆ **Fundamento**

“La vejiga distendida puede palpase por encima del nivel de la sínfisis del pubis demostrando que hay retención urinaria, así como también un balance negativo entre aporte y pérdidas de varios cientos de milímetros, en el transcurso de varias horas desde la última micción implica retención urinaria” (Holloway, s/f, pág. 178).

➤ **Actividades**

Si presenta el paciente distensión vesical iniciar intervenciones para promover la micción, brindando medidas no invasivas para estimular la micción. Y si al cabo de 8 horas no micciona obtener autorización para sondaje vesical.

◆ **Fundamento**

"El rápido tratamiento de los potenciales problemas de eliminación vesical puede reducir la ansiedad que puede deteriorar aún más la capacidad de eliminación, la cateterización intermitente posee menos riesgo de infección que la permanente" (Holloway, s/f, pág. 170).

➤ **Actividades**

Administrar líquidos intravenosos y anti diuréticos según prescripción para mantener la diuresis entre 60 ml por hora y la densidad entre 1010 y 1025.

◆ **Fundamento**

Los líquidos intravenosos y los diuréticos ayudan a mantener la tasa de filtrado glomerular para prevenir la necrosis tubular aguda. (González, s/f, pág. 130)

➤ **Actividades**

Control de ingesta y eliminación cada 6 horas.

◆ **Fundamento**

"La disminución de la producción de orina concentrada con aumento de la densidad indica deshidratación, necesidad de aumentar la administración de líquidos" (González, s/f, pág. 125).

➤ **Actividades**

Auscultar los borborigmos, comprobando la eliminación de flatos y de heces.

◆ **Fundamento**

“Son indicadores del retorno del peristaltismo y la disponibilidad del paciente para reanudar una dieta bucal” (Holloway, s/f, pág. 170).

➤ **Actividades**

Prevenir la distensión gastrointestinal: mantener la permeabilidad de la sonda naso gástrica, si la lleva.

◆ **Fundamento**

La sobre distensión del tracto gastrointestinal particularmente del duodeno, desencadena el reflejo del vómito.

➤ **Actividades**

“Limitar las visiones, olores y estímulos psíquicos desagradables tales como la ansiedad intensa y el dolor” (Holloway, s/f, pág. 168).

◆ **Fundamento**

Estos factores causan estimulación cortical de la zona desencadenante de los quimiorreceptores medulares, que provoca el vómito” (Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 98).

➤ **Actividades**

Alentar los cambios frecuentes de posición en aras de comodidad y para prevenir las complicaciones pulmonares y vasculares.

◆ **Fundamento**

“La inactividad facilita la acumulación de secreciones pulmonares” (Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 100).

➤ **Actividades**

Ofrecer al paciente líquidos claros en pequeñas cantidades cuando reanude su ingestión bucal, y avanzar en la dieta según se tolere.

◆ **Fundamento**

“Reduce el riesgo de irritación gástrica y vómito para reducir la pérdida de líquidos” (Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 88).

➤ **Actividades**

Administrar líquidos y electrolitos IV.

◆ **Fundamento**

“El peritoneo reacciona a la irritación o infección al producir gran cantidad de líquido intestinal posiblemente reduciendo el volumen de sangre circulante, lo que provoca tanto deshidratación como un desequilibrio relativo electrolítico” (Holloway, s/f, pág. 173).

➤ **Actividades**

Animarle al paciente a caminar pronto.

◆ **Fundamento**

“Favorece la normalización de la función orgánica; ej. Estimula el peristaltismo y la eliminación de los flatos reduciendo el malestar abdominal” (González, s/f, pág. 66).

1.7.4 Patrón Nutricional Metabólico

Diagnóstico: Potencial de alteración de la nutrición por defecto relacionado con la disminución de la ingesta de alimentos secundaria a pérdida de apetito por presencia de dolor, náuseas, vómitos o malestar general postoperatorio.

OBJETIVO: Mantener el peso dentro de los parámetros de normalidad, aumentar la ingesta oral si es necesario, y conocer la razón de las actividades.

➤ **Actividades**

Valorar el estado nutricional del paciente así como la presencia de vómitos, náuseas, gases intestinales, dolor gástrico o abdominal, que pueden interferir con una correcta nutrición, los sonidos intestinales mediante auscultación abdominal, tipo de dieta, tolerancia y cantidades que ingiere.

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.

◆ **Fundamento**

“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” (Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 101).

➤ **Actividades**

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.

◆ **Fundamento**

“Comprobar si hay ganancia o pérdida de peso” (Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 86).

➤ **Actividades**

Si hay náuseas o vómitos, se suspende la administración oral de la dieta.

◆ **Fundamento**

“Mantener al paciente en posición de decúbito lateral para prevenir la aspiración” (Holloway, s/f, pág. 177).

➤ **Actividades**

Informar al paciente de la importancia de una buena nutrición.

◆ **Fundamento**

“Favorecer la cicatrización de la herida y su recuperación física” (Holloway, s/f, pág. 169).

Diagnóstico.- Alto riesgo de infección relacionado con el procedimientos quirúrgico (ruptura de la barrera de la piel) y procedimientos invasivos: presencia de vías venosas, sondajes, drenes.

Objetivo.- Evitar infecciones en las heridas quirúrgicas.

➤ **Actividades**

Valorar la herida quirúrgica una vez en cada turno para detectar:
Prueba de cicatrización normal, aproximación de los bordes de la herida y ausencia de drenaje purulento o mal oliente.

◆ **Fundamento**

“La valoración regular promueve la detección temprana de cicatrizaciones deficientes” (Holloway, s/f, pág. 167).

➤ **Actividades**

Usar una técnica aséptica estricta al realizar la curación de la herida.

◆ **Fundamento**

“Es una técnica aséptica que previene la contaminación cruzada y la transmisión de infecciones cruzadas a la herida quirúrgica” (Holloway, s/f, pág. 165).

➤ **Actividades**

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

◆ **Fundamento**

Al valorar al paciente estamos previniendo complicaciones en el paciente.

➤ **Actividades**

Controlar la temperatura cada 2 horas durante las primeras 12 horas; Comprobar si el paciente presenta fiebre, escalofríos, diaforesis, cambios en el estado mental o refiere un aumento del dolor abdominal.

◆ **Fundamento**

“La febrícula en las primeras horas de post operatorio está asociada a la respuesta inflamatoria normal, la fiebre que persista más tiempo puede significar infección” (Holloway, s/f, pág. 164).

➤ **Actividades**

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.

◆ **Fundamento**

“El control y verificación es importante para detectar oportunamente alteraciones en el paciente, como fiebre, malestar, taquicardia, T/A baja, diaforesis, o la herida si esta con infección o no” (Holloway, s/f, pág. 140).

➤ **Actividades**

Controlar el punto de inserción de vías venosas y trayectos venosos.

◆ **Fundamento**

“Identificar signos de flebitis y realizar los cuidados oportunos para su prevención” (Holloway, s/f, pág. 130).

➤ **Actividades**

Adminstras antibióticos usando los cinco correctos. (Ciprofloxacina, IV cada 12 horas o Cefalexina IV cada 6 horas, o ampicilina-sulbactam IV cada 6 horas, más metronidazol 500 mg IV cada 8 horas dependiendo de la indicación médica.

◆ **Fundamento**

“Los antibióticos pueden ejercer efecto bacteriostático como bactericida, el primero inhibe el crecimiento de microorganismos permitiendo que los mecanismos de defensa del individuo funcionen; el segundo produce la muerte del microorganismo. Se debe administrar los antibióticos a dosis altas y el tiempo adecuado para garantizar la supresión de la infección” (Holloway, s/f, pág. 132).

➤ **Actividades**

Valorar la herida quirúrgica una vez en cada turno.

◆ **Fundamento**

“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” (Holloway, s/f, pág. 133).

➤ **Actividades**

Mantener la incisión limpia y seca. Realizar la curación de la herida QD, o cada 12 horas, dependiendo de la herida.

◆ **Fundamento**

Una herida limpia y seca tiene menos riesgo de infección. La humedad facilita el desarrollo de microorganismos.

➤ **Actividades**

Realizar curación de la herida QD o cada 12 horas dependiendo de la herida como este, cuando la habitación esté ventilada y limpiada, utilizando técnica aséptica.

◆ **Fundamento**

“Prevenir la infección, realizando el procedimiento de la curación de 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” (Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 115).

➤ **Actividades**

Informar y enseñar al paciente sobre los factores que pueden retrasar la cicatrización de la herida.

◆ **Fundamento**

“La educación tanto al paciente y al familiar es necesaria en todo momento sobre cuidados y hábitos alimenticios de higiene es importante para lograr una pronta cicatrización de la herida y de su salud” (Holloway, s/f, pág. 180).

➤ **Actividades**

Ayudar al paciente a sujetar la herida quirúrgica, aproximándola con las manos o con una almohada, cuando se mueva, tosa, estornude o vomite.

◆ **Fundamento**

Evitar dehiscencia o separación de los bordes de la herida.

➤ **Actividades**

Realizar limpieza y baño del paciente.

1.7.5 Patrón de Eliminación Fecal

Diagnóstico: Potencial de estreñimiento r/c disminución del peristaltismo secundario a efectos de anestesia, cirugía, manipulación de órganos abdominales y del reposo e inmovilidad post operatoria.

Objetivo: Prevenir el estreñimiento

➤ **Actividades**

Valorar el abdomen 2 veces al día para detectar los ruidos intestinales y la presencia de distensión.

◆ **Fundamento**

“Los ruidos intestinales serán hipo activos inicialmente logrando una completa recuperación a los 2 días del post operatorio” (Holloway, s/f, pág. 163).

➤ **Actividades**

Si hay presencia de ilio paralítico aplicar medidas como NPO, colocar SNG, usar sonda rectal para ayudar a eliminar gases, aumentar líquidos intravenosos.

◆ **Fundamento**

“Estas medidas ayudan a prevenir la distensión abdominal mientras remueven el retorno del peristaltismo. La administración de líquidos intravenoso mantienen el equilibrio de líquidos y electrolitos” (Holloway, s/f, pág. 165).

➤ **Actividades**

Implantar medidas de bienestar al paciente proporcionando cuidados bucales, animar a los frecuentes cambios de posición y de ambulación según la tolerancia de los pacientes.

◆ **Fundamento**

“Mantener cómodo al paciente es esencial para prevenir un aumento de ansiedad, la actividad promueve el peristaltismo” (Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 120).

➤ **Actividades**

Prevenir la distensión gastrointestinal: mantener la permeabilidad de la sonda naso gástrica, si la lleva.

◆ **Fundamento**

“La sobre distensión del tracto gastrointestinal particularmente del duodeno, desencadena el reflejo del vómito” (Holloway, s/f, pág. 182).

➤ **Actividades**

Limitar las visiones, olores y estímulos psíquicos desagradables tales como la ansiedad intensa y el dolor.

◆ **Fundamento**

“Estos factores causan estimulación cortical de la zona desencadenante de los quimiorreceptores medulares, que provoca el vómito” (Holloway, s/f, pág. 120).

➤ **Actividades**

Advertir al paciente que cambie de posición lentamente.

◆ **Fundamento**

Los cambios rápidos estimulan la zona desencadenante del vomito.

➤ **Actividades**

Ofrecer al paciente líquidos claros en pequeñas cantidades cuando reanude su ingestión bucal, y avanzar en la dieta según tolere.

◆ **Fundamento**

“Reduce el riesgo de irritación gástrica y vómito para reducir la pérdida de líquidos” (Lillian Sholtis Brunner, 1989, pág. 136).

1.7.6 Patrón Autopercepción y Autoconcepto

Diagnóstico: Ansiedad r/c la falta de conocimientos de los acontecimientos postoperatorios y expectativas de la cirugía, resultados esperados, tiempo de evolución.

Objetivo: Disminuir la ansiedad del paciente y la familia.

➤ **Actividades**

Valorar el nivel de ansiedad, y las fuentes o causas de ansiedad.

◆ **Fundamento**

Reduce la ansiedad en el paciente y la familia.

➤ **Actividades**

Mantener con el paciente una relación terapéutica, de ayuda y comprensión en todo momento, ofreciendo seguridad y bienestar, explicar la evolución postoperatoria prevista y cada una de las actividades de enfermería que se realicen, explicando su finalidad.

Si el paciente está ansioso, dedicar tiempo a valorar su situación y buscar sus causas; mantener un entorno agradable y tranquilo eliminando los estímulos excesivos.

Favorecer la expresión de sentimientos, y enseñar a realizar ejercicios de relajación. Hacer participar al paciente y la familia, en la medida de lo posible, en su propio cuidado.

Proporcionar toda información necesaria en relación a su cuidado para el alta, reforzando y corrigiendo las dudas existentes.

Hacer participar al paciente y la familia en la medida de lo posible, su propio cuidado.

◆ **Fundamento**

De acuerdo a (Carpenito, lynda;, 1998) “La enseñanza al paciente y familia sobre pruebas y medidas del tratamiento pueden ayudar a disminuir su miedo y ansiedad asociados a lo desconocido, y mejorar su sensación de control sobre la situación” (p.704).

1.8 Educación para el Paciente y la Familia

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 y dieta. 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; acudir por emergencia si presentara algún problema, además se indica la fecha y hora que el paciente debe ir al control por consulta externa para su respectivo chequeo y retiro de puntos. Con todas estas indicaciones lleva el paciente el plan de egreso y formulario de referencia para su cita médica.

**ÁREA: SERVICIO DE CIRUGÍA- FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL
PACIENTE APENDICECTOMIZADO.**

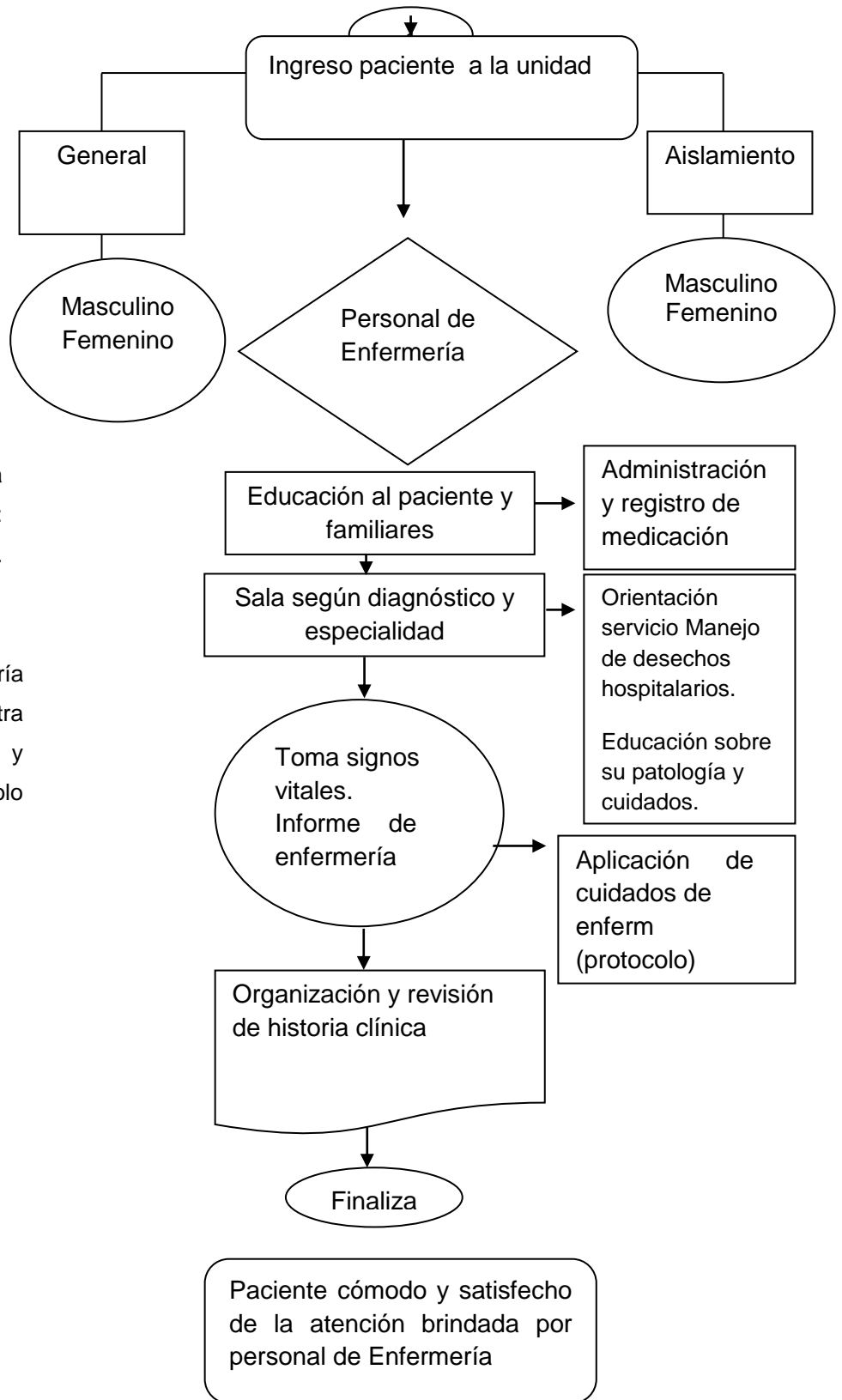
1. Personal de enfermería recibe y acompaña al paciente para su admisión en el Servicio de Cirugía

2.- Admisión, recepción, ubicación y registro del paciente en el servicio.

3.- Información, educación a la familia y al paciente sobre: manejo de desechos hospít. Cuidados generales /patología.

4.- Personal de enfermería planifica, ejecuta, administra registra cuidados del paciente y medicamentos aplicando protocolo de atención.

5.- Paciente hospitalizado recibiendo tratamiento clínico y quirúrgico



1.9 Glosario de Términos

Dolor Agudo.- Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, de inicio súbito o lento, de cualquier intensidad de leve a grave.(Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería, 1990).

Riesgo de Infección.- Estado en que el individuo presenta riesgo elevado de ser invadido por agentes infecciosos patógenos.(Holloway, s/f)

Estreñimiento.- Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal. Acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras o secas.(Holloway, s/f)

Retención Urinaria.- Estado en que el individuo presenta un vaciamiento incompleto de la vejiga urinaria.(Holloway, s/f)

Náuseas.- Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigástrico o abdomen que pueden provocar la urgencia o necesidad de vómito.(Holloway, s/f)

Riesgo de aspiración.- Situación en que el individuo corre el peligro de que penetren en el tracto traqueo bronquial secreciones oro faríngeas o gastrointestinales, alimentos sólidos o líquidos, debido a una disfunción o una ausencia de los mecanismos normales de protección.(Lillian Sholtis Brunner, 1989)

Hipertermia.- Estado en que la temperatura corporal se eleva por encima de los límites normales.(Lillian Sholtis Brunner, 1989)

Entorno.- Se identifica las circunstancias tanto físicas como sociales o de otra naturaleza que afectan a las personas, conjunto del universo del que forman parte las personas.(Holloway, s/f)

Salud.- Son los valores y experiencias vividas según las perspectivas de las personas, se refiere al estado de vida que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal.(Lillian Sholtis Brunner, 1989)

1.10 Resumen del Proceso por el cual se logró Producir el Protocolo de Atención

Mediante la aplicación de las encuestas al personal de enfermería podemos observar que el 39% de las enfermeras realiza procesos de atención mientras que el 61% no aplica procesos de enfermería que garanticen una atención de calidad al paciente. Aquí la importancia de crear esta propuesta para estandarizar los cuidados y mejorar el manejo del cuidado a los pacientes apendicectomizado.

Aproximadamente el 25 % de los pacientes en estudio presentaron infecciones de la herida, incrementando así la estadía en los días de hospitalización, gastos hospitalarios que inciden en el presupuesto del hospital.

1.11 Procesos de Implantación del Protocolo de Atención de Enfermería

Dentro de la investigación se realizó el protocolo de atención de enfermería para el manejo de pacientes apendicectomizados para mejorar la calidad de atención y unificación de criterios entre compañeras y así de esta manera poder satisfacer las necesidades del paciente, se entregó esta propuesta a cada líder de servicio con el compromiso de difundir entre las compañeras para su aplicación a estos pacientes. Cabe señalar que no se realizó la socialización con todas las compañeras en forma general por el tiempo que se nos acorto, pero se dejó en todos los servicios y como anteriormente se menciona se entrega a las líderes de cada servicio con el compromiso para su difusión.

Existe mucha apertura por parte de las compañeras y la necesidad de poner en práctica este protocolo para el manejo de los pacientes y mejorar la calidad de atención.

1.12 Procesos de Monitoreo y Evaluación

Por parte de Coordinación de enfermería se conformó comités dentro de los cuales existe el comité de evaluación y capacitación quienes serán los encargados de realizar seguimientos respectivos para dar continuidad y lograr que se apliquen estos protocolos para el desarrollo de la atención de enfermería.

Bibliografía

Arias, J., Aller, M., Arias, J., & Aldamendi, I. (2000). *Enfermería Medico-Quirúrgica T2*. Tebar.

Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería. (1990).

Azzato, F., & Waisman, H. (2008). *Abdomen Agudo Acute Abdomen*. Médica Panamericana.

Carpenito, lynda;. (1998). *Diagnóstoco de Enefermería*. España: Mc Graw Hill.

cemsureste. (s.f.). *www.cemsureste.com*. Recuperado el 15 de 05 de 2011, de http://www.cemsureste.com/gas_apendicitis.htm

González, J. R. (s/f). *Introducción al Proceso de Atención de Enfermería* . Valencia: Escuela Universitaria Virgen de los Desamparados.

Holloway, N. M. (s/f). *Planes de cuidados de enfermería médico quirúrgico*. BarcelonA, mADRID, Bogotá, Buenos Aires, México Santiago de Chiles: Doyma.

Hospital San Luis de Otavalo. (13 de 07 de 2011). Operación de Apendicectomía. Otavalo, Imbabura, Ecuador.

Hospital Univesitario "Reina Sofía" - Dirección de Enfermería. (2001). *Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería*. Córdoba.

Jimenez, M. (2002). *Calidad de Atención* . Argentina: Universidad Nacional de La Matanza.

Lillian Sholtis Brunner, D. S. (1989). *Enfermería Médico Quirúrgico*. México, Bogota, Buenos Aires, Caracas, Guatemala, Lisboa, Madrid, Nueva York, Panamá etc.: Interamericana. McGRAW-Hill.

Maslow, A. (1991). *Motivación y Personalidad* . Madrid: Díaz de Santos.

medico.com. (03 de 2011). *www.tuotromedico.com*. Recuperado el 18 de 07 de 2011, de <http://www.tuotromedico.com/temas/apendicectomia.htm>

Oto, I. (2003). *Enfermería Médico-Quirúrgica Necesidad de Nutricion y Eliminacion*. España: Elsevier.

Paz, J. (s/f). *Avances en el Manejo de la Infección Quirúrgica*. Universidad de Oviedo.

Pérez, A. (2004). *Proceso de Enfermería Estimado de Conductas y Estimado de Estímulos*. Puerto rico: Universidad de Puerto Rico Humacao.

Prescott, H. K. (1999.). *Microbiología*. España: Mc Graw-Hill Interamericana.

University of Maryland Medical Center. (2011). *www.umm.edu*. Recuperado el 20 de 07 de 2011, de http://www.umm.edu/esp_ency/article/003120.htm

Vizcarra, G. (s/f). *www.monografias.com*. Recuperado el 15 de 05 de 2011, de <http://www.monografias.com/trabajos76/apendicetomia/apendicetomia.shtml>

www.terra.es. (s.f.). *www.terra.es*. Recuperado el 12 de 08 de 2011, de <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>