



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO

**“CASO CLÍNICO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTES POST OPERADOS DE APENDICITIS AGUDA
COMPLICADA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
“CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

**PRESENTADO POR:
HILDA SARMIENTO SOTACURO**

**ASESOR
MG. NAVARRETE VELARDE, RAUL**

CHINCHA - ICA - PERÚ

2018

ÍNDICE

INTRODUCCION

OBJETIVOS..... 04

LIMITACIONES..... 04

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES..... 05

BASES TEORICAS..... 08

CAPÍTULO II

CASO CLINICO..... 18

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN..... 27

CONCLUSION..... 28

RECOMENDACIONES..... 29

INTRODUCCIÓN

La apendicitis es la causa más común de emergencia quirúrgica intra abdominal en el mundo occidental, y su diagnóstico diferencial a menudo es desafiante debido a varias otras condiciones que causan dolor en la fosa ilíaca derecha. El ultrasonido tiene una sensibilidad limitada (que varía de 74% a 83%) y una mejor especificidad (89% a 94%) en comparación con la tomografía computarizada. Sin embargo, aunque la TC garantiza tasas de sensibilidad más altas (94%), sí conlleva el riesgo potencial de exposición a la radiación.

El dolor abdominal agudo es una queja común entre el departamento de emergencia pacientes. Diagnóstico de una de las patologías más comunes detrás de la enfermedad aguda dolor abdominal, apendicitis aguda, ha cambiado radicalmente en las últimas décadas.

Tradicionalmente, el diagnóstico de apendicitis se basaba exclusivamente en la clínica síntomas y signos, y el diagnóstico posterior incluyó resultados de inflamación variables de laboratorio tales como leucocitos, neutrófilos y PCR. Esta práctica en diagnóstico condujo a una tasa de diagnóstico falso positivo (apendectomía negativa) en el rango de 15-30%.

El desarrollo de modalidades de imágenes, especialmente la de computación tomografía (TC), ha permitido diagnósticos más precisos con una disminución en los diagnósticos falsos positivos, lo que ha llevado a tasas más bajas de apendectomías. Aunque en algunas instituciones y países las imágenes se consideran obligatorias para sospecha de apendicitis aguda, en otras instituciones la imagenología diagnóstica sigue siendo infrautilizado.

OBJETIVOS

Determinar los cuidados de enfermería en pacientes post operados de apendicitis aguda complicada del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”.

LIMITACIONES

Teniendo trabajos anteriores que no nos faciliten la información adecuada para la obtención de antecedentes, de igual forma restricciones para obtener información acerca de nuestro paciente.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

Tendremos al autor Muhammad Shoaib Zaidi con el trabajo titulado “Apendicitis aguda complicada en un paciente con diabetes tipo 2: reporte de un caso” (2017)

Antecedentes:

La apendicitis aguda generalmente se presenta atípicamente en edades extremas y puede asociarse con complicaciones como perforación, especialmente en personas mayores y personas inmunocomprometidas. Presentación de caso: Describimos el caso de una anciana con diabetes tipo 2, con esteroides a largo plazo para el síndrome de Sheehan. Se descubrió que tenía apendicitis aguda complicada que finalmente se trató con apendicectomía.

Conclusión: la apendicitis puede manifestarse atípicamente y puede ser complicada en personas mayores y personas inmunocomprometidas como pacientes con diabetes Siempre debe mantenerse en los diferenciales del dolor de la fosa ilíaca derecha.

Se tendrá también al autor Mahattanobon S. et al con el trabajo titulado “Características clínicas de la apendicitis aguda complicada” (2017)

OBJETIVO:

Identificar las características clínicas asociadas con la apendicitis aguda complicada (gangrenosa o perforación) en los pacientes sometidos a apendicetomía.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se analizaron retrospectivamente una serie consecutiva de pacientes adultos con apendicitis aguda que se sometieron a apendicectomía en el Hospital Songklanagarind entre 2005 y 2010.

RESULTADOS:

Novcientos veinticuatro pacientes fueron evaluados. La edad mediana (rango intercuartil) fue 34.9 (22.4, 50.1) años. Hubo 669 (72.4%) apendicitis simple simple y 255 (27.6%) apendicitis aguda complicada. Los análisis multivariantes mostraron que la edad > 60 años (OR 1.93, IC 95% 1.23-3.02), duración de los síntomas > 12 horas (OR 3.29, IC 95% 2.25-4.8), anorexia (OR 1.69, IC 95% 1.2-2.37) , temperatura corporal > 38 ° C (OR 2.38, IC 95% 1.59-3.58), sensibilidad generalizada (OR 5.36, IC 95% 2.4-11.95), protección (O 1.5 IC 95% 1.08-2.08), bandemia (OR 1.65, 95 % CI 1.16-2.34), piuria (OR 1.66, IC 95% 1.07-2.57), gravedad específica de la orina > 1.020 (OR 1.66, IC 95% 1.18-2.33), y duración de la visita a la cirugía > 12 horas (OR 1.82, IC 95% 1.18-2.82) se relacionaron con apendicitis aguda complicada.

CONCLUSIÓN:

Se pueden usar diez características clínicas para predecir el riesgo de apendicitis aguda complicada. Sin embargo, los factores fuertes son la duración de los síntomas, la temperatura corporal y la sensibilidad generalizada. Deben ser las herramientas útiles para el manejo de la apendicitis aguda, especialmente en situaciones de recursos limitados.

Tenemos el trabajo de los autores Jiahua Yang et al con el trabajo titulado “Apendicetomía laparoscópica para apendicitis aguda complicada en personas de edad avanzada: una experiencia de centro único” (2016)

Antecedentes:

El uso de la apendicetomía laparoscópica para la apendicitis aguda complicada sigue siendo controvertido en los ancianos. Este estudio

tuvo como objetivo comparar los resultados postoperatorios de pacientes de edad avanzada que recibieron apendicetomía laparoscópica o apendicetomía abierta.

Pacientes y métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo de un solo centro de los registros clínicos de pacientes de edad avanzada (edad superior a 65 años) que se sometieron a operaciones desde enero de 2012 hasta noviembre de 2015. Se recuperaron datos demográficos, variables, duración de la estadía y complicaciones quirúrgicas.

Resultados:

Un total de 145 pacientes ancianos fueron diagnosticados preoperatoriamente con apendicitis aguda. Hubo 43 (29.66%) casos complicados y 102 (70.34%) sin complicaciones de apendicitis. Se realizaron un total de 65 (44.83%) procedimientos usando la técnica abierta (grupo OA) y 80 (55.17%) usando la técnica laparoscópica (grupo LA). En el grupo laparoscópico, 19 (23.75%) pacientes tenían apendicitis aguda complicada (grupo CLA), y 61 (76.25%) tenían apendicitis aguda no complicada (Grupo UCLA). En el grupo complicado, 19 (44.19%) pacientes fueron operados usando la técnica laparoscópica (grupo CLA) y 24 (55.81%) usando la técnica abierta (grupo COA). No hubo diferencias significativas entre los grupos LA y OA en términos de edad, distribución de sexo, duración de los síntomas, puntaje de la Sociedad Estadounidense de Anestesiólogos, glóbulos blancos, apendicitis complicada, tiempo de operación, aposición del drenaje, días de reanudación de líquidos y postoperatorio complicaciones ($P > 0.05$). Se encontraron diferencias significativas en los días para comenzar a caminar y los días para la reanudación de los sólidos en el grupo de LA ($P < 0.05$). El grupo OA tuvo una estadía hospitalaria más larga que el grupo LA ($P < 0.05$). Las complicaciones

postoperatorias no fueron significativamente diferentes entre los grupos ($P > 0.05$). El grupo CLA tuvo una duración significativamente mayor de síntomas, tiempos de operación, días hasta la reanudación de líquidos y días hasta la reanudación de sólidos que el grupo de UCLA ($P < 0.05$). El grupo COA tuvo días significativamente más largos para caminar y estadías en el hospital que el grupo CLA ($P < 0.05$).

Conclusiones:

Nuestro estudio demostró que el uso de LA para tratar la apendicitis aguda complicada en los ancianos no se asoció con complicaciones quirúrgicas adicionales. Por lo tanto, parece factible usar LA como una técnica segura para la apendicitis aguda complicada en los ancianos.

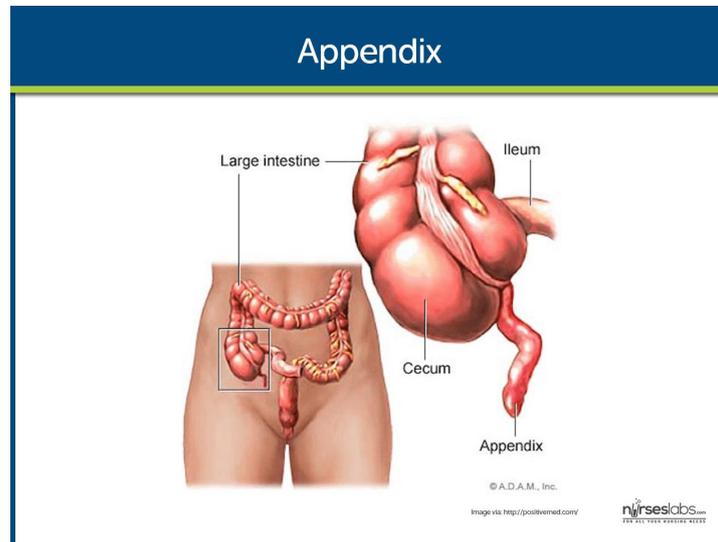
BASES TEÓRICAS

Cualquier parte del tracto gastrointestinal inferior es susceptible a la inflamación aguda causada por infecciones bacterianas, víricas o fúngicas.

- La apendicitis (también conocida como epiforfitis) es la inflamación del apéndice, que es un apéndice pequeño con forma de dedo unido al ciego.
- El apéndice es un apéndice pequeño con forma de dedo sujeto al ciego justo debajo de la válvula ileocecal.
- Debido a que el apéndice se vacía en el colon de manera ineficiente y su luz es pequeña, es propensa a obstruirse y es vulnerable a la infección (apendicitis).

Fisiopatología

La fisiopatología simple de la apendicitis sigue la fisiopatología típica de la infección.



- **Obstrucción.-** El apéndice se inflama y edematoso como resultado de haberse doblado u ocluido por un **fecalito**, tumor o **cuerpo extraño**.
- **Inflamación.-** El proceso inflamatorio aumenta la presión intraluminal, iniciando una progresiva grave, generalizada, o periumbilical dolor .
- **Dolor.-** El dolor se localiza en el **cuadrante inferior derecho** del abdomen en unas pocas horas.
- **Formación de pus.-** Finalmente, el apéndice inflamado se llena de pus.

Estadística y Epidemiología

La apendicitis es en realidad un trastorno común en los Estados Unidos.

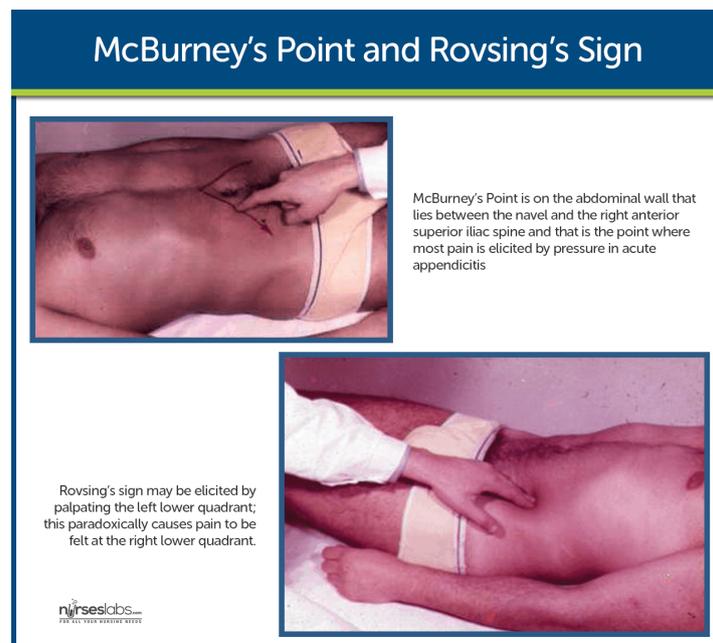
La apendicitis es la causa más común de abdomen quirúrgico agudo en los Estados Unidos.

Es la razón más común para la cirugía abdominal de emergencia en los Estados Unidos.

La apendicitis comúnmente ocurre entre las edades de 10 y 30 años.

Manifestaciones clínicas

Los signos y síntomas de la apendicitis se enumeran a continuación.



- Dolor. El dolor epigástrico o peri umbilical vago progresa al dolor en el cuadrante inferior derecho, generalmente acompañado de fiebre baja, náuseas y algunas veces vómitos.
- Sensibilidad. En el 50% de los casos de presentación, la sensibilidad local se produce en el punto de McBurney cuando se aplica presión.

- Ternura de rebote. Sensibilidad al rebote o producción o intensificación del dolor cuando se libera la presión.
- Signo de Rovsing El signo de Rovsing se puede obtener palpando el cuadrante inferior izquierdo; esto, paradójicamente, causa dolor en el cuadrante inferior derecho

Complicaciones

Si la apendicitis no se trata, puede producirse una complicación.

Perforación del apéndice. Esta es una complicación importante de la apendicitis, que puede conducir a peritonitis, formación de abscesos o pile flebitis portal.

La perforación generalmente ocurre 24 horas después del inicio del dolor.

Los síntomas incluyen fiebre de 37.7 ° C o más, apariencia tóxica y dolor abdominal continuo o sensibilidad.

Evaluación y Hallazgos Diagnósticos

El diagnóstico se basa en los resultados de un examen físico completo y en los hallazgos de laboratorio y estudios de imágenes.

- Recuento de CBC. Un recuento completo de células sanguíneas muestra un recuento elevado de WBC, con una elevación de los neutrófilos.
- Estudios de imagen. Las radiografías abdominales, los estudios de ultrasonido y las tomografías computarizadas pueden revelar una densidad del cuadrante inferior derecho o distensión localizada del intestino.

- Prueba de embarazo. Se puede realizar una prueba de embarazo para mujeres en edad fértil para descartar un embarazo ectópico y antes de obtener radiografías.
- Laparoscopia. Se puede usar una laparoscopia diagnóstica para descartar apendicitis aguda en casos equívocos.
- Proteína C-reactiva. Proteína producida por el hígado cuando se producen infecciones bacterianas y aumenta rápidamente en las primeras 12 horas.

Cuidados de enfermería

Fases de cuidado:

Las relaciones con un paciente generalmente duran solo un tiempo.

Esto se debe a que nuestro objetivo como enfermera es:

Para mejorar su salud y mantenerla en buenas condiciones. Por lo tanto, la relación debería continuar solo por el período en que el paciente necesite servicio. El cuidado de enfermería se realiza en tres períodos:

1 - Período preparatorio.

2 - El período del proceso de cuidado de enfermería.

3 - El período final.

- En el primer período, el paciente y la enfermera se estudian entre sí y las necesidades de salud del paciente son determinadas. Para comenzar este trabajo correctamente y la enfermera para obtener la confianza de la paciente, debe mostrar cortesía. Así que trátalo educadamente y con cortesía y debe ser también un oyente atento y competente.

- En el segundo período, el plan de trabajo está programado e implementado. Durante este período por Sirviendo al paciente, la

enfermera no debe interferir en su independencia. Tratando de hacer también mucho es tan dañino como hacer menos.

-En el último período, las relaciones son más limitadas. El paciente puede mejorarse y puede cuidarse solo o puede pasar a otro servicio.

Intervenciones.

5820. Disminución de la ansiedad del paciente y su familia
3140. Manejo de la vía aérea y precauciones para evitar la aspiración
6482. 6486. Manejo ambiental: regulación de la temperatura, seguridad, confort
6490. Prevención de caídas
1400. Manejo del dolor
2210. Administración de analgésicos
2214. Administración de analgésicos intraespinal
2314. Administración de medicación intravenosa
4030. Administración de productos sanguíneos
6540. Control de infecciones
3660. Cuidados de la herida y cuidados del sitio de incisión
1870. Cuidados del drenaje
1876. Cuidados del catéter urinario
0620. Cuidados de la retención urinaria

Cuidados postoperatorios de la enfermera de la siguiente manera:

- 1 - Respirando y manteniendo sus rutas libres.
- 2 - Complicaciones en las venas: tromboflebitis y flebotrombosis.
- 3 - Dar al paciente líquidos y alimentos.
- 4- Descripción general de la piel y el movimiento.
- 5 - Cuidado de la abertura de la herida.
- 6 - Hipo e hipertermia.
- 7 - Duerme.
- 8 - Hipo.
- 9 - Preocúpate por ti mismo.
- 10 - Estreñimiento y diarrea.
- 11-Dilatación aguda del estómago.
- 12 - Orinar.

13 - Infección.

La evaluación de un paciente con apendicitis puede ser tanto objetiva como subjetiva.

Evalúa el nivel de dolor.
Evaluar los hallazgos de laboratorio relevantes.
Evaluar los signos vitales del paciente en preparación para la cirugía.

Diagnóstico

En base a los datos de evaluación, los diagnósticos más apropiados para un paciente con apendicitis son:

Dolor agudo relacionado con el apéndice obstruido.
Riesgo de volumen deficiente de líquido relacionado con vómitos preoperatorios, restricciones postoperatorias.
Riesgo de infección relacionada con la ruptura del apéndice.

1) Cuidado de la respiración del paciente y mantener la respiración libre:

La enfermería cuida que el paciente: - Sea capaz de extraerse las secreciones, por el contrario, hace sus aspiraciones; - Alienta la tos y la respiración profunda cada 1-2 horas; - Cambia la posición del paciente cada 2 horas; - Le da al paciente un espirómetro y lo alienta a usarlo.

2) Prevención de la tromboflebitis y la flebotrombosis:

La enfermera recomienda el uso de venda elástica y calcetines donde: El vendaje debe cambiarse y reiniciarse cada 6-8 horas, y los calcetines una o dos veces al día. Una maniobra que pone en funcionamiento todos los músculos de las extremidades inferiores, sus movimientos en la cama son mientras él está montando la bicicleta.

3) Darle paciente fluido y nutrición:

En pacientes tratados con apendicetomía no está permitido tomar líquidos por vía oral o tragar, ni siquiera tragar, por lo tanto, la enfermera humedece los labios del paciente colocando una gasa saturada o mover un pequeño trozo de hielo en sus labios, para evitar que se sequen. Fluidos junto con la comida se administra gradualmente cuando comienza la perístasis del intestino.

Evaluación
Dolor aliviado
Déficit de volumen de líquido prevenido.
Reducción de la ansiedad.
Infección eliminada debido a la interrupción potencial o real del tracto gastrointestinal.
Integridad de la piel mantenida.
Nutrición óptima alcanzada.

4) La totalidad de la piel y el movimiento:

En pacientes a quienes se les realizó una apendicetomía, la enfermera insiste en levantarse de la cama temprano, ya que es una medida terapéutica importante, aunque dolorosa, pero ayuda al paciente: - Para prevenir complicaciones; - Para crear confianza; - Encajar en la sociedad a pesar de algunos equipos como: - Drenaje, catéter. (Pero algunos pacientes no tienen posibilidad de una movilidad temprana. Aquí corremos el riesgo de formando ulcera de decúbito, por lo tanto, para prevenirlos cada dos horas, el paciente se mueve frecuentemente en el lado izquierdo o derecho).

Planificación y objetivos
Artículo principal: 4 planes de cuidado de enfermería de apendectomía

Las metas para un paciente con apendicitis incluyen:

Aliviar el dolor
Previniendo el déficit de volumen de líquidos.
La reducción de la ansiedad.
Eliminando la infección debido a la interrupción potencial o real del tracto gastrointestinal.
Manteniendo la integridad de la piel.
Alcanzar la nutrición óptima.

5) Hipo e hipertermia:

Por lo general, después de la operación, es la reducción de la temperatura corporal como resultado de tomar perfusiones que tienen baja temperatura. En este caso, la enfermera: - Precalienta el ambiente donde está el paciente;

- Dale una perfusión cálida; - Lo cubre con mantas; - ¿El movimiento de las manos y los pies, porque la actividad física ayuda a convertir la temperatura a la normalidad y lo mide cada 4 horas? Cuando la

temperatura es alta, se debe hacer uso de: - Medicamentos como Analgésicos de acuerdo con la prescripción del médico; - En caso de una infección, se usan antibióticos; - Además de compresas frías. La temperatura es un indicador importante del rendimiento operativo, y por lo tanto su

El seguimiento dinámico tiene una atención especial en el período postoperatorio.

6) Dormir:

El sueño también es una parte integral del tratamiento. Pero para que un paciente duerma bien debe ser evitado: - Ruido; - Dolor - Ansiedad; - Luz fuerte. Para dormir bien por la noche, la enfermera alienta al paciente a dormir menos durante el día.

7) Hipo:

Hipo (singultus) se debe a contracciones ocasionales del diafragma. No es solo desagradable, pero crea calambres y molestias en las heridas de operación. Puede ocurrir cuando: - Apertura de la herida; - Falta de apetito; - Náuseas o vómitos. - Debilidad general; - Trastornos del equilibrio hidroelectrolítico. En este caso, la enfermera informa al doctor.

8) Cuidado personal:

Lo que debe entenderse con este término es que el paciente sea capaz de tomar él mismo los alimentos, también de lavarse a sí mismo, afeitarse, etc. La activación temprana de los impactos del paciente positivamente en su lado psicológico.

9) Estreñimiento y diarrea:

En algunos pacientes con apendicectomía, podemos ver signos de estreñimiento o diarrea como resultado de la dieta y analgésicos. El papel de la enfermera en este caso es alentar al paciente para realizar

diferentes movimientos. Si la situación se agrava debe ser notificado al médico.

10) dilatación aguda del estómago:

Se produce cuando los líquidos acumulados en el estómago no pueden pasar a través del esfínter gastro-duodenal. La condición puede agravarse y provocar un shock.

Para prevenir esto, colocamos una sonda nasogástrica y la sacamos cuando peristalsis intestinal empieza.

11) Micción:

Es más, de lo normal que los pacientes operados tengan dificultades para orinar, especialmente cuando la cirugía se realiza en la parte inferior. Esto se debe a un trauma en los tejidos cercanos a la vejiga urinaria, que puede disminuir temporalmente la sensibilidad al orinar o miedo al dolor el paciente. A los pacientes se les coloca un catéter urinario teniendo cuidado de prevenir la infección.

Intervenciones de enfermería

La enfermera prepara al paciente para la cirugía.

Infusión IV. Se realiza una infusión IV para reemplazar la pérdida de líquidos y promover el funcionamiento renal adecuado.

Terapia con antibióticos. La terapia con antibióticos se administra para prevenir la infección.

Posicionamiento. Después de la cirugía, la enfermera coloca al paciente en posición de alto cazador para reducir la tensión en la incisión y los órganos abdominales, lo que reduce el dolor.

Fluidos orales Cuando se tolera, se pueden administrar fluidos orales.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

FILIACIÓN

Nombres y apellidos: M.J. O.C

Sexo: Femenino

Edad: 54 años

Fecha de nacimiento: 15/05/1964

Procedencia: Ica

Grado de instrucción: Secundaria completa

Ocupación: Ama de casa

Fecha de ingreso: 18/02/18

ANAMNESIS

Signos y síntomas principales:

- Dolor abdominal
- Fiebre
- Hiporexia

Tiempo de enfermedad: 25 horas

Forma de inicio: Insidioso

Curso de la enfermedad: Progresivo

Relato:

Paciente refiere que hace 25 horas presenta dolor en mesogástrico tipo urente de intensidad 4/10, al pasar las horas dolor abdominal se hace más intenso y se asocia a hiporexia. 12 horas antes del ingreso para refiere migración de dolor abdominal hacia fosa iliaca derecha e hipogástrico tipo cólico de intensidad 7/10 asociado a fiebre de 39°, acude a centro de salud donde le administran analgésicos y antipiréticos. Dolor abdominal no cede motivo por el cual acude por emergencia.

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito: Hiporexia

Sueño: Disminuido

Sed: Conservada

Deposiciones: cada 1 día, de consistencia normal.

Orina: conservada

ANTECEDENTES

Personales: Sobrepeso hace 10 años.

Consumo de sustancias tóxicas: Marihuana a los 15 años. Consumo de alcohol ocasionalmente. Consumo de 1 taza de café diaria.

Antecedentes quirúrgicos: Niega

Alergias: Niega

Transfusión: Niega

Familiares:

Madre falleció hace 10 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, Padre falleció hace 15 años con diagnóstico de Hipertensión Arterial y Enfermedad Renal Crónica, Hermano con diagnóstico de obesidad mórbida.

EXAMEN FÍSICO

FC: 115 lpm

FR: 22 rpm

SatO₂: 97%

T: 38°

Paciente en AREG, AREN, AREH, ventilando espontáneamente, con ví a periférica en miembro superior izquierdo.

Piel y anexos: T/H/E, llenado capilar <2”

TCSC: aumentado, no edemas.

Tórax y pulmones: simétrico. mv pasa bien en acp no rales, no tirajes.

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos regulares, no soplos.

Abdomen: globuloso, RHA presentes, dolor a la palpación superficial y profunda de hemiabdomen inferior, Mc Burney positivo Signo de Rovsing positivo Signos de Blumberg positivo.

Genitourinario: puño renoureterales bilaterales negativos. Puño percusión lumbar bilateral negativo.

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15

DIAGNOSTICO

1. ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO: Apendicitis aguda complicada

PLAN

Se solicita exámenes pre-quirúrgicos

Se solicita riesgo quirúrgico

Consentimiento informado

Evaluación por anestesiología

EXAMENES PREQUIRÚRGICOS

HEMOGRAMA	LEU 24.000 NEU 11.000 ABAST. 2% HEMOGLOBINA 11 PLAQUETAS 250.000
UREA	15
CREATININA	0.8
GLUCOSA	110
PERFIL HEPATICO	BT 0.15 BD 0.07 BI 0.08
GRUPO SANGUINEO+FACTOR	A+
	TP 13.1

PERFIL DE COAGULACION	INR 1.1 FIBRINOGENO 292
PCR	15
EXAMEN DE ORINA	LEU 1-2 HEMATIES 0-1 GERMENES ESCASOS PIOCITOS 0 CELULAS EPITELIALES 0
RX TORAX	DENTRO DE LIMITES NO RMALES
ECOGRAFIA ABDOMINAL	ESCASO LIQUIDO LIBRE EN FOSA ILIACA DERECH HA. PERISTALTISMO DIS MINUIDO EN FOSA ILIAC A DERECHA. APENDICITIS AGUDA CO MPLICADA.

Riesgo quirúrgico: II

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO:

1. APENDICECTOMIA CONVENCIONAL POR APENDICITIS AGUDA GANGRENADA

PACIENTE TOLERA ACTO OPERATORIO, PASA ESTABLE A RECUPERACION.

PIEZA QUIRURGICA: APENDICE CECAL DE 3 X 2 CMS GANGRENADA. SE ENVIA PIEZA OPERATORIA A ANATOMIA PATOLOGICA.



Pasa a recuperación con la siguiente terapéutica:

- NPO
- Dextrosa 33% } XXX gotas por minuto.
- Nacl 20% }
- Ceftriaxona 1gr EV cada 24 horas
- Ketoprofeno 100mg EV cada 8 horas
- Tramadol 100mg IM PRN dolor intenso.
- CFV+BH

1ER DIA DE HOSPITALIZACION

EXAMEN FISICO

FC: 118 lpm

FR: 20 rpm

T: 38.5°

Sat O2: 98%

Paciente en aparente regular estado general, ventilando espontáneamente, con vía periférica permeable en miembro superior izquierdo.

Piel: No cianosis, no ictericia. Palidez +/-, tibia, hidratada, llenado capilar <2".

Tórax: simétrico.

Pulmones: mv pasa bien en ACP no rales, no tirajes.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares, no soplos.

Abdomen: globuloso, herida operatoria transversa de 4cms en fosa ilíaca derecha con bordes afrontados, gasa con secreción serohemática, RHA presentes, dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha, timpánico.

Genitourinario: puño renoureterales bilaterales negativos. Puño percusión lumbar bilateral negativo.

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15

Evolución:

Paciente con funciones vitales estables, febril. En NPO.

Plan:

- NPO
- Analgésicos.
- Antibioticoterapia.
- CFV+BH

2DO DIA DE HOSPITALIZACION

1. PO2 APENDICECTOMIA CONVENCIONAL POR APENDICITIS AGUDA GANGRENADA.
2. INFECCION DEL SITIO OPERATORIO.

EXAMEN FISICO

FC: 110 lpm

FR: 21 rpm

T: 38°

Sat O2: 98%

Paciente en AREG, ventilando espontáneamente, con vía periférica permeable en miembro superior izquierdo.

Piel: No cianosis, no ictericia. Palidez +/+++ , tibia, hidratada, llenado capilar <2".

Tórax: simétrico.

Pulmones: mv pasa bien en ACP no rales, no tirajes.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares, no soplos.

Abdomen: globuloso, herida operatoria transversa de 4cms en fosa iliac a derecha con bordes afrontados, con signos de flogosis, gasa con secreción serohemática, RHA presentes, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, timpánico.

Genitourinario: puño renoureterales bilaterales negativos. Puño percusión lumbar bilateral negativo.

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15

Evolución:

Paciente con funciones vitales estables, continua febril, en su 2do día postoperatorio.

- Analgésicos.
- Antibioticoterapia.
- Curación y exploración de herida operatoria.

3ER DIA DE HOSPITALIZACION

1. PO3 APENDICECTOMIA CONVENCIONAL POR APENDICITIS AGUDA GANGRENADA.
2. INFECCION DEL SITIO OPERATORIO.

EXAMEN FISICO

FC: 100 lpm

FR: 19 rpm

Sat O2: 98%

FiO2: 0.21

T: 37.5°

. Abdomen: globuloso, herida operatoria transversa de 4cms en fosa iliaca derecha con bordes afrontados, con signos de flogosis, escasa secreción serohemática, RHA presentes, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, timpánico.

Evolución:

En el 3er día postoperatorio, con funciones vitales estables, afebril.

- Probar tolerancia oral.
- Analgésicos.
- Antibioticoterapia.
- Curación herida.
- Se solicita hemograma y PCR control.

HEMOGRAMA	LEU 12.800 NEU 8.000 ABAST. 1% HEMOGLOBINA 10.5 PLAQUETAS 238.000
PCR	2.6

4TO DIA DE HOSPITALIZACION

1. PO4 APENDICECTOMIA CONVENCIONAL POR APENDICITIS AGUDA GANGRENADA.
2. INFECCION DEL SITIO OPERATORIO.

EXAMEN FISICO

FC: 95 lpm

FR: 19 rpm

Sat O2: 98%

FiO2: 0.21

T: 37.5°

. Abdomen: globuloso, herida operatoria transversa de 4cms en fosa iliaca derecha con bordes afrontados, sin signos de flogosis RHA presentes, leve dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha.

Evolución:

En el 4to día postoperatorio, termodinámicamente estable, persiste afebril. Tolera vía oral.

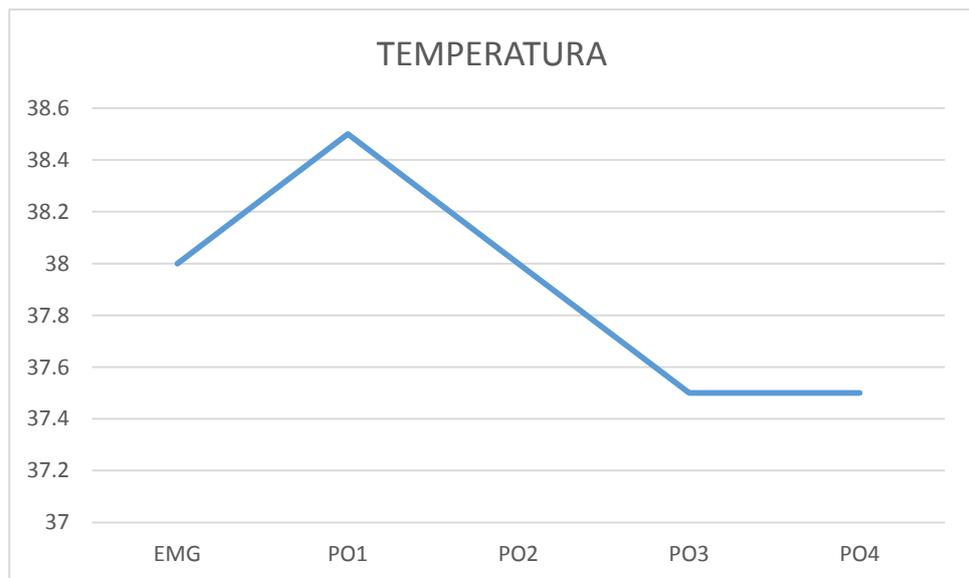
Balance hídrico negativo.

Flujo urinario adecuado.

Con criterios de alta.

- Retirar vía periférica
- Analgésicos.
- Antibioticoterapia, pasar de endovenoso a vía oral.
- Curación herida.
- Alta con indicaciones médicas.
- Acudir por Consultorio en 3 días.

CURVA FEBRIL



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

La apendicetomía es la extirpación quirúrgica del apéndice. Se puede extirpar un apéndice inflamado usando un abordaje laparoscópico con láser. Sin embargo, la presencia de adherencias múltiples, la colocación retroperitoneal del apéndice o la probabilidad de ruptura requieren un procedimiento abierto (tradicional). Los estudios indican que la apendectomía laparoscópica produce un dolor posoperatorio significativamente menor, una reanudación más temprana de los alimentos sólidos, una estancia hospitalaria más corta, una tasa de infección de la herida más baja y un retorno más rápido a las actividades normales que la apendicetomía abierta. Planes de cuidado de enfermería La planificación y el tratamiento de la atención de enfermería para los pacientes que se sometieron a la apendicetomía incluye: prevención de complicaciones, promoción de la comodidad y suministro de información.

Aquí hay cuatro (4) planes de cuidado de enfermería (NCP) para pacientes que se sometieron a apendicetomía: Dolor agudo Riesgo de volumen de fluido deficiente Riesgo de infección Conocimiento deficiente

CONCLUSIÓN

Se conoce a la enfermera de manera privilegiada y ayuda a resolver los problemas de salud del paciente; sin olvidar el hecho de que algunos de los problemas no pueden resolverse por completo.

Sin embargo, él debe saber cómo manejar cada situación; por lo tanto, naturalmente plantea la pregunta: ¿Qué hace que una persona sea un gerente efectivo? Sobre todo, hay un "trabajo principal", que se considera uno de los principales principios de la gestión efectiva de una persona, concretamente de la enfermera.

Otros componentes junto con el "trabajo principal" que lo haría lograr la enfermera y su función directiva de una manera sistémica sería:

1. Asume la responsabilidad y dirige el trabajo del equipo;
2. Es un participante activo en el trabajo del equipo de planificación desde el momento de tomar responsabilidad y más adelante.
3. Tomar las medidas apropiadas para guiar a los miembros del personal sobre cómo se debe hacer;
4. Facilite y aliente el progreso del trabajo de cada miembro del personal;
5. Monitoree de su trabajo cuidándolos para mantener la calidad y la adecuada productividad;
6. Se conoce, reformula (si es necesario), aprueba el logro de esta calidad y productividad;
7. La enfermera gerencial tiene un rol administrativo.

RECOMENDACIONES

Cuidados postoperatorios de la enfermera de la siguiente manera:

- 1 - Respirando y manteniendo sus rutas libres.
- 2 - Complicaciones en las venas: tromboflebitis y flebotrombosis.
- 3 - Dar al paciente líquidos y alimentos.
- 4- Descripción general de la piel y el movimiento.
- 5 - Cuidado de la abertura de la herida.
- 6 - Hipo e hipertermia.
- 7 - Duerme.
- 8 - Hipo.
- 9 - Preocúpate por ti mismo.
- 10 - Estreñimiento y diarrea.
- 11-Dilatación aguda del estómago.
- 12 - Orinar.
- 13 - Infección.

Los cuidados se basan en:

- 1) Cuidado de la respiración del paciente y mantener la respiración libre: La enfermería cuida que el paciente: - Sea capaz de extraerse las secreciones, por el contrario hace sus aspiraciones; - Alienta la tos y la respiración profunda cada 1-2 horas; - Cambia la posición del paciente cada 2 horas; - Le da al paciente un espirómetro y lo alienta a usarlo;

2) Prevención de la tromboflebitis y la flebotrombosis: La enfermera recomienda el uso de venda elástica y calcetines donde: El vendaje debe cambiarse y reiniciarse cada 6-8 horas, y los calcetines una o dos veces al día. UNA maniobra que pone en funcionamiento todos los músculos de las extremidades inferiores, sus movimientos en la cama son mientras él está montando la bicicleta.

3) Darle al paciente fluidos y nutrición: En pacientes tratados con apendicetomía no está permitido tomar líquidos por vía oral o tragar, ni siquiera tragar, por lo tanto, la enfermera humedece los labios del paciente colocando una gasa saturada o mover un pequeño trozo de hielo en sus labios, para evitar que se sequen Fluidos junto con la comida se administra gradualmente cuando comienza la perístasis del intestino.

4) La totalidad de la piel y el movimiento: En pacientes a quienes se les realizó una apendicetomía, la enfermera insiste en levantarse de la cama temprano, ya que es una medida terapéutica importante, aunque dolorosa, pero ayuda al paciente:

- Para prevenir complicaciones; - Para crear confianza; - Encajar en la sociedad a pesar de algunos equipos como: - Drenaje, catéter. (Pero algunos pacientes no tienen posibilidad de una movilidad temprana. Aquí corremos el riesgo de formando ulcera de decúbito, por lo tanto, para prevenirlos cada dos horas, el paciente se mueve frecuentemente en el lado izquierdo o derecho)

5) Hipo e hipertermia:

Por lo general, después de la operación, es la reducción de la temperatura corporal como resultado de tomar

Perfusiones que tienen baja temperatura. En este caso, la enfermera: -

Precalienta el entorno donde está el paciente

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Braun CV, Abrishami M, Muller M, Velhgamos GC. Appendiceal abscess: immediate operation or percutaneous drainage? Am Surg; 2003.
2. Karenkov M, Jucel N, Schierhols JM, Goh P, Toridl H. Psoas abscesses. Genesis diagnosis and therapy. De Chirurg. 2003.
3. Toni L. Storm-Dickerson M.D and Mark C. Horattas M.D. What have a lerned over the past 20 years about appendicitis in the elderly The American journal of surgery; volume 185, Issue 3, March 2003.
4. Bruce V, Macf Adyen, Daniel j. Dizel, Lelan F Sillin, Mark A.Talami Appendicitis Surgical Consideration. Contemporary Syrgery, vol 58. No.7/jul 2002
5. Rizean A.B Somani, Gordon Kaban, Gordon Cuddington, Ross Mc Artur. Appendicitis in pregnancy: a rare presentation. Cmaj, 2003.
6. College of Surgeons, Committee of Surgical Infections 202.Diagnosis And treatment of Acute Appendix London, 2002.
7. Birnbaun BA, Eilson SR. Appendicitis at the millennium. Radiology 250. Wthirige,P.,&Lamb, G.S. Professional nursing care management improves quality, acces and cost. Nursing management, 20 (3).
8. McDonagh, K.J.,&Sorensen, M.A. Reconstructing nursing salaries: A mandate for the future. Nursing management, 19 (2).
9. Baltwn,J.D. Leading by expectations Management World.
10. Domey, RC. Making time manage. Harvard Business review, 88.1.
11. Huntsman, A.J A model for employee development. Nursing Management 18.
12. Henry MC, Walker A, Silverman BL, y col. Factores de riesgo para el desarrollo de absceso abdominal luego de la operación de

- apendicitis perforada en niños: un estudio multicéntrico de casos y controles. Arch Surg 2007; 142: 236.
13. Hamada Y, Fukunaga S, Takada K, y col. Invasión intestinal posoperatoria después de una apendicectomía incidental. Pediatr Surg Int 2002; 18: 284.
 14. Pledger G, Stringer MD. Muertes infantiles por apendicitis aguda en Inglaterra y Gales 1963-97: estudio poblacional observacional. BMJ 2001; 323: 430.
 15. Tsao KJ, St Peter SD, Valusek PA, y col. Obstrucción adhesiva Del intestino Delgado después de la apendicectomía en niños: comparación entre el abordaje laparoscópico y abierto. J Pediatr Surg 2007; 42: 939.
 16. Waseem M, Devas G. Un niño con apendicitis después de una apendicectomía. J Emerg Med 2008; 34:59.
 17. Liang MK, Lo HG, Marks JL. Apendicitis del muñón: una revisión exhaustiva de la literatura. Am Surg 2006; 72: 162.
 18. Mangi AA, Berger DL. Apendicitis de tocones Am Surg 2000; 66: 739.



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS