



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Enfermería

**Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de apendicectomía
laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora**

**Trabajo de integración
curricular previo a la
obtención del título en
Licenciado de Enfermería**

AUTOR:

Paul Fernando Cortés Ochoa

DIRECTORA:

Lic. Denny Caridad Ayora Apolo. Mg. Sc.

Loja–Ecuador

2023

Certificación

Loja, 07 de junio de 2023

Lic. Denny Caridad Ayora Apolo. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Que tras la adecuada asesoría y riguroso monitoreo científico, se ha verificado que el Trabajo de Integración Curricular denominado: **Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de apendicectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora**, de la autoría del estudiante **Paul Fernando Cortés Ochoa**, con cédula de identidad Nro. 1105075269, cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas establecidas para esta actividad académica.

En consecuencia, se confirma que dicho trabajo ha sido culminado y aprobado y se autoriza a continuar con el proceso de titulación.



Lic. Denny Caridad Ayora Apolo. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Autoría

Yo, **Paúl Fernando Cortés Ochoa**, declaro ser autor del presente trabajo de integración curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes Jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi trabajo de integración curricular en el repositorio digital institucional- Biblioteca virtual.



Firma

CI:1105075269

Fecha: 08-06-2023

Correo electrónico: paul.cortes@unl.edu.ec

Teléfono: 0997773462

Carta de Autorización

Yo, **Paúl Fernando Cortés Ochoa**, declaro ser autor del presente trabajo de integración curricular denominado: **Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de apendicectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora** como requisito para optar por el título de Licenciado en Enfermería, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de integración curricular en el repositorio institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio u copia del trabajo de integración curricular que realice un tercero.

Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los ocho días del mes de junio del año dos mil veintitres.



Autor: Paúl Fernando Cortés Ochoa

CI: 1105075269

Dirección: Juan Cueva Serrano y Francisco Zabaleta

Correo electrónico: paul.cortes@unl.edu.ec

Teléfono: 0997773462

Datos Complementarios:

Directora de trabajo de integración curricular: Lic. Denny Caridad Ayora Apolo Mg. Sc.

Tribunal de grado:

- Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila Mg. Sc
- Lic. Paul David Zula Riofrio Mg. Sc
- Lic. Diana Margarita Gómez Salgado Mg. Sc

Dedicatoria

A mi madre, Esther Ochoa por forjar mi camino y brindarme su cariño, paciencia y dedicación.

Paúl Cortés

Agradecimiento

Al haber culminado el presente trabajo de integración curricular, expreso mi mayor agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja y al Hospital General Isidro Ayora por abrirme las puertas hacia una vida llena de conocimientos y otorgarme la oportunidad de convertirme en un profesional de bien.

A mi directora Lic. Denny Caridad Ayora Apolo Mg. Sc. y a toda la planta docente de la carrera de enfermería de la Facultad de la Salud Humana por brindarme su sabiduría y guiarme en el desarrollo del presente trabajo de integración curricular.

Paúl Cortés

Índice de Contenido

Portada	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización.....	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento.....	vi
Índice de Contenido.....	vii
Índice de Tablas.....	ix
Índice de Anexos	x
1. Título	1
2. Resumen.....	2
2.1 Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico	7
4.1 Apéndice Cecal.....	7
4.1.1 Anatomía.....	7
4.1.2 Fisiología	7
4.2 Apendicitis.....	7
4.2.1 Fisiopatología.....	7
4.2.2 Epidemiología	8
4.2.3 Cuadro Clínico	8
4.2.4 Diagnostico.....	9
4.2.5 Tratamiento	9

4.2.6 Complicaciones Postquirúrgicas.....	10
4.3 Guía.....	12
4.3.1 Definición.....	12
4.3.2. Funcionalidad.....	12
4.4. Modelo de Cuidados de Virginia Henderson	13
4.5 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	14
4.5.1 Valoración.....	14
4.5.2 Diagnóstico.....	15
4.5.3 Planificación	17
4.5.4. Ejecución.....	17
4.5.5 Evaluación.....	18
5. Metodología	19
6. Resultados	20
7. Discusión	22
8. Conclusiones	24
9. Recomendaciones	25
10. Bibliografía	26
11. Anexos	30

Índice de Tablas:

Tabla 1. Características sociodemográficas.....	20
Tabla 2. Complicaciones postquirúrgicas	21

Índice de Anexos:

Anexo 1: Guía basada en el proceso de atención de enfermería.....	30
Anexo 2. Autorización de aplicación del instrumento.....	31
Anexo 3: Certificación de recolección de información.....	32
Anexo 4: Ficha de recolección de datos.....	33
Anexo 5: Certificación de pertinencia.....	35
Anexo 6: Designación de Directora de Trabajo de integración curricular.....	36
Anexo 7: Certificación de traducción al idioma inglés.....	37

1. Título

Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de apendicectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora

2. Resumen

La apendicitis aguda es una de las patologías más frecuentes de abdomen agudo, siendo una de las principales causas de intervención quirúrgica a nivel mundial, actualmente la apendicectomía laparoscópica es considerada como la técnica de elección para el tratamiento de dicha patología. Sin embargo, aunque sea un procedimiento seguro se han demostrado complicaciones postoperatorias. Por tal razón, se realizó el presente trabajo investigativo cuyo objetivo fue determinar las complicaciones postquirúrgicas en pacientes de apendicectomía laparoscópica durante el periodo agosto-octubre 2021, para la elaboración de una guía basada en el proceso de atención de enfermería. Se trató de un estudio retrospectivo, descriptivo-cuantitativo, y de corte transversal, para la recolección de datos se utilizó una ficha de autoría propia, se consideró una muestra de 53 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión, para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS-25 permitiendo la caracterización socio- demográfica de los pacientes y la identificación de cada complicación. Los resultados se presentaron en tablas estadísticas donde se evidencio que un 52,8% de pacientes formaron parte del grupo etario adulto, 50,9% corresponden al sexo mujer; 88,7 % fueron de procedencia urbana y el 39,6% poseen un nivel de instrucción secundaria. En relación a las complicaciones postquirúrgicas un 35,8% presentó dolor, 13,2% seroma, 7,5% infección del sitio quirúrgico, 5,7% abscesos intraabdominales y hemorragias, 1,9% íleo paralítico. Se concluye que las complicaciones más frecuentes fueron dolor postoperatorio, seroma e infección del sitio quirúrgico. En base a estos resultados se elaboró una guía basada en el proceso de atención de enfermería incorporando las taxonomías NANDA-NOC Y NIC, misma que podría ser considerada como insumo para el personal que labora en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora.

Palabras claves: apendicitis, cirugía-laparoscópica, post-operatorio, Proceso de atención de enfermería.

2.1 Abstract

Appendicitis is one of the most frequent pathologies of the acute abdomen, being one of the main causes of surgical intervention worldwide, currently laparoscopic appendectomy is considered the technique of choice for the treatment of this pathology. However, although it is a safe procedure, postoperative complications have been demonstrated. For this reason, the objective of this research study was to determine the postoperative complications in laparoscopic appendectomy patients during the period August-October 2021, for the elaboration of a guide based on the nursing care process. This was a retrospective, descriptive-quantitative, cross-sectional study, for data collection a self-authored form was used, a sample of 53 clinical histories that met the inclusion criteria was considered, for the statistical analysis the SPSS-25 program was used allowing the socio-demographic characterization of the patients and the identification of each complication. The results were presented in statistical tables showing that 52.8% of the patients belonged to the adult age group, 50.9% were women, 88.7% were from urban areas and 39.6% had a high school education. Regarding post-surgical complications, 35.8% presented pain, 13.2% seroma, 7.5% surgical site infection, 5.7% intra-abdominal abscesses and hemorrhages, 1.9% paralytic ileus. It was concluded that the most frequent complications were postoperative pain, seroma and surgical site infection. Based on these results, a guide was elaborated based on the nursing care process incorporating the NANDA-NOC and NIC taxonomies, which could be considered as an input for the personnel working in the surgical service of the Hospital General Isidro Ayora.

Key words: appendicitis, laparoscopic surgery, postoperative, nursing care process.

3. Introducción

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica más frecuente a nivel abdominal, el riesgo de presentarla es de 16.33% en hombres y 16.34% en mujeres, teniendo una incidencia anual de 139.54 por cada 100,000 habitantes. A pesar de los avances tecnológicos en las cirugías laparoscópicas que minimizan el riesgo de un trauma operatorio, se ha evidenciado que el 10 % de los pacientes presentan algún tipo de complicación postquirúrgica como son: dolor, abscesos intra-abdominales, infección del sitio quirúrgico, hemorragia, íleo paralítico, entre otros; dando lugar al incremento en la morbimortalidad de estos pacientes (Hernández-Cortez et al., 2019).

La primera apendicectomía fue realizada por el cirujano Claudius Armyad en 1736, desde que Mc Burney introdujo en 1894 la apendicetomía como tratamiento de elección de la apendicitis aguda; Kurt Semm, ginecólogo alemán, además de inventar el insuflador electrónico de neumoperitoneo, incorporó una gran variedad de dispositivos, instrumentos y técnicas quirúrgicas laparoscópicas, entre ellas, la primera apendicectomía laparoscópica (García et al., 2016).

Se han desarrollado estudios a nivel internacional y local que han permitido identificar las complicaciones más frecuentes en relación a la apendicectomía laparoscópica, tal es el caso de una investigación desarrollada en España en el hospital Universitario de Burgos que demostró como resultado que el 3% de pacientes presentaron colecciones abdominales y 1 % en infección de herida quirúrgica, además en el 2% se registró conversiones a cirugía abierta por dificultades técnicas (Reoyo et al., 2017).

De igual forma otro análisis realizado en México con una muestra de 158 pacientes de apendicectomía laparoscópica se evidencio como complicaciones posquirúrgicas que el 16.7% desarrollaron abscesos intraabdominales, el 7.4% íleo y el 7.4% infección de herida, además en aquellos pacientes con apendicitis complicada con la base apendicular comprometida y tratamiento de ligadura simple o punto invaginante se demostró que la cantidad de fugas y fistulas del muñón apendicular es muy baja (<2%) (Flores-Marín et al., 2021).

Por otro lado, en Chile se realizó un trabajo investigativo teniendo como muestra a 70 pacientes intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de apendicitis aguda, en el que se presentaron 2 complicaciones (6%) por vía laparoscópica: 1 seroma y 1 infección de herida. En

este estudio, la apendicectomía laparoscópica obtiene buenos resultados, con bajo índice de complicaciones locales en los pacientes intervenidos (Zamorano, 2016).

Por último, en un estudio realizado en un Hospital Docente de la ciudad de Guayaquil en Ecuador, la complicación más frecuente del grupo de laparoscopia fue el serohematoma con el 13% y del grupo de cirugía convencional fue el dolor postoperatorio con el 67 %. Se encontró menor frecuencia de complicaciones en el grupo de laparoscopia, con la diferencia de la colección intra-abdominal, donde la apendicectomía laparoscópica presentó mayor incidencia con relación a la cirugía convencional (Hinojosa et al., 2019).

Por tal motivo, el profesional de enfermería cumple un papel fundamental en el cuidado postquirúrgico de pacientes apendicectomizados por vía laparoscópica, el cual utiliza como estrategia metodológica el proceso de atención de enfermería (PAE) que es una herramienta de destreza y conocimiento que favorece el pensamiento crítico compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Además, es considerada como el espacio donde se brindan los cuidados, su fin es la transformación interactiva entre las necesidades y la satisfacción del individuo (Sánchez-Castro et al., 2019).

El presente estudio investigativo tuvo relación con el objetivo de desarrollo sostenible Salud y Bienestar, así mismo se incorporó en la línea de investigación Salud Pública y Epidemiología de la Universidad Nacional de Loja (UNL, 2021). Además, la escasa información que existe a nivel local sobre los cuidados de enfermería y las complicaciones postquirúrgicas que surgen en pacientes apendicectomizados por vía laparoscópica impulso a ver la importancia e interés para realizar esta investigación. Los resultados obtenidos en esta investigación fueron de utilidad para elaborar una Guía de Atención de enfermería para pacientes sometidos a apendicectomía laparoscópica.

Para desarrollar la presente investigación, fue importante plantear los siguientes objetivos, como general: determinar las complicaciones postquirúrgicas en pacientes de apendicectomía laparoscópica durante el periodo agosto-octubre 2021, para la elaboración de una guía de atención de enfermería y como específicos: caracterizar socio-demográficamente a los pacientes postquirúrgicos de apendicectomía laparoscópica; identificar las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes en pacientes sometidos a apendicectomía laparoscópica en el servicio de cirugía y

como último, desarrollar una guía basada en el proceso de atención de enfermería que permita prevenir complicaciones postquirúrgicas y mejorar la calidad de atención en pacientes apendicectomizados por vía laparoscópica.

4. Marco Teórico

4.1 Apéndice Cecal

4.1.1 Anatomía

El apéndice cecal es un órgano derivado del intestino medio, identificado a las 8 semanas de gestación como una pequeña evaginación del ciego. A medida que la gestación progresa, el apéndice adquiere una forma más alargada y tubular, fijándose en la fosa ilíaca derecha. Mide entre 6-10 cm de largo y entre 3-5 mm de diámetro. Anatómicamente posee las cuatro capas del intestino. A nivel de la submucosa presenta folículos linfoides que están presentes desde la segundasemana de vida. El tejido linfoide aumenta al máximo entre los 12-20 años y a los 30 años se reduce a la mitad. Al mismo tiempo que se atrofia el tejido linfoide se produce una fibrosis progresiva que puede llegar a ocluir total o parcialmente su luz en los ancianos (Townsend et al., 2017).

4.1.2 Fisiología

Actualmente se conoce que el apéndice tiene participación en el sistema inmunológico por el abundante tejido linfoide que tiende a involucionar según avanza la edad, además tiene una participación activa en la secreción de inmunoglobulinas A (IgA) (Charles-Brunicardi, 2010).

4.2 Apendicitis

4.2.1 Fisiopatología

La apendicitis se produce por obstrucción luminal. El apéndice es vulnerable a ella por su escaso diámetro luminal en relación con su longitud. Las causas de obstrucción luminal son múltiples, las más habituales son la estasis fecal y los fecalitos, aunque también cabe mencionar otras como bacterias tanto anaerobias como aerobias, hiperplasia linfoide, neoplasias, restos de fruta, material vegetal, bario ingerido, y parásitos como los ascaridos. La distensión del apéndice se caracteriza por un dolor repentino de moderada intensidad, al que ocasionalmente se superpone espasmos intermitentes localizados en la mitad inferior de la región epigástrica o umbilical (Townsend et al., 2017).

De acuerdo con los hallazgos histológicos y en la apariencia macroscópica se diferencian cuatro etapas:

Apendicitis Congestiva o Catarral. Se caracteriza por hiperemia, edema y erosiones de la mucosa junto a un infiltrado inflamatorio en la submucosa. El aspecto macroscópico del apéndice es normal (Rozman, 2012).

Apendicitis fibrinosa. El incremento de la presión intraluminal condiciona una isquemia de la pared que favorece la diseminación bacteriana en todas las capas, se observan ulceraciones en la mucosa, infiltrado inflamatorio en submucosa y muscular, una serosa hiperémica recubierta de un exudado fibrinoso (Rozman, 2012).

Apendicitis purulenta. El exudado de la luz se torna purulento y aparecen microabscesos en el espesor de la pared. El apéndice se muestra muy distendido y rígido. Puede existir exudado purulento periapendicular (Rozman, 2012).

Apendicitis Gangrenosa o Necrótica. Cuando el proceso flemonoso es muy intenso, la congestión, rémora local y la distensión del órgano producen anoxia de los tejidos, a ello se agrega la mayor virulencia de las bacterias y a su vez el aumento de la flora anaeróbica, las mismas que conllevan a la necrosis total que provoca la perforación y contaminación de la cavidad abdominal (González et al., 2019).

4.2.2 Epidemiología

La apendicitis aguda es aún la urgencia quirúrgica más común que afecta al abdomen, con una tasa de casi 100 casos por 100 000 personas en Europa mientras que en el continente americano es de casi 11 casos por 10 000 individuos. El 9% de los varones y 7% de las mujeres experimentarán un episodio a lo largo de su vida. Las apendicitis ocurren con mayor frecuencia en estadounidenses de raza negra, asiáticos y nativos. En términos generales, 70 % de los pacientes tiene <30 años de edad y en la mayor parte de los casos son varones; la razón varón/ mujer es de 1.4:1 (Harrison, 2016).

4.2.3 Cuadro Clínico

En su forma más simple y clásica, la apendicitis comienza con inapetencia y dolor periumbilical, con el transcurso de las horas el dolor migra hacia la fosa iliaca derecha, por irrigación del peritoneo adyacente, lo que refleja un estadio más avanzado de dicha patología. El dolor suele ser continuo de intensidad creciente, aumenta con el movimiento y dificulta la marcha,

obligando al paciente a adoptar una posición incurvada hacia adelante y a la derecha. Posteriormente aparecen náuseas/vómitos e hipertermia moderada de 37.5/ 38 °C (Cuervo, 2014).

4.2.4 Diagnóstico

El diagnóstico clínico de la apendicitis en algunos casos puede no ser tan evidente, por lo que los médicos se pueden apoyar en diferentes herramientas para determinar la presencia de dicha patología. Cada uno de los signos clínicos de apendicitis por sí solo tiene un valor predictivo bajo, sin embargo, en combinación, su valor predictivo es mucho mayor. Normalmente, en la exploración abdominal destaca la presencia de dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha, sobre todo en el punto de McBurney; se han desarrollado ciertos métodos para establecer un diagnóstico preciso, basándose en la combinación de los signos clínicos, datos de laboratorio, estudios de imagen entre ellos ecografías, tomografía axial computarizada y resonancia magnética (Garro et al., 2019).

4.2.5 Tratamiento

4.2.5.1 Apendicectomía Convencional. Se basa en extraer el órgano enfermo y si existe complicaciones como la peritonitis se procederá a realizar un lavado de la cavidad abdominal, en los procesos de pocas horas se podrá realizar una incisión de Mac Burney o una incisión transversa o Roque Davis; si el proceso tiene varias horas o días de evolución se abordará una incisión más amplia que permita una buena exéresis, un lavado peritoneal y un adecuado drenaje. La extirpación del apéndice puede ser en forma clásica con sección del meso apendicular y su arteria y luego sección del apéndice desde su base previa ligadura de esta, a su vez el muñón apendicular puede ser dejado libremente o puede ser invaginado mediante una jareta (Massafarro y Costa, 2016).

4.2.5.2 Apendicectomía Laparoscópica. La primera apendicectomía fue realizada por el cirujano Claudius Armyad en 1736, desde que Mc Burney introdujo en 1894 la apendicetomía como tratamiento de elección de la apendicitis aguda, se convirtió rápidamente en un procedimiento quirúrgico realizado con mucha frecuencia. La técnica permaneció sin modificaciones por más de un siglo ya que se combinaba la eficacia terapéutica y las bajas tasas de morbimortalidad. Con el inicio de la cirugía endoscópica, en el año 1983 Semm describió la realización de la primera apendicectomía laparoscópica (Altamirano y Tutiven-ubilla, 2017).

La apendicectomía laparoscópica se ha convertido en el procedimiento estándar que se utiliza selectivamente para extirpar el apéndice. En primer lugar, se infla la cavidad abdominal con dióxido de carbono gaseoso, distendiendo la pared abdominal para aumentar la visibilidad y el espacio de trabajo. El laparoscopio se introduce a través de una pequeña incisión en la pared antero lateral del abdomen. Se necesitan dos incisiones adicionales para el acceso quirúrgico al apéndice y a los vasos relacionados. Este procedimiento quirúrgico ofrece ventajas significativas en el tratamiento de la apendicitis aguda, sin embargo, diversos estudios reportan complicaciones posquirúrgicas (Moore et al., 2010).

4.2.6 Complicaciones Postquirúrgicas

Las complicaciones postquirúrgicas se dan dependiendo del tipo de cirugía realizada y cuando se presentan deben ser manejadas teniendo en cuenta las características clínicas específicas de cada paciente intervenido. El grupo de complicaciones postoperatorias es amplio, por tal motivo en el presente proyecto se describirán las más frecuentes acorde a las revisiones bibliográficas (Calvache et al., 2015).

4.2.6.1 Infección De La Herida Quirúrgica. La infección del sitio quirúrgico es la invasión y multiplicación de agentes patógenos que ocurre en la incisión quirúrgica o cerca de ella posterior a la operación. Estas infecciones pueden afectar a la incisión o a los tejidos profundos. Se estima que un 2% - 5% de todos los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica presentan infección en el lugar quirúrgico. Respecto a su fisiopatología y factores de riesgo, la infección posoperatoria es el resultado del grado de contaminación bacteriana (*S. epidermidis*, *Staphylococcus aureus*) durante la intervención, virulencia del microorganismo contaminante y comorbilidades del hospedador (Rozman, 2012).

4.2.6.2 Dolor Postoperatorio. El dolor posterior a un proceso quirúrgico persiste siendo subestimado y contemplado como un evento esperado e inevitable a pesar de que su trayectoria no sea conocida con exactitud. Se estima que entre 10 a 15% de los pacientes desarrollan dolor crónico independientemente de la cirugía realizada, 10 a 50% sucede a raíz de una intervención quirúrgica común. Uno de los principales motivos es la estimulación nociceptiva resultante del accionar quirúrgico sobre los distintos órganos y tejidos, además del inadecuado manejo de la analgesia (Quinde, 2017).

4.2.6.3 Abscesos Intraabdominales. Son acumulaciones de pus o líquido infectado dentro del abdomen, se forman fundamentalmente luego de una cirugía, un traumatismo, enfermedades que implican una inflamación o infección a nivel abdominal. Las colecciones se presentarán con síntomas característicos, como fiebre, dolor abdominal y mala tolerancia oral, diarreas después de la cirugía. A menudo responden favorablemente al drenaje percutáneo y a los antibióticos si es necesario (Townsend et al., 2017).

4.2.6.4 Piliflebitis o Piema Portal. Se denomina a la trombosis séptica del sistema venoso portal, acompañada de un proceso infeccioso intraperitoneal, se puede desarrollar a raíz de una apendicitis aguda, diverticulitis de colon, entre otros. Es una complicación poco frecuente, pero con una alta tasa de morbilidad ya que puede concluir una sepsis de foco abdominal. Es fundamental la sospecha diagnóstica para su tratamiento precoz con la finalidad de disminuir la probabilidad de un absceso hepático, sepsis y trombosis completa de la circulación portal (Subercaseaux et al., 2010).

4.2.6.5 Íleo Paralítico o Adinámico. El íleo paralítico es la inhibición de la motilidad intestinal después de una intervención quirúrgica, lo que impide el tránsito eficaz a la luz del intestino, implica una condición grave de quien lo padece. Aunque todos los procedimientos quirúrgicos predisponen al paciente el riesgo de presentar íleo paralítico, las cirugías del tracto gastrointestinal, en particular, están más asociadas con el cese temporal de la función intestinal. La aparición de esta complicación luego de una apendicectomía está determinada por diversas causas tales como, el empleo de anestesia local en los mesos, presencia de edema por las maniobras bruscas al desprender el apéndice cecal; el tratamiento del íleo paralítico debe ser médico y se basa fundamentalmente en corregir la causa desencadenante, siempre que sea posible (Huguet y García, 2010).

4.2.6.6 Dehiscencia de la Herida Quirúrgica. es la separación o interrupción de la incisión que involucra todas las caras de la pared abdominal, generalmente se presenta en las dos primeras semanas posterior a la cirugía realizada, la dehiscencia de la herida se puede dar como causa de la poca vitalidad del tejido, una inflamación de la zona afectada, mal manejo del procedimiento quirúrgico, anemia crónica, deficiencia de vitamina c y el uso de material inadecuado (Loockhartt y Bravo, 2019).

4.2.6.7 Hemorragia. La hemorragia postoperatoria se manifiesta con dolor abdominal súbito y shock hipovolémico en los tres primeros días luego de haberse realizado la apendicectomía, una de las causas de la hemorragia es la filtración a partir del muñón o a su vez el deslizamiento de una ligadura arterial; generalmente, la hemorragia es gradual y se origina de un vaso del meso apéndice o de una adherencia seccionada, no advertida en la operación (González et al., 2019).

4.2.6.8 Dehiscencia del Muñón Apendicular. Es la abertura espontánea del muñón, generalmente se presenta al segundo o tercer día posterior a la cirugía, y puede ser debido a ligadura inadecuada del muñón, o por la administración de un enema evacuante, por ello, nunca se debe indicar enemas luego de cirugía abdominal. El tratamiento inmediato es laparotomía exploratoria y cecostomía con la administración de antibióticos específicos para el caso (Caldas, 2020).

4.2.6.9 Seroma. Es la acumulación de líquido linfático, grasa líquida y suero bajo la incisión quirúrgica, los seromas son complicaciones benignas tras una técnica quirúrgica y es más probable que se originen cuando se crean colgajos cutáneos en el transcurso de la operación. Suelen manifestarse como tumefacciones bien circunscritas, molestias a la presión y el drenaje ocasional de líquido por la herida reciente. Para prevenir los seromas se puede colocar drenes de aspiración bajo los colgajos cutáneos (Townsend et al., 2017).

4.3 Guía

4.3.1 Definición

La creación de las guías fue una estrategia para hacer frente a problemas existentes en el medio, por lo que se puede definir que una guía es un documento que contiene directrices desarrolladas sistemáticamente para ayudar al personal de instituciones y a los usuarios en las decisiones sobre un problema en específico (Alva et al., 2017).

4.3.2. Funcionalidad

Una guía es una propuesta que tiene como finalidad apoyar y orientar las decisiones de los profesionales, dando como resultado la mejora de atención al usuario, reducir el uso de intervenciones innecesarias, ineficaces o dañinas y en el caso del área de la salud facilitar el tratamiento de los usuarios con el máximo beneficio y un mínimo riesgo de complicaciones o daños (MSP, 2012).

4.4. Modelo de Cuidados de Virginia Henderson

EL Modelo de Virginia Henderson se encuentra dentro de los modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel del personal de enfermería es la ayuda de las acciones que la persona no puede realizar en cierto momento de su ciclo de vida, enfermedad, infancia o edad avanzada (Bellido y Lendínez, 2010).

Virginia Henderson define a la enfermería como la función singular de la enfermería es ayudar al individuo, enfermo o no, en el desarrollo de las actividades que contribuyen a su salud o su recuperación y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible (Doenges y Moorhouse, 2014).

La intervención de enfermería son las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad. La intervención está dirigida a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está determinada por 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 vivos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera diferente. 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 (Bellido y Lendínez, 2010).

4.5 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

La implementación del proceso de atención de enfermería (PAE) en la práctica representa una prioridad para las instituciones que brindan servicios de salud en los diferentes niveles de atención, pues conduce al mejoramiento de la calidad de cuidado que se brinda al individuo, la familia y la comunidad (Mena et al., 2016).

Por otra parte, el proceso de atención de enfermería consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, cada una de las etapas se hace de forma independiente, tiene un carácter metodológico, ya que, en la práctica, ninguna es ajena a las demás, por el contrario, se relacionan de manera directa, su ejecución permite la integridad de los cuidados, cubrir los intereses y necesidades que el usuario manifiesta para el cuidado de su salud.

4.5.1 Valoración

Es el primer paso del proceso de atención de enfermería y se puede describir como un proceso organizado y sistemático de recogida de datos (subjetivos, objetivos e históricos) procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de una persona. Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se la considera como la pieza clave para continuar con los pasos restantes del proceso. Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato. Basándose en distintos criterios: valoración según el orden “cabeza a pies”, por “patrones funcionales de la salud” y por “sistemas-aparatos” (Miranda-Limachi et al., 2019).

4.5.2 Diagnóstico

Es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud reales o potenciales, que requieran la intervención de enfermería con el objeto de resolverlos o disminuirlos. Un Diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones y así conseguir los resultados deseados sobre los cuales enfermería tiene la responsabilidad. La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes: problema, etiología, signos y síntomas que lo caracterizan:

- **Problema:** Se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.
- **Etiología:** Son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o Espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.
- **Signos y síntomas:** Se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la misma (Doenges y Moorhouse, 2014).

Como hemos mencionado anteriormente, el trabajo por captar, organizar y utilizar la creciente base de conocimientos enfermeros, ha llevado a las organizaciones internacionales a reunir los esfuerzos de profesionales de todo el mundo con el fin de lograr un lenguaje enfermero unificado. En dicho esfuerzo, la *Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería* (Nanda por sus siglas en inglés) en 1982 desarrollo un sistema de clasificación de los diagnósticos de enfermería, basados en evidencia científica y siguiendo un lenguaje enfermero reconocido; lo que indica que, este sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil (Cisneros, 2016).

Los componentes para estructurar el enunciado de un diagnóstico de enfermería comprenden:

- **Etiqueta:** Proporciona un nombre al diagnóstico de enfermería.
- **Definición:** Proporciona una descripción clara y precisa del diagnóstico, permitiendo diferenciarlo de otros diagnósticos similares.

- **Características definatorias:** Son claves observables/ consecuencias que se agrupan como manifestaciones, signos y síntomas de un diagnóstico real o de salud.
- **Factores relacionados:** Son los procesos, situaciones o circunstancias que pueden afectar a la persona y ocasionarle la respuesta que quedara indicada por la etiqueta.
- **Factores de riesgo:** Se trata de aquellos factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéricos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable (Miranda-Limachi et al., 2019).

La taxonomía NANDA cumple su propósito previsto de clasificar/organizar los diagnósticos enfermeros. Cada dominio y clase se han definido, con la finalidad de ayudar al profesional de enfermería a localizar un diagnóstico enfermero dentro de la taxonomía. Guía la historia clínica y el examen físico, proporcionando elementos para valorar y organizar los datos obtenidos en la primera etapa del proceso de atención de enfermería. Además, la secuencia de trece dominios proporciona un flujo eficiente y efectivo para brindar una atención de calidad, estos son:

- Dominio 1. Promoción de la salud
- Dominio 2. Nutrición
- Dominio 3. Eliminación e intercambio
- Dominio 4. Actividad/ reposo
- Dominio 5. Percepción/cognición
- Dominio 6. Auto percepción
- Dominio 7. Rol/relaciones
- Dominio 8. Sexualidad
- Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés
- Dominio 10. Principios vitales
- Dominio 11. Seguridad/ protección
- Dominio 12. Confort
- Dominio 13. Crecimiento/ desarrollo (Villarejo Aguilar, 2011).

4.5.3 Planificación

Después de recolectar los datos del paciente, organizarlos y elaborar algunos diagnósticos de enfermería, se puede iniciar la fase de planeación. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas que son: establecer prioridades en los cuidados, planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados, actuaciones de enfermería y documentación del plan según la taxonomía NOC (Cisneros, 2016).

La Taxonomía NOC (por sus siglas en inglés Nursing Outcomes Classification) se centra en la medición de los resultados en diversas especialidades y entorno. Su aplicación en la práctica identifica el cambio en el estado del paciente después de las intervenciones. Contiene 7 dominios que son: Salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimiento y conducta de salud, salud percibida, salud familiar y salud comunitaria, así mismo consta de 32 clases y 490 resultados. Cada uno de los resultados tiene la siguiente estructura: una definición, una escala de medida, una lista de indicadores asociados al concepto y bibliografía de apoyo (Villarejo Aguilar, 2011).

La Taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification) abarca las intervenciones realizadas por todos los profesionales de enfermería, con el propósito de evidenciar clínicamente los cuidados, aunque algunos sean más generales que otros. Está estructurada de 5 componentes como: etiqueta o denominación, definición, lista de actividades, lista de referencias bibliográficas y código numérico. Además, está conformada por 30 clases y 7 campos tales como: fisiológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario, y comunidad (Sánchez-Castro et al., 2019).

4.5.4 Ejecución

La etapa de ejecución es tan importante como las demás, el profesional de enfermería entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan, si no para valorar y evaluar su estado de salud, ajustándolo en relación con sus necesidades. La ejecución, tiene como objetivo:

- Realizar directamente una actividad para el paciente.
- Ayudar al paciente a realizar una actividad por sí mismo.
- Supervisar al paciente, familia o comunidad mientras realiza una actividad por sí mismo.
- Enseñar al paciente, familia o comunidad sobre sus cuidados de salud.

- Asesorar al paciente, familia o comunidad en las elecciones que debe hacer en entorno a la búsqueda y la utilización de los recursos de salud adecuados.
- Control (valoración) para detectar posibles complicaciones o problemas (Blanquel et al., 2015).

Las actividades de enfermería están diseñadas para cubrir las necesidades humanas que se han deducido con base en el problema del usuario. Al Igual que en las etapas anteriores, en la ejecución se distinguen tres fases:

- **Fase de Preparación:** realización de una serie de acciones que permiten garantizar la intervención.
- **Fase de intervención:** se efectuarán las acciones programadas.
- **Fase de documentación o registro:** El registro de todo lo que ha sucedido a lo largo de la etapa de ejecución del proceso de atención de enfermería (Barragán Hernández et al., 2016).

4.5.5 Evaluación

La evaluación es una acción continua y formal que está presente a lo largo de todo el Proceso de Atención de Enfermería: es parte integral de cada una de las etapas, relacionándose intrínsecamente con cada una de ellas. Se la define como una comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones (Miranda-Limachi et al., 2019).

Para conseguir todos los objetivos propuestos, la evaluación debe llevarse a cabo sobre tres aspectos: la estructura en la que tiene lugar el cuidado, cambios que se ha producido en el estado de salud del sujeto y el proceso de cuidar, esperando que los resultados de las intervenciones nos permitan comprobar la efectividad del accionar de enfermería (Villarejo Aguilar, 2011).

5. Metodología

El presente trabajo de investigación se lo realizó en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el área de cirugía, misma que consta de 19 habitaciones y 50 camas, además de una estación de enfermería y un cuarto de utilería. El trabajo constituye un estudio retrospectivo, descriptivo cuantitativo, y de corte transversal, mismo que permitió determinar las complicaciones postquirúrgicas más comunes en pacientes sometidos a apendicectomía laparoscópicas. Previo a la autorización por parte del departamento de docencia e investigación de dicha institución, se logró obtener los resultados de la revisión de 53 historias clínicas durante el periodo agosto- octubre 2021, mismas que cumplieron con los criterios de inclusión como, historias clínicas completas de pacientes apendicectomizados por vía laparoscópica, pacientes postquirúrgicos mayores de 18 años y se excluyó a historias clínicas de pacientes postquirúrgicos no apendicectomizados por vía laparoscópica o que no pertenezcan al área de cirugía, historias clínicas incompletas y pacientes menores de 18 años, cabe resaltar que los datos de los pacientes se mantuvieron bajo el principio de confidencialidad. La técnica utilizada para la recolección de información fue una ficha de recolección de datos de elaboración propia, la cual consta de características sociodemográficas y complicaciones postquirúrgicas. Para el análisis estadístico se codificó la información en el programa estadístico SPSS 25, obteniendo la frecuencia de las complicaciones postquirúrgicas más comunes de apendicectomía laparoscópica y los resultados obtenidos se presentaron en tablas estadísticas para un mejor análisis e interpretación.

6. Resultados

En la tabla 1 se presenta las características sociodemográficas de pacientes sometidos a apendicectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora durante el periodo agosto-octubre 2021.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Variable	f	%
Grupo etario	Adulto Joven (18- 29 años)	23	43,4 %
	Adulto (30-59 años)	28	52,8 %
	Adulto mayor (≥ 60 años)	2	3,8 %
	Total	53	100%
Sexo	Mujer	27	50,9 %
	Hombre	26	49,1
	Total	53	100 %
Lugar de residencia	Urbana	47	88,7%
	Rural	6	11,3%
	Total	53	100 %
Nivel de instrucción	Ninguno	15	28,3 %
	Primaria	7	13,2 %
	Secundaria	21	39,6 %
	Superior	10	18,9 %
	Total	53	100,0 %

Frecuencia (f); porcentaje (%).

En la tabla 2 se identifican las complicaciones postquirúrgicas de pacientes sometidos a apendicectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora durante el periodo agosto-octubre 2021.

Tabla 2. Complicaciones postquirúrgicas

Complicaciones Postquirúrgicas		SI	NO	TOTAL
Infección de la herida quirúrgica	f	4	49	53
	%	7,5%	92,5%	100,0%
Dolor postoperatorio	f	19	34	53
	%	35,8%	64,2%	100,0%
Abscesos intra-abdominales	f	3	50	53
	%	5,7%	94,3%	100,0%
Íleo paralítico	f	1	52	53
	%	1,9%	98,1%	100,0%
Hemorragia	f	3	50	53
	%	5,7%	94,3%	100,0%
Seroma	f	7	46	53
	%	13,2%	86,8%	100,0%

Frecuencia (f); porcentaje (%).

Para dar cumplimiento con el tercer objetivo propuesto en el presente trabajo investigativo se elaboró una guía de atención de enfermería, la cual incorpora las taxonomías Nanda, Noc y Nic; misma que consta en el Anexo 1.

7. Discusión

La apendicectomía laparoscópica es una de las técnicas más habituales en la cirugía laparoscópica de urgencia, a pesar de los avances tecnológicos en las intervenciones laparoscópicas que disminuyen el riesgo de un trauma postoperatorio, se han evidenciado que los pacientes presentan algún tipo de complicación postquirúrgica que aumenta el nivel de morbimortalidad de los usuarios. Con estos antecedentes se consideró realizar el presente estudio, donde se analizó 53 historias clínicas de pacientes sometidos a apendicetomías laparoscópicas durante el periodo agosto-octubre 2021, donde se obtuvo como resultado que el grupo etario con más frecuencia es de adultos con un porcentaje de 52,8 % correspondiente a un intervalo de 30 a 59 años, datos que se asemejan a un estudio realizado en el Departamento de Cirugía General y Endoscópica del Hospital General Dr. Manuel Gea González en la ciudad de México, estudio de cohorte retrospectivo, en el cual la edad media del grupo de estudio fue de 38.7 años correspondiente al grupo etario adultos (Flores-Marín et al., 2021).

En relación al sexo más frecuente en la investigación se determinó que un 50.9% corresponden a la categoría mujeres, en cuanto al nivel de instrucción se encontró que un 39,6% son de nivel secundario; por otra parte en relación al lugar de residencia un 88,7% son de residencia urbana, datos que coinciden con un estudio publicado en Ecuador por Hinojosa y Rojas, quienes determinaron que del total de apendicetomías laparoscópicas realizadas el 59,17% fue en categoría mujeres (Hinojosa et al., 2019).

En el estudio se evidencio que las complicaciones más frecuentes fueron: dolor postoperatorio (35,8%), seroma (13,2%), infección de la herida quirúrgica (7,5%), abscesos intraabdominales (5,7%), hemorragia (5,7%), íleo paralítico (1,9%). Resultados que difieren con un estudio realizado en Chile en Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzmán, el cual arrojó que las complicaciones más frecuentes con un 3% fueron: infección del sitio quirúrgico y seromas (Zamorano, 2016).

De igual forma una investigación denominada Apendicectomía laparoscópica por sistema «glove port»: nuestros primeros 100 casos, realizada en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Burgos, España tuvo como resultados que de las 100

apendicitis intervenidas, hubo 3 colecciones postoperatorias y una infección de herida quirúrgica (Reoyo et al., 2017).

Así mismo, en un estudio denominado Complicaciones quirúrgicas en pacientes con apendicitis aguda complicada en cirugías abiertas y laparoscópicas en un centro de referencia nacional realizado en Lima-Perú tuvo como resultado que el 22,3% de pacientes sometidos a apendicectomía laparoscópica presentaron alguna complicación, dentro de ellas, la infección de herida operatoria ocurrió en 7 casos (9,2%), requiriendo sólo manejo conservador, la incidencia de abscesos intra-abdominales fue de 3 (3,9%), manejado con antibióticos. La suboclusión se presentó en 2 pacientes (2,6%) y de obstrucción intestinal en 5 (6,6%) casos, requiriendo reintervención quirúrgica para liberación de bridas y adherencias. Ninguno presentó seroma de herida operatoria, ni evisceración ni fistula enterocutánea (Paz et al., 2020).

8. Conclusiones

- Las características socio demográficas evidenciadas en la población de estudio con mayor prevalencia fueron con un 52.8 % adultos reflejando una edad promedio de 30 a 59 años; 50,9% pertenecieron al sexo Mujer; 88,7% son de residencia urbana y 39.6 % presento un nivel de instrucción secundaria.
- Las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes dentro del servicio de cirugía del hospital General Isidro Ayora durante el periodo agosto-octubre 2021, fueron: dolor postoperatorio (35,8%), seroma (13,2%) e infección de la herida quirúrgica (7,5%).
- Se desarrolló una guía basada en el proceso de atención de enfermería incorporando las taxonomías NANDA, NOC Y NIC mismo que servirá para los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora, con la finalidad de brindar cuidados de calidad contribuyendo a disminuir las complicaciones postquirúrgicas.

9. Recomendaciones

- Se recomienda a la Universidad Nacional de Loja continuar con estudios que generen evidencia científica acerca de las complicaciones postquirúrgicas a nivel local con la finalidad de disminuir la tasa de morbimortalidad.
- Se sugiere socializar la guía de atención de enfermería en el personal que labora en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora, la cual ayudará a orientar a los profesionales de salud y disminuirá la presencia de complicaciones postquirúrgicas.
- Se recomienda al Hospital General Isidro Ayora implementar capacitaciones dirigidas al personal de enfermería sobre el uso adecuado de las taxonomías NANDA, NOC y NIC con la finalidad de brindar un cuidado integral al paciente sometido a intervenciones quirúrgicas.

10. Bibliografía

- Altamirano, M., & Tutiven-ubilla, A. (2017). Manejo inicial de apendicitis aguda. *Pol. Con.*, 2(5), 368–391. <https://doi.org/10.23857/casedelpo.2017.2.5.may.368-391>
- Alva, C., García-Mostajo, J., Gil-Olivares, F., Timana, R., Pimentel, P., & Canelo-Aybar, C. (2017). Guías de práctica clínica: evolución, metodología de elaboración y definiciones actuales. *Acta Med Peru*, 34(4), 317–322. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a10v34n4.pdf>
- Barragán Hernández, O., Hernández Villa, E. A., Favela Ocaño, M. A., Peralta Peña, S. L., Rubi Vargas, M., & Salido Barajas, D. I. (2016). Factores Que Intervienen En La Aplicación Del Proceso De Enfermería En La Práctica Clínica Del Estudiante De Licenciatura En Enfermería. *BIOtecnia*, 18(1), 9. <https://doi.org/10.18633/bt.v18i1.222>
- Bellido, J., & Lendínez, J. (2010). Modelo de cuidados de Virginia Henderson. In B. José, R. Ángeles, & F. Serafín (Eds.), *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN* (Primera, pp. 17–34). ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE JAÉN. <https://doi.org/J 1574-2010>
- Blanquel, D., Gutierrez, A., Mendoza, L., & Soto, A. (2015). *UTILIDAD DE LOS MODELOS TEÓRICOS EN LA ELABORACIÓN DEL PAE*. 4(7), 16–21.
- Caldas, P. (2020). *VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPIA CLÁSICA VS MONOPUERTO*. <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/7954>
- Calvache, J., León, É., Gómez, L., García, C., Torres, M., Buitrago, G., & Gaitán, H. (2015). Manual de práctica clínica basado en la evidencia: manejo de complicaciones posquirúrgicas. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 43(1), 51–60. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2014.10.005>
- Charles-Brunnicardi, F. (2010). Apéndice. In M. Bernad & D. Berger (Eds.), *SCHWARTZ. PRINCIPIOS DE CIRUGÍA* (9 edición, pp. 1073–1089). MCGRAWHILL.
- Cisneros, F. (2016). PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA. *UNIVERSIDAD DEL CAUCA*, 1–35. <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
- Cuervo, J. (2014). Apendicitis aguda. *Prensa Médica Argentina*, 40(22), 1360–1364. <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v59i4.257>
- Doenges, M., & Moorhouse, M. (2014). *Proceso y Diagnostico de Enfermería* (Primera ed). El manual Moderno, S.A.

- Flores-Marín, K., Rodríguez-Parra, A., Trejo-Ávila, M., Cárdenas-Lailson, L. E., Delano-Alonso, R., Valenzuela-Salazar, C., Herrera-Esquivel, J., & Moreno-Portillo, M. (2021). Apendicectomía laparoscópica en pacientes con apendicitis aguda complicada con base apendicular comprometida: estudio de cohorte retrospectivo. *Cirugía y Cirujanos*, 89(5), 651–656. <https://doi.org/10.24875/ciru.200009051>
- García, A., Gutiérrez, L., & Cueto, J. (2016). Evolución histórica de la cirugía laparoscópica. *Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica*, 17(2), 93–106.
- Garro, V., Rojas, S., & Thuel, M. (2019). Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. *Revista Medica Sinergia*, 4(12), e316. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i12.316>
- González, J., Rugel, E., Casa, P., Bajaña, K., Moncada, J., & Vera, B. (2019). Complicaciones postoperatorias en los pacientes sometidos a cirugía de apendicitis aguda. *Reciamuc*, 3(3), 1191–1213. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(3\).julio.2019.1191-1213](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(3).julio.2019.1191-1213)
- Harrison, T. (2016). Enfermedades del tubo digestivo. In D. Jacobs (Ed.), *Principios de Medicina Interna* (19th ed., p. 2975). McGRAWHILL. file:///D:/Downloads/Harrison. Principios de medicina interna - 19 Edicion, volumen 2 (PDFDrive).pd
- Hernández-Cortez, J., León-Rendón, J., Silvia Martínez-Luna, M., Guzmán-Ortiz, J., Palomeque-López, A., Cruz-López, N., & José-Ramírez, H. (2019). Cirujano Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cirujano General*, 41(1), 33–38. www.medigraphic.com/cirujanogeneralwww.medigraphic.org.mx
- Hinojosa, J., Rojas, W., Vasco, K., & Orellana, C. (2019). VENTAJAS DE LA APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SOBRE TÉCNICAS CONVENCIONALES: UN ANÁLISIS ESTADÍSTICO. *UNIVERSIDAD, CIENCIA y TECNOLOGÍA*, 2019, 19–24.
- Huguet, M., & García, J. (2010). Pseudooclusión intestinal. In B. Fermín & A. Balboa (Eds.), *Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología* (pp. 109–114). JARPYO EDITORES S.A.
- Loochkartt, A., & Bravo, K. (2019). Apendicectomía laparoscópica vs. abierta en pediatría, análisis de complicaciones. *Pediatría*, 52(2), 31–37. <https://doi.org/10.14295/p.v52i2.119>

- Massaferro, G., & Costa, J. (2016). Apendicitis Aguda Y Sus Complicaciones. *Clin Quir Fac Med UdelaR*, 1–7.
https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Apendicitis_aguda_y_sus_complicaciones_CQFM.pdf
- Mena, D., González, V., Cervera, Á., Salas, P., & Orts, M. (2016). Cuidados Basicos de Enfermeria. In *Cuidados Basicos de Enfermeria* (1 edición, pp. 14–23). universitat Jaume I.
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/70159/1/2016_Mena_etal_Cuidados-basicos-de-enfermeria.pdf
- Miranda-Limachi, K., Rodríguez-Núñez, Y., & Cajachagua-Castro, M. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería Universitaria*, 16(4). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623>
- Moore, K., Dalley, A., & Agur, A. (2010). Abdomen. In K. Moore, A. Dalley, & A. Agur (Eds.), *Anatomía con Orientación Clínica* (6 edición, pp. 181–321). wolters kluwer.
- MSP. (2012). *Metodología para la elaboración del set de instrumentos asistenciales* (Vol. 10, Issue 4).
https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ Metodología para elaborar GPC 30-05-12_Combinados.pdf
- Paz, C., Gonzales, H., & Paz, C. (2020). Complicaciones quirúrgicas en pacientes con apendicitis aguda complicada en cirugías abiertas y laparoscópicas en un centro de referencia nacional. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 20(4), 624–629.
<https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.2951>
- Quinde, P. (2017). Dolor Postoperatorio: Factores De Riesgo Y Abordaje. *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual*, 34(1), 254–264.
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100254&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Reoyo, J., Hernández, C., León, R., Alonso, E., Martínez, R., & Sánchez, J. (2017). Apendicectomía laparoscópica monopuerto: nuestra experiencia. *ACICAL*, 4(2), 56–63.
http://www.acircal.net/revista/files/10/04_Original2_FID_monopuerto_BUR.pdf
- Rozman, C. (2012). ABDOMEN AGUDO. In *Medicina Interna* (17 Edición, pp. 129–133). Elsevier.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-45139-7_82

- Sánchez-Castro, J., Ramírez-Martínez, Andrea, Tonguino-Tonguino, A., & Vargas-López, L. (2019). Conocimiento del proceso de atención de enfermería por parte de los enfermeros de la Clínica La Inmaculada. *Revista de Sanidad Militar*, 73(5–6), 277–281. <https://doi.org/10.35366/93326>
- Subercaseaux, S., Zúñiga, S., Encalada, R., Zúñiga, P., & Berríos, C. (2010). Pileflebitis asociada a apendicitis aguda en una niña de 11 años. *Revista Chilena de Cirugía*, 62(2), 160–164. <https://doi.org/10.4067/s0718-40262010000200011>
- Townsend, C., Evers, M., & Beauchamp, D. (2017). Apéndice. In B. Richmond (Ed.), *Sabiston tratado de cirugía*. (20 edición, pp. 1304–1311). Elsevier.
- UNL. (2021). *Líneas de Investigación*. Universidad Nacional de Loja. <https://unl.edu.ec/ii-simposio-investigacion>
- Villarejo Aguilar, L. (2011). Interrelaciones NANDA-NOC-NIC en los planes de cuidados registrados en los informes de alta. *Nursing (Ed. Española)*, 29(7), 58–64. [https://doi.org/10.1016/s0212-5382\(11\)70272-2](https://doi.org/10.1016/s0212-5382(11)70272-2)
- Zamorano, M. (2016). Apendicectomía laparoscópica versus clásica en pacientes obesos. *Revista Chilena de Cirugía*, 68(1), 43–50. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345544963008>

11. Anexos

Anexo 1: Guía basada en el proceso de atención de enfermería



**Guía para la atención de pacientes
postquirúrgicos apendicectomizados
por vía laparoscópica basada en el
proceso de atención de enfermería**

AUTOR

PAUL CORTÉS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÍNDICE

Introducción	03
Objetivos	04
Fundamentación Teórica	05
Modelo de Cuidado de Virginia Henderson	10
Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	12
Desarrollo de la Guía de atención de enfermería en pacientes postquirúrgicos apendicectomizados por vía laparoscópica	13
Bibliografía	19

INTRODUCCIÓN

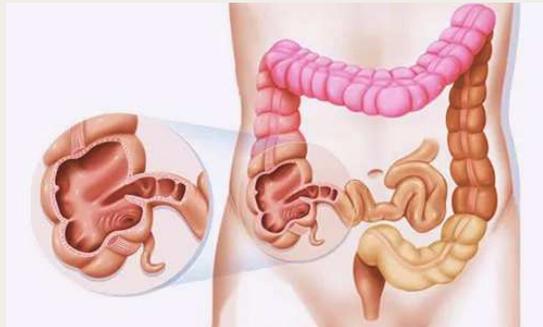
La apendicitis aguda es una de las patologías más frecuentes de abdomen agudo, siendo una de las principales causas de intervención quirúrgica a nivel mundial. Además gracias a los últimos avances tecnológicos en cirugía se ha considerado a la apendicectomía laparoscópica como una de las técnicas más habituales que se realizan en este ámbito, sin embargo aunque sea un procedimiento seguro se han evidenciado múltiples complicaciones postquirúrgicas que aumenta el nivel de morbimortalidad de los pacientes.

Con estos antecedentes se desarrolló una guía basada en el proceso de atención de enfermería implementando el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC con el objetivo de prevenir complicaciones postquirúrgicas y mejorar la calidad de atención en pacientes apendicectomizados por vía laparoscópica. Además su elaboración se fundamentó en un orden sistemático de medidas científico-técnicas que contribuyan a satisfacer las 14 necesidades planteadas en el modelo de Virginia Henderson con la finalidad de brindar un servicio de calidez al individuo, familia y comunidad.

OBJETIVOS

- *Facilitar una Guía basada en el Proceso de atención de enfermería al personal que labora en el servicio de cirugía con la finalidad de brindar un cuidado integral a pacientes apendicectomizados.*
- *Aplicar el proceso de atención de enfermería en pacientes apendicectomizados incorporando las taxonomías NANDA, NOC Y NIC para una atención oportuna.*

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA



Apendicitis

La apendicitis se produce por obstrucción luminal. El apéndice es vulnerable a ella por su escaso diámetro luminal en relación con su longitud. Las causas de obstrucción luminal son múltiples, las más habituales son la estasis fecal y los fecalitos, aunque también cabe mencionar otras como bacterias tanto anaerobias como aerobias, hiperplasia linfoide, neoplasias, restos de fruta, material vegetal, bario ingerido, y parásitos como los ascaridos. La distensión del apéndice se caracteriza por un dolor repentino de moderada intensidad, al que ocasionalmente se superpone espasmos intermitentes localizados en la mitad inferior de la región epigástrica o umbilical (Townsend et al., 2017).

Clasificación

- **Apendicitis Congestiva o Catarral.** Se caracteriza por hiperemia, edema y erosiones de la mucosa junto a un infiltrado inflamatorio en la submucosa. (Rozman, 2012).
- **Apendicitis fibrinosa.** El incremento de la presión intraluminal condiciona una isquemia de la pared que favorece la diseminación bacteriana en todas las capas, se observan ulceraciones en la mucosa, infiltrado inflamatorio en submucosa y muscular, una serosa hiperémica recubierta de un exudado fibrinoso (Rozman, 2012).
- **Apendicitis purulenta.** El exudado de la luz se torna purulento y aparecen microabscesos en el espesor de la pared. El apéndice se muestra muy distendido y rígido. Puede existir exudado purulento periapendicular (Rozman, 2012).
- **Apendicitis Gangrenosa o Necrótica.** Cuando el proceso flemonoso es muy intenso, la congestión, rémora local y la distensión del órgano producen anoxia de los tejidos, a ello se agrega la mayor virulencia de las bacterias y a su vez el aumento de la flora anaeróbica, las mismas que conllevan a la necrosis total que provoca la perforación y contaminación de la cavidad abdominal (González et al., 2019).

Cuadro clínico

En su forma más simple y clásica, la apendicitis comienza con inapetencia y dolor periumbilical, con el transcurso de las horas el dolor migra hacia la fosa iliaca derecha, por irrigación del peritoneo adyacente, lo que refleja un estadio más avanzado de dicha patología. El dolor suele ser continuo de intensidad creciente, aumenta con el movimiento y dificulta la marcha, obligando al paciente a adoptar una posición incurvada hacia adelante y a la derecha. Posteriormente aparecen náuseas/vómitos e hipertermia moderada de 37.5/ 38 °C (Cuervo, 2014).

Diagnóstico

El diagnóstico clínico de la apendicitis en algunos casos puede no ser tan evidente, por lo que los médicos se pueden apoyar en diferentes herramientas para determinar la presencia de dicha patología. Cada uno de los signos clínicos de apendicitis por sí solo tiene un valor predictivo bajo. Sin embargo, en combinación, su valor predictivo es mucho mayor. Normalmente, en la exploración abdominal destaca la presencia de dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha, sobre todo en el punto de McBurney; se han desarrollado ciertos métodos para establecer un diagnóstico preciso, basándose en la combinación de los signos clínicos, datos de laboratorio, estudios de imagen entre ellos ecografías, tomografía axial computarizada y resonancia magnética (Garro et al., 2019)

Tratamiento

Apendicectomía Convencional

La apendicectomía convencional se basa en extraer el órgano enfermo y si existe complicaciones como la peritonitis se procederá a realizar un lavado de la cavidad abdominal, en los procesos de pocas horas se podrá realizar una incisión de Mac Burney o una incisión transversa o Roque Davis; si el proceso tiene varias horas o días de evolución se abordará una incisión más amplia que permita una buena exéresis, un lavado peritoneal y un adecuado drenaje. La extirpación del apéndice puede ser en forma clásica con sección del meso apendicular y su arteria y luego sección del apéndice desde su base previa ligadura de la misma, a su vez el muñón apendicular puede ser dejado libremente o puede ser invaginado mediante una jareta (Pujada et al., 1999)

Apendicectomía Laparoscópica

La apendicectomía laparoscópica se ha convertido en el procedimiento estándar que se utiliza selectivamente para extirpar el apéndice. En primer lugar, se infla la cavidad abdominal con dióxido de carbono gaseoso, distendiendo la pared abdominal para aumentar la visibilidad y el espacio de trabajo. El laparoscopio se introduce a través de una pequeña incisión en la pared antero lateral del abdomen. Se necesitan dos incisiones adicionales para el acceso quirúrgico al apéndice y a los vasos relacionados. Este procedimiento quirúrgico ofrece ventajas significativas en el tratamiento de la apendicitis aguda, sin embargo, diversos estudios reportan complicaciones posquirúrgicas (Moore et al., 2010).

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

Las complicaciones postquirúrgicas se dan dependiendo del tipo de cirugía realizada y cuando se presentan deben ser manejadas teniendo en cuenta las características clínicas específicas de cada paciente intervenido. El grupo de complicaciones postoperatorias es amplio, por tal motivo en la presente guía se describirán las más frecuentes acorde a las revisiones bibliográficas (Calvache et al., 2015).

INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

La infección del sitio quirúrgico es la invasión y multiplicación de agentes patógenos que ocurre en la incisión quirúrgica o cerca de ella posterior a la operación. Estas infecciones pueden afectar a la incisión o a los tejidos profundos. Se estima que un 2% - 5% de todos los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica presentan infección en el lugar quirúrgico. Respecto a su fisiopatología y factores de riesgo, la infección posoperatoria es el resultado del grado de contaminación bacteriana (*S. epidermidis*, *Staphylococcus aureus*) durante la intervención, virulencia del microorganismo contaminante y comorbilidades del hospedador (Rozman, 2012).



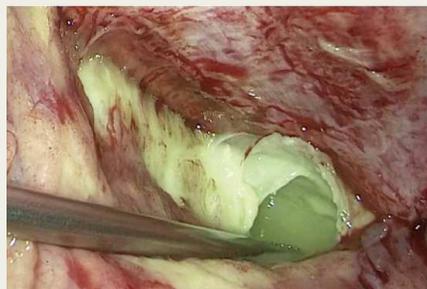
DOLOR POSTOPERATORIO

El dolor posterior a un proceso quirúrgico persiste siendo subestimado y contemplado como un evento esperado e inevitable a pesar de que su trayectoria no sea conocida con exactitud. Se estima que entre 10 a 15% de los pacientes desarrollan dolor crónico independientemente de la cirugía realizada, 10 a 50% sucede a raíz de una intervención quirúrgica común. Uno de los principales motivos es la estimulación nociceptiva resultante del accionar quirúrgico sobre los distintos órganos y tejidos, además del inadecuado manejo de la analgesia (Quinde, 2017).



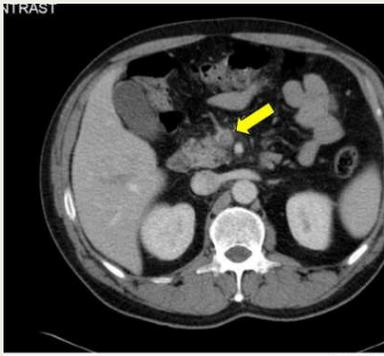
ABSCESOS INTRAABDOMINALES

Los abscesos intraabdominales son acumulaciones de pus o líquido infectado dentro del abdomen, se forman fundamentalmente luego de una cirugía, un traumatismo, enfermedades que implican una inflamación o infección a nivel abdominal. Las colecciones se presentarán con síntomas característicos, como fiebre, dolor abdominal y mala tolerancia oral, diarreas después de la cirugía. A menudo responden favorablemente al drenaje percutáneo y a los antibióticos si es necesario (Townsend et al., 2017).



PILIFLEBITIS O PIEMA PORTAL

La Piliflebitis se denomina a la trombosis séptica del sistema venoso portal, acompañada de un proceso infeccioso intraperitoneal, se puede desarrollar a raíz de una apendicitis aguda, diverticulitis de colon, entre otros. Es una complicación poco frecuente, pero con una alta tasa de morbimortalidad ya que puede concluir una sepsis de foco abdominal. Es fundamental la sospecha diagnóstica para su tratamiento precoz con la finalidad de disminuir la probabilidad de un absceso hepático, sepsis y trombosis completa de la circulación portal (Subercaseaux et al., 2010).



ÍLEO PARALÍTICO O ADINÁMICO

El íleo paralítico es la inhibición de la motilidad intestinal después de una intervención quirúrgica, lo que impide el tránsito eficaz a la luz del intestino, implica una condición grave de quien lo padece. Aunque todos los procedimientos quirúrgicos predisponen al paciente el riesgo de presentar íleo paralítico, las cirugías del tracto gastrointestinal, en particular, están más asociadas con el cese temporal de la función intestinal. La aparición de esta complicación luego de una apendicectomía está determinada por diversas causas tales como, el empleo de anestesia local en los mesos, presencia de edema por las maniobras bruscas al desprender el apéndice cecal; el tratamiento del íleo paralítico debe ser médico y se basa fundamentalmente en corregir la causa desencadenante, siempre que sea posible (Huguet y García, 2010)



DEHISCENCIA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

La dehiscencia de la herida quirúrgica es la separación o interrupción de la incisión que involucra todas las caras de la pared abdominal, generalmente se presenta en las dos primeras semanas posterior a la cirugía realizada, la dehiscencia de la herida se puede dar como causa de la poca vitalidad del tejido, una inflamación de la zona afectada, mal manejo del procedimiento quirúrgico, anemia crónica, deficiencia de vitamina c y el uso de material inadecuado (Loockkartt & Bravo, 2019).



HEMORRAGIA

La hemorragia postoperatoria se manifiesta con dolor abdominal súbito y shock hipovolémico en los tres primeros días luego de haberse realizado la apendicectomía, una de las causas de la hemorragia es la filtración a partir del muñón o a su vez el deslizamiento de una ligadura arterial; generalmente, la hemorragia es gradual y se origina de un vaso del meso apéndice o de una adherencia seccionada, no advertida en la operación (González et al., 2019).



DEHISCENCIA DEL MUÑÓN APENDICULAR

Es la abertura espontánea del muñón, generalmente se presenta al segundo o tercer día posterior a la cirugía, y puede ser debido a ligadura inadecuada del muñón, o por la administración de un enema evacuante, por ello, nunca se debe indicar enemas luego de cirugía abdominal. El tratamiento inmediato es laparotomía exploratoria y cecostomía con la administración de antibióticos específicos para el caso (Caldas, 2020).



SEROMA

Un seroma es la acumulación de líquido linfático, grasa líquida y suero bajo la incisión quirúrgica, los seromas son complicaciones benignas tras una técnica quirúrgica y es más probable que se originen cuando se crean colgajos cutáneos en el transcurso de la operación. Suelen manifestarse como tumefacciones bien circunscritas, molestias a la presión y el drenaje ocasional de líquido por la herida reciente. Para prevenir los seromas se puede colocar drenes de aspiración bajo los colgajos cutáneos (Townsend et al., 2017).



MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON

EL Modelo de Virginia Henderson se encuentra dentro de los modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel del personal de enfermería es la ayuda de las acciones que la persona no puede realizar en cierto momento de su ciclo de vida, enfermedad, infancia o edad avanzada. Según Virginia Henderson define a la enfermería como: “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 necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible” (Bellido & Lendínez, 2010)



Virginia Henderson
1897-1996

La intervención está dirigida a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está determinada por 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 vivos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera diferente. (Bellido & Lendínez, 2010). Estas son:



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

La implementación del proceso de atención de enfermería (PAE) en la práctica representa una prioridad para las instituciones que brindan servicios de salud en los diferentes niveles de atención, pues conduce al mejoramiento de la calidad de cuidado que se brinda al individuo, la familia y la comunidad (Mena et al., 2016).

Por otra parte, el proceso de atención de enfermería consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, cada una de las etapas se hace de forma independiente, tiene un carácter metodológico, ya que, en la práctica, ninguna es ajena a las demás, por el contrario, se relacionan de manera directa, su ejecución permite la integridad de los cuidados, cubrir los intereses y necesidades que el usuario manifiesta para el cuidado de su salud.



DESARROLLO DE LA GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS APENDICECTOMIZADOS POR VÍA LAPAROSCÓPICA

VALORACIÓN INTEGRAL BASADA EN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON			
NECESIDADES	ALTERADO	NO ALTERADO	MANIFESTACIONES
Oxigenación		x	
Alimentación-Hidratación	X		Hemorragia
Eliminación	X		Íleo paralítico
Movilidad y Postura adecuada		x	
Reposo y sueño		x	
Vestirse y desvestirse		x	
Temperatura corporal		x	
Higiene corporal e integridad de la piel			
Evitar los peligros del entorno	x		<ul style="list-style-type: none"> Dolor Infección de la herida quirúrgica Seroma Abscesos intraabdominales
Comunicación		x	
Creencias y valores Religión		x	
Autorrealización y Trabajo		x	
Ocio y Actividades recreativa		x	
Aprendizaje de conocimientos		x	

Proceso de Atención de Enfermería 1

NANDA

Dolor Agudo

Dominio 12

Confort

Clase 1

Confort Físico

Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño; de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible y con una duración menor de 3 meses.

características definitorias

- Expresión facial de dolor
- Conducta expresiva
- Informe de una persona autorizada sobre actitudes de dolor/cambios de actividad.

NOC

Nivel de Dolor

Dominio 5

Salud Percibida

Clase

Sintomatología

Indicadores

- Nivel de dolor
- Dolor Referido
- Expresiones faciales de dolor

Escala de Medición

1. Grave
2. Sustancial
3. Moderado
4. Leve
5. Ninguno

Puntuación Diana

- Mantener en:2
- Aumentar a: 5

NIC

Manejo del Dolor

Dominio 1

Fisiológico Básico

Clase

Fomento de la comodidad Física

Actividades

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.
- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.

- Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 y 48 horas después de la cirugía, trauma o lesión, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario.
- Seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis.
- Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias del paciente, para facilitar el alivio del dolor, según corresponda



Proceso de Atención de Enfermería 2

NANDA

Riesgo de infección de la herida quirúrgica

Dominio 11

Seguridad/protección

Clase

Infección

Susceptible a la invasión de organismos patógenos en el sitio quirúrgico, lo que puede comprometer la salud.

Población en riesgo:

- Clasificación de ≥ 2 en la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA)
- Contaminación de la herida quirúrgica

Condición asociada:

- Comorbilidades
- Procedimiento invasivo
- Profilaxis antibiótica ineficaz
- Tipo de procedimiento quirúrgico

NOC

Severidad de la infección

Dominio 2

Salud fisiológica

Clase

Respuesta inmune

Indicadores

- Drenaje purulento
- dolor
- Síntomas gastrointestinales

Escala de Medición

1. Grave
2. Sustancial
3. Moderado
4. Leve
5. Ninguno

Puntuación Diana

- Mantener en: 2
- Aumentar a: 5

NIC

Protección contra las infecciones

Dominio 4

Seguridad

Clase

Control de riesgos

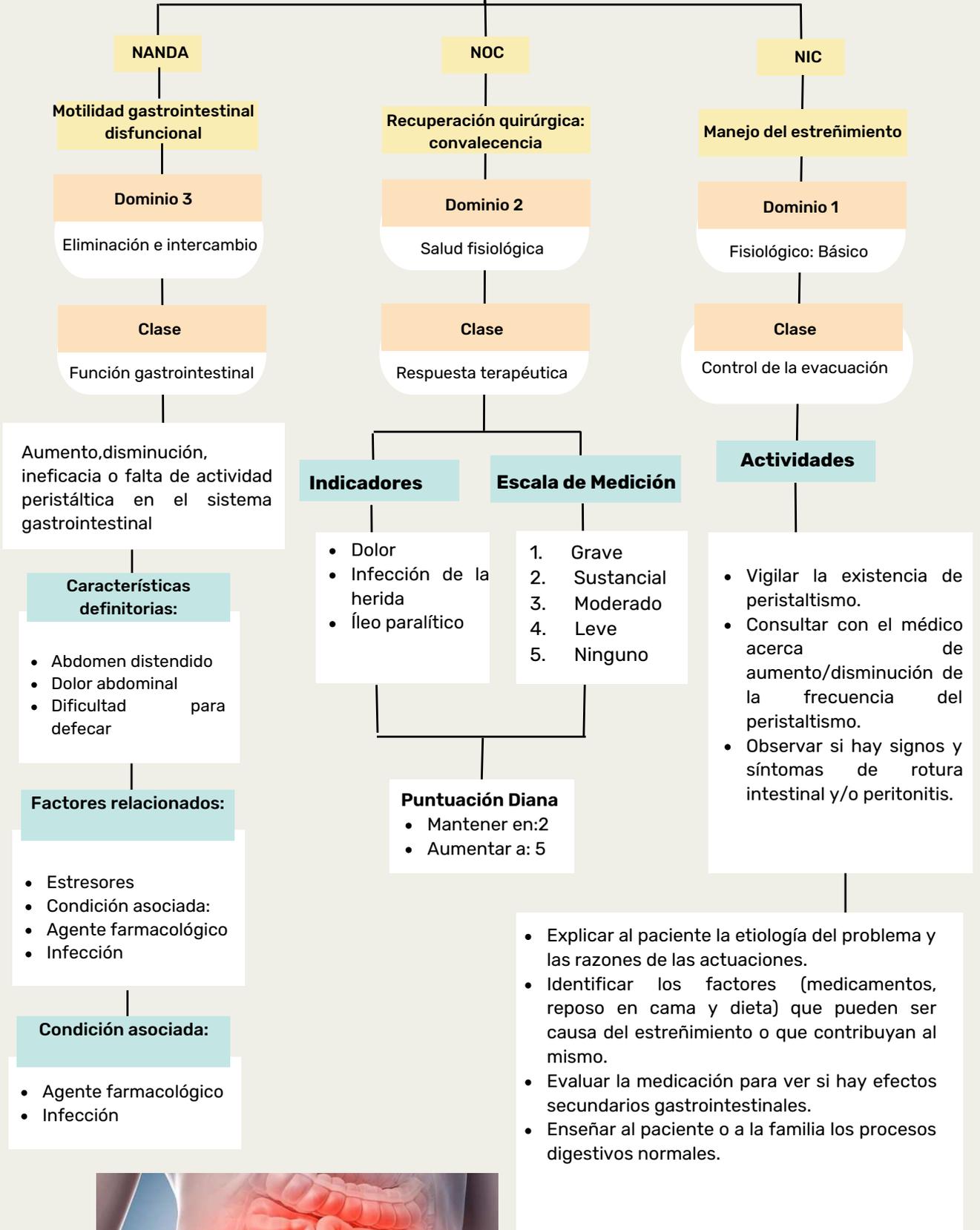
Actividades

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.

- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.
- Obtener muestras para cultivo si es necesario.
- Utilizar los antibióticos con sensatez.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de las diferencias entre infecciones virales y bacterianas.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al profesional sanitario.
- Notificar la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones.



Proceso de Atención de Enfermería 3



Proceso de Atención de Enfermería 4

NANDA

Riesgo de déficit de volumen de líquidos

Dominio 2

Nutrición

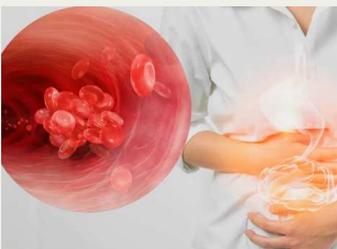
Clase

Hidratación

Susceptible a sufrir una disminución del volumen del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular, que puede poner en peligro la salud

Condición Asociada

- Pérdida activa del volumen de líquidos
- Pérdida de líquidos a través de vías anormales
- Compromiso de los mecanismos reguladores



NOC

Severidad de la pérdida de sangre

Dominio 2

Salud fisiológica

Clase

Cardiopulmonar

Indicadores

- Pérdida sanguínea visible
- Hemorragia postoperatoria
- Disminución de la presión arterial sistólica
- Disminución de la presión arterial diastólica
- Aumento de la frecuencia cardíaca apical
- Ansiedad
- Disminución de la hemoglobina
- Disminución del hematocrito

Escala de Medición

1. Grave
2. Sustancial
3. Moderado
4. Leve
5. Ninguno

Puntuación Diana

- Mantener en: 2
- Aumentar a: 5

NIC

Prevención de hemorragias

Dominio 2

Fisiológico Complejo

Clase

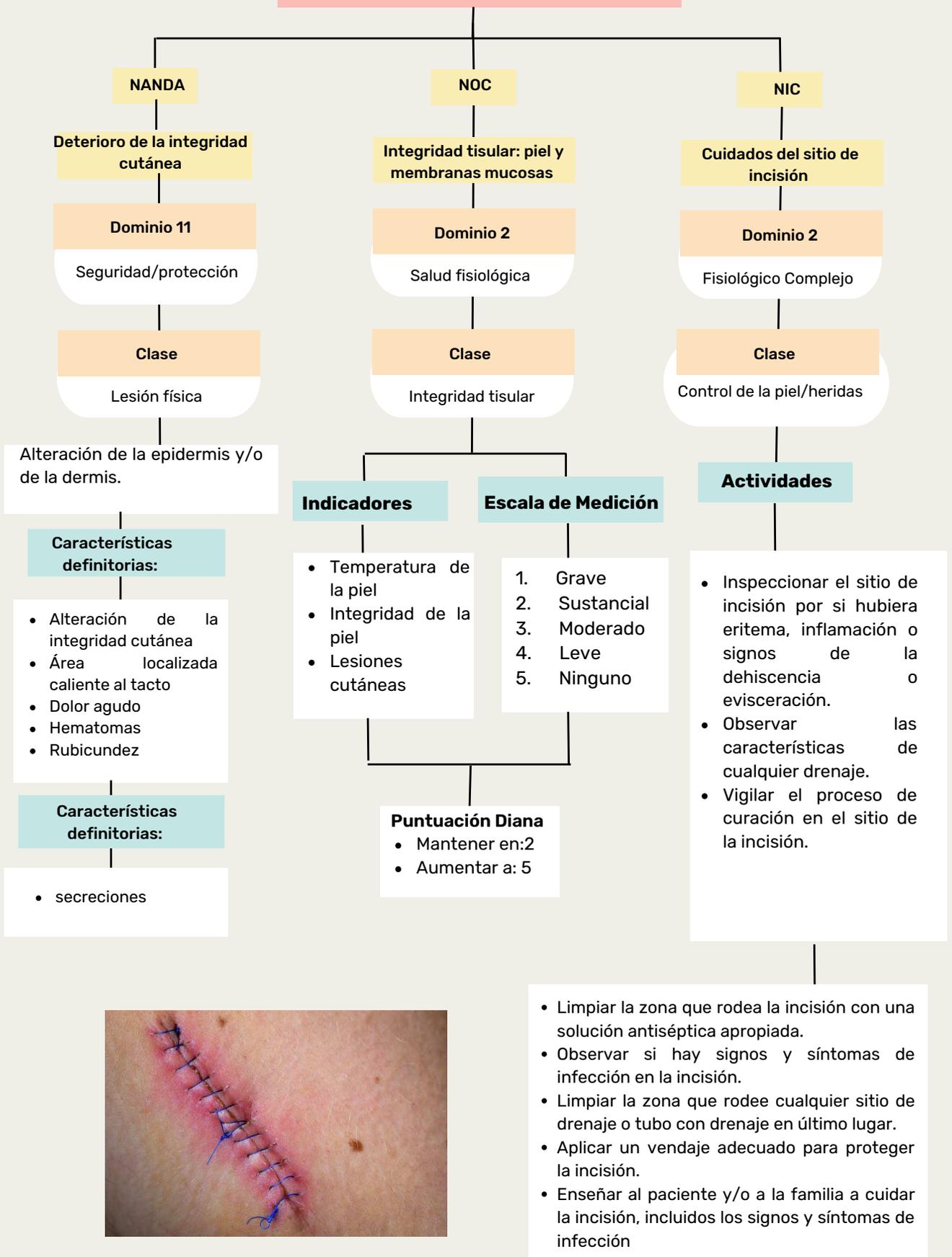
Control de la perfusión tisular

Actividades

- Vigilar de cerca al paciente para detectar signos y síntomas de hemorragia interna y externa (p. ej., distensión o hinchazón de la parte del cuerpo afectada, cambio en el tipo o cantidad de drenaje de un drenaje quirúrgico, sangre en apósitos, acumulación de sangre debajo del paciente)

- Anotar los niveles de hematocrito/hemoglobina antes y después de la pérdida de sangre, según se indica.
- Monitorizar los signos y síntomas de sangrado persistente
- Mantener el acceso intravenoso permeable
- Controlar los signos vitales ortostáticos, incluida la presión arterial.
- Evitar administrar medicamentos que comprometan aún más los tiempos de coagulación.
- Administrar hemoderivados, según corresponda.
- Informar al paciente que evite levantar objetos pesados.
- Informar al paciente que evite el estreñimiento.
- Instruir al paciente y familia sobre los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas, si se producen hemorragias

Proceso de Atención de Enfermería 5



BIBLIOGRAFÍA

Altamirano, M., & Tutiven-ubilla, A. (2017). Manejo inicial de apendicitis aguda. *Pol. Con.*, 2(5), 368–391. <https://doi.org/10.23857/casedelpo.2017.2.5.may.368-391>

Alva, C., García-Mostajo, J., Gil-Olivares, F., Timana, R., Pimentel, P., y Canelo-Aybar, C. (2017). Guías de practica clinica: evolucion, metodologia de elaboracion y definiciones actuales. *Acta Med Peru*, 34(4), 317–322. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a10v34n4.pdf>

Barragán Hernández, O., Hernández Villa, E. A., Favela Ocaño, M. A., Peralta Peña, S. L., Rubi Vargas, M., & Salido Barajas, D. I. (2016). Factores Que Intervienen En La Aplicación Del Proceso De Enfermería En La Práctica Clínica Del Estudiante De Licenciatura En Enfermería. *Biotecnia*, 18(1), 9. <https://doi.org/10.18633/bt.v18i1.222>

Bellido, J., & Lendínez, J. (2010). Modelo de cuidados de Virginia Henderson. In B. José, R. Ángeles, & F. Serafín (Eds.), *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN* (Primera, pp. 17–34). Ilustre colegio oficial de enfermería de jaén. <https://doi.org/J 1574-2010>

Blanquel, D., Gutierrez, A., Mendoza, L., & Soto, A. (2015). Utilidad de los modelos teóricos en la elaboración del pae. 4(7), 16–21.

Caldas, P. (2020). Ventajas y desventajas de la apendicectomía laparoscópica clásica vs monopuerto. <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/7954>

Calvache, J., León, É., Gómez, L., García, C., Torres, M., Buitrago, G., & Gaitán, H. (2015). Manual de práctica clínica basado en la evidencia: manejo de complicaciones posquirúrgicas. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 43(1), 51–60. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2014.10.005>

Charles-Brunnicardi, F. (2010). Apéndice. In M. Bernad & D. Berger (Eds.), *SCHWARTZ. PRINCIPIOS DE CIRUGÍA* (9 edición, pp. 1073–1089). Mcgrawhill.

Cisneros, F. (2016). Proceso de atención de enfermería. Universidad del cauca, 1–35. <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/procesodeatenciondeenfermeria-PAE.pdf>

Cuervo, J. (2014). Apendicitis aguda. *Prensa Médica Argentina*, 40(22), 1360–1364. <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v59i4.257>

Doenges, M., & Moorhouse, M. (2014). *Proceso y Diagnostico de Enfermería* (Primera ed). El manual Moderno, S.A.

Flores-Marín, K., Rodríguez-Parra, A., Trejo-Ávila, M., Cárdenas-Lailson, L. E., Delano-Alonso, R., Valenzuela-Salazar, C., Herrera-Esquivel, J., & Moreno-Portillo, M. (2021). Apendicectomía laparoscópica en pacientes con apendicitis aguda complicada con base apendicular comprometida: estudio de cohorte retrospectivo. *Cirugía y Cirujanos*, 89(5), 651–656. <https://doi.org/10.24875/ciru.200009051>

- García, A., Gutiérrez, L., & Cueto, J. (2016). Evolución histórica de la cirugía laparoscópica. *Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica*, 17(2), 93–106.
- Garro, V., Rojas, S., & Thuel, M. (2019). Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. *Revista Medica Sinergia*, 4(12), e316. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i12.316>
- González, J., Rugel, E., Casa, P., Bajaña, K., Moncada, J., & Vera, B. (2019). Complicaciones postoperatorias en los pacientes sometidos a cirugía de apendicitis aguda. *Reciamuc*, 3(3), 1191–1213. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(3\).julio.2019.1191-1213](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(3).julio.2019.1191-1213)
- Harrison, T. (2016). Enfermedades del tubo digestivo. In D. Jacobs (Ed.), *Principios de Medicina Interna* (19th ed., p. 2975). Mcgrawhill. File:///D:/Downloads/Harrison. Principios de medicina interna - 19 Edicion, volumen 2 (pdfdrive).pd
- Hernández-Cortez, J., León-Rendón, J., Silvia Martínez-Luna, M., Guzmán-Ortiz, J., Palomeque- López, A., Cruz-López, N., & José-Ramírez, H. (2019). Cirujano Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cirujano General*, 41(1), 33–38. www.medigraphic.com/cirujanogeneralwww.medigraphic.org.mx
- Hinojosa, J., Rojas, W., Vasco, K., & Orellana, C. (2019). Ventajas de la apendicectomía laparoscópica sobre técnicas convencionales: un análisis estadístico. *Universidad, ciencia y tecnología*, 2019, 19–24.
- Huguet, M., & García, J. (2010). Pseudooclusión intestinal. In B. Fermín & A. Balboa (Eds.), *Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología* (pp. 109–114). JARPYO EDITORES S.A.
- Loochkartt, A., & Bravo, K. (2019). Apendicectomía laparoscópica vs. Abierta en pediatría, análisis de complicaciones. *Pediatría*, 52(2), 31–37. <https://doi.org/10.14295/p.v52i2.119>
- Massaferro, G., & Costa, J. (2016). Apendicitis Aguda Y Sus Complicaciones. *Clin Quir Fac Med udelar*, 1–7. https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Apendicitis_aguda_y_sus_complicaciones_CQFM.pdf
- Mena, D., González, V., Cervera, Á., Salas, P., & Orts, M. (2016). Cuidados Basicos de Enfermeria. In *Cuidados Basicos de Enfermeria* (1 edición, pp. 14–23). Universitat Jaume I. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/70159/1/2016_Mena_etal_Cuidados-basicos-de-enfermeria.pdf
- Moore, K., Dalley, A., & Agur, A. (2010). Abdomen. In K. Moore, A. Dalley, & A. Agur (Eds.), *Anatomía con Orientación Clínica* (6 edición, pp. 181–321). Wolters kluwer.
- Paz, C., Gonzales, H., & Paz, C. (2020). Complicaciones quirúrgicas en pacientes con apendicitis aguda complicada en cirugías abiertas y laparoscópicas en un centro de referencia nacional. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 20(4), 624–629. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.2951>
- Quinde, P. (2017). Dolor Postoperatorio: Factores De Riesgo Y Abordaje. *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual*, 34(1), 254–264. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100254&lng=en&nrm=iso&tlng=es

BIOGRAFÍA



Paul Cortés tesista de la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Loja, con el afán de incursionar en la ciencia del cuidado elabora esta guía basándose en la problemática local con la finalidad de brindar al paciente una atención segura, de calidad y humanitaria.

Paul Cortés

La enfermería pone al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza pueda sanar las heridas .

Florence Nightingale

Anexo 2. Autorización de aplicación del instrumento



República
del Ecuador

Ministerio de Salud Pública
Hospital General Isidro Ayora
Proceso de Docencia e Investigación

Oficio Nro. MSP-CZ7-HIAL-PDI-2022-05-M

Loja, 5 de Enero del 2022

Sr. Paúl Fernando Cortés Ochoa.
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA.**
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente me permito informar a usted que luego de revisar su Proyecto de Investigación titulado "COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES DE APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA", lo encuentro PERTINENTE Y FACTIBLE de realizar, por lo que autorizo el desarrollo de la misma en esta Casa de Salud, para lo cual se comunicará al Responsable de Estadística para que se le preste las facilidades del caso para su realización.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente:

Dr. Marco Medina Sarmiento.
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HIAL .



Anexo 3: Certificación de recolección de información



Ministerio de Salud Pública
Hospital General Isidro Avora
Proceso de Docencia e Investigación

Oficio Nro. MSP-CZ7-HIAL-PDI-2022-09-M

Loja, 12 de Enero del 2022

Dr. Marco Medina Sarmiento.
RESPONSABLE DE DOCENCIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA.
CERTIFICA:

Que el Sr. **Paúl Fernando Cortes Ochoa**, con C.C. 1105075269, estudiante de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, de acuerdo a la certificación concedida por el Proceso de Admisiones, el citado estudiante cumplió con la recolección de la información para su trabajo de investigación desde el 5 al 11 de enero del presente año con un total de 53 historias clínicas.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente:

Dr. Marco Medina Sarmiento.
RESPONSABLE DE DOCENCIA DEL HIAL



Anexo 4: Ficha de recolección de datos



Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Enfermería

Ficha de recolección de datos

Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de apendicectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora

Factores socio demográficos	
1. Edad	18 – 29 años () 30 - 59 años () ≥ 60 años ()
2. Sexo	Mujer () Hombre ()
3. Lugar de residencia	Urbano () Rural ()
4. Nivel de instrucción	Primaria () Secundaria () Superior () Ninguna ()
5. Clasificación ASA	ASA I () ASA II () ASA III () ASA IV () ASA V () ASA VI ()
Complicaciones Postquirúrgicas de apendicectomía laparoscópica	
Infeción de la herida quirúrgica	SI () NO ()
Dolor Postoperatorio	SI () NO ()
Abscesos intraabdominales	SI () NO ()
Piliflebitis	SI () NO ()
Íleo paralítico	SI () NO ()
Dehiscencia de la herida quirúrgica	SI () NO ()

Hemorragia	SI () NO ()
Dehiscencia del Muñón Apendicular	SI () NO ()
Seroma	SI () NO ()
Otros:	

Elaborado por: Paúl Cortés

Anexo 5: Certificación de pertinencia



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ENFERMERÍA

Loja, 27 de octubre de 2021

Dr. Amable Bermeo Flores. Mg. Sc.

DECANO DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA FSH-UNL.

Ciudad.

Con un cordial y atento saludo me permito por medio del presente, informar que, luego de haber revisado el proyecto titulado **"COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN PACIENTES DE APENDICENTOMÍA LAPAROSCÓPICA EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA"** de autoría de la Sr. **PAUL FERNANDO CORTES OCHOA**, al respecto dedeo señalar que el mismo corresponde a una temática que se enmarca en las líneas de investigación de Carrera, y cumple con la estructura señalada en el Reglamento de Régimen Académico Institucional citado en el Art. 226 cuyo texto señala "Estructura del proyecto de investigación.- En su estructura, el proyecto o plan de investigación en la Universidad Nacional de Loja, contendrá al menos los siguientes elementos: 1. Título; 2. El problema de investigación; 3. Objetivos de la investigación; 4. Marco teórico; 5. Metodología; 6. Cronograma; 7. Presupuesto y financiamiento; 8. Bibliografía; 9. Anexos. Por lo tanto, considero salvo su mejor criterio que es pertinente, y puede continuar con su desarrollo y trámite administrativo. Particular qué pongo en su conocimiento para los fines consiguientes.

Particular que pongo a su conocimiento, para los fines pertinentes

Atentamente,



Denys Ayora Apolo

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA FSH-UNL

Anexo 6: Designación de Directora de Trabajo de investigación



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Of N° 0680- DCE -FSH -UNL
Loja, 09 de noviembre de 2021

Lic. Denny Ayora Apolo. Mg. Sc.
DIRECTORA Y DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA FSH-UNL
Ciudad.

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, y acogiendo lo establecido en el Art. 228 del Reglamento de Régimen Académico 2021 de la Universidad Nacional de Loja, una vez emitido el informe favorable de pertinencia del Proyecto de Tesis titulado: "COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN PACIENTES DE APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA" de autoría del Sr. PAÛL FERNANDO CORTÉS OCHOA Me permito designarle **DIRECTORA DE TESIS** y autorizo su ejecución.

Art. 228 en su parte pertinente dice: El director del trabajo de integración curricular o de titulación será responsable de asesorar y monitorear con pertinencia y rigurosidad científico-técnica la ejecución del proyecto y de revisar oportunamente los informes de avance, los cuales serán devueltos al aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias para asegurar la calidad de la investigación. Cuando sea necesario, visitará y monitoreará el escenario donde se desarrolle el trabajo de integración curricular o de titulación

Particular que me permito informar, para los fines consiguientes. Con mis sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



Dr. Amable Bermeo Flores. Mg. Sc.
DECANO DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA UNL.

C.c. Archivo

DAA/kiv

Recibido
DAA/kiv

Anexo 7: Certificación de traducción al idioma ingles

Lic. Mercedes Yolanda Masache Jungal Mg.sc

LICENCIADA EN IDIOMA INGLES

CERTIFICO:

Que he realizado la traducción de español a ingles del resumen derivado del trabajo de Integración Curricular denominado: **Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de apendicectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del hospital General Isidro Ayora**, de autoría de **Paul Fernando Cortés Ochoa**, portador del número de cédula **1105075269**, estudiante de la carrera de enfermería de la facultad de la salud humana de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección de la Lic. Denny Caridad Ayora Apolo Mg. Sc, previo a la obtención del título de licenciado en enfermería.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que creyere conveniente.

Loja, 07 de junio de 2023



Lic. Mercedes Masache Mg.sc
CI: 1718135997
Senescyt: 1008-11-1064894
Licenciada en el Área de ingles