

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA



**“PACIENTE POST-OPERADA DE APENDICITIS AGUDA EN
PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL
SOCORRO DE ICA – 2016”**

Trabajo Académico presentado por la Enfermera:

JUANA BERTHA PALOMINO LOPEZ

Para obtener el Título Profesional de la Segunda
Especialidad en Enfermería, con mención en:
PEDIATRÍA

AREQUIPA- PERÚ

2017

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	3
II. DESCRIPCIÓN DEL CASO	5
III. ANTECEDENTES DEL CASO	19
IV. MARCO TEÓRICO	23
V. RESULTADOS	36
VI. CONCLUSIONES	38
VII. RECOMENDACIONES	39
VIII. BIBLIOGRAFÍA	40
IX. ANEXOS	42

I. INTRODUCCIÓN

La pediatría es la parte de la medicina que se ocupa en forma especial de la salud y las enfermedades que afectan a los niños. Es decir, la pediatría es una especialidad que estudia tanto al niño sano como al enfermo, por lo que el cuidado de enfermería es inherente a la atención de este grupo etario en la población. La cirugía pediátrica es una subespecialidad dentro de la cirugía que se ocupa del diagnóstico, cuidado preoperatorio, operación y postoperatorio. La cirugía de niños o cirugía pediátrica es una subespecialidad de la cirugía, se ocupa del diagnóstico, cuidado preoperatorio, operación y manejo postoperatorio. El profesional de enfermería con especialidad en pediatría tiene conocimientos científicos, metodológicos y técnicos; así como habilidades y destrezas, con el valor agregado de tener actitudes proactivas y valores morales, en la identificación de problemas de salud en pacientes pediátricos y en la participación en la solución de los mismos, esto en correspondencia a los avances científico técnicos, el personal de enfermería ha desarrollado múltiples transformaciones cualitativas y cuantitativas en la búsqueda de métodos que permitan brindar una mejor atención de salud, ese es el caso de la enfermera especialista en pediatría que además atiende al paciente pediátrico quirúrgico. La apendicitis es la inflamación del apéndice, el cual se ubica en el ciego en la porción donde comienza el intestino grueso. Los casos de apendicitis requieren de un procedimiento quirúrgico llamado apendicetomía, que consiste en la extirpación del apéndice inflamado, este proceso puede realizarse bien por laparoscopia o laparotomía. El tratamiento siempre es quirúrgico. En casos sin tratamiento el índice de mortalidad es elevado, principalmente debido a complicaciones como la peritonitis y el shock séptico cuando el apéndice inflamado se rompe. La mortalidad asociada al proceso es baja salvo cuando aparece perforación libre y peritonitis asociada a shock séptico. Nuestro estudio trata de un niño de 4 años que acude al hospital por presentar un síndrome doloroso abdominal, del cual se comprobó un cuadro de apendicitis aguda, que terminó en una apendicetomía con

diagnostico post operatorio de peritonitis por apendicitis aguda. La apendicitis es una causa frecuente de cirugía abdominal en pediatría. De todos los casos, el 6% se presenta en menores de cinco años con una incidencia de perforación alta, aumentando las complicaciones. La enfermería cumple un rol primordial en el cuidado integral del paciente de pediatría lo cual evidenciamos en este estudio, demostrando el beneficio del niño objeto de nuestro estudio con el manejo del proceso de enfermería definiendo el ámbito de la práctica de enfermería identificando normas de atención y ofreciendo mayor satisfacción para la recuperación del paciente, presentando el plan de cuidados con la taxonomía NANDA NIC NOC.

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO

El caso que presentamos tiene la finalidad de contestar algunas interrogantes que nos permitan concluir con precisión este estudio, así es importante saber si de las emergencias quirúrgicas que se presentan en el servicio de Pediatría en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Las Apendicitis Agudas en niños menores de 5 años son las más frecuentes, al ser nuestra paciente una niña de apenas 4 años de edad, nos preguntamos cuales son las causas que le ocasionaron este cuadro, en este caso es importante saber si el abdomen agudo confirma en una apendicitis aguda y cuál es la causa. La referencia si hubo complicaciones o no, nos lleva a la necesidad de conocer la causa o posible causa.

1. DATOS GENERALES

- Institución de Salud: Hospital Santa María del Socorro de Ica
- Servicio de Origen: Pediatría
- Número de Cama: 15
- Fecha de Historia Clínica: 27-10-2016
- N° de H C: 174620

2. ANAMNESIS

a. Filiación

- Nombre: Fernández Calderón, Arlethe Nahomi.
- Edad: 4 años.
- Sexo: Femenino.
- Raza: Mestiza.
- Grado de Instrucción: Pre-escolar – Nido.

- Religión: Católica.
- Fecha de Nacimiento: 23 – 12 – 2012.
- Lugar de Nacimiento: Ica.
- Domicilio Actual: Yaurilla S/N Los Aquijes – Ica.
- SIS: Sí.
- Madre: Calderón García, Shirley Karina.
- Padre: Fernández Navarro, Luis.
- Estado Civil de los Padres: Separados.
- Lugar de Procedencia: Yaurilla S/N Los Aquijes – Ica.
- Fecha de Ingreso a Emergencia: 26-10-2016 - 11 p.m.
- Fecha de ingreso a Observación: 27 -10 – 2016 - 1 a.m.
- Fecha de ingreso a Pediatría: 27 -10 - 2016 a.m.
- Persona Responsable: Madre.

b. Enfermedad Actual

- Motivo de consulta: Dolor abdominal.
- Tiempo de enfermedad: 1 día y 12 horas.
- Forma de inicio: Insidiosa.
- Curso: Progresivo.
- Relato: Paciente pre escolar que viene por emergencia en compañía de su mama, presentando dolor abdominal difuso de 8/10, que se intensifica y migra a fosa iliaca derecha, motivo por el cual acude a la emergencia.

c. Funciones Biológicas

- Sueño: Conservado.
- Apetito: Disminuido.
- Sed: Conservada.
- Sueño: Intranquilo.
- Orina: Normal.
- Deposiciones: Normales.

3. ANTECEDENTES

a. Antecedentes Personales Generales

- Vivienda: Material Noble, 2 habitaciones, viven 5 personas.
- Luz Eléctrica: Sí.
- Agua: Sí.
- Desagüe: Sí.
- Padre: Obrero.
- Madre: Ama de casa.
- Animales: 2 perros y 1 gato.
- Alimentación: Variada pero pocas verduras y poca fruta, mas carnes, fideos, arroz.
- Hábitos Nocivos: Niega.

b. Antecedentes Personales Fisiológicos

- Evolución del embarazo de la madre:

- Primer trimestre: Sin alteraciones.
 - Segundo trimestre: ITU.
 - Tercer trimestre: Sin alteraciones.
- **Natales**
- Parto eutócico, atendido por profesional de obstetricia.
 - Parto atendido en el hospital.
 - Llanto al nacer: Sí.
- **Post-Natales**
- Alimentación: Leche materna exclusiva hasta los 7 meses.
 - Ablactancia: a partir de los 7 meses.
 - Alimentación: variada.
 - Inmunizaciones: BCG, Anti polio, DPT, Antisarampionosa.
- **Desarrollo Psicomotriz**
- 3 meses: Levanto la cabeza 45° a 90°, seguía con la vista un objeto, sonreía al estímulo. Jugaba con sus manos, reaccionaba a los sonidos repentinos.
 - 6 meses: Se mantenía sentado sin apoyo, sostiene dos cubos en cada mano, emitía sonidos espontáneamente, voltea su cuerpo, agarra cosas y se la mete a la boca.
 - 9 meses: gateo - 12 meses: camina.
- **Desarrollo del Lenguaje**
- A los 10 meses dice monosílabos

- **Niega:** Enfermedades anteriores, hospitalización, alergias, intervenciones quirúrgicas y transfusión sanguínea.

c. Antecedentes Familiares

Niega enfermedades en padre y madre.

d. Antecedentes Epidemiológicos

Niega Tuberculosis

4. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

- Síndrome Doloroso Abdominal.
- D/C Apendicitis.
- D/C ITU.

5. ANÁLISIS

- a. PCR.-** Proteína C reactiva, se utiliza para identificar inflamaciones e infecciones en el organismo. Poco después del inicio de una infección o inflamación, el hígado libera la proteína C reactiva en la sangre. Los médicos pueden solicitar un análisis de proteína C reactiva si los síntomas parecen indicar que hay algún tipo de inflamación, en particular relacionada con la enfermedad inflamatoria intestinal, las recaídas de artritis o un trastorno autoinmune, como la artritis reumatoide o el lupus.

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
PCR	47,3 mg/ L 0	0 – 5,0 mg/L

b. Análisis Completo de Orina

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Color	Amarillo intenso	-
pH	6.0	5 - 8
Proteínas	(+) 15 mg/ dl	-
Densidad	1,024	1,015 – 1,020
Glucosa	(-)	-
Cetona	(-)	-
Sangre	(-)	-
Urobilinógeno	0 – 4 mg/dl	(+) 1 mg/dl
Nitritos	(-)	-
Células Descamadas	0-1 por campo	
Leucocitos	0-1 por campo	
Bacterias	(-)	-

c. Análisis de Sangre

Análisis Solicitado	Resultado de Análisis	Valores de Referencia
Hematocrito	46,5 %	36,0 - 47,0 %
Hemoglobina	14,0 gr/ dl	11,5 – 15,0 gr/ dl
Recuento de eritrocitos	5,4 x 10 ⁶ / mm ³	5,00 – 6.00 x 10 ⁶ /mm ³
VCM	87 fl	76,0 – 98, 0 fl
HCM	28,6 %	27,0 – 32,0%
CHCM	33,1 %	32,0 – 36,0 %
Recuento de Leucocitos	15 x 10 ¹³ / mm ³	4,5 – 13,0 x 10 ¹³ / mm ³
Recuento de Plaquetas	295 x 10 ³ / mm ³	150 – 450 x 10 ³ / mm ³
Volumen Plaquetario medio	8,2 fl	9,0 – 11,0 fl
Basófilos	0,5%	0,0 – 0,1 %
Eosinófilos	2% 0	0 – 3,00 %
Neutrófilos	66,4 %	30,00 – 60, 00 %
Linfocitos	23 %	20,00 – 50,00 %
Monocitos	8,1 %	2,00 -8,00%

6. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El presente estudio de caso responde a un cuadro de apendicitis aguda en una niña de cuatro años de edad, que fue sometida a una apendicetomía, es atendida en su post-operatorio en el servicio de pediatría del HSMSI, con la atención especializada de enfermera s, atención basada en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que en forma organizada y sistemática, racional y lógica nos permitió brindar cuidados individualizados a la niña Arlethe Fernández, con un enfoque básico que responde de forma personalizada ante las alteraciones reales o potenciales de salud.

Jerarquización de Necesidades

El PAE para este estudio se basa en el Modelo de Virginia Henderson.

- Necesidad de Seguridad: Riesgo de Infección R/C Incisión quirúrgica y defensas primarias insuficientes.
- Necesidad de Seguridad: Dolor Agudo R/C Incisión de la herida post operatoria M/P Paciente refiere dolor en zona operatoria.
- Necesidad de Higiene y Piel: Deterioro de la integridad cutánea R/C Interrupción mecánica de la piel y tejidos M/P Incisión quirúrgica en fosa iliaca derecha.²

6.1. Proceso de Atención de Enfermería en el Post – Operatorio Mediato

Paciente pre-escolar de 4 años de edad de sexo femenino, con 12.700kg. de peso, 1 metro de talla, hija de padres separadas, de religión católica, su procedencia es del distrito de Parcona-Ica, su casa de material noble con 2 habitaciones, viven 5 personas.

Llega al hospital con su madre, ingresa por el servicio de emergencia pasa a observación para descartar apendicitis aguda, al confirmarse el

diagnóstico pasa a sala de operaciones, es intervenida y se realiza una apendicetomía, el diagnóstico post-operatorio es Peritonitis por Apendicitis Aguda, los hallazgos reportan una apéndice gangrenada en su totalidad conteniendo en su interior 2 coprolitos y secreción purulenta fétida de más o menos 50c.c.

El post operatorio inmediato lo hace en la Unidad de Recuperación Post Anestésica, pasa al servicio de Pediatría el 27 de octubre del 2016 a las 10 p.m., se le ubica en el ambiente de cirugía en la cama N° 15., permanece hospitalizada hasta el día 1 de noviembre en que es dada de alta.

a. Valoración

- Datos Subjetivos

- La Enfermera de URPA reporta que la paciente esta hemodinámicamente estable, con ventilación espontanea, venoclisis permeable, afebril, con P/A: 105/50 mmHg, F.C.:132 X', Saturación de oxígeno 99%.
- La madre refiere que su niña esta despierta, que la reconoce, pero que le dice que tiene dolor en la zona de la operación y que tiene miedo.

- Datos Objetivos

- Se observa una niña despierta, reconoce a su mamá.
- Venoclisis permeable en flexura de brazo izquierdo, pp 250 cc de Dx + agregados.
- Ventila espontáneamente.
- Sonda vesical permeable, con 150 cc de diuresis.
- Apósito de herida operatoria limpia y seca.

- Se verifican Signos Vitales: P/A= 100/50 mmHg., FC= 130 X´, RE= 18, Saturación de Oxígeno 100 X´.
- Se verifican indicaciones de Pediatra Cirujano:
 - NPO.
 - Ceftriazona 450 mg. E.V. C12 hs.
 - Metronizazol 260 mg. E.V.C/8 hs.
 - Ranitidina 17 mg. E.V. C/8 hs.
 - Metamizol 500 mg. E.V. Cond. a dolor.
 - CFV.
 - CFB.
 - BHE.
 - Control de Apósito.

- **Examen Físico**

- **Peso:** 127 kg.
- **Talla:** 1 metro.
- **PC:** 90cm.
- **PT:** 100cm.
- **Ectoscopía**

AREG, AREN, AREH, LOTEP, Ventila espontáneamente, tolera

Funciones Vitales.

- Presión Arterial: 100/60 mHg.

- Frecuencia Cardiaca: 90 x´.
 - Frecuencia Respiratoria: 18 x´.
 - Temperatura: 36.7°C.
- **Examen Físico Regional**
- Cabeza: Simétrica.
 - Cráneo: Normo céfalo.
 - Fontanelas: Cerradas.
 - Cara: Simétrica.
 - Ojos: Foto reactivos, isocóricas centrales.
 - Oídos: Permeables.
 - Nariz: Permeable.
 - Boca: mucosa rosada.
 - Cuello: Central, no ingurgitaciones Yugula T.
 - Faringe: sin alteraciones.
 - Extremidades: Movilidad conservada.
 - Tórax: Simétrico.
 - Aparato Respiratorio: MV pasa bien ACP.
 - Aparato Cardiovascular: R.C: RR.
 - Abdomen: B/D doloroso a la palpación superficial y profunda en FID.
 - Aparato Genitourinario: PPC (-) PRU (-).

- Neurológico: Despierta y activa.
 - Piel y Faneras: Normales.
 - Sistema linfático: No se palpan adenopatías.
 - Sistema muscular: Tono conservado.
- **Diagnóstico Médico**
- Impresión Diagnóstica en Tópico de Pediatría en Emergencia:
 - Síndrome Doloroso Abdominal.
 - Descartar Apendicitis.
 - Descartar ITU.
 - Diagnóstico Preoperatorio en observación:
 - Abdomen Agudo Quirúrgico.
 - Apendicitis Aguda.
 - Diagnostico Postoperatorio:
 - Peritonitis por Apendicitis Aguda
- **Tratamiento Médico Postoperatorio**
- NPO.
 - CNa 9⁰/00 1000c.c.a XV gotas por minuto.
 - Ceftriazona 450 mg. E.V. C12 hs.
 - Metronizazol 260 mg. E.V.C/8 hs.
 - Ranitidina 17 mg. E.V. C/8 hs.

- Metamizol 500 mg. E.V. Cond. a dolor.
- CFV.
- CFB.
- Control de diuresis.
- BHE.
- Control de Apósito.

- **Evoluciones Diarias**

- **27/10/2016:** Paciente de 4 años de edad de sexo femenino, tranquila, estable en su evolución general, apósito seco, refiere nauseas, y dolor en zona de la operación, venoclisis permeable con Dx al 5% más agregados, en NPO, FC: 89x' PA: 128/64 mmHg Sat O₂: 98%. Diuresis (+) Deposiciones (-), recibe cuidados de enfermería, recibe terapia completa según prescripción médica.
- **28/10/2016:** Paciente afebril, hemodinámicamente estable, inicia dieta líquida restringida, refiere dolor a nivel de sitio operatorio con EVA #6, sin náuseas, ni vómitos. Abdomen BDS a nivel de fosa ilíaca derecha. Herida operatoria limpia, sin signos de infección. Diuresis (+) Deposiciones (-), venoclisis permeable en BHE, Paciente tranquilo, Abdomen Blando Globuloso, sensible zona operatoria, EVA 2, afebril, hidratado, se retira venoclisis, apósito limpio y seco, diuresis (+), deposiciones (-), recibe cuidados de enfermería, recibe terapia completa según prescripción médica. Evolución favorable
- **29/10/2016:** Paciente tranquila, afebril en buen estado en general, refiere haber dormido bien y tener menos dolor en relación al día anterior con una pequeña molestia clasificada en EVA # 3.

Presenta apósito limpio y seco en región fosa ilíaca derecha, con reposo relativo, dieta líquida amplia, venoclisis permeable diuresis (+), deposiciones (-), recibe cuidados de enfermería, recibe terapia completa según prescripción médica. Evolución favorable

- **30/10/2016:** Paciente tranquila, abdomen blando globuloso, sensible zona operatoria, EVA 3, afebril, hidratado, tolera dieta blanda, se retira venoclisis, se cambia zona de vía periférica y queda con llave triple vía, apósito limpio y seco, diuresis (+) deposiciones (+), recibe cuidados de enfermería, recibe terapia completa según prescripción médica. Evolución favorable
- **31/10/2016:** Paciente tranquilo, abdomen blando depreciable, EVA 1, afebril, hidratado, tolera dieta completa, queda con LTV permeable apósito limpio y seco, diuresis (+), deposiciones (-), tolera dieta completa, apósito limpio y seco, diuresis (+) deposiciones (+), recibe cuidados de enfermería, recibe terapia completa según prescripción médica. Evolución favorable
- **01/10/2016:** Paciente tranquilo, abdomen blando depreciable, EVA 1, afebril, hidratado, tolera dieta completa, queda con LTV permeable apósito limpio y seco, diuresis (+), deposiciones (+) recibe cuidados de enfermería, recibe terapia completa según prescripción médica. Evolución favorable. De alta hospitalaria más indicaciones, cita en los próximos 3 día.

III. ANTECEDENTES DEL CASO

1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Bueno J., Hernández E., Castelo M. (2012) Cuba. Objetivo: mostrar los resultados de un nuevo esquema de tratamiento antimicrobiano secuencial (intravenoso/oral) en el periodo posoperatorio en niños con apendicitis aguda complicada. Método: se realizó un estudio cuasi-experimental con todos los niños tratados por apendicitis aguda complicada entre el 1ro de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2012, en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Pediátrico Provincial Docente Dr. Eduardo Agramonte Piña de Cama. Resultados: un total de 129 niños se incluyeron en los casos. Los controles históricos sumaron 144. La estancia promedio fue de 182 días/año (4,24 días/enfermo) para los casos y de 337 días/año (7,02 días/enfermo) para los controles. Conclusiones: los datos obtenidos en el estudio demuestran una disminución de 2,78 días.

Ospina J., Barrera L., Manrique F. (2010) Duitama. Objetivo: Evaluar las puntuaciones de la escala diagnóstica en una serie de casos clínicos intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de apendicitis aguda. Materiales y Métodos: Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal. Se revisaron los registros clínicos de 101 casos sometidos a cirugía con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Duitama de enero a marzo de 2010. Para cada uno se estimó la puntuación alcanzada en la escala diagnóstica de Alvarado y se correlacionó con el resultado histopatológico, el tiempo de evolución, el sexo y la edad del paciente. Resultados: El 56,6% correspondió a hombres y hubo 65,4% de menores de 30 años. El tiempo promedio de evolución fue de 44,6 horas. Los criterios que mostraron mayor capacidad discriminante fueron dolor localizado en el cuadrante inferior derecho, migración del dolor, signo de Blumberg, leucocitosis y neutrofilia ($p < 0,001$); los de menos capacidad discriminante fueron náuseas y vómito, fiebre y anorexia. Conclusión: La escala diagnóstica de Alvarado

puede ser una herramienta para mejorar la oportunidad y eficiencia diagnóstica en la apendicitis aguda.

Verdugo R., Olave E. (2010) Chile. Objetivo: determinar y describir las características biométricas y posiciones anatómicas del apéndice vermiforme. Para ello se realizaron observaciones directas y mediciones del apéndice vermiforme en 65 niños chilenos, 37 de sexo masculino y 28 del femenino, operados por apendicitis aguda en los hospitales regionales del Maule y Aysén. Se consideraron variables como: ubicación del ciego, posición y longitud del apéndice, forma y número de ramas arteriales del mesoapéndice. La edad y peso promedio fue de 9,7 años y 37,5kg., respectivamente. El ciego se localizó en la fosa ilíaca derecha en 62 pacientes (95,4%) y en el flanco derecho en 3 (4,6%). La longitud promedio del apéndice fue de 7,5cm. La posición más *frecuente* del apéndice vermiforme fue la retrocecal (47%), seguida de la pélvica (29%). El mesoapéndice fue mayoritariamente triangular, con tres ramas arteriales y se insertó principalmente en el tercio medio del apéndice. La vía de abordaje más frecuente fue la laparotomía de McBurney, seguida de la laparoscópica.

Beltrán M., Almonacid J., Gutiérrez J., Cruces K. (2007) Chile. Objetivo: Evaluación y validación de una puntuación diagnóstica para apendicitis en pacientes pediátricos. Métodos: Entre octubre y diciembre 2005 se estudiaron 121 pacientes consecutivos con un rango de edad entre 5 y 14 años, en quienes se evaluó la sospecha de apendicitis. El punto de corte para considerar cirugía en un paciente fue establecido en 7 puntos. Resultados: Todos los pacientes no operados obtuvieron puntajes entre 0 y 6 puntos. La mayoría de los pacientes operados obtuvieron puntajes entre 9 y 10 puntos. La puntuación demostró una elevada sensibilidad, especificidad y exactitud diagnóstica.

Gómez A. y Hurtado A. (2005) México. Objetivo: Determinar si un régimen de alimentación al seno materno exclusiva (ASME) o combinada (ASMT) de corta duración, o una temprana ablactación constituyen

factores de riesgo para desarrollar apendicitis aguda en la niñez. Material y métodos: Mediante un estudio de casos y controles se interrogó a las madres de 200 menores de edad preescolar, escolar y adolescente con diagnóstico de apendicitis aguda y de 200 controles pareados acerca de la duración de la alimentación al seno materno y la edad al inicio de fórmulas o papillas. Resultados: En 52 casos (26%), 5 controles no recibieron ASME (2.5%). El riesgo de padecer apendicitis para el que nunca recibió ASME fue de 10.4, para la ablactación antes de los 4 meses de 1.4, y para la alimentación al seno materno menor a 6 meses de duración de 4.6. Conclusiones: El riesgo de padecer apendicitis aumenta en los niños que no recibieron ASME y en los que recibieron ASMT por menos de seis meses.

2. ANTECEDENTES NACIONALES

RUÍZ L. (2015) Iquitos - Perú. Objetivo: Describir las características clínicas y quirúrgicas de la apendicitis aguda en niños atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos desde enero 2013 a diciembre 2014. Metodología: Es un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, donde se recolectó información de 81 historias clínicas dicha información obtenida se vació en un paquete estadístico SPSS versión 22. Resultados: El grupo etareo más frecuente fue el de 10 a 14 años (59.3%) Prevalció el sexo masculino (64.2%) El tiempo de enfermedad más frecuente fue entre 24 a 48 horas (40.7%). Conclusiones: La apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo que requiere intervención quirúrgica durante la edad pediátrica. Es más frecuente en el sexo masculino.

Yazán J. (2012) Lima - Perú. Objetivo: Determinar la epidemiología quirúrgica de la apendicitis aguda en población pediátrica del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo 2007- 2011. Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, caracterizado por la recolección de la información de historias clínicas en los pacientes del estudio. La población seleccionada fue de 498 pacientes de 0 a 14 años. El instrumento fue una ficha de recolección de datos

convenientemente elaborada para los fines de estudio. Resultados: La apendicitis aguda predominó en el sexo masculino (65,6%). El grupo de edad más frecuente de presentación de la enfermedad fue en adolescentes (60,8%).

AGUILAR S. (2010) Trujillo – Perú. Material y Método: El presente trabajo tipo cohorte incluyó la revisión de historias clínicas de niños entre 4 y 14 años intervenidos quirúrgicamente por diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital Belén de Trujillo en el período de Julio-Diciembre del 2009. Resultados: De las 62 historias clínicas, 57 presentan anatomía patológica positiva y el resto negativa. Conclusión: El Escore de Alvarado, con un punto de corte \geq a 7 puntos demostró tener una sensibilidad, especificidad y valor predictivo estadísticamente significativa para el diagnóstico de Apendicitis Aguda en niños de 4 a 14 años.

PARRA F. (2007) Lima – Perú. En el presente trabajo de Investigación, se estudiaron 90 pacientes pediátricos, con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” Lima – Marzo 2005 – Febrero 2006. Cuyo Objetivo principal fue el determinar las características epidemiológicas y clínicas de la apendicitis aguda en la población pediátrica en el período de Marzo 2005 a Febrero 2006. El método utilizado, fue el Descriptivo Retrospectivo Transversal, siendo la población de estudio los niños menores de 15 años de edad que ingresaron con diagnóstico de apendicitis aguda. La técnica de recolección de datos fue la revisión de las Historias Clínicas y reportes operatorios. En el presente estudio se observó que de 90 pacientes pediátricos atendidos por apendicitis aguda las edades más frecuentes fueron de 12 a 15 años (47%); predominando el sexo masculino (65.6%); y el dolor abdominal en la fosa iliaca derecha fue el síntoma más frecuente(81.2%).

IV. MARCO TEÓRICO

1. PROTOCOLO DE APENDICITIS AGUDA CIRUGÍA PEDIÁTRICA

1.1. Definición de Apendicitis Aguda

La apendicitis aguda es una **enfermedad inflamatoria infecciosa** del apéndice cecal, que, como su nombre lo indica, es un apéndice que tiene la parte inicial del intestino grueso, denominada ciego. Al ser una inflamación aguda, el dolor es de rápido inicio

1.2. Epidemiología

La apendicitis puede ocurrir a cualquier edad, aunque la incidencia máxima de la apendicitis aguda se presenta con mayor frecuencia en las personas entre 20 y 30 años. Es la causa más frecuente de dolor abdominal intenso, súbito y de cirugía abdominal de urgencia en muchos países. Es también una causa importante de cirugías pediátricas, ya que es frecuente en preescolares y escolares. También existe un factor genético.

La tasa de apendicetomía es aproximadamente del 12% en hombres y del 25% en mujeres. En la población en general las apendicectomías por una apendicitis ocurren en 10 de cada 10000 pacientes cada año y las tasas de mortalidad son menores de 1 por 100000 pacientes desde el año 1970.

1.3. Patogenia

La inflamación del apéndice produce, con el tiempo, una obstrucción de la luz del órgano. Esa obstrucción conlleva 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 de la pared del apéndice con necrosis, gangrena y ruptura si no se trata de inmediato.

Si la apendicitis no se atiende a tiempo puede perforarse el apéndice, lo cual podría desarrollar en peritonitis, un padecimiento que exige más cuidados que la apendicitis y que es muy grave. A su vez, la peritonitis puede llevar a la muerte del paciente por septicemia, por lo que es importante llamar al médico en cuanto se presente cualquier tipo de dolor abdominal agudo (súbito) que dure más de seis horas (un indicativo probable de apendicitis). Cuanto más temprano sea el diagnóstico, mayores serán las probabilidades de recibir una atención médica adecuada, un mejor pronóstico, menores molestias y un periodo de convalecencia más corto.

1.4. Estadios de la Apendicitis Aguda

Se ha clasificado en 4 estadios dependiendo de la fase evolutiva encontrada:

- Edematosa.
- Supurativa.
- Necrótica.
- Perforada.

Con estancia hospitalaria prolongada.

1.5. Diagnóstico Diferencial de Apendicitis Aguda

El diagnóstico diferencial de apendicitis aguda depende de tres factores principales:

- Localización anatómica del apéndice inflamado.
- Etapa de proceso – simple o roto.
- Edad y sexo del enfermo.

1.6. Signos y síntomas de la apendicitis

La apendicitis se puede presentar con los siguientes síntomas:

- Dolor: que se presenta alrededor del ombligo o en la zona inferior derecha del vientre, que empeora al ejercer una presión leve en la zona, con la respiración profunda o con el movimiento.
- Pérdida del Apetito.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Fiebre.
- Si el apéndice estalla, el niño sentirá un dolor continuo e intenso en todo el abdomen.

1.7. Prueba de Mc Burney

Es el dolor a la palpación en el punto de McBurney corresponde a la unión del 1/3 externo con los 2/3 internos de una línea imaginaria trazada entre la espina iliaca antero-superior derecha hasta el ombligo. Es importante porque en este punto se localiza en la mayoría de los casos el apéndice vermiforme, y porque a partir de ese punto se trazará la incisión necesaria para extraer el apéndice en el tratamiento quirúrgico.

1.8. Causas de la Apendicitis

- Obstrucción del apéndice.
- Infección del apéndice.

1.9. Factores de Riesgo

La apendicitis puede afectar a niños y adultos de cualquier edad. En raras ocasiones se produce en niños menores de 2 años. La apendicitis se presenta más comúnmente en adolescentes y adultos jóvenes.

1.10. Complicaciones

Si el apéndice inflamado o infectado no recibe tratamiento, puede estallar. Esta situación puede conducir al desarrollo de una infección potencialmente mortal en el revestimiento de la cavidad abdominal.

1.11. Apendicetomía por laparotomía

La apendicetomía por laparotomía es la extirpación quirúrgica del apéndice cuando se encuentra inflamado debido a una infección. Esta infección se denomina apendicitis y se considera de urgencia toda vez que si no se trata rápidamente puede llegar a ser mortal. En este caso se hace una incisión en este caso se realiza una incisión mayor en el abdomen para poder buscar y extirpar el apéndice manualmente. La incisión más utilizada es la incisión de McBurney, que sigue un trayecto paralelo a la ingle en la región inferior derecha del abdomen, donde está el apéndice.

1.12. Apendicetomía por laparoscopia

La apendicetomía por laparoscopia es un método cada vez más utilizado que consiste en realizar unas pequeñas incisiones en la superficie abdominal por donde se pasan instrumentos que nos permiten visualizar el interior y manipularlo. La apendicetomía laparoscópica está siendo de elección en una gran cantidad de casos con apendicitis aguda, tanto en etapas tempranas como en etapas avanzadas. Uno de los beneficios de esta técnica es el corto post-operatorio y la rápida recuperación del paciente, deja unas secuelas físicas y cicatrices casi imperceptibles.

En cualquiera de los dos casos el primer paso será localizar el apéndice, que está justo al inicio del colon ascendente, en el ciego. Lo habitual es que lleve poco tiempo, pero en enfermos obesos se puede tardar varios minutos. Una vez localizado se debe seccionar el peritoneo que une el apéndice al intestino como si de una membrana se tratara. En ese punto es muy importante asegurarse que las arterias que irrigan el apéndice

están localizadas y adecuadamente comprimidas para evitar una hemorragia al seccionarlas. Finalmente se corta el apéndice y la herida que deja se cose para evitar que sangre o se desgarre.

Los Riesgos

En cuanto a los riesgos pueden abarcarse los que son provocados por la anestesia y la cirugía:

- Reacciones a los medicamentos.
- Problemas respiratorios.

Los riesgos que pueden darse en la cirugía:

- Sangrado.
- Infección.

Otros riesgos de una apendicetomía después de una ruptura del apéndice pueden ser los siguientes:

- Hospitalizaciones de mayor duración.
- Efectos colaterales de los medicamentos.

Después de la intervención Quirúrgica

La recuperación del paciente posoperatorio es rápida si en tal caso la apendicectomía es simple la salida del hospital es de 1 a 3 días de haber sido sometido a la cirugía, las actividades que se realizan normalmente pueden ser reanudadas de 2 a 4

La recuperación no progresa con velocidad si el apéndice se rompió o se formó un absceso en la zona. El continuar sin esta pieza en el organismo no ocasiona problemas en referencia a la salud.

Cuidados pos-operatorios

Entre los cuidados que podemos brindar al paciente después de la cirugía encontramos:

- Manejo del dolor, para mejorar el confort físico.
- Cuidado de la herida quirúrgica. Para evitar la aparición de infección.
- Administración de medicamentos.
- Promoción de la movilización temprana.
- Control de diuresis.
- Detección de signos y síntomas de infección.
- Control de ruidos intestinales.
- Enseñanza de cuidados pos operatorios al darse de alta al paciente.

2. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

Consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. 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.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya en la puesta en práctica las etapas se superponen. Este proceso se caracteriza por qué:

- Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para lograr su objetivo.

- Es dinámico: responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establece entre la enfermera y el paciente.
- Es flexible: Se puede adaptar a la práctica de enfermería en cualquier lugar o área de especialización que se ocupe de individuos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: sustentada en una amplia variedad de conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y es aplicable a cualquier modelo teórico de enfermería.

2.1. Objetivos del PAE

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- Imprimir a la profesión un carácter científico.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

Se requiere tener habilidades para aplicar el PAE, ya que estas contribuyen a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del paciente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud.

- Habilidades Cognitivas o Intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre

estas habilidades están las de identificar y diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a través de la observación y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.

- Habilidades Interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, así como la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.
- Habilidades Técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente al realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos.

2.2. Ventajas del PAE

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente, y sobre la enfermera. Profesionalmente define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería y para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

2.3. Diagnósticos de Enfermería – Taxonomía NANDA NIC – NOC

El objetivo de utilizar los diagnósticos de la Nanda interrelacionados las intervenciones NIC y los resultados NOC es analizar la importancia de los diagnósticos a usasen una niña con apendicetomía en el post operatorio mediato Identificar las características que ofrecen los diagnósticos seleccionados, así como establecer la relación de complementariedad de las clasificaciones dentro del proceso de cuidar sin dejar de lado las

repercusiones del desarrollo metodológico que debe seguir el profesional de enfermería.³

1^{er} Diagnóstico

00004 Riesgo de Infección r/c uso inadecuado de medidas asépticas.

NIC: 6540 Control de Infecciones.

3660 Cuidados de heridas.

7800 Monitorización de la calidad.

NOC: 1807 Conocimientos sobre prevención de infecciones.

1102 Curación de la herida con técnicas sépticas.

1306 Autogestión de cuidados.

Evaluación

Niña evidencia una cicatrización oportuna: observando condiciones de la herida post operatoria sin signos de infección/inflamación, no drenaje purulento, no eritema ni fiebre, se constatan signos vitales dentro de los parámetros esperados durante su hospitalización y hasta el alta.

2^{do} Diagnóstico

00132 Dolor Agudo r/c herida operatoria.

NIC: 2300 Administración de Medicación.

NOC: 1605 Control del dolor.

Evaluación

Paciente consigue alivio progresivo del dolor, el cual se manifiesta por su continua aparente tranquilidad. El dolor está controlado con la

administración de la terapia del dolor prescrita en la primeras 12 horas EVA de 09/10 a EVA de 03/10, y al alta se va con EVA de 1 /10.

3^{er} Diagnóstico

00134 Náuseas y vómitos r/c efectos adversos de medicamentos.

NIC: 1450 Manejo de nauseas.

1570 Manejo de vómitos.

3400 Precaución para evitar aspiración.

NOC: 2100 Nivel de Comodidad.

1608 Control del síntoma.

1918 Control de la aspiración.

Evaluación

Paciente controla náuseas no llega al vómito, lo que minimizo el riesgo de aspiración.

4^{to} Diagnostico

00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c a pérdidas excesivas.

NIC: 4120 Manejo de líquidos.

6680 Monitorización estables signos vitales.

2020 Monitorización de electrolíticos.

NOC: 1005 Estado nutricional-Bioquímica.

802 Mantiene estable los signos vitales.

800 Mantiene el equilibrio hidroelectrolítico ácido básico.

Evaluación: La paciente mantiene un adecuado equilibrio hidroelectrolítico + 250 c.c., electrolitos dentro de los valores normales, manteniendo buena hidratación en su estadía en el servicio las primeras 24 horas, luego con una dieta balanceada.

5^{to} Diagnóstico

00039 Riesgo de sangrado R/C Efectos secundarios del tratamiento quirúrgico.

NIC: 3660 Cuidados de las heridas.

4010 Prevención de hemorragia.

4130 Monitorización de líquidos.

4180 Manejo de la hipovolemia.

NOC: 0413 Severidad de la pérdida de sangre.

Escala: Grave / Sustancial / Moderado / Ligero / Ninguno.

041308 Hemorragia postoperatoria.

041309 Disminución de la presión arterial sistólica.

Evaluación: Paciente con herida limpia sin pérdida de sangre que, BHE + de 250C.C., mantiene presión arterial en parámetros normales

6^{to} Diagnóstico

0046 Deterioro de la integridad cutánea R/C interrupción mecánica de la piel y tejidos por incisión quirúrgica en fosa iliaca derecha.

NIC: 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico Proporcionar higiene y aseo, si precisa - proporcionar soporte a las zonas edematosas - Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.

3440 Cuidados del sitio de incisión - Realizar cura de la incisión de modo estéril - Mantener apósito limpio y seco. - Vigilar aspecto, exudados y aparición de hematomas.

NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas: Temperatura - Hidratación - Piel intacta.

102 Curación de heridas

Evaluación: Paciente con curación de herida operatoria en forma diaria, mantiene apósito limpio y seco, no hematomas ni exudados. Mantiene buena higiene personal así como ropa de cama limpia, afebril, buena hidratación.

3. TEORÍA DE DOROTHEA OREM

Dorothea no tuvo un autor que influyo en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás.

Ha descrito la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- **Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

LA TEORÍA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

LA TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera suplente al individuo.
- **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- **Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

V. RESULTADOS

1. Del ingreso de la paciente al Hospital

- La atención en el servicio de emergencia fue oportuna y efectiva, cumpliendo en tiempo record, el recorrido del paciente entre triaje, tópicos de emergencia de pediatría, observación de emergencia incluida la atención de laboratorio y RX.
- La paciente es atendida como paciente quirúrgica de emergencia, se programa su intervención en emergencia y pasa a sala de operaciones.
- La paciente en el servicio de pediatría recibió atención Post Operatoria especializada de enfermería, que se evidencia con el proceso de atención de enfermería con diagnósticos priorizados según el caso, alcanzando los resultados esperados.

2. De intervenciones de Enfermería

- La paciente evidencio una buena cicatrización de la herida operatoria, sin signos de infección/inflamación, no drenaje purulento, no eritema ni fiebre, con signos vitales dentro de los parámetros esperados durante su hospitalización y hasta el alta.
- Paciente consiguió alivio progresivo del dolor, el cual se manifestó por su continua tranquilidad. El dolor controlado con la administración de la terapia del dolor prescrita en la primeras 12 horas EVA de 09/10 a EVA de 06/10 a las 24 horas, a las 72 horas EVA de 3 /10 y al alta se va con EVA de 1 /10.
- Paciente controló las náuseas no llega al vómito, lo que minimizó el riesgo de aspiración.
- La paciente mantuvo un adecuado equilibrio hidroelectrolítico, en consecuencia una buena hidratación, recibió una dieta balanceada.

- En la paciente se conservó la herida limpia sin pérdida de sangre, con BHE +, se mantuvo presión arterial en parámetros normales.
- Paciente con curación de herida operatoria en forma diaria, mantuvo apósito limpio y seco, no hematomas ni exudados. Mantuvo buena higiene personal así como ropa de cama limpia, afebril, buena hidratación.

VI. CONCLUSIONES

1. La atención de la niña Fernández Calderón Arlethe Nahomi, fue una atención oportuna y segura que condujo a un acto quirúrgico y postoperatorio con éxito, con una recuperación sin complicaciones.
2. La alimentación de la paciente fue baja en fibra y poco ingesta de, líquido y esta es una causa de apendicitis en niños.
3. La paciente respondió en forma efectiva el tratamiento farmacológico y no presente complicaciones postoperatorias.
4. La enfermera del servicio de Pediatría brinda los cuidados de enfermería aplicando el NIC y NOC al paciente pos-operado de apendicitis agudo.

VII. RECOMENDACIONES

1. En el cuidado integral del paciente post operado de apendicitis aguda deberá educarse a los padres en los cuidados que se debe tener con el paciente para evitar complicaciones como: tener en cuenta siempre el lavado de manos, cuidar que la vía siempre permanezca en buenas condiciones, no dar que beber agua, ni alimento alguno hasta que el medico autorice.
2. Fomentar la movilización precoz y progresiva (levantar al sillón, movimientos de miembros inferiores...), para prevenir las complicaciones respiratorias y reducir la incidencia de náuseas y vómitos.
3. El dolor es un síntoma que altera el bienestar del paciente por lo que se debe administrar analgésicos para poder calmar el dolor y antibióticos para poder evitar posible infección de herida operatoria.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil Sociodemográfico del Perú-Lima. INEI. 2008.
2. Manual de diagnósticos de enfermería (NANDA) según necesidades de Virginia Henderson, sitio digital Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Comunidad de Madrid, 2013.
3. Téllez S. García M. Modelos de Cuidados de Enfermería NANDA NIC Y NOC <https://www.scribd.com/doc/270695887>.
4. Bueno J. Hernández E. Castelló M. Aguilar D. Resultados del Tratamiento Antimicrobiano Secuencial en los Niños con Apendicitis Aguda Complicada en el Hospital Universitario Pediátrico Dr. Eduardo Agramonte Piña. Camagüey, Cuba. 2012.
5. Ospina J. Barrera L. Manrique F. Utilidad de una escala diagnóstica en casos de apendicitis aguda Hospital Regional de Duitama 2010.
6. Verdugo R. Olave E. Características Anatómicas y Biométricas del Apéndice Verm.
7. Beltrán M. Almonacid J. Gutiérrez J. Cruces K. Puntuación Diagnóstica de Apendicitis Aguda en Niños en el Hospital de Ovalle. Santiago-Chile- Rev. Chilena Pediatría. v.78 n.6 dic. 2007.
8. Gómez A. Hurtado A. El destete precoz como factor de riesgo de apendicitis aguda en niños Hospital de Especialidades 1 del IMSS en Ciudad Obregón, Sonora – México. 2005.
9. Ruíz L. Características Clínicas y Quirúrgicas de la Apendicitis Aguda en Niños Atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos desde enero 2013 a diciembre 2014. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana Facultad de Medicina Humana “Rafael Donayre Rojas” [Tesis para optar el Título de Médico – Cirujano] Iquitos – Perú. 2015.

10. Yazán J. Epidemiología Quirúrgica de la Apendicitis Aguda en Población Pediátrica del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo 2007-2011 Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano] Lima - Perú 2012.
11. Aguilar S. Eficacia del Score de Alvarado en Apendicitis aguda en niños de 4 a 14 años Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo Perú 2010.
12. Parra F. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Apendicitis Aguda en la Población Pediátrica del Hospital Nacional Sergio E. Bernales Facultad de Medicina Humana [Tesis para Optar el Título de Médico Cirujano] Lima- Perú 2007.
13. Villazón A, Espinoza M, Acosta K. Protocolo de Apendicitis Aguda. Cirugía Pediátrica Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Tolima – Colombia. Rev Desafios. 2013.
14. Cuidados de la Apendicetomía en niños
<http://www.definicionabc.com/salud/pediatrica>.
15. Rodrigo N. Fernández C. Navarro M. De la teoría a la Práctica: el Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Capítulo.
16. Proceso Enfermero Editorial Elsevier Masson, España, 2005.

IX. ANEXOS

ANEXO Nº 1

PLAN DE CUIDADOS DE PACIENTES POST-OPERADOS DE APENDICITIS AGUDA

DIAGNÓSTICOS NANDA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES NIC	RESULTADOS NOC	EVALUACIÓN
1^{ER} Diagnostico 00004 Riesgo de Infección r/c uso inadecuado de medidas asépticas	Evitar infección de la herida operatoria	6540 Control de Infecciones 3660 Cuidados de heridas 7800 Monitorización de la calidad	1807 Conocimientos sobre prevención de infecciones 1102 Curación de la herida con técnicas sépticas 1306 Autogestión de cuidados	Cicatrización oportuna: observando condiciones de la herida post operatoria sin signos de Infección ni inflamación, no drenaje purulento, no eritema ni fiebre, signos vitales en parámetros esperados durante su estadía y hasta el alta.
2^{DO} Diagnostico 00132 Dolor Agudo r/c herida operatoria	Evitar el dolor de la herida operatoria	2300 Administración de la Medicación	1605 Dolor Controlado	Paciente con dolor controlado en las primeras 12 horas de EVA de 09/10 al inicio a EVA de 03/10 en la víspera del alta

3^{ER} Diagnostico 00134 Náuseas y vómitos r/c efectos adversos de anestesia	Controlar las náuseas y vómitos Evitar Aspiración	1450 Manejo de nauseas 1570 Manejo de vómitos 3400 Precaución para evitar aspiración	2100 Nivel de Comodidad 1608 Control del síntoma 1918 Control de la aspiración	Paciente sin náuseas y vómitos
4^{TO} Diagnostico 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c a pérdidas excesivas	Conservar el equilibrio hidroelectrolítico	4120 Manejo de líquidos 6680 Monitorización estables signos vitales 2020 Monitorización de electrolíticos	1005 Estado nutricional-Bioquímica 802 Mantiene estable los signos vitales 800 Mantiene el equilibrio hidroelectrolítico ácido básico	La paciente mantiene un adecuado equilibrio hidroelectrolítico + 250 c.c., electrolitos dentro de los valores normales, manteniendo buena hidratación en su estadía en el servicio las primeras 24 horas, luego con una dieta balanceada
5^{TO} Diagnostico 00039 Riesgo de sangrado R/C Efectos secundarios del tratamiento quirúrgico	Evitar sangrado de la herida operatoria	3660 Cuidados de las heridas. 4010 Prevención de hemorragia. 4130 Monitorización de líquidos.	0413 Severidad de la pérdida de sangre. Escala: Grave / Sustancial / Moderado / Ligero / Ninguno.	Herida operatoria

			041308 Hemorragia postoperatoria.	
<p>6^{TO} Diagnostico 0046</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea R/C interrupción mecánica de la piel y tejidos por incisión quirúrgica en fosa iliaca derecha.</p>	<p>Contribuir a una buena cicatrización</p>	<p>3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico Proporcionar higiene y aseo, Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.</p> <p>3440 Cuidados del sitio de incisión - Realizar cura de la incisión de modo estéril - Mantener apósito limpio y seco.</p> <p>- Vigilar aspecto, exudados y aparición de hematomas.</p>	<p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas:</p> <p>Temperatura -</p> <p>Hidratación - Piel intacta. 1102 Curación de heridas</p>	<p>La paciente logra una buena cicatrización de la herida operatoria</p>

ANEXO Nº 2

ILUSTRACIONES GRÁFICAS



PERMEABILIZANDO LLAVE DE TRIPLE VÍA



ADMINISTRANDO TRATAMIENTO E.V.