



Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco



División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Departamento de Atención a la Salud

Licenciatura en Enfermería

Nombre del proyecto

Apendicitis con técnica de lavado de herida quirúrgica.

Alumna: Velázquez Higuera Nancy Eugenia

Asesor académico: Dr. Luis Fernando Rivero Rodríguez

I. Agradecimientos.

A mis padres por estar en todo momento alentándome a seguir con mis sueños.

A mi abuela por impulsarme a seguir con esta carrera.

A mis profesores que fueron instruyendo mi formación académica en todos estos años.

II. Dedicatoria.

A mis padres y abuela, por todo el apoyo que me han brindado y que me ayudaron a seguir mi sueño.

III. Introducción.

El tubo digestivo deriva del endodermo y mesodermo, cada uno brindando el epitelio y el músculo liso, el apéndice cecal derivando del intestino primitivo anterior.²⁰

La Apendicitis Aguda (AA) es la inflamación aguda del Apéndice cecal, debido a la obstrucción de la luz del órgano, en más del 60% de los casos causada por la hipertrofia de sus folículos linfoides. Es la afección abdominal quirúrgica que con más frecuencia se presenta en las emergencias de los hospitales en todo el mundo; en México tiene una prevalencia de 47.79% dentro de los padecimientos quirúrgicos de urgencia. El riesgo de presentarla es de 16.3% aproximadamente y su incidencia anual es de 139.54 por 100,000 habitantes; tiene un cuadro clínico diverso y específico, dolor periumbilical, anorexia, vomito, diarrea, fiebre, para su diagnóstico se realiza el examen físico, se realizan pruebas de laboratorio y si se requieren estudios complementarios como tomografía computarizada, para el tratamiento se necesita la hospitalización, manejo farmacológico y si se requiere quirúrgico, las complicaciones pueden ser diversas es por ello que se recomienda una valoración completa antes y después de la cirugía del paciente.²¹

Se utilizo el modelo de Virginia Henderson porque considera a la persona como un ser biopsicosocial cuya mente y cuerpo son inseparables y donde la persona y su familia son considerados como una unidad indisoluble. Postuló 14 necesidades básicas, interrelacionadas entre sí, comunes para todas las personas y edades.

Se realizo la valoración de una paciente que entra a urgencias en el Hospital Regional Nezahualcóyotl, por un dolor periumbilical moderado, fiebre, estreñimiento, vomito, la cual recibió una cirugía (apendicetomía), se valoraron las 14 necesidades antes y después del tratamiento, haciendo énfasis en la curación de la herida quirúrgica para favorecer un buen pronóstico y una recuperación en todas sus necesidades del paciente.²²

Por lo tanto enfermería es una parte fundamental para el cuidado de los pacientes la realización de buenos diagnósticos nos aseguran una mejor calidad de vida para los pacientes con cirugías, ya que un mal cuidado de la persona nos llevaría

a tener diversas complicaciones, el manejo de los antibióticos, el lavado de manos, una buena alimentación, la comunicación, una buena higiene, el cuidado de la herida, nos llevan a la mejora del paciente, evitando futuras complicación y mas alteraciones de las 14 necesidades.

21 Hernández-Cortez et al. (2019). Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cirujano general*, 41(1), 33-38.

22 Lemus-Lima et al y colab.(2021), Parametrización de cuidados de enfermería para satisfacer necesidades humanas en personas con lesiones por quemaduras. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(3)

IV. Justificación.

La apendicitis aguda representa la indicación más común de cirugía abdominal no traumática de urgencia en el mundo; es una entidad que ocurre con mayor frecuencia entre la segunda y tercera décadas de la vida. El riesgo de presentarla es de 16.33% en hombres y 16.34% en mujeres. Su incidencia anual es de 139.54 por 100,000 habitantes; se asocia con sobrepeso en 18.5% y obesidad en 81.5%.²³ Este trabajo se hizo con el motivo de dar conocer la información sobre que es la apendicitis ya que es una de las causas más frecuentes de hospitalización en México, puede ser una enfermedad grave si no se recibe tratamiento quirúrgico oportuno con una morbilidad del 37% y una mortalidad del 1%, esto repercute de diferentes maneras tanto en el familiar como en el paciente; es por ello que una atención adecuada tanto en el diagnóstico como en el tratamiento ayuda que este riesgo disminuya.²⁰

La técnica quirúrgica que exponen un mayor riesgo de infección en el sitio quirúrgico es la convencional o abierta, se evidencia que al estar asociadas a otras patologías retrasan el proceso de cicatrización, se asociaron otros factores; tener enfermedades sistémicas, con mayor prevalencia en el sexo masculino, tener más de 45 años, estadía hospitalaria larga, herida no 100% limpia, la duración de la cirugía más de dos horas, hospitalización más de 5 días y los pacientes que recibieron profilaxis antibiótica.²³

Es por ello que se considera importante realizar una valoración de las 14 necesidades para abordar las necesidades alteradas, contribuir a una buena recuperación, una técnica correcta de lavado de herida quirúrgica y la profilaxis adecuada, para una menor estancia en el hospital y una pronta recuperación, para que el paciente pueda regresar pronto a sus actividades de la vida diaria.

23. Bermeo, F. I. Z B(2019). Factores asociados a las infecciones en el sitio quirúrgico en Hospitales Ecuatorianos

V. Objetivos.

General:

Compartir la experiencia de un paciente con apendicitis para poder tener un panorama general de como abordar los cuidados en enfermería.

Específicos:

- Definir que es la apendicitis para un buen diagnostico.
- Identificar las 14 necesidades de Virginia Henderson para emplearlas en la valoración del paciente.
- Conocer la técnica para la curación de herida quirúrgica.

CAPITULO 1. REFERENCIA DEL ESCENARIO REAL

1.1 Descripción del contexto social, económico y cultural en el que se ubica el escenario real.

Nezahualcōyotl es un nombre que procede de la lengua náhuatl *Nezāhualcoyōtzin* (que deriva de *Nezāhual* -ayuno- y *Coyōtl* -coyote-) y significa «coyote que ayuna». Fue nombrado así en honor a Nezahualcōyotl, tlatoani de Texcoco

El emblema o escudo del municipio no se encuentra reglamentado por ninguna ley. Los emblemas propuestos por las administraciones municipales a través de los años basan sus diseños en las referencias ofrecidas por los códigos: *Ixtlilxōchitl*, *Durán* y *Xólotl*: la cabeza de un coyote del cual pende un pectoral real. El gentilicio es *nezahualcoyotlense* o *nezatlense*.

Localización

Se localiza al oriente del Distrito Federal y Estado de México. Sus límites territoriales con otras entidades son: al norte con el municipio de Ecatepec norponiente con la delegación Gustavo A. Madero del Distrito Federal; nororiente con el municipio de Texcoco; al sur con las delegaciones Iztacalco e Iztapalapa del Distrito Federal; al oriente con los municipios de La Paz y Chimalhuacán y al poniente con la delegación Venustiano Carranza del Distrito Federal.⁸

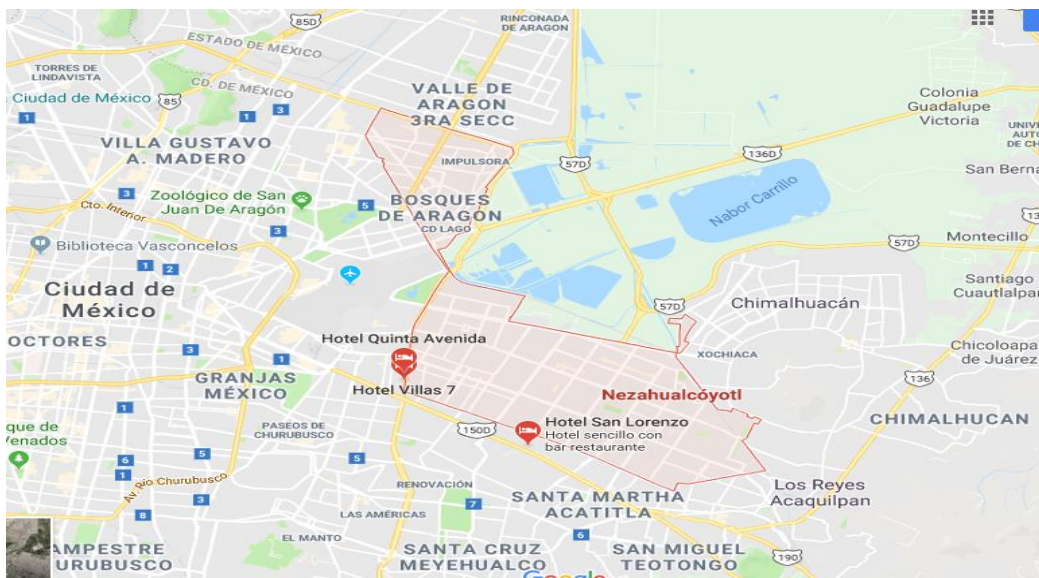


Figura 1. Ubicación Cd. Nezahualcōyotl

Hidrografía

El municipio forma parte de la región hidrológica denominada Alto Pánuco (RH26) y se localiza en la cuenca del Río Moctezuma (subcuenca del Lago de Texcoco y Zumpango).

El sistema hidrológico del municipio se conforma por los canales de desagüe (receptores de las aguas residuales de la zona): Río Churubusco, Río de la Compañía y Río de los remedios, y el lago artificial localizado en el Parque del Pueblo

Orografía

El municipio se encuentra a una altitud promedio de 2,220 msnm.

Geomorfología

Gran parte del municipio se localiza en terrenos del antiguo Lago de Texcoco. Esta área es ocupada por un acuitardo de aproximadamente 800m de espesor. Su superficie es plana sin accidentes orográficos. Las pendientes de terreno no superan el 3%.6

Clima

En el municipio predominan dos climas: semiseco templado (BS1k) con lluvias en verano (verano cálido) en el 99.65% de la superficie municipal y templado subhúmedo (C(w0)) con lluvias en verano (de menor humedad) que corresponde al 0.35% de la superficie municipal.

La temperatura máxima entre abril y junio oscila entre 30 y 32 °C. Durante la estación de lluvias, julio a octubre, las temperaturas máximas oscilan entre los 26 y 29 °C. En la estación fría las temperaturas máximas varían entre los 26 y 28 °C.

La precipitación media anual es de 774 mm. Los climas pueden ser variados en cada estación del año porque en ocasiones es más alta la temperatura de lo previsto debido a varios factores climáticos.

En los últimos días de este inicio de año 2014 la temperatura máxima en la ciudad que se ha alcanzado es de 21° y la mínima de 7°, con un horario de amanecer de 7:13 hs y de anochecer de 18:20 hs siendo la madrugada el momento más frío del día.

Historia

Ciudad Neza nació por la década de 1940 cuando, debido a los procesos para drenar el Lago de Texcoco, algunas personas se establecieron en lo que entonces era la parte seca del Lago que comenzaba a resecaarse cada vez más.

A pesar de que es una ciudad joven, Nezahualcóyotl ha crecido rápidamente en todos los sentidos ya que actualmente cuenta con una cantidad considerable de escuelas, universidades y preparatorias, así como de lugares de esparcimiento importantes como auditorios, parques, el estadio de fútbol Neza 86 y el Paseo Escultórico Nezahualcóyotl. A partir del 23 de abril de 1963 se convirtió en un municipio, su traza urbana se extendía en casas por doquier, el agua potable se surtía a través de varias llaves colocadas en las esquinas o bien por medio de pipas. Antes de ser municipio se le conocía como las colonias del ex vaso de Texcoco.

Demografía

De acuerdo a los resultados preliminares del Censo de Población y Vivienda 2010, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, su población es de aproximadamente 1,110,565 habitantes³ y una densidad de 17,539.6 hab/km².

En resumen, es el Décimo Municipio más poblado del país.

En honor del Gran Señor o Tlatoani Nezahualcóyotl de Texcoco se dio este nombre al municipio como tal el 23 de abril de 1963, por parte de la legislatura local.

En aquellos años, la ciudad de México, que sólo contaba con un millón 500 mil habitantes, estaba ávida de mano de obra barata que impulsara el progreso y desarrollo tanto de las nuevas fábricas como de las ya existentes, además de pequeños talleres y servicios, a los que sin dificultad pudieron integrarse los nuevos residentes. Sin embargo, la capacidad y calidad de vivienda no era la idónea para hospedar a los emigrantes por lo que se elevó su precio dejando a

estos con mínimos recursos para sostener a sus familias y posponiendo sus anhelos de superación.

El 6 de abril de 1949 el entonces presidente de la República, Miguel Alemán, instruyó a la Secretaría de Recursos Hidráulicos para que los terrenos de Lago de Texcoco fueran entregados al Estado de México, para su aprovechamiento como zona de asentamientos urbanos.

Sin embargo, para ese entonces los miembros de la Unión Proletaria de Colonos del Estado de México ya tenían cuatro años asentados en los terrenos que denominaron Colonia México, por lo que las primeras tres colonias fueron la México, El Sol y Juárez Pantitlán, cuyo valor del metro cuadrado en 1945 era de 3 a 5 pesos.

Este crecimiento se debió a que los fraccionadores compraron los terrenos desecados a los comuneros del municipio Chimalhuacán a precios irrisorios, promovieron en las colonias populares del Distrito Federal y mediante anuncios publicitarios en la radio, la venta de los mismos con pagos, incluso, semanales, lo cual motivó a quienes deseaban un espacio propio para vivir, adquirir un lote en este inhóspito lugar. De tal manera que para 1952 las colonias del ex-vaso de Texcoco se integraban por la Agua Azul, Atlacomulco, Nezahualcóyotl, Villada, El Porvenir, Maravillas, El Sol, Juárez Pantitlán, México, Tamaulipas, Evolución, Estado de México y Raúl Romero. 11

El municipio de Nezahualcóyotl se asienta en la porción oriental de valle de México, en lo que fuera el lago de Texcoco. Se encuentra situado a una altura de 2,220 metros sobre el nivel del mar y pertenece a la región III Texcoco, subregión II y forma parte de la zona conurbada de la ciudad de México.

Limita al noroeste con el municipio de Ecatepec de Morelos y la zona federal del lago de Texcoco; al oeste con las delegaciones Gustavo A. Madero y Venustiano Carranza del distrito federal, al este con los municipios de la paz, Chimalhuacán y Atenco; al sur con las delegaciones Iztapalapa e Iztacalco del distrito federal.

Este cuenta con un territorio de 63.44 kilómetros cuadrados de los cuales 50.57 son de uso urbano, es decir el 81%, en donde se ubican 86 colonias; 11.87 kilómetros cuadrados corresponden a la zona federal de Texcoco. Su superficie es plana, sin accidentes orográficos, a excepción de una elevación situada a una altura de 1,220 metros sobre el nivel del mar.

Por el límite norte de poniente a oriente cruza el río de los Remedios, de sur a noreste una rama del río Churubusco, en el límite noreste se encuentra el vaso del antiguo lago de Texcoco. Así mismo, cuenta con el lago del parque del pueblo que sirve como zona lacustre y ecológica.

1.2 Organización general

DR. EDMUNDO ALFREDO SANTAMARÍA VIVAS

Director del Hospital Regional Nezahualcóyotl.

DR. RAMÓN LORA GARCÍA

Subdirector Médico del Hospital Regional Nezahualcóyotl.

DR. JACOBO CIRINO BAUTISTA DÍAZ

Jefe de Enseñanza e Investigación Médica.

LEO. MARIA PAULA MUÑOZ MENDOZA

Jefe Del Departamento De Enfermería del Hospital Regional Nezahualcóyotl.

MTRO. SERGIO SANTIAGO ARELLANES

Coordinador de Enseñanza de Enfermería.

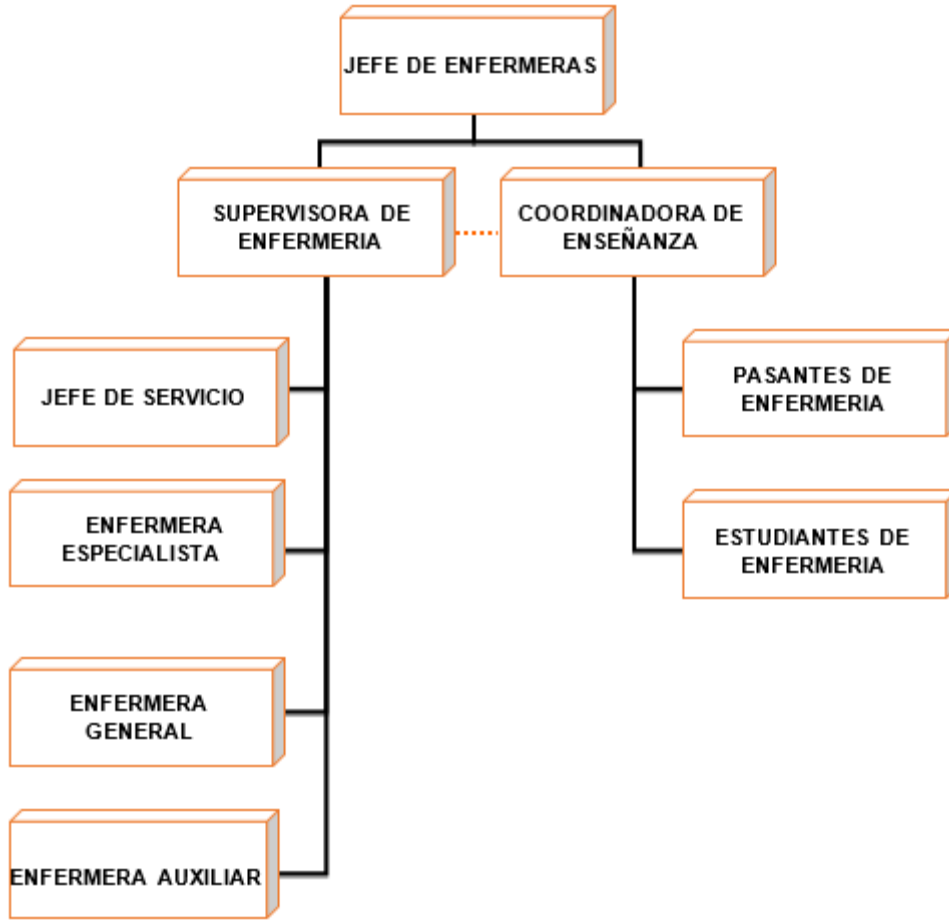
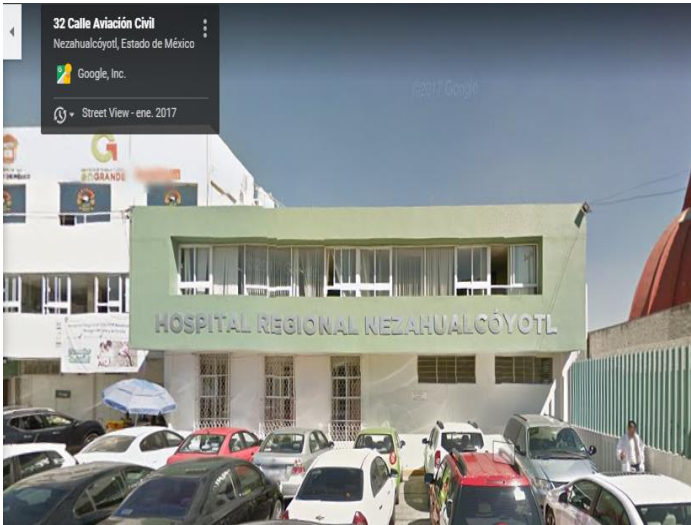


FIGURA 2. Organigrama de I.S.S.E.M.y.M Nezahualc6yotl

1.3.1 Antecedentes históricos



El Hospital Nace en Junio de 1982, se inaugura en Septiembre del mismo año por el Lic. Alfredo del Mazo González, como clínica de consulta externa y no como hospital.

Figura 3. Hospital Regional Nezahualcóyotl.

En 1985, dada las necesidades de atención para el magisterio, se amplía la unidad con servicios de Urgencias y atención ginecológica.

En 1989 se designa como Hospital General proporcionando las especialidades de 2do. Nivel que son: Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna; con su primer Director Dr. Jorge Andrade Bersaba y la jefa de enfermeras Enf. Gral. María Guadalupe Sánchez Romero.

En 1990, se anexa otra especialidad de Traumatología y Ortopedia con su segundo Director Dr. Miguel Ángel Ramos Corchado y la Enf, Gral. María del Refugio Esperanza Santoyo Cortes.

En 1992-93, las autoridades fueron Dr. Bartolomé León García y la Enf. Gral. Lidia Martínez Gutiérrez, apoyando posteriormente el Dr. Rogelio González García y la Enf. Gral. Ma. de Lourdes Hernández.

En 1994, el Dr. Tito Arnaldo Galicia Armengol y la Enf. Gral. Celia García Chávez.

En 1997 en el mes de noviembre se autorizan otras especialidades como son otorrinolaringología y oftalmología así mismo se implementa la Coordinación de Enseñanza en enfermería con el apoyo de la Enf. Gral. María Eufrosina Tlacomulco Licona.

En el 2000, el Director Dr. Raymundo Méndez Sánchez, como Subdirector el Dr. José Luis Cerda Castellanos, con el apoyo de la coordinación de Enseñanza e investigación de la Dra. María de Lourdes Rodríguez Gómez, siendo jefe de enfermeras la E.S.P. Rosa María Mendoza Aguilar y la coordinación de enseñanza en enfermería la Lic. Enfermera Deyanira M. Herrera Ramírez.

En el 2001 como director el Dr. José Luis Cerda Castellanos, subdirectora médica la Dra. Socorro Guzmán Mayen y la Dra. María de Lourdes Rodríguez Gómez en la coordinación de Enseñanza e Investigación Médica, Jefe de Enfermeras la E.S.P. Rosa María Mendoza Aguilar y sin coordinadora de enseñanza en enfermería ya que la antes coordinadora pasa a ser la responsable de Calidad en el Proceso de Certificación de esta unidad Médica, por lo que se establece la implantación del Sistema de Gestión de Calidad y se forma el Subcomité de Calidad con los jefes de área y líderes de procesos, así como la integración de equipos de calidad de cada servicio incluyendo al personal de enfermería con la estructuración de sus carpetas de calidad manejando la estrategia de las “5 S” y así mismo se contemplan y aplican los programas prioritarios que en ese entonces eran:

- Supervisión y control de los R.P.B.I.
- Supervisión y surtimiento de los equipos de emergencia “carros rojos”.
- Sistema de selección de pacientes en el servicio de urgencias “TRIAGE”.
- Manejo de la estrategia “5 S”.
- Registro de la hoja de enfermería.
- Trato digno del usuario.
- Manejo y control de la clínica de heridas.

- Ejercicio físico controlado para los jubilados.

El 4 de diciembre del 2001 se certifican los 14 procesos que son:

- Consulta externa general.
- Consulta externa de especialidad.
- Servicios auxiliares de Tratamiento y Diagnostica.
- Trabajo social.
- Hospitalización.
- Dietología.
- Almacén.
- Laboratorio.
- Intendencia.
- Mantenimiento.
- Quirófano.
- Archivo clínico.
- Farmacia.
- Urgencias.

En el 2003 los responsables de la Unidad son: el Dr. José Luís Cerda Castellanos Director, el Dr. Jaime Ruiz Solís Subdirector, Lic. Jaime Quiroz Muñoz Administrador, Dra. María de Lourdes Rodríguez Gómez Coordinadora de Enseñanza, E. S. P. Rosa María Mendoza Aguilar Jefe de Enfermeras, E. G. Elizabeth Morales Hernández subjefe de enfermeras.

En el 2005, se realiza la auditoría externa el día 26 de Abril para la recertificación, quedando pendiente la fecha de la remodelación del área hospitalaria así como la construcción de una sala de quirófano. En septiembre del mismo año se agrega al sistema de gestión de calidad los siguientes procesos:

- Lavandería.
- Transportes de pacientes

En el año del 2007 se inician las obras de remodelación de los servicios de urgencias, alojamiento Conjunto, Labor, Quirófano, CEyE y Recuperación, aumentando el número de camas no censables en la unidad.

El 1° de Marzo se promueve la certificación del personal de Enfermería con sede en el Hospital Regional Nezahualcóyotl con un total de 23 Enfermeras de la Región #3 e implementándose la planeación estratégica en los servicios de Enfermería y dando así cumplimiento a la normatividad establecida por nivel estatal.

En el año 2009 la dirección del Hospital estaba a cargo del Dr. Lidio Ángel Guzmán Reyes, como Subdirector el Dr. Ramón Lora García, en la Coordinación de Enseñanza e Investigación Médica el Dr. Jacobo Cirino Bautista Díaz, en Administración el Licenciado Eduardo Quintanilla Cedillo, como jefe de Enfermeras la Lic., María Esther López González y como coordinadora de Enseñanza en Enfermería la LEO, EASE Y E.S.P. Rosa María Mendoza Aguilar.

Actualmente la dirección del Hospital se encuentra a cargo del Dr. Edmundo Alfredo Santamaría Vivas y continuando como subdirector el Dr. Ramón Lora García, en la Coordinación de Enseñanza e Investigación Médica el Dr. Jacobo Cirino Bautista Díaz, como jefe de enfermeras la LEO, María Paula Muñoz Mendoza y como Coordinadora de Enseñanza en Enfermería la LEO, Adriana Victoria Cossio González.

A finales del mes de noviembre del 2016 se realiza cambios en la jefatura de enfermería, asumiendo la coordinación de enseñanza en enfermería el Mtro. Sergio Santiago Arellanes.

1.3.2 Ubicación

- Al Norte con calle San Juan de Aragón.
- Al Sur con Aviación Civil (Entrada Principal).
- Al Oriente con Malinche.
- Al Poniente con Tlalpan.

Dirección.

- Colonia José Vicente Villada. Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México. C.P. 57710.

Teléfonos.

- 57-33-73-83 / 57-33-72-05 / 57-32-36-67

1.3.3 Tipo de construcción

Horizontal

Está integrado por tres edificios, el primero está ubicado en la entrada del hospital, en este se localizan en la planta alta las oficinas de afiliación y de prestaciones. En el segundo piso se encuentra la sección sindical. En el segundo edificio de la planta baja se integran los servicios de: Medicina Preventiva, Consulta General, Consulta Externa de Especialidades, Archivo Clínico, Trabajo Social de las consultas, Rayos X, Farmacia, Jefatura, Mantenimiento y almacén. En la parte superior se encuentran los servicios de Laboratorio, oficina de Personal, Bioestadísticas y citas para Especialidades. El tercer y último edificio consiste principalmente en hospitalización con sus respectivas áreas específicas como son:

- Lavandería.
- Cocina.
- Dietología.
- Oficina de Trabajo para Médicos.
- Pediatría.
- Cuneros.
- Hospitalización adultos y Ginecología.

- CEyE.
- Quirófano.
- Alojamiento Conjunto.
- Urgencias.
- Trabajo Social.
- Rayos X.
- Sala 2.
- Ultrasonografía.
- Clínica de Heridas.
- Sala de usos múltiples.
- Dirección.
- Subdirección Médica.
- Administración

1.3.4 Dependencia

Gubernamental

ISSEMYM

Instituto de salud de los servidores del estado de México y sus municipios

1.3.5 Tipo de pacientes

Atiende a población cerrada (trabajadores del estado de México) y Regional por ser cabeza de Región III del Valle de México por apoyo a clínicas y hospitales aledaños al Instituto

- Chimalhuacán.
- Los Reyes La Paz.
- Valle de Chalco.
- Chalco.
- Amecameca.
- Texcoco.
- Ecatepec.

1.3.6 Misión

Otorgar a los derechohabientes las prestaciones que establece la Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, con el objeto de preservar su salud, garantizar el ingreso económico en la etapa de retiro del servidor público, apoyar la economía familiar, fortalecer la integración familiar y su bienestar social, con calidad, humanismo y actitud de servicio, trabajando en un ambiente organizacional participativo y de trabajo en equipo, que permita el desarrollo personal y profesional de sus trabajadores.

1.3.7 Visión

Ser reconocidos por los derechohabientes como una Institución que otorga servicios integrales de salud con calidad y humanismo, que brinda seguridad económica en su etapa actual y de retiro y que promueve la integración familiar y su bienestar social.

1.3.8 Valores

- ✓ Respeto.
- ✓ Honestidad
- ✓ Perseverancia.
- ✓ Confianza.
- ✓ Tolerancia.
- ✓ Equidad.
- ✓ Disciplina.
- ✓ Empatía.

1.3.9 Croquis de la ubicación

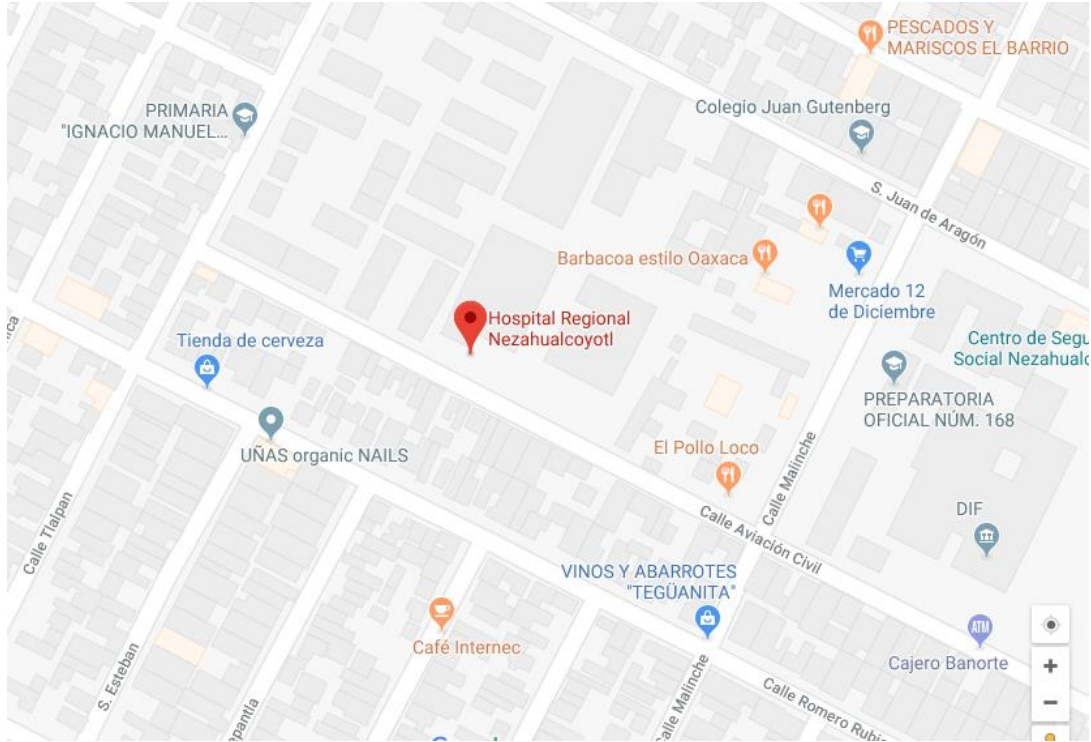


Figura 4. Ubicación de I.S.S.E.M.y.M Nezahualcóyotl

CAPITULO 2
FUNDAMENTA-
CION DEL
PROBLEMA/
OBJETIVO DE
ESTUDIO.

2.1 Concepto.

La apendicitis es una inflamación aguda del apéndice¹, un órgano no esencial para el proceso digestivo cual es un pequeño saco intestinal que puede llenarse de contenido intestinal inflamarse y quizás romperse.²

2.2 Clasificación.

- Catarral o congestiva,
- Flegmonosa o supurada.
- Gangrenosa.³

2.3 Etiología.

- Hiperplasia de los folículos linfoides submucosos
- Fecalitos
- Parásitos (oxiuros, áscaris)
- Cuerpos extraños
- Restos de alimentos o bario
- Tumores⁴
- Ulcera mucosa apendicular
- Falta de riego sanguíneo al apéndice⁵

2.4 Epidemiología.

La apendicitis aguda continúa siendo la mayor causa de abdomen agudo que requiere tratamiento quirúrgico. El riesgo de presentar apendicitis durante toda la vida es de 6-7%. El pico de mayor incidencia es durante la segunda y tercera décadas de la vida. Mayores de 50 años. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino siendo de 1 por cada 35 afectados y de 1 por cada 50 en pacientes femeninas. Después de los 70 años de edad el riesgo de presentar

¹Hurst,M. (2013). *Enfermería médico-quirúrgica*. México: El Manual Moderno. pp.442-444.

²Giménez, M. (2014). *Cirugía Fundamentos para la práctica clínico- quirúrgica*. Buenos Aires: Panamericana.pp.584-592.

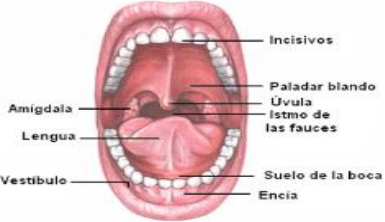
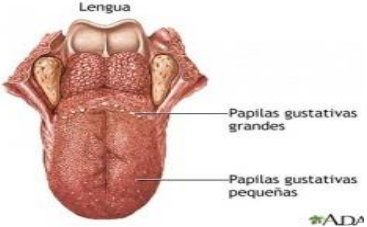
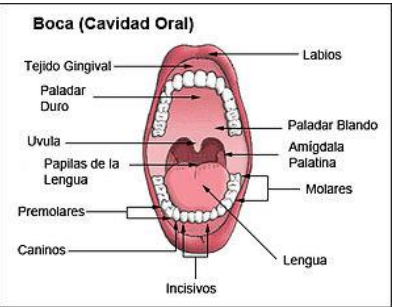
³ Farreras, P., & Rozman, C. (2016). *Medicina Interna*. España: Elsevier. p.128

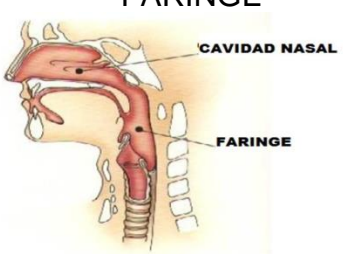
⁴ Ibídem (2).pp.105-107.

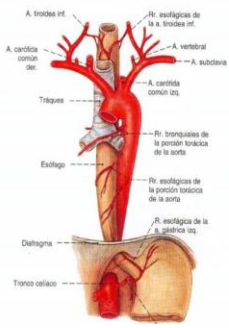
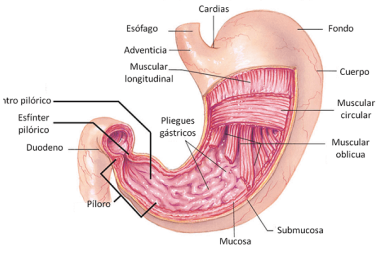
⁵Kasper,D., Hauser, S., Jameson,J.,Fauci, A., Longo,D.,& Loscalzo, J.. (2016). *Harrison Principios de Medicina Interna*.. Mexico D.F.: McGraw-Hill Educación. p.1985.

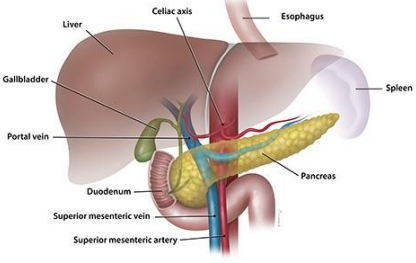
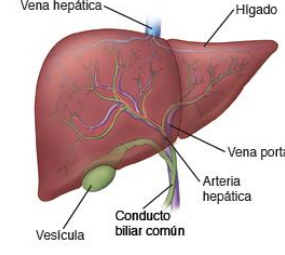
apendicitis es del 1%. En la juventud el promedio de presentación es de 3:1 entre hombres y mujeres.⁶

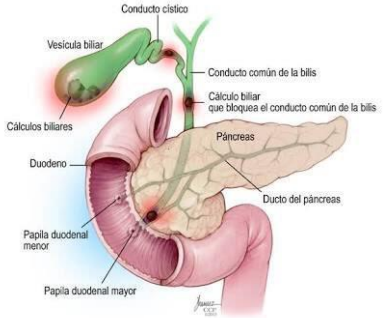
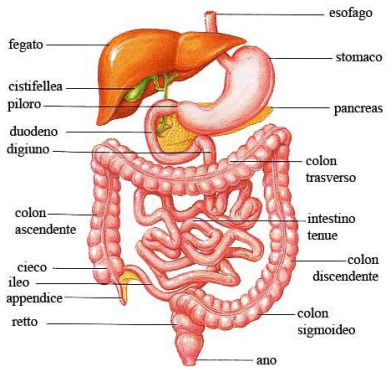
2.2 Anatomía y fisiología.

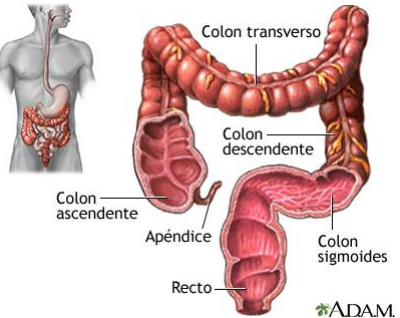
ESTRUCTURA	CARACTERÍSTICAS	FUNCIÓN
<p style="text-align: center;">BOCA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Está formada por las mejillas, los labios, son pliegues carnosos que rodean la abertura de la boca, los dientes que son 32, lengua, paladar, encías y vestíbulo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza la ingestión. • Comunicación.
<p style="text-align: center;">LENGUA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Órgano muscular situado en la boca que contiene glándulas salivales • Se divide en dos mitades y cada mitad complementa un músculo extrínseco e intrínseco. 	<ul style="list-style-type: none"> • La deglución • Lenguaje • Sentido del gusto, salado, ácido, dulce y amargo • Salivación
<p style="text-align: center;">DIENTES</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Órganos, localizados en las apófisis alveolares de cada maxilar. • Esta unida a las encías. • Cada diente típico tiene tres regiones externas, la corona, la raíz y el 	<ul style="list-style-type: none"> • Digestión • Masticación

	<p>cuello.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Están formados por la dentina que le otorga fuerza y rigidez al diente. 	
<p>FARINGE</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducto situado detrás de la boca. • Está constituida por musculo esquelético, esta revestida por una mucosa y comprende tres partes: • La nasofaringe, interviene solo en la respiración. • La bucofaringe y laringofaringe, tiene tantas funciones digestivas y respiratorias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración • Recibe el bolo alimenticio y lo envía al esófago
<p>ESOFAGO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura muscular alargada alrededor de 25 cm, situada por detrás de la tráquea que va desde que termina la 	<ul style="list-style-type: none"> • Transporta alimento hacia el estomago • Secreta moco

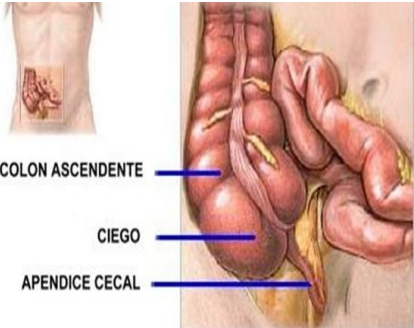
	<p>faringe, hasta la unión con el estómago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene cuatro porciones, la porción cervical, la porción torácica, la porción diafragmática y la porción abdominal. • Está formado por una capa mucosa que tiene un epitelio. 	
<p style="text-align: center;">ESTOMAGO</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene cuatro regiones: el cardias, el fundus, el cuerpo y el píloro. • Debajo del fundus está el cuerpo • La porción que se conecta con el duodeno es el píloro. • Tiene un esfínter pilórico. • Sus paredes presentan fibras musculares lisas, oblicuas, longitudinales y oblicuas. • Conecta al esófago con el duodeno. • Sus paredes 	<ul style="list-style-type: none"> • Mezcla la saliva, el alimento y el jugo gástrico. • Reservorio. • Segrega jugo gástrico. • Segrega gastrina a la circulación sanguínea. • Hace la transformación química
<p>PANCREAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Glándula retroperitoneal mide alrededor de 12-15 cm de longitud y 2.5 	<ul style="list-style-type: none"> • Producir jugo pancreático • Producción

 <p>© 2016 Columbia University. All Rights Reserved.</p>	<p>cm de ancho</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene una cabeza, cuerpo y cola: la cabeza es una porción dilatada del órgano. • Está constituido por agrupaciones de células epiteliales 	<p>de insulina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tejido endocrino secreta hormonas en el torrente sanguíneo. • Tejido exocrino secreta enzimas digestivas.
<p>HIGADO</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Glándula más voluminosa del cuerpo anexa al sistema digestivo • Esta debajo del diafragma • Peso alrededor de 1,4 kg • Está cubierto por peritoneo visceral y revestido con tejido colectivo que yace en el peritoneo. • Se divide en dos lóbulos, el derecho que es el más grande y el izquierdo que es más pequeño. • Está compuesto por 	<ul style="list-style-type: none"> • Absorción • La desintoxicación • La síntesis • El almacenamiento de la bilis.

	<p>varios componentes como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los hepatocitos • Canículas biliares • Sinusoides hepática 	
<p>VESICULA BILIAR</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Saco piriforme, situado en una depresión de la cara inferior del hígado. • Tiene una longitud de 7-10 cm y cuelga del borde antero inferior del hígado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Almacenar la bilis. • Transportarla al intestino delgado.
<p>INTESTINO DELGADO</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Comienza en el esfínter pilórico del estómago, se repliega a través de la parte central e inferior de la cavidad abdominal • Alcanza un promedio de 2,5cm de diámetro y su longitud es de alrededor de 3 metros. • Se divide en tres regiones: • Duodeno , el segmento más corto, comienza en el esfínter pilórico del estómago y se extiende 25 cm hasta que comienza el yeyuno • Yeyuno mide 	<ul style="list-style-type: none"> • Digestión mecánica. • Completa la digestión de los hidratos de carbono, proteína lípidos; comienza y completa la digestión de ácidos nucleicos • Absorbe aproximadamente el 90% de los nutrientes y el agua que

	<p>aproximadamente 1m y se extiende hasta el íleon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Íleon es la región final y más larga con 2m y se une con el intestino grueso mediante el esfínter. • Las paredes internas del intestino delgado muestran pliegues mucosos. 	<p>pasan por el aparato digestivo</p>
<p style="text-align: center;">Intestino grueso</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Mide alrededor de 1,5 m de largo y 6,5 cm de diámetro. • Se extiende desde el íleo hasta el ano. • Esta unida a la pared abdominal, posteriormente por su meso colon. • Tiene cuatro regiones principales: • Ciego, colon, el recto y el conducto anal. • Es la desembocadura del íleo en el intestino grueso, se interpone un pliegue de la mucosa, llamado esfínter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absorber líquidos y sales del contenido intestinal • elimina los productos de desecho de la digestión.

	<ul style="list-style-type: none"> • Por debajo del esfínter íleo cecal se encuentra el ciego, una pequeña bolsa de 6cm de largo. . • El ciego se continua hacia arriba con el colon, que se divide en ascendente, transverso, descendente y sigmoideo. • El colon ascendente asciende por el lado derecho del abdomen, llega a la superficie inferior del hígado y gira hacia la izquierda para formar el ángulo colonico derecho(hepático) • El colon continúa por el abdomen hacia el lado derecho como colon transverso.se curva por debajo del borde inferior del bazo, donde forma el ángulo colonico izquierdo (esplénico) y desciende por debajo de la cresta iliaca como colon descendente. 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • El colon sigmoides: comienza cerca de la cresta iliaca izquierda, se proyecta hacia la línea media y se continúa con el recto, cerca de la tercera vertebra sacra. • El recto los últimos 20 cm del tubo digestivo, es anterior al sacro y al coxis • Los últimos 2cm del recto forman el conducto anal.⁷ 	
<p style="text-align: center;">Apéndice.</p>  <p>COLON ASCENDENTE</p> <p>CIEGO</p> <p>APENDICE CECAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es un divertículo que oscila entre 4 y 10 centímetros, unido al ciego, tiene tejidos linfoides en la pared y está unido al íleon terminal por el meso apéndice, que contiene los vasos apendiculares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contiene tejido linfático y participa en la producción de anticuerpos.

Cuadro 1. Anatomía y fisiología del aparato digestivo

⁷ Tortora, G., & Derrickson, B. (2013). Principios de Anatomía y Fisiología. Madrid, España: Panamericana.pp.967-1015.

2.6 Fisiopatología.

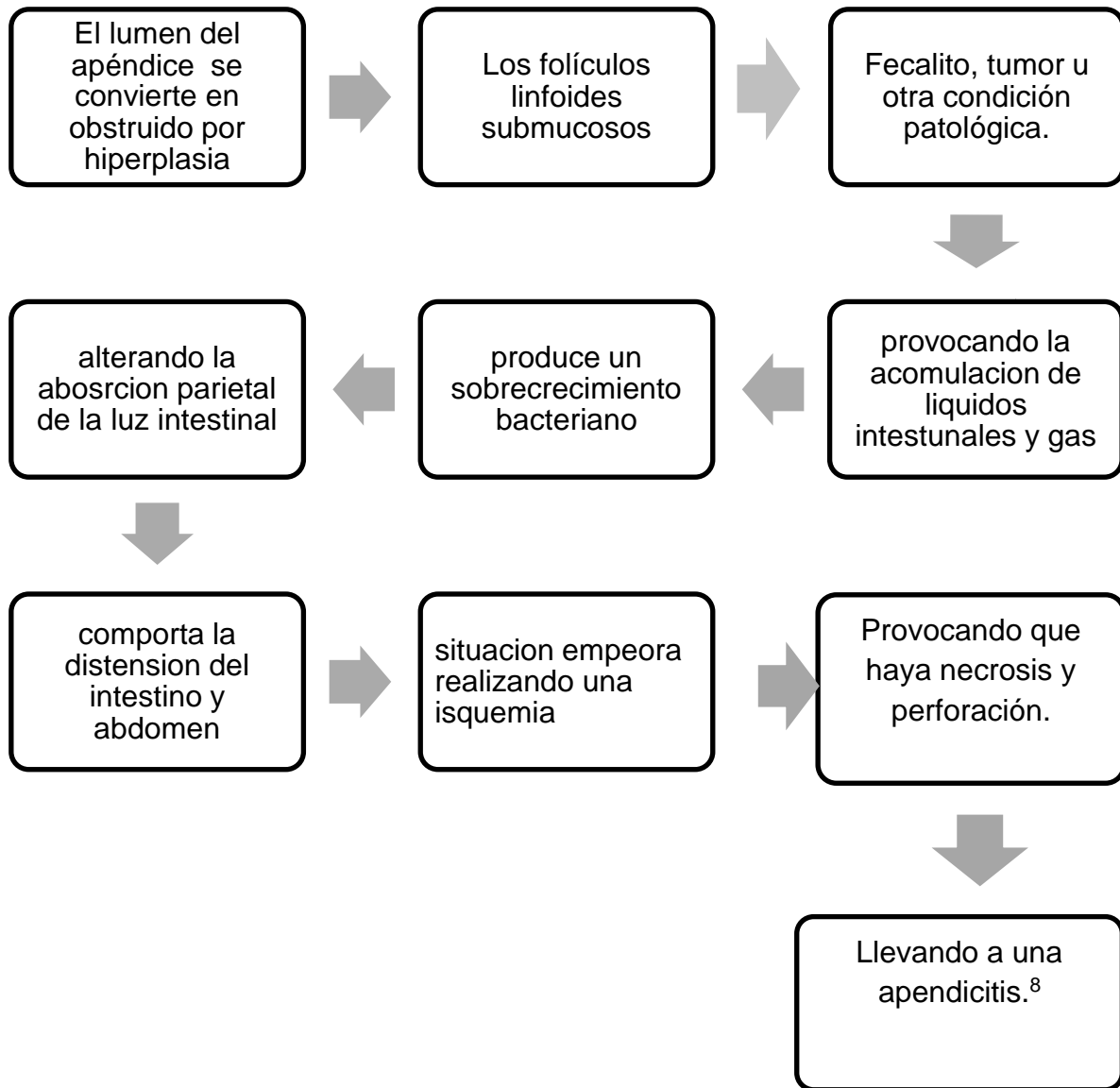


Diagrama 1. Fisiopatología de la apendicitis

⁸ Villalobos, J., Valdovinos, M., Olivera, M., & Torre, G. (2015). Principios de Gastroenterología. Mexico, D.F.: S.A de C.V. pp.633-635.

2.7 Cuadro clínico.

- Dolor peri umbilical.
- Anorexia.
- Náuseas.
- Vomito.
- Dolor en fosa ilíaca derecha (FID).
- Fiebre.
- Irritación recto sigmoidea.
- Diarrea.
- Estreñimiento.
- Inflamación en fosa iliaca derecha.⁹

2.8 Diagnostico.

Examen físico	Estudios de laboratorio	Estudios complementarios
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción del dolor. • Síntomas asociados. • Toma registro y valoración de signos vitales. • Se presentan los siguientes signos semiológicos: • Signo McBurney. • Signo de Blumberg. • Signo de Rovsing. • Signo de psoas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio: la biometría hemática completa (BHC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografía de tórax. • Tomografía computarizada (TC) o ultrasonografía. • Ecografía abdominal.¹⁰

Cuadro 2. Diagnostico de la apendicitis

⁹ Yeo,C.. (2016). *Cirugía del tracto alimentario*. Venezuela : Amolca .pp.2019-2028.

¹⁰ Ibídem (3). pp.584-582.

2.9 Tratamiento.

Hospitalario	Farmacológico	Quirúrgico
<ul style="list-style-type: none">• Ayuno.• Líquidos IV.	<ul style="list-style-type: none">• Antibiótico de amplio espectro.	<ul style="list-style-type: none">• Apendicetomía• Cirugía laparoscópica.¹¹

Cuadro 3. Tratamiento de la apendicitis

2.10 Complicaciones.

- Después de la apendicetomía:
- Infección en la herida.
- Absceso intra-abdominal.
- Peritonitis
- Fistula fecal.¹²
- Sepsis ¹³

2.11 Pronóstico.

La recuperación depende de la edad y condiciones de salud del paciente y otras circunstancias, como las complicaciones y el consumo de licor, entre otras. Por lo general la recuperación de una apendicetomía tarda entre 10 y 28 días, el paciente podrá reincorporarse poco a poco a sus actividades cotidianas, si es que no existe complicación alguna. La morbilidad y mortalidad es de 15 a 35% laparotomías en caso de sospecha de apendicitis. La incidencia informada de perforación va del 17 al 40%. En los ancianos y en los niños pequeños puede ser mucho más alta¹⁴

¹¹ Ibídem (1). pp .442-444.

¹² Ibídem (3).pp584-582.

¹³ Papadakis,A., & McPhee. (2015). *Diagnóstico clínico y tratamiento*. Mexico: LANGE.PP.626-627.

¹⁴ Ibidem (3).p.585

2.12 Modelo teórico de las 14 necesidades de Virginia Henderson

1. Respiración
2. Alimentación/ hidratación
3. Eliminación
4. Movilidad
5. Reposo/sueño
6. Vestirse/desvestirse
7. Temperatura
8. Higiene/ piel
9. Seguridad
10. Comunicación
11. Religión/ creencias
12. Trabajar/ realizarse
13. Actividades lúdicas
14. Aprender¹⁵

¹⁵ Arturo zarate Treviño. (2013). *modelos y teorías de enfermería*. México: elzevir.

2.12.1 Datos biográficos de Virginia Henderson.

Se formó como enfermera asistiendo a los soldados estadounidenses heridos en la contienda europea, y desde entonces no ha dejado de vivir para la profesión. Es la autora material de la definición adoptada por 97 países sobre cuáles deben ser los objetivos profesionales de la atención al paciente, y autora, al mismo tiempo, del que ha acabado siendo el manual de la profesión, traducido a 22 idiomas.

Henderson nació en 1897 en Kansas City. Es la quinta hermana de los ocho hijos de Daniel B. Henderson, un abogado especializado en la defensa de los derechos de los indios y que actualmente ocupa un lugar de honor en el Museo Smithsonian de Washington. "Su retrato está rodeado por el de 10 jefes indios, todos ellos con sus tocados de plumas", recuerda con nostalgia. "Fue el trabajo de mi padre, lo que me hizo ser consciente de la injusticia social", explica Henderson. Por este motivo, al llegar la I Guerra Mundial, se matriculó en la Escuela de Enfermería que la Armada de Estados Unidos tenía en Washington. Era una escuela pensada para formar enfermeras para todo el país y, en caso de que la guerra durara muchos años más, para proveer a los países europeos de asistentes médicos. En 1955, el Consejo Internacional de Enfermería -integrado por 97 países- adoptó la definición que Henderson realizó para definir cuál debe ser la función de las enfermeras. Según esta doctora honoris causa por cinco universidades, el objetivo es "ayudar a los individuos enfermos o sanos a realizar aquellas actividades que él mismo realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios". Henderson ha sido enfermera de sí misma a lo largo de su vida. No tiene ningún secreto que justifique la vitalidad y energía que irradia a sus 91 años de edad. En su reciente visita a España aprovechó para visitar un tablao flamenco, y no tiene ningún reparo en reconocer que volvió al hotel a las tres de la madrugada.¹⁶

¹⁶ *Ibidem*(15) pp.45-46.

Descripción del paciente con relación a las 14 necesidades

Las catorce necesidades son fundamentales para el cuidado y la recuperación total del paciente, en el cuidado del paciente con una apendicitis puede alterarse todas las necesidades, en primer lugar tenemos la necesidad de respirar normalmente, nuestro paciente llego con dolor abdominal, la cual le impedía una correcta respiración, esto nos lleva a la segunda necesidad, por el dolor y la infección el paciente perdió el apetito por varios días, al igual le causo vómitos, la necesidad tres eliminar por todas la vías corporales se alteró porque el paciente sufrió de estreñimiento y sudoración excesiva, lo cual ocasiono una leve deshidratación , en la necesidad cuatro el paciente mantenía una postura encorvada por el dolor abdominal, en la necesidad cinco no descansaba correctamente por el dolor y solo dormía lapsos cortos de 1-3 horas, en la necesidad siete encontramos fiebre 39° de tres días, la paciente dejo de realizar sus actividades que normalmente hacia diariamente, empezó a tener una actitud diferente con sus familiares, se sentía irritada y molesta.

Necesidad	Descripción
Necesidad 1: respirar normalmente	La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida.
Necesidad 2: alimentarse e hidratarse	El organismo precisa de líquidos y nutrientes para sobrevivir. Pretende conocer la idoneidad de la nutrición e hidratación de la persona, teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según edad, sexo y estado de salud.
Necesidad 3: eliminar por todas las vías corporales	El organismo precisa eliminar los desechos que genera para su correcto funcionamiento.

Necesidad 4: moverse y mantener una postura adecuada	La mecánica del organismo determina en gran medida la independencia de las personas para las actividades de la vida diaria, provocando la inmovilidad importantes alteraciones del cuerpo humano a todos los niveles.
Necesidad 5: dormir y descansar	El sueño y el descanso son necesidades básicas de la persona.
Necesidad 6: escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse	La ropa es un medio de protección fundamental de la persona contra el frío y el calor.
Necesidad 7: mantener la temperatura corporal	La temperatura normal del cuerpo ronda los 36.5-37°C, aunque puede variar dependiendo de la hora del día, de la ingesta de líquidos y alimentos, de la actividad reciente o del ciclo menstrual en las mujeres.
Necesidad 8: mantener la higiene y la integridad de la piel	El grado de higiene corporal de la persona es un signo externo del estado de salud que presenta, por lo que esta necesidad tiene un valor tanto fisiológico como psicológico.
Necesidad 9: evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas	Pretende conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre prevención de accidentes, caídas, quemaduras.
Necesidad 10: comunicarse con los	Para el ser humano es fundamental

<p>otros</p>	<p>expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno.</p>
<p>Necesidad 11: vivir de acuerdo Con los propios valores y creencias</p>	<p>Las personas piensan, actúan y toman decisiones en función de sus propios valores, creencias y Fe. Pretende conocer los hábitos del paciente en cuanto a creencias, valores y cultura para valorar su posible influencia en la salud</p>
<p>Necesidad 12: ocuparse en algo que su labor un sentido de realización personal</p>	<p>Las personas se sienten realizadas y satisfechas cuando tienen una productividad.¹⁷ Pretende conocer la efectividad del desarrollo de la actividad laboral de la persona.</p>
<p>NECESIDAD 13: PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS</p>	<p>Las actividades lúdicas contribuyen a la salud física y mental de las personas.</p>
<p>NECESIDAD 14: APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD</p>	<p>Las personas empeoran su situación de salud o enferman por conocimientos insuficientes o inadecuados, por lo que la educación se considera como una</p>

¹⁷ Ibídem (13) pp. 45-46

	parte fundamental de los cuidados básicos de la persona. ¹⁸
--	--

Cuadro 4. Necesidades de virginia Henderson

CAPITULO 3. METODOLOGÍA DE LA SOLUCIÓN

¹⁸ *Ibíd*em(13)pp.45-46

Experiencia de un paciente con apendicetomía

Después del ingreso del paciente se hizo el diagnóstico y después se realizó el tratamiento que fue una cirugía para extraer la apéndice, con las 14 necesidades ya descritas anteriormente nos podemos dar cuenta las condiciones en las que llegó el paciente y después al egreso de su cirugía se obtuvo una mejoría en su salud física, emocional, familiar y en su entorno, se realizó una valoración (ver cuadro 5) donde se especifica que necesidades quedaron alteradas con la cirugía, una de ellas es mantener la integridad de la piel, es una de las necesidades más importantes ya que al tener una herida quirúrgica tiene diversas complicaciones, como es una dehiscencia si no se tiene los cuidados necesarios, como es el baño diario, la curación de la herida y verificar los signos y síntomas de infección, alimentarse e hidratarse, se debe tener una alimentación blanda , baja en grasas , en la vía de eliminación se vigiló el estreñimiento, el drenaje pen rouse, en mantener la temperatura corporal se realizó una curva térmica, verificando que la paciente tuviera normo termia, se realizaron cambios de posiciones, se fomentó la deambulacion, el sueño mejoro y se le dio una orientación sobre los cuidados sobre su operación, su estilo de vida , el cuidado de la herida, etc.

Se realizó el lavado de la herida (cuadro 6) siguiendo el procedimiento estandarizado, primero acomodamos el material (anexo 1), se le explico al paciente el procedimiento que se le iba a realizar, acomodando al paciente en decúbito prono, se cierran las cortinas, se realizó el lavado de manos (anexo 3), se colocaron los guantes (anexo 5) se retira el apósito (anexo 7), se realiza la limpieza de la herida de arriba hacia abajo con jabón quirúrgico, se realiza este procedimiento hasta ver que la herida este limpia, sin sangre, supuración, valorando los signos de infección, se enjuaga la herida con solución fisiológica, se seca la herida con gasas, después se cubrimos con un Tegaderm + pad, para prevenir algún tipo de infección, se realiza el membrete con la hora, fecha, día y quien realizó la curación, se retira el material que se utilizo y se coloca al paciente en una posición acomoda con los barandales en alto, después se realiza las anotaciones de enfermería en la hoja correspondiente.

Necesidad alterada	CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA
1. Mantener la integridad de la piel.	<ul style="list-style-type: none"> • Curación de herida quirúrgica • Vigilar edema con escala de godett. • Baño • Protección contra la infección • Vendaje abdominal • Manejo del dolor, valorar con escala de EVA
2. Alimentarse e hidratarse.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuno • Ajustar la dieta al estilo de vida según cada caso. • Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.
3. Eliminar por todas las vías corporales.	<ul style="list-style-type: none"> • Instalación de sonda vesical • Balance hidroelectrolítico • Vigilar el estreñimiento • Cuidados de drene como el pen rouse.
4. Mantener la temperatura corporal.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de la temperatura • Curva térmica • Control térmico.
5. Moverse y mantener una postura adecuada.	<ul style="list-style-type: none"> • Posición semifowler. • Fomentar la deambulaci3n. • Escala de braden para prevenir las úlceras por presi3n • Escala de downton.

6. Dormir y descansar.	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el sueño.
7. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.	<ul style="list-style-type: none"> • Barandales en alto. • Protección contra las infecciones.
8. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre el estilo de vida. • Explicación de posibles complicaciones. • Dieta libre de grasa rica en proteína. • Prevención de dehiscencia y/o complicaciones.

Cuadro 5

3.1.1 Nombre del procedimiento.

Curación de herida quirúrgica

3.1.2 Concepto.

Alteración de la integridad cutánea y de la función de la piel y tejidos subyacentes.

3.1.3 Objetivos.

- Conocer y realizar la técnica adecuada de curación de una herida basada en principios de asepsia para evitar en la práctica complicaciones como la infección de una herida que ponen en peligro la salud del paciente.
- Favorecer los mecanismos de curación y cicatrización.

3.1.4 Equipo y material.

- Carro de curaciones que contiene:
- Solución fisiológica
- Jabón quirúrgico
- Gasas
- Guantes estériles

- Apósitos
- Tela adhesiva
- Bolsa para desecho
- Cubre bocas
- Una tijera recta
- Tegaderm + Pad
- Venda de 30 cm
- Sabana

3.1.5 Técnica y fundamentación científica.

Procedimiento	Fundamentación científica
1.- Identificación del paciente.	La identificación del paciente asegura que el paciente correcto recibe la intervención correcta y evita errores.
2.- Se corroboran las indicaciones médicas para el cuidado de la herida.	La revisión del plan de atención y de las órdenes médicas valida que se realice el procedimiento correcto con el paciente correcto.
3.- Preparar, y trasladar el carro de curaciones la unidad del paciente.	La preparación favorece la administración eficiente del tiempo y la realización de una tarea organizada. Reunir todo a lado de la cama conserva tiempo y energía. Mantener suministros cercanos es conveniente, ahorra tiempo y evita esfuerzos innecesarios por parte del enfermero.
4.-Se realiza lavado de manos y se coloca el cubre bocas	La piel y mucosas generalmente contienen gérmenes; el lavado de manos disminuye la transmisión de enfermedades y evita la diseminación de microorganismos.
5.- Explicar al paciente el procedimiento	La comunicación y relación interpersonal

y la forma en que puede colaborar.	influyen en la participación efectiva del individuo y la familia.; la comprensión del procedimiento disminuye o calma la ansiedad.
6.- Se cierran las cortinas alrededor de la cama y se cierra la puerta de la habitación si es posible.	Un ambiente terapéutico requiere de relaciones humanas y familiares adecuadas a cada situación; los microorganismos patógenos son diseminados directos o indirectos.
7.-Se coloca una bolsa o contenedor para desechos en una ubicación conveniente para su uso durante el procedimiento.	Tener cerca el contenedor de desechos significa que el apósito sucio se desechara con facilidad, sin desimanación de microorganismos.
8.-Se ajusta la cama a una altura de trabajo cómoda.	Colocar la cama a una altura apropiada evita el esfuerzo muscular y de la espalda.
9.-Se coloca una sábana debajo del paciente para cubrir cualquier área expuesta diferente a la herida.	El uso de una sábana proporciona comodidad y evita que el paciente tenga frio.
10.-Se verifica la posición de drenaje, sondas u otros dispositivos antes de retirar el apósito. El enfermero se coloca guantes.	Se verifica no se retiren los drenajes de manera accidental, si hay alguno colocado. Los guantes protegen al enfermero de los apósitos contaminados y evita la diseminación de microorganismos.
11.-Se retira con cuidado el apósito sucio con guantes, desecharlo en contenedor especial, observar herida y curso de cicatrización.	La valoración de la herida considera localización, tiempo, estado y dimensiones de la herida; curso de la lesión en cuanto a estado tisular, presencia de exudados o secreciones; la fiebre, dolor local, edema, exudado

	maloliente, ausencia de cicatrización, celulitis, induración en bordes de herida y tejidos adyacentes, son las manifestaciones clínicas locales o sistémicas de una herida infectada
12.- Utilizando la técnica estéril, se abren los suministros necesarios y la solución fisiológica.	Se mantienen los suministros estériles y al alcance del enfermero.
13.-El enfermero se coloca guantes estériles.	El uso de guantes estériles mantienen la técnica aséptica y reduce el riesgo de diseminación de microorganismos.
14.-Limpieza de la herida de arriba hacia abajo con jabón quirúrgico. Siguiendo este patrón, se utiliza nuevas gasas para cada procedimiento de limpieza.	La desinfección es el proceso químico o físico por el cual se destruyen los agentes patógenos, excepto las esporas. Los agentes químicos tienen propiedades bactericidas, bacteriostática.
15.- Enjuagar la herida con solución fisiológica.	El agua corriente favorece el arrastre mecánico de microorganismos.
16.- Secar con gasa estéril preferentemente cambiando de gasa.	La humedad favorece el crecimiento bacteriano.
17.-Colocar el Tegaderm + Pad cubriendo toda el área de la herida.	EL Tegaderm + Pad es un apósito estéril transparente con almohadilla absorbente no adherente que ayuda a controlar el exudado leve.
18.-Se retiran y desechan los guantes.	Se retira los guantes para evitar contaminar.

19.-Despues de fijar el apósito, se realiza el membrete con la fecha, hora y el responsable del procedimiento.	Registrar la fecha y la hora proporciona un mecanismo de comunicación. ¹⁹
20.-Se retira el material que se utilizó,	El retiro apropiado del equipo y material reduce el riesgo de transmisión de infecciones y la contaminación de otros objetos.
21.-Se coloca al paciente en una posición cómoda, con barandales elevados.	El subir los barandales evita un riesgo de caída.
22.-Se realiza el lavado de manos.	La piel y mucosas generalmente contienen gérmenes; el lavado de manos disminuye la transmisión de enfermedades.
23.-Se realizan registros de enfermería correspondientes a la técnica especificando sucesos relevantes.	Para tener un control y seguimiento de la herida.

Cuadro 6

¹⁹ Lynn, P. (2012). Enfermería clínica de Taylor. México: Lynn.

CAPITULO 4.

CONCLUSION

4.1 Conclusión

En conclusión, la apendicitis aguda se erige como una de las intervenciones quirúrgicas más comunes y críticas en el ámbito de la salud, subrayando la importancia de una atención oportuna, adecuada, sobre el conocimiento de la anatomía, fisiología del apéndice y tanto del sistema digestivo.

Este trabajo no solo expone la definición, clasificación, fisiopatología, etiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento de la apendicitis, sino que también resalta la relevancia del modelo de Virginia Henderson, que enfatiza la interconexión de las necesidades biopsicosociales del paciente. A través de una evaluación exhaustiva y un enfoque integral en el cuidado, se evidencia cómo un manejo eficiente de las 14 necesidades puede prevenir complicaciones y facilitar una recuperación más rápida.

La intervención quirúrgica, específicamente la apendicetomía, demanda un seguimiento minucioso y una atención especializada en el postoperatorio para garantizar la integridad del paciente y optimizar su calidad de vida. Por lo tanto, fomentar una práctica de enfermería informada y centrada en el paciente es esencial no solo para mejorar los resultados clínicos, sino también para transformar la experiencia de los pacientes en su camino hacia la recuperación.

Anexos



Anexo 1

Acomodando el material



Anexo 2

Verificando que este todo el material



Anexo 3

Lavado de manos.



Anexo 4

Colocación de cubre bocas.



Anexo 5

Colocación de guantes



Anexo 6

Colocación de guantes con técnica estéril.



Anexo 7

Quitando el apósito sucio.



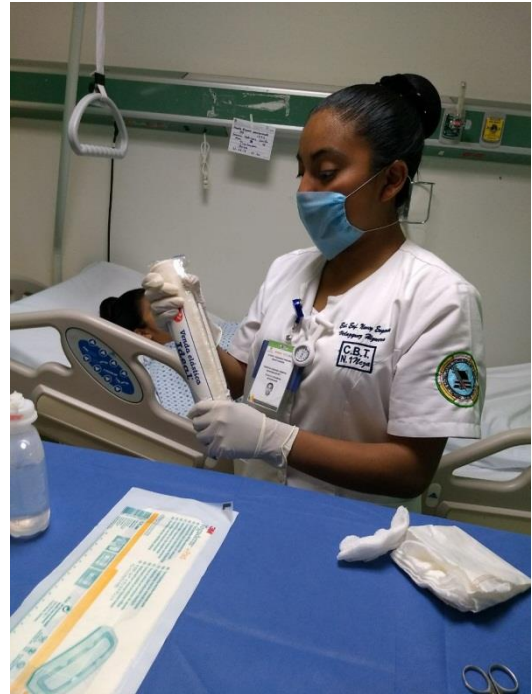
Anexo 8

Limpiando la herida.



Anexo 9

Colocación de teqader+pad.



Anexo 10

Retirar material



Anexo 11

Lavado de manos después de hacer la curación.

4.4 Glosario.

“A”

- **ABSCESO:** Acumulación de pus, interna o externa, en un tejido orgánico.
- **ANTIBIÓTICO:** Es la sustancia química producida por un ser vivo o fabricada por síntesis, capaz de paralizar el desarrollo de ciertos microorganismos patógenos, por su acción bacteriostática, o de causar la muerte de ellos, por su acción bactericida.
- **ANTICUERPO:** Sustancia segregada por los linfocitos de la sangre para combatir una infección de virus o bacterias que afecta al organismo.

“D”

- **DEHISCENCIA:** Abertura espontánea de una parte o de un órgano que se había suturado durante una intervención quirúrgica.
- **DISTENSIÓN ABDOMINAL:** aumento de volumen del abdomen.
- **DIVERTÍCULO:** Cavidad anormal en forma de bolsa pequeña que se crea en el aparato digestivo.

“E”

- **EPITELIO:** Tejido constituido por células íntimamente unidas, planas o prismáticas, que recubre la superficie externa del cuerpo y de ciertos órganos interiores.
- **ESFÍNTER:** Músculo en forma de anillo que cierra y abre la abertura de determinados conductos naturales del cuerpo; especialmente, el de la uretra.

“F”

- **FECALITO:** Es una acumulación de heces en el recto o en el colon, que taponan el flujo normal del tracto intestinal.
- **FLEGMONOSO:** Inflamación, absceso, tumefacción.

“H”

- **HEPATOCITO:** Es la célula propia del hígado y que forma su parénquima.
- **HIPERPLASIA:** Aumento anormal de tamaño que sufre un órgano o un tejido orgánico debido al incremento del número de células normales que lo forman.

“I”

- **INFLAMACIÓN:** Reacción que se desencadena en una parte del organismo o en los tejidos de un órgano, caracterizada por un enrojecimiento de la zona, aumento de su volumen, dolor, sensación de calor
- **ISQUEMIA:** Detención o disminución de la circulación de sangre a través de las arterias de una determinada zona, que comporta un estado de sufrimiento celular por falta de oxígeno y materias nutritivas en la parte afectada.

“M”

- **MICROORGANISMO:** Organismo microscópico animal o vegetal.

“N”

- **NECROSIS:** Muerte de las células y los tejidos de una zona determinada de un organismo vivo.

“P”

- **PARÁSITO:** Organismo que se alimenta de las sustancias que elabora un ser vivo de distinta especie, viviendo en su interior o sobre su superficie, con lo que suele causarle algún daño o enfermedad.
- **PERITONITIS:** Inflamación del peritoneo debida, generalmente, a una infección y cuyos síntomas son dolor abdominal, estreñimiento, vómitos y fiebre.

“S”

- **SEMIOLÓGICO:** Relacionado con los signos.
- **SEPSIS:** Es una enfermedad grave que ocurre cuando el cuerpo tiene una abrumadora respuesta inmunitaria a una infección bacteriana.

4.5 Referencias bibliográficas.

4.5.1 Bibliografía.

- Arturo zarate Treviño. (2013). *modelos y teorías de enfermería*. México: elzevir.
- Farreras, P., & Rozman, C. (2016). *Medicina Interna*. España: Elsevier. p.128
- Giménez, M. (2014). *Cirugía Fundamentos para la práctica clínico- quirúrgica*. Buenos Aires: Panamericana.pp.584-592.
- Hurst,M. (2013). *Enfermería médico-quirúrgica*. México: El Manual Moderno. pp.442-444.
- Kasper,D., Hauser, S., Jameson,J.,Fauci, A., Longo,D.,& Loscalzo, J.. (2016). *Harrison Principios de Medicina Interna..* Mexico D.F.: McGraw-Hill Educación. p.1985.
- Tortora, G., & Derrickson, B. (2013). *Principios de Anatomía y Fisiología*. Madrid, España: Panamericana.pp.967-1015.

4.5.2 Cibergrafía.

- Baird DLH, Simillis C, Kontovounisios C, Rasheed S, Tekkis PP. Acute appendicitis. *BMJ*. 2017 Apr 19;357:j1703. doi: 10.1136/bmj.j1703. PMID: 28424152.
- Bermeo, F. I. Z., Barahona, C. E. U., Carpio, J. F. V., De la Nube Pacheco, L., Mendieta, D. M. O., & Chuico, P. A. M. (2019). *Factores asociados a las infecciones en el sitio quirúrgico en Hospitales Ecuatorianos*. <https://www.redalyc.org/journal/559/55964142022/html/>
- Cerqueda, R. D. Robles, A. Buenfil, R. Sorby, A. M. Rodriguez, U. (2021). Relación embriológica y genética en la patogénesis apendicular. *Revista Mexicana de Cirugía Colorrectal*, 2(3), 94-98. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=116462>
- Cuervo, J. (2014). *Apendicitis aguda*. febrero 2,2018, de Hosp. Niños (B. Aires) Sitio web: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2014/04/15-31-Apendicitis.pdf>

- Fugazzola, P., Ceresoli, M., Agnoletti, V., Agresta, F., Amato, B., Carcoforo, P., Catena, F., Chiara, O., Chiarugi, M., Cobiañchi, L., Coccolini, F., De Troia, A., Di Saverio, S., Fabbri, A., Feo, C., Gabrielli, F., Gurrado, A., Guttadauro, A., Leone, L., Marrelli, D., ... Ansaloni, L. (2020). The SIFIPAC/WSES/SICG/SIMEU guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis in the elderly (2019 edition). *World journal of emergency surgery : WJES*, 15(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00298-0>
- García, L. (2013). El diccionario de términos médicos de la real academia academia nacional de medicina. marzo 20,2018, de real academia nacional de medicina Sitio web: https://www.uv.es/ramcv/2013/107_VII_XIII_Dr_Garcia-Sancho.pdf
- Hernandez, C. (2015). *El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera*. marzo 15,2018, de Universidad de Valladolid Sitio web:
- Hernández-Cortez, Jorge, León-Rendón, Jorge Luis De, Martínez-Luna, Martha Silvia, Guzmán-Ortiz, Jesús David, Palomeque-López, Antonio, Cruz-López, Néstor, & José-Ramírez, Hernán. (2019). Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cirujano general*, 41(1), 33-38. Epub 02 de octubre de 2020. Recuperado en 30 de mayo de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es&tlng=es.
- Lemus-Lima, Erllys, Hernández-Pérez, Raúl, Izquierdo-Machín, Esther, Espinosa-Aguilar, Anibal, & Señán-Hernández, Nelvis. (2021). Parametrización de cuidados de enfermería para satisfacer necesidades humanas en personas con lesiones por quemaduras. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(3), . Epub 25 de noviembre de 2021. Recuperado en 30 de mayo de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000300014&lng=es&tlng=es.
- Tolentino,H. (2014). *Aplicación de escalas diagnosticas en pacientes con dolor abdominal sugestivo de apendicitis en el servicio de urgencias*. enero 20, 2018, de universidad autónoma del estado de México Sitio web: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14696/414252.pdf?sequence=1><https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17711/1/TFG-H439.pdf>
- Valles,N. (2015). *Apendicitis aguda*. enero 27, 2018, de PowerPoint PPT Presentación Sitio web: <https://www.slideserve.com/ilya/apendicitis-aguda>