

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS
EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL APOYO II-2 SULLANA –
PIURA, 2013 – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

MODESTA ERLINDA VILLEGAS CRUZ

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY | PRESIDENTE |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA | VOCAL |

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 250

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1707-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	03
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	05
1.1 Descripción de la situación problemática.....	05
1.2 Objetivo.....	07
1.3 Justificación.....	07
II. MARCO TEÓRICO	09
2.1 Antecedentes.....	09
2.2 Marco Conceptual	15
2.2.1 Definición de apendicitis.....	15
2.2.2 Epidemiología.....	15
2.2.3 Historia natural de la enfermedad	15
2.2.4 Etiología e incidencia.....	20
2.2.5 Anatomía del apéndice.....	20
2.2.6 Estadíos.....	21
2.2.7 Diagnóstico.....	24
2.2.8 Exploración Física.....	26
2.2.9 El diagnóstico diferencial.....	27
2.2.10 Estudios de laboratorio.....	28
2.2.11 Pronóstico.....	30
2.2.12 Tratamiento.....	31

2.2.13 Complicaciones.....	32
2.2.14 Bases teóricas.....	33
2.3 Definición de términos Básicos.....	36
2.3.1 Cuidados de enfermería.....	36
2.3.2 Apendicitis.....	37
2.3.3 Apéndice.....	37
2.3.4 Apendicectomía.....	37
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	38
3.1 Recolección de Datos	38
3.2 Experiencia Profesional.....	40
3.3 Procesos Realizados en el Tema.....	41
IV. RESULTADOS.....	46
V. CONCLUSIONES.....	51
VI. RECOMENDACIONES.....	52
VII. REFERENCIALES.....	53
ANEXOS.....	58

INTRODUCCION

La apendicitis es la inflamación aguda del apéndice, siendo la causa más frecuente de dolor abdominal y de la muerte cuando no hay un diagnóstico oportuno. (1)

En nuestro país constituye un problema de salud siendo causa frecuente de ingreso por emergencia. La semiología clásica de la apendicitis aguda sigue siendo una herramienta útil para el diagnóstico, más aún, en aquellos establecimientos donde no se cuenta con los métodos de ayuda diagnóstica creando preocupación en el personal asistencial que atiende a estos pacientes donde va incrementar la morbimortalidad al no tratar oportunamente.

El presente informe de experiencia profesional titulado: Cuidados de enfermería en paciente apendicectomizados en el Hospital de Apoyo II Sullana 2013 – 2016, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes quirúrgicos de apendicectomía, así mismo contribuir al cuidado integral del individuo, familia y comunidad a través del proceso de enfermería, necesita del estudio de paradigmas (que permite ver o comprender el mundo), modelo, teorías y principios que han guiado a esta profesión para la comprensión de la naturaleza de los cuidados de enfermería.(2)

El presente estudio consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: el capítulo I describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación.

El capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos. El capítulo III considera la presentación de experiencia profesional, la recolección de datos y procesos realizados en el tema del informe. Luego en el capítulo IV se presentan los resultados. En el capítulo V conclusiones. Capítulo VI recomendaciones, y por último el capítulo VII se encuentran referenciales y anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Las estadísticas mundiales, la causa principal del abdomen agudo quirúrgico, pues más del 50% corresponden a apendicitis aguda, y es responsable de las 2/3 partes de las laparotomías, con incidencia máxima entre los 10 y los 30 años, la enfermedad es rara por debajo de los 03 años. El 7-12% de la población padecerá apendicitis en algún momento de su vida. (3)

La mortalidad anual promedio reportada es de 2,4 por 1.000 apendicetomías.

En un informe de Chile, se refiere que la mayoría de los estudios concuerdan en que el grupo de edad más afectado oscila entre los 10 y 19 años. Dentro de éste, los hombres resultan ser el género más afectado, con una frecuencia de 8,6 %, en comparación con un 6,7% en mujeres.

Por otro lado, se han pesquisado diferencias raciales y estacionales. Las tasas de apendicitis son 1,5 veces más altas en población blanca en comparación al resto. Se ha reportado que la apendicitis aguda suele presentarse un 11,3% más frecuentemente en verano. (4)

En el Perú, la enfermedad apendicular ocupa el segundo lugar entre las cuarenta primeras causas de morbilidad que requieren hospitalización; por ello, la apendicitis aguda es un problema de salud pública importante, llegando a alcanzar 30000 casos al año. (5)

No todos los establecimientos de salud cuentan con los métodos de ayuda diagnóstica (imágenes de laboratorio), por la cual los cirujanos de estos establecimientos son llamados a ser clínicos más acuciosos y reconocer las características que presenta el paciente con formas de presentación típicas o atípicas y le permitan tomar una decisión adecuada e instaurar el tratamiento lo más oportuno posible.

En el Hospital Apoyo II-2 de Sullana, es un hospital referencial regional donde se atienden un considerable número de pacientes con apendicitis aguda aunque no existe un estudio que nos muestre la frecuencia de esta patología, estos pacientes luego de ser intervenidos quirúrgicamente son trasladados al servicio de cirugía.

Durante los 17 años de experiencia laboral se ha observado que las atenciones más frecuentes post operatorio son las intervenciones por apendicitis aguda, donde el profesional de enfermería brinda atención integral al paciente y familia.

1.2 Objetivo

1.2.1 Objetivo General

Describir los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados en el servicio de cirugía del hospital de apoyo II-2 Sullana 2013 - 2016.

1.3 Justificación

Todo paciente post-operado necesita cuidados mínimos que consisten de forma principal en el control hemodinámico, monitorización de nivel de sedación y analgesia, vigilancia respiratoria, valoración del sangrado y control de fluido terapia. Dependiendo del tipo cirugía, de la situación clínica o de la aparición de complicaciones postoperatorias que presente el paciente, serán precisos controles de enfermería más específicos.

El presente estudio se realizó porque existe un alto índice de pacientes en servicio de cirugía del Hospital Apoyo II Sullana intervenidos quirúrgicamente de apendicectomía. Por lo que es necesario que la enfermera sea capacitada para que contribuya en mejorar la calidad de atención a los pacientes apendicectomizados a quienes se les brindara una atención de calidad e integrada con la

participación de sus familiares y así evitar complicaciones y prolongada estancia hospitalaria en beneficio los pacientes y familia.

Así mismo el presente informe se justifica:

Nivel teórico:

El presente estudio servirá para profundizar conocimientos en cuanto los cuidados de enfermería que se deben tener en cuenta en los pacientes intervenidos quirúrgicamente de apendicectomía.

Se brindará capacitación a los familiares en el cuidado de paciente apendicectomizado.

Nivel Metodológico

La realización del presente informe es importante a nivel metodológico ya que se lograra precisar algunos aspectos a considerar para la realización de otros proyectos de investigación que realizaran nuestras colegas del servicio de cirugía con respecto al tema.

Nivel Práctico

Permitirá aumentar los conocimientos al personal de enfermería, familia o a la persona que vive con el paciente con apendicectomía.

Nivel Económico

Todo paciente intervenido quirúrgicamente en este caso de apendicectomía pasa por un problema económico e igual que a la institución muchas veces compran sus medicamentos sea o no asegurado. La estancia hospitalaria es un problema ya que el paciente se preocupa por la solvencia económica de su hogar.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Para el presente trabajo académico se recurrió a diferentes fuentes de información como son las de los siguientes autores nacionales e internacionales:

Antecedentes Nacionales

AYALA GARCÍA, Ricardo 2016, en su tesis: "Perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante octubre – diciembre 2015", cuyo objetivo fue determinar el perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de apendicitis del hospital mencionado. Se estudió a 122 pacientes. En sus conclusiones menciona que el género de predominio fue el masculino con 69.7%, con un grupo etario de 21 a 30 años de edad con mayor frecuencia, y como estadio predominante el de apendicitis aguda supurada con 39.3%. (6)

RUIZ DEL ÁGUILA, José Luis. Apendicitis aguda. Estudio comparativo entre el adulto joven y el adulto mayor. Hospital Regional De Loreto. 2014. Realiza su estudio con todos los pacientes hospitalizados que ingresan al servicio de cirugía de emergencia en el HRL. Cuya

muestra es de 109 pacientes, su objetivo es comparación entre adulto joven y el adulto mayor con diagnóstico de apendicitis en el HRL.2014 Estudio retrospectivo transversal y analítico Los adultos mayores de 60 años representan el 14% de la población total de pacientes con apendicitis aguda. La media es de 68 años (DS 7 años IC 63-72 años para aquellos menores de 60 años la media de edad fue de 35 años (DS 11años IC 33-37años) Se observó un ligero predominio en el sexo masculino en ambos grupos de pacientes. La mayoría de los casos fueron de zonas urbanas con un 63% de pacientes. El inicio del dolor al comienzo del cuadro clínico fue esencialmente en el epigastrio 117 pacientes luego emigro a la fosa iliaca derecha. El tipo de dolor que presentaron los pacientes fue predominantemente cólico el 90% de los casos. (7)

ROJAS SALAZAR, Cesar Guillermo en su tesis. Epidemiología de la Apendicitis Aguda en el Perú 2013. Cuyo objetivo es determinar las características sociodemográficas de la población atendida en establecimientos del MINSA por Apendicitis Aguda. En este estudio se describió la epidemiología de los pacientes con apendicitis aguda con datos tomados de un establecimiento de MINSA, donde encontró que la tasa de apendicitis no complicada en el año 2009 fue de 33.25 por 100000 habitantes, siendo el grupo de 12 a 17 años la tasa más alta.

En el 2010 34.32 por 100000 habitantes y en el 2012 34.87 por 100000 habitantes, la tasa más alta se encontró de 18 a 29 años de edad en el 2010 y 2011. La tasa más baja correspondió al grupo de edad 0 a 11 años en los tres años de estudio, no se reportó casos de apendicitis complicada con peritonitis localizada en los años 2009 y 2010; siendo la región Ica con la tasa más alta los tres años de estudios y Puno la región más baja. El estudio fue tipo descriptivo transversal. (7)

NICHO CHÁVEZ, Carlos Alberto “Factores que se asocian a infección de sitio operatorio en paciente post operados por apendicectomía convencional en el Hospital Nacional Hipólito Unánue durante el periodo enero – julio del 2015. Lima Perú. Cuya población fue de 444 pacientes. Con el objetivo de conocer los factores de riesgo o variables clínica quirúrgicas asociados a la infección de sitio operatorio en pacientes post operados por apendicectomía convencional en el HHU-Perú en enero a julio 2015. El estudio fue de tipo descriptivo, en el cual se observa que existe un sobrepeso de pacientes en un 64.3% entre 71 a 90 kilos, siendo un factor de riesgo que incide en la presencia de infección en el sitio operatorio, se observa que el 2.9% de los casos el tiempo de la cirugía fue hasta 30 minutos, el 70% de los casos tuvo un tiempo estimado de 31 a 60 minutos, el cual fue muy

prolongado y es un factor para la infección del sitio operatorio, el 41.9% que fueron 186 pacientes presentaron infección de herida encontrándose hallazgos como secreción purulenta y fiebre en el 100% de pacientes, eritema en herida operatoria el 14%, el 6.3% tuvo más de 3 días de hospitalización. (8)

Antecedentes Internacionales

ORBEA MARCIAL, Víctor Hugo 2010. Riobamba Ecuador en su tesis "utilidad de la escala de Alvarado en el Diagnóstico temprano de apendicitis aguda Hospital provincial Puyo Abril Diciembre -2009". Cuyo objetivo es determinar la utilidad de la escala de Alvarado en el diagnóstico de apendicitis aguda en el hospital Puyo en el periodo Abril – Diciembre 2009. Se diseñó un estudio descriptivo epidemiológico transversal utilizando la escala de Alvarado se evidencia que la mayor parte de los pacientes en estudio resultan positivos para la prueba, los pacientes que fueron sometidos a la intervención quirúrgica de apendicectomía fue un total de 194, prevaleciendo el sexo femenino sobre el masculino, con mayor porcentaje los de tercera y cuarta década de vida. En este estudio los síntomas más frecuentes fueron el dolor en fosa iliaca derecha, dolor de rebote (Blumberg positivo) náuseas y vomito con tasa de

sensibilidad y especificidad altas que demuestran la importancia de su valoración en los hospitales del país. (9)

El “Estudio prospectivo randomizado comparando apendicectomía laparoscópica Versus Apendicectomía Mediante Incisión umbilical única” por ABRISQUETA CARRIÓN, Jesús 2012. Murcia. Cuyo objetivo es estudiar la morbilidad postoperatoria existente en ambos grupos, en términos de complicaciones precoces y tardías el trabajo se ha diseñado de manera prospectiva randomizada si hubo diferencia significativa entre ambos grupos. Conclusiones: El abordaje mediante incisión única transumbilical se presenta como una técnica factible y segura para la realización de apendicectomía no aumentando la morbilidad post operatoria, en términos de complicaciones y representando una posible alternativa a la apendicectomía laparoscópica convencional la técnica quirúrgica con menor dolor en el postoperatorio es la de incisión transumbilical que el de laparoscópico convencional, no siendo clínicamente relevante. La apendicectomía mediante puerto único transumbilical presenta mayor tiempo quirúrgico que la apendicectomía mediante laparoscópica convencional. (10)

HERNÁNDEZ ROMERO, Johana Stefanía. “Infección Quirúrgica en pacientes Apendicectomizados, en el Servicio de Cirugía, Hospital del IESS Riobamba 2009-2010 “. En Ecuador. El objetivo es Determinar la

prevalencia de infección quirúrgica en pacientes apendicectomizados en el servicio de cirugía del Hospital del IESS de Riobamba. Se obtuvo una muestra de 129 pacientes de los cuales 19 pacientes (15%) desarrollaron infección de herida quirúrgica, esta cifra corresponde al grupo etario de 26- 35 años con un 52.6% (10 pacientes) y de 15 a 25 años el 21.2%, de 36 a 45 años con el 15.7% y de 46 años el 10%. Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables de estudio tanto en escala continua y nominal. El presente estudio es transversal. En conclusión la prevalencia de infección quirúrgica en pacientes apendicectomizados en el servicio de cirugía del hospital IESS de Riobamaba en el periodo de Enero 2009- junio 2010 es de 15% de 129 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda ,19 desarrollaron infección de herida quirúrgica. El 52% es del grupo etario entre 26-33 años de edad, es el de mayor prevalencia con 10 casos; el tiempo de evolución de su sintomatología es de 24 a 48 horas con 7 casos que representa el 37%. En cuanto al procedimiento quirúrgico el 100% es el convencional. (11)

2.2 Marco conceptual

2.2.1 Definición de apendicitis aguda

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice vermiforme, es un padecimiento grave, con importantes complicaciones que pueden llevar a la muerte, en particular cuando se retrasan el diagnóstico y la terapéutica oportuna.

2.2.2 Epidemiología

- A. La apendicectomía es el procedimiento quirúrgico urgente que se realiza con más frecuencia.
- B. El riesgo de por vida de someterse a una apendicectomía es de 7 a 12%.
- C. La incidencia máxima se presenta en el segundo y tercer decenios de la vida. (12)
- D. La proporción varón: mujer aproximada de 2: 1 cambia en forma gradual después de los 25 años a una proporción de 1:1.

2.2.3 Historia natural de la enfermedad

- a. Periodo Pre patogénico
 - ✓ Agente:

El agente es biológico ya que la apendicitis aguda depende de infecciones producidas por colibacilos, estreptococos, estafilococos y neumococo. El factor predisponente es la obstrucción intraluminal la cual puede ser producida por fecalitos, hiperplasia de los folículos linfoides submucosos, parásitos, semillas, pelos, cerdas, pedazos de metal, también se relaciona con estreches o tumores de la pared apendicular o ciego bien por la situación anormal del apéndice en posición retrocecal.

✓ Huésped:

La apendicitis puede presentarse en cualquier edad, siendo poco frecuente en el primer año de vida, aumentando su incidencia considerablemente con la edad escolar, hasta los 12 años es de 18.6% de 13 a 39 años es de 69.3%, más de 39 años es de 12.1%.

✓ Ambiente:

Según la literatura la época más común para la presentación de la apendicitis es el verano.

b. Prevención primaria

✓ Promoción de la salud

Se trata de aplicar medidas generales para mantener o mejorar la salud en general y el bienestar del individuo, la familia y la comunidad.

✓ Protección específica

No existen inmunizaciones específicas en cuanto a este padecimiento, pero si contamos con medidas para disminuir el riesgo de padecerlo. (Inmunizaciones, limpieza del medio ambiente, higiene personal y alimentación).

c. Periodo patogénico

✓ Patogenia temprana

La primera fase de la enfermedad, corresponde a la reacción de alarma. En esta fase se presenta la inflamación la cual inicia en la mucosa que puede llegar a ulcerarse, además provoca edema e isquemia en todas las capas del apéndice, pudiendo progresar hasta la gangrena y perforación. Hay leucocitosis, polimorfonucleares y posiblemente abscesos microscópicos en la luz y en la pared del apéndice, asas del intestino, epiplón o peritoneo parietal.

✓ Enfermedad discernible tempranamente

Las manifestaciones clínicas tempranas se dan por obstrucción. Siendo estas; dolor intenso generalizado en el vientre o bien en la zona superior del abdomen, defensa muscular de ese sitio, estreñimiento de inicio reciente, náuseas, vómito, fiebre moderada y leucocitosis.

✓ Enfermedad avanzada

El absceso apendicular generalmente se desarrolla de 24 a 72 horas después del inicio de los síntomas y puede ser palpable una masa en la fosa iliaca derecha.

El dolor, la fiebre y la leucocitosis suelen aumentar después de la perforación, el abdomen suele estar duro y rígido y puede haber vómitos constantes; el íleo y el choque subsiguiente son probables.

✓ Complicaciones

Suelen aparecer cuando la infección e inflamación se extiende más allá de los límites del apéndice. La complicación más ominosa de la apendicitis es la pyleflebitis.

El íleo paralítico se observa en la peritonitis generalizada de origen apendicular.

Y en las complicaciones por apendicectomía: obstrucción intestinal. Neumonías hipostáticas.

✓ Pronóstico

Depende del diagnóstico y tratamiento. Con la cirugía precoz vemos que la mortalidad operatoria es baja y la convalecencia es rápida y completa.

d. Prevención secundaria

✓ Diagnóstico precoz

Una vez descrito los signos y síntomas que sirven para reconocer a la apendicitis aguda. Se tiene que tomar en cuenta la exploración física, la palpación del abdomen y biometría hemática.

✓ Diagnóstico diferencial

Colecistitis, pielonefritis, enteritis regional, colon espástico.

✓ Tratamiento oportuno

El tratamiento por elección es quirúrgico y para este tenemos la apendicectomía que consiste en la extirpación quirúrgica del apéndice.

2.2.4 Etiología e incidencia

Aunque la apendicitis aguda es, con mucho, la enfermedad más frecuente hay otros trastornos que pueden ser causados por cuerpos extraños deglutidos, oxiuros, fecalitos, tumores carcinoides, cánceres, adenomas vellosos y divertículos; también puede estar afectado por la colitis ulcerosa idiopática o la ileocolitis de la enfermedad de Crohn. (13)

Con la excepción de la hernia, la apendicitis aguda es la causa más frecuente de episodios de dolor abdominal agudo y de operaciones abdominales. Dado que los signos y síntomas varían ampliamente, y puesto que los riesgos de un retraso en la intervención son muy elevados, se acepta que, en casi el 15% de las operaciones realizadas con este diagnóstico, la laparotomía demuestra la presencia de otras enfermedades, o incluso, la ausencia total de alteraciones. (14)

2.2.5 Anatomía del apéndice

El apéndice cecal está 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 cólicas. Posee un mesenterio corto de forma triangular, el mesoapéndice. La pared

tiene dos capas musculares, una circular interna y otra longitudinal externa. Está irrigada por la Arteria Apendicular que nace más comúnmente de la arteria ileocólica, rama terminal de la Arteria Mesentérica superior. Recibe inervación simpática y parasimpática, sin fibras específicas para el dolor. Sus dimensiones varían entre 2 hasta 22 cm en el adulto. La posición es variable: retro cecal 65%, pelviana 31%, preileal 2%, subcecal 1% otras como paracólica, postileal (15).

2.2.6 Estadíos de la apendicitis

La apendicitis es un proceso evolutivo, secuencial, de allí las diversas manifestaciones clínicas y anatomopatológicas que suele encontrar el cirujano y que dependerán fundamentalmente del momento o fase de la enfermedad en que es abordado el paciente, de allí que se consideren los siguientes estadíos.(16)

D.1. Apendicitis Congestiva o Catarral

Cuando ocurre la obstrucción del lumen apendicular se acumula la secreción mucosa y agudamente distiende el lumen. El aumento de la presión intraluminal produce una obstrucción venosa, a cúmulo de bacterias y reacción del

tejido linfoide, que produce un exudado plasmoleucocitario denso que va infiltrando las capas superficiales. (17)

Todo esto macroscópicamente se traduce en edema y congestión de la serosa y se llama apendicitis congestiva o catarral.

D.2. Apendicitis Flegmonosa o Supurativa

La mucosa comienza a presentar pequeñas ulceraciones o es completamente destruida siendo invadida por entero-bacterias, coleccionándose un exudado mucopurulento en la luz y una infiltración de leucocitos neutrófilos y eosinófilos en todas las tónicas incluyendo la serosa, que se muestra intensamente congestiva, edematosa, de coloración rojiza y con exudado fibrinopurulento en su superficie; si bien aún no hay perforación de la pared apendicular, se produce difusión del contenido mucopurulento intraluminal hacia la cavidad libre.

D.3. Apendicitis Gangrenada o Necrótica

Cuando el proceso flemonoso es muy intenso, la congestión y rómora local y la distensión del órgano producen anoxia de los tejidos por obstrucción arterial, a ello se agrega la mayor

virulencia de las bacterias y a su vez el aumento de la flora anaeróbica, que llevan a una necrobiosis total. La superficie del apéndice presenta áreas de color púrpura, verde gris o rojo oscuro, con microperforaciones, aumenta el líquido peritoneal, que puede ser tenuemente purulento con un olor fecaloideo.

D.4. Apendicitis Perforada

Cuando las perforaciones pequeñas se hacen más grandes, generalmente en el borde antimesentérico y adyacente a un fecalito, el líquido peritoneal se hace francamente purulento y de olor fétido, en este momento estamos ante la perforación del apéndice.

Toda esta secuencia debería provocar siempre peritonitis generalizada, si no fuera porque el exudado fibrinoso inicial determina la adherencia protectora del epiplón y asas intestinales adyacentes que producen un bloqueo del proceso que, cuando es efectivo, da lugar al PLASTRON APENDICULAR, y aun cuando el apéndice se perfore y el bloqueo es adecuado, dará lugar al ABSCESO APENDICULAR, éste tendrá una localización lateral al ciego, retrocecal, subcecal o pélvico y contiene una pus espesa a tensión y fétida.

Cuando el bloqueo es insuficiente o no se produce, como en el anciano y en el niño que presentan epiplón corto, la perforación del apéndice producirá una peritonitis generalizada que es la complicación más severa que la apendicitis.

2.2.7 Diagnóstico

El diagnóstico de apendicitis aguda se establece mediante la evaluación clínica. Aunque las pruebas de laboratorio y los procedimientos de imagen pueden ser útiles, tienen importancia secundaria. (18)

Presentación clínica (19)

1. Presentación clásica: por lo general la apendicitis inicia con malestar progresivo y persistente en el abdomen medio como resultado de la obstrucción y distensión del apéndice, que estimulan los nervios autónomos aferentes viscerales (niveles T8 a T10). Siguen anorexia y fiebre de bajo grado (<38.5 °C). Conforme la distensión del apéndice aumenta, la congestión venosa estimula la peristalsis intestinal y produce una sensación de calambres a la que pronto siguen náuseas y vómitos. Los síntomas comprenden anorexia (90%), náuseas y vómitos (70%), y diarrea (10%). Una vez que la inflamación se

extiende de forma transmural al peritoneo parietal, las células somáticas dolorosas se estimulan y el dolor se localiza en el cuadrante inferior derecho (CID). La irritación peritoneal se acompaña de dolor al movimiento fiebre leve y taquicardia; el 25% de pacientes presenta dolor localizado sin síntomas viscerales.

2. El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la solicitud de atención suele ser menor de 24 horas para apendicitis aguda y promedia varias horas.
3. Presentación inusuales:
 - a. Cuando el apéndice es retrocecal o está detrás del íleon puede estar separado del peritoneo abdominal anterior y es probable que la irritación de las estructuras adyacentes cause diarrea, polaquiuria, piuria o hematuria microscópica de acuerdo con la localización.
 - b. Cuando el apéndice se localiza en la pelvis puede simular gastroenteritis aguda con dolor difuso, náuseas, vómito y diarrea.

2.2.8 Exploración física

El examen inicia con la valoración del abdomen en áreas diferentes a la de la sensibilidad sospechada. Aunque la ubicación de la apéndice varía, por lo general la base se encuentra a nivel de la vértebra S1, lateral a la línea clavicular media derecha en el punto de McBurney (dos tercios de la distancia desde el ombligo hasta la espina iliaca anterosuperior).

El examen rectal evalúa la presencia de sensibilidad localizada o de una masa inflamatoria en el área pararrectal es útil para el apéndice pélvico o retrocecal. En mujeres se efectúa un examen pélvico para valorar el dolor a la movilización cervical y dolor o masas en los anexos. (20)

Una masa palpable en el CID es rara, pero puede sugerir un acceso o flemón periapendicular.

• Los hallazgos específicos de la exploración física para apendicitis incluyen los siguientes signos: (21)

- a. El signo del obturador refleja inflamación adyacente al musculo obturador interno (como a veces se observa en la apendicitis). También puede presentarse dentro de una hernia del obturador. Mientras el paciente está en posición

- supina con la rodilla y la cadera flexionadas, la cadera se rota interna y externamente. La prueba es positiva si el paciente sufre dolor hipogástrico durante esta maniobra.
- b. El signo del iliopsoas se observa cuando un proceso inflamatorio adyacente irrita el músculo iliopsoas. Suele identificarse en apendicitis retrocecal. La prueba se practica mejor con el paciente acostado sobre su lado izquierdo la prueba es positiva si el paciente tiene dolor en el lado derecho.
 - c. El signo de Rovsing consiste en el dolor en el CID como resultado de la palpación en el cuadrante inferior izquierdo (CII).

2.2.9 El diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho (CID) es muy amplio siempre deben considerarse enfermedades ginecológicas en la paciente femenina como son el embarazo ectópico, torsión ovárica, la enfermedad pélvica inflamatoria que puede presentarse con síntomas y signos indistinguibles de los de apendicitis aguda.

Las enfermedades urológicas también se confunden con apendicitis como son la pielonefritis, cólico ureteral.

Otras causas de hipersensibilidad en el CID son la gastroenteritis, la diverticulitis de Meckel, la enfermedad por úlcera péptica, la diverticulitis y la colecistitis pueden presentar cuadros clínicos similares a los de apendicitis, la linfadenitis mesentérica suele observarse en pacientes menores de 20 años de edad y se presenta con dolor abdominal y dolor en el CID. La tiflitis caracterizada por la inflamación de la pared del ciego o ilion terminal, se maneja por medios no quirúrgicos se observa con mayor frecuencia en pacientes inmunodeprimidos que se someten a quimioterapias por leucemia y en pacientes VIH-positivos.

2.2.10 Estudios de laboratorio

En los exámenes auxiliares el hemograma al inicio puede haber leucocitosis de 10000 a 120000 mm³ neutrofilia y desviación izquierda, cuando la apendicitis se complica las cifras son más elevadas.

El análisis de orina es anormal en pacientes con apendicitis, piuria, albuminuria y hematuria son habituales.

Nos orienta en el diagnóstico diferencial como afecciones urinarias aunque en algunos casos encontramos orina patológica sobre todo cuando el apéndice está cerca de las vías urinarias.

La probabilidad del diagnóstico correcto de apendicitis se incrementa cuando se hace hincapié en las manifestaciones clínicas específicas, las cuales se resumen en una escala de puntuación denominada la Escala de Alvarado.

CUADRO 2.1: Escala de Alvarado.

Síntomas	
Dolor migrante fosa ilíaca derecha	1 punto
Anorexia	1 punto
Náusea y vómitos	1 punto
Signos:	
Dolor en la fosa ilíaca derecha	2 puntos
Dolor de rebote a la palpación	1 punto
Fiebre	1 punto
Laboratorio	
Leucocitosis	2 puntos
Neutrófilos inmaduros	1 punto
Puntaje total	10 puntos

Fuente: Alvarado A .A Practical Score for the Early Diagnosis of Acute Apendicitis. Ann. Emerg. Med 1998; 15; 557-564.

2.2.11 Pronósticos

Con una intervención quirúrgica temprana, la mortalidad es baja, el paciente es dado de alta por lo común los pocos días y la convalecencia es normalmente rápida y completa. Cuando hay complicaciones (rotura y formación de un absceso o peritonitis

que puede ser local o generalizada) el pronóstico es más grave, aunque los antibióticos han reducido la mortalidad hasta casi cero en muchos centros, a menudo son necesarias repetidas intervenciones y una convalecencia prolongada.

2.2.12 Tratamiento

El tratamiento de la apendicitis aguda es la apendicectomía; el cirujano puede extirpar casi siempre el apéndice, incluso en presencia de perforación o alguna otra patología. A veces resulta difícil de localizar; en estos casos suele encontrarse detrás del ciego o del íleon y el mesenterio del colon derecho. Se administra antibióticos por vía intramuscular o vía endovenosa que debe repetirse durante la intervención y mantenerse durante 48 horas. Es preferible la cefalosporina de tercera generación.

Pueden ser necesarias intervenciones alternativas. Cuando se encuentra una masa inflamatoria que afecta el apéndice, el íleon terminal y el ciego, es preferible una resección de toda la masa con ileocolostomía. En algunos casos avanzados se ha formado ya un acceso pericólico; éste puede drenarse mediante un catéter percutáneo bajo guía ecográfica o con una operación abierta, posponiendo la apendicectomía. A menos que la presencia de

una inflamación importante alrededor del apéndice impida la intervención el divertículo Meckel debe extirparse en el momento de realizar la apendicectomía. Una contraindicación para la apendicectomía es la afectación del ciego por una enfermedad inflamatoria intestinal. Sin embargo, si se encuentra una ileítis terminal y el ciego es normal, por lo general se extirpa el apéndice.

2.2.13 Complicaciones:

- La perforación se acompaña de dolor intenso y fiebre. Es inusual dentro de las primeras 12 horas pero se presenta en 50% de pacientes menores de 10 años y mayores de 50 años cuyos signos son: fiebre, taquicardia y peritonitis generalizada.
- El riesgo de infección postoperatorio de la herida puede disminuirse con la administración de antibióticos ultra venosos, las infecciones de las heridas se manejan mediante abertura, drenaje y taponamiento de la herida para permitir la cicatrización por segunda intención.
- Abscesos intra abdominal y pélvico se observa más a menudo con la perforación del apéndice. Los abscesos intra abdominales y pélvicos postoperatorios se tratan mejor con drenajes percutáneo.(22)

- La obstrucción del intestino delgado.
- Una fuga en el cierre del muñón apendicular puede ocasionar fistulas enterocutáneas, en ocasiones requieren cierre quirúrgico.
- Peleflitis es la trombosis séptica de la vena porta causada por escherichia coli y se presenta por fiebres altas ictericia y por ultimo abscesos hepáticos.

2.2.14 Bases teóricas

- **Modelo De Dorothea Orem**

Es un modelo de suplencia o ayuda.

Presunciones y valores: Para Dorothea el ser humano es un organismo biológico, psicológico y en interacción con su medio al que está sometido, tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para así y para los demás.(23)

La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidado. El autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores creencias costumbres con el fin de

mantener la vida, la salud y el bienestar. Hay tres tipos de autocuidado: Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo (comer, beber, respirar). Los derivados de las necesidades específicas que se plantea en determinados momentos del desarrollo vital (niñez, adolescencia). Los derivados de desviaciones del estado de salud.(24)

Esta teoría considero importante para el estudio por que el paciente quirúrgico necesita de estos autocuidados para su pronta recuperación.

- **Modelo de Callista Roy**

Bases teóricas. Modelo de interacción. Teoría de la adaptación de Helson. Teoría general de sistemas

Presunción y valores

El ser humano es un ser biopsicosocial en interacción constante con el entorno, esta interacción se lleva a cabo por medio de la adaptación que para Roy consiste en la adaptación de las cuatro esferas de la vida.(25)

-Área fisiológica: circulación, temperatura, oxígeno, líquidos, actividad alimentación, eliminación.

-Área de autoimagen: La imagen que uno tiene de sí mismo.

-Área de dominio del rol: Los diferentes papeles que un ser humano cumple a lo largo de la vida.

-Área de dependencia interacciones positivas con su entorno.

El ser humano se halla en un determinado punto de lo que denomina salud –enfermedad, este punto más cercano a la salud o enfermedad en virtud de la capacidad de cada individuo para responder a los estímulos que recibe de su entorno si responde positivamente, adaptándose, se acercará al estado de salud en caso contrario enfermará.

Esta teoría es relevante ya que el paciente quirúrgico necesita de esta adaptación de las cuatro esferas de la vida como es fisiológica, autoimagen, independencia y de dominio del rol. Tiene que adaptarse al nuevo estilo de vida.

- **Florencia Nightingale**

Define el cuidado como el servicio de la humanidad basada en la observación y la experiencia, que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda establecer o preservar la salud.

Definió la salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona , tomando en cuenta los cinco elementos (Aire puro agua potable, eliminación de aguas residuales ,higiene y luz) Aconsejaba a las enfermeras a crear y mantener un entorno terapéutico que mejoraría la comodidad y recuperación se relaciona esta teoría especial a pacientes post quirúrgicos en este caso de apendicectomía ya que necesita de estas cinco elementos para su pronta recuperación(25).

2.3 Definición de términos

2.3.1 Cuidados de enfermería:

El cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. El quehacer de la enfermería requiere de conocimiento científico, tecnológico aplicado a través de un modelo teórico que permita dar sentido al mundo empírico y por tanto entender de una manera más coherente y controlada nuestra práctica.

Periodo pre operatorio: el tiempo que pasa entre la decisión que se toma hasta la intervención quirúrgica que se efectúa con la

participación del paciente, la decisión puede ser programada o de urgencia.

Periodo pos operatorio: Periodo que sigue a una intervención quirúrgica, en el que se vigila y se atiende al paciente para asegurar una recuperación normal.

2.3.2 Apendicitis

Inflamación aguda del apéndice vermiforme.

2.3.3 Apéndice

Es un órgano pequeño en forma de tubo, unido a la primera parte del intestino grueso .Esta ubicada en la parte inferior derecha del abdomen y no tiene ninguna función conocida.

2.3.4 Apendicectomía

Extirpación quirúrgica del apéndice vermiforme.(26)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para el Presente Informe se solicitó permiso a la jefatura de enfermería y estadística, se recolectaron los datos del libro de ingresos y altas de los pacientes del servicio de cirugía, de este instrumento se obtuvo la relación de pacientes que ingresaron al servicio con el diagnóstico de Apendicectomía y en el libro de alta se registran todos los casos que fueron intervenidos quirúrgicamente, en donde consideran fecha de ingreso y de alta.

Del área de estadística de la institución (Hospital de Apoyo II Sullana) se tomó los datos de pacientes que ingresaron intervenidos quirúrgicamente de Apendicectomía con informe más detallados.

También se recogió información de las historias clínicas, considerándose las hojas graficas en el cual están las funciones vitales de los pacientes, además de graficarse la trasfusión de sangre que recibió cada uno cuando lo ameritaba.

Así mismo se consideran las notas de enfermería en la cual se encuentra el estado del paciente, describiendo una evaluación cefalocaudal; además de características de las sondas nasogástricas

y Foley, también donde se describe el estado de las vías periféricas, y particularidades del sitio operatorio.

De la historia clínica se observó la hoja de reporte operatorio donde se encuentra el tipo de apendicitis y las características de esta.

Del Kárdex de enfermería donde se registran los medicamentos del paciente, antibióticos, analgésicos, protectores gástricos, infusiones de dextrosa o cloruro de sodio, dietas. También se anotan los pedidos de análisis de laboratorio y exámenes de imágenes. Además se considera datos específicos del paciente necesarios en el registro, como nombre completo, edad, número de historia clínica, número del SIS o Fospoli, número de cama, hora de entrada al servicio fecha de ingreso del paciente.

Los cuales fueron procesados mediante el programa de Excel, para la presentación de dichos resultados que a continuación se muestran en los siguientes cuadros y gráficos.

3.2 Experiencia profesional

Mi nombre es Modesta Villegas Cruz llevo 23 años de experiencia profesional, inicie mi profesión realizando funciones asistencial y administrativas, trabajando en la Clínica Santa Cecilia de Chiclayo, al regresar a mi provincia Sullana se inicia el programa “Salud Básica para Todos” quedando en el concurso en el distrito de las Lomas, luego pase a Bellavista ya que el programa se daba en los lugares más cercanos donde trabaje por tres años. Pero lo que más me incentivo era la labor asistencial en hospitalización donde posteriormente en 1998 pase al hospital de apoyo II Sullana, labore en el servicio de Emergencia, Pediatría, Medicina con un mínimo tiempo, para luego laborar hasta la fecha en el servicio de Cirugía un promedio de 17 años en este servicio al cuidado del paciente quirúrgico, en mis días libres tome turnos por 03 años en la clínica virgen del pilar al retirarme de dicha clínica pase al Centro Educativo Santa Úrsula de Sullana brindando Atención de Enfermería a los niños del mencionado colegio por un lapso de 05 años.

Desde el año 2000, vengo laborando en el servicio de cirugía realizando funciones asistenciales, administrativas y de docencia, en el cual observo que ingresan pacientes con diferentes patologías como son colecistitis aguda, coledocolitiasis, pie diabético, traumas

abdominales, traumatismos torácicos, fracturas de fémur, de tibia, peroné, traumatismo encéfalo craneano y otro pero lo que más ingresan diariamente son pacientes de apendicectomía, algunos de ellos sufren complicaciones o regresan con complicaciones pero la mayoría son dados de alta con evolución favorable.

3.3 Procesos realizados en el tema

El servicio de cirugía del Hospital II 2 Sullana cuenta con 32 médicos, 09 enfermeras, 09 técnicos de enfermería, además tenemos .internos rotativos tanto de enfermería y medicina, también contamos con personal de cocina y repostería, y de mantenimiento.

Existen las siguientes especialidades: urología, oftalmología, traumatología, otorrinolaringología, odontología, cirugía plástica, cirugía pediátrica.

Actualmente contamos con colegas especialistas en el servicio.

Para la atención del paciente contamos con guías del servicio, se realizó las siguientes acciones durante el periodo pre y pos operatorio.

Pre operatorio:

Se realiza el control de signos vitales, se coordina con personal de laboratorio para los respectivos análisis clínicos y asegurar que estos se realicen, el paciente permanecerá en ayuno, administrar antibiótico terapia como profilaxis según indicación médica colocando un catéter periférico, reducir la ansiedad del paciente y familiares aclarándole las posibles dudas que tenga e informándole el proceso de la intervención y postoperatorio, explicarle al paciente y familiares sobre el consentimiento informado, se contabiliza el material e insumos para la intervención quirúrgica.

Cuidados post Operatorio:(27)

Contamos con el siguiente material: equipo para aspirar secreciones, equipo de oxigenoterapia, monitor de signos vitales, sondas de aspiración, guantes, riñoneras de metal y de plástico que se adaptan de los frascos de suero, estetoscopio, tensiómetro, jeringas, guantes, gasas.

Una vez realizada la identificación del paciente, en el servicio de cirugía realizamos las siguientes acciones: valoramos el estado general del paciente y las condiciones con las que ingresa al servicio, vigilar los signos vitales cada cinco o quince minutos según el estado

del paciente, evaluar la permeabilidad de la vía periférica y mantener el goteo que se indica, se observa las características de la herida operatoria, si tiene drenajes ver su permeabilidad y que estos estén protegidos, características del abdomen, permeabilidad de sonda Foley, y otros, mantener al paciente en NPO según indicaciones, Supervisar los ingresos y egresos del balance hidroelectrolítico.

Durante el alta del paciente se le educa sobre el cuidado en su hogar, sus trámites, asegurar que lleve las indicaciones médicas.

Así mismo se realizó funciones administrativas como notas de enfermería, actualizar historias clínicas, KARDEX, relación de pacientes, reporte de enfermería, supervisión de insumos y material.

Mensualmente nos reunimos con el personal de enfermería para tratar problemas del servicio y dar solución.

Durante mi experiencia profesional, me llamo la atención un caso particular, se trató de un personal de farmacia que labora en dicha Institución. El cual es intervenido quirúrgicamente con el diagnóstico de Apendicitis Aguda Perforada, brindándole los cuidados necesarios de enfermería. En pocas horas el paciente presenta mal estado general, y entrando yo de turno lo encontré con soporte de oxígeno con cánula binasal, polipneico a pesar del oxígeno que recibe,

posteriormente presenta el diagnóstico de sepsis foco abdominal, requiriendo de tratamiento específico para la infección adquirida siendo re intervenido quirúrgicamente por segunda vez a quien le realizan una laparotomía exploratoria en donde se le realizó lavado de cavidad y liberación de adherencias, por su mal estado general requirió ser trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos ,en el pos operatorio para el debido manejo, luego de su estadía en el servicio de UCI regresa a nuestro servicio para continuar su tratamiento. Con una evolución favorable es dado de alta.

En el presente caso, mi actuar como licenciada de enfermería se basó en las siguientes teorías: siguiendo el modelo de Dorothea Orem se educó en el autocuidado al realizar actividades de alimentación y deambulacion temprana por parte del mismo paciente y se cumplió con las indicaciones médicas para el manejo del dolor; de acuerdo al modelo de Callista Roy se realizó monitoreo de sus funciones vitales, apoyo psicológico tanto de su propia imagen como de su entorno familiar para obtener resultados positivos hacia la adaptación en sus dos intervenciones quirúrgicas, con relación a Florencia Nightingale se proporcionaron las mejores condiciones posibles tal como ventilación de su unidad, iluminación, higiene personal y así mismo

proporcionando agua para sus necesidades básicas. Todo ello será beneficioso para mejorar y recuperar el estado de salud.

Dentro del plan que me propongo es actualizar las guías de atención de enfermería del servicio de cirugía.

Entre las limitaciones que se encontraron es que existe poca información actualizada y sistematizada en el servicio de cirugía, y en el área de estadística. Por otro lado existen números de historias clínicas que no concuerdan con el nombre del paciente, e incluso hay historias que se repiten, es decir cada vez que ingresa el paciente por consultorios externos u emergencia optan por abrir una nueva historia u otro número.

IV. RESULTADOS

Tabla N° 4.1 Número de Casos de Pacientes Apendicectomizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Apoyo II-2 Sullana. En el periodo Junio 2013 – Junio 2016

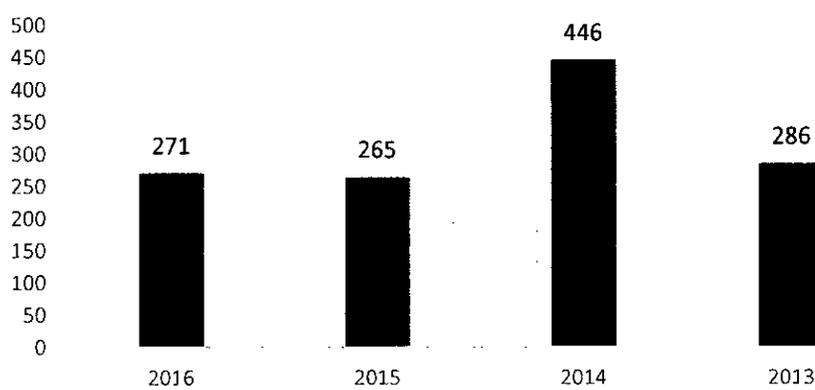
<i>AÑO</i>	<i>N° CASOS</i>	<i>%</i>
<i>2016</i>	<i>271</i>	<i>21.3%</i>
<i>2015</i>	<i>265</i>	<i>20.89%</i>
<i>2014</i>	<i>446</i>	<i>35.1%</i>
<i>2013</i>	<i>286</i>	<i>22.5%</i>
<i>Total</i>	<i>1268</i>	<i>100%</i>

Fuente: Unidad de Estadística del hospital Apoyo II2 Sullana (2016)

GRÁFICO N° 4.1

Número de Casos de Pacientes Apendicectomizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Apoyo II-2 Sullana. En el periodo Junio 2013 – Junio

2016



Interpretación: Se observa que el año 2014, es el que muestra mayor número de casos registrados con 446 casos, demostrando una incidencia mayor al año anterior.

TABLA N° 4.2

Frecuencia de Pacientes Apendicectomizados por Grupo Etáreo en el Servicio de Cirugía del Hospital Apoyo II-2 Sullana durante Junio 2013 - Junio 2016

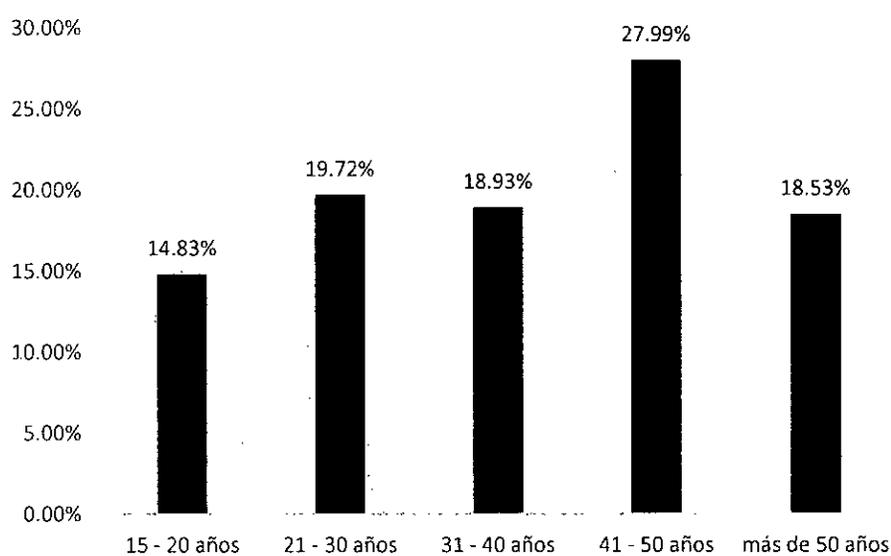
EDAD	N° CASOS	PORCENTAJE
15 - 20 años	188	14.83%
21 - 30 años	250	19.72%
31 - 40 años	240	18.93%
41 - 50 años	355	27.99%
más de 50 años	235	18.53%
TOTAL	1268	100.00%

Fuente: Base de datos del servicio de cirugía.

GRÁFICO N° 4.2

Frecuencia de pacientes apendicectomizados por Grupo Etáreo en el Servicio de Cirugía del Hospital Apoyo II-2 Sullana durante Junio 2013 -

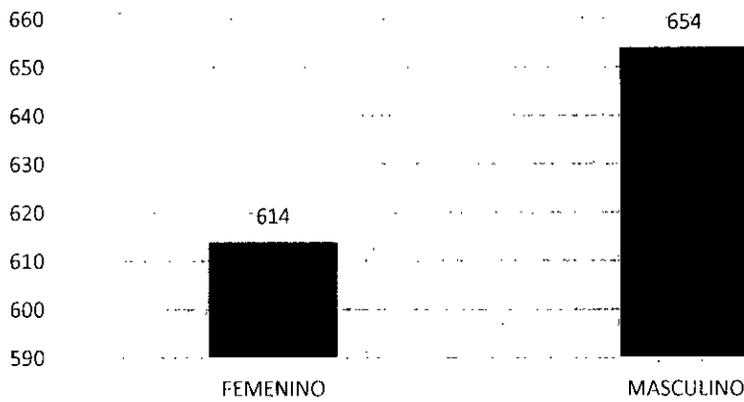
Junio 2016



Interpretación: Se observa el grupo etario que predominó es el rango de 41 a 50 años de edad con 355 casos, representando el 27.99%

GRÁFICO N° 4.3

Género en pacientes apendicectomizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Apoyo II-2 Sullana durante el periodo Junio 2013 - Junio 2016



Fuente: Base de datos del servicio de cirugía.

Interpretación: Se observa que durante los años del estudio, el sexo predominanté fue el masculino con 654 casos.

V. CONCLUSIONES

1. Se describió los cuidados de enfermería a pacientes apendicectomizados brindando un cuidado de calidad y calidez, tomando en cuenta las guías y fichas de atención.
2. Se puede apreciar que el número de paciente apendicectomizados fueron 446, representando el 35.1% de casos/año, siendo el año 2014 cual presentó mayor incidencia.
3. La edad prevalente de pacientes apendicectomizados fue entre las edades 41 a 50 años, representando el 27.99% y el género de mayor predominio es el masculino con 654 casos, representando el 51.57%.

VI. RECOMENDACIONES

1. Capacitación al personal correspondiente al servicio de cirugía sobre los cuidados del paciente apendicectomizados, para garantizar la calidad de los cuidados por el personal de enfermería.
2. Se recomienda la gestión para incrementar el número de personal de enfermería debido a la mayor demanda de pacientes apendicectomizados teniendo en cuenta su satisfacción durante la hospitalización.
3. Capacitación a la población, en especial al sexo masculino por ser el de mayor prevalencia, proporcionando afiches alusivos al tema.

VIII. REFERENCIALES

1. *Salud.edomexico.gop.mx*. Salud.edomexico.gop.mx:
Salud.edomexico.gob.mx/htm/doctos/ueic/. Abril de 2004.
2. Slideshare. Apendicitis Aguda. slideshare.net/equipo4crm/pae-
apendicectomia. 30 de enero de 2014.
3. Rojas Salazar, Cesar Guillermo. Epidemiología de la apendicitis
aguda en el Perú 2009 – 2011. Tesis de grado. Lima. Universidad
Nacional Mayor de San Marcos. 2013.
4. Zarate, A.J. Apendicitis Aguda. Santiago de Chile: Editorial de la
Universidad Finis Terrae. 2015
5. Salazar, Carlos G. Epidemiología de la apendicitis aguda en el Perú
2007 - 2009. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013
6. Ayala Ruiz, Raúl. Perfil epidemiológico, clínico y quirúrgico de los
pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital de
Apoyo Sullana II 2, durante octubre - diciembre 2014. Tesis de Grado.
Piura: Universidad Nacional de Piura. 2016
7. Ruiz del Águila, José Luis. Apendicitis aguda: estudio comparativo
entre el adulto joven y adulto mayor. Hospital Regional de Loreto.

2014. Tesis de grado. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonas.

2015

8. Nicho Chávez, Carlos Alberto. Factores que se asocian a infección de sitio operatorio en paciente post operados por apendicectomía convencional en el Hospital Nacional Hipólito Unánue durante el periodo enero – julio del 2015. Lima. 2016
9. Obea Marcial, Víctor Hugo. Utilidad de la escala de Alvarado en el diagnóstico temprano de Apendicitis Aguda; Hospital Provincial Puyo Abril - Diciembre 2009. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Riobamba - Ecuador: 2010.
10. Abrisqueta, Jesús. Estudio prospectivo randomizado comparando apendicectomía laparoscópica Versus Apendicectomía Mediante Incisión umbilical única. Tesis de grado. Murcia – España: Universidad de Murcia. 2012.
11. Hernandez Romero, Johana Estefanía. Infección Quirúrgica en Pacientes Apendicectomizados, en el Servicio de Cirugía, Hospital del IESS Riobamba 2009 – 2012. Tesis de grado. Riobamba-Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. 2012.
12. Klingensmith, Mary E. Manual De Washigton De Cirugia 6° Edicion Pag. 282. Washigton: Lippincott Williams y Wilkins. 2013.

13. MERCK & CO., I. *El Manual Merck Novena Edición*. Barcelona: OCEANO. 1992.
14. Celada Cajal, Francisco José. Dolor Abdominal. Revista electrónica de Medicina Intensiva. 2010. Obtenido de <http://remi.uninet.edu/descarga/dolorabdominal.pdf>
15. Quizhpi Guichay, Freddy Gonzalo. Incidencia de apendicitis aguda en pacientes de 20-50 años de edad, en el período comprendido agosto-diciembre del 2012. Hospital Teófilo Dávila. Machala. Tesis de grado. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca. 2013.
16. Ruiz Bosmediano, Lidia Areika. Características clínicas y quirúrgicas de la apendicitis aguda en niños atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos desde enero 2013 a diciembre 2014. Tesis de grado. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015
17. Wong Pujada, Pedro. Apendicitis Aguda. Tesis de grado. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_11_Apendicitis%20aguda.html
18. Urbina Chile Pedro . Manual de Patología Quirúrgica. Pontificia Universidad Central de Chile. 2001. Obtenido de

http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/patolquir_014.html

19. Pinheiro Pedro. Síntomas de la apendicitis. MD Saude: Editorial de Revista científica de Chile. 2008. Obtenido de <http://www.mdsaude.com/es/2015/10/sintomas-de-la-apendicitis.html>
20. Merck®. Manual de Merck. EEUU: Oceano/Centrum. 1992
21. Uribe, Carlos Miguel. Guía para Cirugía Trauma. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquía. 2004
22. Washington. Manual de cirugía. En manual washington de cirugía. Lippincott Williams & Williams. 2013
23. Romero, Yulisbeth. Modelos y teorías de la enfermería. Santiago de Chile. 2011. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos89/modelos-y-teorias-enfermeria/modelos-y-teorias-enfermeria.shtml>
24. Prado Solar, Liana Alicia. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Artículo de revisión. Vol. 36 No 6. Editorial: Scielo. 2014. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

25. Rojas, Alicia Yaneth. Teorías de enfermería. Artículo de revisión. Scielo. 2012. Obtenido de <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/callista-roy.html>
26. Porcar. *Diccionario Medico*. Barcelona: Salvat. 2004.
27. Izquierdo, Jose Luis. Cuidados de enfermería al paciente quirúrgico en la etapa del preoperatorio. Centro de estudios técnicos de bachillerato profesional. 2016. Obtenido de [www.academia.edu/3818424/Cuidados de enfermeria al paciente quirurgico](http://www.academia.edu/3818424/Cuidados-de-enfermeria-al-paciente-quirurgico).

ANEXOS

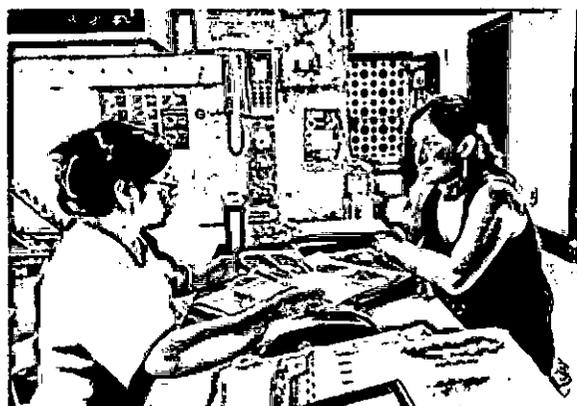
HOSPITAL DE APOYO II – 2 SULLANA



SERVICIO DE CIRUGIA. HOSPITAL DE APOYO II – 2 SULLANA



EDUCANDO EN EL PRE-OPERATORIO



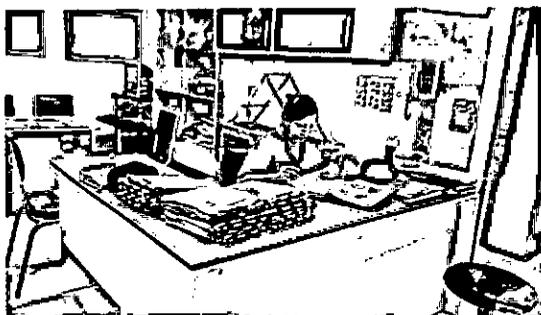
POST APENDICECTOMIA



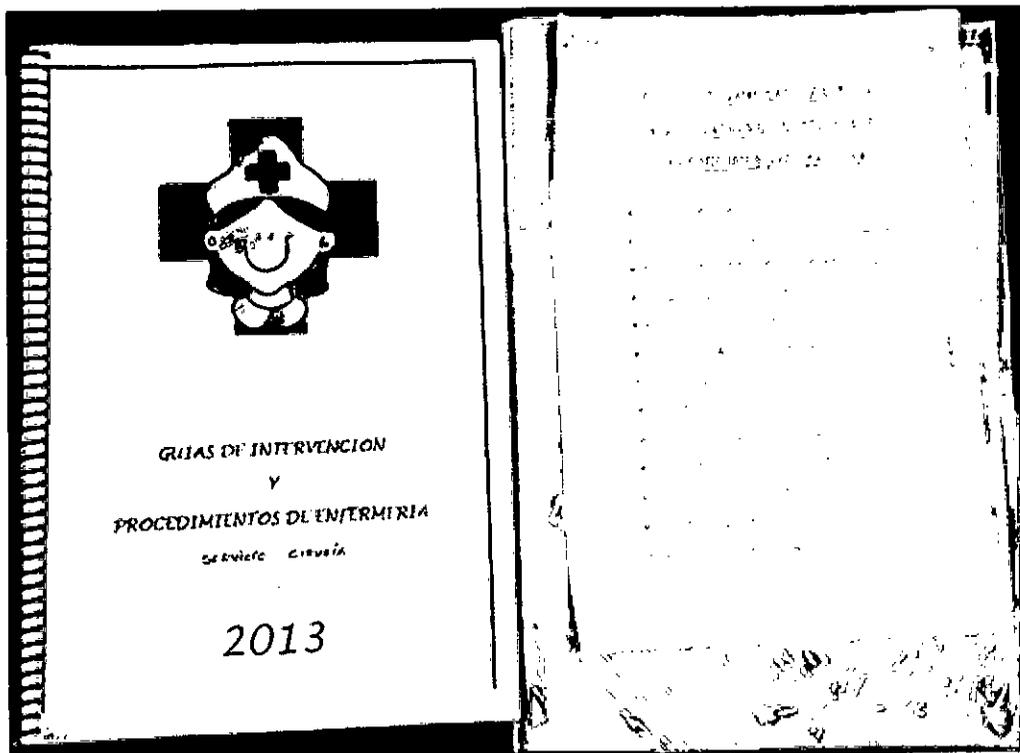
ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CRITICOS



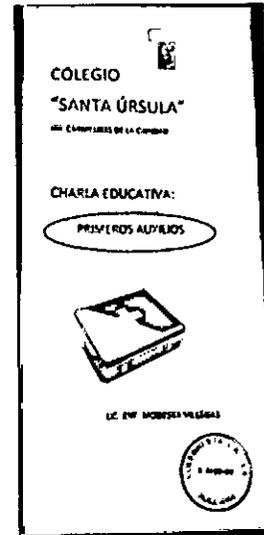
REALIZANDO LABOR ADMINISTRATIVA



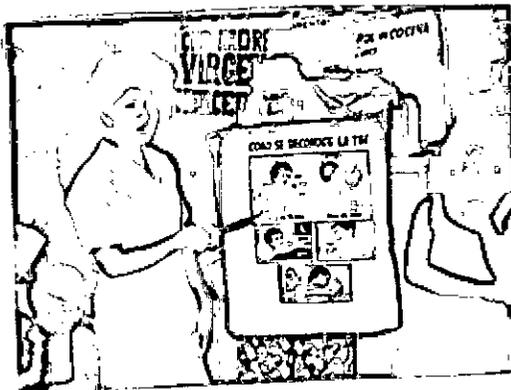
GUÍAS DE INTERVENCIÓN Y PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA

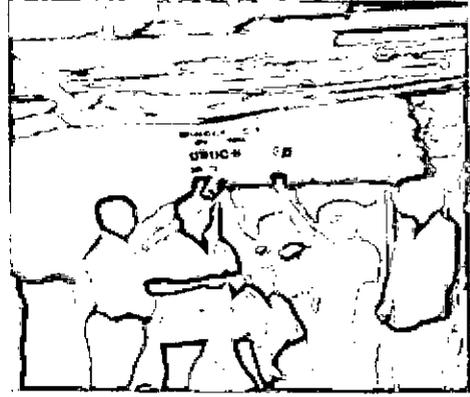


CHARLA EDUCATIVA EN CENTRO EDUCATIVO
"SANTA URSULA"



PROMOCION DE LA SALUD





PARTICIPANDO EN CAMPAÑA DE PLANIFICACION FAMILIAR.
INTERVENCION QUIRURGICA DE VASECTOMIA.

