

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN SALUD**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON APENDICITIS**  
**AGUDA ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA,**  
**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA, 2021**

**TRABAJO ACADÉMICO**

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

**ENFERMERIA EN CUIDADOS CRITICOS, EMERGENCIA Y**  
**DESASTRES**

**POR:**

**Lic. Enf. MARIA DOLORES ROSERO DE CHAVEZ**

**ASESOR:**

**Dra. ROSA ESTHER CARRANZA PAZ**

**CAJAMARCA – PERÚ**

**2021**

copyright © 2021 by  
Autor: Lic. Enf. María Dolores Rosero De Chávez.  
Todos los Derechos Reservados



## DEDICATORIA

A Dios por iluminar, proteger y guiar mi camino para lograr mis objetivos.

El presente trabajo lo dedico con todo mi amor y cariño a mi amado esposo Francisco Alberto por su sacrificio y esfuerzo, por darme su apoyo incondicional para poder alcanzar esta Especialidad en Enfermería en Cuidados Críticos Emergencia y Desastres.

A mis amados hijos Luis, Verónica, Fernando Esther y Víctor, por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y seguir adelante.

**MARIA DOLORES.**

## AGRADECIMIENTO

A Dios por iluminar, proteger y guiar mi camino para lograr mis objetivos y a todas las personas que me brindaron su apoyo.

***MARIA DOLORES.***

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

**María Dolores Rosero De Chávez.**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA  
ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL REGIONAL  
DOCENTE CAJAMARCA, 2021**

**Asesora: Dra. Rosa Esther Carranza Paz**

**Cargo: asesora**

**Páginas: 93**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON APENDICITIS  
AGUDA ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA,  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA, 2021**

**AUTOR: Lic. Enf. MARIA DOLORES ROSERO DE CHAVEZ**

**ASESOR: Dra. ROSA ESTHER CARRANZA PAZ.**

**Trabajo académico aprobado por los siguientes miembros del jurado .**

JURADO EVALUADOR

---

Dra. Rosa Yturbe Pajares  
(Presidenta)

---

Dra. Miriam Silvana Bringas Cabanillas  
(Secretaria)

---

Mg. Petronila Bringas Duran  
(Vocal)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD  
Av. Atahualpa N° 1050 Ambiente II-101 Teléfono 076-599438



**ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL DE TRABAJO ACADÉMICO PARA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS, EMERGENCIA Y DESASTRES**

En Cajamarca, siendo las 3<sup>pm</sup> del día 29 de abril del 2022, los integrantes del Jurado Evaluador, designados por Consejo de Facultad a propuesta de la Directora de Segunda Especialidad Profesional en Salud, reunidos mediante la Plataforma de Google Meet, dan inicio a la sustentación del Trabajo Académico Titulado:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA  
ATENIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL REGIONAL  
DOCENTE CAJAMARCA, 2021.

Desarrollado por el (la) Lic. Enf. MARIA DOLORES ROSERO DE CHÁVEZ

Concluida la sustentación y Realizadas las deliberaciones de estilo, se obtuvo el promedio final de:

Dieciséis (16)

Por lo tanto el jurado acuerda la Aprobación del Trabajo Académico del (la) mencionado (a) profesional. Encontrándose APTO (A) para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en CUIDADOS CRÍTICOS, EMERGENCIA Y DESASTRES.

| MIEMBROS DE JURADO EVALUADOR<br>NOMBRES Y APELLIDOS |                                      | FIRMA |
|---|--------------------------------------|-------|
| Presidente  | MCS. DELIA ROSA YTURBE PASAÑES       |       |
| Secretario (a)                                      | MCS. MIRIAM SILVANA BRINAY CABANILLO |       |
| Vocal   | MCS. PETRONILA ÁNGEL BRINAY DURÁN    |       |
| Asesor (a)  | Dra. ROSA ESTHER CARRANZA PAZ.       |       |

## INDICE DE CONTENIDOS

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| DEDICATORIA .....                                      | ¡Error! Marcador no definido. |
| AGRADECIMIENTO.....                                    | iii                           |
| HOJAS DE JURADOS.....                                  | iv                            |
| ACTA DE SUSTENCTACION.....                             | v                             |
| FICHA CATALOGRAFICA.....                               | vi                            |
| INDICE DE CONTENIDOS .....                             | viii                          |
| RESUMEN .....  | x                             |
| SUMMARY .....  | xi                            |
| I. INTRODUCCIÓN.....                                   | 1                             |
| CAPÍTULO I .....                                       | 4                             |
| 1.1.Marco Referencial del tema de investigación:.....  | 4                             |
| 1.2.Objetivos .....                                    | 5                             |
| Objetivo General.....                                  | 5                             |
| Objetivos Específicos.....                             | 5                             |
| 1.3.Justificación.....                                 | 6                             |
| CAPÍTULO II .....                                      | 7                             |
| 2.Marco Teórico: Antecedentes.....                     | 7                             |
| 2.1.Internacionales.....                               | 7                             |
| 2.2.Nacionales .....                                   | 8                             |
| 2.3.Locales.....                                       | 9                             |
| 3.Base Teórica .....                                   | 10                            |
| Definición: .....                                      | 10                            |
| Etiología Y Fisiopatología: .....                      | 10                            |
| Factores de Riesgo:.....                               | 11                            |
| Síntomas más importantes de la apendicitis aguda:..... | 11                            |
| Cuadro Clínico: .....                                  | 12                            |
| Evolución mayor de 36-48 hrs. ....                     | 13                            |
| Diagnóstico de la Apendicitis:.....                    | 13                            |
| Exámenes de diagnóstico:.....                          | 13                            |
| Tratamiento de la apendicitis aguda: .....             | 14                            |
| Cuidados de Enfermería: .....                          | 14                            |
| Cuidados de Enfermería en el pre operatorio: .....     | 14                            |
| Cuidados de Enfermería en el post operatorio:.....     | 15                            |

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Proceso de Atención de Enfermería .....  | 16                                   |
| Definición: .....  | 16                                   |
| Objetivos del Proceso de Enfermería:.....                                      | 16                                   |
| COMPONENTES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: .....                                   | 16                                   |
| 1.-Valoración:.....  | 16                                   |
| 2.- Diagnóstico de enfermería: .....   | 17                                   |
| 4.-Implementación o ejecución:.....  | 17                                   |
| 5.- Evaluación: .....  | 18                                   |
| HABILIDADES INTERPERSONALES EN LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA .....   | 18                                   |
| EI PENSAMIENTO CRÍTICO EN LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA .....        | 19                                   |
| TEORÍAS QUE GUÍAN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA... 23            |                                      |
| HISTORIA DE LA TAXONOMIA NANDA, NIC, NOC .....                                 | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| CAPÍTULO III .....   | 23                                   |
| 3.2.DESCRIPCIÓN DEL CASO:.....   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| a. Datos Generales: .....  | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| b. Motivo de la consulta. ....   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| c. Enfermedad actual. ....   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| d. Apreciación general del paciente: .....                                     | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| 2. Examen por regiones:Cabeza .....  | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| Cuello .....   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| Tórax .....  | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| Aparato cardiovascular .....   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| Abdomen.....   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| Sistema nervioso .....   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| - Función cognoscitiva:.....   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| - Pares craneales.....   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| 3.Tratamiento .....  | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| V. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....                                      | 31                                   |
| 5.1. VALORACION: Modelo de Clasificación de Dominios (NANDA 2018-2020).<br>(22 | 36                                   |
| Dominio 2: Nutrición.....  | 36                                   |
| Dominio 3: Eliminación e Intercambio .....                                     | 36                                   |
| Dominio 4: Actividad/Reposo.....   | 36                                   |
| Dominio 5. Percepción/Cognición .....  | 37                                   |
| Dominio 6. Autopercepción.....   | 37                                   |
| Dominio 7. Rol/Relaciones .....  | 37                                   |

|  |    |
|--|----|
| Dominio 8. Sexualidad .....  | 37 |
| Dominio 9: Afrontamiento Tolerancia Al Estrés.....                   | 37 |
| Dominio 10: Principios Vitales .....                                 | 37 |
| Dominio 11. Seguridad y Protección .....                             | 37 |
| Dominio 12. Confort .....  | 38 |
| Dominio 13. Crecimiento y Desarrollo .....                           | 38 |
| 5.2. Confrontación con la Literatura, Análisis e Interpretación..... | 39 |
| 5.3. Priorización de los diagnósticos de enfermería:.....            | 48 |
| 5.4. Planeamiento y Ejecución:.....                                  | 49 |
| 5.5. Evaluación del Proceso.....                                     | 59 |
| CAPÍTULO IV.....   | 61 |
| 4.2. PROPUESTA DE MEJORA.....  | 63 |
| 4.3. CONCLUSIONES.....   | 64 |
| 4.4. RECOMENDACIONES .....   | 65 |
| 4.5. BIBLIOGRAFÍA .....  | 66 |
| RELACION DE ABREVIATURAS.....  | 68 |

## RESUMEN

### **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA, 2021**

El presente trabajo Académico: Cuidados de Enfermería en paciente con apendicitis aguda atendido en el servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Cajamarca, 2021. Tuvo como objetivo: Brindar Cuidado de Enfermería en la paciente con apendicitis aguda en el marco del Proceso de Atención de Enfermería, atendida en el servicio de emergencia del HRDC; se utilizó como metodología la revisión bibliográfica y análisis de caso clínico, en donde se refleja la intervención del profesional de Enfermería la cual es rápida, inmediata, e individual; considerando los dominios y clases según la NANDA. El trabajo académico, sé enmarcó en las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería, se realizó la valoración y se priorizó los diagnósticos además de la elaboración del plan de cuidados, se ejecutó y evaluó, reflejándose en la evolución favorable de la paciente. Teniendo las siguientes conclusiones: El Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta básica y metodológica, científica para la ejecución de actividades según la priorización de diagnósticos aplicados a la atención de pacientes con patologías de apendicitis aguda.

Palabras Claves: Apendicitis aguda, Proceso de Atención de Enfermería.

## SUMMARY

The present Academic Work: Nursing Care in a patient with acute appendicitis, attended in the Emergency Service of the Cajamarca Regional Teaching Hospital, 2021. Its objective was: To execute the Nursing Care Process, in a patient with a clinical picture of acute appendicitis, was used as methodology the bibliographic review and clinical case analysis, where the intervention of the Nursing professional is reflected, which is fast, immediate, and individual, considering the domains and classes according to the NANDA, the academic work, was framed in the five stages of the Nursing Care Process. The evaluation was carried out, the diagnoses were prioritized, the care plan was elaborated, executed and evaluated, reflecting on the favorable evolution of the patient. Having the following conclusions: The Nursing Care Process is a basic and methodological, scientific tool for the execution of activities according to the prioritization of diagnoses applied to the care of patients with pathologies of acute appendicitis

Key Words: Acute appendicitis, Nursing Care Process.

## I. INTRODUCCIÓN

La apendicitis (inflamación del apéndice vermiforme) es una de las principales causas de abdomen agudo y una de las indicaciones para la realización de un procedimiento quirúrgico de emergencia en todo el mundo (1,6). La identificación de la apendicitis como entidad clínica y patológica para la cual se requiere tratamiento quirúrgico, data de 1886 por Reginald Fitz, profesor de anatomía patológica de Harvard. Posteriormente Charles Heber McBurney (1845- 1913), profesor de cirugía en el College of Physicians and Surgeons (Columbia University) de New York describió el sitio preciso del dolor en 1889 y la incisión adecuada para exponer y extirpar el apéndice inflamado en 1894(3).

El apéndice vermiforme se localiza en la base del ciego, cerca de la válvula ileocecal, es un divertículo verdadero y su pared contiene todas las capas de la pared colónica: mucosa, submucosa, muscular (circular y longitudinal) y serosa. Su riego sanguíneo viene por parte de la arteria apendicular, rama terminal de la arteria ileocólica. Puede migrar y tener posición retrocecal, subcecal, preileal, postileal y pélvica, además posee tejido linfoide con células B y T.

La apendicitis se debe a la obstrucción del lumen, edema local, seguida de isquemia localizada, trombosis y oclusión de pequeños vasos de la pared, estasis del flujo linfático, aumento de la presión luminal e intramural por acúmulo de moco, para posteriormente perforarse y permitir el desarrollo de un absceso o peritonitis generalizada (4). La obstrucción varía dependiendo de la edad del paciente, puede ser causada tanto por fecalitos (masa fecal endurecida), fibrosis, cálculos, hiperplasia linfoide, procesos infecciosos, parásitos o neoplasias (carcinoide, adenocarcinoma o mucocele) (1,6). El crecimiento bacteriano es predominantemente de organismos aeróbicos al principio volviéndose mixto en la apendicitis tardía.

En la apendicitis perforada y gangrenosa se incluyen comúnmente *Escherichia coli*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides fragilis* y *Pseudomonas*. El tiempo para desarrollar perforación es variable, algunos pacientes

desarrollaron perforación en menos de 24 horas desde el inicio de los síntomas, mientras que otros pueden tener estas complicaciones pasadas las 48 horas. El presente trabajo tuvo como propósito aplicar el cuidado de Enfermería a través del Proceso de Atención de Enfermería en la paciente con diagnóstico de apendicitis aguda atendida en el servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Cajamarca 2021, se utilizó como metodología la revisión bibliográfica y análisis del caso clínico, en donde se refleja la intervención del profesional de Enfermería.

El presente trabajo académico contiene la siguiente estructura: Generalidades  
Capítulo I: Marco referencia, los objetivos del trabajo académico y la justificación; Capítulo II: Marco teórico: antecedentes del estudio y bases teóricas. Capítulo III: Metodología: Capítulo IV. Análisis y argumentación del tema, propuestas de mejora, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

## **II. GENERALIDADES**

### **DESCRIPCION DEL SERVICIO SE EMERGENCIA:**

El Hospital Regional Docente Cajamarca por Resolución Ministerial N° 638-2017/MINSA, autorizaron al Hospital Regional Docente de Cajamarca, de nivel II-2, realizar actividades correspondientes a la categoría inmediata superior (III-1) de acuerdo a las necesidades de la población. Está ubicado en la Av Larry Jhonson, S/N Cajamarca, cuenta con muchas áreas de atención al servicio de la población cajamarquina, uno de ellos es el servicio de Emergencia en donde se atienden las necesidades que ponen en riesgo inmediato la vida del paciente. La mayoría de profesionales que allí laboran son enfermeras con especialidad en emergencias, desastres y cuidados críticos. Además de contar con profesionales médicos con especialidad en emergencias y otras especialidades. El servicio de emergencia tiene una capacidad para 30 pacientes, su estructura física, consta de tópicos como: Trauma shock, ginecología, triaje, pediatría, medicina y cirugía. El tópico de cirugía cuenta con las especialidades de traumatología, urología oftalmología, procedimientos y observación; en cada tópico hay 5 enfermeras y 5 técnicos a excepción de pediatría, medicina y cirugía, los cuales cuentan con una enfermera y un técnico por cada tópico, haciendo un total de 58 profesionales de enfermería y 41 técnicos de enfermería.

## CAPÍTULO I

### 1.1. Marco Referencial del tema de investigación:

La apendicitis aguda consiste en la inflamación y posterior infección del apéndice cecal, un pequeño saco localizado en el intestino grueso. Es la segunda causa de cirugía abdominal de emergencia y ocurre con más frecuencia en personas con edades entre 10 y 30 años, aunque pueden presentarse a cualquier edad. En los casos de apendicitis es importante consultar lo más pronto posible a su médico ante la presencia de los síntomas característicos de la enfermedad, para permitir de esta manera, un diagnóstico rápido y tratamiento oportuno que prevenga complicaciones posteriores. (1,6).

Esta patología ocurre con más frecuencia en la segunda y tercera décadas de la vida. La incidencia es aproximadamente de 233/100,000 habitantes, siendo más alta en los hombres (hombres a mujeres con ratio de 1,4:1) con una incidencia durante la vida de 8,6% comparado a 6,7% en las mujeres (1,6). En el Hospital Regional Docente Cajamarca las cifras en el año 2019 fueron de 880 casos de apendicitis aguda que terminaron en cirugía, de los cuales 442 fueron mujeres y 448 fueron hombres, de estos 292 casos fueron pacientes pediátricos.

Durante la infancia, la función del apéndice es la producción de células de defensa, pero a lo largo de la vida pierde esta función. En ocasiones se desconoce el origen de la inflamación del apéndice. Una de las explicaciones es la presencia de cuerpos extraños que causan obstrucción, produciéndose a continuación una disminución en la oxigenación en el tejido del apéndice, ulceración y posterior invasión de bacterias. Los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda deben ser hospitalizados y evaluados por un especialista en cirugía, quien realizará el manejo quirúrgico.

En nuestro medio la apendicitis aguda es una patología muy frecuente en

el servicio de emergencia, donde el personal de enfermería brinda el cuidado de calidad con enfoque humanizado, a todos los pacientes, para lograr con éxito el tratamiento y evitar futuras complicaciones.

El estudio se desarrolló en el marco del Proceso de Atención de Enfermería como herramienta fundamental para la atención de pacientes, estando contemplado en la ley de trabajo del enfermero(a) peruano ley 27669, artículo 7º, inciso a) donde se estipula que el enfermero debe brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

## **1.2. Objetivos**

### **Objetivo General**

Brindar Cuidado de Enfermería en la paciente con apendicitis aguda en el marco del Proceso de Atención de Enfermería, atendida en el servicio de emergencia del HRDC.

### **Objetivos Específicos**

1. Valorar las respuestas humanas de la paciente con apendicitis aguda, atendida en el servicio de emergencia del HRDC.
2. Diagnosticar las respuestas humanas de la paciente con apendicitis aguda atendida en el servicio de emergencia del HRDC.
3. Planificar los cuidados de enfermería de la paciente con apendicitis aguda, atendida en el servicio de emergencia del HRDC.
4. Ejecutar el plan de cuidados de enfermería de la paciente con apendicitis aguda, atendida en el servicio de emergencia del HRDC.
5. Evaluar los resultados esperados y cuidados de enfermería de la paciente con apendicitis aguda, atendida en el servicio de emergencia del HRDC.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

La apendicitis es un proceso muy común en la infancia que precisa de hospitalización en la totalidad de los casos para tratamiento médico o tratamiento quirúrgico. El Hospital Regional Docente Cajamarca, atiende a pacientes según su grado de complejidad donde se trata diferentes tipos de enfermedades. Uno de los casos más frecuentes es la apendicitis aguda, que es una patología que se presenta de manera frecuente en los pacientes pediátricos. Por los motivos anteriormente expuestos, los conocimientos en cuidados específicos del paciente con apendicitis aguda constituyen un pilar básico en el trabajo de la Enfermera en emergencias, dada su elevada incidencia, variabilidad sintomatológica y evolutiva.

Por lo observado en la realidad local y lo trabajado de acuerdo a las estadísticas del segundo trimestre, se pudo demostrar una alta incidencia de casos de apendicitis aguda, el 100% fueron quirúrgicos. Es por ello, que este trabajo académico cobra gran importancia, ya que permitirá aplicar el Cuidado de Enfermería en el marco del Proceso de Atención de Enfermería que es un método que se desarrolla de manera holística que guía las acciones fundamentales para realizar intervenciones que conllevan al pronto restablecimiento del paciente basándose en diversos modelos y taxonomías como NANDA, NIC y NOC. De esta manera tener conocimiento profundo en el manejo de pacientes con apendicitis aguda, y estandarizar los cuidados. Las conclusiones a las que se llegue serán útiles también, para dar inicio a otros trabajos de investigación referidos al tema.

## CAPÍTULO II

### 2. Marco Teórico: Antecedentes

#### 2.1. Internacionales

**Garcés M. A.** (2014) Colombia, realizó una investigación sobre “Detección de los Factores de Riesgo para la Presencia de Apendicitis Aguda Perforada en la Población Pediátrica”, donde determinaba los factores de riesgo para la perforación apendicular en los niños. Se realizó el estudio de cohortes, observacional, analítico, longitudinal prospectivo entre el periodo de noviembre y diciembre, incluyendo en el estudio un total de 193 pacientes entre 1 y 17 años. El 44% niñas y el 56% niños de los cuales Noventa y ocho pacientes (50,8%), cursaron con apendicitis perforada diagnosticada por el cirujano. Hubo diferencias marcadas entre los pacientes que cursaron o no con perforación en base a la edad, tratamiento antibiótico, tipo de régimen de salud, signos y síntomas encontrados al examen físico. Se concluyó que, entre los diferentes factores de riesgo, la edad viene a ser un factor importante a tener en cuenta, ya que se encontró que los niños menores de 6 años tienen un riesgo mayor para hacer apendicitis aguda perforada y probablemente se deba a la dificultad para hacer el diagnóstico en este grupo de edad. (8)

**Proaño G. J.** (2014) Guayaquil, realizó una investigación sobre “Apendicitis, Complicaciones en Edades Comprendidas Entre 6 a 14 años de Edad” contando con 58 pacientes de los cuales el 31% tuvieron complicación, donde se concluyó que aproximadamente el 31% de los casos en niños con apendicitis aguda se complica, siendo más frecuente la apendicitis en niños con un 61.5% que en niñas con 38.5%. Presentándose como complicación más frecuente la peritonitis aguda y apendicitis aplastrada con un 8.6% de los casos. (9)

**Barrios P. G.** (2015) Guatemala, realizó una investigación sobre “Apendicitis Aguda en niños menores de doce años Correlación Clínico-Patológica” cuyo objetivo fue determinar el porcentaje de correlación del diagnóstico clínico con el diagnóstico histopatológico del patólogo en la apendicitis aguda en

pacientes pediátricos. El estudio de campo se realizó en el Hospital Roosevelt con los pacientes ingresados a la emergencia de cirugía pediátrica en el periodo de tiempo de enero a octubre siendo un total de 311 pacientes, se revisaron los expedientes de dichos pacientes, obteniendo resultados positivos, el 60% de la población era de sexo masculino. Concluyó que el estudio demostró que la correlación clínica patológica del diagnóstico realizado por los cirujanos es certera, ya que tienen una correlación con el diagnóstico de los patólogos en un 98%. (10)

**Abad G. M. et, al.** (2016) Cuenca, realizaron un trabajo de investigación titulado: Apendicitis aguda en niños, Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, 2012 – 2016. Cuyo objetivo fue : determinar las características de los pacientes menores de 16 años ingresados al Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital José Carrasco con diagnóstico de apendicitis aguda en el periodo de enero 2012 y diciembre 2016. Conclusiones: la apendicitis aguda es la principal causa de cirugía de emergencia en pacientes pediátricos, afecta más al género masculino, entre 6 y 11 años de edad (media 9.9 años), se requiere un diagnóstico y tratamiento inmediato para evitar complicaciones; el tratamiento laparoscópico es un procedimiento seguro.(11)

## **2.2. Nacionales**

**Matta B. M.** (2014) Chiclayo-Perú, realizó una investigación sobre “Características Epidemiológicas, Clínicas, Quirúrgicas y Anatomopatológicas de la Apendicitis Aguda en la Población Pediátrica de 0 14 años del Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo”. Estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal durante el periodo 2014, contando con un total de 83 pacientes, predominando el sexo masculino (72.3%), donde se determinó que la apendicitis en niños es más frecuente en la edad entre 10 y 14 años. Además del tiempo de enfermedad que fue entre a 24 horas. La automedicación fue de 39.8% de todos los niños estudiados (12)

**Fernández H. L.** (2017) Lima-Perú, realizó una investigación sobre “Criterios Diagnósticos de Apendicitis Aguda en Niños Menores de Cinco Años en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé” cuyo objetivo fue conocer los criterios diagnósticos de apendicitis aguda que predominan en menores de 5 años en dicho hospital. El estudio es de tipo descriptivo longitudinal retrospectivo con un total de 500 pacientes durante el periodo 2012-2017. El estudio demostró que hay correlación entre los signos y síntomas, características de laboratorio e imágenes en la apendicitis en niños (13).

### **2.3. Locales**

**Alcántara H. L.** (2014) Cajamarca- Perú, realizó una investigación sobre “Características Clínico - Epidemiológicas de Pacientes Pediátricos con Diagnóstico de Apendicitis Aguda en el Hospital Regional de Cajamarca”, cuyo estudio fue observacional, retrospectivo y descriptivo con una muestra de 115 pacientes, donde se determinó que la mayoría de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda tiene una edad entre 8 a 15 años, predominando el sexo masculino; el tiempo de enfermedad fue de 24 a 48 horas; el tipo de apendicitis fue complicada, y el tiempo de estancia hospitalaria que permanecieron los pacientes fue de 2 a 5 días. Los síntomas más prevalentes fueron el dolor en FID, vómito, alza térmica o fiebre, hiporexia y náuseas; y los signos más prevalentes fueron el Mc Burney, el Blumberg y Rovsing. Las complicaciones postoperatorias que se presentaron fueron la infección de herida operatoria, bridas, adherencias y absceso de pared (14).

**Espinoza B, L.** (2016), realizó una investigación sobre “Leucocitosis y Vacío Quirúrgico como Factores Asociados a Perforación en Pacientes con Apendicitis Aguda en el Hospital Regional Docente de Cajamarca”. El estudio fue observacional, analítico, transversal y retrospectivo en pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en dicho hospital, donde se determinó que la leucocitosis mayor a 16,000 Leuco/ml y el vacío quirúrgico mayor a 6 horas, son factores asociados a perforación en pacientes con apendicitis aguda (15)

### **3. BASE TEÓRICA**

#### **Apendicitis Aguda.**

##### **Definición:**

La apendicitis aguda consiste en la inflamación y posterior infección del apéndice cecal, un pequeño saco localizado en el intestino grueso. Durante la infancia, la función del apéndice es la producción de células de defensa, pero a lo largo de la vida pierde esta función. En ocasiones se desconoce el origen de la inflamación del apéndice. Una de las explicaciones es la presencia de cuerpos extraños que causan obstrucción, produciéndose a continuación una disminución en la oxigenación en el tejido, ulceración y posterior invasión de bacterias (16).

##### **Etiología Y Fisiopatología:**

La fisiopatología de la apendicitis aguda continúa siendo enigmática, sin embargo, existen varias teorías que intentan explicar esta patología. La más aceptada por los cirujanos describe una fase inicial que se caracteriza por obstrucción del lumen apendicular causada por hiperplasia linfóide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños como huesos de animales pequeños, o semillas; esto favorece la secreción de moco y el crecimiento bacteriano, generándose entonces distensión luminal y aumento de presión intraluminal. Posteriormente se produce obstrucción del flujo linfático y venoso, favoreciendo aún más el crecimiento bacteriano y desencadenando la producción de edema. (16)

En este momento encontramos un apéndice edematoso e isquémico, causando una respuesta inflamatoria. Esta isquemia a la que se somete al apéndice puede generar necrosis de la pared con translocación bacteriana, desarrollándose la apendicitis gangrenosa. Si este proceso se deja evolucionar y el paciente no es intervenido el apéndice ya gangrenoso se perfora y puede generar un absceso con peritonitis local siempre y cuando la respuesta inflamatoria y el momento logren contener el proceso, pero si estos son incapaces se producirá una peritonitis sistémica. Otras teorías han

sido descritas como el compromiso del suministro vascular extraapendicular, la ulceración de la mucosa por infección viral y posterior colonización bacteriana. (16)

En los países desarrollados con dietas pobres en fibra, existe una relación epidemiológica entre apendicitis y presencia de fecalitos en la luz apendicular. Sin embargo, en los preparados histológicos no siempre aparece una causa de obstrucción de la luz apendicular, lo que sugeriría en esos casos una obstrucción funcional. Por otra parte, también podría ocurrir inflamación local del apéndice secundaria a algún agente infeccioso como Yersinia, Salmonella, Shigella, virus de la papera, coxsackievirus B, adenovirus, actinomyces, etc. (17)

#### **Factores de Riesgo:**

- Edad y sexo.
- Obesidad.
- Inmunodeprimidos.
- Automedicación.
- Tiempo de evolución.
- Antecedentes familiares.
- Retraso en la atención.
- Presumiblemente la baja ingesta de fibras, dado que predispone a la producción de heces duras, lo cual ocasiona una mayor presión intracólica con formación de fecalitos incrementada, con un riesgo mayor de la obstrucción de la luz apendicular. (17)

#### **Síntomas más importantes de la apendicitis aguda:**

Su evolución es no mayor de 24-36 horas, inapetencia, Dolor periumbilical y luego en fosa ilíaca derecha, aumenta con el movimiento y dificulta la marcha, obligando al paciente a adoptar una actitud incurvada hacia delante y a la derecha, náuseas y/o vómitos, estado subfebril y luego hipertermia, 37,5°-38,5°C, su ausencia no la descarta. (17)

### **Cuadro Clínico:**

- Evolución no mayor de 24 - 36 horas.
- Inapetencia.
- Dolor periumbilical y luego en fosa ilíaca derecha.
- Náuseas y/o vómitos.
- Estado subfebril y luego hipertermia, 37,5°-38,5°

En su forma más simple y clásica, la apendicitis comienza con inapetencia y dolor periumbilical (dolor metamétrico, por distensión del apéndice inervado por el dermatomo correspondiente a D8-D10, que también recibe las aferencias nerviosas de la zona periumbilical). Es importante tener en cuenta que la inflamación de cualquier sector del intestino medio causará tal sintomatología.

Con el transcurso de las horas, el dolor periumbilical migra hacia la fosa ilíaca derecha, por irritación del peritoneo adyacente, lo que refleja un estadio más avanzado de la enfermedad. El dolor suele ser continuo, de intensidad creciente, a veces irradiado hacia hipogastrio o zona lumbar derecha, y aumenta con el movimiento y dificulta la marcha, obligando al paciente a adoptar una actitud incurvada hacia delante y a la derecha. Lo más común, es que luego del dolor aparezcan náuseas y/o vómitos, y estado subfebril y luego hipertermia moderada de 37,5 - 38°C.

La presencia de hipertermia moderada es un signo común en caso de apendicitis, sin embargo, su ausencia no la descarta. La administración de analgésicos suele atenuar estos primeros signos y síntomas, y puede llevar a retrasar el diagnóstico. En este punto resulta importante someter a discusión el uso de analgesia en pacientes que se encuentran en observación por dolor abdominal, sobre todo en aquellos que aún no cuentan con diagnóstico definitivo y en los que aún no se ha descartado la necesidad de cirugía. (17)

### **Evolución mayor de 36 - 48 h.**

Si el paciente no es diagnosticado y tratado a tiempo aparecen:

- Cierta compromiso del estado general (facies séptica, taquipnea, taquicardia, deshidratación, aliento cetónico).
- Dolor generalizado (flanco, fosa ilíaca derecha, hipogastrio, flanco contralateral, o generalizado).
- Hipertermia mayor de 38-38,5°C.
- Dolor a la descompresión y defensa más generalizados.
- Palpación de una masa tumoral en flanco derecho, fosa ilíaca derecha y/o hipogastrio (plastrón). (17).

### **Diagnóstico de la Apendicitis:**

El diagnóstico de la apendicitis aguda continúa siendo clínico, una historia clínica bien desarrollada, así como una buena exploración física. Después de los 3 años de edad, es un proceso más rápido que en el adulto, evoluciona con mayor frecuencia hacia la peritonitis difusa, la perforación y la septicemia. Su diagnóstico positivo es difícil, por ser menos precisa la cronología de los síntomas y confundirse, a menudo, con otras afecciones infantiles. En el lactante, la formulación del diagnóstico es más complicada, porque los síntomas son menos evidentes y, al hacerlo, no se piensa en esta enfermedad. Ante todo, en lactante con un cuadro complejo con irritación peritoneal evidente, debe sospecharse esta afección y, ante la duda: operar. (17)

### **Exámenes de diagnóstico:**

De laboratorio:

- Hemograma (leucocitosis y desviación izquierda).
- Orina (Descartar procesos urinarios).

Imagenológicos:

-Ultrasonido abdominal.

-Laparoscopia; constituye hoy día el mejor método diagnóstico, además de ser terapéutico. (12)

### **Tratamiento de la apendicitis aguda:**

- No administrar alimentos, analgésicos, sedantes y antibióticos, antes de hacer el diagnóstico.
- No administrar purgantes y enemas a constipados con dolor abdominal. El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico.

### **Cuidados de Enfermería:**

#### **Cuidados de Enfermería en el pre operatorio:**

Entre los cuidados que podemos brindar al paciente antes de la cirugía encontramos:

1. Control de las constantes vitales.
2. Colocación de un catéter venoso periférico.
3. Extracción de sangre para analítica, hemograma completo (comprobarla posible leucocitosis), electrolitos y hematimetría.
4. Introducción de sonda nasogástrica y posiblemente comenzar la aspiración, por indicación médica.
5. Colocación del paciente en posición Fowler para disminuir el dolor y que tenga la mayor comodidad posible.
6. Muchas ocasiones no se administran analgésicos o se reduce su administración para evitar la enmascarar los síntomas de perforación.
7. El paciente permanecerá en ayuno.
8. Si se confirma el diagnóstico de apendicitis, el paciente será sometido a una intervención quirúrgica (apendicectomía).
9. Preparar al paciente para la intervención según protocolo.

10. Evacuar la vejiga por micción espontánea o por cateterismo, en caso de ser necesario.
11. Administrar antibioterapia profiláctica según indicaciones médicas.
12. Reducir la ansiedad del paciente y familiares, aclarándole las posibles dudas que tenga e Informándole del proceso de la intervención y post operatorio. (12)
13. Proporcionar un ambiente adecuado y limpio.

### **Cuidados de Enfermería en el post operatorio:**

Entre los cuidados que podemos brindar al paciente después de la cirugía encontramos:

1. Manejo del dolor, para mejorar el confort físico.
2. Mantener sonda nasogástrica hasta el inicio del peristaltismo.
3. Cuidado de la herida quirúrgica. Para evitar la aparición de infección.
4. Administración de medicamentos.
5. Enseñanza sobre el uso de la faja elástica abdominal
6. Promoción de la movilización temprana y deambulación.
7. Control de diuresis.
8. Detección de signos y síntomas de infección.
9. Control de ruidos intestinales.
10. Inicio de la alimentación oral y de la deambulación lo antes posible.
11. Enseñanza de cuidados post operatorios en casa antes de del alta al paciente.

## **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

### **Definición:**

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y racional de planear y proporcionar cuidado de enfermería. Su secreto es identificar las actuales o potenciales necesidades y/o problemas de salud del paciente, la familia y la comunidad, para establecer un plan de acción y proporcionar específicas intervenciones de enfermería, encaminadas a la satisfacción de las necesidades y solución de los problemas de salud identificados (23).

### **Objetivos del Proceso de Enfermería:**

- a. Facilitar un sistema individualizado de atención, enmarcado en la satisfacción de las necesidades y/o solución de problemas de salud del usuario/paciente, desde el nivel individual hasta el nivel colectivo.
- b. Contribuir a la calidad de vida del usuario/paciente, familia y comunidad, potencializando sus capacidades biopsicosociales.
- c. Recuperar y mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo.

### **Componentes del Proceso de Enfermería:**

Los componentes del Proceso de enfermería siguen una secuencia, pero más que un componente puede estar involucrado en un tiempo. Como ya se había enunciado, el Proceso de Enfermería está conformado por cinco etapas o pasos: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planeamiento, Ejecución y Evaluación.

#### **1.-Valoración:**

Etapa inicial del proceso de enfermería y tal vez, la más importante, ya que de su correcta ejecución dependen las demás etapas para alcanzar su desarrollo global. Sus actividades se centran en la recolección sistematizada de información sobre las características personales, estilos

de vida, respuestas humanas frente al estado de satisfacción de necesidades básicas y los eventuales problemas de salud. Así como su relación con el vínculo paciente - familia y la comunidad. Utilizando para ello fuentes y métodos (paciente, familia, historia clínica; la observación, entrevista, examen físico, respectivamente).

## **2.- Diagnóstico de enfermería:**

En esta etapa, los datos recogidos en la valoración acusan un análisis crítico e interpretación minuciosa. Su finalidad se centra en identificar con claridad el problema específico que presenta el paciente y las probables causas que lo desencadenan, concluyendo con la formulación del diagnóstico enfermero. Eje central que determina finalmente la situación de salud de paciente.

Con este diagnóstico enfermero, se obtiene el objetivo para el resto de las fases del proceso. Asimismo, la precisión del diagnóstico se constituye en el método más adecuado de comunicación de los problemas de salud del paciente.

## **3.-Planeamiento:**

En esta etapa se diseña un plan de atención, en el que se fijan prioridades, se identifican objetivos y se establece un plan de actuación con estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los efectos de los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.

## **4.-Implementación o ejecución:**

Comprende la iniciación y terminación de las acciones organizadas en el plan de cuidados para obtener los resultados definidos en la etapa anterior. El plan de cuidados se utiliza como guía, tanto para la enfermera (o) como para el paciente, su familia y los otros miembros del equipo de salud. Esta etapa incluye, además, el registro de la atención del paciente en la documentación pertinente. Asimismo, es útil para verificar la eficacia del plan de atención.

## **5.- Evaluación:**

Es un proceso continuo que permite determinar en qué medida se han alcanzado los objetivos y los resultados de la aplicación del plan de la atención brindada; asimismo, la enfermera (o) valora los progresos del paciente, toma medidas correctivas si hacen falta, y revisa el plan de cuidados de enfermería en su integridad.

Para efectos de enseñanza - aprendizaje al Proceso de Enfermería, se lo ha sistematizado en cinco etapas o fases distintas. En la práctica habituales imposible separar estas fases, ya que están interrelacionadas y son interdependientes.

### **Habilidades interpersonales en la aplicación del Proceso de Enfermería**

Desarrollar habilidades interpersonales es tan importante como desarrollar habilidades del pensamiento crítico en el ejercicio de la profesión. Si es capaz de establecer relaciones interpersonales positivas, es probable que pueda conocer los hechos reales, comprender la esencia de los problemas, obtener ayuda de los demás y ser un miembro efectivo del equipo de salud. Para establecer una relación interpersonal positiva se debe desarrollar conductas que desplieguen mensajes sinceros como: "No miento.....", "Quiero hacer bien mi trabajo" ....., "Puedo confiar en mí", etc. De la misma manera, es muy importante considerar el deseo y la disposición para..... , en este caso para cuidar a los pacientes que tenemos bajo nuestra responsabilidad. Esto incluye. la elección de:

-Mantener la atención centrada en lo que es mejor para el usuario/paciente, individual o colectivamente.

-Respetar los valores y creencias de los demás.

-Implicarse en los problemas, incluso cuando éstos se cronifican o empeoran, y así mantener el cuidado continuo en el hogar del paciente.

-Mantener estilos de vida saludable que permita ayudar a los demás.

## **El pensamiento crítico en la aplicación del Proceso de Enfermería.**

Ennis (1985), define al pensamiento crítico como: "el razonamiento lógico y reflexivo en relación con lo que hacemos u opinamos". En tal sentido pretende emitir juicios basados en evidencias (hechos), en vez de conjeturas (suposiciones), admitiendo un pensamiento deliberado, dirigido al logro de un objetivo. Asimismo, se basa en los principios de la ciencia y el método científico, por ejemplo, mantener una actitud inquisitiva, seguir un enfoque organizado para hacer descubrimientos y cerciorarse que la información es fidedigna.

En la práctica de enfermería, el pensamiento crítico permitirá a la enfermera, tomar decisiones profesionales basadas en sus conocimientos, habilidades y experiencias, contundentes a enfrentar los problemas de salud del paciente en cada una de las etapas del proceso de enfermería, bajo el enfoque del método científico.

El uso frecuente de la capacidad de pensamiento crítico perfectamente desarrollado incrementa la posibilidad de éxito en la práctica profesional, cuyos beneficiarios directos serían nuestros pacientes.

## **Características del Proceso de Enfermería**

Las siguientes son características del proceso de enfermería que orientan a la enfermera a brindar una atención de calidad centrada en el usuario/paciente: El proceso de enfermería emplea un sistema abierto, flexible y dinámico.

Es **sistemático**, ya que implica, partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo. Esta característica permite asistir la "Calidad de la Enfermería", erradicando la atención tradicional.

Es dinámico, porque responde a un cambio continuo de las respuestas humanas (cambio de conducta frente a la enfermedad) del cliente, identificadas a través de la relación enfermera - paciente, familia y equipo de salud.

Es **evolutivo**, porque se orienta según las respuestas (cambios frente a reacciones de la enfermedad) del usuario/paciente.

Es **flexible**: bajo dos contextos:

El proceso de enfermería se puede adaptar al ejercicio de la profesión en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades que requieren asistencia de enfermería.

Es **cíclico**, sus etapas están interrelacionadas absolutamente, no es el inicio o el fin, pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente. Sin embargo, permite desarrollar más de una etapa al mismo tiempo.

Enfatiza la retroalimentación, permitiendo la re observación del problema o la revisión del plan de cuidados.

Es **interactivo**, porque facilita las relaciones recíprocas que se establece entre la enfermera y el usuario/paciente, su familia y los demás profesionales de salud. Esta característica garantiza el acceso a las necesidades y problemas particulares de cada paciente, por lo tanto, a la atención individualizada.

Se sustenta en una **base teórica**, el proceso de enfermería ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos, que incluyen, ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería. Permite flexibilidad máxima y creatividad tanto para la enfermera como para el paciente, en crear medios para resolver situaciones de salud.

### **Importancia del Proceso de Atención de Enfermería**

El proceso de enfermería como herramienta de trabajo en la práctica profesional, complementa lo que realizan los profesionales de otras disciplinas al centrarse en las respuestas humanas; es decir cómo responde la persona a los problemas médicos, a los planes de tratamiento, y a los cambios de las actividades de la vida diaria. Por lo tanto, la aplicación del proceso de enfermería a la práctica ofrece ventajas, tanto para el paciente, la enfermera y la profesión.

**Para el paciente:**

El Proceso de Enfermería invita a participar activamente al paciente, así como a su familia, en el plan de atención. Particularmente a los pacientes ayuda a desarrollar habilidades relacionadas al cuidado de su salud y los compromete más con las metas de su cuidado. Asimismo, permite la continuidad de los cuidados por parte de los profesionales, dando lugar a un ambiente seguro y terapéutico, contribuyendo de esta manera a la recuperación del paciente.

El Proceso de Enfermería faculta atención individualizada al paciente, mejorando de esta manera la calidad de su atención; además porque los planes de cuidado son accesibles a todas las personas involucradas en el cuidado del paciente.

**Para la enfermera (o):**

El proceso de enfermería estimula a una educación consistente y sistemática. Al respecto la Sociedad Nacional de Enfermería (SNE) en San Luis California desde 1978, viene administrando la acreditación voluntaria de programas de enseñanza del proceso de enfermería, para ser aplicados durante la práctica profesional. Asimismo, la profesionalización, estimulando el desarrollo de las habilidades interpersonales, cognoscitivas y técnicas de la enfermera, permitiéndole:

Satisfacción en el trabajo, ya que los planes de atención bien desarrollados, permiten dosificar tiempos, evitar gasto de energía, errores, coordinación oportuna con otros miembros del equipo de salud, incrementando de manera considerables el logro a la solución de los problemas que presenta el paciente. Produce, asimismo complacencia al alcanzar los objetivos propuestos y por lo tanto, cambios favorables en la salud del paciente.

Desarrollo profesional. Por sus conocimientos la enfermera evaluará la efectividad de sus intervenciones y cuáles pueden ser adaptadas a las necesidades de otros pacientes Este proceso realza la habilidad y la competencia de la enfermera. Evitamiento de acciones legales. Cuando la enfermera desarrolla cada paso del proceso correctamente, está llevando

consigo sus obligaciones legales en cada acción de su cuidado al usuario/paciente (Philpott 1985, p.79).

### **Para la profesión:**

En el contexto profesional, el proceso de enfermería proporciona el marco científico del quehacer de la Enfermería como disciplina. A través de sus cinco fases, la enfermera continúa definiendo su rol múltiple en la atención al paciente en coordinación con los demás miembros del equipo sanitario; dejando en claro, que el campo profesional es más amplio que la simple ejecución de las indicaciones médicas, tal como equivocadamente se concibe. Asimismo, el proceso de enfermería facilita el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales, potenciales o de alto riesgo de este modo reduciendo así la incidencia y la duración de los ingresos hospitalarios. Cuenta con requerimientos precisos de documentación diseñados para:

- Mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones innecesarias en el plan de atención.

- Establecer una fuente de datos para realizar estudios que permitan el avance de la profesión para mejorar la calidad y la eficiencia de los cuidados de enfermería.

- Tener en cuenta al usuario/paciente como un ser holístico.

El proceso de enfermería, por la importancia que tiene en el ejercicio profesional, ha sido incorporado en las Directrices para la práctica de la enfermería clínica, desarrolladas y publicadas por la ANA (1991). Estas Directrices se enmarcan en Directrices de atención y Directrices de rendimiento. Las primeras definen la asistencia que se debe prestar a los clientes que solicitan los servicios profesionales de enfermería, y forman la base de la toma de decisiones clínicas; estas directrices avalan la legalidad del proceso de enfermería en cada una de sus etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; las directrices del rendimiento profesional identifican expectativas adicionales del profesional

en el cumplimiento de sus funciones o rol múltiple, basado lógicamente en su formación, cargo y campo de acción.

Los profesionales de enfermería son responsables de llevar a cabo una práctica de acuerdo con estas directrices, independientemente del campo de acción.

## **TEORÍAS Y MODELOS QUE GUÍAN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**

### **Teoría del Cuidado Humano Jean Watson**

La teoría de Watson J, la Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial -fenomenológico), con base espiritual además del cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería. La filosofía de Jean Watson sostiene que el Cuidado Humano comprende; un compromiso moral (proteger y realzar la dignidad humana la cual va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión; mostrando así un interés profundo en la persona.

El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere todo individuo, sea sano o enfermo, para que pueda mejorar su calidad de vida; inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado (27).

El cuidado profesional es asumir una respuesta meditada que envuelve un poder espiritual de afectividad. El cuidado profesional es desarrollado por profesionales de enfermería con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud (27). Componentes del cuidado: debe darse basado en el conocimiento para cuidar de una persona se necesita conocer su entorno y sus necesidades. Necesito conocer, por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles son

sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento; preciso saber cómo responder a sus necesidades, y cuáles son mis propios poderes y limitaciones. Paciencia: La paciencia es un componente importante del cuidado: yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera, con paciencia, yo doy tiempo y por lo tanto posibilita al otro encontrarse a sí mismo en su propio tiempo, la paciencia incluye la tolerancia. La tolerancia expresa mi respeto por el crecimiento de cada persona. Sinceridad, en el cuidado soy sincero al intentar ser verdadero, al cuidar de otro, debo ver al otro como él es y no como a mí me gustaría que fuese, o como siente que debe ser.

Cuidado humanizado. La concepción teórica en este aspecto se basa fundamentalmente en la Teoría de Margaret Jean Watson. En 1979, Watson expone la teoría sobre el cuidado humanizado de los pacientes hospitalizados. En 1985, publica el libro titulado: Nursing: Human science and human care. A theory of nursing (Enfermería: ciencia y cuidados humanos. Una teoría de enfermería) en el que corrige y complementa su primer planteamiento, considerando los siguientes aspectos en el proceso de cuidar:

1. Sistema de valores humanos altruistas, que implica la satisfacción que se recibe al ayudar a otra persona, al ejercer un trabajo de calidad que satisface las expectativas del paciente.
2. Cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás, cuando se atiende al paciente.
3. Inculcar la fe y esperanza, referido a estimular al paciente para que adopte conductas saludables.
4. Relación ayuda – confianza entre enfermera – paciente, que significa congruencia, empatía, afecto no posesivo y una comunicación eficaz
5. La enfermera y el paciente tienen manejo emocional diferente.
6. Las dificultades propias del paciente deben atenderse de manera pertinente para que éste tome providencias adecuadas.
7. Mantener adecuadamente informado al paciente.

8. Estar siempre dispuesto a aprender y mejorar en la práctica profesional desde una perspectiva humana.

9. Hacerse una autoevaluación y evaluación del paciente desde las dimensiones físicas, psicológicas y sociales, para mejorar la atención al paciente.

10. Fomento de las fuerzas existenciales, es decir además del profesionalismo, tener ciertas destrezas que faciliten el asertividad con el paciente (27).

### **Modelo de cuidados de Virginia Henderson**

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. Son varias las razones que han propiciado su adopción y vigencia en nuestros días y que resultan de peso de manera particular a las enfermeras clínicas. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el Proceso de Atención de Enfermería, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica. Además, es posible integrar junto con el modelo de cuidados y el Proceso de Atención de Enfermería, los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC (NNN), cada vez más incorporados en el quehacer de las enfermeras y en los sistemas de información.

Permite a las enfermeras trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales, el cual es un hecho de gran valor en muchos entornos de cuidados y en nuestra realidad asistencial. Tiene en cuenta las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables, consideración coherente con muchas de las propuestas y programas de nuestro sistema sanitario.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las

acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.

En su libro *The Nature of Nursing* (La Naturaleza de la Enfermería) publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona. El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados.

“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.

Resulta de interés su particular visión sobre la función autónoma de la enfermera, esa parte independiente de su trabajo que ella inicia y controla. También el planteamiento de la colaboración con otros profesionales del equipo de salud, en la aplicación y seguimiento del programa terapéutico, ya sea para la mejora de la salud, la recuperación de la enfermedad o el apoyo a la muerte. Asimismo, considera a la persona como centro del sistema, otorgándole un papel activo en su proceso de salud. Los miembros del equipo deben considerar a la persona como la figura central y comprender que ante todo están “atendiéndole”. Si no entiende, acepta y participa en el plan elaborado con ella y para ella, el esfuerzo del equipo se desaprovechará. Cuanto antes pueda ella cuidarse, buscar información relacionada con su salud, o incluso llevar a cabo el tratamiento prescrito, mejor se encontrará.

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas.

Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

## **RELACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO CON EL MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON.**

La Enfermería ha dejado de ser “el arte milenario del cuidado” para convertirse en la ciencia del cuidado, alejándose del modelo biomédico en el que se trataba la enfermedad para abarcar en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas. Para lograr esta evolución ha sido necesario adoptar un marco teórico conceptual en el cual basar los principios y objetivos de la

profesión, así como adaptarse al método científico utilizando una metodología propia para resolver los problemas de su competencia. Esto implica la sistematización del abordaje utilizado para resolver un problema, es decir, la utilización de un método sistemático para brindar cuidados centrados en la consecución de los resultados predefinidos y esperados. En definitiva, ha sido necesaria la implementación del Proceso de Atención de Enfermería en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados.

Proceso de Atención de Enfermería se basa en principios y normas que promueven el pensamiento crítico, así como fomentan la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándonos a la consecución de los objetivos de la profesión enfermera.

## **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DE LAS TAXONOMÍAS.**

### **Historia de la Taxonomía NANDA, NIC, NOC.**

Hace más de tres décadas, al principio de los años 70, nacieron los diagnósticos de enfermería cuando la Asociación Norteamericana de enfermeras (ANA) los reconoció oficialmente incluyéndolos en los estándares de la práctica de enfermería (1973). Al inicio de esta década, la estructura aún era insuficiente, ya que, a pesar de las numerosas discusiones, no se llega a acuerdos sobre la mejor forma de clasificar las etiquetas diagnósticas, por lo que se decide organizarlas en orden alfabético. Después de diversas conferencias para presentar diversas versiones sobre esta taxonomía, se llega en el año 1994 a trabajar en el Comité de Revisión Diagnóstica (DRC), el Comité Taxonómico y el Comité Internacional, el cual asigna un formato de proposición y recomienda su aceptación, modificación o rechazo de los diagnósticos.

Los diagnósticos aprobados forman parte de la taxonomía diagnóstica; mientras que los no aprobados pueden ser revisados e incorporarse nuevamente al proceso de evaluación (26).

**NANDA:** (La North American Nursing Diagnosis Association). La clasificación del NANDA contiene tres términos que son claves para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación. Estos términos son:

- Eje: Se define como “la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico”
- Dominio: Representa el nivel más abstracto de la clasificación, con ellos se trata de dar unidad al significado de los diagnósticos que se agrupan en un mismo dominio.
- Clase: Contiene los conceptos diagnósticos, definidos como el elemento principal o parte esencial y fundamental del diagnóstico y los diagnósticos que se relacionan con dichos conceptos.

**TAXONOMIA:** La North American Nursing Diagnosis Association desarrolla una terminología concreta para describir los diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados, esta relación refleja la necesidad de una estructura común.

La taxonomía NNN (NANDA-NOC-NIC) para la práctica enfermera se ha creado y refinado en los últimos años para unir los diagnósticos, los resultados y las intervenciones enfermeras (26). El uso de este lenguaje estandarizado ha posibilitado la normalización de la práctica enfermera y el conocimiento de esta, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica, pudiendo identificar los problemas y necesidades de cuidados de los pacientes, qué resultados esperamos y qué intervenciones son necesarias.

**N.I.C. (NURSING INTERVENTIONES CLASSIFICATION):** Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”. Pueden ser directas o indirectas.

Una intervención de enfermería directa; es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

Una intervención de enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente, pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

**N.O.C. (NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION):** Se formó en la Universidad de Iowa en 1991. Su propósito era conceptualizar, etiquetar, validar y clasificar los resultados de los pacientes dependientes de enfermería, fue elaborada como continuación de la N.I.C. A través de escalas de medición pone números, cifras y nombre a los objetivos de enfermería en función de diagnósticos NANDA, por tanto, pone nombre a los resultados de las intervenciones enfermeras. La clasificación actual es una lista de 260 resultados con definiciones, indicadores y escalas de medidas (25).

## **CAPÍTULO III**

### **3.1. METODOLOGÍA**

El presente trabajo académico se desarrolló , utilizando como metodología la revisión bibliográfica y análisis de caso clínico, siguiendo los pasos estrictos de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, se escogió una paciente con apendicitis aguda a la cual se le realizó una entrevista de enfermería previo consentimiento de sus padres, se recolecto la información, luego se procesó, se realizó el diagnóstico de enfermería, se planifico las actividades, se desarrolló y evaluó para ver si nuestro cuidado fue el más adecuado y así aliviar a sus respuestas humanas que presento la paciente durante su hospitalización en el pre operatorio.

### **3.2. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

#### **3.2.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLINICO**

Paciente pediátrica con antecedente de trauma abdominal por caída hace 8 días, quien luego de 3 días antes de su ingreso presentó dolor intenso en mesogastrio, tipo cólico, no asociado a náuseas ni vómitos, padre refiere que no se le administro ningún tipo de medicamento, el dolor ha ido disminuyendo en el transcurso de los días, sin asociarse a otra sintomatología.

El día de su ingreso (07-03-2019) presentó otro episodio de llanto y dolor intenso tipo cólico, difuso, asociado a náuseas, vómitos, fiebre (38.0°C), por lo que acude al servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Cajamarca (HRDC).

### 3.2.2. Valoración 07/03/2019.

#### **Datos de Filiación:**

- **Nombres y Apellidos:** F. N.T. A.
- **Edad:** 10 años
- **Sexo:** Femenino
- **Fecha de nacimiento:** 24 de marzo 2009
- **Grado de Instrucción:** Primaria (4° grado)
- **Ocupación:** Estudiante
- **Procedencia:** Celendín-Cajamarca
- **Religión:** Evangélica
- **Estado Civil:** menor de edad
- **Servicio:** Emergencia
- **N° de cama:** 106
- **Diagnóstico:** Apendicitis Aguda
- **Fecha de ingreso:** 07/03/2019
- **Hora de Ingreso:** 3:00 pm

### 3.2.3. Antecedentes

#### **a. Antecedentes Familiares**

- Madre, padre aparentemente sano.

#### **b. Antecedentes Personales Patológicos**

- Enfermedades previas: niega
- Hospitalización: niega
- Cirugías previas: niega
- Alergias: niega
- Inmunizaciones previas: Si

#### **c. Antecedentes Personales no Patológicos**

- Actualmente estudiante, vive con madre y padre, buena relación entre miembros de familia, cuenta con servicio de luz eléctrica, agua potable, desagüe, alimentación regular en calidad y cantidad.

### 3.2.4. Datos de Laboratorio

| DATOS                  | PACIENTE                  | VALORES NORMALES                    |
|------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Hematocrito            | 38%                       | 30 – 43%                            |
| Hemoglobina            | 13.2 g/dl                 | 12 – 14 g/dl                        |
| Rec. Leucocitos        | 19 000 x mm <sup>3</sup>  | 10 000 – 20 000 x mm <sup>3</sup>   |
| Plaquetas              | 227 000 x mm <sup>3</sup> | 150 000 – 450 000 x mm <sup>3</sup> |
| <b>Examen de Orina</b> |                           |                                     |
| Aspecto                | Turbio                    | Clara                               |
| pH                     | 5                         | 4.5 – 7.8                           |
| Densidad               | 1010                      | 1003 – 1030                         |
| Color                  | Amarillo                  | Ámbar, transparente                 |
| Leucocitos             | 10 – 12 x campo           | 2 – 5 x campo                       |
| Hematíes               | 2 -3 x campo              | 1 – 3 x campo                       |
| Pus                    | + /+++                    | Ausente                             |

### 3.2.5. Constantes Vitales

| FUNCIÓN VITAL                           | PACIENTE      | VALORES NORMALES      |
|---|---------------|-----------------------|
| Temperatura (° C)                       | 38.7 ° C      | 36.5 - 37.5 ° C       |
| Frecuencia cardíaca<br>(lat x min)      | 120 lat x min | 60 -100 lat x min     |
| Frecuencia respiratoria<br>(resp x min) | 29 resp x min | 16- 20 resp x min     |
| Presión arterial<br>(mm Hg).            | 90/ 70 mm Hg  | 85-114 y 60-90 mm Hg. |

### 3.2.6. Examen Físico

#### d. Examen general:

##### Signos vitales

- Temperatura: 38.7°C
- Frecuencia cardíaca: 120 x min
- Frecuencia respiratoria: 29 x min

**e. Apreciación general del paciente:**

- **Apariencia general:** Paciente en decúbito dorsal, con facies dolorosa, AREG, AREN, AREH, ventilando espontáneamente.
- **Piel:** Normocrómica, caliente, Llenado capilar < 2 segundos piel seca.
- **Tejido celular subcutáneo:** No edemas, no lesiones, distribución regular
- **Ganglios linfáticos:** No se palpan adenomegalias, no dolor en regiones ganglionares, no enfermedades asociadas al sistema linfático.

**f. Examen por regiones:Cabeza**

- Cráneo: Normocéfalo, no lesiones, no heridas

Boca:

- Labios: secos, no lesiones.
- Dientes: Dentadura completa
- Encías: No sangrado
- Mucosa oral: Hidratada, no sangrado
- Lengua: Sin evidencia de signos de deshidratación

Abdomen:

- Inspección: Abdomen globuloso, no lesiones.
- Auscultación: Ruidos hidroaéreos disminuidos, no ruidos de lucha, no borborigmos.
- Palpación: Dolor difuso a la palpación, rigidez y resistencia peritoneal.
- Percusión: Matidez en flancos no desplazable, doloroso.

**Sistema nervioso**

- Nivel de conciencia: Paciente despierto, activa, temerosa, nerviosa

**Tratamiento medicamentoso:**

- NPO + SNG a gravedad
- NaCl 0.9% 1000cc >XXXIV gotas x min
- Metronidazol 230mg EV cada 8 horas
- Ceftriaxona 1.4g EV cada 12 horas

- Ranitidina 25mg EV cada 8 horas
- Metamizol 580mg EV cada 8 horas

### **3.2.7. VALORACION: Modelo de Clasificación de Dominios (NANDA 2018-2020). (22)**

#### **Dominio 1: Promoción de la salud**

Los padres desconocen sobre su enfermedad, madre refiere estar recibiendo una buena atención de salud y que pronto solucionarían su problema por el que está pasando su menor hija.

**Estilos de vida/hábitos:** madre refiere que en el hogar no practican un buen lavado de manos, padre y madre refieren no consumir alcohol ni tabaco.

#### **Dominio 2: Nutrición**

- Peso: 33 Kg; talla: 1,30 m; IMC: 19.5 Kg/m<sup>2</sup> (normal).
- Normalmente consume tres comidas al día, lo cual no ha mantenido este consumo en el hospital. Le desagradan las verduras y menestras.
- Bebe aproximadamente 500 cc litros de agua al día.
- Vómitos, piel y mucosas secas.

#### **Dominio 3: Eliminación e Intercambio**

- Hábitos vesicales: 3 a 5 veces al día.
- Hábitos intestinales: 1 a 2 veces al día.
- Presenta náuseas y vómitos
- Saturación: 96%
- Frecuencia Respiratoria = 29 x'

#### **Dominio 4: Actividad/Reposo**

- **Sueño y descanso:** duerme habitualmente de 8 a 9 horas durante la noche.
- **Actividad circulatoria:** F.C= 120 x'; PA= 90/70 mm Hg; no presenta cianosis ni edema de miembros inferiores; plaquetas = 227 000 x mm<sup>3</sup>; Hb= 13.2 g/dL, tipo de sangre O positivo.

- **Capacidad de autocuidado:** paciente se encuentra en reposo relativo, solo se moviliza dentro de la cama con dificultad debido al dolor que presenta, deambula para ir al baño con el apoyo de su familiar.

#### **Dominio 5. Percepción/Cognición**

- Paciente está orientado en tiempo, espacio, lugar y persona.

#### **Dominio 6. Auto percepción**

- No aplica para su edad.

#### **Dominio 7. Rol/Relaciones**

- Estado civil: soltera
- Vive con sus padres, con los que tiene buenas relaciones interpersonales.
- Es estudiante
- Familiares refieren que es muy sociable en su centro de estudios

#### **Dominio 8. Sexualidad**

- No evaluable debido a su edad

#### **Dominio 9: Afrontamiento Tolerancia Al Estrés**

- Actualmente paciente se encuentra temerosa, nerviosa. temor, voz temblorosa.

#### **Dominio 10: Principios Vitales**

- La paciente es evangélica, asiste a la iglesia junto con sus padres y le gusta orar antes de dormir.

#### **Dominio 11. Seguridad y Protección**

- **Infeción:** Leucocitos = 19 000 x mm<sup>3</sup>.
- **Violencia Familiar:**
- No experimentado violencia física ni psicológica. Manifiesta que existe buen apego con sus padres.

- **Termorregulación:** T= 38.7 °C, se encuentra bajo vigilancia de temperatura, piel pálida y caliente.

**-Dominio 12. Confort**

- Refiere tener mucho dolor en fosa iliaca derecha, miedo al ambiente hospitalario.

**-Dominio 13. Crecimiento y Desarrollo**

- No presenta riesgo

### 3.2.8. Confrontación con la Literatura, Análisis e Interpretación

| Datos   | Análisis e Interpretación   | Problema                   | Factor Relacionado  | Evidencias   | Conclusión Diagnóstica  |
|---|---|----------------------------|---|--|---|
| <p><b>Datos subjetivos:</b><br/>Dolor en zona de la fosa iliaca derecha.</p> <p><b>Datos objetivos:</b><br/>Signo de McBurney positivo.<br/>Facies de dolor</p> | <p>El elemento básico para el diagnóstico de la apendicitis aguda sigue siendo una anamnesis y exploración física.</p> <p>cuidadosa y exhaustiva, al comienzo de la apendicitis, el abdomen suele estar plano, los niños suelen tener un aspecto levemente enfermo y se mueven con vacilación, encorvados hacia delante y con frecuencia con una ligera cojera de predominio derecho. En decúbito supino, con frecuencia yacen muy quietos, sobre el lado derecho, con las rodillas</p> | <p>Dolor agudo en FID.</p> | <p>Lesión por agente biológico. En fosa iliaca derecha.</p> | <p>Intolerancia a la palpación en fosa iliaca derecha (signo McBurney +).<br/>Informe verbal Y gesticular del dolor.</p> | <p>Dolor agudo R/C lesión por agente biológico, E/P Informe verbal y gesticular del dolor (signo McBurney +.)</p> |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  | <p>hacia arriba para relajar los músculos abdominales, y cuando se les pide que adopten un decúbito plano o que se incorporen, se mueven con cautela y pueden utilizar la mano para proteger la FID. McBurney describió el punto clásico del dolor localizado a la palpación en la apendicitis aguda, que es la unión de los tercios lateral y medio de la línea que une la espina ilíaca anterosuperior derecha y el ombligo (3).</p> |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|   |   |                 |   |  |  |
|---|---|-----------------|---|--|--|
| <p><b>Datos subjetivos:</b><br/>Ansiedad, temor</p> <p><b>Datos objetivos:</b><br/>Nerviosismo, voz temblorosa.</p> | <p>En cuanto a los aspectos de la hospitalización de los niños, se sabe que la ansiedad desencadenada se caracteriza por una serie de factores estresantes y amenazantes, que llevan los niños a un desequilibrio psicológico y tienden a hacerle consecuencias negativas para su desarrollo. La aparición de la ansiedad como resultado de la inserción en el ambiente desconocido, donde el niño se aleja de la vida familiar y social, se va a vivir con extraños, es sometido a procedimientos invasivos y dolorosos, además de tener sus actividades recreativas parcialmente interrumpidas (4).</p> | <p>Ansiedad</p> | <p>Estresores (primera hospitalización, ambiente hospitalario, intervención quirúrgica)</p> | <p>Refiere tener temor, nerviosismo, voz temblorosa.</p> | <p>Ansiedad r/c estresores e/p temor, nerviosismo, voz temblorosa.</p> |
|---|---|-----------------|---|--|--|

|   |  |  |                   |   |   |
|---|--|--|-------------------|---|---|
| <p><b>Datos objetivos:</b></p> <p>Hipertermia 38.7 °C</p> <p>Aumento de leucocitos (19 000 xmm3)</p> <p>Piel caliente</p> | <p>La hipertermia ocurre cuando los mecanismos que regulan la temperatura corporal no funcionan correctamente. La edad avanzada, ciertas enfermedades como la apendicitis producen el aumento de la temperatura por la invasión bacteriana en el organismo (20).</p> <p>El recuento leucocitario al comienzo de la apendicitis puede ser normal, pero lo habitual es que esté ligeramente elevado (11.000-16.000/mm<sup>3</sup>) con desviación izquierda a medida que la enfermedad progresa en las primeras 24 – 48 horas. Mientras que un recuento leucocitario normal nunca descarta por completo una apendicitis, un recuento de &lt;8.000/mm<sup>3</sup> en un paciente con historia de enfermedad</p> | <p>Hipertermia</p> <p>T = 38.7 ° C</p> | <p>Enfermedad</p> | <p>Piel ruborizada, caliente, piel y mucosas deshidratadas</p> <p>Leucocitos 19,000 x mm3</p> <p>Temperatura axilar: 38.7 ° C</p> | <p>Hipertermia (T°38.7)</p> <p>r/c desequilibrio del centro termorregulador (hipotálamo), asociado a invasión bacteriana e/p leucocitosis (19,000 xmm3 y cuadro clínico manifiesto.</p> |
|---|--|--|-------------------|---|---|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  | <p>de &gt;48 horas debe considerarse muy sospechoso de un diagnóstico alternativo.</p> <p>El recuento leucocitario puede ser muy elevado (&gt;20.000/mm<sup>3</sup>) en la apendicitis perforada y rara vez en los casos sin perforación; un recuento leucocitario muy elevado, aparte de los casos de</p> <p>Apendicitis perforada avanzada, debería de suscitar la sospecha de un diagnóstico alternativo (3).</p> |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |                                       |   |  |
|--|--|--|---------------------------------------|---|--|
| <p>Datos subjetivos:<br/>Náuseas</p> <p>Datos objetivos:<br/>Vómitos</p> | <p>Los vómitos son la parte final de una secuencia de eventos coordinados por el centro del vómito localizado en el bulbo raquídeo. El centro del vómito puede ser activado por vías nerviosas aferentes de órganos digestivos (p. ej., faringe, estómago, intestino delgado) y no digestivos.<br/>(20)</p> <p>Los Líquidos de nuestros organismos, están compuestos por tres elementos: agua electrolitos y otras sustancias en todos los procesos fisiológicos y vitales, se mantiene un equilibrio constante, para ello nuestro organismo ha desarrollado una serie de mecanismos de control y regulación que mantiene entre compartimientos”<br/>(4)(19)</p> | <p>Riesgo de desequilibrio o electrolítico</p> | <p>Vómitos amarillentos y náuseas</p> | <p>Vómitos, piel y mucosas orales secas</p> | <p>“Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c, vómitos y desequilibrio de líquidos e/v por presencia del vómito, piel y mucosas orales secas”.</p> |
|--|--|--|---------------------------------------|---|--|

### **3.2.9. Diagnóstico de Enfermería por Dominios (22)**

**1. Dominio 1: Promoción De La Salud**

Clase 2: Gestión De La Salud

Código: 00078

Diagnóstico: Gestión ineficaz de la propia salud r/c déficit de conocimientos.

**2. Dominio 2: Nutrición**

Clase 5: Hidratación

Código: 00195

Diagnóstico: Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c, vómitos e/v por presencia del vómito, piel y mucosas orales secas”.

**3. Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia Al Estrés.**

Clase 2: Respuesta De Afrontamiento. Código:

00146

Diagnóstico: Ansiedad r/c a estresores e/p miedo, llanto, inquietud, voz temblorosa, nerviosismo.

**4. Dominio 11: Seguridad Y Protección.**

Clase 6: Termorregulación

Código: 00007

Diagnóstico: Hipertermia (T 38. 7° C) r/c desequilibrio del centro termorregulador (hipotálamo), asociado a invasión bacteriana e/p leucocitosis (19,000 xmm3 y cuadro clínico manifiesto.

**5. Dominio 12: Confort.**

Clase 1: Confort Físico

Código: 00132

Diagnóstico: Dolor Agudo R/C Lesión por agente biológico En FID, E/P informe verbal y gesticular del dolor.

### **3.2.10. Priorización de los diagnósticos de enfermería:**

- 1.- Hipertermia (T 38.7° C )00007 r/c desequilibrio del centro termorregulador (hipotálamo), asociado a invasión bacteriana e/p leucocitosis (19,000 xmm<sup>3</sup> y cuadro clínico manifiesto.
  
- 2.-Dolor Agudo 00132 r/c Lesión por agente biológico en FID, E/P Informe verbal y gesticular del dolor, (signo McBurney +.)
  
- 3.- Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c, vómitos e/v por presencia del vómito, piel y mucosas orales secas”.
  
- 4.- Ansiedad 00146 r/c estresores e/p temor, nerviosismo, voz temblorosa.

### 3.2.11. Planeamiento y Ejecución:

| F/H                 | NANDA   | DIAGNOSTICO  | OBJETIVO   | F/H   | NIC                                       | INTERVENCIONES   | BASE CIENTIFICA   | F/H             | NOC           | EVALUACIÓN  | FIRMA/<br>COLG. |
|---------------------|---|--|--|---|---|--|---|-----------------|---------------|---|-----------------|
| 07/03/19<br>15.00pm | <p>Dominio 11: Seguridad Y Protección</p> <p>Clase 6: Termorregulación</p> <p>Código: 00007</p> | <p>Hipertermia (T°38.7)0007 r/c</p> <p>desequilibrio del centro termorregulado r (hipotálamo), asociado a invasión bacteriana e/p leucocitosis (19,000 xmm3 y cuadro clínico manifiesto.</p> | <p>Paciente disminuirá su temperatura corporal de 38.7 °C a 36°C después de las intervenciones de enfermería .</p> | <p>07/03/19</p> <p>15.10pm</p> <p>16.00pm</p> <p>18.00 pm</p> <p>18.00 pm</p> | <p>(2210)</p> <p>(2314)</p> <p>(3900)</p> | <p>-Administrar medicamentos prescritos:</p> <p>- Metamizol 580mg EV cada 8 horas</p> <p>-Metronidazol 230mg EV cada 8horas</p> <p>-Control de la infección (6540)</p> <p>-Ceftriaxona 1.4gr EV cada 12 horas.</p> <p>-Controlar la temperatura periódicamente y funciones vitales, avisando al médico si hay variación.</p> | <p>La ceftriaxona es un antibiótico de la clase de cefalosporinas de tercera generación, por lo que tiene acciones de amplio espectro en contra de bacterias Gram negativas y Gram positivas. (21)</p> <p>El metamizol sódico produce efectos analgésicos, antipiréticos, antiespasmódicos y antiinflamatorios. Está indicado para el dolor severo, dolor postraumático y quirúrgico, cefalea, dolor tumoral, dolor espasmódico asociado con espasmos del músculo liso como cólicos en la región gastrointestinal, tracto biliar, riñones y tracto urinario inferior. (21)</p> <p>El metronidazol es un antiparasitariodel grupo de los nitroimidazoles. Inhibe la síntesis de los ácidos nucleicos</p> | <p>16.00 pm</p> | <p>(0800)</p> | <p>Paciente disminuyó su temperatura corporal de 38.7C°a 36°C</p> |                 |

|  |  |  |  |          |        |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|--|----------|--------|--|---|--|--|--|--|
|  |  |  |  | 18.00 pm | (1801) | -Establecer medidas para impedir la exposición a causas conocidas o posibles de infección. | y es utilizado para el tratamiento de las infecciones provocadas por protozoarios y bacterias anaeróbicas (21)<br>La temperatura elevada indica la aparición de alguna infección, que puede ser grave en los pacientes. (18).<br><br>Estas precauciones reducen la exposición del paciente a bacterias, virus y hongos endógenos y exógenos. (20) |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 18.00 pm |        | -Mantener asepsia estricta en dispositivos vasculares.                                     | La Comprensión del paciente y familia puede mejorar su cumplimiento y reducir factores que empeoren su salud. (20)  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 18.30 pm |        |  | -Determinados procedimientos provocan lesión tisular aumentando la susceptibilidad a la infección. (20)   |  |  |  |  |

Maria Rosero O.  
Lic. Enf.  
CEP:53 472

| F/H                 | NANDA   | DIAGNOSTICO  | OBJETIVO  | F/H                     | NIC    | INTERVENCIONES   | BASE CIENTIFICA  | F/H                     | NOC    | EVALUACIÓN  | FIRMA/<br>COLG. |
|---------------------|---|--|---|-------------------------|--------|--|--|-------------------------|--------|---|-----------------|
| 07/03/19<br>15.00pm | Dominio1<br>Clase:2<br>1:<br>Confort físico<br>C: 00132 | Dolor agudo<br>R/C lesión por agente biológico, E/P<br>Informe verbal y gesticular del dolor (signo McBurney +.) | Paciente manifestar á que dolor ha disminuido 30 minutos después de haber administrado analgésico indicado y cuidados de Enfermería | 07/03/19<br><br>15.05pm | (1410) | Manejo del dolor:<br><br>– Valorar el dolor: localización, características (duración, frecuencia, intensidad)<br><br>– Medir intensidad del dolor basada en la escala de EVA (0-10)<br><br>– O = ausencia de dolor.<br><br>– 10 = dolor máximo.<br><br>– Canalizar vía periférica. (2314)<br><br>– Administración de analgésicos (2210)<br><br>– Administración de analgésicos EV(2314)<br><br>– Metamizol 580mg EV cada 8 h.<br>Comodidad y | Medir intensidad del dolor basada en la escala (0-10) nos permite saber que tan intenso es su dolor (19)<br><br>Canalizar una vía periférica es de vital importancia para la administración de analgesia según orden médica para el bienestar y confort del paciente y su familia, además el metamizol es un analgésico que ayuda a la disminución del dolor (18)<br><br>Las intervenciones de enfermería deben estar encaminadas a aumentar la comodidad del paciente, dando un giro total al enfoque del cuidado biológico y pasando a un enfoque centrado en el paciente y su familia. Dando paso, a hospitales más humanos y cálidos, donde la familia y el paciente se sientan como en su hogar y la situación de enfermedad no sea tan notoria. Esto se puede lograr involucrando a la familia en el cuidado del paciente, para que sea un miembro activo y no solo un visitante pasivo (19)<br>La frecuente evaluación del alivio del dolor permite ajustar el régimen para lograr una máxima eficacia (19) | 07/03/19<br><br>15.45pm | (2102) | Paciente manifestó que dolor ha disminuido o según escala de EVA de 8 a 2 puntos. |                 |

|  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|-------------|--------|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | 15.10p<br>m | (1410) | Confort:<br>Proporcionar un ambiente tranquilo.      | a posición fowler favorece una relajación en la musculatura abdominal permitiendo con ello que respiren mejor (20) |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 15.20p<br>m |        | — Brindar comodidad y confort.                       |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 14.00<br>pm | (0840) | — Evaluar la eficacia del plan de control del dolor. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 14.00<br>pm |        | Colocar al paciente en posición Fowler o fetal.      |  |  |  |  |  |

---

Maria  
Rosero O.  
Lic. Enf.  
CEP: 53472



| F/H                      | NANDA  | DIAGNOSTICO  | OBJETIVO   | F/H                                     | NIC  | INTERVENCIONES  | BASE CIENTIFICA  | F/H                     | NOC                                  | EVALUACIÓN   | FIRMA/COL G.  |
|--------------------------|--|--|--|---|--|---|--|-------------------------|--------------------------------------|--|---|
| 07/03/19<br><br>15.05 pm | Código: 00195<br><br>Dominio -II: Nutrición, Clase 5: Hidratación: | Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c, vómitos e/v por presencia del vómito, piel y mucosas orales secas". | Paciente se mantendrá en equilibrio electrolítico acido-base durante el turno. | 07/03/19<br><br>15.07pm<br><br>15.10 pm | (2080)<br><br>(2300)<br><br>(6680)<br><br>(3590) | -Manejo de líquidos y electrolitos. Controlar todos los ingresos y egresos del paciente. Administración intravenosa:<br><br>-Cloruro de Sodio (Na Cl) 0,9% 1000cc >XXXIV gotas x min<br>Monitorización de signos vitales:<br><br>-PA: 90/70 mmhg,<br>-FC: 120 X'<br>-FR: 29X',<br>-Sat.O2. 96%,<br>-T °C diferencial, oral 38.7°C.<br><br>-Evaluación de piel y mucosas en cada turno | - Los Líquidos de nuestros organismos, están compuestos por tres elementos: agua electrolitos y otras sustancias en todos los procesos fisiológicos y vitales, se mantiene un equilibrio constante, para ello nuestro organismo ha desarrollado una serie de mecanismos de control y regulación que mantiene entre compartimientos" (4)(19)<br><br>-Respecto de la sequedad de la piel y de las mucosas, su signo de alarma es la pérdida de líquido que tiene el organismo". (4)(19)<br><br>- El balance hídrico (BH) se define como un estado de electrolitos y otras sustancias | 07/03/19<br><br>18.07pm | (0600)<br>(0601)<br>(0602)<br>(0606) | El paciente muestra un equilibrio electrolítico acido base, evidenciándose con signos vitales estables durante el turno. | -----<br>Maria Rosero O.<br>Lic. Enf.<br>CEP: 53472 |

**3.2.11. Registro nemotécnico alternativo(SOAPIE) utilizado en el servicio de emergencia.**

Hipertermia (T 38.7 °C )0007 r/c desequilibrio del centro termorregulador (hipotálamo), asociado a invasión bacteriana e/p leucocitosis (19,000 xmm3 y cuadro clínico manifiesto.

| FECHA      | HORA    | NOTAS DE ENFERMERIA   | FIRMA Y POST FIRMA                        |
|------------|---------|---|---|
| 07/03/2019 | 3:00pm  | <b>S:</b> Refiere "Tengo mucho calor"-----  |   |
|            | 3:02 pm | <b>O:</b> Hipertermia T°38.7<br>Aumento de leucocitos (19 000 xmm3)<br>Piel caliente  |   |
|            | 3:05p m | <b>A:</b> Hipertermia (T°38.7)0007 r/c desequilibrio del centro termorregulador (hipotálamo), asociado a invasión bacteriana e/p leucocitosis (19,000 xmm3 y cuadro clínico manifiesto. ----- |   |
|            | 3:20pm  | <b>P :</b> Paciente disminuirá su temperatura corporal de 38.7 °C a 36°C después de las intervenciones de enfermería -----  |   |
|            | 3:25pm  | <b>I:</b> Controlar la temperatura periódicamente y funciones vitales, avisando al médico si hay variación.   |   |
|            | 3:25pm  | -Administrar medicamentos prescritos:<br>- Metamizol 580mg EV cada 8 horas<br>-Metronidazol 230mg EV cada 8 horas<br>-Control de la infección (6540)<br>-Ceftriaxona 1.4gr EV cada 12 horas.  |   |
|            | 3:30pm  | -Establecer medidas para impedir la exposición a causas conocidas o posibles de infección. -Mantener asepsia estricta en dispositivos vasculares. -----                                       |   |
|            | 3:35pm  |   |   |
|            | 3:50pm  |   | Maria Rosero O.<br>Lic. Enf.<br>CEP:38584 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <b>E:</b> Paciente disminuyó su temperatura corporal de 38. 7° C a 36°C. |  |
|--|--|--|--|

Dolor Agudo 00132R/C Lesión por agente biológico en FID, E/P Informe verbal y gesticular del dolor (signo McBurney +.)

| FECHA      | HORA    | NOTAS DE ENFERMERIA  | FIRMA Y POST FIRMA |
|------------|---------|--|--------------------|
| 07/03/2019 | 3:00pm  | <b>S:</b> Refiere“Me duele mucho mi barriguita”-<br>-----  |                    |
|            | 3:02 pm | <b>O:</b> Paciente se encuentra con facies de dolor, dolor (signo McBurney +.)<br>-Escala del dolor de 8 puntos. -----   |                    |
|            | 3:05p m | <b>A:</b> Dolor Agudo 00132 R/C Lesión por agente biológico en FID, E/P Informe verbal y gesticular del dolor (signo McBurney +.) -----  |                    |
|            | 3:20pm  | <b>P :</b> Paciente manifestará que dolor ha disminuido 30 minutos después de haber administrado analgésico indicado y cuidados de Enfermería. -----   |                    |
|            | 3:25pm  | <b>I:</b><br><b>Manejo del dolor:</b><br>– Valorar el dolor: localización, características (duración, frecuencia, intensidad) (1410)<br>– Medir intensidad del dolor basada en la escala EVA (0-10)<br>– O = ausencia de dolor.<br>– 10= dolor máximo. |                    |
|            | 3:25pm  | – Canalizar vía periférica. (2314)<br>– Administración de analgésicos (2210)   |                    |

|  |                  |   |  |
|--|------------------|---|--|
|  | 3:30pm<br>3:35pm | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración de analgésicos EV (2314) Metamizol 580mg EV cada 8 horas.</li> </ul> <p><b>Comodidad y Confort:</b><br/>Proporcionar un ambiente tranquilo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar comodidad y confort.</li> <li>- Evaluar la eficacia del plan de control del dolor. (1410)</li> </ul> |  |
|  | 3:50pm           | <p>Colocar al paciente en posición Fowler o fetal. (0840)</p> <p><b>E:</b> Paciente manifestó que dolor ha disminuido en un 85% según escala de 8 a 2. Queda más tranquila.</p>   | <hr/> <p>Maria Rosero O.<br/>Lic. Enf.<br/>CEP:38584</p> |

Ansiedad r/c estresores e/p temor, nerviosismo, voz temblorosa.

| FECHA      | HORA   | NOTAS DE ENFERMERIA   | FIRMA Y POST FIRMA |
|------------|--|---|--------------------|
| 07/03/2019 | 3:00pm<br>3:02 pm<br>3:05p m<br>3:20pm<br>3:25pm | <p><b>S:</b> Refiere "tengo mucho miedo"</p> <p><b>O:</b> Nerviosismo, voz temblorosa. -----</p> <p><b>A:</b> Ansiedad r/c estresores e/p temor, nerviosismo, voz temblorosa.</p> <p><b>P:</b> Paciente manifestara sentirse más tranquila progresivamente luego de las intervenciones de enfermería.</p> <p><b>I:</b> Crear un ambiente de confianza, entre el paciente, familia y enfermera.</p> <p>-Explicar al paciente y familia los cambios que experimentará a consecuencia de su enfermedad.</p> <p>-Apoyo emocional</p> <p>-Animar al paciente para que exprese lo que se siente, lo que piensa y qué dudas tiene sobre su enfermedad.</p> |                    |

|  |        |   |   |
|--|--------|---|---|
|  | 3:25pm | -Brindar medidas que permitan la distracción del paciente y le genere esperanza como: | <hr/> Maria Rosero O.<br>Lic. Enf.<br>CEP:38584 |
|  | 3:30pm | -Humor (5320)   |   |
|  | 3:35pm | -Terapia con juegos   |   |
|  | 3:50pm | -Música.  |   |
|  |        | -Libros.  |   |
|  |        | -Encender el televisor.   |   |
|  |        | - Conversarle.  |   |
|  |        | E: Paciente manifestó sentirse más tranquila.   |   |

Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c, vómitos

| FECHA      | HORA    | NOTAS DE ENFERMERIA  | FIRMA Y POST FIRMA |
|------------|---------|--|--------------------|
| 07/03/2019 | 3:00pm  | <b>S:</b> Refiere "Tengo ganas de vomitar"-----  |                    |
|            |         | <b>O:</b> Vómitos. -----   |                    |
|            | 3:02 pm | <b>A:</b> Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c, vómitos. -----  |                    |
|            | 3:05pm  | <b>P :</b> Paciente manifestará que dolor ha disminuido 30 minutos después de haber administrado analgésico indicado y cuidados de Enfermería. -----   |                    |
|            | 3:20pm  | <b>I:</b> Manejo de líquidos y electrolitos. Controlar todos los ingresos y egresos del paciente. Administración intravenosa:<br>-Cloruro de Sodio (NaCl) 0.9% 1000cc >XXXIV gotas x min Monitorización de signos vitales:<br>-PA: 90/70 mmHg,<br>-FC: 120 X'.<br>-FR: 29X'. |                    |
|            | 3:25pm  |  |                    |

|  |                     |   |   |
|--|---------------------|---|---|
|  | :25pm<br><br>3:30pm | -SPO2. 96%, -----<br>-T °C diferencial, oral 38.7°C.<br>- Evaluación de piel y mucosas en cada turno-----<br><b>E:</b> El paciente muestra un equilibrio electrolítico ácido base, evidenciándose con signos vitales estables durante el turno. | <hr/> Maria Rosero O.<br>Lic. Enf.<br>CEP:38584 |
|--|---------------------|---|---|

### 3.2.12. Evaluación del Proceso.

- 1.-La valoración se realizó a través de la observación, así como también de la historia clínica del paciente, no presentándose problemas para la recolección de datos.
- 2.-Los diagnósticos fueron formulados de acuerdo a la taxonomía NANDAII 2018-2020.
- 3.-La planificación se llevó a cabo de acuerdo a la priorización de los diagnósticos y a las necesidades del paciente.
- 4.-Se logró cumplir con todo lo planificado en cada una de las etapas del proceso de enfermería.

#### **Consideraciones éticas**

Se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos. (28)

#### **Responsabilidad:**

Se asumió toda la responsabilidad el cuidado a la paciente.

#### **Privacidad:**

Se tuvo en cuenta desde el inicio del trabajo académico, respetando el anonimato de la paciente.

**Confidencialidad:**

La identidad de la niña a la que se le aplicó el Proceso e Atención de Enfermería no será revelada.

## CAPÍTULO IV

### 4.1. ANÁLISIS Y ARGUMENTACIÓN

Con los autores consultados coincidimos que los factores de riesgo para la apendicitis aguda ocurre infrecuentemente en niños muy jóvenes, así como en adultos mayores, siendo los más vulnerables los del sexo masculino, en población blanca en comparación al resto.(1) Obesidad, inmunodeprimidos, retraso en la atención, baja ingesta de fibras, dado que predispone a la producción de heces duras, lo cual ocasiona una mayor presión intra cólica con formación de fecalitos incrementada, con un riesgo mayor de la obstrucción de la luz apendicular.(2)

De igual manera sobre que los síntomas más importantes de la apendicitis aguda, su evolución es no mayor de 24-36 horas, inapetencia, Dolor periumbilical y luego en fosa ilíaca derecha, aumenta con el movimiento y dificulta la marcha, obligando al paciente a adoptar una actitud incurvada hacia delante y a la derecha, náuseas y/o vómitos, estado subfebril y luego hipertermia, 37,5°C - 38,5° C, su ausencia no la descarta. (14,15). Asimismo, el diagnóstico de la apendicitis aguda continúa siendo clínico, una historia clínica bien desarrollada, así como una buena exploración física. Hemograma (leucocitosis y desviación izquierda), examen de orina (Descartar procesos urinarios), imagenológicos: Ultrasonido abdominal, laparoscopia; constituye hoy día el mejor método diagnóstico, además de ser terapéutico. (2,16)

En lo referente a las complicaciones de la apendicitis aguda es la perforación del apéndice. Esto puede causar que la infección se esparza por el abdomen (peritonitis). Esta enfermedad puede poner en riesgo la vida y es necesario hacer una cirugía de inmediato para extraer el apéndice y limpiar la cavidad abdominal.

Una acumulación de pus que se forma en el abdomen. Si el apéndice se revienta, es posible que se cree una acumulación de infección (absceso). En la mayoría de los casos, el cirujano drena el absceso introduciendo un tubo a través de la pared abdominal hasta el absceso. El tubo se deja colocado durante aproximadamente dos semanas y el paciente recibe antibióticos para

combatir la infección. (27) el tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico.<sup>16,1</sup>

Además coincidimos con los principales cuidados de enfermería en la apendicitis aguda dependen de las respuestas humanas de cada paciente antes de la cirugía cuando está en el servicio de emergencia, pero las más comunes son: Control de las constantes vitales, colocación de un catéter venoso periférico, valorar el dolor, características, duración, frecuencia, intensidad, porque el dolor puede causar shock, coordinación con laboratorio para sus pruebas de laboratorio, introducción de sonda nasogástrica y posiblemente comenzar la aspiración, por indicación médica, colocación del paciente en posición Fowler o fetal para disminuir el dolor y que tenga la mayor comodidad posible, muchas ocasiones no se administran analgésicos o se reduce su administración para evitar la enmascarar los síntomas de perforación, el paciente permanecerá en ayuno, preparar al paciente para la intervención según protocolo, administrar antibioterapia profiláctica.

Como personal de enfermería se debe de reducir la ansiedad del paciente y familiares, aclarándole las posibles dudas que tenga e Informándole del proceso de la intervención y postoperatorio, y lo más importante cuando son niños pequeños deben de estar siempre en compañía de sus padres ya que estos les brinda su cariño incondicional de padres se sienten seguros y amados, además quiero acotar que el servicio de emergencia pediátrica deben de ser un ambiente agradable de acuerdo a su edad del niño, un lugar acondicionado para niños además deben de tener muchos distractores ya que se ha visto que los distractores producen endorfinas que ayudan a aliviar el dolor y dar satisfacción, además las enfermeras que laboren en esas áreas deben de ser personal que le guste trabajar con pacientes pediátricos con características especiales.

## **4.2. PROPUESTA DE MEJORA**

Como enfermera se ha podido observar que el área de emergencia pediátrica no cuenta con una infraestructura adecuada para la atención de pacientes pediátricos, no reúne las características de un ambiente terapéutico adecuado, además, en algunas ocasiones, les restringen el paso a los padres, el personal que labora en emergencia muchas veces no les gusta trabajar con niños. También se ha podido observar que no cuenta con distractores como: libros, juguetes adecuados para su edad.

Es por eso, que se propone implementar ambiente terapéutico especial para la atención de pacientes pediátricos.

Además, se propone crear protocolos para la atención a pacientes pediátricos e implementar el Proceso de Atención de Enfermería como herramienta fundamental en la atención de pacientes.

### **4.3. CONCLUSIONES**

1.-Se brindó Cuidados de Enfermería en la paciente con apendicitis aguda, atendida en el servicio de emergencia aplicando el Proceso de Atención de Enfermería. Concluyendo que es una herramienta básica y metodológica para la enfermera, que permite realizar una adecuada observación, examen físico, entrevista, y así diagnosticar y realizar las actividades según la priorización de diagnósticos reales y potenciales, aplicados en la atención de pacientes con patologías de apendicitis aguda.

2.-Se realizó la valoración de enfermería de la paciente con apendicitis aguda. En el cual se determinó las respuestas humanas afectadas las cuales fueron: El dolor agudo, la temperatura alta, vómitos, leucocitosis, temor, ansiedad, son problemas reales y potenciales del paciente pediátrico frente a ellos se realizaron los diagnósticos de enfermería.

3.-Se diagnosticó las respuestas humanas de la paciente con apendicitis aguda, según riesgo vital y utilizando la taxonomía NANDA, las cuales direccionan al planeamiento.

4.-Se elaboró un plan de cuidados de la paciente con apendicitis aguda, se tomó en cuenta el esquema general que resume el Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado humanizado. Utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC de acuerdo a los diagnósticos encontrados.

5.-Se ejecutó el plan de cuidados de enfermería de la paciente con apendicitis aguda, utilizando el NIC y NOC, el mismo que se fundamentó con procedimientos científicos, de acuerdo a las necesidades encontradas siendo aplicadas durante su estancia en el servicio de emergencia del HRDC.

6.-Se evaluó los resultados esperados y cuidados de enfermería de la paciente con apendicitis aguda, se cumplieron con los objetivos propuestos, evidenciando el cambio de sus respuestas humanas, a nivel Biopsicosocial-

espiritual, queda estable para ser atendido quirúrgicamente.

#### **4.4. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda a las autoridades del Hospital Regional Docente Cajamarca implementar el área de emergencia con ambientes, equipamiento, de acuerdo a las edades de los pacientes, adecuados para la atención de calidad a los pacientes pediátricos.
- A las enfermeras que laboran en Hospital Regional Docente Cajamarca, área de emergencias pediátricas, el profesional de enfermería debe de mantener una atención de enfermería en forma humana, oportuna, continua, eficaz, con calidad y calidez de acuerdo a los trastornos físicos patológicos derivados de la apendicitis aguda durante la estancia en el servicio de emergencia.
- Mantener identificados los problemas reales y potenciales del paciente, como resultado de la Apendicitis aguda, para así poder brindar cuidados adecuados, orientados al bienestar del paciente en el servicio de Emergencia.
- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería y protocolizar la atención, teniendo en cuenta las necesidades reales y potenciales del paciente con apendicitis aguda, para realizar una buena valoración, diagnóstico, planeamiento y poder ejecutar las acciones para el logro de los objetivos y resultados esperados, durante su estancia en el servicio de emergencia.

#### 4.5. BIBLIOGRAFIA

1. Revista Médica de Costa Rica Y Centroamérica LXXII, 2015 (615) 437 – 440. Cirugía general, Apendicitis aguda.
2. Alba-Leonel A. Medigraphic. [Online].; 2014 [cited 2019 03 Julio. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141d.pdf>.
3. Oldham JJAyKT. Apendicitis Aguda. In 20, editor. Nelson Tratado de Pediatría. España: ElSevier; 2016. p. 1977-1979.
4. Gabriela Lisieux LG. Scielo. [Online].; 2015 [cited 2019 julio 3. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/es\\_0104-1169-rlae-23-05-00963.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/es_0104-1169-rlae-23-05-00963.pdf).
5. Floréz MLF. Colombia. [Online].; 2015 [cited 2019. julio 03. Available from: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-42/comodidad-del-paciente-hospitalizado/>
6. Torres IEF. Revistas. Javeriana. [Online].; 2018 [cited 2019 julio 08. Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/./17210>.
7. Cortez, Gl. (2012). Guía para elaborar NANDA, MIC, NOC: Proceso de Atención de Enfermería en Especialidades. 6ta Edición. Editorial RODHAS. Lima- Perú.
8. Garcés, A. (2011). Detección de los factores de riesgo para la presencia de apendicitis aguda perforada en la población pediátrica. Colombia.
9. Proaño, J. (2016). Apendicitis complicaciones en edades comprendidas entre 6 a 14 años de edad, trabajo a realizarse en el Hospital Universitario durante el período 2014-2015. Facultad Ciencias Médicas. Universidad de guayaquil. Ecuador. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/26227>.
10. Barrios, G (2015). Apendicitis aguda en niños menores de doce años correlación clínico patológica. Tesis Presentada a la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General. Universidad de San Carlos De Guatemala.
11. Abad, M, Achig C K, Córdova F, (2016). Apendicitis aguda en niños, Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, 2012 – 2016.

12. Matta, M, (2015). Apendicitis, complicaciones en edades comprendidas entre 6 a 14 años de edad. Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque.
13. Fernández H. (2017), realizó una investigación sobre Criterios Diagnósticos de Apendicitis Aguda en Niños Menores de Cinco Años en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Lima-Perú.
14. Alcántara H. L.E.: 6\_45342746\_T.pdf [Internet]. [Citado 29 de julio de 2019]. Disponible en:  
[http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1170/T016\\_45342746\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1170/T016_45342746_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
15. Espinoza L. (2016). Aspectos Epidemiológicos Y Anatomopatológicos de Apendicitis Aguda en Cirugía Pediátrica en el Hospital Nacional “Luis N. Saenz” Pnp, enero – diciembre 2014 Tesis Para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de medicina. Universidad Ricardo Palma. Lima. Perú.
16. Gardikis S, Giatromanolaki A, Kambouri K, Tripsianis G, Sivridis E, Vaos G. (2011). Acute appendicitis in preschoolers: a study of two different populations of children. Ital J Pediatr. 37:35.
17. Martínez-Ordaz JL. (2017). Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. :6.
18. NANDA - I. Diagnósticos enfermería de la NANDA 2014 con sus Definiciones. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2014, P.P. 23-84.
19. MOSBY (2005). Atención de Enfermería al paciente con apendicitis aguda [Internet]. [citado 16 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/atencion-enfermeria-apendicitis-aguda/>
20. Juall L. Planes de cuidados y documentación en Enfermería. Interamericana. Mc Graw-Hill. España S.L. Edición, 1ª ed., 1ª imp (22/04/2005).
21. Fernandez, Cr. (2016). Guía de medicamentos esenciales: Formulario Terapéutico Primer Nivel de Atención. Encontrado en:  
[http://186.33.221.24/files/Guia de Medicamentos Esenciales comprimido.pdf](http://186.33.221.24/files/Guia%20de%20Medicamentos%20Esenciales%20 comprimido.pdf)
22. NANDA - I. Diagnósticos enfermeros definición y clasificación 2018-2020 Editorial Elsevier. Madrid, España. 2018.

23. Carranza, R. El proceso de la atención de enfermería y la práctica profesional. 6ª Edic. Cajamarca, Perú, 2015.
24. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC) 7ª Edic. 2018-2020 Editorial Elsevier. Madrid, España. 2018.
25. NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. Desde su nacimiento hasta nuestros días. Madrid. Edide S.L. 2007-2008 [consultado el 13 de febrero del 2019]. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/28171848\\_NANDA\\_North\\_American\\_Nursing\\_Diagnosis\\_Association\\_](https://www.researchgate.net/publication/28171848_NANDA_North_American_Nursing_Diagnosis_Association_)
26. Del Rey C., Ferrer E., Benavent A. Descripción y análisis de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC. Mexico.2014. Disponible en:  
[http://ciam.ucol.mx/portal/portafolios/edgar\\_betancourt/apuntes/recurso\\_883.pdf](http://ciam.ucol.mx/portal/portafolios/edgar_betancourt/apuntes/recurso_883.pdf).
27. Izquierdo E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la Inteligencia Emocional, una vida humana. Revista cubana de enfermería. Vol.31, Número 3. 2015. La Habana, Cuba.
28. Villar M. Violencia de pareja y el proceso salud enfermedad, según grupo social y género, Chota. [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional De Cajamarca]; 2006.
29. Fichas técnicas del Centro de Información *online* de Medicamentos de la AEMPS-CIMA [base de datos en Internet]. Madrid, España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) [consultado el 01/02/2022]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/lista.html>.

## **ANEXOS**

### **RELACION DE ABREVIATURAS**

- 1.-PAE. - Proceso De Atención De Enfermería.
- 2.-HRDC. Hospital Regional Docente Cajamarca.

- 3.-NANDA. North American Nursing Diagnosis Association.4.-NIC. -  
Clasificación de Intervenciones de Enfermería.  
5.-NOC. Sistema de Clasificación de Resultados.6.-NPO. Nada por vía Oral.  
7.-CLNA. Cloruro de Sodio.  
8.-AREG. Aparente Regular Estado General.  
9.-AREH. Aparente Regular Estado de Hidratación.10.-CAE. Conducto  
Auditivo Externo.  
11.-MV. Movimientos.  
12.-ACP. Ambos Campos Pulmonares.13.-FID. Fosa Iliaca Derecha.  
14.-E/P. Evidenciado Por. 15.-R/C. Relacionado Con

## **FICHAS FARMACOLOGICAS**

### **NaCl 0.9%**

#### **DESCRIPCIÓN:**

Cada 100 mL contiene: Cloruro de Sodio 0.9 g y Agua para inyección c.s.p. 100 mL.  
Posee una Osmolaridad: 308 mOsmol/L

Las propiedades farmacodinámicas de la solución son aquellas propias de los iones sodio y cloruro y son las de mantener el balance electrolítico y de líquidos. Iones, como el sodio, circulan a través de la membrana celular, utilizando diversos mecanismos de transporte, entre los cuales está la bomba de sodio (Na-K-ATPasa). El sodio juega un papel importante en la electrofisiología de neurotransmisión y cardíaca, y también en su metabolismo renal.

### **USO CLÍNICO:**

- Tratamiento de la deshidratación isotónica extracelular.
- Tratamiento de la depleción de sodio.
- Como vehículo o diluyente de medicamentos compatibles para administración parenteral.

### **DOSIS Y PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN:**

-Adultos, ancianos y niños: Las dosis pueden ser expresadas en términos de mEq o mmol de sodio, cantidad de sodio, o cantidad de sal de sodio (1g NaCl = 394 mg, 17,1 mEq o 17,1 mmol de Na y Cl).

-La dosis, velocidad y duración de la administración debe ser individualizada tal y como se determine de acuerdo a distintos factores incluyendo la edad, peso, condición clínica y tratamientos concomitantes del paciente y en particular su estado de hidratación y sus respuestas, clínica y de laboratorio, al tratamiento. El balance de líquidos y de las concentraciones plasmáticas de electrolitos deben ser cuidadosamente monitorizadas.

La dosis recomendada para el tratamiento de la deshidratación isotónica extracelular y la depleción de sodio es:

- Para adultos: De 500 mL a 3 litros/24 h.
- Para bebés y niños: De 20 a 100 mL por 24 h. y kg. de peso corporal, dependiendo de la edad y la masa total corporal.

El rango de dosis recomendada cuando se usa como vehículo o diluyente es de 50 a 250 mL por dosis de medicamento a administrar. Cuando el Cloruro de Sodio 9 mg/mL solución para perfusión es usado como diluyente para preparaciones inyectables de otros medicamentos, la dosis y la velocidad de perfusión también se determinarán según la naturaleza y el régimen de dosificación del medicamento prescrito.

### **ADMINISTRACIÓN:**

La solución es para administración por perfusión intravenosa.

-Forma de administración: La solución es para ser administrada por vía intravenosa con un equipo de administración estéril y apirógeno, utilizando una técnica aséptica. El equipo debe ser cebado con la solución con el fin de prevenir la entrada de aire en el sistema. La solución debe ser inspeccionada visualmente para detectar

partículas y decoloración antes de su administración. No administrar a menos que la solución esté transparente, libre de partículas visibles y el envase intacto.

-Administrar inmediatamente después de conectar el equipo de perfusión. No conectar en serie con el fin de evitar embolias gaseosas debidas al posible aire residual contenido en el envase primario. Los medicamentos pueden introducirse antes o durante la perfusión a través del punto de inyección.

#### **PRECAUCIONES:**

-La solución está contraindicada en pacientes que presenten hipernatremia o hipercloremia.

-Se deben tener en cuenta las contraindicaciones relacionadas con el medicamento añadido.

#### **EFECTOS SECUNDARIOS:**

-Trastornos del sistema nervioso: Temblor.

-Trastornos vasculares: Hipotensión.

-Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Urticaria, erupción, prurito.

-Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: Reacciones en el lugar de perfusión como: Eritema, irritación de la vena, manchas, quemazón, dolor o reacción, urticaria, infección, trombosis venosa o flebitis que se extienden desde el lugar de perfusión, extravasación e hipervolemia, pirexia, escalofríos.

#### **INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS:**

-Se recomienda precaución en pacientes tratados con litio. El aclaramiento renal de sodio y litio pueden incrementarse durante la administración de Cloruro de Sodio 9 mg/mL solución para perfusión. La administración de Cloruro de Sodio 9 mg/mL solución para perfusión puede causar la disminución de los niveles de litio.

-Los corticoides/esteroides y carbenoxolona, están asociados con la retención de sodio y agua (con edema e hipertensión).

## **METRONIDAZOL**

### **DESCRIPCIÓN:**

Antiinfeccioso de la familia de los 5-nitroimidazoles con un amplio espectro antimicrobiano frente a protozoos y bacterias anaerobias, incluyendo *Bacteroides fragilis* y otras especies (*Bacteroides* sp.); *Veillonella*, *Clostridium difficile*, *C.*

perfringens y otras especies (Clostridium sp.); Peptococcus sp. y Peptostreptococcus sp.

### **USO CLÍNICO:**

Vía Oral:

- Giardiasis (lambliasis).
- Amebiasis intestinal y hepática.
- Tratamiento de infecciones por anaerobios, debidas a B. fragilis, C. perfringens y otras bacterias anaerobias.
- Afectación por Trichomonas (uretritis y vaginitis).
- Tratamiento en combinación de la erradicación de H. pylori (E: off-label).

Vía Intravenosa:

- Infecciones intraabdominales (como peritonitis, infecciones posquirúrgicas, abscesos intraabdominales y abscesos hepáticos). Infecciones del sistema nervioso central (meningitis y abscesos cerebrales).
- Infecciones ginecológicas (incluyendo endometritis, endomiometritis, abscesos tubo-ováricos e infecciones posquirúrgicas).
- Infecciones de la piel y los tejidos blandos.
- Infecciones osteoarticulares (osteomielitis).

Debido a que el metronidazol es inactivo frente a las bacterias aerobias, este debe ser administrado, si procede, simultáneamente con otro antibiótico de adecuado espectro. Se usa también Profilaxis de las infecciones posoperatorias causadas por bacterias anaerobias.

### **DOSIS Y PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN:**

A. Infecciones por anaerobios:

- Dosis de carga en neonatos: 15 mg/kg.
- Dosis de mantenimiento: dependerá de la edad gestacional.
- Prematuros  $\leq 25$  semanas: 7,5 mg/kg cada 24 h.
- Prematuros de 26-27 semanas: 10 mg/kg cada 24 h.
- Prematuros entre 28-33 semanas: 7,5 mg/kg cada 12 h.
- Neonatos entre 34-44 semanas: 10 mg/kg cada 12 h.
- Neonatos  $>45$  semanas: 7,5 mg/kg cada 6 h.
- Lactantes y niños: 30 mg/kg/días divididos cada 6 h (máximo: 4 g/día). Vía oral o IV.

B. Profilaxis en cirugía:

- En neonatos  $<1200$  g: 7,5 mg/kg en dosis única, 30-60 min antes de la cirugía.
- En neonatos  $\geq 1200$  g: 15 mg/kg en dosis única, 30-60 min antes de la cirugía.
- En niños  $<12$  años: 20-30 mg/kg/días divididos cada 8 h.

-En niños >12 años: 500 mg antes o durante la intervención quirúrgica, repitiendo la dosis cada 8 h cuando sea necesario, o 1500 mg antes o durante la intervención en dosis única. La profilaxis no debe prolongarse más de 16 h tras la intervención. Si después de la profilaxis existen datos de infección, deben identificarse los microorganismos causantes de esta e instaurar un tratamiento adecuado.

C. Amebiasis:

40-50 mg/kg/días divididos cada 6-8 h durante 10 días (vía oral), seguidos de paromomicina o yodoquinol.

D. Giardiasis:

15 mg/kg/días repartidos cada 8 h, por 5-7 días. Dosis máxima diaria (vía oral o IV): 500 mg.

**ADMINISTRACIÓN:**

Perfusión IV: en 30-60 min, a una concentración final entre 5-8 mg/ml. Puede administrarse sola o simultáneamente (pero por separado) con otros agentes antibacterianos apropiados, por vía parenteral.

La suspensión oral contiene 200 mg de metronidazol (benzoato), que equivalen a 125 mg de metronidazol como base activa, por cada 5 ml de suspensión. Las dosis se indican en metronidazol base. Cuando se administra por vía oral, hacerlo preferiblemente con alimentos (evita la aparición de síntomas gastrointestinales).

**PRECAUCIONES:**

- Debe administrarse con precaución en pacientes con encefalopatía hepática.
- Evitar las bebidas alcohólicas y los medicamentos que contengan alcohol por su efecto antabus.
- Debe advertirse que el metronidazol puede oscurecer el color de la orina (debido a la presencia de un metabolito del metronidazol).
- La administración IV. de la solución puede ocasionar problemas de tromboflebitis.

**EFFECTOS SECUNDARIOS:**

Trastornos gastrointestinales: dolor epigástrico, náuseas, vómitos, diarrea, mucositis oral, trastornos del sabor y anorexia. Muy raros y de forma reversible: se han notificado algunos casos de pancreatitis.

**INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS:**

- Disulfiram: se han notificado reacciones adversas psicóticas en pacientes que han utilizado metronidazol y disulfiram.
- Alcohol: las bebidas y los medicamentos que contienen alcohol no deben consumirse durante el tratamiento con metronidazol al menos un día después

de este por la posibilidad de una reacción disulfirámica (efecto antabus). Esta reacción se caracteriza por enrojecimiento, vómitos y taquicardias.

-Terapia anticoagulante oral: se puede producir una potenciación del efecto anticoagulante y un incremento del riesgo hemorrágico provocado por la disminución del metabolismo hepático.

-Monitorizar el tiempo de protrombina de forma periódica.

-Fenitoína o fenobarbital: se incrementa la eliminación de metronidazol, por lo que disminuye los niveles plasmáticos. Vigilar clínica.

## **CEFTRIAXONA**

### **DESCRIPCIÓN:**

Antibiótico. Cefalosporina de tercera generación con exclusivamente parenteral intramuscular e intravenosa. Espectro de actividad basado en bacterias aerobias

gramnegativas y en cocos grampositivos (por ejemplo, Staphylococcus spp. sensibles a la meticilina y Streptococcus spp.).

### **USO CLÍNICO:**

Sepsis; meningitis; infecciones abdominales; infecciones osteoarticulares piel, tejidos blandos y heridas; infecciones renales y del tracto urinario; infección gonocócica, infecciones del tracto respiratorio de vías bajas (neumonía) y otorrinolaringológicas (ORL), especialmente en otitis media aguda (OMA) resistente/persistente, complicada con Oto mastoiditis y en niños con incapacidad para la toma de antibióticos orales.

### **DOSIS Y PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN:**

Niños mayores de 12 años (o >50 kg): 1-2 g de cada 24 horas. En casos graves o de infecciones causadas por bacterias moderadamente sensibles, puede aumentarse la dosis hasta 4 g, una sola vez al día.

Lactantes y niños menores de 12 años: (desde 15 días a 12 años), está recomendada una dosis diaria comprendida entre 20-80 mg/kg de peso.

Neonatos:

-Sepsis: 50 mg/kg cada 24 horas.

-Meningitis: dosis de carga 100 mg/kg, seguido de 80 mg cada 24 horas.

-Infección gonocócica diseminada: 25-50 mg/kg/día cada 24 horas durante 7 días, 10-14 días si se documenta meningitis.

Vía intravenosa: infusión lenta durante, por lo menos, 30 minutos.

-OMA: 50 mg/kg/día, en una dosis única (máximo 1 g) (habitualmente por vía intramuscular).

-Meningitis: 80-100 mg/kg/día, cada 12-24 hora (máximo 4 g al día).

-La dosis máxima es de 100 mg/kg/día, no superando los 4 g/día.

Insuficiencia renal:

Dosis máxima 50 mg/kg/día (máx. 2 g diarios) si insuficiencia renal grave. No dializable (0-5%).

### **ADMINISTRACIÓN:**

Vía intravenosa:

-Administración intravenosa directa: administrar en 2-5 minutos.

-Perfusión intermitente: diluir hasta una concentración máxima de 40 mg/ml y administrar en 10-30 minutos (60 minutos en neonatos) (en Neofax refieren 30 minutos).

Vía intramuscular:

Se inyectarán en un músculo relativamente grande. Se recomienda no inyectar más de 1 g en el mismo lugar.

### **CONTRAINDICACIONES:**

- Reacciones de hipersensibilidad tipo I a la penicilina.
- Contraindicado en neonatos con hiperbilirrubinemia, incrementando el riesgo de kernicterus.
- No administrar ceftriaxona simultáneamente (y dentro de las 48 h de intervalo) con soluciones intravenosas que contienen calcio.

### **PRECAUCIONES:**

- El uso prolongado puede condicionar sobreinfección con hongos, *Enterococcus* spp., *P. aeruginosa* y *Bacteroides fragilis*, y cuadros de colitis pseudomembranosa.
- Durante los tratamientos prolongados con ceftriaxona deberá controlarse regularmente el perfil hemático.

### **EFFECTOS SECUNDARIOS:**

Trastornos gastrointestinales (aproximadamente 2%): deposiciones sueltas o diarreas, náuseas, vómitos, estomatitis y glositis.

Trastornos hematológicos (aproximadamente 2%): eosinofilia, leucopenia, granulocitopenia, anemia hemolítica, trombocitopenia.

### **INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS:**

- Probenecid podría incrementar la concentración de ceftriaxona.
- Puede disminuir el efecto terapéutico de la vacuna bacilo de Calmette-Guérin, por lo que se debe evitar su uso simultáneo.
- Antagonistas de la vitamina K: podría aumentar el tiempo de protrombina, con o sin hemorragia. Se recomienda la monitorización de los parámetros de coagulación.

## **RANITIDINA**

### **DESCRIPCIÓN:**

Antagonista de los receptores H2 de la histamina. Inhibe la secreción de ácido gástrico, tanto la estimulada como la basal, reduciendo el volumen y el contenido en ácido y pepsina de la secreción.

### **USO CLÍNICO:**

Está indicado por vía oral para niños a partir de los 3 años, y por vía parenteral a partir de los 6 meses para:

-Tratamiento a corto plazo de la úlcera péptica.

-Tratamiento del reflujo gastroesofágico, incluyendo esofagitis por reflujo y alivio sintomático del reflujo gastroesofágico.

-Profilaxis de la úlcera de estrés en niños críticamente enfermos solo por vía parenteral.

-La vía intramuscular se contempla, pero únicamente para su empleo en pacientes adultos en la prevención del síndrome de Mendelson.

### **DOSIS Y PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN:**

Solución inyectable (niños y lactantes de 6 meses a 11 años):

-La solución inyectable se puede administrar como una inyección intravenosa lenta (durante más de 2 minutos) hasta un máximo de 50 mg cada 6 a 8 horas.

-Tratamiento agudo de la úlcera péptica y reflujo gastroesofágico: está indicado solo cuando el tratamiento por vía oral no es posible.

Dosis inicial: 2,0 mg/kg o 2,5 mg/kg, máximo 50 mg. Puede administrarse como una infusión intravenosa lenta durante 10 minutos, bien con una jeringa-bomba seguida de 3 ml de suero salino normal durante 5 minutos, o bien tras la dilución con suero salino normal hasta 20 ml.

Comprimidos:

Tratamiento agudo de la úlcera péptica: 4 mg/kg-8 mg/kg dos veces al día (150 mg/2 veces día), hasta un máximo de 300 mg al día durante 4 semanas. Aquellos pacientes con una curación incompleta pueden ser tratados durante 4 semanas más ya que la curación normalmente ocurre después de 8 semanas de tratamiento.

Utilizar con precaución en pacientes con insuficiencia hepática y renal. Puesto que se excreta por vía renal, los niveles plasmáticos se incrementan en pacientes con insuficiencia renal.

Ajuste de dosis en insuficiencia renal (niños y adultos)

->50 ml/min administrar el 100% de la dosis habitual

-10-50 ml/min administrar el 50% de la dosis habitual

-<10 ml/min administrar el 25% de la dosis habitual

### **PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN:**

Vía oral:

-Administrar con alimentos, antes de acostarse.

Parenteral:

-Preparación: diluir con suero fisiológico al 0,9% o suero glucosado al 5% a una concentración de 0,5 mg/ml, máximo 2,5 mg/ml.

#### **ADMINISTRACIÓN:**

Vía intravenosa directa: en al menos 5 minutos, a la máxima concentración, de forma que no se administren más de 10 mg/minuto (4 ml/min).

#### **CONTRAINDICACIONES:**

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes.
- Pacientes con porfiria aguda (puede precipitar la aparición de crisis).

#### **PRECAUCIONES:**

La administración intravenosa rápida puede producir bradicardia, especialmente en pacientes con predisposición a las arritmias.

#### **EFFECTOS SECUNDARIOS:**

Alteración del ritmo intestinal, mareo, cefalea, estreñimiento, náuseas, elevación transitoria de transaminasas, ginecomastia, leucopenia, trombocitopenia. Raramente: hepatitis grave, eritema multiforme, alopecia, pancreatitis.

#### **INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS:**

El aumento del PH gástrico producido por ranitidina puede alterar la absorción de algunos fármacos. Puede disminuir la absorción de atazanavir, ketoconazol, itraconazol. Por otra parte, puede aumentar la absorción de didanosina y triazolam, potenciando su toxicidad.

## **METAMIZOL**

### **DESCRIPCIÓN:**

Antiinflamatorio no esteroideo (AINE). Como tal, inhibe la síntesis de las prostaglandinas. También llamado dipirona: agente antiinflamatorio, analgésico y antitérmico no narcótico. El principio activo, metamizol, puede presentarse en forma de metamizol sódico o metamizol magnésico. Es un analgésico comparable al ácido

acetilsalicílico (menos gastrolesivo) y superior al paracetamol en dolores agudos de tipo moderado o medio. Relaja ligeramente la musculatura lisa, por lo que resulta especialmente útil en dolores de tipo cólico.

### **USO CLÍNICO:**

- Tratamiento del dolor agudo posoperatorio o postraumático.
- Dolor de tipo cólico.
- Dolor de origen tumoral.
- Fiebre alta que no responde a otros antitérmicos.

Vía rectal y vía intramuscular o intravenosa lenta:

- Dolores posoperatorios no intensos.
- Cólicos.
- Dolores neoplásicos.
- Crisis de migrañas.

### **DOSIS Y PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN:**

Vía oral

- Lactantes >4 meses y niños hasta 6 años: 50-150 mg (2-6 gotas) hasta 4 veces/día.
- Niños de 7 a 14 años: 250-375 mg (0,5-0,75 ml) hasta 4 veces por día.
- A partir de 15 años (o >53 kg): 500 mg (1 ml) o 1 comprimido de 575 mg, 3 o 4 veces por día, en intervalos de 4 a 6 horas (máximo 6 veces al día, 3450 mg). Dolor oncológico: 1 g cada 6-8 h. En general, dosis máx. de metamizol magnésico: 4000 mg/día.
- La dosificación del metamizol sódico por kilo de peso equivale a una dosis recomendada de 12,5 mg/kg/dosis.

Vía rectal

Metamizol magnésico:

- Niños de 3 a 11 años: 1 supositorio infantil (500 mg), que puede repetirse hasta 4 veces en 24 horas a intervalos regulares.
- Niños de 1 a 3 años: medio supositorio infantil (250 mg), que puede repetirse 3 o 4 veces al día.

Vía intramuscular o intravenosa lenta (no más de 1 ml/minuto):

Metamizol magnésico:

Como analgésico:

- Niños de 3 a 11 meses: vía intramuscular o intravenosa lenta, 6,4-17 mg/kg.

-Niños de 1 a 14 años: vía intramuscular o intravenosa, 6,4-17 mg/kg hasta cada 6 horas.

-A partir de los 15 años o >53 kg: 1000 mg cada 6-8 horas, máximo recomendado: 4000 mg (80 mg/kg/día); de forma excepcional, 5000 mg (100 mg/kg/día).

-En perfusión continua, la dosis recomendada es de 3,3 mg/kg/h.

Como antipirético: dosis de 10 mg/kg/dosis es suficiente.

### **CONTRAINDICACIONES:**

-Neonatos y lactantes menores de 3 meses o de menos de 5 kg de peso corporal.

-Pacientes con síndrome conocido de asma o intolerancia (urticaria-angioedema) por analgésicos no narcóticos: paracetamol, ácido acetilsalicílico o antiinflamatorios no esteroideos.

-Pacientes con deficiencia congénita de glucosa 6-fosfato-deshidrogenasa.

-Pacientes con alteraciones de la función de la médula ósea o enfermedades del sistema hematopoyético.

-Inyección intraarterial.

### **PRECAUCIONES:**

Cuando aparezcan signos de agranulocitosis o trombocitopenia, se debe interrumpir inmediatamente la administración de metamizol y se debe controlar el recuento sanguíneo, incluyendo la fórmula leucocitaria. Los signos típicos de agranulocitosis incluyen lesiones mucosas inflamatorias (por ejemplo, orofaríngeas, anorrectales, genitales), dolor de garganta, fiebre (incluyendo fiebre persistente inexplicable o recurrente).

### **EFFECTOS SECUNDARIOS:**

Digestivos: la mayoría de las reacciones adversas registradas fueron náuseas, sequedad de boca y vómitos. Se han observado erosiones gástricas con 3 g diarios de metamizol, pudiendo marcar esta dosis el límite de tolerancia gástrica en uso crónico. Muchos pacientes habían recibido de forma concomitante otros tratamientos (por ejemplo, AINE) asociados con la hemorragia gastrointestinal o habían sufrido una sobredosis de metamizol.

Hematológicos: leucopenia, agranulocitosis, trombocitopenia. La incidencia real de agranulocitosis es muy baja: del orden de 5-8 casos/millón de habitantes/año y la de anemia aplásica, de 2-3 casos millón de habitantes/ año. Las reacciones de agranulocitosis no dependen de la dosis y pueden ocurrir en cualquier momento durante el tratamiento.

### **INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS:**

-Con los barbitúricos y la fenilbutazona se aprecia una reducción mutua de sus acciones.

-El metamizol es potenciado por otros derivados pirazolónicos y por el PAS.

-El metamizol a dosis altas potencia la acción de algunos depresores del SNC, como pueden ser algunos fármacos tricíclicos, diversos hipnóticos y clorpromazina.

-Metamizol potencia la acción de los anticoagulantes orales (acenocumarol, warfarina), con riesgo de hemorragia. Por ello, es aconsejable aumentar el control de los pacientes bajo tratamiento con este tipo de fármacos.