



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

CUIDADOS EN EL SEGUIMIENTO POSTQUIRURGICO A UN ADULTO
DE APENDICITIS . SANTA ROSA. 2022

CAMPOVERDE DELGADO LINDA ANDREA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

RIOS SOCASI ROXANA YARIBEL
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

CUIDADOS EN EL SEGUIMIENTO POSTQUIRURGICO A UN
ADULTO DE APENDICITIS . SANTA ROSA. 2022

CAMPOVERDE DELGADO LINDA ANDREA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

RIOS SOCASI ROXANA YARIBEL
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

CUIDADOS EN EL SEGUIMIENTO POSTQUIRURGICO A UN ADULTO DE
APENDICITIS . SANTA ROSA. 2022

CAMPOVERDE DELGADO LINDA ANDREA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

RIOS SOCASI ROXANA YARIBEL
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

FALCONI PELAEZ SANDRA VERONICA

MACHALA, 31 DE AGOSTO DE 2022

MACHALA
2022

CUIDADOS EN EL SEGUIMIENTO POSTQUIRURGICO A UN ADULTO DE APENDICITIS.SANTA ROSA.2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

< 1%

★ vaska-frankrike.icu

Fuente de Internet

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, CAMPOVERDE DELGADO LINDA ANDREA y RIOS SOCASI ROXANA YARIBEL, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado CUIDADOS EN EL SEGUIMIENTO POSTQUIRURGICO A UN ADULTO DE APENDICITIS . SANTA ROSA. 2022, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 31 de agosto de 2022



CAMPOVERDE DELGADO LINDA ANDREA
0750823353



RIOS SOCASI ROXANA YARIBEL
0706172582

DEDICATORIA

En primera instancia dedicamos nuestra tesis a Dios por estar ahí en los días cuando sentíamos que nuestras fuerzas nos abandonaban y cuando pensábamos en rendirnos él estuvo dándonos fuerza para culminar nuestra carrera.

Con todo cariño y amor a nuestros padres que hicieron todo lo posible para que pudiéramos cumplir nuestros sueños e incluso sacrificando los suyos con tal de ver culminados los nuestros.

A nuestras parejas quienes nos apoyaron siempre en cada minuto de nuestra carrera quien nos ayudaron a dar los pasos firmes para poder seguir con fuerzas en este camino difícil hasta poder llegar a la meta.

A nuestros hermanos, tíos y demás familiares que de alguna u otra razón nos apoyaron y empujaron para completar una de las mejores etapas de nuestras vidas.

A la Lic. Sandra Falconi quien me guio con la realización de la presente tesis, y a la Lic. Janeth Eras quien me oriento y me ayudo en cada capitulo de la tesis, a mis amigos y conocidos, a todos ellos muchas gracias.

***Campoverde Delgado Linda Andrea y
Rios Socasi Roxana Yaribel***

AGRADECIMIENTO

Los resultados de la presente tesis son de agradecimiento para todos aquellos que nos brindaron su apoyo en todo instante y motivado en mi formación académica; gracias por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de nuestra vida. A mis docentes a quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias a su paciencia, y enseñanza, en especial a la Lic. Janeth Eras quien nos supo guiar en la formación de nuestra tesis, a la Lic. Sandra Falconi, Lic. Ana Suconota, Lic. Verónica Almache, quienes formaron parte de la comisión de revisión y nos ayudaron con las correcciones para el presente trabajo. Agradezco además a la Universidad de Machala, Carrera de enfermería, que nos vio crecer y formarnos como profesionales, y a los Hospitales Básico Santa Teresita y al Gineco Obstétrico Angela Loayza de Ollague que nos abrieron las puertas para su enseñanza y brindarnos conocimientos suficientes para fomentar mi carrera de enfermería.

***Campoverde Delgado Linda Andrea y
Rios Socasi Roxana Yaribel***

RESUMEN

INTRODUCCION: Apendicitis: inflamación del apéndice vermiforme, la causa más común de abdomen agudo, enfermedad quirúrgica, se presenta con mayor frecuencia en los servicios de urgencias. Los pacientes con apendicitis presentan: dolor típico localizado en el cuadrante inferior derecho. La OMS, indica mayor incidencia es durante los 20 a 30 años de vida, es rara en menores de cinco y mayores de 50 años, el riesgo de presentarla es de 16.33% en hombres y 16.34% en mujeres. Incidencia anual es de 139.54 x 100,000 habitantes; se asocia con sobrepeso y obesidad, hace 50 años 15 de cada 100,000 personas morían por apendicitis aguda, actualmente la probabilidad de morir por apendicitis es inferior al 0.1%. **OBJETIVO:** Analizar el seguimiento posquirúrgico a un adulto de apendicitis, santa rosa 2022, mediante el estudio de caso para realizar una propuesta de intervención de Enfermería. **METODO:** Tipo de investigación cualitativo a través de un estudio de caso, la investigación está enfocada en el método clínico que se apropia del método científico en un orden lógico y de obligado cumplimiento, de su metodología puesta en función del paciente. **RESULTADO:** La apendicitis aguda constituye la causa más común de abdomen agudo quirúrgico, el seguimiento de caso conlleva una vida sedentaria acompañada de una mala alimentación como principal factor de riesgo es el consumo de comidas ricas en fibras, azúcares refinados, embutidos, lácteos y derivados. Los signos y síntomas hallados en el paciente con un cuadro de 24 horas de evolución presentando dolor abdominal tipo punzante de moderada intensidad, irradiado a nivel de hipocondrio derecho, acompañada de alza térmica. La evidencia actual muestra que la apendicectomía laparoscópica es el tratamiento quirúrgico más eficaz, ya que se asocia con una menor incidencia de infección de la herida y morbilidad posterior a la intervención. Tal manera que se realizó la planificación de las visitas domiciliarias teniendo en cuenta el trabajo interdisciplinario, a través de seguimiento, control, vigilancia y educación mediante el proceso de atención de enfermería para cubrir las necesidades del paciente. **CONCLUSION:** El caso caracterizado por: cuadro clínico con dolor abdominal tipo punzante de moderada intensidad, se irradia a nivel de hipocondrio derecho, en fosa iliaca derecha de moderada intensidad, anorexia, nauseas que no llegan al vomito, abdomen blando depresible, doloroso a nivel de

fosa iliaca derecha, mc burney positivo. Las actividades del seguimiento domiciliario del paciente fueron importantes, se pudo prevenir la infección en la herida quirúrgica, alivio del dolor postoperatorio, la consejería en estrategias de promoción; estilos de vida saludable, actividad física después de una apendicectomía, control de ingesta de los medicamentos, para evitar riesgos en la salud. Las estrategias de auto cuidado y que el paciente asuma su mejora, se basa en la realización de un plan de cuidados de enfermería se contribuya a una mejora de los resultados, que favorece una continuidad asistencial, siguiendo con el autocuidado, favoreciendo la detección de complicaciones que originen un cambio en los cuidados, y obteniendo mejoría y resolución del proceso.

PALABRAS CLAVES: *Apendicitis aguda, seguimiento domiciliario postoperatorio, hipocondrio derecho, fosa iliaca, apendicetomía,*

ABSTRACT

INTRODUCTION: Appendicitis: Inflammation of the vermiform appendix, the most common cause of acute abdomen, surgical disease, occurs most frequently in the emergency department. Patients with appendicitis present with: typical localized pain in the right lower quadrant. The OMS, indicates the highest incidence is during the 20 to 30 years of life, it is rare in children under five and over 50 years of age, the risk of presenting it is 16.33% in men and 16.34% in women. Annual incidence is 139.54 x 100,000 inhabitants; is associated with overweight and obesity, 50 years ago 15 out of 100,000 people died from acute appendicitis, currently the probability of dying from appendicitis is less than 0.1%. **OBJECTIVE:** To analyze the post-surgical follow-up of an adult with appendicitis, Santa Rosa 2022, through a case study to carry out a nursing intervention proposal. **METHODS:** Type of qualitative research through a case study, the research is focused on the clinical method that appropriates the scientific method in a logical and mandatory order, its methodology based on the patient. **RESULTS:** Acute appendicitis is the most common cause of acute surgical abdomen, the follow-up of the case involves a sedentary life accompanied by a poor diet as the main risk factor is the consumption of foods rich in fiber, refined sugars, sausages, dairy products and derivatives. The signs and symptoms found in the patient with a 24-hour history of stabbing abdominal pain of moderate intensity, irradiated at the level of the right hypochondrium, accompanied by temperature rise. Current evidence shows that laparoscopic appendectomy is the most effective surgical treatment, as it is associated with a lower incidence of wound infection and postoperative morbidity. In such a way that the planning of home visits was carried out taking into account interdisciplinary work, through monitoring, control, surveillance and education through the nursing care process to meet the needs of the patient. **CONCLUSIONS:** The case characterized by: clinical picture with stabbing abdominal pain of moderate intensity, radiating at the level of the right hypochondrium, in the right iliac fossa of moderate intensity, anorexia, nausea that does not reach vomiting, soft depressible abdomen, painful at the level of the fossa right iliac, mc burney positive. The activities of home follow-up of the patient were important, it was possible to prevent infection in the surgical wound, relief of postoperative pain, counseling in promotion strategies; healthy lifestyles,

physical activity after an appendectomy, medication intake control, to avoid health risks. Self-care strategies and that the patient assumes their improvement, is based on the realization of a nursing care plan that contributes to an improvement of the results, which favors a continuity of care, continuing with self-care, favoring the detection of complications. that originate a change in care, and obtaining improvement and resolution of the process.

KEYWORDS: *Acute appendicitis, postoperative home monitoring, right hypochondrium, iliac fossa, appendectomy.*

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	X
INDICE DE TABLAS	XIV
INDICE DE FIGURAS	XV
INTRODUCCION	16
1. CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	19
1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	19
1.2 HECHOS DE INTERÉS	20
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.3.1 <i>Objetivo general</i>	21
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	21
2. CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO	22
2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA	22
2.1.1 <i>Historia natural de la enfermedad</i>	22
2.1.1.1 Período prepatogénico	22
2.1.1.2 Período patogénico	25
2.1.2 <i>Cuidados de enfermería (Dorothea Orem)</i>	26
2.1.3 <i>Marco teórico</i>	27
2.1.3.1 Posoperatorio	28
2.1.3.2 Atención de enfermería	33
2.1.4 <i>Marco referencial</i>	37
2.1.4.1 Vigilancia epidemiológica de la apendicitis	37
3. CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO	39
3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA	39
3.1.1 <i>Tipo de investigación</i>	39
3.1.2 <i>Tipo de estudio</i>	39
3.1.3 <i>Enfoque de investigación</i>	39
3.1.4 <i>Métodos científicos</i>	39
3.1.5 <i>Métodos empíricos</i>	39
3.1.6 <i>Población</i>	40

3.1.7 <i>Técnicas de investigación</i>	40
3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN	40
3.2.1 <i>Instrumentos de investigación</i>	41
3.2.2 <i>Sistema de categorización en el análisis de los datos</i>	41
3.2.3 <i>Principios éticos legales</i>	41
4. CAPITULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	43
4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS	44
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	57

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Formato de base de datos con las categorías de análisis de la historia natural. _____	41
Tabla 2. Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas (I). _____	57
Tabla 3. Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería (NOC) (I). _	57
Tabla 3. Plan de cuidados de enfermería (I). _____	58
Tabla 4. Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas (II). _____	58
Tabla 5. Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería (NOC) (II).	59
Tabla 6. Plan de cuidados de enfermería (II). _____	59
Tabla 7. Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas (III). _____	60
Tabla 8. Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería (NOC) (III).	60
Tabla 9. Plan de cuidados de enfermería (III). _____	61
Tabla 10. Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas (III). _____	61
Tabla 11. Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería (NOC) (III).	61
Tabla 12. Plan de cuidados de enfermería (III). _____	62

INDICE DE FIGURAS

Ilustración 1. Consentimiento Informado.	63
Ilustración 2. Oficio de acceso a la historia clínica emitida por el Hospital Básico Santa Teresita, Santa Rosa, El Oro, Ecuador.	64
Ilustración 3. Instrumento: base de datos con las categorías de análisis de la historia natural.	65
Ilustración 4. Primera visita domiciliaria después del tercer día del alta médica.	66
Ilustración 5. Segunda visita domiciliaria después del séptimo día del alta médica.	67

INTRODUCCION

La apendicitis es considerada como una inflamación del apéndice, el cual representa la causa más común de abdomen agudo, y por indicación quirúrgica de urgencia en el mundo (1), es uno de las enfermedades quirúrgicas que se presenta con una mayor recurrencia en los servicios de urgencias. El diagnóstico es netamente clínico; aproximadamente de dos terceras partes de los pacientes con apendicitis presentan un dolor típico localizado en el cuadrante inferior derecho. No obstante, existen síntomas atípicos, infrecuentes, como el dolor en el cuadrante inferior izquierdo (2).

El riesgo considerado, que presenta es de 7-8%. Décadas atrás se consideraba que la apendicitis era un continuo donde, el inicio de síntomas y el tratamiento, que mientras más tiempo pasaba entre, el riesgo de complicaciones (necrosis, perforación y formación de abscesos), era mayor; no obstante, la evolución se volvió variable por lo que se han determinado estrategias terapéuticas, tales como; el uso de antibióticos, cirugía de intervalo o tratamiento endoscópico (3).

De forma general, la tasa de mortalidad en lo que respecta a la apendicitis es considerablemente baja, siendo menor al 1% el indicador en pacientes, que presentan absceso o flemón apendicular (característica básica). No obstante, la presencia de un flemón o absceso se asociado con una mayor morbilidad. Muchas de estas complicaciones comunes postquirúrgicas, incluyen infecciones de carácter quirúrgico, abscesos intraabdominales, hernias incursiónales y obstrucciones intestinales (4).

La apendicitis aguda es una causa frecuente de abdomen agudo, con un riesgo estimado de por vida de 7-8 por ciento en todo el mundo. La apendicectomía de emergencia es el estándar de atención en el tratamiento de la apendicitis aguda. Tradicionalmente, se pensó que toda apendicitis no perforada evolucionar a apendicitis perforada. Miedo al desarrollo de apendicitis perforada mientras se retrasa la apendicectomía ha llevado a la apendicectomía de emergencia ampliamente aceptada con un retraso mínimo. Sin embargo, este miedo se origina en hace más de 100 años, cuando la apendicitis perforada había tasas de mortalidad muy altas; esta tasa ha disminuido mucho desde entonces (5).

De acuerdo a las estadísticas, se considera que la mayor incidencia es durante la segunda y la tercera década de vida (tiempo en el cual los pacientes presentan diferentes patologías), es rara en menores de cinco y en mayores de 50 años, el riesgo eminente de presentarla es de 16.33% aproximadamente en hombres y 16.34% en mujeres. Su incidencia de manera anual es de 139.54 x 100,000 habitantes; es asociado con sobrepeso en 18.5% y obesidad en 81.5%, hace 50 años 15 de cada 100,000 personas morían (por falta de conocimiento) por apendicitis aguda, actualmente la probabilidad de morir por apendicitis es inferior al 0.1% de acuerdo a los avances (6).

Para el año 2019, el INES Ecuador, reportó a la apendicitis como la segunda causa con 35.546 de egresos hospitalarios, siendo la primera causa de morbilidad en relación a los hombres con 18.826 egresos reportados, en segunda opción, relacionado a las mujeres con 16720 reportes, en el grupo de edad de 12 a 17 años se considera como la primera causa de morbilidad con 6.256 y de 0 a 11 años la 6ta causa con 5923 egresos reportados (6).

Se considera imperante que la atención de Enfermería, en lo que respecta al seguimiento domiciliario del paciente, pueda cubrir las necesidades básicas en la atención sobre todo en el autocuidado, por tal motivo pueda que prevenga las complicaciones el posicionamiento después de la cirugía, para tal motivo la enfermera, debe colocar al paciente en posición de alto cazador para poder reducir la tensión en la incisión ejecutada y los órganos abdominales, lo que puede reducir el dolor. Los fluidos orales. Cuando se tolera, se debe administrar fluidos orales. La evaluación del Dolor aliviado, con el Déficit de volumen de líquido prevenido. La Ansiedad reducida Infección eliminada debido a la interrupción potencial o real del tracto gastrointestinal. La Integridad de la piel mantenida. Nutrición óptima alcanzada. Pautas para el alta y el cuidado en el hogar La enseñanza de alta para el paciente y la familia es imprescindible. Eliminación de suturas.

La enfermera debe indicarle al paciente, que agende una cita con el cirujano para que pueda quitar las suturas entre el quinto y el séptimo día después de la cirugía. ocupaciones. Para el levantamiento pesado se debe evitar postoperatoriamente; no obstante, la actividad normal se puede reanudar en un lapso entre 2 a 4 semanas. Los cuidados en el hogar en la mediad de lo posible, que se necesite una

enfermera de atención domiciliaria para que puedan ayudar con el cuidado de la incisión y controlar al paciente para detectar complicaciones y curación de heridas.

Con este plan de cuidado de enfermería, es diseñado para pacientes que están experimentando un dolor agudo, de acuerdo Nanda, la definición de dolor agudo es el estado en el que un individuo experimenta e informa la presencia de una incomodidad grave o una sensación incómoda que dura de 1 segundo a menos de 6 meses (7).

1. CAPÍTULO I. Generalidades del objeto de estudio

1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio

Dentro de un estudio del sujeto o el grupo mediante, que mediante la aplicación de diferentes instrumentos, el cual permita obtener una información amplia y adecuada del sujeto y que pueda facilitar la explicación del por qué el sujeto actúa de determinada manera, o se apunta a la búsqueda de las causas que ocasionan el comportamiento.

Para este caso un estudio se puede detallar un tema específico. Los estudios de casos se utilizan habitualmente en la específica investigación social, educativa, clínica y empresarial.

Para tal motivo puede permitir recoger, clasificar, organizar y sintetizar toda la información obtenida, basado e uno o varios sujetos, así como para interpretar información obtenida y determinar las acciones que se llevarán a cabo en la intervención (8).

Para el análisis, se puede contemplar un caso del hospital Santa Teresita de Santa Rosa, se enfoca en un paciente de 46 años sexo femenino, con un cuadro de apendicitis, que fue dado para tratamiento quirúrgico, el cual presentó una sintomatología de dolor abdominal tipo punzante de moderada intensidad se irradia a nivel del hipocondrio derecho, a nivel de la fosa iliaca derecha de moderada intensidad, anorexia, nauseas que no llevan al vomito, al momento dolor a nivel de fosa iliaca derecha de gran intensidad. Acude con ecografía particular valorada por cirujano quien decide el ingreso.

Signos vitales: Tensión arterial 130/90, Frecuencia cardiaca 87 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria 20 por minuto, Saturación parcial de oxígeno 99%, Temperatura 38 °C, Glasgow 15/15 orientado en tiempo y espacio. Al examen físico, cabeza: normocefálica, boca orofaringe no congestiva, mucosas orales seca, campos: pulmonares ventilados; R1R2 sincrónico con el pulso, abdomen: blando depresible, doloroso a nivel de la fosa iliaca derecha, MC BURNEY positivo, ruidos hidroaéreos aumentados, extremidad simétrica, tono y fuerza muscular

conservada, y que fue dado de alta, el cual fue realizado el seguimiento posquirúrgico a nivel domiciliario.

1.2 Hechos de interés

Actualmente, el equipo de enfermería es uno de los pilares de la asistencia a pacientes. Sobre todo, en el domicilio, donde su valor es aún mayor. El objeto de la visita domiciliaria postoperatoria es dar una mejor cobertura sanitaria a los pacientes con alta precoz hospitalaria tras una cirugía. El objetivo principal es aumentar la seguridad del paciente tras el alta hospitalaria en su domicilio.

En el presente trabajo abordamos un caso de una paciente femenina de 46 años de edad, cuyos factores de riesgo que se logró encontrar en la paciente fue el consumo de comidas altas en fibra, azúcares refinados, embutidos y lácteos; acudió al centro de salud por presentar cuadro clínico de 24 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal punzante, moderado, irradiado hacia fosa iliaca derecha, acompañado de anorexia, náuseas que no conllevan al vómito, en donde es diagnosticada con Apendicitis Aguda. Recibe valoración por parte del cirujano y se decide el ingreso para posterior realización de apendicectomía. Pasados 4 días de estancia hospitalaria se le indica alta médica para que continúe con tratamiento ambulatorio.

El seguimiento domiciliario se realizó a los 3 días posteriores al alta médica, las visitas domiciliarias subsecuentes se realizaron cada 3 días, de manera que, en el primer seguimiento se otorga a la paciente una charla de carácter educativo sobre una alimentación saludable y actividad física no intensa para la paciente y sus cuidadores, que en este caso son sus familiares, por otra parte, recalcando la importancia de los cuidados de enfermería en el paciente posquirúrgico, se realizó la respectiva revisión de la herida quirúrgica, verificando que no esté eritematosa o con presencia de mal olor, en este caso la paciente no presentaba ningún signo de infección de la herida quirúrgica por lo que se realizó curación y se le indicó que debe realizar limpieza y desinfección diariamente con gasa y alcohol para así lograr una buena higiene.

En el segundo seguimiento, el cual se realizó a los siete días posteriores al alta, se realizó preguntas referentes a la rutina de alimentación que se detalló en la primera visita domiciliaria, posteriormente de igual manera se realizó revisión de la herida quirúrgica constatando que no existan signos de alarma e indicándole que debe acercarse al centro de salud más cercano para retiro de puntos.

En la tercera visita domiciliaria, 15 días posteriores al alta médica, se continuó fomentando hábitos alimenticios y actividad física, también se realizó inspección del sitio de la herida quirúrgica pudiendo observar que ya se encontraba cicatrizada.

Por tanto, es fundamental que los profesionales del área de enfermería estén capacitados para realizar procedimientos terapéuticos y enfocados en la educación en salud tanto a pacientes como a familiares o cuidadores, así como para ser capaces de realizar todas las funciones que se llevan a cabo tanto intra y extra hospitalario.

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Analizar el seguimiento posquirúrgico a un adulto de apendicitis, santa rosa 2022, mediante el estudio de caso para realizar una propuesta de intervención de Enfermería.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar el caso de apendicitis.
- Identificar las actividades del seguimiento domiciliario del paciente con apendicitis.
- Proponer estrategias para potenciar el auto cuidado y que el paciente asuma su mejora.

2. CAPÍTULO II. Fundamentación teórico-epistemológica del estudio

2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia

2.1.1 Historia natural de la enfermedad

El modelo tradicional propuesto por Level y Clark de la historia natural de la enfermedad y su relación con los niveles de prevención delimitan claramente el periodo prepatogénico y patogénico, el primero de ellos antes de la enfermedad y refleja el momento de la interacción del agente, el ambiente y el huésped. El periodo patogénico muestra los cambios que se presentan en el huésped una vez realizado un estímulo efectivo. Basado en la historia natural de la enfermedad es el curso de la enfermedad desde el inicio hasta su resolución. En otras palabras, es la manera propia de evolucionar que tiene toda enfermedad o proceso, cuando se abandona a su propio curso. El proceso se inicia con la exposición de un huésped susceptible a un agente causal y termina con la recuperación, la discapacidad o la muerte. Para este modelo se remarca la importancia de las diferentes medidas de prevención que se pueden llevar a cabo dependiendo del momento en que se encuentre la enfermedad, así las actividades de prevención primaria se desarrollan en el periodo prepatogénico y están encaminadas al fomento a la salud y a la protección específica; en la prevención secundaria las acciones son el diagnóstico precoz, el tratamiento temprano y la limitación del daño y la prevención terciaria se enfoca en la rehabilitación. El horizonte clínico marca el momento en el que la enfermedad es aparentemente clínica (9).

2.1.1.1 Periodo prepatogénico

Promoción

Es el proceso en el cual se permite a la comunidad, la familia y los individuos establecer el control sobre la salubridad y el bienestar general, a través de una adecuada intervención social y ambiental de manera integral con un enfoque participativo.

Este proceso tiene tres componentes fundamentales:

- Gobernanza sanitaria, el cual garantiza el adecuado funcionamiento del sistema sanitario, a través de la intersectorialidad y la administración de los recursos disponibles para obtener la calidad de los servicios de salud, desde principios de transparencia, participación, integridad y capacidad política.
- Educación sanitaria, en esta se genera la capacidad óptima en la población para la toma de decisiones autónomas y responsables relacionadas con la salud, con el fin de desarrollar estilos de vida saludables y prevenir enfermedades.
- □ Ciudades saludables, consiste en crear espacios que mejoran la calidad de vida de la población en las zonas urbanas. Al respecto, el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador aplica su Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI), desarrollando programas y campañas educativas desde el nivel comunitario que promueven estilos de vida saludables (10).

Es importante determinante que el entorno saludable es el espacio físico, social y cultural donde se habita cotidianamente (vivienda, escuela, lugar de trabajo, vecindario, vereda, municipio, ciudad) y en cual se establecen relaciones sociales que determinan una manera de vivir y de ser, el concepto general de entornos Saludables incorpora tanto los aspectos de saneamiento básico, como los relacionados con espacios físicos limpios y adecuados, es por tal motivo las redes de apoyo para lograr ámbitos psicosociales sanos y seguros, libres de violencia (abuso físico, verbal y emocional) (11).

En la sociedad actual, se ha venido experimentando un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos y otro lado un descenso en la actividad física, como resultado del cambio de patrones de conducta que derivan hacia estilos de vida más sedentarios (provocados por ambientes externos) propios de la vida en las ciudades, el incremento de la mecanización de prácticamente todas las actividades cotidianas, el ocio pasivo y los modos de desplazamiento (12).

Protección

Es considerado como la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos (políticos) , para que un individuo o un grupo de individuos,

pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo (muchas veces descrito en la constitución) (13).

Prevención

- **Prevención primordial;** está dirigido a evitar el surgimiento y la consolidación de patrones eventuales de vida sociales, económicos y culturales que se sabe contribuyen a elevar el riesgo de enfermar; éste nivel es considerado de prevención más recientemente reconocido y tiene gran relevancia en el campo de la salud poblacional; las medidas contra los efectos mundiales de la contaminación atmosférica o el establecimiento de una dieta nacional baja en grasa animal saturada son ejemplos de prevención primordial.
- **Prevención primaria;** es esta dirigida a limitar la incidencia de enfermedad mediante el control adecuado de sus causas y factores de riesgo; implica medidas de protección de la salud, en general a través de esfuerzos personales y comunitarios; la inmunización, la pasteurización de la leche, la cloración del agua, el uso de preservativos de factores planificados y comportamientos de riesgo son ejemplos de prevención primaria. Los enfoques estratégicos individual y poblacional revisados hacen referencia básica a la prevención primaria.
- **Prevención secundaria;** que se dirige a la curación de las personas enfermas y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante la detección temprana y tratamiento precoz de los casos; su objetivo no es reducir la incidencia de la enfermedad sino reducir su gravedad y duración y, en consecuencia, reducir las complicaciones y la letalidad de la enfermedad. Los programas de tamizaje poblacional, como las campañas masivas de examen de Papanicolaou para detección y tratamiento precoces del cáncer de cuello uterino, son ejemplos de prevención secundaria.
- **Prevención terciaria;** se dirige a reducir el progreso y las complicaciones de una enfermedad ya establecida mediante la aplicación de medidas orientadas a reducir secuelas y discapacidades, minimizar el sufrimiento

y facilitar la adaptación de los pacientes a su entorno; es un aspecto importante de la terapéutica y la medicina rehabilitadora. La prevención terciaria implica una atención médica de buena calidad y es difícil de separar del propio tratamiento de la enfermedad (14).

Vigilancia

La vigilancia se entiende como la observación sistemática y continuada de la frecuencia, la distribución y los determinantes de los eventos de salud y sus tendencias en la población. Todo sistema de vigilancia debe estar amparado por un marco legal propio del Estado que garantice la operación eficiente de dicho sistema por lo que es un proceso de análisis, interpretación y difusión sistemática de datos colectados, generalmente usando métodos que se distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos, más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en tiempo, lugar y persona, con lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de medidas de control (15).

2.1.1.2 Periodo patogénico

Diagnostico

El diagnóstico es el procedimiento pertinente mediante el cual el profesional de la salud identifica una enfermedad o el estado del paciente con la ayuda de varias herramientas que permiten definir su cuadro clínico (16).

Cuadro clínico

Un caso clínico se define como una presentación con comentarios de un determinado paciente. Esta presentación se transforma en caso debido a que ha surgido de un fenómeno individual que puede ser generalizado. De tal manera, que toma forma de modelo o un ejemplo que explica un componente específico por su rareza o su singularidad (17).

Pronostico

El pronóstico prevé el surgimiento, desarrollo y finalización de una enfermedad tomando en consideración los aspectos regulares del

transcurso de los procesos de la enfermedad. Resulta importante para los procesos clínicos cotidianos identificar factores que tengan la capacidad de incidir en el pronóstico de una determinada enfermedad. El primer motivo es porque proporciona una mayor facilidad al momento de tomar de decisiones referentes a tratamientos, procedimientos o diagnósticos y además, para determinar la evolución del paciente ya que permite transferir información al paciente sobre el transcurso clínico de la enfermedad que posee (18).

Complicaciones

Complicación es aquella eventualidad argumentada, que ocurre en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico con una respuesta local o sistémica que puede retrasar la recuperación, poner en riesgo una función o la vida (19).

Tratamiento

Es el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas, cuando se ha llegado a un diagnóstico (20).

2.1.2 Cuidados de enfermería (Dorothea Orem)

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera se conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos

científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión (21).

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

- **Persona:** se concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico en la cual la capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.
- **Salud:** la salud es considerado como un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tal motivo, lo considera como la persecución del bienestar que tiene una persona.
- **Enfermería:** el servicio humano, el cual se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (21).

2.1.3 Marco teórico

Dentro del marco teórico se centra en las diferentes teorías existentes sobre el caso de seguimiento posoperatorio de la apendicitis, por lo que su inicio está en función de posoperatorio desde el inmediato para conocer la característica del caso luego de la intervención quirúrgica, para luego seguir con el posoperatorio mediato,

que indica la estancia en casa del paciente luego de seis días hospitalizado, por lo que se expone a continuación este proceso.

2.1.3.1 Posoperatorio

En esta etapa, la valoración integral que se otorga al paciente y la correspondiente vigilancia continua se convierten en el centro de atención con la finalidad de reconocer los síntomas y signos que se hayan manifestado y, de esta manera, adelantarse ante posibles complicaciones. Los cuidados durante esta fase tienen el objetivo la recuperación del equilibrio fisiológico teniendo la mínima cantidad de complicaciones, mientras que la atención que se presta sea la máxima. En esta fase toma importancia el desempeño del personal de enfermería (22).

Inmediato

El período postoperatorio inmediato el cual transcurre durante 24 horas posteriores a la cirugía, durante este período pueden manifestarse alteraciones fisiológicas tales como:

- Inconsciencia y depresión cardiorrespiratoria en el paciente que recibió anestesia general.
- Ausencia de sensaciones y tono simpático en aquellos que recibieron anestesia regional.

El cuidado de enfermería eficiente durante el postoperatorio inmediato implica conocimientos y habilidades específicas para el manejo del paciente sometido a cirugías de complejidades variadas; planificando y aplicando una adecuada metodología del proceso de atención de enfermería (23).

La protección del paciente es la dirección de los cuidados que se consideran en la etapa posoperatoria, otorgándole de forma principal seguridad, hasta que el efecto de la anestesia haya transcurrido y además, para detectar y prevenir posibles complicaciones. Esto se realiza en las unidades de vigilancia intensiva quirúrgica (24).

Intervenciones de enfermería en el posoperatorio inmediato:

- Control de la sonda nasogástrica, que se mantiene in situ hasta la aparición del peristaltismo

- Control de sonda vesical hasta la estabilización de la diuresis.
- Control peristáltico para iniciar vía oral, 6 o 12 horas de postoperatorio.
- En el postoperatorio puede originarse una parálisis de los movimientos intestinales, ocasionando estreñimiento. Deberá anotar el número de deposiciones y características de estas.

Mediato

Es el tiempo que transcurre después de las 72 horas. En este tiempo hay que controlar la aparición de la infección realizando un control clínico post quirúrgico y curación con suero fisiológico, se inicia a la llegada del paciente a la unidad de hospitalización. Su objetivo es brindar cuidados que contribuyan a la recuperación física y psíquica del paciente tras la intervención quirúrgica y evitar complicaciones (25).

Cuidados

Valoración inicial

- Verificar la identidad del paciente
- Acompañar y acomodar al paciente en su habitación.
- Informar al paciente de los cuidados que se van a realizar
- Valorar nivel de conciencia y coloración de piel y mucosas.
- Vigilar signos y síntomas de hemorragia
- Monitorizar signos vitales
- Mantener la temperatura corporal
- Revisar historia clínica

Cuidados de la herida quirúrgica

- En la herida quirúrgica con cierre por primera intención
- No levantar el apósito de la herida quirúrgica durante las primeras 24-48 horas siempre que sea posible.
- Después de 48 horas no es necesario cubrir la herida.
- Como norma general los pacientes pueden ducharse a partir de las 48 horas tras la cirugía, limpiándose la herida con agua y jabón.
- Si hubiera signos de sangrado, rotular el área del apósito que este impregnada de sangre para posteriores valoraciones.

Control del dolor

- Valorar y registra la intensidad y localización del dolor.
- Comprobar la analgesia administrada antes de instaurar el tratamiento analgésico del paciente.
- Valorar la efectividad de la analgesia
- Proporcionar y enseñar al paciente posturas antiálgicas (26).

Cuidados

- Iniciar la vía oral gradualmente siguiendo la prescripción médica.
- Tomar los analgésicos indicados por el especialista para aliviar el dolor postoperatorio.
- Cumplir con exactitud la prescripción de los medicamentos indicados tales como antibióticos, entre otros.
- Controlar náuseas y vómitos mediante los medicamentos indicados.
- Vigilar la temperatura corporal. Si presenta fiebre, debe informar al médico. Sin embargo, debe saber que esta puede ser normal en las primeras 48 horas, como respuesta del cuerpo humano a la agresión de la cirugía.
- Retirar el apósito antes del baño y realizar limpieza de la herida con agua y jabón durante el aseo.
- Curar la herida quirúrgica con soluciones antisépticas como el yodo povidona y dejar secar, sin cubrir la herida, al menos 2 veces al día.
- Si nota cambios en la herida como inflamación, dolor, enrojecimiento, aumento de volumen y salida de líquido a través de ella, debe informar al especialista de inmediato.
- Si aparecen síntomas como fiebre, falta de aire o vómitos, debe acudir a su médico inmediatamente.
- Dormir adecuadamente para recuperar las fuerzas y disminuir el estrés.
- Evitar cargar objetos pesados después de la cirugía.
- Deambular, a partir de las 12-24 horas de la operación, para expulsar gases y disminuir las molestias.
- Vigilar posibles infecciones postoperatorias.

- Nutrirse adecuadamente. Debe consumir proteínas y vitaminas. Por otro lado, debe evitar el café, el alcohol, así como los alimentos ricos en azúcares o grasas.

Periodo patogénico

Diagnóstico

El diagnóstico clínico de la AA a menudo es desafiante e implica una síntesis de los hallazgos clínicos, de laboratorio y radiológicos (27). La evaluación diagnóstica podría mejorarse mediante el uso de sistemas de puntuación clínica que involucren hallazgos del examen físico y marcadores inflamatorios (28).

Actualmente, el diagnóstico se realiza mediante TC helicoidal y ultrasonografía Doppler color con compresión graduada. Se puede hacer un diagnóstico basado en el dolor persistente en el cuadrante inferior derecho y un apéndice visualizado de más de 6 mm de diámetro. Nuevos estudios apuntan hacia la eficacia de la RM, indicando una sensibilidad del 96-96,8 % y una especificidad del 96-97,4 % (29).

El sistema de puntuación de Alvarado es uno de los más utilizados para determinar la necesidad de intervención quirúrgica por apendicitis. Las puntuaciones de 1 a 4 indican "dado de alta en casa", las puntuaciones de 5 a 6 significan que se les "observó" y las puntuaciones de 7 a 10 indican la necesidad de "someterse a una cirugía de emergencia". Se informa que la sensibilidad y la especificidad del sistema de puntuación de Alvarado son del 93,5 % y del 80,6 %, respectivamente. Un sistema de puntuación simplificado conocido como el sistema de puntuación de Respuesta Inflamatoria de Apendicitis involucra ocho variables. Estas variables son vómitos, dolor en el cuadrante inferior derecho, sensibilidad de rebote, defensa muscular, recuento de glóbulos blancos, proporción de neutrófilos, proteína C reactiva (PCR) y temperatura corporal (29).

La Asociación Europea de Cirugía Endoscópica (EAES) recomendó un algoritmo de diagnóstico en 2016. Este estratifica el riesgo de los pacientes

en tres grupos principales según la puntuación clínica. Los pacientes de bajo riesgo pueden ser dados de alta después de un estudio por otras posibles causas. Los pacientes de riesgo moderado se someten primero a una ecografía, y se recomienda la tomografía computarizada (TC) como un estudio de diagnóstico de segundo nivel solo para aquellos con resultados de ecografía no concluyentes. El algoritmo EAES presenta solo la puntuación de Alvarado como la herramienta de estratificación de riesgo inicial (30).

Signos y síntomas

El dolor localizado coincide con la irritación del peritoneo parietal. El dolor se intensifica durante un período de 24 horas, acompañado de náuseas, vómitos y pérdida de apetito. En el 3,5% de las presentaciones de apendicitis, la palpación profunda de la fosa ilíaca izquierda provoca dolor en la fosa ilíaca derecha, lo que se denomina signo de Rovsing. Si se encuentra que el paciente tiene un signo de Rovsing positivo, se emplea un trago de bario para confirmar el diagnóstico (29).

Complicaciones

La perforación apendicular se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad en comparación con la AA no perforante. El riesgo de mortalidad de la AA aguda pero no gangrenosa es inferior al 0,1%, pero el riesgo aumenta al 0,6% en la AA gangrenosa. Por otro lado, la AA perforada tiene una tasa de mortalidad más alta, alrededor del 5% (28).

El retraso en la intervención quirúrgica se relaciona con una mayor tasa de perforación de 3 % en pacientes operados dentro de las 24 h posteriores a la presentación a 31 % en pacientes operados a las 36 h. (31)

Tratamiento

Es esencial distinguir entre AA complicado y no complicado, ya que afecta la gestión. La AA complicada suele incluir perforación con peritonitis, flemón o formación de abscesos, lo que representa entre el 2 % y el 10 % de todos

los casos de AA. Un flemón se describe como una masa inflamatoria que incluye las vísceras adyacentes inflamadas y el epiplón mayor, mientras que un absceso se describe como una masa apendicular que contiene pus. La apendicitis en ausencia de estos se define como no complicada (30).

La evidencia actual muestra que la apendicectomía laparoscópica (LA) es el tratamiento quirúrgico más eficaz, ya que se asocia con una menor incidencia de infección de la herida y morbilidad posterior a la intervención, estancia hospitalaria más corta y mejores puntajes de calidad de vida en comparación con la apendicectomía abierta, (28) la morbilidad y mortalidad de los pacientes que se han sometido a una apendicectomía está determinada en gran medida por la gravedad de la apendicitis en sí y sus comorbilidades (32).

2.1.3.2 Atención de enfermería

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a las Enfermeras prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y, la comunidad de una forma estructurada, dinámica, homogénea, lógica y sistemática (33).

Valoración

Es la primera fase del proceso de atención de enfermería (PAE), la cual puede definirse como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud de la persona a través de diversas fuentes; Estas incluyen al individuo, familia o comunidad como fuente primaria, y al expediente clínico, la familia o cualquier otra persona que dé información del paciente como fuente secundaria (34).

La finalidad de la valoración inicial del estado de salud o bienestar en un paciente con apendicitis consiste en identificar los parámetros de funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual, que indiquen la presencia de necesidades de salud, como por ejemplo la necesidad de una apendicetomía, se realizará la valoración de constantes vitales y además la historia clínica (34).

Diagnóstico de enfermería

Es la segunda fase, del proceso de atención de enfermería (PAE). El diagnóstico de enfermería es el enunciado que explica y describe el estado de salud, problema real y/o potencial en los procesos vitales de una persona que requiere intervención de un profesional de enfermería debidamente formado para dar solución a los problemas identificados; o en su defecto, para mantener o mejorar su bienestar físico, psicológico, social y espiritual. No debe confundirse con una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería (33).

El diagnóstico de enfermería, en el contexto de un paciente con apendicitis, se basa en: Dolor agudo relacionado con el apéndice obstruido, riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con náuseas y/o vómitos/disminución del apetito/disminución de la ingesta de líquidos, riesgo de infección relacionado con la ruptura del apéndice/incisión quirúrgica riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) relacionado con la inmovilidad, riesgo de ansiedad relacionada con la hospitalización (35).

Planificación y seguimiento

La tercera fase, del proceso de atención de enfermería, es la planeación de la atención de enfermería; es decir, el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias) (34).

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando una persona tiene varios problemas; determinación de objetivos en coordinación con el sujeto de cuidado y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarlo a lograr los objetivos (34).

La valoración del paciente en el posoperatorio mediato, para el plan de cuidados por parte de enfermería en un paciente con apendicitis en cuanto al manejo del dolor, se debe tomar en cuenta las siguientes intervenciones:

- a. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- b. Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- c. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- d. Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede.
- e. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
- f. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
- g. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- h. Fomentar períodos de descanso/sueño adecuado que faciliten el alivio del dolor (36).

En cuanto al manejo ambiental son necesarias las siguientes actividades:

- a) Limitar las visitas.
- b) Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- c) Proporcionar una cama limpia y cómoda.
- d) Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.
- e) Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
- f) Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible (36).

Durante la administración de analgésicos, se debe tomar en cuenta:

- a) Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- b) Colaborar con el médico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia.
- c) Elegir el analgésico o combinación de estos, cuando se prescriba más de uno (36).

Cuidado del sitio de incisión:

- a) Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencias o evisceración.
- b) Tomar nota de las características de cualquier drenaje.
- c) Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
- d) Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
- e) Enseñar al paciente y/o familia a cuidar la incisión incluyendo la observación de signos y síntomas de infección.
- f) Retirar suturas, grapas o clips, si está indicado (36).

En cuanto al cuidado de las heridas:

- a) Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas.
- b) Anotar las características de la herida.
- c) Anotar las características de cualquier drenaje producido.
- d) Atender el lugar de incisión, según sea necesario.
- e) Mantener la permeabilidad de los tubos de drenaje.
- f) Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
- g) Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- h) Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- i) Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede (36).

Ejecución

Es la cuarta fase, de las cinco que componen el proceso de enfermería. La ejecución, es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería. Bajo el contexto de apendicitis aguda, la ejecución consiste en la puesta en práctica de las actividades mencionadas en la planificación para lograr los objetivos ya planteados. Las acciones deben sustentarse en principios científicos para asegurar unos cuidados de calidad (33).

Evaluación

La quinta y última fase es la evaluación; se trata de un proceso continuo que, se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud de la persona de cuidado y los resultados esperados. Esta fase, consta de tres partes: La evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción de la persona cuidada (34).

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones (37).

2.1.4 Marco referencial

El dolor abdominal agudo representa del 7 al 10% de todos los accesos a los servicios de urgencias. La apendicitis aguda (AA) es la causa más común de abdomen agudo, con una incidencia de 1 por 1000 personas por año. Es uno de los principales diagnósticos diferenciales de las condiciones abdominales poco claras (32).

2.1.4.1 Vigilancia epidemiológica de la apendicitis

La epidemiología y los resultados de la apendicitis aguda en pacientes de edad avanzada son muy diferentes de la población más joven. Los pacientes

adultos mayores con apendicitis aguda mostraron mayor mortalidad, mayor tasa de perforación, menor precisión diagnóstica, mayor retraso desde el inicio de los síntomas y el ingreso, mayor tasa de complicaciones posoperatorias y mayor riesgo de cáncer de colon y apéndice (38).

La apendicitis ocurre con mayor frecuencia entre las edades de 10 y 20 años y tiene una proporción de hombre a mujer de 1,4:1. El riesgo de por vida es del 8,6 % para los hombres y del 6,7 % para las mujeres en los Estados Unidos. Los estudios han indicado una asociación entre la apendicitis aguda y la manifestación del cáncer colorrectal. De hecho, se encontró que el 2,9 % de los pacientes que padecían apendicitis aguda tenían cáncer colorrectal en comparación con el 0,1 % de los que no lo padecían. En pacientes de 55 años o más, se encontró que la apendicitis aguda estaba asociada con una neoplasia del lado derecho (29).

3. CAPITULO III. Proceso metodológico

3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada

3.1.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación a desarrollar es cualitativo a través de un estudio de caso, recopilando y analizando datos de forma cualitativa.

3.1.2 Tipo de estudio

Para el análisis del estudio de caso se utilizó una investigación descriptiva mediante recopilación de información y características fundamentales del objeto de estudio.

3.1.3 Enfoque de investigación

La investigación está enfocada en un método clínico que se apropia del método científico mediante una rigurosa aplicación, en un orden lógico y de obligado cumplimiento, de su metodología puesta en función de un enfermo. Aplicarlo implica, por tanto, sistematicidad y disciplina de un sistema de pensamiento (39).

3.1.4 Métodos científicos

- **Analítico sintético:** se refiere a dos procesos intelectuales inversos que operan en unidad: el análisis y la síntesis.
El análisis es un procedimiento lógico que posibilita descomponer mentalmente un todo en sus partes y cualidades, en sus múltiples relaciones, propiedades y componentes (40).
- **Histórico lógico:** se refiere al estudio del objeto en su trayectoria real a través de su historia, con sus condicionamientos sociales, económicos y políticos en los diferentes periodos (40).

3.1.5 Métodos empíricos

Se refiere al uso de los órganos de los sentidos, tanto en la observación de los objetos y fenómenos como en la experimentación o manipulación física de ellos. Los órganos de los sentidos y el aspecto físico de las cosas están

en el primer plano de la atención. Para lo cual se recurre al método empírico de la revisión documental, poner definición. Operativizada en la revisión del instrumento de la historia clínica única (40).

3.1.6 Población

Se trata de un paciente de 46 años de sexo femenino con diagnóstico de apendicitis en el Hospital Básico “Santa Teresita” de Santa Rosa provincia de El Oro.

3.1.7 Técnicas de investigación

Observación directa

- Captación del caso.
- Consignar datos del paciente.

Entrevista

- Recopilación de información.
- Educar al paciente en relación con el autocuidado.

Revisión documentada

Búsqueda y análisis de artículos científicos (scielo, redalyc, medigraphic, revista electrónica, “aerzteblatt.de”)

3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación

El procedimiento para realizar el presente trabajo de investigación se basa en las siguientes actividades:

1. Captación del caso
2. Oficiar a distrito para obtención de historia clínica única
3. Firmar el consentimiento informado para autorización de uso de los datos del paciente
4. Búsqueda de historia clínica en la unidad operativa
5. Búsqueda de datos en la historia clínica
6. Visita domiciliaria inicial para seguimiento post quirúrgico de la apendicectomía del paciente
7. Planificación de actividades de enfermería para seguimiento del caso

8. Visitas consecutivas de seguimiento del paciente para la ejecución de acciones de enfermería.

3.2.1 Instrumentos de investigación

Historia clínica única y las bases de datos con las categorías de análisis de la historia natural de la enfermedad.

3.2.2 Sistema de categorización en el análisis de los datos

Las categorías de análisis están en función metodológica de los componentes de historia clínica única con el ordenamiento de la historia natural de la enfermedad.

Tabla 1. Formato de base de datos con las categorías de análisis de la historia natural.

Categorías de análisis	Fecha hospitalización					Fecha de seguimiento domiciliario		
	contacto 1	contacto 2	contacto 3	contacto 4	contacto 5	contacto 6	contacto 7	contacto 8
<i>Estilos de vida</i>								
<i>Factores protectores</i>								
<i>Factores de riesgo</i>								
<i>Diagnostico</i>								
<i>Signos y síntomas</i>								
<i>Laboratorio</i>								
<i>Tratamiento</i>								
<i>Evolución clínica</i>								
<i>Pronóstico</i>								
<i>Atención de enfermería</i>								

3.2.3 Principios éticos legales

Aspectos éticos

Esta investigación se realizó utilizando los principios de las leyes y reglamentos del Ecuador, que defienden al individuo. Por ello, este estudio,

para su elaboración recibió la aprobación de la Universidad Técnica de Machala, facultad de ciencias químicas y de la salud, así mismo, de los directores, a partir del cumplimiento de los aspectos éticos como son:

Autonomía

Este principio nos pide ver a los individuos como agentes con la capacidad de tomar sus propias decisiones cuando cuenten con la información necesaria sobre los procedimientos a los que se les va a someter, su propósito, y sus posibles riesgos y beneficios, así como las alternativas que tienen. Por lo que el propio paciente acepta por voluntad propia el participar en la investigación a través del consentimiento informado, el cual se anexa.

Beneficencia

Las investigaciones desarrolladas tienen siempre que tener el propósito de beneficiar a los participantes o a los futuros pacientes. En este sentido el beneficio que trae consigo el presente trabajo con el paciente, es que se le ha brindado consejería sobre el autocuidado que debe tener en su domicilio.

No Maleficencia

Minimizar los posibles daños a los participantes en las investigaciones o a los pacientes. En la presente investigación, no se observa daño que se le pueda realizar al paciente.

Justicia

Se deben de distribuir los bienes y servicios buscando proveer el mejor cuidado de la salud según las necesidades y promover el interés público. El mismo que se evidencia mediante la entrega de información sobre su condición y medidas de autocuidado (41).

4. CAPITULO IV. Resultados de la investigación

Luego de haber aplicado el instrumento de investigación, se pudieron obtener los siguientes resultados según sus categorías de análisis:

Paciente de 46 años de sexo femenino, reside en área urbana. En la categoría estilo de vida el paciente conlleva una vida sedentaria; y los factores protectores son la buena alimentación y actividad física. Como principal factor de riesgo se observa el consumo de comidas ricas en fibra y azúcares refinados, los embutidos, lácteos y sus derivados, la vivienda es de construcción mixta, esta también como factores protectores, que tiene el esquema de vacunación, administrada en la niñez y adolescencia.

Con relación a la categoría de la patología, se aprecia que la paciente acude al área de emergencia por presentar cuadro clínico de 24 horas de evolución con dolor abdominal tipo punzante de moderada intensidad, se irradia a nivel de hipocondrio derecho, a nivel de fosa iliaca derecha de moderada intensidad, anorexia, náuseas que no llegan al vómito, al momento dolor a nivel de fosa iliaca derecha de gran intensidad. acude con ecografía particular, valorado por el cirujano quien decide el ingreso. PA: 130/90 fc 87 x min, fr 20x min, sat 99%. glasgow 15/15 Al examen físico paciente orientado en tiempo y espacio, cabeza: normocefálica, boca orofaríngea no congestiva, mucosas orales: seca. campos pulmonares: ventilados; sincrónico con el pulso. abdomen: blando depresible, doloroso a nivel de fosa iliaca derecha, mc burney positivo. ruidos hidroaéreo-aumentados extremidad simétrica, tono y fuerza muscular conservada. A la valoración del médico se llega al diagnóstico antes mencionado, se procede a ingresarla a sala de cirugía para realizar más exámenes y ecografía abdominal, dentro de los planes de tratamiento la paciente queda en NPO, los medicamentos administrados fueron: -Solución Salina al 0.9% 2000 mililitros intravenosa cada día. -Ceftriaxona 2 gramos intravenosa cada día. -Metronidazol 500 miligramos 3 veces al día. -Omeprazol 40 miligramos cada 2 veces al día intravenosa. - Hielo local. Mediante la administración de medicamentos se logró el manejo de dolor en la paciente, valoran el estado de la paciente y la preparan para ser intervenida quirúrgicamente el 03/02/22 la cirugía programa es una Apendicectomía.

Luego de 4 días de ingreso hospitalario, se da el alta médica para tratamiento domiciliario.

El seguimiento domiciliario, se lo realiza a los 3 días de estar en su casa, y la subsecuencia se la realiza cada 3 días a 7 días, así pues, las acciones realizadas se las describe posteriormente:

El primer seguimiento domiciliario se dio a los 3 días de dada el alta, se brinda charla educativa sobre una alimentación saludable y actividad física no forzosa a la paciente y sus cuidadores (familiares). Actividades de enfermería: se verifica las características organolépticas de la herida quirúrgica si no está eritematosa, urente, hiperémica o con mal olor, sin que tenga estas características la herida quirúrgica de la usuaria, por lo que se deja realizando la curación y se le indica que debe realizárselas diariamente y realizar la limpieza y desinfección de la herida con una gasa y alcohol para tener una buena higiene y confort.

La segunda visita domiciliaria se la realiza a los 7 días de haber dado alta médica le preguntamos a la paciente si ha estado siguiendo la rutina de alimentación indica y procedemos a observar la herida quirúrgica verificamos que no esté eritematosa o con mal olor y le indicamos que puede acercarse al centro de salud más cercano a su domicilio para que proceda a retirarse los puntos.

La tercera visita domiciliaria a los 15 días de haber dado el alta médica correspondiente conversamos con la paciente para que continúe con un estilo de vida saludable, fomentando la actividad física. Actividad de enfermería realizamos una inspección en el sitio de la herida quirúrgica y percibimos que se encuentra cicatrizada completamente, eso se dio gracias a la colaboración de nuestra paciente y de los cuidados posteriores de la cirugía.

4.1 Descripción y argumentación teórica de resultados

La apendicitis aguda constituye la causa más común de abdomen agudo quirúrgico, la cual consiste en un proceso inflamatorio del apéndice cecal, en la sociedad actual se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos y un descenso en la actividad física, como resultado del cambio de patrones de conducta que derivan hacia estilos de vida más sedentarios propios de la vida en

las ciudades, el incremento de la mecanización de prácticamente todas las actividades cotidianas, el ocio pasivo y los modos de desplazamiento según Roque Garay en 2017, comparado con la paciente del presente estudio de caso conlleva una vida sedentaria acompañada de una mala alimentación como principal factor de riesgo es el consumo de comidas ricas en fibras, azúcares refinados, embutidos, lácteos y derivados, resultados que coinciden entre los dos estudios, por lo que es importante, en atención primaria el tener que implementar estrategias de actividades de promoción de estilos de vida saludables, para prevenir riesgo en la salud que conlleven a prevenir patologías como la que se presenta en la paciente de este caso.

En la categoría de análisis del diagnóstico de apendicitis aguda es desafiante e implica hallazgos clínicos, de laboratorio y radiológicos (27). La evaluación diagnóstica podría mejorarse mediante el uso de sistemas de puntuación clínica que involucren el examen físico y marcadores inflamatorios (28), para establecer el diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda, los resultados del laboratorio fue una leucocitosis con neutrofilia de 10420, se concluye con la palpación en la fosa iliaca derecha con una puntuación de 9/10 más signo Mc Burney positivo. Según Marcelo Beltrán el signo de Mc Burney es el dolor localizado que se produce cuando el examinador deprime este punto específico. Los signos y síntomas hallados en el paciente con un cuadro de 24 horas de evolución presentando dolor abdominal tipo punzante de moderada intensidad, se irradia a nivel de hipocondrio derecho, a nivel de fosa iliaca derecha de moderada intensidad, anorexia, náuseas que no llegan al vómito, al momento dolor a nivel de fosa iliaca derecha de gran intensidad, acompañada de alza térmica 38°C, TA: 130/70, Peso: 70.90 kg, Talla: 143 cm. Según Krzyzak en el 2020, el dolor localizado coincide con la irradiación del peritoneo parietal y el dolor se intensifica durante un periodo de 24 horas, se observa por lo tanto que en el estudio de Garro Urbina que relaciona el diagnóstico de apendicitis con la evidencia clínica, de laboratorio y radiológico, sin embargo, el presente estudio, únicamente se realizó el diagnóstico a través de evidencia clínica y de laboratorio, de hecho, que es una patología donde la clínica es muy importante para el diagnóstico, que se complementa con resultados de laboratorio, y con una buena valoración no hay necesidad de este tercer elemento.

La evidencia actual muestra que la apendicectomía laparoscópica (LA) es el tratamiento quirúrgico más eficaz, ya que se asocia con una menor incidencia de infección de la herida y morbilidad posterior a la intervención, estancia hospitalaria más corta y mejores puntajes de calidad de vida en comparación con la apendicectomía abierta (28). Tras la intervención quirúrgica, la paciente se trasladada a la sala de cirugía hasta que se encuentre hemodinamicamente estable, se revisa en las órdenes médicas comprobando los analgésicos o antibióticos pautados por médico de turno, se administra Dextrosa al 5% en solución salina al 0.9%, paciente permanece en reposo absoluto. Tras el primer día de postoperatorio la paciente inicia con ingesta líquida (caldos, zumos y aguas), Se realiza curación de herida quirúrgica con suero fisiológico, observando apósitos húmedos, eliminando líquido sanguinolento, paciente se levanta al borde de la cama, al segundo día de hospitalización paciente permanece en silla y deambulando, tolerando dieta líquida sin grasa, empieza a expulsar gases y en la última hora de la tarde realiza su primera deposición de consistencia normal. Al cuarto día tras intervención, la paciente no presenta dolor, ha realizados deposiciones y micciones sin novedad, abdomen depresible y blando a la palpación, herida quirúrgica tiene buen aspecto, sin signos de infección. El cirujano entrega el alta médica con fecha pertinente para que acuda al centro de salud más cercano para la retirada de puntos y su respectivo seguimiento. Se da indicaciones en cuanto a la dieta que seguir, se indica reposo relativo evitando realizar esfuerzos importantes y levantar pesos.

El seguimiento domiciliario se realizó al tercer día del alta médica, en este caso, la actuación de enfermería se centró en prevenir complicaciones de la herida postquirúrgica y alivio del dolor, se verifico la toma de medicamentos respectivos siguiendo las instrucciones propuestas por el cirujano, indicando que debe tomarlas con alimentos para evitar malestar estomacal. Según Melling y Hollander en el 2014, las infecciones quirúrgicas se pueden prevenir con asistencia sanitaria, son muchos los factores que influyen a la cicatrización de la herida quirúrgica, el tiempo medio de una infección en la herida es de 9 días postoperatorio. El número cada vez mayor de procedimientos ambulatorios o con hospitalizaciones breves implica que muchas infecciones postoperatorias se producen después del alta. En consecuencia, se necesita un seguimiento cuidadoso en Atención Primaria

después de la intervención para poder identificar la infección de inmediato e instaurar el tratamiento apropiado. Algunos de los signos y síntomas de la infección de la herida son: dolor espontáneo o a la palpación, tumefacción localizada, eritema o calor. En el seguimiento se observó que no presentó ningún signo de alarma que complice su situación de salud, además se brindó consejería que si nota cambios en la herida quirúrgica debe acudir de inmediato a centro de salud más cercano. En comparación con el presente estudio la paciente siguió las indicaciones respectivas para su mejoría y a la asistencia sanitaria para la oportuna prevención de la herida quirúrgica.

En la alimentación se centra en indicar una dieta saludable: consumir proteínas y vitaminas, evitar el café, el alcohol, así como alimentos ricos en azúcares o grasas. Según Sánchez Alvarado y Río Olivera en el 2011, pacientes sometidos a apendicectomía, sin complicaciones asociadas, reiniciar la vía oral con dieta líquidos claros y progresar a dieta blanda a las 24 horas de la cirugía; ya que parece ser efectivo para contribuir a su adecuada evolución. Siguiendo una dieta blanda por dos semanas con progresión a dieta normal e incorporar hábitos de alimentación saludable; ya que podría ser efectivo para contribuir a su adecuada evolución. Por lo tanto, es importante la sostenibilidad de la dieta saludable en la paciente en el tiempo establecido que ayudara a la evolución favorable en la paciente.

Además, en el seguimiento se brinda consejería sobre el autocuidado de la herida quirúrgica, Según Fajardo y Córdoba si se cuida debidamente su herida, la recuperación será más rápida, mejorando el estado general y evitará posibles reingresos hospitalarios. Dentro de los cuidados se encuentra la limpieza, la cual deberá iniciar lavando muy bien las manos para evitar posibles infecciones, en una mesa limpia colocar gasas o apósitos estériles, soluciones antisépticas como el yodo povidona para la limpieza de la herida con movimientos suaves sin tocarla, una vez limpia secarla con apósitos estériles, posteriormente dejar sin cubrir, cuando termine el procedimiento lavarse las manos. Por lo tanto, una buena higiene y cuidado respectivo mejoraran su salud y favorecen la cicatrización adecuada.

En relación de la actividad física, en la consejería se indica: evitar cargar objetos pesados después de la cirugía, deambular que ayudara a expulsar gases y

disminuir las molestias. Según la guía de calidad sanitaria 2020, se debe evitar tracciones fuertes o golpes sobre la herida por lo tanto tendrá que limitar los esfuerzos que comprometen la zona intervenida, si la apendicectomía se hizo por vía laparoscópica, limita tu actividad durante tres a cinco días. Si te hicieron una apendicectomía abierta, limita tu actividad durante 10 a 14 días. Pregúntale siempre a tu médico sobre las limitaciones de tu actividad y cuándo puedes reanudar las actividades normales después de la cirugía. Por lo tanto, para la recuperación de una apendicitis se debe procurar reposar y tomarte la actividad física con calma, las actividades intensas y extenuantes son contraproducentes que podrían generar daño a nivel de la herida quirúrgica, se recomienda una caminata diaria de 30 minutos para poder contribuir a mejorar la circulación sanguínea.

Luego de 7 días se realiza la segunda visita domiciliaria de seguimiento, se valoró de la herida quirúrgica la cual no mostro ni un signo inflamatorio, herida quirúrgica cicatrizando perfectamente, según Águeda San Martín en el 2014, la herida se encuentra en la fase de regeneración: comienza entre 2 y 3 días de la lesión y finaliza 14-24 días después. A lo largo de la fase de granulación, las células epiteliales proliferan con rapidez para generar una cubierta protectora para la herida. El tejido de granulación se forma por reconstrucción de la red capilar vascular y el tejido conjuntivo. Las fibras de colágeno incrementan la fuerza de tensión de la herida y confieren integridad a la misma. El tejido cicatrizal de la herida es muy frágil y vulnerable a nuevas lesiones. Después de 6 semanas, la cicatriz tan sólo presenta el 10% de la fuerza de tensión de la piel normal. Este tipo de tejido sano presenta un color rosado-rojizo saludable derivado de la mayor irrigación sanguínea que aporta oxígeno y nutrientes al tejido recién formado. Por lo tanto, en comparación con la herida quirúrgica de la paciente observamos que ha seguido con las recomendaciones médicas y de enfermería para su mejoría; durante el seguimiento se brindó consejería donde debe asistir al centro de salud más cercano para el retiro de los puntos, educamos a familiares sobre una nutrición saludable para prevenir enfermedades del tracto gastrointestinal además de evitar una vida sedentaria.

El tercer seguimiento domiciliar se lo realizó a los 14 días tras la intervención quirúrgica, verificando que la herida quirúrgica se encuentra totalmente cicatrizada

sin complicaciones, paciente siguió ordenes médicas y actividades de enfermería para su completa recuperación.

La visita domiciliaria que realiza enfermería es una labor compleja que aborda varios aspectos como la observación de las necesidades individuales dentro del entorno familiar, la instauración de relaciones de cooperación e igualdad entre el equipo de salud y el grupo familiar y el reforzamiento del papel de la familia en el cuidado de su propia salud. Para ello, se hace necesario la planificación de la visita teniendo en cuenta el trabajo interdisciplinario, la coordinación entre niveles de asistencia, la movilización de los recursos disponibles y la relación de ayuda y la educación para la salud; mediante el proceso de atención de enfermería para cubrir las necesidades del paciente.

CONCLUSIONES

- El caso de apendicitis, esta caracterizado por presentar: cuadro clínico de 24 horas de evolución con dolor abdominal tipo punzante de moderada intensidad, se irradia a nivel de hipocondrio derecho, a nivel de fosa iliaca derecha de moderada intensidad, anorexia, nauseas que no llegan al vomito, al momento dolor a nivel de fosa iliaca derecha de gran intensidad, abdomen: blando depresible, doloroso a nivel de fosa iliaca derecha, mc burney positivo.
- Las actividades del seguimiento domiciliario del paciente con apendicitis fueron de gran importancia ya que se pudo prevenir la infección en la herida quirúrgica, además de alivio del dolor postoperatorio, la consejería en estrategias de promoción; estilos de vida saludable, actividad física después de una apendicetomía, control de ingesta de los medicamentos, en función de evitar riesgos en la salud que conlleve a posibles complicaciones.
- Las estrategias para potenciar el auto cuidado y que el paciente asuma su mejora, se basa en la realización de un plan de cuidados de enfermería se contribuya a una mejora de los resultados, en cuanto a seguimiento del proceso y unificación de criterios en los cuidados enfermería proporcionados para la curación completa de la herida postquirúrgica, todo ello favorece una continuidad asistencial, siguiendo con el autocuidado y atención primaria domiciliaria, favoreciendo la detección de complicaciones que originen un cambio en los cuidados, y obteniendo finalmente una mejoría y resolución del proceso.

RECOMENDACIONES

- Realizar y ejecutar acciones tendientes a la prevención de la apendicitis, en función de la ingesta de dieta rica en fibra, y de alimentos que ayuden a la motilidad intestinal, además de realizar ejercicios como caminar, nadar, andar en bicicleta, además de identificar signos de alarma para apendicitis.
- Realizar una buena contrarreferencia, cuando el paciente es dado de alta, de tal forma que el seguimiento domiciliario sea eficaz, así pues, las acciones deben estar orientada en la prevención de infecciones, alivio del dolor, y manejo del estrés de tal forma se pueda tener una recuperación de la salud
- A los estudiantes de Enfermería que realicen los seguimientos con la orientación científica y metodológica de modelo de Dorothea Orem, de tal forma que realicen las visitas domiciliarias fomentando el autocuidado para el bienestar del paciente, en donde la familia se comprometa también para su completa recuperación y reinserción a la familia y comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jorge Hernández-Cortez JLDLMSMJGOPNC. Apendicitis aguda. Cirujano general. 2020;; p. 1.
2. Andrea Nathalia Villabona LISHMRLAESAV. Apendicitis aguda en paciente adulto con rotación intestinal anormal y defecto cardiovascular. Revista Colombiana. 2017;; p. 1.
3. Luis Manuel Souza-Gallardo JLMO. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico. Revista Medica del Instituto Mexicano. 2017;; p. 1.
4. Dra. Valeria Garro DSR,DMTG. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. Revista Médica Sinergia. 2019;; p. 3.
5. S T van Dijk AHvDMGDMAB. Meta-analysis of in-hospital delay before surgery as a risk factor for complications in patients with acute appendicitis. Oxford Academia. 2018 Julio; 105(8): p. 2.
6. Alina Rosa Soria Acosta ARPMCCGRMN. Prevalencia y etiología de la apendicitis aguda en el hospital less de Latacunga. Revista Universidad y Sociedad. 2021;; p. 2.
7. Caso clinico : cuidados de enfermeria en complicaciones del hospital militar central "coronel luis arias schreiber". 2018 Universidad Autonoma de Ica 35 .
8. Nogueira LC, Nogueira MÁC, Navarro JM, Lizcano E. Stu Docu. [Online].; 2019. Available from: <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-nacional-mayor-de-san-marcos/metodos-de-investigacion-cualitativa/estudios-de-caso-y-seguimiento-de-procesos-teorias-y-practicas-de-pascal-vennesson/10964043>.

9. Organización Panamericana de la Salud. Salud y enfermedad de la población. In Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 46.
10. Herrera Molina ASMHPMTTVRCTEM&RAKA. El profesional de enfermería en la promoción de salud en el segundo nivel de atención. Revista Eugenio Espejo - Scielo. 2022;; p. 98-111.
11. Jose Lorenzo ESSRAAPR. Guía de entornos y estilos de vida saludable. Organización Panamericana de la Salud. 2016;; p. 8.
12. Roque Garay Ariamna SME. Promoción de estilos de vida saludable en el entorno familiar. Nutrión Clínica. Dietética Hospitalaria. 2017;; p. 1.
13. Organización Mundial de la salud. Protección social de la salud. Organización Mundial de la salud (OPS). 2013.
14. Organización Mundial de la Salud. Control de enfermedades en la. In Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Washington: Organización Mundial de la Salud; 2011.
15. Organización panamericana de la Salud - Organización Mundial de la salud. Vigilancia en salud pública. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). 2011;; p. 10.
16. Leon AT. BLOG UTPL. [Online].; 2018. Available from: <https://noticias.utpl.edu.ec/que-es-el-diagnostico-clinico-y-cual-es-su-importancia>.
17. J. Gérvas Camacho MPFVACJMP. Atención primaria. Elsevier. 2015;; p. 1.
18. Machado JDNyBRG. El pronóstico. Scielo - Revista Cubana de Medicina General Integral. 2014;; p. 2.
19. Instituto mexicano del seguro social dirección de prestaciones médicas. Unidad de atención médica. In Prevención y manejo de las complicaciones

postoperatorias en cirugía no cardíaca en el adulto mayor. Mexico: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/591GRR.pdf>; 2017. p. 3.

20. LUMITOS. QUIMICA.ES Enciclopedia. [Online].; 2022. Available from: https://www.quimica.es/enciclopedia/Tratamiento_%28medicina%29.html.
21. MSc. Liana Alicia Prado Solar ILMGRMNPGLKRB. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. SCIELO Revista Médica Electrónica. 2015;; p. 2.
22. Castillo García, JK. García Rosas, E. Atención de Enfermería durante el postoperatorio a paciente sometido a clipaje de aneurisma por ruptura. Scielo. 2019; 16(1).
23. Maria Fernanda Valle Davila JGGCSLABMMJCR. Nursing care during the immediate postoperative period. Scielo. 2021;; p. 3.
24. Lamas Iglesias L. Cuidados al paciente quirúrgico en etapa postoperatoria inmediata. Revista Médica. 2021 Dec; 4(12).
25. Gillespie, Brigid. Walker, Rachel. Preoperative and postoperative recommendations to surgical wound care interventions: A systematic meta-review of Cochrane reviews. Elsevier. 2020 Febrero; 102.
26. Salazar Maya ÁM. Cuidado de enfermería durante el perioperatorio dentro del contexto quirúrgico. Revistas UDEA. 2022; 40(2).
27. Garro Urbina V RVSTGM. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. Revista Medica Sinergia. 2019; 4(12).
28. Di Saverio PMBdSAGGABMSMCFTABAMEKM. Diagnosis and treatment of acute appendicitis. Word Journal of Emergency Surgery. 2020; 15(1).

29. Krzyzak M MS. Acute appendicitis Review: Background, epidemiology, diagnosis, and treatment. *Cureus*. 2020; 12(6).
30. Teng T TXLKBSSV. Acute appendicitis- advances and controversies. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2021; 13(11).
31. Olanrewaju Samuel Balogun AOMATOALAA. Acute perforated appendicitis in adults: Management and complications in Lagos, Nigeria. *Annals Of African Medicine*. 2019 Febrero; 18(1).
32. Teoule P dLJRURC. Acute appendicitis in childhood and adulthood: an everyday clinical Challenge. *Deutsches Arzteblatt*. 2020; 117(45).
33. Chumbilla A. Universidad Nacional del altiplano segundo miembro. Tesis. 2017;; p. 1-17.
34. Tellez S. GM. Modelos de Cuidados en Enfermería NANDA, NIC y NOC. Mc Graw Hill. 2017.
35. Jones M LRDJBK. Appendicitis (Nursing). *StatPearls*. 2022; 3: p. 1-17.
36. Domingo Rua GREGAPRM. Proceso de atención de enfermería a paciente intervenido de apendicitis aguda. Caso clinico. *Revista Electronica de portales Medicos*. 2021; 16: p. 5-30.
37. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). *Rev. Salud Publica Parag*. 2013 Enero 20; 3(1).
38. Fugazzola P CMAVAFABCPCFCOCMCL. The SIFIPAC/WSES/SICG/SIMEU guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis in the elderly. *World journal of emergency surgery*. 2019; 15(1).
39. Rego JOC. El Método Clínico Un enfoque desde la teoría del vínculo. *Scielo Humanistas Medicas*. 2006;; p. 3.

40. Alipio Omar Pérez Jacinto ARJ. Métodos científicos de indagación y de construcción de construcción del conocimiento. Redalyc. 2017;; p. 8.
41. Romero GIPd. Investigación en salud. Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo. 1999;; p. 5-7.

ANEXOS

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA N° 1

Tabla 2. Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas (I).

Dominios Comprometidos	Categoría Diagnóstica	Factores Relacionados	Características Definitivas	Criterio de Resultado e Intervención
Dominio 1: Promoción de la salud	Estilo de vida sedentario	Perdida de la condición física	Motivación insuficiente para realizar la actividad física	NOC: (1004) Estado nutricional NIC: (5246) Asesoramiento nutricional

Tabla 3. Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería (NOC) (I).

Estilo de vida sedentario r/c pérdida de la condición física m/p motivación insuficiente para realizar la actividad física		
Resultado Esperados: (1004) Estado nutricional		
Objetivo de Enfermería:	Escala de Medición	Puntuación DIANA
Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas.	1.desviación grave 2.desviación sustancial del rango normal. 3.desviación moderada del rango normal. 4.desviación leve del rango normal. 5si desviación del rango.	Mantener a (3) Aumentar a (5)
Indicador:		
- Ingesta de nutrientes		

Tabla 4. Plan de cuidados de enfermería (I).

Intervención de Enfermería-NIC:
Intervención: (5246) Asesoramiento nutricional
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ● Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar ● Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. ● Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud; pérdida de peso. ● Evaluar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares. ● Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos
Intervención: (1280) Ayuda para disminuir el peso
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ● Determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal. ● Establecer una meta de pérdida de peso semanal. ● Ayudar al paciente a identificar la motivación para comer y las señales externas asociadas con el comer ● Aconsejar la actividad en casa mientras realiza las tareas domésticas y encontrar la forma de moverse durante las actividades. ● Animar al paciente a comer frutas, verduras, cereales integrales, leche y productos lácteos desnatados, legumbres y huevos.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA N° 2

Tabla 5. Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas (II).

Dominios Comprometidos	Categoría Diagnóstica	Factores Relacionados	Características Definitorias	Criterio de Resultado e Intervención
Dominio 2: Nutrición	Obesidad	Índice de masa corporal mayor 30kg /m ²	Conducta sedentaria durante 2 horas / día.	NOC: (2801) Control de riesgo social (1411) Autocontrol del trastorno de la alimentación NIC: (0200) Fomento del ejercicio (1260) Manejo del peso

Tabla 6. Diagnostico principal y criterio de resultado de enfermería (NOC) (II).

Diagnóstico de Enfermería: Obesidad r/c índice de masa corporal mayor 30kg /m2 m/p conducta sedentaria durante 2 horas/día.		
Resultado Esperados: (2801) Control de riesgo social (1411) Autocontrol del trastorno de la alimentación.		
Objetivo de Enfermería:	Escala de Medición	Puntuación DIANA
-acciones personales para eliminar conductas desadaptativas y adoptar y mantener patrones de alimentación saludables y un peso corporal optimo.	1. nunca demostrado. 2.raramente demostrado. 3.a veces demostrado. 4.frecuentemente demostrado. 5.siempre demostrado	Mantener a (4) Aumentar a (5)
Indicadores: - Estimula la participación en el ejercicio regular.		

Tabla 7. Plan de cuidados de enfermería (II).

Intervención de Enfermería-NIC:
Intervención: (0200) Fomento del ejercicio
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ● Determinar la motivación del individuo para empezar / continuar con el programa de ejercicios. ● Explorar los obstáculos para el ejercicio ● Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuados a sus necesidades. ● Instruir al individuo acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas del programa de ejercicio. ● Controlar el cumplimiento del programa7actividad de ejercicio por parte del individuo.
Intervención de Enfermería-NIC:
Intervención: (1260) Manejo del peso

Actividades:

- Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio la ganancia de peso y pérdida.
- Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación.
- Determinar el peso corporal ideal del individuo.
- Aminorar al individuo a registrar el peso semanalmente.
- Planificar recompensas con el individuo para celebrar el logro de 4 objetivos a corto y largo plazo.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA N° 3**Tabla 8.** Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas (III).

Dominios Comprometidos	Categoría Diagnóstica	Factores Relacionados	Características Definitorias	Criterio de Resultado e Intervención
Dominio 11 Seguridad/ protección	Riesgo de infección	Conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos	N/A	NOC: (1924) Control de riesgo: proceso infeccioso NIC: (3660) Cuidados de las heridas.

Tabla 9. Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería (NOC) (III).

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección r/c conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos.		
Resultado Esperados: (1924) Control de riesgo: proceso infeccioso		
Objetivo de Enfermería:	Escala de Medición	Puntuación DIANA
-acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir la amenaza de adquirir una infección.	1. nunca demostrado. 2. raramente demostrado. 3. a veces demostrado. 4. frecuentemente demostrado. 5. siempre demostrado	Mantener a (3) Aumentar a (5)
Indicadores:		
- Buscar información actual sobre el control de la infección.		

Tabla 10. Plan de cuidados de enfermería (III).

Intervención de Enfermería-NIC:
Intervención: (3660) Cuidados de las heridas.
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las características de la herida, incluyendo color, tamaño y olor. • Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no toxico según corresponda. • Administrar cuidados del sitio de incisión según sea necesario. • Inspeccionar la herida cada vez que se realice la curación. • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA N° 4

Tabla 11. Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnosticas (III).

Dominios Comprometidos	Categoría Diagnostica	Factores Relacionados	Características Definitorias	Criterio de Resultado e Intervención
Dominio 11: Seguridad/ protección	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Factor mecánico	N/A	NOC: (1103) Curación de la herida NIC: (3680) Irrigación de heridas

Tabla 12. Diagnostico principal y criterio de resultado de enfermería (NOC) (III).

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/ c factor mecánico
Resultado Esperados: 1103 Curación de la herida

Objetivo de Enfermería:	Escala de Medición	Puntuación DIANA
-magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta	1.ninguno 2.escaso 3.moderado 4.sustancial 5.extenso.	Mantener a (3) Aumentar a (5)
Indicadores: - Formación de cicatriz		

Tabla 13. Plan de cuidados de enfermería (III).

Intervención de Enfermería-NIC:
Intervención: (3680) Irrigación de heridas
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda asegurándose de que la solución fluya por gravedad desde la zona menos contaminada a la más contaminada ● Lavarse las manos ● Colocar un empapador y toallas bajo el paciente. ● Lavar la herida suavemente con la solución hasta que el líquido recogido en la batea salga limpio asegurándose tener la punta de la jeringa 2,5 cm por encima de la herida y lavando de los menos contaminando a lo más contaminado. ● Enseñar la técnica adecuada y las modificaciones necesarias a los familiares que realicen el procedimiento en casa.

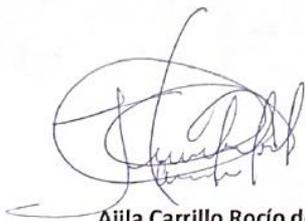
Ilustración 1. Consentimiento Informado.

Machala, 7 de junio del 2022

Yo, **Ajila Carrillo Rocío de Lourdes** con cédula de identidad numero **0703395590** voluntariamente autorizo a **Campoverde Delgado Linda Andrea** con cedula de identidad número **0750823353** y **Rios Socasi Roxana Yaribel** con cedula de identidad número **0706172582**, estudiantes de 10mo Semestre paralelo "A" de la carrera de **Enfermería de la Universidad Técnica de Machala**, hacer uso de la **Historia Clínica** dicha documento será empleada con fines investigativos para realizar un **Análisis de Caso** para la obtención del título de Tercer Nivel de los estudiantes con el tema "**Seguimiento postquirúrgico aun adulto con apendicitis. Santa Rosa. 2022**"

Finalmente, manifiesto que las encargadas me han aclarado las dudas que han surgido sobre mi participación para este proceso de investigación.

Atentamente.



Ajila Carrillo Rocío de Lourdes

0703395590

Ilustración 2. Oficio de acceso a la historia clínica emitida por el Hospital Básico Santa Teresita, Santa Rosa, El Oro, Ecuador.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
D.L. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969
Calidad. Pertinencia y Calidez
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

SECCIÓN /CARRERA:

Machala, 7 de junio del 2022

Señor Doctor
Raúl Alejandro Aguirre Abab
Director Hospital Básico Santa Teresita
En su despacho. -

De mi consideración:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, comedidamente, se autorice a quien corresponda, el acceso a la información de historia clínica 0703395590 del año 2022, a las estudiantes del Decimo semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que puedan recabar información necesaria y recabar información sobre "Seguimiento Postquirúrgica a un adulto con apendicitis. Santa Rosa. 2022, información que será utilizada para la realización de un caso clínico, el mismo que es requerido en el proceso de titulación para obtener el grado de Licenciada/o en Enfermería.

Se guardará la debida confidencialidad de los datos del personal y el nombre de la institución.

Las estudiantes a intervenir en esta investigación son:

- LINDA ANDREA CAMPOVERDE
DELGADO
CI: 0750823353
email; lcampover4@utmachala.edu.ec Telf: 0997468549
- ROXANA YARIBEL RIOS SOCASI
CI: 0706172582
email; rrios2@utmachala.edu.ec Telf: 0961597556

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.

SARA
MARGARITA
SARAGURO
SALINAS

Firmado
digitalmente por
SARA MARGARITA
SARAGURO SALINAS
Fecha: 2022.05.19
00:30:00 -05'00'

Leda. Sara Margarita Saraguro Salinas
Coordinadora -Carrera de Enfermería
SS/Sara S



Ilustración 3. Instrumento: base de datos con las categorías de análisis de la historia natural.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS									
CATEGORIAS DE ANALISIS	Fechas de hospitalizacion						Fechas de seguimiento domiciliario		
	2/2/2022	3/2/2022	4/2/2022	5/2/2022	6/2/2022	7/2/2022	10/2/2022	14/2/2022	21/2/2022
CONTACTO 1	CONTACTO 2	CONTACTO 3	CONTACTO 4	CONTACTO 5	CONTACTO 6	CONTACTO 7	CONTACTO 8	CONTACTO 9	
ESTILOS DE VIDA	Paciente conlleva una vida sedentaria.								
FACTORES PROTECTORES	Una buena alimentación, actividad física								
FACTORES DE RIESGO	Consumo de comidas ricas en fibras y azúcares refinados, los embudidos, lacteos y sus derivados								
DIAGNOSTICO	Apendicitis no especificada (K37X) Dolor abdominal (R104) más apendicitis aguda preventiva. Dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha 9/10, mc burney (+).								
SIGNOS Y SINTOMAS	Cuadro clínico de 24 horas de evolución con dolor abdominal tipo punzante de moderada intensidad, se irradia a nivel de hipocóndrio derecho, a nivel de fosa ilíaca derecha de moderada intensidad, anorexia, náuseas que no llegan al vómito, al momento dolor a nivel de fosa ilíaca derecha de gran intensidad, acompañada de alza térmica 38°C. TA: 130/70, Peso: 70.90 kg, Talla: 143 cm								
LABORATORIO	<p>Leucocitos: 10.42 Neutrófilos: 78.30% Hemoglobina: 13 G/DL Hematocrito: 37.70 % Plaquetas: 195 TPT: 13 seg TPT: 31 seg Elemental de orina: Leuco + COCIMO, POCITOS NEGATIVO, FILAMENTOS MUCOSOS ++ BACTERIA + COVID-19 CUALITATIVO - IGG, IGM, NEGATIVO ECOGRAFIA ABDOMINAL - NO HAY RESULTADOS.</p> <p>Leucocitos: 7.29 Neutrófilos: 95% Hemoglobina: 12.50 G/DL Hematocrito: 37.50 % Plaquetas: 123 Urea: 20.1 MG/DL Creatinina: 0.93 MG/DL TGO: 116.4 U/L TGP: 138.2 GLUCOSA: 110.33 mg/dl CUALITATIVO - IGG, IGM, NEGATIVO</p> <p>Leucocitos: 7.29 Neutrófilos: 70% Hemoglobina: 12.50 G/DL Hematocrito: 37.50 % Plaquetas: 123 Urea: 20.1 MG/DL Creatinina: 0.93 MG/DL TGO: 116.4 U/L TGP: 138.2 GLUCOSA: 110.33 mg/dl CUALITATIVO - IGG, IGM, NEGATIVO</p>								
TRATAMIENTO	<p>Solución Salina al 0.9% 2000 mililitros intravenosa cada día. - Cetirizina 2 gramos intravenosa cada día. - Metronidazol 500 miligramos 2 veces al día. - Hielo local</p> <p>Nada por vía oral. - Solución Salina al 0.9% 2000 mililitros intravenosa cada día. - Cetirizina 2 gramos intravenosa cada día. - Metronidazol 500 miligramos cada 2 veces al día intravenosa. - Hielo local</p> <p>Destrosa al 5% en Solución Salina al 0.9% 2000 mililitros intravenosa 25 gotas por minuto. - Ciprofloxacin 200 miligramos intravenosa 2 veces al día. - Metronidazol 500 miligramos 3 veces al día intravenosa. - Omeprazol 20 miligramos cada 2 veces al día vía oral. - Gentamicina 280 miligramos intravenosa cada día. - Diclofenaco intramuscular cada día. - Ketorolaco 60 miligramos cada 3 veces al día.</p> <p>Destrosa al 5% en Solución Salina al 0.9% 2000 mililitros intravenosa en 24 horas. - Ciprofloxacin 200 miligramos intravenosa 2 veces al día. - Metronidazol 500 miligramos 3 veces al día intravenosa. - Omeprazol 20 miligramos cada 2 veces al día vía oral. - Gentamicina 280 miligramos intravenosa cada día. - Diclofenaco intramuscular cada día. - Ketorolaco 60 miligramos cada 3 veces al día intravenosa.</p> <p>Destrosa al 5% en Solución Salina al 0.9% 2000 mililitros intravenosa en 24 horas. - Ciprofloxacin 200 miligramos intravenosa 2 veces al día. - Metronidazol 500 miligramos 3 veces al día intravenosa. - Omeprazol 20 miligramos cada 2 veces al día vía oral. - Gentamicina 280 miligramos intravenosa cada día. - Diclofenaco intramuscular cada día. - Ketorolaco 60 miligramos cada 3 veces al día intravenosa.</p> <p>Alta medica</p>								
EVOLUCION CLINICA	<p>Paciente de 46 años de edad de sexo femenino, que acude al área de emergencia por presentar cuadro clínico de 24 horas de evolución con dolor abdominal tipo punzante de moderada intensidad, se irradia a nivel de hipocóndrio derecho, a nivel de fosa ilíaca derecha de moderada intensidad, anorexia, náuseas que no llegan al vómito, al momento dolor a nivel de fosa ilíaca derecha de gran intensidad, acude con ecografía particular, valorado por el cirujano quien decide el ingreso. PA: 130/90 lo 87 x mm, fr 20x mm, satú 99%, glogagno 15/15 Al examen físico paciente orientado en tiempo y espacio, cabeza: normocéfala, boca orofaringe no congestiva, mucosas orales: seca, campos pulmonares: ventilados, sincrónico con el pulso, abdomen: blando depresible, doloroso a nivel de fosa ilíaca derecha, mc burney (+), ruidos hidroaeros aumentados extremidad simétrica, tono y fuerza muscular conservada</p> <p>Paciente de 46 años de edad de sexo femenino, ingresa al área de cirugía por presentar cuadro clínico de 36 horas de evolución. Al examen físico paciente orientado en tiempo y espacio, cabeza: normocéfala, boca orofaringe no congestiva, mucosas orales: seca, campos pulmonares: ventilados, sincrónico con el pulso, abdomen: blando depresible, doloroso a nivel de fosa ilíaca derecha, mc burney (+), ruidos hidroaeros aumentados extremidad simétrica, tono y fuerza muscular conservada.</p> <p>Paciente de 46 años de edad de sexo femenino, 1er día de hospitalización. Al examen físico paciente tranquilo, orientado en tiempo y espacio, cabeza: normocéfala, alébril, boca orofaringe no congestiva, mucosas orales: seca, campos pulmonares: ventilados, sincrónico con el pulso, abdomen: blando depresible, doloroso a nivel de herida quirúrgica, ruidos hidroaeros aumentados extremidad simétrica, tono y fuerza muscular conservada, buena tolerancia a la alimentación, estado físico general bueno, se realiza limpieza de cicatriz quirúrgica la misma que se encuentra limpia y seca.</p> <p>Paciente de 46 años de edad de sexo femenino, 2do día de hospitalización. Al examen físico paciente tranquilo, orientado en tiempo y espacio, cabeza: normocéfala, alébril, boca orofaringe no congestiva, mucosas orales: seca, campos pulmonares: ventilados, sincrónico con el pulso, abdomen: blando depresible, doloroso a nivel de herida quirúrgica, ruidos hidroaeros aumentados extremidad simétrica, tono y fuerza muscular conservada, buena tolerancia a la alimentación, estado físico general bueno, se realiza limpieza de cicatriz quirúrgica la misma que se encuentra limpia y seca.</p> <p>Paciente de 46 años de edad de sexo femenino, 3er día de hospitalización. Al examen físico paciente tranquilo, orientado en tiempo y espacio, cabeza: normocéfala, alébril, tolera vía oral, boca orofaringe no congestiva, mucosas orales: seca, abdomen: blando depresible, doloroso a nivel de herida quirúrgica, ruidos hidroaeros aumentados extremidad simétrica, tono y fuerza muscular conservada, buena tolerancia a la alimentación, estado físico general bueno, se realiza limpieza de cicatriz quirúrgica la misma que se encuentra limpia y seca.</p> <p>Paciente de 46 años de edad de sexo femenino, 5to día de hospitalización. Al examen físico paciente tranquila, orientado en tiempo y espacio, alébril, tolerando vía oral, desambulación leve dolor a nivel de herida quirúrgica, se da de alta médica.</p>								
ATENCION DE ENFERMERIA	<p>Paciente de 46 años de edad de sexo femenino, ingresa al área de emergencia por presentar cuadro clínico de 24 horas de evolución con dolor abdominal tipo punzante de moderada intensidad, se irradia a nivel de hipocóndrio derecho, a nivel de fosa ilíaca derecha de moderada intensidad, anorexia, náuseas que no llegan al vómito, al momento dolor a nivel de fosa ilíaca derecha de gran intensidad, acude con ecografía particular, valorado por el cirujano quien decide el ingreso. PA: 130/90 lo 87 x mm, fr 20x mm, satú 99%. Al examen físico paciente orientado en tiempo y espacio, cabeza: normocéfala, boca orofaringe no congestiva, mucosas orales: seca, campos pulmonares: ventilados, sincrónico con el pulso, abdomen: blando depresible, doloroso a nivel de fosa ilíaca derecha, extremidad simétrica, tono y fuerza muscular conservada, prueba rápida de covid negativa.</p> <p>Paciente de 46 años de edad de sexo femenino, para el área de cirugía Al examen físico paciente orientado en tiempo y espacio, cabeza: normocéfala, boca orofaringe no congestiva, mucosas orales: seca, campos pulmonares: ventilados, sincrónico con el pulso, abdomen: blando depresible, doloroso a nivel de fosa ilíaca derecha, extremidad simétrica, tono y fuerza muscular conservada. actividad de enfermería se educa a paciente que durante las 8 primeras horas no puede hablar permanecer en reposo absoluto y continuar con medicación prescrita por medico de turno.</p> <p>Paciente de 46 años de edad de sexo femenino, para el área de cirugía Al examen físico paciente orientado en tiempo y espacio, cabeza: normocéfala, boca orofaringe no congestiva, mucosas orales: seca, campos pulmonares: ventilados, sincrónico con el pulso, abdomen: blando depresible, doloroso a nivel de fosa ilíaca derecha, extremidad simétrica, tono y fuerza muscular conservada. actividad de enfermería se indica a paciente que puede comenzar con la desambulación se procede a la toma de signos vitales, se realiza curación de herida quirúrgica y realizar el asepeo personal, continuar con medicación prescrita por medico de turno</p> <p>Paciente de 46 años de edad de sexo femenino, para el área de cirugía Al examen físico paciente orientado en tiempo y espacio, cabeza: normocéfala, boca orofaringe no congestiva, mucosas orales: seca, campos pulmonares: ventilados, sincrónico con el pulso, abdomen: blando depresible, doloroso a nivel de fosa ilíaca derecha, extremidad simétrica, tono y fuerza muscular conservada. actividad enfermería se procede a tomar signos vitales, se realiza higiene y confort, se realiza curación de herida quirúrgica y se realiza higiene y confort.</p> <p>Paciente de 46 años de edad de sexo femenino, para el área de cirugía Al examen físico paciente orientado en tiempo y espacio, cabeza: normocéfala, boca orofaringe no congestiva, mucosas orales: seca, campos pulmonares: ventilados, sincrónico con el pulso, abdomen: blando depresible, doloroso a nivel de fosa ilíaca derecha, extremidad simétrica, tono y fuerza muscular conservada.</p> <p>Alta medica</p> <p>primera visita a los 3 días se realiza la visita domiciliar correspondiente, se le brinda charla educativa sobre una alimentación saludable y actividad física no forzada a la paciente y sus cuidadores (familiares), actividades enfermería se verifica como esta su herida quirúrgica si no esta enrojecida o con mal olor y le indicamos que puede acercarse al centro de salud mañana en su domicilio para que proceda a retirarse los puntos.</p> <p>segunda visita a los 7 días se realiza la visita domiciliar le preguntamos a la paciente si a estado siguiendo la rutina de alimentación indica y procedemos a la verificación de la herida quirúrgica verificamos que no este enrojecida o con mal olor y le indicamos que puede acercarse al centro de salud mañana en su domicilio para que proceda a retirarse los puntos.</p> <p>tercera visita a los 15 días se realiza la visita domiciliar correspondiente conversamos conversamos con la paciente y se le educa nuevamente para que tenga un estilo de vida saludable actividad de enfermería hacemos una inspección del sitio de la herida quirúrgica y vemos que esta en buen proceso de cicatrización todo nos se cumple gracias a la colaboración de nuestra paciente</p>								

Ilustración 4. Primera visita domiciliaria después del tercer día del alta médica.



Ilustración 5. Segunda visita domiciliaria después del séptimo día del alta médica.

