PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

TESIS DE GRADO

TEMA:

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS QUE SE PRESENTAN EN EL TRANS Y POST OPERATORIO EN USUARIOS CON APENDICECTOMÍA ASILADOS EN EL HOSPITAL DEL IESS DE ESMERALDAS DE ENERO –JUNIO DEL 2014.

PREVIO A LA OBTENCIÒN DEL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

AUTORA: MARIUXI LISSETTE KLINGER MENDEZ

DIRECTORA DE TESIS: LCDA. YESICA CASTILLO AYOVI

ESMERALDAS, DICIEMBRE DEL 2014

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Trabajo de Tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el reglamento de Grado de la PUCESE, previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERIA

Presidente Tribunal de Graduación

Lector 1

Lector 2

Director/a de Tesis

Director/a de Escuela

Esmeraldas,……..

AUTORIA

Yo **MARIUXI LISSETTTE KLINGER MENDEZ,** expreso que el presente estudio investigativo detallado en el actual trabajo de tesis es totalmente autentico, personal y original.

Soy la responsable legal y académica de las ideas, métodos y resultados expuestos en esta investigación y el patrimonio científico de la tesis de grado pertenece a la PUCESE.

MARIUXI LISSETTE KLINGER MENDEZ
080315652-0

AGRADECIMIENTO

A Dios por estar conmigo en cada momento de mi vida y darme la oportunidad de alcanzar mis metas.

Con todo mi amor y cariño le agradezco a mi madre Marianita Méndez quien me brindó todo su apoyo incondicionalmente supo guiarme, aconsejarme y no dejar que decaiga en el transcurso de la carrera.

A mis hijos Nahella y Nahel Nazareno Klinger que a su corta edad no entendían mi ausencia pero cada sonrisa que ellos daban era motivo suficiente para luchar y seguir adelante por ellos.

A J. N. que fue parte de este proceso, aunque ya no esté conmigo siempre me apoyo en todo el momento que estuvo a mi lado.

A mi directora de tesis Lcda. Yesica Castillo por ser mi guía en este trabajo investigativo.

A mi directora de escuela Lcda. María Teresa Torres por cada palabra dada en momentos difíciles.

A mis maestras gracias por sus enseñanzas y por cada conocimiento que adquirí en el transcurso de la carrera para poder poner en práctica lo aprendido en mi vida profesional.

MARIUXI

DEDICATORIA

A mi madre quien me inculcó el deseo de superación.

A mis hijos que son el pilar fundamental y supieron perdonar mi ausencia para poder culminar con éxito esta etapa de mi vida.

A mis hermanos Gabriel, Gary, Wladimir, Briggitte y mi padrastro Rafael que estuvieron a mi lado sin separarse de mis triunfos y caídas.

A mi familia por su apoyo y comprensión, brindando siempre una palabra de aliento en momentos difíciles.

A J. N. aunque no esté conmigo siempre me estuvo dando palabras de aliento y creyó en mí que podría lograr mi meta

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

"Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber." Albert Einstein

MARIUXI

ÍNDICE

PRELIMINARES	**PAG**
HOJA DE DISERTACIÓN	i
AUTORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
INDICE	v
LISTA DE TABLAS Y FIGURAS	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	Xii
CAPITULO I	
INTRODUCCION	1
PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
ANTECEDENTES	4
JUSTIFICACION	9
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
CAPITULO II	
ESQUEMA MARCO TEORICO	11
MARCO TEORICO	12
APENDICICTIS	12
APENDICECTOMÍA	22
COMPLICACIONES QUIRURGICAS	24
COMPLICACIONES DE HERIDAS	27
COMPLICACIONES RESPIRATORIAS	28
COMPLICACIONES PERITONEALES	29
COMPLICACIONES HEMORRAGICAS	30

COMPLICACIONES URINARIAS Y RENAL 31
COMPLICACIONES TERAPÉUTICAS 32
CUIDADOS DE ENFERMERÍA 35
PLAN DE CUIDADOS PRE-OPERATORIO 36
PLAN DE CUIDADOS INTRA-OPERATORIO 37
PLAN DE CUIDADOS POST- OPERATORIO 38

CAPITULO III
METODOLOGIA 39
TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO 39
AREA DE ESTUDIO 40
TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 41
ANÁLISIS DE DATOS 42

CAPITULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 43
RESULDADOS 44
DISCUSION 54

CAPITULO V
CONCLUSIONES 57
RECOEMNDACIONES 58

CAPITULO VI
GLOSARIO 59
BIBLIOGRAFÍA 60
WEBGRAFIA 62

CAPITULO VII
PROPUESTA 63

ANEXOS
ÁRBOL DEL PROBLEMA 79
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 80

CRONOGRAMA 83
PRESUPUESTO 84
GUÍA DE OBSERVACION 85
ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS DEL HOSPITAL IESS ESMERALDAS 86

LISTA DE CUADROS

		PAGINA
TABLA # 1	Distribución del número de usuarios intervedidos quirúrgicamente de apendicectomía atendidos en el hospital IESS de Esmeraldas Enero-Junio 2014	45
TABLA # 2	Distribución por etareo de usuarios apendicectomizados atendidos en el hospital IESS de Esmeraldas Enero-Junio 2014	46
TABLA # 3	Distribución por raza de usuarios apendicectomizados atendidos en el hospital IESS de Esmeraldas Enero-Junio 2014	47
TABLA # 4	Distribución por nivel de educación de usuarios apendicectomizados atendidos en el hospital IESS de Esmeraldas Enero-Junio 2014	48
TABLA # 5	Distribución de la población intervenida quirúrgicamente por apendicitis según la emergencia o urgencia presentada en el hospital IESS de Esmeraldas Enero-Junio 2014	49
TABLA # 6	Distribución por tiempo de cirugía de usuarios apendicectomizados atendidos en el hospital IESS de Esmeraldas Enero-Junio 2014	50
TABLA# 7	Distribución de explicación de procedimiento de quirúrgico en usuarios apendicectomizados atendidos en el hospital IESS de Esmeraldas Enero-Junio 2014	51
TABLA # 8	Distribución por nivel de educación de usuarios apendicectomizados atendidos en el hospital IESS de Esmeraldas	52

Enero-Junio 2014

TABLA # 9 Distribución porcentual de usuarios apendicectomizados atendidos que estuvieron hospitalizados por complicaciones en el hospital IESS de Esmeraldas Enero-Junio 2014 53

TABLA # 10 Distribución de frecuencia por complicaciones quirúrgicas de usuarios apendicectomizados atendidos en el hospital IESS de Esmeraldas Enero-Junio 2014 54

RESUMEN

Tema: Complicaciones Quirúrgicas que se presentan en el trans y post operatorio en usuarios con apendicectomía asilados en el Hospital del IESS de Esmeraldas de Enero –Junio del 2014.

Introducción: La apendicitis es una inflamación del apéndice que si no se atiende a tiempo puede perforar el apéndice y de esta manera causar peritonitis, un padecimiento que exige más cuidados que la apendicitis y que es muy grave. A su vez, la peritonitis puede llevar a la muerte del paciente por una complicación llamada septicemia, por lo que es importante que el profesional de enfermería esté muy pendiente y proporcione la educación necesaria al paciente y a sus familiares para evitar las complicaciones futuras, del mismo modo proporcionarle los cuidados apropiados para que este se recupere lo más pronto posible.

Objetivo: Determinar la incidencia de las complicaciones en el trans y post operatorio en usuarios con apendicectomía.

Materiales y métodos: El presente estudio fue descriptivo, transversal y retrospectivo obtenido mediante la utilización de una ficha de observación y hoja recolectora de datos, se utilizó la base de datos del de Departamento de Estadísticas del Hospital IEES Esmeraldas y usuarios atendidos en esta casa de salud para la obtención de la información de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por un cuadro de apendicitis.

Resultados: Obteniendo los resultados luego del análisis estadístico nos demostró que de las 80 intervenciones quirúrgicas que se llevaron a cabo por apendicitis el 61% fueron realizadas al sexo masculino, mientras que el 39% son de sexo femenino en donde el 48% de los usuarios operados con diagnósticos de Apendicitis corresponden al intervalo de edades de 11 - 20 años, el 21% están entre los 21 – 35 años, el 15% entre los 36 - 49 años, 5% entre 50 ó más años de edad. Y el tipo de complicación que se presentaron en los usuarios intervenidos por apendicectomía el 45% presentó herida infectada, mientras que el 25% absceso de intraabdominal seguido del 7% de las peliflebitis y un 3% peritonitis.

Conclusiones: Las complicaciones son más frecuentes cuanto más tardío sea el diagnóstico y tratamiento definitivo; la infección de la herida quirúrgica, los abscesos intraabdominales, peliflebitis y peritonitis son las más habituales.

Palabra clave: Complicaciones quirúrgicas, trans y pos operatorio, apendicitis, apendicectomía, laparoscopia.

ABSTRACT

Topic: Surgical Complications that occur in the trans and postoperative appendectomy in users with institutionalized Hospital IESS emerald January-June 2014.

Introduction: Appendicitis is an inflammation of the appendix which if not treated in time can pierce the appendix and thus cause peritonitis, a condition that requires more care and appendicitis is very serious. In turn, peritonitis can lead to death due to a complication called septicemia, so it is important that the nurse is very steep and provide the necessary education to patients and their families to avoid future complications thereof mode provide proper care for this recovers as soon as possible.

Objective: To determine the incidence of complications and postoperative trans in users appendectomy.

Materials and Methods: This study is descriptive, cross-sectional and retrospective obtained using a data-sheet observing and collecting data, the database of the Department of Statistics IEES Hospital was used Esmeraldas and users treated in this house obtaining health information of patients operated on for appendicitis box.

Results: Getting the results after the statistical analysis showed us that the 80 surgeries were performed by appendicitis 61% were made at the male, while 39% are female where 48% of users operated diagnosed with appendicitis are for the age range 11-20 years, 21% are between 21-35 years, 15% between 36-49 years 5% from 50 or more years old. And the complication that occurred in appendectomy surgery for users 45% presented infected wound, while 25% of intra-abdominal abscess followed by 7% of peliflebitis and 3% peritonitis.

Conclusions: Complications are more common the more late is the diagnosis and definitive treatment; infection of the surgical wound, intra-abdominal abscess, and peritonitis peliflebitis are the most common.

Keyword: surgical, trans and postoperative, appendicitis, appendectomy, laparoscopic complications.

INTRODUCCION

La apendicitis es la inflamación del apéndice intestinal, afecta a la mucosa, tejido linfoide y capa muscular. El apéndice se encuentra en el inicio del intestino grueso, en la zona inferior derecha del abdomen. Tiene forma de lombriz de color rosado cuando no está inflamado. En su interior hay muchos folículos linfoides del sistema inmunológico (parecidos a los que hay en las amígdalas de la faringe). Este órgano no tiene ninguna función conocida en el ser humano, es un vestigio de la evolución como pueden ser los músculos que mueven las orejas o el hueso coxis.

La apendicitis puede aparecer a cualquier edad, pero hay un pico de incidencia entre los 10 y los 30 años sin que se conozca la razón. También se ha detectado que es más frecuente en los varones, aunque no se han encontrado causas hormonales.

El problema de la apendicitis no es la inflamación del apéndice en sí, sino que si dejamos evolucionar el cuadro, el apéndice puede llegar a necrosarse y pudrirse literalmente en el interior del abdomen. Esto provocaría una situación de urgencia, la peritonitis, con gran riesgo para la vida del paciente.

Por todo ello es necesario realizar un diagnóstico y tratamiento precoz que impida la progresión de la apendicitis. El único tratamiento efectivo es la extirpación quirúrgica, lo que convierte a la apendicitis en la causa más frecuente de operación quirúrgica abdominal.

La apendicectomía es una técnica quirúrgica por medio de la cual se extrae el apéndice, especialmente en casos de apendicitis aguda. Esta cirugía puede realizarse por medio de técnica abierta o por técnica laparoscópica, siendo generalmente uno de los primeros procedimientos que los cirujanos en entrenamiento aprenden a practicar, ya que es relativamente poco arriesgado y sencillo. Ésta es una de las cirugías que se hacen con mayor frecuencia en diferentes centros de salud a nivel mundial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La apendicitis es la afección quirúrgica que con más frecuencia se presenta en las emergencias de los hospitales. Es la urgencia quirúrgica abdominal más común. Se conoce que en la época medieval apareció la descripción de una terrible enfermedad, caracterizada por una tumoración grande que contiene pus y que fue denominada "Fosa Ilíaca". Hasta antes del siglo XIX, fue aceptado que la fosa ilíaca era originada por la inflamación del ciego y no del apéndice.

El término apendicitis fue propuesto en 1886 por el patólogo Reginald Fitz, quien en su testimonio "Inflamación perforante del apéndice vermiforme", describió la secuencia: inflamación apendicular, perforación, absceso y peritonitis, y sintió la indicación quirúrgica precoz de esta patología. En 1887, Morton hizo la primera apendicectomía exitosa por ruptura del apéndice, y a partir de entonces la operación para apendicitis se hizo común. En 1889, Charles Mc Burney describió su famoso punto doloroso, y razonó correctamente que realizar una pronta operación exploratoria con el propósito de examinar y extraer el apéndice antes de que se perforara.

Se considera que un 7% de la población general es afectada, y se puede presentar en todas las edades, sin embargo, es rara en los extremos de la vida, en donde la mortalidad es mayor por lo dificultoso del diagnóstico y porque el organismo carece de un buen sistema de defensa. La máxima frecuencia se encuentra en el segundo y el tercer decenio de edad. La perforación es más común en la lactancia y en los ancianos, periodos durante los cuales las tasas de mortalidad son las más elevadas. Hombres y mujeres son afectados con la misma frecuencia, excepto entre la pubertad y los 25 años de edad.

La tasa de apendicectomía es aproximadamente 12% en hombres y 25% en mujeres, en la población general las apendicectomías por una apendicitis ocurren en 10 de cada 10.000 pacientes cada año y las tasas de mortalidad son menores de 1 por 100.000 pacientes desde el año 1970.

En el mundo, la incidencia de apendicitis es mucho menor en países en vías de desarrollo, sobre todo en algunas partes de África y en los grupos de menor nivel socioeconómico. A pesar de la aparición de nuevas y mejoradas técnicas de diagnóstico, la apendicitis se diagnostica erróneamente en un 15% de los casos y no se ha notado una disminución en la tasa de ruptura de un apéndice inflamado desde los años 1990.
La data epidemiológica ha demostrado que la diverticulitis y los pólipos adenomatosis no se veían en comunidades libres de apendicitis y que la aparición del cáncer de colon es extremadamente rara en esas poblaciones. Caso contrario se ha visto en pacientes con apendicitis, ocurriendo ésta como antecedente al cáncer de colon y de recto.

En los diferentes estudios, nacionales o extranjeros, se han tratado de definir las características propias del cuadro de apendicitis aguda en el paciente adulto mayor; sin embargo, los factores predisponentes a una mayor frecuencia de complicaciones postoperatorias aún han sido poco estudiados y analizados. En estudios extranjeros se menciona una frecuencia de problemas posteriores a la intervención quirúrgica de hasta 50% en pacientes adultos mayores, observándose una escasez de investigaciones nacionales, en relación a este grupo etario.

Se espera al menos un 10 % de complicaciones de cualquier tipo en los procedimientos quirúrgicos a realizar, claro está que esto se puede ver modificado sobre todo cuando las unidades no cuentan con los recursos mínimos para la atención de los pacientes, sumando a la urgencia y gravedad de los pacientes, por lo que se plantea como reto el lograr al menos un porcentaje de complicaciones cercano al referido por la literatura universal, por tanto cobra relevancia el conocer Cuáles son los factores de riesgo asociados en las Complicaciones Post-Quirúrgicas más frecuentes en el Servicio de Cirugía General, Hospital IESS de ESMERALDAS para tratar de comparar las estadísticas con las referidas en otros centros y en estudios previo.

Debido a la extensión de la población afiliada en los últimos años han aumentados las cirugías especialmente las apendicectomías

ANTECEDENTES HOSPITAL IESS ESMERALDAS

El Hospital del IESS de Esmeraldas, se encuentra ubicado en la parroquia 5 de Agosto, limitado por las calles Colón y Eloy Alfaro, entre Guayas y Loja. Cuenta con una infraestructura de hormigón armado en el edificio de hospitalización y administración, no así, las áreas de consulta externa, que está construido por estructuras metálicas prefabricadas.

En su entorno existen centros como: Distrito de Salud # 1, Cruz Roja, Clínica Colón, Colegio de Médicos, Consultorio Médicos Privados, Centros de Educación Primarios y Secundarios, una Iglesia Parroquial y Guarderías Infantiles.

Este Hospital fue inaugurado, con la denominación de **"CLINICA DEL IESS"** en marzo de 1961. Creado para satisfacer las necesidades y atender el reclamo permanente de la clase afiliada, ya que las atenciones asistenciales eran dadas en el Hospital Civil "Delfina Torres de Concha "con la asistencia de profesionales del IESS. Con la apertura de esta unidad todos los pacientes encargados en el Hospital Civil fueron remitidos a esta Unidad Médica

Esta unidad Operativa se inició con un dispensario médico y el área de Urgencias, en la planta baja, y Un área hospitalaria en la planta alta:

ATENCION DISPENSARIAL O AMBULATORIA:

- ✓ Medicina Interna
- ✓ Cirugía General
- ✓ Gineco-Obstetricia
- ✓ Odontología

HOSPITAL ACTUAL

Con el pasar del tiempo y de acuerdo a las necesidades por el incremento de la población afiliada, que en la actualidad registran en archivos de la Gerencia 26.534

historias laborales que equivalen al 49.30 % referente a la población económicamente activa de la Provincia que es de 53.826 habitantes según INEC en el año 2007.

De los cuales, 25.088 afiliados corresponden al cantón Esmeraldas, y 1.446 al Cantón San Lorenzo. Se han hecho ampliación del área física del Hospital, Consulta Externa y de Rehabilitación y posteriormente la remodelación de todo el edificio entre estas están: Climatización, empotrado de las instalaciones de gases como el Oxigeno, Gas de uso doméstico, dotación de un ascensor, sistema de intercomunicadores, sistemas de alerta para detección de humo, central de radio, computadoras, música ambiental. Lo que ha sido bien vista por los usuarios, y que se refleja en el incremento de las atenciones por consulta externa y hospitalizaciones

Posteriormente se ha ido incrementando servicios, y con ello el aumento de recursos humanos, que en la actualidad suman 116, de los cuales en atención directa a pacientes tenemos; 30 Médicos, 24 Enfermeras de las cuales 14 son con nombramiento y 10 contratadas, 21 Auxiliares de Enfermería que totalizan 61 personas, que equivalen al 52.59%; y otro personal, técnico y de apoyo, constituyen el 47.41%. Progreso que nos ha permitido ubicarnos como un hospital provincial de categoría Nivel II, dejando atrás la denominación de **"CLINICA"**

PLANTA BAJA (AREA EXTERNA)

LADO DERECHO: Funciona el área de consulta externa, con 11 consultorios que dan atención ambulatoria con las siguientes especialidades:

- ✓ Medicina Interna,
- ✓ Cardiología
- ✓ Electrocardiografía
- ✓ Traumatología
- ✓ Dermatología
- ✓ Gineco-Obstetricia
- ✓ Oftalmología
- ✓ Gastroenterología
- ✓ Cirugía general
- ✓ Anestesiología

- ✓ Fisiatría y
- ✓ Odontología.

LADO CENTRO: El servicio de

- ✓ Rehabilitación
- ✓ Bodegas de fármacos
- ✓ Sala de máquinas
- ✓ Servicio de mantenimiento.

LADO IZQUIERDO: Funciona el área de consulta externa 2, con 6 consultorios que dan atención ambulatoria con las siguientes especialidades:

- ✓ Neurocirugía
- ✓ Urología
- ✓ Otorrinolaringología
- ✓ Pediatría
- ✓ Medicina General

PLANTA BAJA (AREA INTERNA)

Están ubicadas las siguientes dependencias:

- ✓ Oficinas de Administración,
- ✓ Gerencia,
- ✓ Subgerencias
- ✓ Sala de Sesiones.
- ✓ Departamento de Sistemas informáticos
- ✓ Trabajo Social
- ✓ Laboratorios,
- ✓ Rayos x,
- ✓ Ecosonografía,
- ✓ Urgencias.
- ✓ Vestidores de personal
- ✓ Lavandería y Planchado
- ✓ Servicio de Alimentación

- ✓ Central Telefónica

VALORES QUE RESALTAN AL HOSPITAL IESS

- ✓ Eficacia
- ✓ Responsabilidad
- ✓ Ética Profesional
- ✓ Puntualidad
- ✓ Respeto
- ✓ Humanismo

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

- ✓ Atención oportuna con Calidad y Calidez
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Profesionales capacitados
- ✓ Brindar un ambiente acogedor a sus usuarios

POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

Las políticas Institucionales son dictadas a nivel central por el Concejo Directivo del IESS y constan en el Marco conceptual Institucional, las mismas son aplicadas en las unidades operativas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a nivel Nacional.

Cada uno de los cuatro tipos de seguros: Salud, Riesgo del trabajo, Pensiones, y Seguro Social Campesino, Ejecutan las políticas que le competen a su campo.

Dentro del Sector Salud, en sus protocolos y recomendaciones relativas a seguridad y salud en el trabajo, ha propuesto un marco conceptual dentro del cual deben canalizarse las políticas en defensa de los derechos mínimos de los trabajadores, las mismas que están basadas en los siguientes principios a seguir:

- ✓ Atención oportuna con Calidad y Calidez
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Profesionales capacitados
- ✓ Brindar un ambiente acogedor a sus usuarios

ESTRUCTURA ORGANICA DEL HOSPITAL IESS ESMERALDAS.

Según la resolución 056 (Aprobada el 2 de agosto 2000).por la Comisión Interventora y que se mantiene en vigencia hasta la actualidad

SERVICIO DE HOSPITALIZACION

El Servicio de Hospitalización del IESS de Esmeraldas, se encuentra ubicado en la planta alta y está constituido por dos bloques: al lado izquierdo, sala de mujeres con 11 habitaciones, de una, dos o tres camas, con un total de 21 pacientes. Y al lado derecho, sala de hombres, con 12 habitaciones, de una, dos o tres camas, con un total de 24 pacientes. Con un totalizado de 45 Camas hospitalarias.

CENTRO QUIRURGICO

El servicio de quirófano del Hospital del IESS Esmeraldas cuenta con 2 quirófanos una sala de parto una sala de recuperación, dedo un promedio de 8 circuías diarias entre programas y de urgencias.

Las apendicectomías se dan con un promedia de 6 a la semana.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación trató de determinar el resultado de intervención quirúrgica de apendicectomía, para el cual fue fundamental saber ¿Cuáles son los cuidados post operatorios para evitar las complicaciones quirúrgicas en los pacientes del hospital del IESS de Esmeraldas?

Atendiendo este preocupante problema de salud que se ha dado y se da en pacientes con apendicectomía a causa de descuidar la aplicación de medidas preventivas al término de la cirugía, se propuso realizar una investigación respecto a esta delicada situación de salud.

Al conceptualizar las complicaciones por apendicectomía, éstas "constituyen un grave problema de salud, ya que se asocian con una elevada morbilidad-mortalidad y aumento de los costos de hospitalización, tanto por la prolongación de la estadía hospitalaria como por la necesidad de utilizar medicamentos e insumos de alto costo, como son los antibióticos de última generación y amplio espectro".

Se hace necesario reunir y redefinir todos los conceptos que permiten precisamente ese abordaje correcto, para lograr una adecuada interrelación entre el manejo previo, transoperatorio y post-operatorio en aras de disminuir las posibles complicaciones de un procedimiento.

De lo expuesto se deduce "la importancia de conocer los principios básicos que se deben considerar en la preparación de un paciente que será sometido a una intervención quirúrgica" y el cuidado post operatorio como medida preventiva para contrarrestar las infecciones en las heridas quirúrgicas.

OBJETIVOS

OBEJETIVO GENERAL:

Determinar los factores de riesgo en las Complicaciones trans y post-quirúrgicas en pacientes sometidos a apendicectomía en el hospital del IESS de Esmeraldas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la incidencia de las complicaciones en el trans y post operatorio en usuarios con apendicectomía.

2. Indicar las causas y consecuencias para que se produzcan las complicaciones trans y postquirúrgica.

3. Identificar los tipos de complicaciones en trans y post operatorio en usuarios con apendicectomía.

4. Establecer los protocolos de abordaje diagnóstico y terapéutico utilizados en el paciente a nivel pre-operatorio, trans-operatorio y post-quirúrgico y su posible asociación con las complicaciones post-quirúrgicas.

MARCO TEORICO

1. Apendicitis.

1.1 Generalidades.

2. Apendicectomía

2.1 Definición**.**

2.2 Factores de riesgo de complicaciones durante el procedimiento.

2.3 Tipos de Apendicectomía para la extirpación del apéndice.

3. Fundamento Teórico

3.1 Complicaciones quirúrgicas.

3.2 Definición.

3.2 Clasificación de las complicaciones quirúrgicas.

3.4.1 Infecciones quirúrgicas trans operatorias.

3.4.2 Complicaciones Post-operatorias.

3.4.3 Complicaciones de las heridas.

3.4.4 Complicaciones respiratorias.

3.4.5 Complicaciones peritoneales.

3.4.6 Complicaciones relacionadas con los drenos.

3.4.7 Complicaciones por alteraciones post operatorias de la motilidad gastrointestinal.

3.4.8 Complicaciones urinarias.

3.4.9 Complicaciones de la terapéutica intravenosa y vigilancia hemodinámica.

4. Cuidados de enfermería.

MARCO TEORICO

1. APENDICITIS.

1.1 DEFINICIÓN

La apendicitis es la inflamación del apéndice intestinal, y afecta a la mucosa, tejido linfoide y capa muscular. El apéndice se encuentra en el inicio del intestino grueso, en la zona inferior derecha del abdomen. Tiene forma de lombriz de color rosado cuando no está inflamado. En su interior hay muchos folículos linfoides del sistema inmunológico (parecidos a los que hay en las amígdalas de la faringe). Este órgano no tiene ninguna función conocida en el ser humano, es un vestigio de la evolución como pueden ser los músculos que mueven las orejas o el hueso coxis.

La apendicitis puede aparecer a cualquier edad, pero hay un pico de incidencia entre los 10 y los 30 años sin que se conozca la razón. También se ha detectado que es más frecuente en los varones, aunque no se han encontrado causas hormonales.

El problema de la apendicitis no es la inflamación del apéndice en sí, sino que si dejamos evolucionar el cuadro, el apéndice puede llegar a necrosarse y pudrirse literalmente en el interior del abdomen. Esto provocaría una situación de urgencia, la peritonitis, con gran riesgo para la vida del paciente.

Por todo ello es necesario realizar un diagnóstico y tratamiento precoz que impida la progresión de la apendicitis. El único tratamiento efectivo es la extirpación quirúrgica, lo que convierte a la apendicitis en la causa más frecuente de operación quirúrgica abdominal.

1.2 GENERALIDADES.

1.2.1 EPIDEMIOLOGIA

La incidencia máxima de la apendicitis aguda se presenta con mayor frecuencia en las personas entre 20 y 30 años, en el que, exceptuando las hernias estranguladas, es la causa más frecuente de dolor abdominal intenso y súbito y de cirugía abdominal de urgencias en muchos países. Es también una causa importante de cirugías pediátricas, frecuente en preescolares y escolares con cierto predominio en los varones y una predisposición familiar.

La tasa de apendicectomía es aproximadamente 12% en hombres y 25% en mujeres, en la población general las apendicectomías por una apendicitis ocurren en 10 de cada 10.000 pacientes cada año y las tasas de mortalidad son menores de 1 por 100.000 pacientes desde el año 1970[1].

En el mundo, la incidencia de apendicitis es mucho menor en países en vías de desarrollo, sobre todo en algunas partes de África y en los grupos de menor nivel socioeconómico. A pesar de la aparición de nuevas y mejoradas técnicas de diagnóstico, la apendicitis se diagnostica erróneamente en un 15% de los casos y no se ha notado una disminución en la tasa de ruptura de un apéndice inflamado desde los años 1990.
La data epidemiológica ha demostrado que la diverticulitis y los pólipos adenomatosis no se veían en comunidades libres de apendicitis y que la aparición del cáncer de colon es extremadamente rara en esas poblaciones. Caso contrario se ha visto en pacientes con apendicitis, ocurriendo ésta como antecedente al cáncer de colon y de recto.

1.2.3 ETIOLOGIA

[1] CASTAGNETO G; **Patología quirúrgica del apéndice cecal.**

La principal teoría de la fisiopatología de la apendicitis, basado en evidencias experimentales apunta hacia un taponamiento de la luz del apéndice por una hiperplasia linfoidea, mostrando como uno de las primeras causas, la segunda es el taponamiento del apéndice por un apendicolito. Las infecciones (Áscaris lumbricoides, Enterobius vermicularis o larva de Tenia) pueden también ocluir la luz del apéndice—la presencia de semillas es muy raro—lo cual causa una obstrucción con aumento de la presión por la producción de mucosidad propia del órgano. Rara vez ocurre obstrucción del apéndice por razón de un tumor. El aumento progresivo de la presión intraapendicular va ocluyendo la luz del órgano y por presión externa resulta en trombosis y oclusión primero los capilares linfáticos, luego los venosos y al final, los arteriales, conduciendo a isquemia que evoluciona a gangrena, necrosis y posteriormente a perforación. La perforación conduce a una peritonitis y esta aumenta el riesgo de mortalidad del paciente. Esta ruta de progresión de la enfermedad se interrumpe con el tratamiento quirúrgico y muy rara vez se recupera espontáneamente[2].

Las bacterias intestinales se escapan a través de las paredes del apéndice, se forma pus dentro y alrededor del apéndice y el resultado de una ruptura de este tipo es una peritonitis, que puede conllevar a una sepsis infecciosa y disfunción orgánica múltiple y, eventualmente la muerte. Entre los agentes que causan bloqueo del apéndice se encuentran cuerpos extraños, trauma físico, gusanos intestinales y linfadenitis. El bloqueo por acumulación de heces, llamado fecaloma, ha causado interés reciente en investigadores como agente etiológico de la apendicitis. La incidencia de fecalomas es mayor en países desarrollados que en países en desarrollo, frecuentemente asociado a las apendicitis complicadas. Los apendicolitos y fecalomas aparecen en el apéndice probablemente debido a una retención fecal en el colon derecho y una prolongación en el tiempo del tránsito fecal por esa región.

Sin embargo, dicha obstrucción de la luz como factor patógeno se identifica sólo en 30 a 40% de los casos. En la mayoría de los casos, el acontecimiento inicial es la ulceración de la mucosa, bien sea por etiología vírica o bacteriana como el caso del género Yersinia.

[2] Cirugía Digestiva, F. Galindo. www.sacd.org.ar, 2009; III-306, pág. 1-11.

También se ha sugerido que la estasis o parálisis total del flujo fecal juega un papel en la apendicitis, pues se ha demostrado que los pacientes con apendicitis aguda tienen un menor número de movimientos intestinales por semana en comparación con la población control.

Varios estudios ofrecen evidencias que una dieta baja en fibra tiene importancia en la patogénesis de la apendicitis. Ello puede ir asociado a un aumento en el reservorio fecal del colon derecho, pues la carencia de fibra en la dieta aumenta el tiempo de tránsito fecal.

1.2.4 PATOGENIA

La inflamación del apéndice produce, con el tiempo, una obstrucción de la luz del órgano. Esa obstrucción conlleva a una acumulación de las secreciones de la mucosa con aumento consecuente de la presión intraluminal. De proceder el cuadro inflamatorio y obstructivo, se comprimen las arterias y venas causando isquemia e invasión bacteriana a la pared del apéndice con necrosis, gangrena y ruptura si no se trata de inmediato.

Basado en esa secuencia de estadios evolutivos, el apéndice con signos de inflamación leve se conoce como catarral o mucoso; flegmonoso;"purulento" pasando luego a gangrenosa perforándose, pudiendo evolucionar a un absceso apendicular o un plaston apendicular, o una etapa más grave la peritonitis aguda difusa.

LAS CUATRO ETAPAS DE LA APENDICITIS

Basándose en los hallazgos histológicos y en la apariencia macroscópica se pueden diferenciar varias etapas o estadios en la apendicitis:

- **Etapa 1. Apendicitis simple o catarral**: Cuando se obstruye la luz del apéndice el moco que segrega, como segrega cualquier parte del intestino, no puede fluir libremente y comienza a acumularse en su interior. Esto hace que las bacterias que forman parte de la flora intestinal se multipliquen en exceso y comience el proceso inflamatorio. En esta etapa el apéndice tiene un aspecto exterior normal y sólo se puede identificar la inflamación al microscopio.

- **Etapa 2. Apendicitis flemonosa o fibrinosa**: Poco a poco el apéndice se distiende al aumentar su presión interior. Llega un momento que la presión es tanta que la sangre no puede irrigar correctamente el apéndice. El aspecto del apéndice es inflamatorio roja y agrandada.
- **Etapa 3. Apendicitis gangrenosa**: Las paredes del apéndice se van debilitando, tanto por la falta de riego snaguíneo, como por el aumento de la presión interna. Hay partes que empiezan a necrosarse y se vuelven de color negro pudiendo segregar pus.

- **Etapa 4. Apendicitis perforada**: Finalmente las paredes se rompen y se libera todo el pus y heces hacia el interior de la cavidad abdominal, dando lugar a una peritonitis[3].

Todas estas etapas ocurren en el transcurso de 24-36 horas desde el inicio del proceso en los adultos. En los niños pequeños la progresión de la enfermedad es generalmente tan rápida que el primero de los tres estadios patológicos suele darse antes de que se produzca la consulta médica.

1.2.5 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Se puede llegar a un **diagnóstico** por los siguientes medios:

EXPLORACIÓN FÍSICA

El estado general del paciente suele ser bueno, aunque en apendicitis de etapas avanzadas suele deteriorarse. La temperatura es alrededor de 37,5 y 38 ºC.

En la exploración abdominal hay signos que pueden ayudar al diagnóstico:

- **Dolor en el punto de McBurney:** Se marca una línea desde el ombligo hasta la punta del hueso pélvico derecho anterior. El punto es la unión de los dos tercios más cercanos al ombligo con el tercio externo.

[3] Seymour I. Schwartz ,MD ;G. Tom Shires ,MD ;Frank C. Spencer ,MD;Manual de Principios de cirugía 2000

- **Signo de Blumberg:** Al presionar una zona del abdomen alejada del apéndice se produce dolor en éste de dorma refleja. Indica irritación peritoneal y sucede en otras enfermedades.
- **Dolor abdominal a la extensión del muslo:** Esta maniobra sólo es útil cuando el apéndice tiene una localización retrocecal, es decir, está colocado detrás del colon y, por tanto, la palpación del abdomen no es tan efectiva.

Hay una maniobra se que se puede realizar de forma casera para sospechar o no una apendicitis. Consiste en que el enfermo se ponga de pie en puntillas y se deje caer sobre sus talones de forma súbita. En los casos de apendicitis el dolor en la región inferior derecha aumetna. Por supuesto no es una prueba muy fiable, pero puede ayudar.

En los casos complicados hay fiebre alta y alteración del estado general. Cuando existe peritonitis generalizada, el dolor es intenso y generalizado, con riesgo de shock séptico.

PUNTUACIONES DIAGNÓSTICAS

En 1985 fue propuesta una escala práctica para el diagnóstico temprano de la Dr. Alvarado A. En la que incluyó los síntomas y signos más con sospecha de apendicitis aguda en un estudio realizado sobre 305 pacientes hospitalizados con diagnóstico de dolor abdominal sugestivo de apendicitis aguda. Consideró ocho características principales extraídas del cuadro clínico de apendicitis agrupadas bajo la nemotecnia MANTRELS por sus siglas en inglés de considerados importantes en la enfermedad, estos son:

M – Migración del dolor (a cuadrante inferior derecho)
A – Anorexia y/o cetonuria.
N – Náuseas y/o vómitos.
T – Sensibilidad en cuadrante inferior derecho (del inglés Tenderness).
R – Rebote.
E – Elevación de la temperatura > de 38º C.
L – Leucocitosis > de 10500 por mm3.
S – Desviación a la izquierda > del 75% (Neutrofilia)
(Del inglés Shift que se utiliza en este caso para hablar de desviación a la izquierda.)

- Les asignó un punto a cada característica encontrada, exceptuando sensibilidad en cuadrante inferior derecho y leucocitosis a las que les asignó dos puntos para cada uno totalizando diez puntos y en base al puntaje obtenido determino tres conductas médicas a seguir seriadas tanto clínicas como de laboratorio así como de algunos estudios por imágenes (RX ABDOMEN, ECO, TAC) también a este grupo de pacientes se les puede observar por un tiempo prudente después del cual se les aplicará nuevamente la escala de puntaje para observar si ha habido variaciones que permitan confirmar el diagnóstico de apendicitis aguda y operar al paciente o darle tratamiento médico o quirúrgico al tener su diagnóstico y/o egresarlo.

- Si el puntaje es menor de cuatro existe una muy baja probabilidad de apendicitis ya que muy raros casos se han presentado con menos de cuatro puntos se aconseja observación y revaloración en 8 horas.

- Si la sumatoria es mayor o igual a siete puntos el paciente es candidato a cirugía ya que se considera cursa con apendicitis aguda.

- Si la sumatoria da entre cuatro y seis puntos se requerirá de valoraciones

Puntuación de Alvarado para Diagnostico de Apendicitis Aguda

Migración del Dolor	1 Punto
Anorexia	1 Punto
Náusea / vómito	1 Punto
Dolor E El C.I.D.	2 Puntos
Dolor Al Rebote	1 Punto
Fiebre	2 Puntos
Leucocitosis (> 10.000)	1 Punto
Desviación a la Izquierda (> 75%)	1 Punto

5 - 6 Puntos Diagnóstico **Compatible** con Apendicitis
6 - 7 Puntos Diagnóstico **Probable** de Apendicitis
8 - 9 Puntos Diagnóstico **Muy Probable** de Apendicitis

Cuadro 1.- Score de Alvarado

La sensibilidad de la escala de A. Alvarado es de 95% en la población con alta prevalencia de la enfermedad.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Análisis de laboratorio

En el análisis de sangre, la apendicitis suele cursar con un recuento de leucocitos aumentado (o leucocitosis moderada), con aumento de neutrófilos, aunque solo se ha observado en fases avanzadas de apendicitis. Un análisis complementario al recuento de leucocitos, es el análisis de marcadores sanguíneos de inflamación aguda (proteína C reactiva); actualmente se ha demostrado que la proteína C reactiva está aumentada en la mayoría de los casos de apendicitis aguda. El análisis de orina suele ser normal.

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

- **Radiología:** La radiología del tórax es indispensable, porque permite descartar otras afecciones como las enfermedades cardiopulmonares. La radiología de abdomen suele ser normal, o puede verse una dilatación de asas del intestino debido a la paralización de los movimientos peristálticos. Excepcionalmente, puede apreciarse un fecalito calcificado en la fosa ilíaca derecha.
- **Ecografía:** Es muy útil para el diagnóstico y para descartar otras enfermedades. En caso de apendicitis, la ecografía puede ver el apéndice inflamado o líquido libre por el abdomen. Sin embargo, en algunas ocasiones no se encuentra ningún hallazgo anormal a pesar de que sí que hay una apendicitis.
- **Tomografía axial computadorizada (TAC)**: El TAC es un método diagnóstico muy fiable en el diagnóstico de una apendicitis y cada vez se usa más en casos de duda. También permite descartar otras patologías.
- **Laparoscopia:** En los casos de difícil diagnóstico, sobre todo en mujeres en edad fértil, pacientes obesos o ancianos, puede recurrirse a la laparoscopia para confirmar el diagnóstico. Actualmente se obtienen excelentes resultados utilizando la técnica de simple incisión laparoscópica (SILS-laparoscopia), por la cual se puede realizar no sólo una exploración, sino también la cirugía laparoscópica del apéndice (apendicectomía laparoscópica).

Numerosas patologías pueden asemejarse o confundirse con una apendicitis. Las más frecuentes son infecciones (colitis, anisakiasi), enfermedades inflamatorias intestinales (Crohn, colitis ulcerosa) y patologías ginecológicas (enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico).

DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS EN LOS NIÑOS

La forma de presentación de la apendicitis en los niños mayores (7-11 años) es la misma que en jóvenes y adultos. Sin embargo, cuando el niño es más pequeño la apendicitis se presenta de una forma más camuflada. Es bastante frecuente que las naúseas y vómitos precedan a la localización del dolor abdominal en la región característica (inferior derecha).

Algo característico y que puede ayudar a alertarnos si el niño es muy pequeño y no sabe hablar, es que durante una apendicitis los niños llorarán, tendrán dolor abdominal, pero estarán inmóviles, quietos, mientras que en los casos de gastroenteritis suelen estar más irritables y no paran de moverse.

En los niños se utiliza con más frecuencia la ecografía, ya que en ellos es más fácil identificar signos que nos ayudan al diagnóstico porque la apendicitis evoluciona más rápidamente.

DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS EN LAS EMBARAZADAS

En los ancianos, la apendicitis aguda es también un proceso grave, con un riesgo de muerte más elevado que en los adultos jóvenes. Tradicionalmente se pensó que esto era así porque los ancianos eran más delicados, pero la razón es que los síntomas de la apendicitis son mucho más larvados, incluso pueden estar ausentes, lo que provoca un retraso en el diagnóstico y un mayor número de complicaciones.

Los síntomas pueden ser de cualquier tipo y en cualquier grado, tan sólo una buena exploración abdominal puede encauzar el diagnóstico de apendicitis con mayor certeza.

DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS EN LOS ANCIANOS

Durante el embarazo el útero aumenta progresivamente su tamaño, de manera que desplaza a los intestinos contenidos en el abdomen hacia arriba. El apéndice también se desplaza y puede llegar a colocarse en zonas muy superiores del abdomen, cerca del tórax.

Los síntomas son los mismos que para el resto de los adultos, con la excepción de la localización del dolor, que suele estar más arriba. Hay que recalcar que durante un episodio de dolor abdominal en las embarazadas lo prioritario es comprobar que el feto está sano y salvo. No hay ningún problema para realizar una cirugía que extirpe el apéndice.

2. APENDICECTOMÍA

2.1 DEFINICIÓN:

La apendicectomía es la extirpación quirúrgica del apéndice cuando éste está inflamado a causa de una infección. Esta infección, llamada apendicitis, se considera una urgencia, pues si no se trata es potencialmente mortal; en algunas ocasiones, un apéndice inflamado puede reventarse en 24 horas tras la aparición de los síntomas. Por ello es muy importante extraerlo lo antes posible.

Afortunadamente, la apendicectomía es un procedimiento común y raramente se producen complicaciones. Si la apendicitis se diagnostica pronto y se lleva a cabo la apendicectomía, la mayoría de los niños se recuperan enseguida sin apenas problemas. **Sobre la apendicitis:** El apéndice se encuentra en el abdomen y es un órgano pequeño que no es fundamental para la salud de una persona. Uno de sus extremos está cerrado y el otro se abre al intestino grueso, el órgano que absorbe agua de los excrementos (heces) y hace que éstos se desplacen para expulsarlos fuera del cuerpo a través del ano.

2.2 FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO.

Un factor de riesgo mayor es un retraso en la recepción del tratamiento. El apéndice se puede romper en cualquier momento desde que los síntomas comienzan. Si el apéndice se rompe y el contenido se vacía al abdomen, pueden ocurrir una infección o inflamación. Esto se llama peritonitis. La combinación de las heces derramadas y la peritonitis puede llevar a una colección de pus, llamado absceso. Si el apéndice está perforado y se produce un absceso, es posible que le administren antibióticos durante 7 a 10 días para combatir la infección. La cirugía puede postergarse hasta que la inflamación disminuya. Además, el absceso puede drenarse con catéteres.

Otros factores de riesgo incluyen:

- Edad: 65 años o más
- Obesidad
- Diabetes

- Enfermedad crónica del corazón o pulmón
- En el embarazo

2.3 TIPOS DE APENDICECTOMÍA PARA LA EXTIRPACIÓN DEL APENDICE.

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

Laparotomía: En este caso se realiza una incisión mayor en el abdomen para poder buscar y extirpar el apéndice manualmente. La incisión más utilizada es la incisión de McBurney, que sigue un trayecto paralelo a la ingle en la región inferior derecha del abdomen, donde está el apéndice.

En cualquiera de los dos casos el primer paso será localizar el apéndice, que está justo al inicio del colon ascendente, en el ciego. Lo habitual es que lleve poco tiempo, pero en enfermos obesos se puede tardar varios minutos. Una vez localizado se debe seccionar el peritoneo que une el apéndice al intestino como si de una membrana se tratara. En ese punto es muy importante asegurarse que las arterias que irrigan el apéndice están localizadas y adecuadamente comprimidas para evitar una hemorragia al seccionarlas. Finalmente se corta el apéndice y la herida que deja se cose para evitar que sangre o se desgarre.

3. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS.

3.1 DEFINICIÓN.

Es cualquier alteración respecto al curso previsto en la respuesta local y sistémica del paciente quirúrgico.

3.2 CLASIFICACIÓN DE LAS COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS.

3.2.1 Infecciones quirúrgicas trans operatorias.

Se denomina infecciones quirúrgicas a todas aquellas que se originan por gérmenes bacterianos y/o por los hongos como consecuencia de un acto quirúrgico, presentándose la patología infecciosa en el periodo inmediato o mediato a la intervención.

Clasificación de las Infecciones Quirúrgicas

a) ENDÓGENAS (sepsis focal o general)

Infecciones Bacterianas por:

- ✓ Pseudomona aeruginosa
- ✓ Klebsiella pneumoniae
- ✓ Streptococcus faecalis
- ✓ Streptococcus viridans
- ✓ Clostridium perfringens
- ✓ Aerobacter aerogenes
- ✓ Aerobacter cloacae
- ✓ Escherichia coli
- ✓ Serratia marcoscens
- ✓ Citrobacter
- ✓ Proteus vulgaris
- ✓ Proteus mirabilis

- ✓ Proteus morgani
- ✓ Proteus retigeri
- ✓ Alcaligenes fecalis
- ✓ Staphylococcus aureus

Infecciones Micóticas por:

- ✓ Candidiasis
- ✓ Aspergilosis
- ✓ Mucormicosis

B) EXÓGENAS

Del lecho quirúrgico:

- ✓ Toxiinfecciones anaerobia
- ✓ Infecciones estreptocócicas
- ✓ Infecciones estafilocócicas
- ✓ Infecciones mixtas por cocáceas
- ✓ Infecciones piociánicas
- ✓ Infecciones por enterobacteriáceas
- ✓ Sepsis general
- ✓ Estafilococia pulmonar
- ✓ Bronconeumonía
- ✓ Neumonía
- ✓ Corticopleuritis

La infección Endógena parte de tres focos principales, que por orden de frecuencia e importancia son:

- ✓ Vía Digestiva: muy especialmente en el sector colosigmoideo
- ✓ Vía urinaria baja
- ✓ Vía respiratoria Alta

Se produce por protopatogenicidad adquirida, es decir, por prioridad o superioridad patogénica de los gérmenes consignados y para ello se necesitan estados favorables. Estos son:

Stress quirúrgico Íleo paralítico

- ✓ Antibioticoterapia
- ✓ Hormonoterapia
- ✓ Citostáticos o inmunodepresores
- ✓ Antiexudativos no hormonales
- ✓ Irradiaciones
- ✓ Estado de coma
- ✓ Transplante de órganos
- ✓ Reemplazo o prótesis
- ✓ Catéteres
- ✓ Intoxicación neoplásica
- ✓ Sondas en cavidades

La infección quirúrgica puede originarse en una cirugía séptica o en una cirugía aséptica. Puede ser endoinfección o exoinfección, monobacteriana o polibacteriana, toxígena, micótica o mixta.

Se denomina endoinfección quirúrgica a la sepsis focal o general producida a raíz de una cirugía séptica o aséptica, por invasión de los agentes correspondientes a las cepas indígenas que pueblan la encrucijada aerodigestiva, enterocolónica o vía geni-tourinaria baja, y que adquieren protopatogenicidad por el acto quirúrgico o ciertas terapéuticas o modificaciones del terreno o estados clínicos especiales, llegando a producir cuadros sépticos mono o polibacterianos o micopatías localizadas o generalizadas.

Se denomina exoinfección quirúrgica a la sepsis focal y/o general producida a raíz de un acto quirúrgico en un medio quirúrgico, por invasión del o de los gérmenes que rodean al enfermo en su hábitat y que alcanzan al huésped por diferentes vías, sean aerógenas, digestivas, por inoculación o por contacto íntimo.

Las infecciones postquirúrgicas se sintetizan en tres sín-dromes:

- ✓ Síndrome infeccioso focal,
- ✓ Síndrome infeccioso general,
- ✓ Síndrome bacteriano sin sepsis.

Síndrome infeccioso focal

Se produce cuando una asociación de gérmenes bacterianos, cocos grampositivos o gramnegativos o bien colonias monobac-terianas: estreptococos, estafilococos, piociánicos, aerobacter, proteus, etc. desencadenan la supuración de la herida operatoria. A esto se puede agregar las micopatías como simple asociación, o asociación más infección micótica: cándidas, aspergilus o mucor.

La etiología de la infección del lecho quirúrgico tiene relación, en la mayoría de los casos con el tipo de intervención y órgano o sistema afectado.

3.2.2 COMPLICACIONES DE LAS HERIDAS.

Hemorragia de Herida Operatoria

Ocurre más frecuentemente en pacientes hipertensos o con defectos de coagulación. El hematoma de las heridas es casi siempre resultado de hemorragia controlable por medios quirúrgicos. Una vez detectado, se debe reabrir la herida, identificar el o los vasos sangrantes y ligarlos. Otras veces es consecuencia de una hemostasia no muy prolija, antes de cerrar definitivamente la herida.

Acumulación de suero

Es frecuente en heridas que tienen un gran espacio muerto como las de las mastectomías o la de los pacientes obesos. Se las trata mediante la aspiración, o si es voluminosa, mediante una herida por transfixión en el punto más declive aplicando luego un dren con un apósito de compresión. La evacuación debe hacerse lo más precozmente, ya que con frecuencia son asiento de infección.

Dehiscencia de la Herida

La frecuencia de esta complicación varía mucho en función de cirujano, paciente y tipo de operación. En una herida abdominal, la dehiscencia total produce evisceración y la dehiscencia parcial profunda conduce a la eventración.

En la mayoría de casos de dehiscencia, se encuentra que los puntos han desgarrado el tejido. Posiblemente el error más frecuente que condiciona una dehiscencia sea el tensionar demasiado los puntos que van a estrangular los bordes suturados comprometiendo la circulación en esta zona, asimismo los puntos flojos o mal anudados, demasiados puntos, toma de muy poco tejido o material de sutura inapropiado, son otras causas de dehiscencia.

Senos de las líneas de sutura

Cuando el material de sutura no absorbible se infecta, se forma el llamado granuloma a cuerpo extraño, que se abre camino hacia la superficie y después de formar una pequeña tumoración fluctuante, drena material mucopurulento, estableciéndose de esa manera seno o senos en cuyo fondo se encuentra el material de sutura referido, que a veces es expulsado espontáneamente pero que la mayor parte de veces, requiere la introducción de una pinza de punta fina para explorar y extirparlo. De persistir el seno es preferible abrir la porción de herida comprometida, extraer todo el material de sutura que se encuentra en ese lugar y dejar la herida abierta para cierre por segunda intención.

3.2.3 COMPLICACIONES RESPIRATORIAS.

Es fundamental mantener libre la vía traqueobronquial, porque atelectasia, neumonía, absceso y edema pulmonar suelen ser secundarios a obstrucción parcial o total de las vías respiratorias por las secreciones retenidas o aspiradas.

Atelectasia y Neumonía

Son numerosos los factores etiológicos, entre ellos: narcóticos que suprimen el reflejo de la tos, inmovilización postoperatoria prolongada, vendajes constrictivos, deshidratación, congestión pulmonar, aspiración de materiales extraños, debilidad de músculos respiratorios.

La neumonía ocurre después de atelectasia persistente.

En los fumadores o en los que sufren de bronquitis, la proporción de complicaciones es mayor, si el paciente deja de fumar cuatro o más días, esta proporción disminuye.

En la cirugía electiva la profilaxis debe empezarse por lo menos dos semanas antes de la operación. Es recomendable dejar de fumar, bajar de peso, mejorar el estado general, ejercicios respiratorios.

En el postoperatorio es importante la movilización temprana, estimular la ventilación, tos frecuente, cambios de posición, a veces agentes mucolíticos ayudan en la limpieza bronquial.

Absceso Pulmonar

Cualquiera que sea la etiología cardiaca, hipóxica o tóxica, se desarrolla un factor común, una obstrucción parcial o completa por el líquido de edema, de modo que estos pacientes mueren ahogados.

Para el tratamiento: sonda endotraqueal, aspiración, digitálicos, aminofilina, restricción de líquidos, diuréticos, torniquetes rotatorios en las extremidades.

3.2.4 COMPLICACIONES PERITONEALES.

La peritonitis: Es la más frecuente, suele manifestarse con la aparición de dolor abdominal, náuseas, vómitos, falta de apetito, líquido turbio y fiebre. Ocurre con una frecuencia muy variable según cada paciente y generalmente se corrige con antibióticos introducidos en las bolsas de los intercambios.

- A veces la peritonitis se repite con tanta frecuencia que es necesario retirar el catéter y buscar otras alternativas de diálisis.
- Infecciones en el orificio de salida del catéter que se previenen extremando la higiene sobre el mismo.
- Obstrucción: por estreñimiento, acodamientos del catéter...Puede ser necesario recolocar el catéter o poner uno nuevo si la obstrucción no se resuelve.

- Hemorragia de la arteria epigástrica, la cual puede ocurrir al penetrar en la pared abdominal.
- Atrapamiento por el epiplón (grasa existente entre los intestinos).

3.2.5 COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS

Ocurren en el postoperatorio inmediato, cursan muchas veces en forma catastrófica llevando al shock hipovolémico lo que lleva a una reintervención inmediata. Otras veces es menos aguda y permite control adecuado de funciones vitales, administración de fluidos, etc. antes de reintervenir.

Las anomalías de la hemostasia deben ser identificadas en el preoperatorio.

La causa más común de hemorragia intra o postoperatoria en un paciente con historia clínica y examen físico negativos, además de pruebas de laboratorio normales, es la falla en la ligadura de vasos sanguíneos seccionados.

3.2.6 COMPLICACIONES POR ALTERACIONES POST OPERATORIAS DE LA MOTILIDAD GASTROINTESTINAL.

Oclusión intestinal constituye una identidad patológica bien definida desencadenada por una interferencia al flujo intestinal de gases, líquidos y sólidos.

Hay que saber diferenciar lo que es:

1. **OBSTRUCCIÓN SIMPLE:** Es aquella donde única y exclusivamente se encuentra perturbado el tránsito intestinal.
2. **OBSTRUCCIÓN CON ESTRANGULACIÓN:** Es donde, además de estar perturbado el tránsito intestinal, se encuentra comprometida la circulación sanguínea del segmento intestinal afectado.

El tratamiento de este tipo de pacientes es médico, es decir, Hidratación, sonda nasogástrica y observación por 24 hrs. De acuerdo a su evolución puede ir hacia la normalidad o hacer un cuadro de obstrucción intestinal cuyo tratamiento es quirúrgico.

3.2.7 COMPLICACIONES URINARIAS Y RENAL.

Retención Urinaria

En el estrés, el dolor en la anestesia general y raquídea, la liberación de catecolaminas aumenta. Se cree que los receptores alfaadrenérgicos del músculo liso del cuello vesical y la uretra son estimulados por estas hormonas, aumentando su tono por este mecanismo para terminar produciendo retención urinaria, la que se presenta con más frecuencia en varones de edad avanzada.

Insuficiencia Renal Aguda

La isquemia renal produce lesión de la nefrona, la duración e intensidad de la isquemia van a determinar la gravedad de la lesión. La cantidad de sangre que llega a los riñones después de una hemorragia es desproporcionadamente menor a la disminución del gasto cardiaco. La caída a la mitad de los valores normales de la presión arterial por hemorragia aguda condiciona casi una suspensión del flujo renal sanguíneo. Después del restablecimiento del volumen circulatorio y del gasto cardiaco, la vasoconstricción renal persiste por un tiempo considerable.

La insuficiencia renal aguda según la causa primaria se clasifica en: prerenal, intrínseca y postrenal.

Las prerenales están relacionadas con el gasto cardiaco y el riego renal. Las intrínsecas están condicionadas por la necrosis tubular aguda, la nefropatía por pigmento y nefrotoxicidad farmacológica.

La prevención es el mejor tratamiento de la insuficiencia renal aguda. Es indispensable evitar hipotensión, hipovolemia e hipoxia y si ocurren corregirlas de inmediato.

Establecida la causa, iniciar rápidamente las medidas correc-tivas para reducir al mínimo la lesión renal y evitar complicaciones mayores.

3.2.8 COMPLICACIONES DE LA TERAPÉUTICA INTRAVENOSA Y VIGILANCIA HEMODINÁMICA.

Hematoma

Cuando se usa la vía percutánea, la laceración de la pared venosa puede condicionar la formación de hematoma local. Éste ocurre generalmente cuando se usa aguja de bisel largo en vez de aguja de bisel corto que es lo recomendado. Se ponen de manifiesto inmediatamente cambios de coloración en los tejidos vecinos acompañados de tumefacción y para evitar que progrese este problema, basta con retirar la aguja y hacer compresión local por unos minutos, ésto cuando se canaliza una vena superficial. La lace-ración de la vena subclavia probablemente pase inadvertida, a menos que se forme un gran hematoma disecante hacia mediastino o cuello.

Extravasación de los líquidos administrados, se extravasan hacia los tejidos perivasculares, manifestándose por tumefacción y dolor en la zona. En la mayoría de los casos este líquido extravasado es grande, puede por comprensión producir isquemia y subsecuente lesión de los tejidos con necrosis, sobre todo a nivel de piel suprayacente.

Flebitis

La complicación más frecuente de la infusión intravenosa es la inflamación local de la vena usada. Sus manifestaciones son: dolor local, induración en el trayecto de la vena y a veces eritema suprayacente. Esta flebitis por extravasación ocurre más frecuentemente en los miembros superiores que se usan más comúnmente en terapia postoperatoria.

Flebitis séptica

La mayor parte de veces la flebitis no tiene relación con la infección local o general, y más bien es resultado de las soluciones químicas irritantes administradas. La flebitis séptica tiene relación definida con la infección y de no hacerse el diagnóstico temprano tendrá un pronóstico sombrío. La sospecha se robustece por el crecimiento de gran cantidad de bacterias en los hemocultivos, que indican un foco intravascular de infección. Detectada la flebitis séptica la sonda debe ser retirada con prontitud y establecer el tratamiento antiinfeccioso indicado.

Infección Local

Los gérmenes que infectan el sitio de entrada del catéter pueden ser gram positivos, en cuyo caso predominan los estafilococos, o gram negativos, en cuyo caso los más comunes son los enteropatógenos. También está señalado que la cándida es causa de este tipo de infección.

El diagnóstico de infección en el sitio de entrada del catéter se hace por sospecha en un paciente con catéter permanente, en el cual se desarrolla un cuadro séptico sin ninguna otra causa manifiesta. Puede o no haber signos locales de infección. La aspiración y cultivo de la sangre del catéter puede manifestar gran cantidad de gérmenes si el catéter es la fuente de la infección.

El tratamiento consiste en extraer el catéter y limpiar localmente la herida, la mayoría de veces con esto es suficiente. Si hay signos de infección general debe instituirse tratamiento con antibióticos contra el germen causante.

Neumotórax

Las vías supra e infraclavicular para la introducción de sonda intravenosa pueden condicionar neumotórax, esto se debe a que la pleura apical se encuentra a sólo 5 mm de la pared posterior de la vena subclavia, después de que ésta ha pasado la primera costilla.
Producido el neumotórax, el paciente se queja de brevedad en las respiraciones y dolor en el tórax, se puede encontrar disminución del murmullo vesicular a la auscultación y también puede haber algunos cambios en el mediastino. Luego de la aplicación del catéter debe tomarse radiografía de tórax para descubrir la posible existencia de neumotórax tempranamente.

Si el neumotórax es pequeño, será suficiente la toracocentesis. Si ha ocurrido colapso pulmonar será necesario toracotomía con sonda.

Embolia de Aire

Puede ocurrir como resultado de orificio en la sonda de plástico o mientras ésta se inserta en el conducto venoso.

Se manifiesta por distensión de las venas del cuello, elevación súbita de la presión venosa, cianosis, disminución de la presión arterial, respiración rápida y superficial. El tratamiento consiste en colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo en la cabeza hacia abajo.

Si esto no basta, toracotomía con aspiración del aire con aguja.

Laceración de arteria o vena

La punción o laceración arterial rara vez produce dificultades importantes. La laceración venosa puede producir hematoma importante.

El tratamiento consiste en retirar la sonda y las medidas del caso según la región comprometida.

Lesión del Conducto Torácico

Puede ocurrir cuando se usa la vía supraclavicular para cateterizar la vena subclavia o la vena yugular externa o interna.

Tumefacción mínima del cuello con existencia de hidrotórax en el lado izquierdo suele señalar el diagnóstico. La aspiración pleural descubre un líquido amarillo turbio con gran contenido de triglicéridos y el predominio de linfocitos entre la población de glóbulos blancos del campo.

El tratamiento consiste en la extracción del catéter yugular y tratamiento conservador de la laceración al principio con reposo en cama, dieta pobre en grasas y aspiración repetida de tórax. Si no cede, tratamiento quirúrgico del conducto torácico bajo anestesia local.

4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

CUIDADDOS POSTOPERATORIOS:

- Vigilancia de la permeabilidad de las vías
- Determinación del nivel de conciencia
- Evaluación de las constantes vitales
- Mantenimiento d una hidratación adecuada
- Valoración d la eliminación intestinal y urinaria
- Evaluación del dolor
- Baño higiene, cuidados d piel y movilización
- Disminución del riesgo d infección
- Requerimientos nutritivos en el postoperatorio
- Informar a la familia, como disminuir el dolor d las pruebas q se le practiquen
- Comprobar la coloración d la piel y reconocer los hábitos higiénicos.
- Buscar ruidos respiratorios y verificar el ritmo cardiaco. estimado d recuperación con las instrucciones postoperatorias, verificando q son comprendidas.

PLAN DE CUIDADOS
PRE-OPERATORIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	CRITERIOS DE EVALUACION	CUIDADOS DE ENFERMERIA	EVALUACION
Alteración del patrón tolerancia al estrés (ansiedad moderada) relacionado con el procedimiento quirúrgico.	En un lapso de 15 minutos, el paciente disminuirá su ansiedad de moderada a leve después de aplicar las acciones de enfermería	✓ Interrelación Enfermera – paciente. ✓ Informarle al paciente como será el procedimiento de la intervención. ✓ Proporcionarle un ambiente tranquilo, evitando hablar en voz alta. ✓ Hablarle con un tono de voz cálido y aclararle todas las dudas. ✓ Proporcionarle apoyo emocional. ✓ Indicarle que no va a estar solo durante la intervención con el fin de darle seguridad y confianza al paciente.	En un lapso de 15 minutos, el paciente disminuyo su ansiedad de moderada a leve después de aplicar las acciones de enfermería

PLAN DE CUIDADOS
INTRA-OPERATORIO (RIESGO)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	CRITERIOS DE EVALUACION	CUIDADOS DE ENFERMERIA	EVALUACION
Riesgo hemodinámico relacionado con sangrado durante el acto quirúrgico	Durante la Intervención Quirúrgica se conservará el estado hemodinámico del usuario.	✓ Observarle al pacienre continuamente pie, uñas, labios durante la intervención en busca de signos de palidez. ✓ Monitorizarle los signos vitales, en especial la T.A. y la F.C. ✓ Observarle sangramiento durante la intervención. ✓ Mantenerle la vía permeable de alto calibre. ✓ Colocarle hidratación parenteral con Ringer Lactato durante la intervención. ✓ Verificarle con el banco el concentrado globular.	Durante la Intervención Quirúrgica se conservo el estado hemodinámico del usuario.

PLAN DE CUIDADOS

POST-OPERATORIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	CRITERIOS DE EVALUACION	CUIDADOS DE ENFERMERIA	EVALUACION
Alteración del patrón cognoscitivo perceptual: dolor moderado r/c la herida quirúrgica e/p facies de dolor y angustia del usuario	Al cabo de 1 hora el usuario disminuirá el dolor de moderado a leve después de aplicar las acciones de enfermería	✓ Interrelación enfermera – paciente. ✓ Medir y registrar signos vitales. ✓ Administrar el analgésico indicado por el médico. ✓ Vigilar efectos adversos del medicamento. ✓ Proporcionarle apoyo emocional para que se sienta más tranquilo el usuario.	Al cabo de 1 hora el usuario disminuyo el dolor de moderado a leve después de aplicar las acciones de enfermería

METODOLOGIA

TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo Descriptivo, Transversal y Retrospectivo.

Descriptivo.- Porque estuvo dirigido a determinar las complicaciones que se presentaron en usuarios sometidos a apendicectomías en el hospital del IESS de Esmeraldas.

Transversal.- Porque se recolectó la información en un determinado tiempo, que se estipula ente 2-3 meses.

Retrospectivo.- Porque se recolectó información necesaria que ocurrió en el pasado y que fue importante para el desarrollo de la investigación.

Además se identificó la incidencia y prevalencia de los usuarios que tuvieron complicaciones en el trans y post operatorio que asistieron al Hospital del IESS de Esmeraldas.

AREA DE ESTUDIO

Servicio de centro quirúrgico y hospitalización del Hospital del IESS de Esmeraldas, en el período comprendido entre Enero a Junio del 2014.

UBICACIÓN

El hospital del IESS está situado en la ciudad de Esmeraldas en la calle Colón entre Eloy Alfaro y Guayas.

UNIVERSO

El universo que se tomó para esta investigación fue 150 los usuarios que han sido intervenidos quirúrgicamente por el servicio de cirugía general; durante el periodo comprendido en el estudio realizado en el Hospital del IESS de Esmeraldas.

POBLACIÓN

Se incluyeron a todos los usuarios que se les presentaron complicaciones de apendicectomías de Cirugía General y Hospitalización del Hospital IESS de Esmeraldas en el período comprendido de Enero a Junio del 2014.

MUESTRA

La muestra escogida para la Investigación fue de 80 usuarios con complicaciones de apendicectomías que asistieron al Hospital del IESS de Esmeraldas.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas e instrumentos que se utilizaron en esta investigación son:

1.- OBSERVACIÓN:

Porque se observó directamente las Historias Clínicas (HC) de usuarios con complicaciones de apendicectomía en el Hospital del IESS de Esmeraldas.

Además si existe o no el manejo de protocolos o programas del Ministerio de Salud Pública, el uso adecuado o inadecuado del mismo.

2.-ENCUESTA:

Se aplicó un cuestionario el cual fue dirigido: Usuarios intervenidos quirúrgicamente en el hospital del IESS de Esmeraldas.

ANÁLISIS DE DATOS

PROCEDIMIENTO

- **SEGUIMIENTO**

Durante 5 días a la semana, se acudió al Servicio de Estadística del Hospital del IESS de ESMERALDAS, para revisar las historias clínicas de los pacientes del Servicio de Cirugía General que fueron intervenidos quirúrgicamente.

Se incluyeron todas las historias clínicas de los pacientes con apendicitis intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía General de Enero a Junio del 2014. Se excluyeron las historias clínicas de pacientes con datos incompletos.

Los datos obtenidos se registraron en el formulario del estudio.

✓ ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización del presente protocolo se obtuvo la autorización de las autoridades del centro hospitalario involucrado.

✓ ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico de todos los datos obtenidos de las historias clínicas fueron registrados y detallados en una base de datos EXCEL, que luego fueron analizados mediante pruebas de estudio descriptivo.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados del estudio se los realizó en base a tablas, barras y pasteles.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes sometidos a apendicectomía de quienes se pudo obtener toda la información a través de la ficha de recolección de datos.

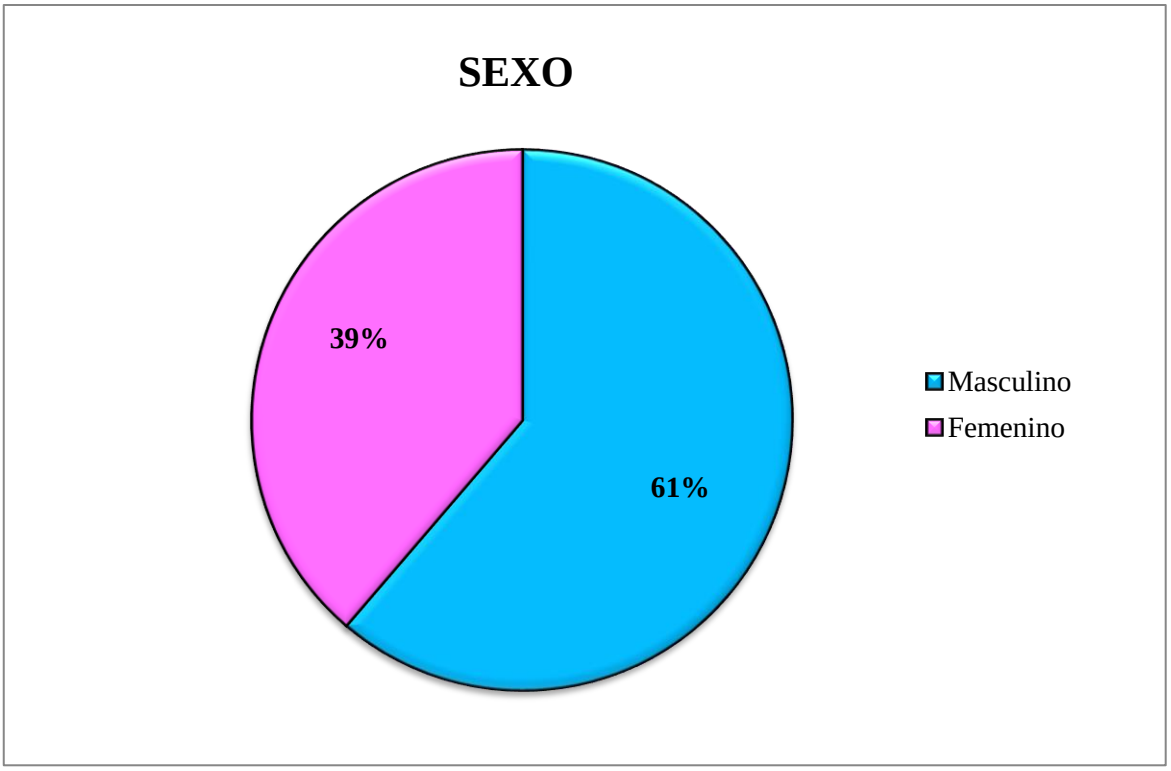
- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**
  - ✓ Historias clínicas incompletas.
  - ✓ Otras patologías.

TABLA # 1

DISTRIBUCION DEL NÚMERO DE USUARIOS INTERVEDIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE APENDICECTOMÍA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE ESMERALDAS ENERO-JUNIO 2014

SEXO	#	%
Masculino	49	61
Femenino	31	39
TOTAL	80	100

GRAFICO # 1



FUENTE: Historias Clínicas Hospital IESS de Esmeraldas
ELABORADO POR: Mariuxi Klinger Méndez

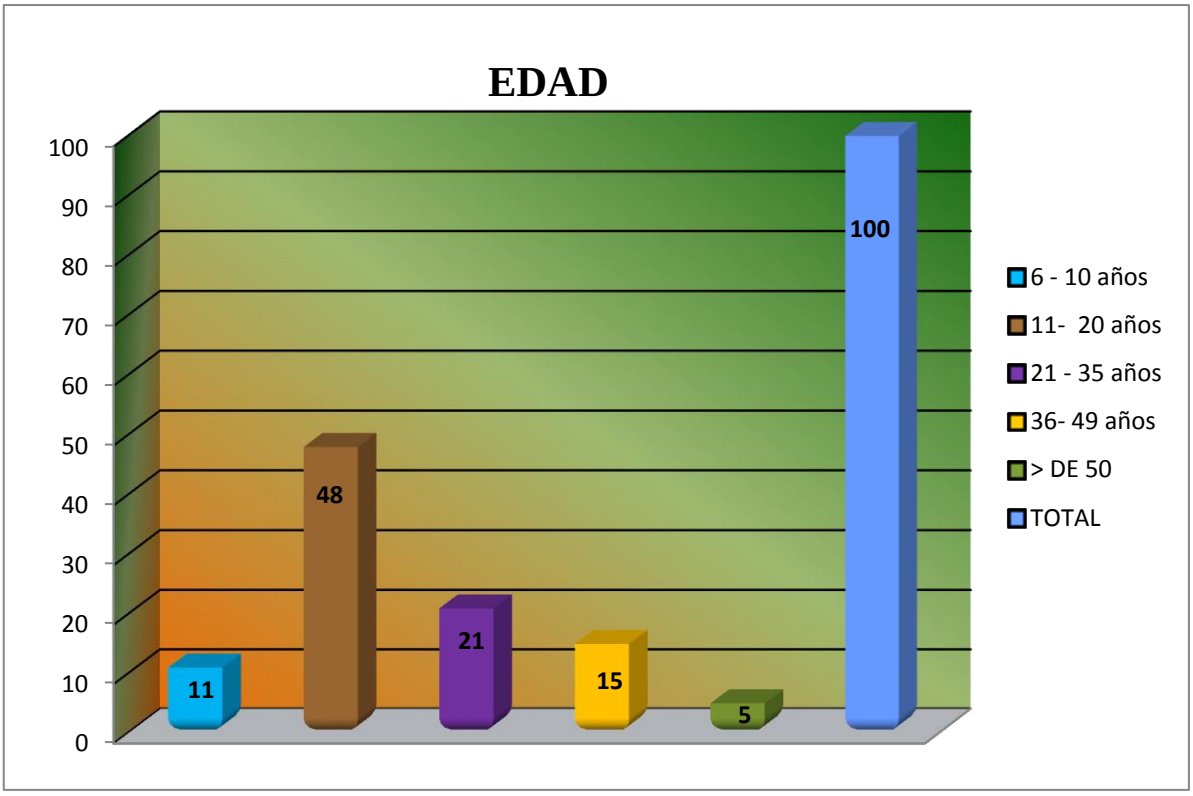
ANALISIS: El gráfico nos demuestra que de las 80 intervenciones quirúrgicas que se llevaron a cabo por apendicitis el 61% fueron realizadas al sexo masculino, mientras que el 39% son de sexo femenino.

TABLA # 2

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETAREO DE USUARIOS APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE ESMERALDAS ENERO-JUNIO 2014

EDAD	#	%
6 - 10 años	9	11
11- 20 años	38	48
21 - 35 años	17	21
36- 49 años	12	15
> DE 50	4	5
TOTAL	**80**	**100**

GRAFICO # 2



FUENTE: Historias Clínicas Hospital IESS de Esmeraldas y usuarios.

ELABORADO POR: Mariuxi Klinger Méndez

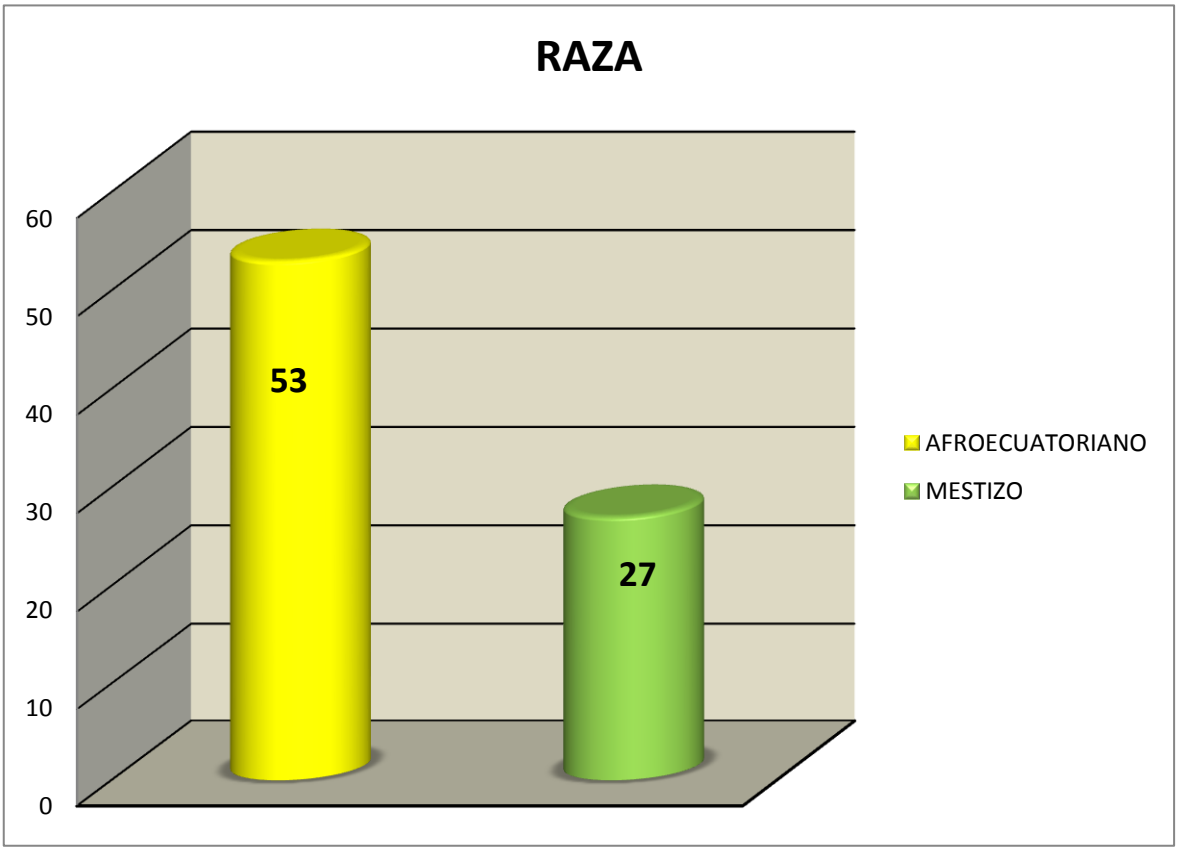
ANALISIS: Según los datos obtenidos de esta investigación nos permiten identificar que el 48% de los usuarios operados con diagnósticos de Apendicitis corresponden al intervalo de edades de 11 - 20 años, el 21% están entre los 21 – 35 años, el 15% entre los 36 - 49 años, 5% entre 50 ó más años de edad.

TABLA # 3

DISTRIBUCIÓN POR RAZA DE USUARIOS APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE ESMERALDAS ENERO-JUNIO 2014

RAZA	#	%
AFROECUATORIANO	**53**	66
MESTIZO	**27**	34
TOTAL	**80**	100

GRAFICO # 3



FUENTE: Historias Clínicas Hospital IESS de Esmeraldas y usuarios..
ELABORADO POR: Mariuxi Klinger Méndez

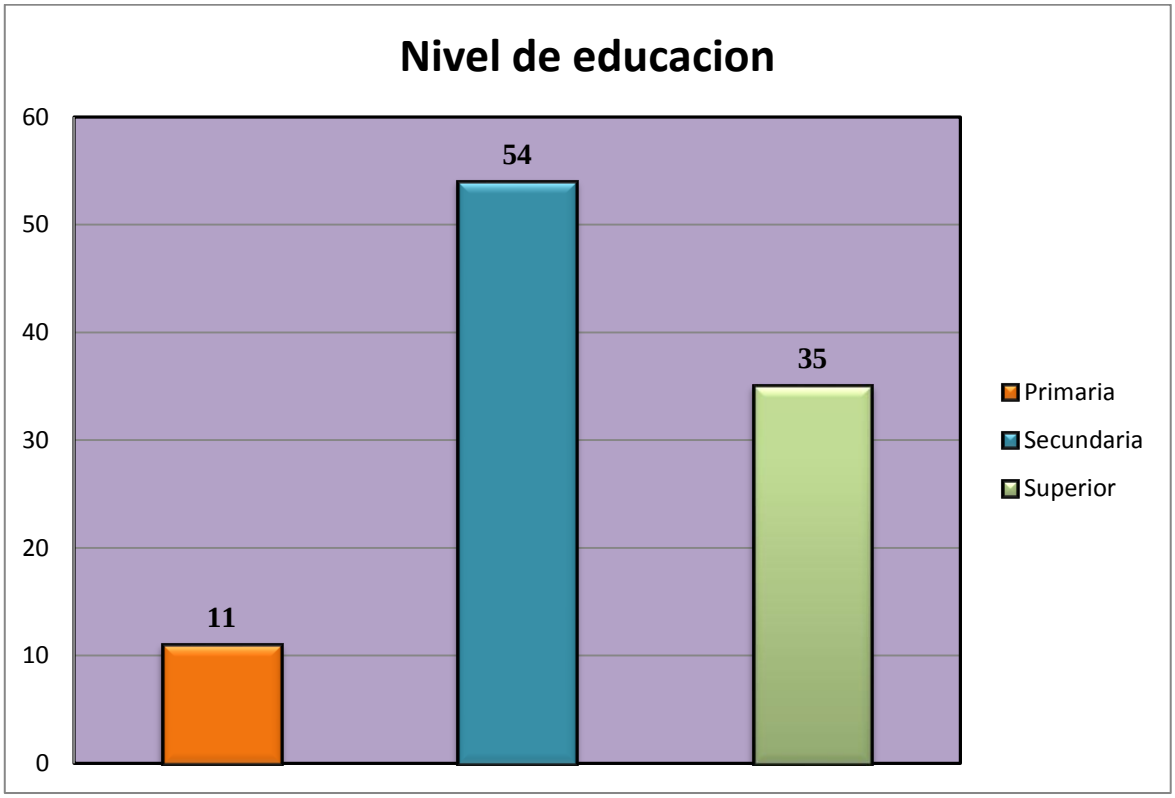
ANÁLISIS: Según los datos obtenidos de esta investigación nos permiten identificar que la raza que predomina de los usuarios operados con diagnósticos de Apendicitis es de afroecuatorianos que equivale al 53%, mientras el 27% corresponde a los de raza mestiza.

TABLA # 4

DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE EDUCACION DE USUARIOS APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE ESMERALDAS ENERO-JUNIO 2014

TIPO	#	%
Primaria	9	
Secundaria	43	
Superior	28	
Total	80	

GRAFICO # 4



FUENTE: Historias Clínicas Hospital IESS de Esmeraldas
ELABORADO POR: Mariuxi Klinger Méndez

ANALISIS: De acuerdo al gráfico y a los datos obtenidos de esta investigación nos permiten identificar que el 54% corresponde a nivel secundaria de usuarios intervenidos quirúrgicamente. Seguido del nivel superior con un 35%, y un 11% corresponde a la primaria

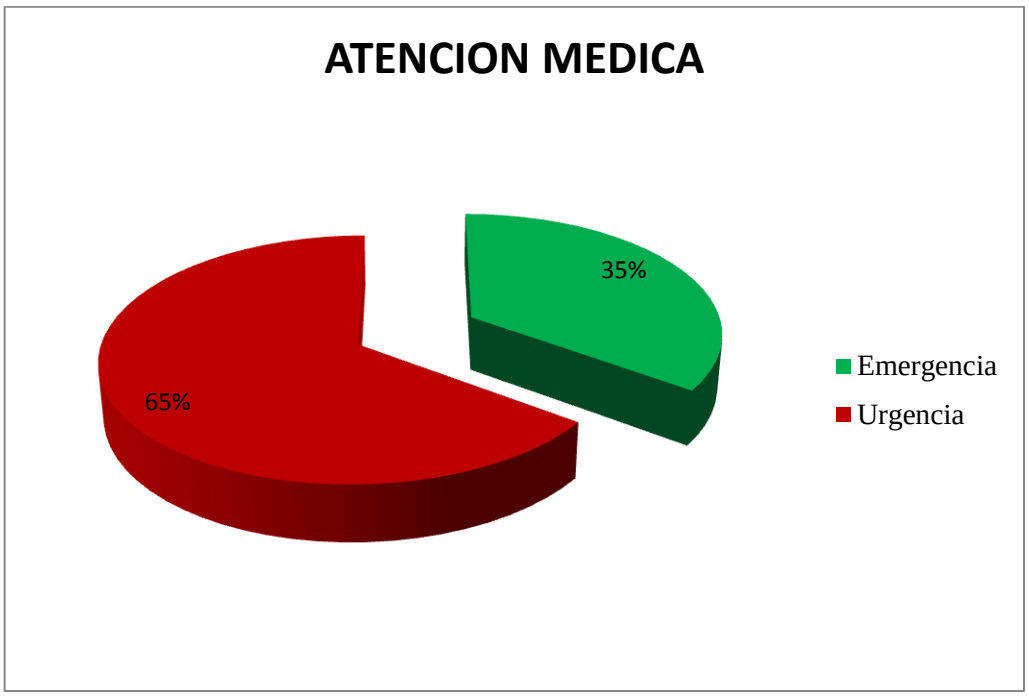
Lo que demuestra que las apendicitis podrían darse con mayor frecuencia en el nivel primario por factores como el estrés, alimentación, entre oros.

TABLA # 5

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE POR APENDICITIS SEGÚN LA EMERGENCIA O URGENCIA PRESENTADA EN EL HOSPITAL IESS DE ESMERALDAS ENERO-JUNIO 2014

TIPO	#	%
Emergencia	28	35
Urgencia	52	65
TOTAL	80	100

GRAFICO # 5



FUENTE: Historias Clínicas Hospital IESS de Esmeraldas
ELABORADO POR: Mariuxi Klinger Méndez

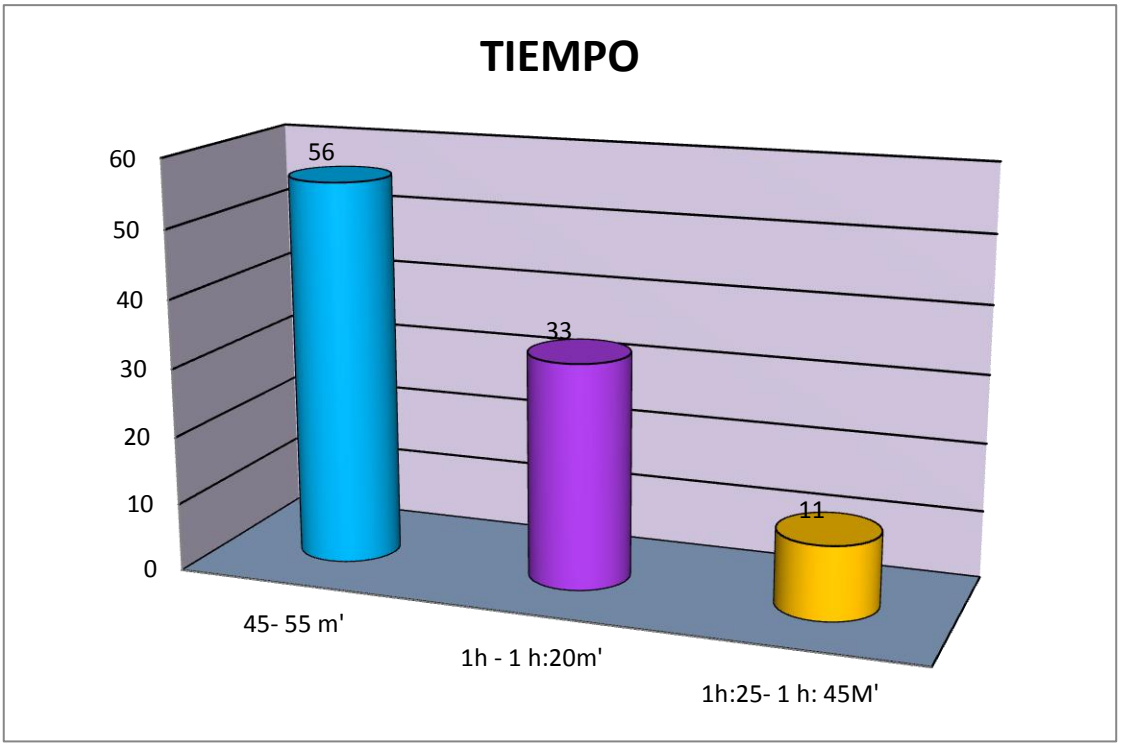
ANALISIS: En este gráfico se puede observar que de las 80 intervenciones realizadas por apendicitis el 65 % se realizaron de manera urgente, mientras que el 35% fueron de emergencias ya que tuvieron que esperar por una valoración adecuada y ser diagnosticada eficazmente lo que no puso en riesgo la vida del usuario.

TABLA # 6

DISTRIBUCIÓN POR TIEMPO DE CIRUGIA DE USUARIOS APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE ESMERALDAS ENERO-JUNIO 2014

TIEMPO	#	%
45- 55 m'	45	56
1h - 1 h:20m'	26	33
1h:25- 1 h: 45M'	9	11
TOTAL	80	100

GRAFICO # 6



FUENTE: Historias Clínicas Hospital IESS de Esmeraldas y usuarios
ELABORADO POR: Mariuxi Klinger Méndez

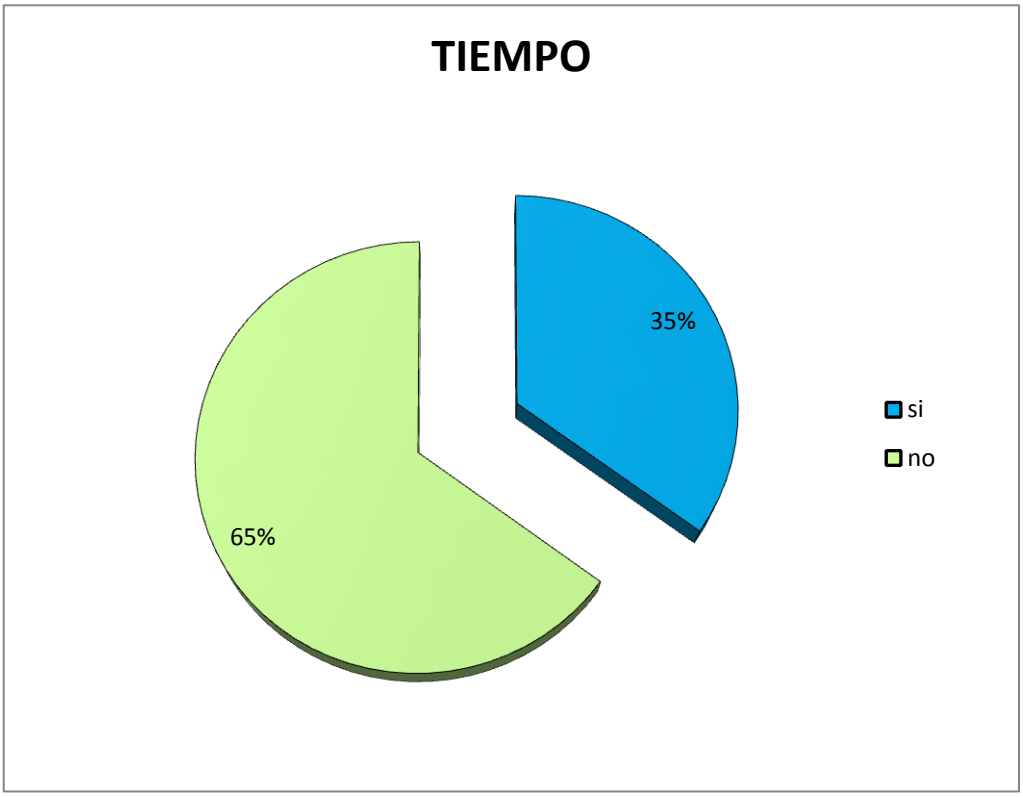
ANALISIS: Según los datos estadísticos de esta investigación el 56 **%** de los encuestados su cirugía duró cerca de 45-55min de 45 personas intervenidas, mientras que el 11% duró mucho mas con 1h:24min – 1h:45min lo que demuestra que posiblemente se presentó complicaciones en el transoperatorio por peritonitis.

TABLA# 7

DISTRIBUCIÓN DE EXPLICACION DE PROCEDIMENTO DE QUIRURGICO EN USUARIOS APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE ESMERALDAS ENERO-JUNIO 2014

TIPO	#	%
Si	28	35
No	52	65
TOTAL	80	100

GRAFICO # 7



FUENTE: Historias Clínicas Hospital IESS de Esmeraldas y usuarios
ELABORADO POR: Mariuxi Klinger Méndez

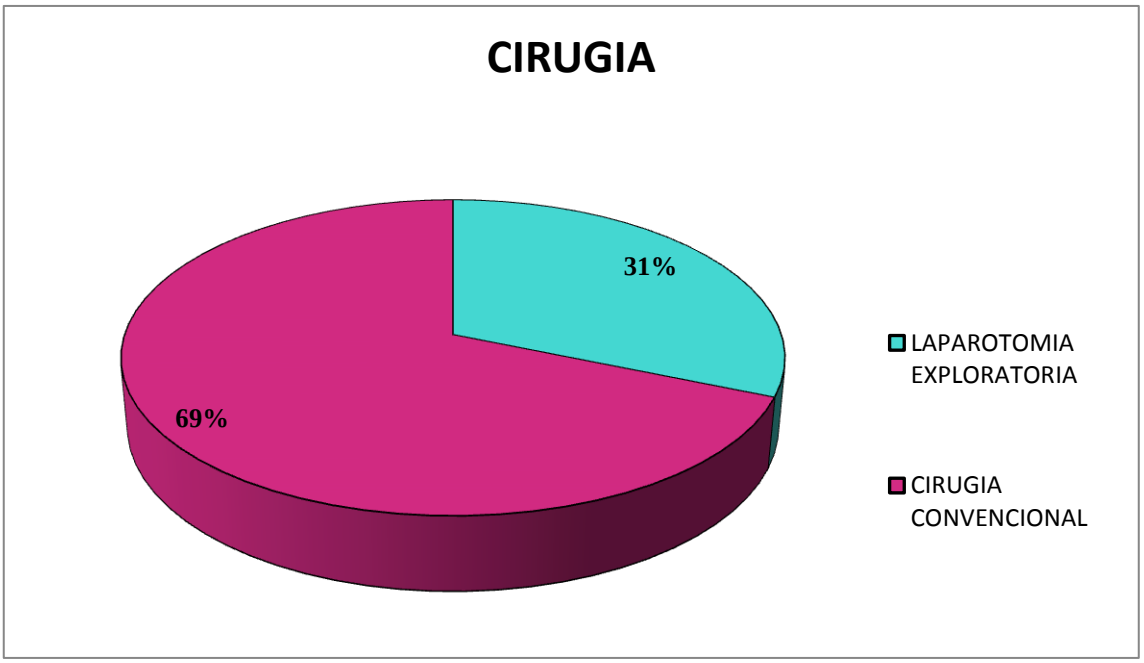
ANALISIS: El 65% de los usuarios encuestados dijo que no se le explicó el procedimiento quirúrgico que se le realizaría, mientras el 35% si se le explicó igualmente al familiar este conocimiento le da más tranquilidad a ambos ya que así podrán estar más tranquilos al momento de la intervención quirúrgica.

TABLA # 8

DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE EDUCACION DE USUARIOS APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE ESMERALDAS ENERO-JUNIO 2014

TIPO	#	%
LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	25	88
CIRUGIA CONVENCIONAL	55	12
TOTAL	80	100

GRAFICO # 8



FUENTE: Historias Clínicas Hospital IESS de Esmeraldas
ELABORADO POR: Mariuxi Klinger Méndez

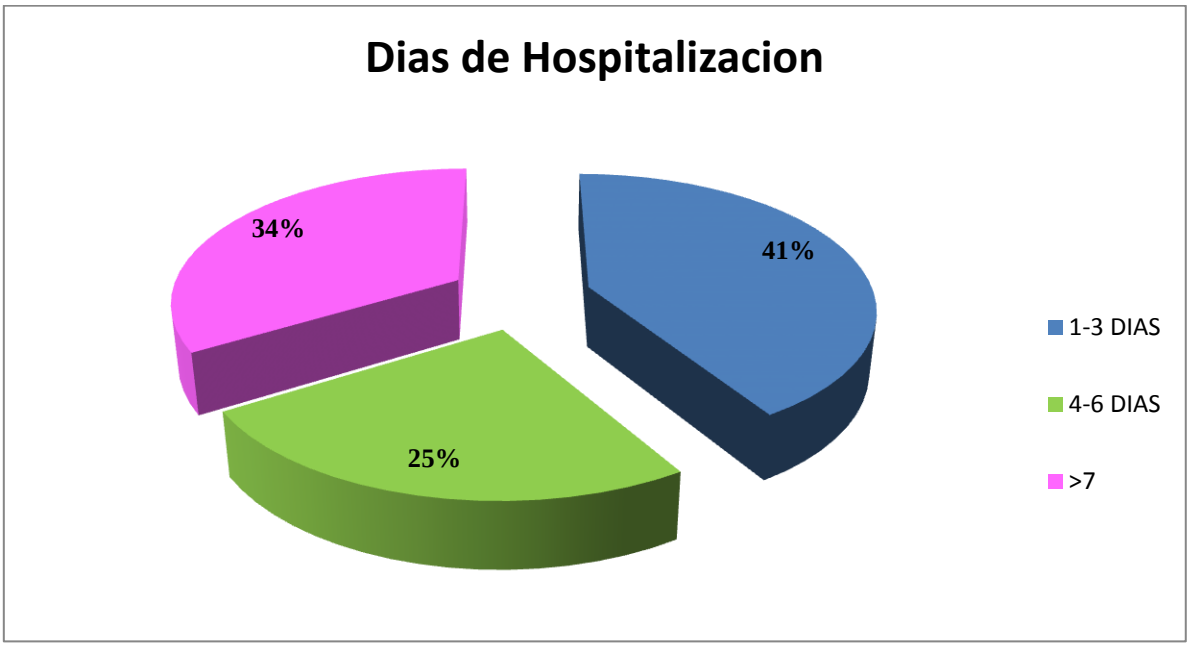
ANALISIS: De acuerdo a los resultados obtenidos el 31% equivale a que se le realizó laparotomía exploratoria, mientras en un mayor rango del 69 %a cirugía convencional.

TABLA # 9

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE USUARIOS APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS QUE ESTUVIERON HOSPITALIZADOS POR COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL IESS DE ESMERALDAS ENERO-JUNIO 2014

TIPO	#	%
1-3 DIAS	33	41
4-6 DIAS	20	25
>7	27	34
TOTAL	80	100

GRAFICO # 8



FUENTE: Historias Clínicas Hospital IESS de Esmeraldas y usuarios
ELABORADO POR: Mariuxi Klinger Méndez

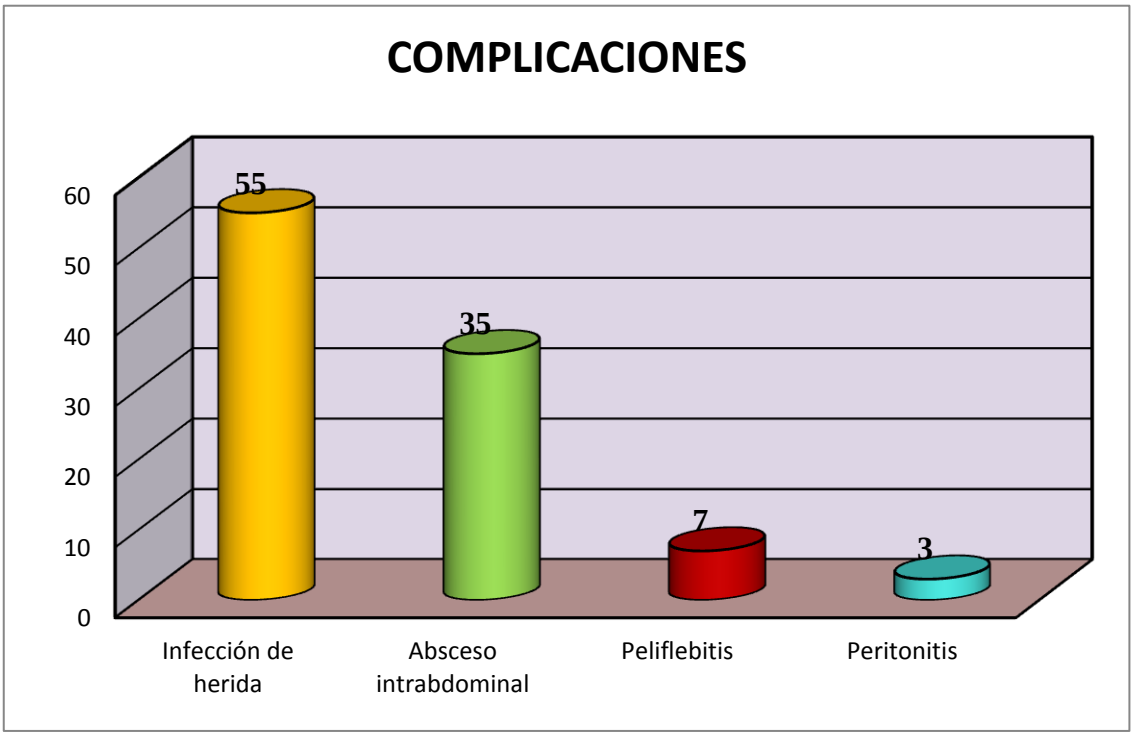
ANALISIS: Según los resultados de esta investigación el 41% de los usuarios encuestados estuvo hospitalizado de 1-3 días, mientras el 34% si debido a otro tipo de complicaciones se quedo por más de 7 días

TABLA # 10

DISTRIBUCIÓN DE FRECENCIA POR COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE USUARIOS APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE ESMERALDAS ENERO-JUNIO 2014

TIPO	#	%
Infección de herida	44	55
Absceso intrabdominal	28	35
Peliflebitis	6	7
Peritonitis	2	3
TOTAL	80	100

GRAFICO # 8



FUENTE: Historias Clínicas Hospital IESS de Esmeraldas y usuarios

ELABORADO POR: Mariuxi Klinger Méndez

ANALISIS: Este gráfico nos demuestra que según el tipo de complicación que se presentaron en los usuarios intervenidos por apendicectomía el 55% presento herida infectada, mientras que el 35% absceso de intraabdominal seguido del 7% de las peliflebitis y un 3% peritonitis.

DISCUSION

La apendicitis aguda, descrita desde 1886, es la emergencia quirúrgica más común. Tiene su mayor incidencia durante la adultez joven y su menor incidencia en niños y adultos mayores. Su diagnóstico se basa en una historia clínica completa, un examen físico bien orientado y en una adecuada interpretación de los exámenes de laboratorio y gabinete. A pesar de ser una entidad de resolución quirúrgica, su tratamiento engloba diferentes aspectos médicos.

En algunas investigaciones, las complicaciones luego de una apendicectomía por apendicitis tienen lugar en cerca del 20,0 % de los pacientes.[4] Todos afirman que la infección del sitio operatorio es la complicación más frecuente de la apendicectomía, la que ocurre en 30,0 a 50,0 % de los intervenidos, seguida de los abscesos intraabdominales y de las gastrointestinales (íleo paralítico posoperatorio).

En esta investigación, las complicaciones se produjeron en 80 usuarios intervenidos quirúrgicamente por apendicectomía, para el 21,1 % del total. Aquí también las infecciones de la pared fueron las de mayor frecuencia, encabezadas por las de absceso de intraabdominal, seguidas de peliflebitis y peritonitis en ese orden.

Algunos autores opinan que la infección del sitio operatorio depende de muchos factores, entre los que se citan: la virulencia del germen causal, la respuesta del paciente a la infección, la habilidad del cirujano, el criterio para determinar que existe una infección, así como el estado del apéndice en el acto quirúrgico, señalando que la frecuencia de esta complicación abarca desde el 5,0 % para las apendicitis tempranas hasta el 75,0 % de las perforadas.[5] No obstante, el 55% presentó herida infectada, mientras que el 35% absceso de intraabdominal seguido del 7% de las peliflebitis y un 3% peritonitis respectivamente.

[4]Patiño JF, Escallón-Mainwaring J, Quintero G, *et al*. Herida e infección quirúrgica. Curso avanzado para cirujanos. Comité de Infecciones de la Federación Latinoamericana de Cirugía. Santafé de Bogotá, Colombia; 2001.

[5] Patiño JF, Escallón-Mainwaring J, Quintero G, *et al*. Herida e infección quirúrgica. Curso avanzado para cirujanos. Comité de Infecciones de la Federación Latinoamericana de Cirugía. Santafé de Bogotá, Colombia; 2001.

La indicación de la vía laparoscópica se decidió por el especialista, sin un protocolo establecido y por comenzar a realizarse este tipo de cirugía en urgencias en el hospital, se seleccionaron pacientes, en los cuales no había dudas diagnósticas, especialmente varones delgados o en los de acceso dificultoso (obesos, laparotomizados), y no se efectuó en los de diagnóstico incierto (mujeres, edad avanzada) a diferencia de otras series.[6]

Se considera importante señalar una posible complicación específica tras apendicectomía (*postlaparoscopic appendectomy complication;* PLAC, por sus siglas en inglés) descrita por *Serour* en 2005.[7] Se trata de una infección intraabdominal, sin formación de absceso, desarrollada en pacientes dados de alta tras un posoperatorio sin incidencias, cuyos criterios para el diagnóstico son:

- **Clínico:** Apendicectomía no complicada, estado asintomático al egreso hospitalario, aparición de dolor en cuadrante inferior derecho, fiebre y leucocitosis luego del alta.
- **Anatomopatológico:** Apendicitis no complicada; se excluyen las gangrenosas o perforadas.
- **Ecográfico:** Asas de intestino con paredes engrosadas, grasa mesentérica edematosa o líquido libre, sin imagen evidente de colección intraperitoneal.

Estos resultados obliga a considerar que la forma histopatológica no es la única que incide en la aparición de la infección del sitio operatorio y que la aplicación de un procedimiento quirúrgico idóneo ocurre como factor decisivo en la prevención de esta.

Se reportaron a 44 usuarios se les presentó herida infectada (55%), mientras a 28 absceso intraabdominal (28%), 6 peliflebitis (7%) y a 2 peritonitis (3%).

[6]Aguiló J, Peiró S, Muñoz C, García del Caño J, Garay M, Viciano V, *et al.* Efectos adversos en la cirugía de la apendicitis aguda. Cir Esp. 2005;78:312-7.
[7]Serour F, Witzling M, Gorenstein A. Is laparoscopic appendectomy in children associated with an uncommon postoperative complication? Surg Endosc. 2005; 19:919-22.

Otros autores expresan al respecto que la profilaxis fundamental de la infección del sitio quirúrgico se basa en una técnica operatoria adecuada, la cual se minusvalora frecuentemente en la actualidad.[8]

La apendicitis se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, como ocurrió en esta investigación, por cuanto el análisis de los distintos grupos de edades arrojó diferencias estadísticamente significativas que corresponden al intervalo de edades con un 48% los de 11 - 20 años, seguido del 21%, entre los 21 – 35 años, el 15% de 36 - 49 años, y un 5% entre 50 ó más años de edad.

Las complicaciones que aparecieron en este trabajo se demuestran que en ambas razas afroecuatorianos que equivale al 53%, mientras el 27% corresponde a los de raza mestiza. De las intervenciones quirúrgicas que se llevaron a cabo el 61% fueron realizadas al sexo masculino, mientras que el 39% son de sexo femenino.

Como en otros procedimientos, la apendicectomía se beneficia de todas las ventajas del abordaje laparoscópico: menor dolor, menor estancia hospitalaria, menor índice de infección de la herida quirúrgica y mejor resultados estéticos.

[8] Aguiló J, Peiró S, Muñoz C, García del Caño J, Garay M, Viciano V, *et al.* Efectos adversos en la cirugía de la apendicitis aguda. Cir Esp. 2005;78:312-7.

CONCLUSIONES

Al término de este trabajo investigativo se establecieron las siguientes conclusiones:

1. Los factores de riesgos para que se presentan en las complicaciones en el trans y postoperatorio en pacientes sometidos a apendicectomía son la edad, mujeres embarazadas, obesidad, diabetes, enfermedad crónica del corazón o pulmón, retraso en la recepción del tratamiento, cierre inadecuado de la herida, aumento de presión intraabdominal**.**

2. **L**a incidencia de las complicaciones en el trans y post operatorio en usuarios con apendicectomía se da en los afroecuatorianos con un 66% as complicaciones aumentaron en relación con la edad, la aparición de tales complicaciones puede ser causa de reintervenciones y de aumento de la estadía hospitalaria.

3. Las causas y consecuencias para que se produzcan las complicaciones trans y postquirúrgica son hemorragia, peritonitis, infecciones de herida, tratamiento tardío.

4. Los tipos de complicaciones en trans y post operatorio en usuarios con apendicectomía fueron infecciones en la herida quirúrgica, absceso intraabdominal y peritonitis.

5. Se estableció un manual de protocolos de abordaje diagnóstico y terapéutico utilizados en el paciente a nivel pre-operatorio, trans-operatorio y post-quirúrgico y su posible asociación con las complicaciones post-quirúrgicas.

6. El profesional de enfermería debe planificar y ejecutar acciones que ayuden a este paciente o usuario a saber cómo llevar su enfermedad y sobre todo educarlo para que este se adapte y se reincorpore a su vida diaria de la mejor manera.

RECOMENDACIONES

- Para evitar que las apendicitis se compliquen y pongan en riesgo la vida de los usuarios que acuden a este establecimiento de salud el personal debe estar capacitado para diagnosticar con eficiencia y eficacia las apendicitis reanalizando una historia clínica minuciosa y un examen físico completo al usuario que llega por atención medica diferenciando que es una urgencia y una emergencia.

- Que las autoridades que están al frente de esta institución faciliten los medios diagnósticos complementarios, como servicio de imagenologia, laboratorio, que permita valorar y diagnosticar a tiempo y solucionarle al usuario su problema de salud.

- Se le debe recomendar a toda persona que acuda al centro asistencial más cercano en caso de presentar cualquier tipo de dolor abdominal agudo (súbito) que dure más de 6 horas (un indicativo probable de apendicitis).

- Cuando tenga dolor abdominal no tome antibióticos ni calmantes del dolor (analgésicos) ni medicamentos para los cólicos (antiespasmódicos) que no hayan sido prescritos, pues pueden enmascarar el dolor y el diagnóstico de apendicitis favoreciendo a la perforación del apéndice, convirtiendo un caso sencillo en uno complicado y riesgoso para la vida.

- No se debe aplicar calor en la zona afectada porque puede facilitar que la infección se propague.

- Se deben realizar sesiones educativas a todas los usuarios acerca de la apendicitis, sus complicaciones y como actuar en caso de tener los síntomas.

GLOSARIO

Abdomen Agudo: Todo proceso patológico intraabdominal, de reciente inicio, que cursa con dolor, repercusión sistémica y requiere de un rápido diagnóstico y tratamiento.

Absceso Apendicular: Acumulación de pus producida en general por una infección bacteriana o parasitaria en el sitio anatómico del apéndice.

Anestesia: Falta o privación general o parcial de la sensibilidad, artificialmente producida

Apendicectomía: Es la remoción quirúrgica del apéndice cecal.

Flemón Apendicular: Inflamación aguda del tejido celular en el apéndice.

Laparoscopia: Es una técnicas de endoscopia que permite la visión de la cavidad pélvica-abdominal con la ayuda de un tubo óptica través de una fibra óptica por un lado se transmite la luz para iluminar la cavidad, mientras que se observan las imágenes del interior con una cámara conectada a la misma fibra.

Peritonitis.- Se define peritonitis como el proceso inflamatorio general o localizado de la membrana peritoneal secundaria a una irritación química, invasión bacteriana, necrosis local o contusión directa.

BIBLIOGRAFIA

1. Hernández, Guillermina y Aguayo Rebeca (2003) Técnica Quirúrgica en Enfermería. Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V. México, D.F.
2. DICCIONARIO DE MEDICINA OCEANO MOSBY. (1996). OCEANO GRUPO EDITORIAL, S.A. EDICIÓN: 4ta. BARCELONA-ESPAÑA.
3. Kotcher, Joanna, Fuller, CST, BA, BSN, MPH. (2007) Instrumentación quirúrgica: "Teoría, Técnicas y Procedimientos. Edición 4ta. Editorial: Médica Panamericana S.A. México".
4. Beers, Marh, M.D., y Berkow, Robert. (1999).
5. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. Ediciones HARCOURT., S.A. España.
6. Rodriguez G. Análisis de apendicetomías en menores de 13 años. Acta Med Cost 2003
7. Bahena-Aponte J. Estado actual de la apendicitis. Medica sur 2003;10(3):122-128
8. Piedraa FG, Morales GD, Marcoc JB, et al. Apendicitis aguda complicada. Abordaje abierto comparado con el laparoscópico Cir Esp 2008;83(6):309-312.
9. Berne T, Ortega A: Apendicitis y absceso apendicular.
10. Beltran S Marcelo, Villar M. Raul, Cruces B Karina (2004). Sintomatología Atípica en 140 pacientes con apendicitis. Revista Chilena de Cirugia, Vol 56-N3, 269-274.
11. Rodriguez, G; Herrera, I. "Revisión de casos operados con diagnóstico clínico de apendicitis aguda en pacientes" . Acta Médica Costarricense. San José: 45 (2): 19 – 27 Jun 2003
12. IMSS, Diagnóstico de Apendicitis Aguda, 2009 (actualizada el 12 de Octubre 2009; acceso 21 de Mayo 2010), Disponible en: http://www. saludlandia.com/images/docs/APENDICITIS.pdf
13. Muñoz, M; Moreno, E; Enfermedades benignas y malignas del apéndice vermiforme". En: Takahashi, Takeshi. Colon, recto y Ano. 1 ed. México DF: Ed. ETM. 2003. P. 379 – 82.Pp.
14. Castorena AG. Medicina Perioperatoria. Edit. Prado, ed 1ra. 2008; pp 62-63.

15. Sauerland S, Lefering R, Neugebauer EAM. Cirugía laparoscópica versus cirugía abierta en pacientes con sospecha de apendicitis, Rev Cochrane 2008

16. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2007.

WEBGRAFIA

1. INTERNET
2. WWW.GOOGLE.COM
3. American Gastroenterological Association (Asociación Americana de Gastroenterología)
4. American College of Gastroenterology (Colegio Americano de Gastroenterología)
5. http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/lc0026.pdf

INTRODUCCION

La apendicectomía es la extirpación del apéndice como tratamiento de la apendicitis.

La apendicectomía se lleva a cabo para prevenir que el apéndice inflamado se perfore y provoque una peritonitis (inflamación de la membrana que recubre el abdomen) o un absceso abdominal.

La apendicitis aguda suele ser muy difícil de diagnosticar, como he dicho anteriormente, y a veces para prevenir complicaciones (perforación, infección, absceso, peritonitis), que pueden ser peligrosas, se realiza una laparotomía, aunque sólo se sospeche que pueda existir una apendicitis. En tales casos se extirpa el apéndice, aunque presente un estado normal, para prevenir la posibilidad de una futura apendicitis.

OBJETIVO

Proporcionar los conocimientos teóricos de la apendicitis, enfocados especialmente a la fisiopatología y los cuidados de enfermería, que nos permitan abordar la problemáticamédico-quirúrgica en sus aspectos asistenciales y preventivos.

ESPECIFICO:

- Identificar las complicaciones de la apendicectomía prevención y tratamiento
- Utilizar el proceso de enfermería con marco de referencia para el cuidado de paciente con apendicitis.
- Enseñar al paciente las necesidades asistenciales en el hogar después de ser sometido a una intervención quirúrgica.
- Describir las responsabilidades de la enfermera para satisfacer las necesidades del paciente.
- Garantizar la recuperación después de la intervención quirúrgica.
- Valorar de manera adecuada los signos de apendicitis.
- Brindar seguridad al paciente en el periodo pre y postoperatorio
- Valorar signos vitales.
- Brindar comodidad al paciente durante su estancia hospitalaria

CUIDADOS PREOPERATORIOS GENERALES EN TODA CIRUGÍA

El período preoperatorio comienza cuando el paciente se programa para una intervención quirúrgica y termina en el momento en que es trasladado al quirófano.

La función principal de la enfermera antes de la operación es la de informar al paciente y los familiares de la rutina preoperatoria y de preparar al paciente para la intervención, tanto física como psicológica y espiritualmente.

VALORACIÓN POR PATRONES: Hª Clínica y valoración física

1.- PATRÓN DE PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

- ✓ **Edad:** Refleja la capacidad para tolerar la cirugía y la anestesia.
- ✓ **Enfermedades previas:** Historia actual y razón por la que ingresa, H de salud general, enfermedades crónicas (su tratamiento y control actual), enfermedades infecciosas que padezca.
- ✓ **Cirugías previas:** Intervenciones quirúrgicas anteriores y la tolerancia a la anestesia practicada.
- ✓ **Alergias:** Fármacos, alimentos y otras sustancias como esparadrapo, yodo, jabón etc.
- ✓ **Hábitos:** Tabaquismo, alcohol, drogas.
- ✓ **Medicación actual (fármacos prescritos y no prescritos)**

2.- PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

- ✓ Percepción de la persona sobre su estado nutricional, sus hábitos alimenticios, limitaciones dietéticas por alergias o por enfermedades (diabetes, hipertensión), problemas de peso, la existencia de antecedentes de problemas digestivos, hepáticos, metabólico.
- ✓ **Valoración de piel , pelo, uñas:** Integración de la piel, úlceras, erupciones, hematomas, edemas, incisiones, y también los patrones higiénicos del paciente.
- ✓ **Exploración física:** Observación del estado nutricional, estado de la cavidad bucal (dentadura postiza, caries), estado de piel y mucosas y edemas así como su

localización, palpación de piel, abdomen así como su auscultación; registro de peso y talla (relacionado con la dosificación de los fármacos anestésicos).

3.- PATRÓN DE ELIMINACIÓN URINARIA

- ✓ Patrón urinario y sus características, detectando la presencia de alguna alteración, ya que la función renal anormal puede disminuir el índice de excreción de los medicamentos preoperatorios y de los agentes anestésicos.

4.- PATRÓN DE ELIMINACIÓN FECAL

- ✓ Patrón y hábitos de eliminación fecal determinando las características de las deposiciones y la fecha de la última deposición.
- ✓ Presencia de alteraciones como estreñimiento diarrea, hemorroides, etc. y si utiliza laxantes o enemas.

5.- PATRÓN DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

En una intervención quirúrgica se precisa una correcta función ventilatoria y cardiovasculatoria, la presencia de alguna alteración de estos puede crear complicaciones en el periodo postoperatorio.

- ✓ Patrón de ejercicio y capacidad para llevar a cabo las actividades de autocuidado. Valorar el estado de movilidad. En general
- ✓ **Estado respiratorio:** Tabaquismo, enfermedad crónica pulmonar (EPOC), signos y síntomas de infección respiratoria, tipo y características de la respiración , frecuencia respiratoria, auscultación pulmonar (ruidos respiratorios, Campos pulmonares) y aspecto y simetría de tórax.
- ✓ **Estado del sistema cardiovascular:** Presión arterial, frecuencia cardíaca y ritmo cardiaco y se identifica la presencia de alteraciones (palpitaciones mareos, ortopnea, disnea, dolor en el pecho), auscultación del pulso central.

En el sistema vascular periférico hay que valorar la presencia de varices, flebitis. Palpar el pulso periférico y distales (pedio y tibial posterior), así como el trayecto venoso.

Estado del sistema musculo esquelético: Deformidades, osteoporosis, prótesis, artritis, que pueden evitar la colocación transoperatoria y postoperatoria adecuada.

6.- PATRÓN DE SUEÑO Y DESCANSO

Este patrón puede estar alterado a causa de la ansiedad que produce la intervención, como por ejemplo el insomnio preoperatorio.

- ✓ **Patrón de sueño habitual:** Horas que duerme, hora de acostarse, siestas durante el día, características del sueño, ayudas para dormir, rutinas.

7.- PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO

En este patrón se recogen datos acerca de los niveles de conocimiento, orientación y capacidad de obedecer una orden es una parte importante de la enseñanza de los cuidados pre y postoperatorios.

La comunicación interpersonal es esencial durante el proceso quirúrgico, por eso hay que identificar problemas en el lenguaje y la audición que impiden una comunicación eficaz.

Se valoran los órganos de los sentidos y el tipo de ayudas que utilizan: gafas, lentillas audífono…, también se valora la existencia de dolor y los métodos que utilizan para su control y tratamiento.

8.- PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN

- ✓ Estado reproductivo: última regla, menopausia.
- ✓ Exámenes de mama, testículos
- ✓ Uso de anticonceptivos: los hormonales aumentan el riesgo de problemas vasculares en el postoperatorio.
- ✓ Signos de infecciones vaginales como ginecológicas, actuales o pasadas
- ✓ Posibilidad de embarazo.
- ✓ Si tendrá la regla cuando se lleve a cabo la intervención.

9.- PATRÓN DE CREENCIAS Y VALORES

Conocer las creencias del paciente que le pueden ser de un punto de apoyo para superar la cirugía y la hospitalización.

Se debe tener en cuenta si el paciente necesita del servicio religioso.

10.- PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN Y AUTOESTIMA

- ✓ Información relacionada con la percepción del paciente sobre sus sentimientos, estado anímico y disposición frente a la cirugía y a la hospitalización. La enfermera debe escucharle e intentar solventar la ansiedad producida dando una información clara y concisa acerca de la intervención, también labor del cirujano y del anestesista.
- ✓ Informar sobre el servicio de psiquiatría que puede ayudar al paciente.

11.- PATRÓN DE RELACIONES INTERPERSONALES

Patrón referente al rol socio-laboral y las relaciones interpersonales del paciente. Es importante establecer una correcta relación interpersonal con el paciente y su familia para establecer una relación terapéutica de ayuda.

*Datos que hay que recoger: estado civil, nº hijos, persona responsable del paciente, ocupación laboral, preocupaciones económicas, personas de las que depende, cambios previstos en la familia o el trabajo relacionados con su hospitalización, y necesidad y disponibilidad de los servicios comunitarios de apoyo previstos para el alta.

Diagnósticos relacionados con el periodo preoperatorio

- o Déficit de conocimientos de la rutina preoperatoria relacionado con la falta de familiaridad con los procedimientos hospitalarios.
- o Ansiedad y temor en relación con la experiencia perioperatoria.

PRIORIDAD DE LA ENFERMERA

Preparar al paciente para las rutinas preoperatorias.

OBJETIVO:

La persona deberá recibir información y enseñanza sobre los aspectos relacionados con la cirugía, adaptados a su nivel cultural y expresar menos enseñanza después de la enseñanza.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:

- **Explicar al paciente los diversos aspectos de la rutina preoperatoria:** Hora de la operación, restricciones de sólidos y líquidos, tipo de anestesia, entorno de la sala de la anestesia y reanimación, y unidad de cuidados intensivos quirúrgicos, tipo de herida y apósito, tubos, drenajes y cuidados respiratorios postoperatorios. Incluir la demostración de retorno de la forma de toser, respirar profundamente, realizar la espirometría, inmovilizar la incisión y realizar ejercicios de piernas, para así prevenir complicaciones postoperatorias.
- Determinar el grado de comprensión del paciente sobre el procedimiento quirúrgico.
- Valorar las experiencias anteriores relacionadas con la cirugía y las consecuencias, la naturaleza de las preocupaciones y temores, y factores que afectan al aprendizaje.
- Documentar e informar de estos datos al resto del equipo para satisfacer las necesidades del paciente y asegurar la continuidad de los cuidados.
- Utilizar métodos de enseñanza eficaces y efectivos.

CRITERIOS DE RESULTADOS: Antes de la intervención quirúrgica el paciente expresará su comprensión de la rutina preoperatoria y demostrar las técnicas para prevenir las complicaciones después de la operación

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

LABORATORIO

Las pruebas preoperatorias de laboratorio tienen como finalidad obtener los datos de referencia del estado de salud del paciente y permitir la predicción de complicaciones.

- Análisis de orina/ Hemograma completo/ Tiempo de protrombrina y tiempo de tromboplastina parcial/ Determinación de electrolitos- Ionograma/ Grupo y Rh, y pruebas cruzadas/ Niveles en sangre de glucosa, creatinina y urea nitrogenada/

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: Ayuda a detectar anomalías respiratorias diversas.

ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES: Valora la función cardíaca. Esta prueba puede ir acompañada de un informe al servicio de cardiología si el paciente tiene problemas cardiovasculares y en todas las personas sanas mayores de 60 años.

ÓRDENES MÉDICAS - PREMEDICACIÓN

- El cirujano y el anestesista indican la prescripción de diversos fármacos que contribuyen a preparar al paciente para el acto quirúrgico. Dependen del tipo de infección.
- Sedantes; como tratamiento de la ansiedad preoperatoria.
- Anticoagulantes para pacientes con riesgo de desarrollar problemas circulatorios. Vía subcutánea.
- Antibióticos para reducir el riesgo de infección postoperatoria.
- Antihipertensivos.
- Antiarrítmicos para evitar complicaciones cardíacas durante la operación
- Corticosteroides para prevenir complicaciones.
- Agentes antidiabéticos-Insulina: reajustes de las dosis en el proceso quirúrgico, para ello se realizan perfiles glucémicos para realizar las correcciones adecuadas.
- Medicación preanestésica, se administra para disminuir la ansiedad, favorecer la inducción a la anestesia, disminuir las secreciones salivares y bloquear los impulsos vagales que pueden producir bradicardia. Suele ser un sedante y la administración de Atropina. La enfermera debe vigilar con regularidad al

paciente en el periodo preanestésico para advertir precozmente reacciones adversas a la medicación.

Consentimiento informado

- Para poder realizar la operación se necesita un consentimiento informado del paciente o de la persona responsable del mismo. El consentimiento implica que se ha proporcionado la información necesaria para entender la intervención, opciones disponibles, complicaciones, y riesgos de la cirugía y del procedimiento anestésico. La enfermera debe asegurarse de que este documento se firme, y para ello sirve de testigo. Si cree que el paciente no ha sido bien informado, se solicita al cirujano que aclare las dudas al paciente y familia.

CUIDADOS PREOPERATORIOS INMEDIATOS (ANTES DEL TRASLADO A QUIRÓFANO)

- Comprobar la identificación del paciente con la Hª clínica, haber recibido pruebas diagnósticas preoperatorias y haber administrado la pre medicación pautada por el médico y anestesista.
- Retirar todos los objetos de metal, prótesis, gafas, lentillas, joyas.
- Comprobar si el paciente se ha duchado con jabón antiséptico, comprobar el rasurado de la zona, si se ha quitado el esmalte de uñas, debe llevar el camisón quirúrgico.
- Comprobar si el paciente se mantiene en dieta absoluta (por orden médica).
- Colocar medias antitromboembólicas o vendajes elásticos si el paciente presenta un alto riesgo de trombo embolismo.
- Procurar que el paciente miccione antes de ser traslado a quirófano, dependiendo del tipo de cirugía se colocará una sonda vesical, para evitar que la vejiga esté distendida y puedan surgir complicaciones (retención urinaria).
- Comprobar si el enema ha hecho su efecto.

CUIDADOS ESPECÍFICOS DE LA APENDICECTOMÍA

Los cuidados preoperatorios de un paciente que va a ser apendicectomizado son los de la cirugía general (abdominal) y la anestesia general.

Como normalmente la apendicitis es un caso de urgencia por la probabilidad de que se produzca la perforación y consecuente peritonitis, es vital la rapidez en la ejecución de todos los preoperatorios.

Ante la sospecha de apendicitis, el personal debe adoptar de inmediato las siguientes medidas:

- Hª Clínica y valoración física, haciendo hincapié en el cuadro de dolor abdominal, aunque no presente las manifestaciones típicas ni la cronología característica. Tener presente la sintomatología que sugiere la perforación del apéndice: dolor abdominal intenso que puede ceder en el momento de la perforación, seguido de dolor abdominal importante con vientre en tabla, fiebre y shock.
- Pruebas diagnósticas de urgencia : Hemograma, Pruebas cruzadas, Grupo y Rh, pruebas de coagulación, e informe al Banco de Sangre por si se necesitaría transfundir, Rx de tórax y abdomen.ECG:
- Mantener en reposo total.
- Controlar con regularidad las constantes vitales: Pulso, Tensión arterial y Tª.
- Mantener al paciente con dieta absoluta hasta que se confirme el diagnóstico.
- Disponer lo necesario para los exámenes complementarios pertinentes.
- Una vez diagnosticado el cuadro, la intervención se llevará a cabo en pocas horas, o bien de urgencia si se produce alguna complicación. En caso de indicarse la intervención:
- Contactar con la unidad quirúrgica para disponer el traslado del enfermo al quirófano.
- Informar al paciente y familia de la intervención, resolviendo dudas para solventar la situación de ansiedad, y hacer de abogada cuando se firmen los consentimientos de la intervención y de la anestesia.
- Se prepara al paciente para la intervención: Enema, se le instaura una vía intravenosa para la administración de hidratación, y la premeditación prescrita

por el médico (antibióticos para evitar infección, y antiinflamatorios) y por el anestesista; sonda vesical para evitar retención urinaria, medias de compresión para mejorar el retorno venoso y evitar trombos, retirada de objetos metálicos, esmalte de uñas, gafas, lentillas, audífono, prótesis dentales. Se prepara la zona operatoria con el lavado con agua y jabón de la región abdominal; rasurado de la región pubiana y perineal y desinfección), colocación del camisón quirúrgico.

RIESGOS Y COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS INTRAOPERATORIAS.

- Lesión del complejo cecoapendicular por friabilidad inflamatoria.
- Desbalance electrolítico.
- Hemorragia por falla de ligadura de la arteria apendicular.

  Paro cardiorespiratorio, Arritmias, Trombosis venosa profunda, Tromboembolismo pulmonar, Neumonía por aspiración y falla renal..

RIESGOS Y COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS POSTOPERATORIAS INMEDIATAS, MEDIATAS Y TARDÍAS.

1.- POSTOPERATORIAS INMEDIATAS:

- Peritonitis localizada por falla del muñón apendicular o fístula cecal.
- Hemorragia por falla de ligadura de la arteria apendicular.
- Abscesos hepáticos, interasas o del Douglas.
- Íleo prolongado.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Cumplirle medidas de asepsia
- Vigilarle si presenta sangrado durante las próximas 24 horas
- Vigilarle signos vitales cada ½ hora.

2.- POSTOPERATORIAS MEDIATAS

- Dehiscencia del muñón apendicular.
- Atelectasia; Neumonía.
- Fístula estercorácea.
- De la herida: hematoma, infección, evisceración.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Vigilarle herida operatoria
- Medirle los signos vitales
- Realizarle curas diarias
- Recomendarle que deambule

3.- POSTOPERATORIAS TARDÍAS

- Absceso intraabdominal.
- Adherencias.
- Obstrucción mecánica: Producida por la presencia de bridas intestinales; más frecuentes en las apendicitis complicadas.
- Eventración
- Hernia incisional: A través de la incisión en fosa iliaca derecha con antecedentes de infección prolongada y drenaje grande en el sitio de la hernia.
- Infertilidad: Un absceso en fosa iliaca derecha en mujeres puede provocar obstrucción de las trompas hasta en un 31%.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Explicarle la importancia de que cumpla la antibioticoterapia
- Orientarle de cómo realizarse las curas
- Recomendarle como debe ser su alimentación los primeros meses (baja en grasas)

MODELOS DE ENFERMERÍA Y SU APLICACIÓN

TEORÍA DE ENFERMERÍA DOROTHEA OREM

La Enfermería como profesión ha sido practicada por más de un siglo. Sus teorías han evolucionado más rápidamente en las últimas décadas, a través de ellas se han podido ver los conocimientos de la práctica de la profesión al describir, explicar, predecir y controlar el fenómeno de Enfermería. Ha ayudado a desarrollar analíticamente las habilidades, cambios de pensamiento, claridad para evaluar y determinar los propósitos de la práctica de la Enfermería, la docencia y la investigación.

Dorotea E. Orem tiene influencia de la escuela de las necesidades. En su teoría del Déficit de Autocuidado, define el autocuidado como una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de la vida, la salud y el bienestar.

La idea de autocuidado como acción deliberada es muy útil. Esta idea tiene tres fases:

- **1ra. Fase:** En que la persona se hace consciente de que requiere algún tipo de acción.
- **2da. Fase:** En que la persona toma la decisión de seguir un curso particular de acción.
- **3ra. Fase:** En que la persona realiza la acción.

Los requisitos para el autocuidado son los objetivos que deben ser alcanzados mediante los tipos de acciones calificadas de autocuidado. Pueden dividirse en tres categorías:

- Requisitos universales de autocuidado: son comunes a todos los seres humanos a lo largo de la vida.
- Requisitos de autocuidado asociados al proceso de desarrollo.

- Requisitos de autocuidado asociados a las desviaciones del estado de salud.

La Teoría del Déficit de Autocuidado es el núcleo del modelo de Orem. Establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o desviadas de su salud, que los incapacita para el autocuidado contínuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar.

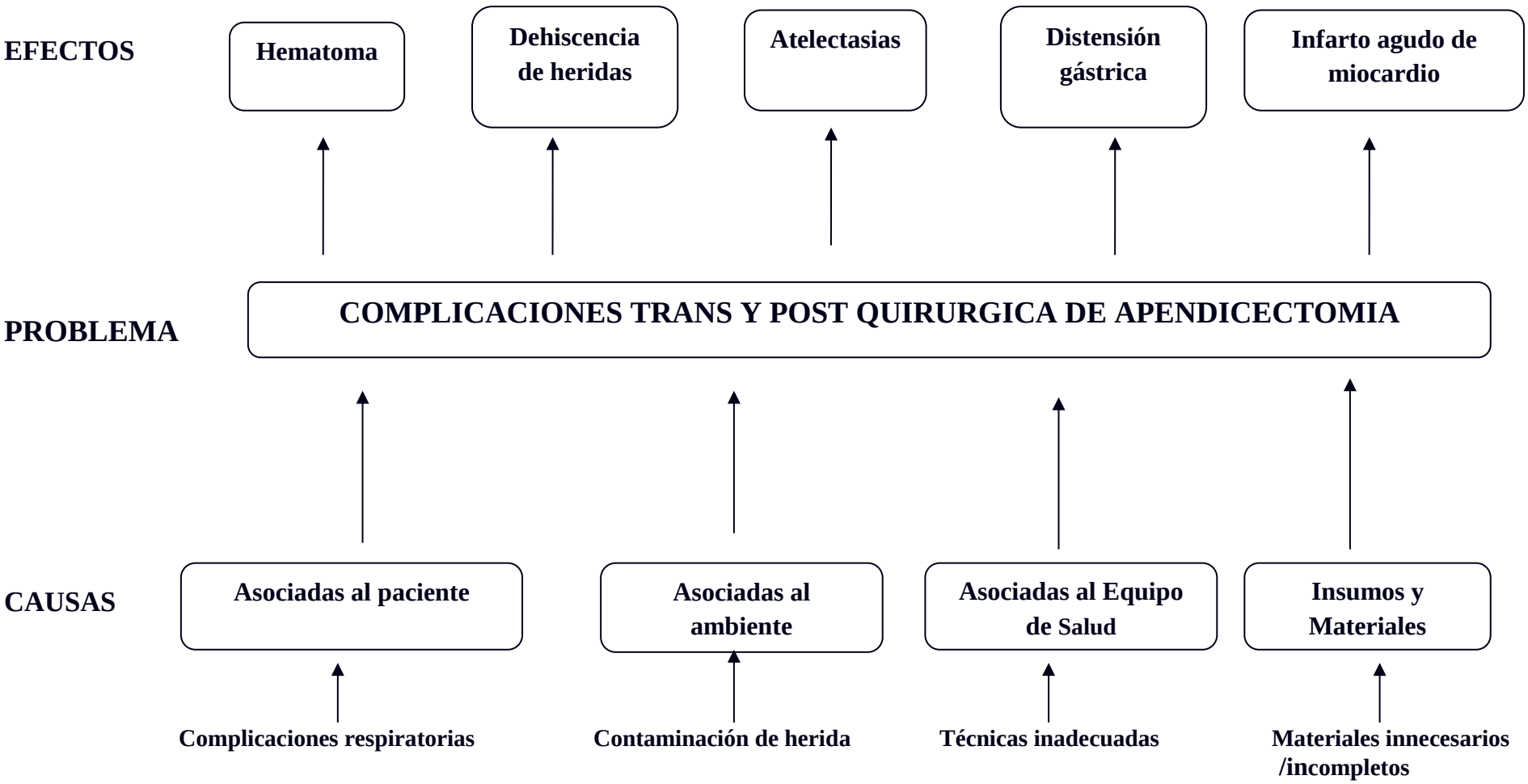
Los tres sistemas de Enfermería descriptos por Orem, dependen de las capacidades del paciente para autocuidarse. Al existir un déficit de autocuidado, en cualquier grado, el personal de Enfermería se convierte en agente de autocuidado.

Se pueden identificar tres tipos, dependiendo de quien pueda o deba realizar las acciones de autocuidado:

- Totalmente compensatorio,
- Parcialmente compensatorio,
- De apoyo educativo.

En este trabajo se han desarrollado como modelo de Dorothea E. Orem. La elección de este modelo responde a que es una estructura teórica con un alto nivel de desarrollo, es descriptivo, explicativo y predictivo. Además es una propuesta que se adapta a nuestra realidad en todos los campos de la práctica de Enfermería y nos permite analizar e interpretar estas realidades; tal es el caso de el área quirúrgica donde es importante cumplir con los tres tipos de sistemas del modelo de Orem, lo que va a depender de la fase del tratamiento quirúrgico como lo son el preoperatorio, el intraoperatorio y el postoperatorio.

ÁRBOL DEL PROBLEMA



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
COMPLICACIONES DE LAS APENDICECTOMIA	La apendicitis es la inflamación del apéndice normalmente por infección del tejido que la forma.	**1.** Grave problema de salud. **2.** Asociado a elevada morbilidad. **3.** Aumento de costos hospitalarios.	- Fiebre - Deterioro del paciente. - Cirugía prolongada. - Tejidos previamente contaminados. - Edad avanzada - Anterior terapia a base de antibióticos y esteroides.	**1.**-Infecciones de heridas tempranas**.** **-** Infecciones tardías de la herida. **2.** Tratamiento tardío. **3.**- Tratamiento profiláctico. **-** Cirugías plásticas**.**	- 24 horas 72 horas + 8 días
CUIDADO POST-OPERATORIO	Evitar la contaminación con fuentes exógenas y proteger la herida de las agresiones externas. Es indispensable el lavado de manos con técnica de asepsia y utilizar una técnica estéril.	**1.** Utilizar de forma adecuada la técnica aséptica: **2.** Extremar los cuidados. **3.** Mantener concentración terapéutica en los tejidos (durante) y varias horas después de la intervención. **4.** Evitar manipular la herida.	- Medidas de Prevención para evitar infección a la herida quirúrgica.	**1.** Guantes, máscara, lavado de mano. **2.** Vigilancia constante. **3.** Se utiliza como profilaxis. **4.** Solo por personal especializado.	- Inmediato - Mediato - Mantener la herida cubierta las primeras 24 a 48 horas.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
PACIENTE	Individuo receptor de un servicio sanitario (1). Individuo enfermo u hospitalario (2).	**1**. Dependen mucho del personal de enfermería. **2.** Necesita ser vigilado cuidadosamente.	- Vulnerable a agresiones como el choque. - Desequilibrio de líquidos y electrolitos. Infecciones.	**1.** Desequilibrio fisiológico y emocional. **2.** Debilidad. **3.** Estrés adicional.	En las primeras 24 a 72 horas o más.
PERSONAL DE ENFERMERÍA	Personal que ha completado un programa de formación básica en enfermería y está calificada y autorizada para ejercer la enfermería. Guiada por principios humanitarios y éticos, desarrolla su labor con finalidad de fomentar salud en todos los sentidos.	1era. Categoría Responsable de la planificación, la administración y la evaluación de los servicios de enfermería. **1.** Promoción de salud. **2.** Prevención de la enfermedad. **3.** Cuidado de los enfermos. **4.** Rehabilitación **5.** Integración en el campo sanitario. **6.** Prestar cuidados al individuo y a la comunidad.	- Aumentar la capacidad del paciente para cuidarse solo. - Importante papel de enseñar. Proporcionar apoyo y estímulo que necesita para fomentar un buen ambiente para el aprendizaje.	**1.** Refleja el objetivo global y su ética institucional. **2.** Satisfacen todas las necesidades del enfermo ayudándolo a la recuperación más completa de su salud compatible con la enfermedad, o proporcionándole comodidad y apoyo en caso de enfermedades incurables.	Trabajo continuo constante y esmero durante su turno.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
MANEJO TRANS OPERATORIO	Tipo de tratamiento durante el Procedimiento quirúrgico	Tratamiento farmacológico	Local, Sistémicos, quirúrgicos, combinados (uso de todos los manejos anteriores)	Cirugía específica
MANEJO POST OPERATORIO	Tipo de Tratamiento luego del Procedimiento quirúrgico	- Tratamiento farmacológico - Curación de heridas	Local, Sistémicos, quirúrgicos, combinados (uso de todos los manejos anteriores)	Menor de 24 horas 1 – 2 días 3 – 4 días Mayor de 5 días
TIEMPO DE INICIO DE LA COMPLICACIÓN POST OPERATORIA	Lapso de tiempo que transcurre desde el procedimiento quirúrgico y el establecimiento de complicaciones	72h antes o 30h después	Horas, días	Cirugía específica
INDICACIONES TERAPÉUTICAS	Indicación de algún tipo de manejo médico y/o quirúrgico	- Alimentación - Eliminación - Evacuación intestinal	Local, sistémicas, quirúrgicas, combinadas(uso de todos los manejos anteriores)	

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1.- Planteamiento del Problema	x											
2.- Objetivos, Justificación, Árbol de problemas	x											
3.- Marco Teórico	x		X	X	X							
4.- Diseño Metodológico		x										
5.- Entrega del primer borrador de Anteproyecto								X				
6.- Recolección de Datos						X	X	X				
7.- Análisis e Interpretación de datos									X	X	X	
8.- Conclusiones y Recomendaciones											X	
9.- Entrega de del borrador Informe Final												X
10.- Presentación del Informe Final												X
11.- Disertación												X

PRESUPUESTO

DESCRIPCION	Cantidad	COSTO
Papel periódicos	50	5,00
Carpetas rex plastix	10	7,50
Hojas de papel bond	5 resma	20,00
Lápices,	1 caja	3,00
Marcadores	3 caja	10,00
Borrador	1 caja	5,00
Esferos,	3 caja	12,50
Libros	3	100
Internet	Horas	200
Copias	500	50
Director asesorías	1	500
Empastado	3	100
Refrigerio		100
Transporte		200
Imprevistos		300
Total		**1613**

GUIA DE OBSERVACION

- Nº DE HISTORIA: ……..
- FECHA DE INGRESO: ……
- EDAD…….
- ETNIA:……..
- SEXO: M……. F……

1.- TIPO DE DOLOR:

LEVE…. MODERADO……. MAYOR INTENCIDAD……..

2.- TIPO DE INTERVENCION QUIEURGICA:

LAPAROTOMIA EXPLORARORIA…….. CIRUGIA CONVENCIONAL…..…

3.- TIPO DE INCISION QUIRURGICA

……

4.- HALLAZGO OPERATORIO

- Apendicitis congestiva…. Apendicitis flegmonosa……
- Apendicitis gangrenosa…. Apendicitis perforada……..

5.- TIPO DE COMPLICACION QUIRURGICA

……

……

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA

Objetivo: **Fecha: _____**

La presente encuesta tiene la finalidad de recolectar datos sobre Complicaciones quirúrgicas que se presentan en el trans y post operatorio en pacientes de Apendicectomía del Hospital del IESS de Esmeraldas.

Instructivo:

El presente cuestionario es anónimo, por consiguiente, solicito a usted conteste de manera sincera, ya que su respuesta será muy valiosa para la información.

Marque con una X, encierre la respuesta correcta, o conteste lo siguiente:

Datos personales

1. Género: Masculino……..... Femenino……Edad……

2. Nivel de instrucción:

Primaria …… Secundaria …… Superior …

3.- Tipo de Afiliación

Seguro General…. S.S.C…….. Otros….

4.- ¿A qué Etnia pertenece?

Blanco …… Negro…… Mestizo……

5.- Procedencia

Urbana ( ) Rural ( ) Urbana marginal ( )

6**.- ¿Cómo fue su ingreso a la casa de salud?**

Servicio de emergencia…. Consulta Externa……

7.- ¿Le explicaron que procedimiento quirúrgico que le realizarían?

Si …….. No……..

8.- ¿Qué síntomas presento antes de ingresar a esta casa de salud?

……

……