



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO

“APENDICECTOMIA”

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:

ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRURGICO

PRESENTADO POR:

LIC. GRISELDA BEJARANO CORREA VDA. DE AREVALO

ASESOR:

DRA. MAGDALENA CECILIA, TALLA LINDERMAN

LIMA-PERÚ

2017

PRESENTACIÓN

Sra.: Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica Señores miembros del jurado.

En cumplimiento de las disposiciones establecidas por el reglamento de Grados y Títulos vigente en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica Para Optar el Título profesional de Segunda Especialización de Enfermería en Centro Quirúrgico, pongo a vuestra consideración el presente Trabajo Académico **“APENDICECTOMIA”** en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2017; el mismo que tiene como propósito, aplicar el proceso de Atención de Enfermería, utilizando los dominios de la Taxonomía NANDA, a fin de elevar el nivel de profesional y garantizar una atención de calidad en el paciente a nuestro cuidados.

Esperando que el presente, permita contribuir en la mejora de registros del ejercicio profesional obtención del título de la segunda especialidad y pueda servir como elemento de consulta para estudiantes y profesionales de Enfermería.

Atentamente

LIC. GRISELDA BEJARANO CORREA VDA. DE AREVALO

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

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. Esta mejora en la precisión del diagnóstico ha sido logrado a costa del uso exponencialmente mayor de estudios de imagen.

Aunque en algunas instituciones y países las imágenes se consideran obligatorias para sospecha de apendicitis aguda, en otras instituciones la imagenología diagnóstica sigue siendo infrutilizado. Este tipo de diferencia en las vías de diagnóstico ha llevado a diferentes tasas de apendectomías negativas. Por ejemplo, un observatorio multicéntrico estudio en Gran Bretaña informó tasas negativas de apendicetomía que van desde 3.3% a 37%.

Las apendectomías negativas causan un uso excesivo de recursos hospitalarios como capacidad de quirófano y camas de hospital. Además de financieros y consideraciones logísticas, la apendicectomía negativa se asocia con aumento de la morbilidad en comparación con la apendicectomía por complicaciones apendicitis.

Aunque la exploración negativa para la sospecha de apendicitis está lejos de ser inofensiva, las imágenes también están asociadas con algunos riesgos. En ausencia de diagnóstico directriz, las imágenes a menudo están sobre o subutilizadas. Imágenes obligatorias destaca los daños causados por las imágenes, mientras que la tasa inaceptable de las apendectomías negativas puede seguir imágenes altamente selectivas.

La TC es el método de imagen más preciso para el diagnóstico de la apendicitis pero el uso excesivo de la TC implica un aumento de los costos y mayores riesgos de radiación ionizante y medio de contraste, y un potencial aumento de la demora tratamiento. Los órganos abdominales son sensibles a la radiación ionizante y se sospecha apendicitis es más frecuente en pacientes jóvenes para quienes las consideraciones de riesgos inducidos por la radiación son los más importantes.

Después de un aumento inicial no controlado de las imágenes, los cirujanos han logrado comenzó a encontrar formas de limitar la imagen CT no selectiva potencialmente dañina sin comprometer la precisión del diagnóstico. Hay evidencia de que utilizando un algoritmo de diagnóstico o soporte de decisión electrónica en sospechosos apendicitis se asocia con una menor necesidad de estudios de imágenes por TC sin cualquier pérdida de precisión diagnóstica.

El ultrasonido (EE. UU.) Se usa a menudo como método primario de imágenes para evitar la radiación inducido por CT. Si EE. UU. Es diagnóstico de apendicitis, entonces el paciente evita el uso de CT. Si EE. UU. Es

negativo o no diagnóstico para la apendicitis, entonces el paciente se somete a CT adicional. EE. UU. No implica radiación ionizante, pero su capacidad para reconocer o descartar la apendicitis es inferior a la de la TC, y es dependiente sobre las habilidades de los radiólogos y la probabilidad de apendicitis previa a la prueba.

Además, los EE. UU. A menudo no son concluyentes. La puntuación diagnóstica se inventó originalmente antes de la era de la imagenología moderna tecnologías como una herramienta de diagnóstico independiente. Por lo tanto, la puntuación tiene sido simplemente investigado en la literatura quirúrgica como una alternativa a la imagenología. Sin embargo, la puntuación y la imagen deberían utilizarse de manera óptima como métodos complementarios en un algoritmo de diagnóstico. El objetivo es lograr diagnóstico preciso con riesgos mínimos, retrasos y costos en una estándar manera independiente del nivel de experiencia del clínico. Últimamente, diagnóstico puntuación se ha incluido en las pautas de consenso de diagnóstico de apendicitis

1.2. BASES TEORICAS

La puntuación diagnóstica es un método para estratificar a los pacientes según la probabilidad de que el paciente tenga apendicitis. Por lo general, los pacientes están estratificados en tres grupos: alto, intermedio y bajo riesgo de apendicitis. Idealmente, el los pacientes en el grupo de bajo riesgo pueden ser dados de alta, y los pacientes en alto riesgo grupo se puede programar directamente para la cirugía. Los pacientes en el intermedio el grupo se benefician más de las investigaciones posteriores, como las imágenes.

Existen varios puntajes de diagnóstico diferentes para sospecha de apendicitis aguda.

El puntaje de Alvarado es el más conocido de estos puntajes. El Alvarado el puntaje fue desarrollado originalmente para pacientes pediátricos y adultos, y incluye ocho variables clínicas y de laboratorio. La apendicitis El índice de respuesta inflamatoria (AIR) se publicó en 2008 y es similar al Puntaje Alvarado en muchos aspectos pero enfatiza la respuesta inflamatoria resultados de laboratorio, y parece tener un mejor desempeño en comparación con el puntaje de Alvarado. Ninguno de los puntajes existentes ha ganado popularidad en práctica clínica diaria. Probablemente hay algunas razones para esto. Los resultados de los sistemas de puntuación a menudo se comparan con los resultados de imágenes y por lo tanto son erróneamente entendidos como competitivo y no complementario imágenes. La capacidad de discriminación per se de los sistemas de puntuación existentes no ha sido lo suficientemente confiable.

Hay algunos posibles factores que afectan la precisión de estos sistemas de puntuación. Primero, el diagnóstico de la apendicitis aguda es diferente en niños de diferentes edades en comparación con los adultos, y muchos de los puntajes previos están desarrollados para pacientes de todas las edades. Los valores de referencia de variables inflamatorias de laboratorio y posibles diagnósticos diferenciales en la edad del paciente.

La hora exacta de inicio de los síntomas, dolor reubicación y otros detalles de la historia del paciente tal vez no se conocen en los pacientes más jóvenes. En segundo lugar, la demora en la presentación al hospital influye en los resultados de las variables de laboratorio inflamatorias. En tercer lugar, el diagnóstico de la apendicitis es más equívoca en pacientes femeninas. Estos tres importantes factores de confusión no se han tenido en cuenta en los procedimientos descritos anteriormente sistemas de puntuación.

En esta tesis, un nuevo puntaje de diagnóstico para el diagnóstico de pacientes adultos (≥ 16 años) con sospecha de apendicitis aguda, el puntaje de apendicitis en adultos (AAS) fue construido (estudio I). El nuevo puntaje fue incorporado a un diagnóstico algoritmo, y posteriormente validado (estudio II).

De acuerdo con los resultados de los metanálisis, la precisión de los estudios de imágenes en sospecha de apendicitis aguda parece depender de la prevalencia previa a la prueba de apendicitis. Sin embargo, el impacto de la probabilidad previa a la prueba, como evaluado por la puntuación de diagnóstico, en el rendimiento diagnóstico de las imágenes los estudios no se han investigado antes.

Este aspecto es particularmente importante cuando la puntuación se implementa en el manejo de rutina de los pacientes con sospecha de apendicitis. En esta tesis, la precisión diagnóstica de las imágenes fue investigada y comparado con diferentes probabilidades previas a la prueba para la apendicitis que había sido determinado por AAS (estudio III).

PRINCIPALES TIPOS CLINICOS DE APENDICITIS

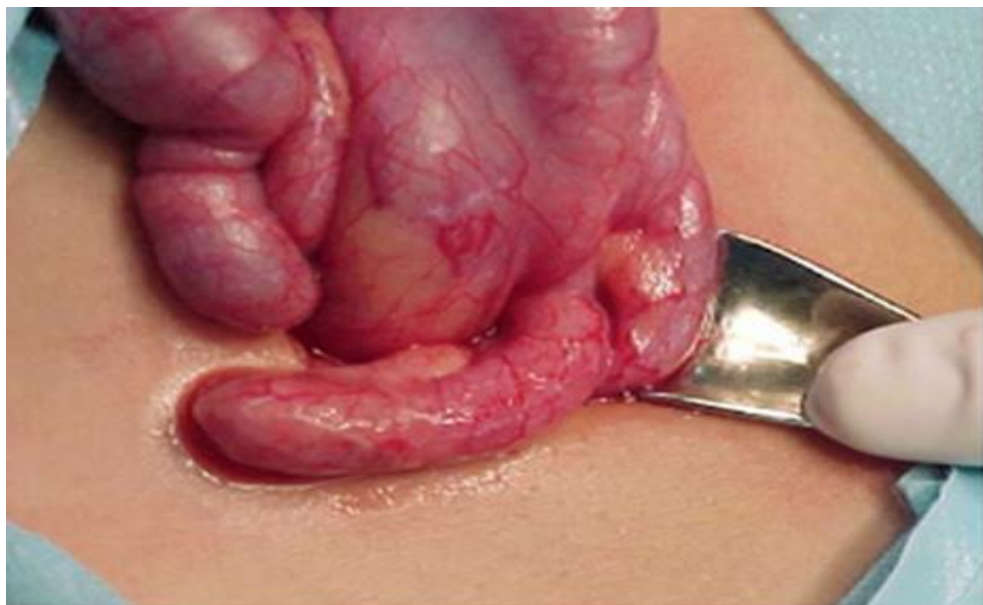
APENDICITIS CONGESTIVA O CATARRAL

- Obstrucción
- Acumulo de Moco
- Compromiso del Retorno Linf.
- Inflamación



✓ **APENDICITIS FLEMONOSA O SUPURATIVA**

- Acumulo de Moco
- Proliferación Bacteriana
- Compromiso Venoso
- Exudado Mucopurulento
- Micro Infiltrado purulentos en cavidad peritoneal



APENDICITIS GANGRENOSA O NECRÓTICA;

- Acumulo de moco
- Proliferación Bacteriana
- Compromiso Arterial en Pared
- Exudado Mucopurulento
- Úlcera Micro perforada
- Mayor Proliferación Bacteriana (Anaerobio)
-



APENDICITIS PERFORADA,

- Compromiso Arterial en pared (Trombosis Venosa)
- Exudado Mucopurulento
- Infartos
- Mayor Proliferación Bacteriana (Anaerobio)
- Contaminación de la Cavity Abdominal



La apendicitis crónica.

- Se denomina apendicitis crónica a la Inflamación del apéndice por un largo periodo que se caracteriza por malestar y dolor en la fosa iliaca derecha pero a diferencia de la aguda no requiere tratamiento médico inmediato ni tampoco la extirpación quirúrgica del apéndice.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA

La intervención de enfermería frente a un paciente con inflamación del apéndice vermiforme, que puede ser agudo, necesita diagnóstico precoz, caso contrario evoluciona rápidamente hacia la perforación llegando inclusive a una complicación grave. El profesional de enfermería debe realizar una evaluación constante de la evolución de la sintomatología con el objetivo de Identificar las complicaciones de la apendicetomía su prevención y tratamiento oportuno.

CAPITULO II

CASO CLÍNICO

Paciente adulto maduro de 30 años ingresa al servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima. Orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, inquieto, agitado, con facies de dolor, piel tersa, elástica conservada, pupilas isocóricas, mucosa oral seca, respiración de tipo superficial simétrica torácica, ventilando espontáneamente con dificultad para respirar, se evidencia adecuado pasaje del murmullo vesicular, abdomen blando doloroso a la palpación superficial y profundo a nivel de FID, FII Periumbilical.

CFV: T°= 37.5°C, P/A=119/60mmHg. FC=130x”,FR=38 x”, S02=93%.

Paciente refiere: “Que le duele el abdomen y se siente muy mal”

2.1. FASE I VALORACION

ANAMNESIS:

- ✓ Apellido y nombres: P.M.L
- ✓ Edad: 30 años.
- ✓ Sexo: masculino
- ✓ Procedencia: Huaraz
- ✓ Ocupación: mecánico
- ✓ Fecha de nacimiento: 23/02/1986
- ✓ Fecha de ingreso al nosocomio: 25 de julio de 2017
- ✓ Acompañamiento al establecimiento: su compañera.

Malestar principal:

TE: 2 horas

Forma de inicio: insidioso

Tipo de dolor: continuo y progresivo

Paciente acude por presentar dolor agudo y progresivo a una intensidad de

5-8 puntos según escala, la localización del dolor es en la fosa iliaca derecha, cuando camina aumenta el dolor, motivo por el cual acude al nosocomio, es intervenido quirúrgicamente.

Funciones Biológicas:

Apetito: disminuido sed: conservado orina: conservada
deposiciones: semilíquidas.

Antecedentes:

RAMS: niega enfermedades Crónicas, niega intervenciones Quirúrgica.

EXAMEN FÍSICO CÉFALO – CAUDAL:

Paciente en regular estado general, con edema en los miembros inferiores, regular estado e hidratación

❖ **CABEZA:**

a la inspección se encuentra la cabeza simétrica, forma redondeada, tamaño proporcional al resto del cuerpo, buena implantación del cabello color gris lacio, sin brillo, en regular estado de higiene, sin presencia de alteración alguna (tumoración laceraciones, hematomas, seborrea y/o pediculosis). Paciente refiere dolor.

❖ **CARA:**

- **Facies:** simetría en ambas caras, forma ovalada, coloración ligeramente pálida. A la palpación temperatura ligeramente hipertérmica.
- **Oreja:** Simétricos con la cara y nariz, presencia de pabellón auricular sin anomalías, conducto auditivo interno con presencia de cerumen.
- **Ojos:**

- Buena implantación y distribución de cejas, párpados simétricos, buena implantación de pestañas, aparato lacrimal íntegro, pupilas isocóricas, fotoactivas, movimientos oculares simétricos.
- **Nariz:**
Tamaño proporcional con la cara y nariz, fosas nasales permeables, sin presencia de dolor en senos paranasales, buena implantación de cilios.
- **Boca:**
Labios simétricos, color pálido, mucosas orales semihidratadas, lengua ligeramente hidratada, piezas dentales completas; también se observó caries.
- **CUELLO:**
Simétricos, flexibles, sin presencia de tumoraciones, no aumento de volumen de los ganglios. A la palpación se siente un aligera elevación de la temperatura corporal y taquicardia, no hay dolor en movimientos activos y pasivos.
- **TORAX:**
Simétrico y cilíndrico no se observa lesiones.
- **MAMAS:**
No se observa secreción láctea.
- **ABDOMEN:**
Blando depresible, doloroso a la palpación superficial, Mac Burney positivo.
- **MIEMBROS SUPERIORES:**
Simétricos sin deformidades ni acortamientos.

- **GENITOURINARIO:**

Genitales externos sin alteraciones.

- **EXAMEN NEUROLÓGICO:**

Orientado en tiempo, espacio y persona. Comportamiento irritable, despierto con Glasgow 15 puntos.

CONTROL DE FUNCIONES VITALES:

P/A140/90.FR : 20 x'.

FC: 74x'. T: 37.1c°.

STO2 con Fio2 21%: 90%.

STO2 con cánula binasal: 100%.

TRATAMIENTO:

- CFV
- Cloruro de sodio 9%x 1000.
- cefalexina 1 gr cada 8 horas
- dexametasona de 1gr cada 8 horas
- Sonda vesical n° 14
- Sonda nasogástrica N°14

DIAGNÓSTICO MEDICO:

- Apendicitis Aguda

VALORACION POR DOMINIOS

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

- ❖ **Estado de higiene:** Regular.

- ❖ **cumplimiento de régimen terapéutico:** Cumple con el tratamiento farmacológico.
- ❖ **nivel de conocimiento sobre su salud:** Se percibe al paciente con dudas con respecto a su salud e intervención quirúrgica.
- ❖ **Estilo de vida sedentario:** No.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

- ❖ **Número habitual de comidas:** Tres veces al día.
- ❖ **Tipo de dieta habitual:** Variado.
- ❖ **Intolerancias alimentarias:** Ninguna.
- ❖ **Factores que influyen en la ingesta:** Apetito disminuido.
- ❖ **Peso al ingreso :** 62

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

- ❖ **Problemas al orinar:** No
- ❖ **Sudoración excesiva:** No
- ❖ **Disnea:** No

DOMINIO 4: ACTIVIDAD – REPOSO

- ❖ **Sueño:** Alterado, insomnio, ansiedad, alteración del ritmo de sueño habitual del paciente debido a hospitalización e intervención quirúrgica.
- ❖ **Actividad y ejercicio:** Necesita ayuda, para vestirse bañarse y realizar su higiene.
- ❖ **Temperatura:** Afebril (36.9 °C)
Respuestas cardiovasculares respiratorias.
- ❖ **Frecuencia cardiaca:** 98x' (Taquicardia)
- ❖ **Llenado capilar:** Por 2 segundos

DOMINO 5: PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN

- ❖ **Nivel de conciencia:** Orientado en tiempo espacio y persona.
- ❖ **Contenido del pensamiento distorsionado (ideas delirantes):** No

- ❖ **Dificultad para comunicarse:** No
- ❖ **Dificultad para aprendizaje:** No

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN:

- ❖ **Estado de ánimo/emocional al ingreso:** Preocupado y triste.
- ❖ **Normalmente logra lo que se propone:** Si.
- ❖ **Autoestima:** No presenta signos de autoestima baja.

DOMINIO 7: ROL/ RELACIONES

- ❖ **Apoyo familiar:** Bueno.
- ❖ **Conflicto en el funcionamiento y/o relaciones de la familia;** No.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

- ❖ **Género:** Adulto masculino

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS.

- ❖ **Se observan signos de preocupación en relación a pérdidas de salud:** Si, (Física, social y funcional).
- ❖ **Expresa sentimientos de:** Preocupación.

DOMINIO 10: VALORES- CREENCIAS.

- ❖ **Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuvieran en cuenta durante su hospitalización:** No.
- ❖ **Religión:** Católico.

DOMINIO 11: SEGURIDAD.

- ❖ **Procedimientos invasivos:** Catéter Periférico.
- ❖ **Riesgo de aspiración:** Si
- ❖ **Riesgo de alteraciones nerviosas o vasculares:** No

DOMINIO 12: CONFORT

- ❖ **Dolor y/o malestar:** Si.
- ❖ **Localización del dolor:** Si

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

No se están utilizando diagnósticos de este dominio.

2.2. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

ANÁLISIS DE LABORATORIO:

URIANALISIS	
<ul style="list-style-type: none">❖ Color: aspecto claro.❖ Aspecto: Ligeramente turbio.❖ Densiad:1025❖ Reacción: pH 5.0❖ Glucosa :(-)❖ Bilirrubina: (-)❖ Cilindros: (-)❖ cristales :(-)❖ leucocitos: 8 – 10x c❖ hematíes: 25 – 30 x c❖ células epiteliales:2-4x campo	<ul style="list-style-type: none">❖ albumina:+❖ glucosa: 0❖ hemoglobina:+++❖ Pig: 0❖ Urobilirrubina: 0❖ cit:0❖ sedimento leucotos:16-20 mmm3❖ hematíes: abundante❖ C.E.:8-16 cam❖ Cristales :+❖ Piocitos :+

HEMATOLOGÍA

Hemoglobina:13.44g/dl

Hematocrito:42%

Leucocitos:13.800 mmm³

Glucosa:74gd/l

Plaquetas: 250000 mmm³

TC:6"

TS:2.30"

Abastondados:6mmm³

Seg:8 mmm³

Linfocitos:2 mmm³

Monofilos0.4 mmm³

Urea:22 mg/dl

Creatinina:0.91mg/dl

Bilirrubina total:0.85 mg/dl

Bilirrubina directa:0.32 mg/dl

Bilirrubina indirecta:0.53 mg/dl

Tgo:25udc

Tgc:77d/l

RPR: No Reactivo.

2.3. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

2.3.1. FASE PRE OPERATORIA

DOMINIO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	NOC	NIC	NOC
ACTIVIDAD / REPOSO	Patrón respiratorio ineficaz r/c al dolor evidenciado en aleteo nasal	Restablecer la respiración dentro de los parámetros normales (R°<20X°)	<ul style="list-style-type: none"> - Control de funciones vitales - Monitoreo permanente de pulso, respiración y saturación de oxígeno. - Colocación de una vía periférica - Colocación de oxigenoterapia según necesidad del usuario - Enseñar al usuario ejercicios respiratorios - Evaluar el dolor según escala del dolor - Administración de analgésicos para aliviar el dolor. 	Paciente mantiene respiraciones dentro de los parámetros normales.

			<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar con otros servicios para que pueda ser evaluado - Coordinar con el equipo de salud para que sea atendido. - Anotar todas las eventuales que suceda con el paciente en notas de Enfermería. 	
AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS	Ansiedad r/c al acto quirúrgico evidenciado en preocupación, aislamiento.	Paciente mantendrá un estado emocional estable (sin ansiedad ni temor).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de funciones vitales. ✓ Dar confort y comodidad. ✓ Dar soporte emocional al paciente ✓ Fomentar la privacidad del paciente. ✓ Brindar soporte emocional a la familia. ✓ Anotar acontecimientos en las 	Paciente mantiene la serenidad, tranquila.

			notas de Enfermería.	
	Dolor r/c a la sensibilidad evidenciado en dolor a la palpación y presencia de Mac Burney (++).	paciente sin signos de Mac Burney (++)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavado de manos ➤ Control de funciones vitales. ➤ Realizar una anamnesis en el paciente ➤ Pedir que el paciente sea evaluado con un especialista (cirujano). ➤ Coordinar con el servicio de sala y servicio de cirugía. Colocación de una vía periférica. ➤ Preparar al paciente para que entre a sala. ➤ Verificar las medicinas y equipos del paciente. ➤ Realizar trámites para que el paciente entre a 	Paciente se mantiene tranquila, ausencia de dolor a la palpación.

			<p>sala.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Trasladar al paciente a sala de operaciones. ➤ Recoger todos sus objetos del paciente y entregárselas a su familia. ➤ Brindar soporte emocional a la familia. ➤ Anotar acontecimientos que ocurre con el paciente en las notas de Enfermería. 	
SEGURIDAD / PROTECCION	Riesgo a una infección r/c a tiempo de prolongación de su problema.	Paciente mantendrá sin riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavado de manos ➤ Control de temperatura ➤ Evaluar al paciente ➤ Administración de antibióticos según indicación médica. ➤ Anotar acontecimientos 	Paciente mantiene sin presencia de foco infeccioso.

			ocurridos con el paciente en notas de Enfermería	
--	--	--	--	--

2.3.2. FASE INTRA OPERATORIO

DOMINIO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	NOC	NIC	NOC
SEGURIDAD / PROTECCION	Deterioro de la integridad tisular relacionado a la incisión quirúrgica manifestado por lesión de tejido cutáneo y subcutáneo.	Brindar cuidados para evitar infección.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar el procedimiento al paciente ✓ Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera signos de dehiscencia o evisceración. ✓ Limpiar la zona que rodea la incisión. ✓ Aplicar vendaje adecuado para proteger la incisión. 	Se brindó cuidados y se evitó la infección.
	Alto riesgo de	Disminuir el	✓ Lavado de manos	

SEGURIDAD / PROTECCION	infección r/c al abandono de gasas, compresas en cavidad peritoneal	riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener la bioseguridad en todo momento ✓ Contar las gasas, al momento de iniciar la sutura. 	
---------------------------	--	------------------------	--	--

2.3.3. FASE POS OPERATORIA

DOMINIO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	NOC	NIC	NOC
SEGURIDAD / PROTECCION	Hipertermia r/c a un foco infeccioso evidenciado en T° a 38.5 C°.	paciente mantendrá la temperatura dentro de los parámetros normales	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de mano es una medida importante para evitar la diseminación de microorganismos. Una buena técnica aséptica es la que limita la transmisión de gérmenes de una persona a otra; se debe realizar antes y después de cada procedimiento. • Ayuda en el diagnóstico y actuar en forma oportuna • Al evaluar el paciente nos 	Paciente tranquila con temperatura dentro de los valores normales (36.5-36.9C°)

			<p>ayudara encontrar anomalías que presenta el paciente y colaborar en el diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los exámenes rutinarios ayuda corroborar en el diagnóstico • Son medios físicos que ayuda bajar la temperatura sin medicación. • Ayuda que el paciente no sufra daño neurológico como las convulsiones. • Permite trabajar en equipo de Salud 	
ACTIVIDAD / RESPOSO	alteración de patrón respiración ineficaz r/c embolia pulmonar evidenciado en taquipnea, SatO2:86%	Mejorar la respiración dentro de los valores normales (<math>R^{\circ}<20x^{\circ}</math>)	<ul style="list-style-type: none"> • Control periódico de la hemodinámica del paciente. • Uso de mascarillas de respiración de acuerdo a la saturación del paciente. • Evaluación permanente del 	Paciente presenta $R^{\circ}<20x^{\circ}$

			paciente.	
SEGURIDAD / PROTECCION	Riesgo a infección r/ a procedimientos invasivos.	Paciente mantendrá sin riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> • Control de las funciones vitales. • Realizar mantenimiento de las vías periféricas. • Realizar curación de la herida. 	Paciente sin riesgo de infección

3.1. CONCLUSIONES:

La obtención de informaciones primarias y secundarias acerca del paciente, se realizó con facilidad ya que se tuvo acceso a la historia clínica y se evaluó al paciente.

La apendicitis es una intervención que con los años se ha visto en aumento su práctica dentro de los centros de salud públicos y privados, cabe destacar que se puede presentar complicaciones.

Razón por la cual es de suma importancia que los cuidados brindados por el personal de enfermería sean integrales y eficaces, oportunos y orientados principalmente a educar al paciente, a la familia y a la comunidad sobre la importancia de unos correctos hábitos alimenticios.

Así como también educarla sobre la detección temprana de los síntomas de infección y del cumplimiento terapéutico luego que se ha llevado a cabo su egreso del centro hospitalario.

Además, para realizar el plan de cuidados, se tuvo acceso a bibliografías.

3.2. RECOMENDACIONES:

Proceso de atención de enfermería es una herramienta básica, que realiza el personal de enfermería para brindar una atención basada en disciplina, humanística y científica. Los cuidados o las intervenciones de enfermería están acorde a las necesidades de los pacientes con apendicitis.

Reforzar mediante talleres y curso de conocimiento sobre la técnica de hábitos alimenticios.

Establecer vigilancia epidemiológica estricta efectivo de cada uno de los casos.

Mejorar los espacios para brindar cuidados específicos al paciente con esta situación de salud.

3.3. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Altamirano Mónica “manejo inicial de apendicitis aguda, propuesta de un protocolo actualizado aplicable en el Hospital-Abel Gilbert Ponton” Guayaquil-Ecuador, 2012.
2. Mosella, et.al “Apendicitis aguda en el embarazo” REV. OBSTET. GINECOL. (2007); VOL 2 (3): 215-220.
3. Gamero Marco “Apendicitis aguda: incidencia y factores asociados”. Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima, 2009
4. Sullivan JE, Farrar HC, Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics, Committee on Drugs. Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics*. 2011; 127:580–587.
5. Del Real L. Guías de manejo clínico. Apendicitis aguda: Complicaciones Trib Médica 83:147, 1991
6. Caballero F, Duarte T, Morales L. Guías de manejo clínico. Apendicitis aguda. Trib Médica 83:143, 1991
7. GUIA DE APENDICITIS DE SERVICIOS DE SALUD CÒDIGO: AC-PQx-G008 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS VERSION: 02-2011.
8. Diagnósticos Enfermeros Nanda Internacional.2009-2011.
9. http://es.pdf.org/wiki/Sensibilidad_%28epidemiolog%C3%ADa%29
10. Potter Perry. Fundamentos de enfermería. Vol. II. editorial mosby. Madrid Barcelona. 2004.
11. McGraw – hill. Interamericana fundamentos de enfermería conceptos, procesos y práctica. quinta edición. Vol. 1. Ed.kathllen. 1999.
12. <http://www.slideshare.net/hernie/apendicitis-aguda-53573466>

ANEXOS



Fuente: Autoría Propia