



**UNIVERSIDAD ANDINA**

**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**TRABAJO ACADÉMICO**

**CUIDADOS INTEGRALES ASOCIADOS CON LA RECUPERACIÓN  
POST OPERATORIA EN PACIENTES DE APENDICITIS  
AGUDA EN EL CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL  
CARLOS MONGE MEDRANO 2023**

**PRESENTADO POR:**

**YAMILET PAOLA BRUNA CUELA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**JULIACA - PERU**

**2025**



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NESTOR CACERES VELASQUEZ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**  
**TRABAJO ACADÉMICO**  
**CUIDADOS INTEGRALES ASOCIADOS CON LA RECUPERACIÓN**  
**POST OPERATORIA EN PACIENTES DE APENDICITIS**  
**AGUDA EN EL CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL**  
**CARLOS MONGE MEDRANO 2023**


**PRESENTADO POR:**

**YAMILET PAOLA BRUNA CUELA**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN**  
**ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**APROBADO POR:**

**PRESIDENTE DEL JURADO :**

  
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

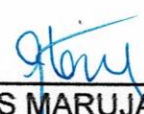
**PRIMER MIEMBRO :**

  
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

**SEGUNDO MIEMBRO :**

  
Dra. MARÍA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA

**ASESOR :**

  
Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG10**



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**  
**ESCUELA DE POSGRADO**



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 015-2025-D-SEP-EPG-UANCV/J**

Juliaca, 22 de mayo del 2025

**VISTOS:**

El expediente N° 2025-5201 presentado por el (a) Egresado (a): **BRUNA CUELA YAMILET PAOLA**, quien solicita nominación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez".

**CONSIDERANDO:**

**Que**, el (a) Egresado (a): **BRUNA CUELA YAMILET PAOLA**, con DNI N°71415723, con número de matrícula: 1820100129, ha solicitado asignación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico Titulado: **CUIDADOS INTEGRALES ASOCIADOS CON LA RECUPERACIÓN POST OPERATORIA EN PACIENTES DE APENDICITIS AGUDA EN EL CENTRO QUIRURGICO DE HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023** para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en: **ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez;

**Que**, de conformidad con lo previsto en el artículo 18° del Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, **Comité de Investigación**;

**Que**, mediante Resolución Directoral N° 188-SEP-EPG/UANCV SE APRUEBA Y AUTORIZA LA EJECUCION DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACION; con Resolución Directoral N°104-2025-SEP-EPG/UANCV se acepta la **rectificación de la Resolución Directoral N°188-SEP-EPG/UANCV**; y con Resolución N°431-2024-SEP-EPG/UANCV, se APRUEBA y AUTORIZA EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADÉMICO) Titulado: **CUIDADOS INTEGRALES ASOCIADOS CON LA RECUPERACIÓN POST OPERATORIA EN PACIENTES DE APENDICITIS AGUDA EN EL CENTRO QUIRURGICO DE HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023** la misma que pertenece a la Línea de Investigación: **CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG10**;

**Que**, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos en su artículo 28° **DE LA SUSTENTACIÓN**.

**Y estando, la opinión favorable del Director de la Unidad de Investigación y el Director de la Escuela de Posgrado** mediante acta de sorteo de jurado, con registro N° 0000015 de fecha 12 de mayo del 2025 se nomina jurados de tesis conforme a lo detallado en el acta.

**Que**, conforme al artículo 66° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que *la Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación científica original de actualidad y de alto valor científico*;

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el artículo 76° del Estatuto Universitario;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO. - DECLARAR APTO** para la sustentación presencial del informe final de la investigación (trabajo académico), del (a) Egresado (a): **BRUNA CUELA YAMILET PAOLA**, para optar el título de **Segunda Especialidad Profesional** en: **ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**, en virtud de los considerandos expuestos.

**ARTÍCULO SEGUNDO. - NOMINAR JURADOS** para la sustentación presencial y defensa del Trabajo Académico a los siguientes docentes ordinarios:

<b>Presidente</b>	: Dra. <b>MARYLUZ CRUZ COLCA</b>
<b>Primer miembro</b>	: Dra. <b>GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE</b>
<b>Segundo miembro</b>	: Dra. <b>MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA</b>
<b>Asesor</b>	: Dra. <b>GLADYS MARUJA TORRES CONDORI</b>

**ARTÍCULO TERCERO. - PROGRAMAR FECHA Y HORA** de sustentación como se detalla:

<b>Fecha</b>	: <b>viernes 23 de mayo del 2025</b>
<b>Hora</b>	: <b>10:00 a.m.</b>
<b>Lugar</b>	: <b>Aula N° 207 EPG-UANCV-JULIACA</b>

**ARTÍCULO CUARTO. - el Director de la Escuela de Posgrado** queda encargado del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
ESCUELA DE POSGRADO  
.....  
Dr. Javier Rómulo Cueva Zapana  
DIRECTOR (e)



## UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO



### RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 104-2025-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 12 de mayo del 2025

#### VISTOS:

El expediente **2024-015814**, presentado por el (la) Egresado(a); **BRUNA CUELA YAMILET PAOLA**, con número de DNI. **71415723**, código de matrícula N° **1820100129**, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez", **Sede Central JULIACA**.

#### CONSIDERANDO:

Que, el (la) Egresado(a); **BRUNA CUELA YAMILET PAOLA**, solicita la rectificación de resolución **DIRECTORAL N° 188-SEP-EPG/UANCV**, de fecha 17 de julio del 2024 en lo que respecta a la rectificación de la denominación que menciona **GRADO ACADÉMICO** y lo correcto debería ser **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**, aprobado la propuesta de Investigación titulado: **CUIDADOS INTEGRALES ASOCIADOS CON LA RECUPERACIÓN POST OPERATORIO EN PACIENTES DE APENDICITIS AGUDA EN EL CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023** Línea de investigación **CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG10**.

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R.

Que, en el Artículo 66 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Postgrado es un trabajo académico original y crítico, de actualidad y de alto valor científico;

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

#### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO. – ACEPTAR EN VIAS DE REGULARIZACIÓN LA RECTIFICACIÓN DE APROBACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN DE LA RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 188-SEP-EPG/UANCV**, de fecha 17 de julio del 2024, en lo que respecta a la denominación que debe decir: **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**.

**ARTÍCULO SEGUNDO. – RATIFICAR LA APROBACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, titulado: **CUIDADOS INTEGRALES ASOCIADOS CON LA RECUPERACIÓN POST OPERATORIO EN PACIENTES DE APENDICITIS AGUDA EN EL CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023** Línea de investigación **CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG10**.

**ARTÍCULO TERCERO. – RATIFICAR COMO ASESORA a la Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI**.

**ARTÍCULO CUARTO. – DISPONER** que la Escuela de Posgrado, Secretaría Académica y Administrativa quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y Archívese

  
UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
ESCUELA DE POSGRADO  
DIRECCIÓN  
Dr. Ismael Romulo Quispe Zapana  
DIRECTOR (e)



**UNIVERSIDAD ANDINA  
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
ESCUELA DE POSGRADO**



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°431-2024-SEP-EPG/UANCV**

Juliaca, 25 de octubre del 2024

**VISTOS:**

El Expediente N°2024-011550 de fecha 16 de setiembre del 2024, el (la) egresado (a): **BRUNA CUELA YAMILET PAOLA** con DNI N°71415723 código de matrícula N°1820100129 quien solicita Revisión de Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico); acorde al Informe N°0661-2024-UI-EPG-UANCV y el Anexo (04) Ficha de Opinión del Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico) del 10 de octubre del 2024, que fue revisada por el Comité de Investigación de la Escuela de Posgrado.

**CONSIDERANDO:**

**Que**, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de Investigación Científica, Tecnológica y Humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios.

**Que**, con Expediente N°2024-011550 el (la) egresado (a): **BRUNA CUELA YAMILET PAOLA** solicita la revisión y aprobación del Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico) titulado: **CUIDADOS INTEGRALES ASOCIADOS CON LA RECUPERACIÓN POST OPERATORIA EN PACIENTES DE APENDICITIS AGUDA EN EL CENTRO QUIRURGICO DE HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023** Linea de Investigación **CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS SEG-10**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en: **ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**.

**Que**, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R.

**Que**, el Comité de Investigación emitió su opinión **FAVORABLE** al Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico).

**Que**, el Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, corroboró el asesoramiento en el Informe Final de la Investigación (Trabajo Académico) del **ASESOR (A): Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI**; y,

**Estando**, la opinión favorable del Comité de Investigación, según **INFORME N° 0661-2024-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (04) Ficha de Opinión del Informe Final de Propuesta de Investigación (Trabajo Académico)** en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado.

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO. - APROBAR Y AUTORIZAR EL INFORME FINAL DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADÉMICO)** para la **REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN**, Titulado: **CUIDADOS INTEGRALES ASOCIADOS CON LA RECUPERACIÓN POST OPERATORIA EN PACIENTES DE APENDICITIS AGUDA EN EL CENTRO QUIRURGICO DE HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023** presentado por el (la) Egresado (a): **BRUNA CUELA YAMILET PAOLA**, en virtud de los considerandos expuestos.

**ARTICULO SEGUNDO. - RATIFICAR**, como **ASESOR(a): Dra. TORRES CONDORI GLADYS MARUJA**.

**ARTICULO TERCERO. - DISPONER** que la Escuela de Posgrado, Secretaría Académica y Administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Leopoldo Venceslao Condori Cari  
DIRECTOR (e)

DISTRIBUCIÓN:  
DIRECCIÓN EPG, INTERESADO.  
ARCHLWCC/mha





## CUIDADOS INTEGRALES ASOCIADOS CON LA QUIRURGIA POST OPERATORIA EN PACIENTES DE APENDICITIS AGUDA EN EL CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

### INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS


1	<a href="https://repositorio.unac.edu.pe">repositorio.unac.edu.pe</a> Fuente de Internet	6%
2	<a href="https://repositorio.uancv.edu.pe">repositorio.uancv.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="https://livrosdeamor.com.br">livrosdeamor.com.br</a> Fuente de Internet	1%
4	Submitted to National University College - Online Trabajo del estudiante	1%
5	<a href="https://core.ac.uk">core.ac.uk</a> Fuente de Internet	<1%
6	<a href="https://oldri.ues.edu.sv">oldri.ues.edu.sv</a> Fuente de Internet	<1%
7	<a href="https://pt.scribd.com">pt.scribd.com</a> Fuente de Internet	<1%



## Metadatos complementarios – UANCV

<b>TITULO DEL TRABAJO ACADÉMICO</b>	
<b>CUIDADOS INTEGRALES ASOCIADOS CON LA RECUPERACIÓN POST OPERATORIA EN PACIENTES DE APENDICITIS AGUDA EN EL CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	YAMILET PAOLA BRUNA CUELA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71415723
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0008-1620-3650">https://orcid.org/0009-0008-1620-3650</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Tipo de documento de identidad	DNI
Numero de documento de identidad	02360070
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-5861-0392">https://orcid.org/0000-0002-5861-0392</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-4379-558X">https://orcid.org/0000-0003-4379-558X</a>
<b>Miembro Del Jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	29344129
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-4559-141X">https://orcid.org/0000-0002-4559-141X</a>
<b>Miembro Del Jurado 2</b>	



Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	02401506
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-4252-5265">https://orcid.org/0000-0002-4252-5265</a>
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG10
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin Financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> San Román  <b>Distrito:</b> Juliaca</p> <p><b>Coordenadas</b>  <b>Latitud:</b> 15°28'54.5"S  <b>Longitud:</b> 70°07'14.7"W</p> <p><b>URL maps:</b>  <a href="https://tinyurl.com/28n8r6gf">https://tinyurl.com/28n8r6gf</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Julio 2024 – mayo 2025
URL de disciplinas OCDE	<p><b>CIENCIAS DE LA SALUD</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.03.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.03.00</a></p> <p><b>SALUD PÚBLICA, SALUD AMBIENTAL</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</a></p>



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO  
 ESCUELA DE POSTGRADO  
 Dr. Jesús Mamani Mamani  
 DIRECTOR  
 DE INVESTIGACIÓN - EPG



### DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo YAMILET PAOLA BRUNA CUELA, identificado con DNI  
Nro. 71415723 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación,  Trabajo Académico denominada:

" CUIDADOS INTEGRALES ASOCIADOS CON LA RECUPERACIÓN POST OPERATORIA EN PACIENTES DE APENDICITIS AGUDA EN EL CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023 "

Asesorado por: DRA. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.


Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 21 de AGOSTO del 2025

  
FIRMA DEL ASESOR

  
FIRMA (obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

Dedico con profunda gratitud a Dios, cuya bondad me otorgó el regalo inestimable de la vida y una familia que me nutre y me inspira cada día. En su luz solicito la guía que me sostenga en el camino personal y en el desarrollo profesional que ahora se cristaliza.

A mis estimados padres, Sixto y Ruth, gracias por el acompañamiento incesante, por la transmisión sutil y firme de principios, por la paleta de valores con la que he podido trazar mis decisiones. Su aliento me ha moldeado y, sobre todo, su amor me ha proporcionado el cimiento en el que me sostengo.

A mi hijo, Evans, tu mirada me empuja a la superación. Cada día me recuerdas que la perseverancia es un deber y que el amor tiene el poder de sostener el alma en las horas más adversas. Tu afecto me anima a seguir buscando la meta, con la certeza de que el camino se enriquece al compartir la travesía contigo.

Y a todas aquellas personas que han estado presentes en mi viaje, ofreciendo su mano, su consejo o su tiempo. Esta obra, resumen de un anhelo y un esfuerzo compartido, se les dedica afectuosamente, como testimonio de que cada triunfo es, en su desciframiento, un triunfo colectivo.



### **AGRADECIMIENTO**

A DIOS y a mis padres por darme la vida y darme las fuerzas en los momentos en donde más los necesite y bendecirme y a si mismo darme la fortaleza y permitir cumplir con mi formación profesional.

A los catedráticos de la segunda especialidad de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, por las enseñanzas para fortalecer mi carrera profesional.



**ÍNDICE**

DEDICATORIA..... iii

AGRADECIMIENTO..... iv

ÍNDICE ..... v

RESUMEN ..... vii

ABSTRACT ..... viii

INTRODUCCION ..... ix

OBJETIVOS ..... xi

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA..... xii

**CAPÍTULO I**

**VALORACIÓN**

1.1. DATOS DE FILIACION ..... 1

1.2. MOTIVO DE LA CONSULTA: ..... 1

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL:..... 2

1.4. ANTECEDENTES: ..... 2

1.5. EXAMEN FISICO: ..... 3

1.6. VALORACION MODELO DE CLASIFICACIÓN DEDOMINIOS Y CLASES: ... 5

DOMINIO 2: NUTRICION..... 5

DOMINIO 3: ELIMINACION ..... 5

**CAPÍTULO II**

**DIAGNÓTICO DE ENFERMERÍA**

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS ..... 9



2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS. .... 10

2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA ..... 12

**CAPÍTULO III**

**PLANIFICACIÓN**

3.1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES ..... 14

3.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS..... 16

3.3. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN..... 18

**CAPÍTULO IV**

**EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN**

4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA ..... 25

**CAPÍTULO V**

**FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

4.1. BASES TEÓRICAS ..... 29

4.2. MARCO CONCEPTUAL ..... 62

CONCLUSIONES..... 67

RECOMENDACIONES..... 69

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS..... 70

ANEXOS ..... 74



## RESUMEN

El trabajo tuvo como **objetivo** dar analizar los cuidados integrales asociados con la recuperación post operatoria en pacientes de apendicitis aguda en el centro quirúrgico del Hospital Carlos Monge Medrano 2023. **Metodología**, es un estudio de caso, distribuido en la valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, evaluación y ejecución. El proceso de atención enfermería (PAE) fue de vital importancia y de mucha ayuda para poder aplicar de manera correcta los cuidados que el paciente quirúrgico necesita. **Resultados**, la valoración integral permitió identificar factores que influyen en la recuperación postoperatoria, como: el nivel de dolor, la presencia de fiebre y la ansiedad del paciente. Los diagnósticos de enfermería facilitaron la identificación de problemas prioritarios. La planificación permitió establecer objetivos claros y diseñar intervenciones efectivas para abordar los problemas identificados. La ejecución de las intervenciones demostró ser efectiva para atender las necesidades del paciente y promover su bienestar, y la evaluación permitió verificar la efectividad de las intervenciones implementadas, destacando mejoras en el control del dolor, la reducción de la ansiedad y la prevención de complicaciones postoperatorias. **Se concluye**, se aplicó los cuidados integrales asociados con la recuperación postoperatoria de pacientes sometidos a apendicectomía convencional en el centro quirúrgico del Hospital Carlos Monge Medrano 2023. A través del proceso de atención enfermero, se evidenció la importancia de un enfoque sistemático en el proceso de atención de enfermería, que permitió identificar necesidades específicas, implementar intervenciones adecuadas y asegurar una recuperación óptima, minimizando riesgos y complicaciones.

**Palabras claves.** apéndice, apendicitis, apendicectomía.



## ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the comprehensive care associated with postoperative recovery in patients with acute appendicitis at the surgical center of Carlos Monge Medrano Hospital 2023. The methodology is a case study, distributed in assessment, nursing diagnosis, planning, evaluation, and execution. The nursing care process (NCP) was vitally important and very helpful in correctly applying the care that surgical patients need. Results: The comprehensive assessment allowed us to identify factors that influence postoperative recovery, such as pain level, fever, and patient anxiety. Nursing diagnoses facilitated the identification of priority problems. Planning allowed us to establish clear objectives and design effective interventions to address the identified problems. The execution of the interventions proved to be effective in meeting patient needs and promoting their well-being, and the evaluation allowed us to verify the effectiveness of the implemented interventions, highlighting improvements in pain control, anxiety reduction, and the prevention of postoperative complications. In conclusion, comprehensive care associated with postoperative recovery was applied to patients undergoing conventional appendectomy at the surgical center of Carlos Monge Medrano Hospital 2023. Through the nursing care process, the importance of a systematic approach was evident, which allowed for the identification of specific needs, the implementation of appropriate interventions, and the assurance of optimal recovery, minimizing risks and complications.

**Keywords:** appendix, appendicitis, appendectomy.



## INTRODUCCION

La apendicectomía convencional es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados a nivel mundial para tratar la apendicitis aguda, una de las urgencias abdominales más comunes. Según datos internacionales, entre el 5% y el 10% de la población desarrollará apendicitis en algún momento de su vida, y aunque las técnicas laparoscópicas han ganado terreno en muchos países, la apendicectomía abierta sigue siendo ampliamente utilizada, especialmente en regiones donde los recursos tecnológicos son limitados. Esta técnica, a pesar de ser más invasiva, continúa siendo eficaz y segura, siempre que se apliquen cuidados adecuados antes, durante y después de la intervención.

En el contexto nacional, el Perú enfrenta una realidad heterogénea en la atención quirúrgica de la apendicitis aguda. Mientras que en los grandes centros hospitalarios de las principales ciudades las técnicas mínimamente invasivas se han ido implementando paulatinamente, en hospitales de nivel intermedio o en regiones más alejadas, como Puno, la apendicectomía convencional sigue siendo el estándar de tratamiento. Esto se debe a la falta de equipamiento especializado y a la limitada formación en técnicas laparoscópicas, lo que condiciona que los pacientes sean manejados con procedimientos tradicionales.

A nivel local, en el Hospital Carlos Monge Medrano, la mayoría de los casos de apendicitis aguda son tratados mediante apendicectomía convencional. Aunque este enfoque permite resolver la emergencia quirúrgica, el manejo integral del paciente es crucial para garantizar una recuperación óptima y prevenir complicaciones postoperatorias. En este sentido, el proceso de atención de enfermería (PAE) se convierte en una herramienta fundamental para abordar las



necesidades del paciente desde la valoración inicial hasta la evaluación final de su estado.

Este trabajo académico se estructura en cinco capítulos que abordan de manera integral el manejo de un paciente sometido a apendicectomía convencional:

**Capítulo I:** Valoración. Se describe la recopilación de datos significativos relacionados con el estado clínico del paciente, incluyendo aspectos físicos, emocionales y sociales. **Capítulo II:** Diagnóstico de Enfermería. Se identifican los problemas de salud reales y potenciales del paciente, con base en los datos obtenidos durante la valoración. **Capítulo III:** Planificación. Se establecen objetivos específicos y se diseñan intervenciones de enfermería para abordar las necesidades del paciente, promoviendo su recuperación. **Capítulo IV:** Ejecución y Evaluación. Se detallan las acciones realizadas para cumplir los objetivos planteados y se evalúan los resultados obtenidos, destacando los progresos del paciente y las áreas que requieren seguimiento. **Capítulo V:** Fundamentación teórica del trabajo académico. A través de este enfoque estructurado, se busca evidenciar la importancia del proceso de atención de enfermería en la recuperación postoperatoria de pacientes sometidos a apendicectomía convencional, resaltando su impacto en la calidad del cuidado y en los resultados clínicos del paciente.



## OBJETIVOS

### Objetivo general

Aplicar el proceso de atención enfermero asociado a la recuperación post operatoria en pacientes de apendicitis aguda en el centro quirúrgico del Hospital Carlos Monge Medrano 2023.

### Objetivos específicos

OE1. Valorar de manera integral el estado físico, emocional y social de los pacientes sometidos a apendicectomía convencional en el centro quirúrgico del Hospital Carlos Monge Medrano, identificando datos relevantes para la planificación de los cuidados de enfermería.

OE2. Establecer diagnósticos de enfermería basados en los hallazgos obtenidos durante la valoración, priorizando los problemas reales y potenciales que afectan la recuperación postoperatoria de los pacientes.

OE3. Planificar intervenciones de enfermería específicas y personalizadas, orientadas a promover la recuperación óptima de los pacientes, minimizando riesgos y complicaciones postoperatorias.

OE4. Ejecutar las intervenciones de enfermería programadas, asegurando la aplicación de técnicas y cuidados adecuados para atender las necesidades físicas, emocionales y sociales de los pacientes.

OE5. Evaluar los resultados obtenidos tras la implementación de los cuidados de enfermería, verificando el cumplimiento de los objetivos planteados y ajustando las acciones según las necesidades del paciente.



## DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

La apendicitis aguda continúa constituyendo una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes a escala global, planteando un reto multidimensional que inquieta tanto a los equipos de salud como a la población debido a las complicaciones que pueden surgir. De acuerdo con la literatura internacional, entre el 5% y el 10% de los individuos padecerá apendicitis aguda a lo largo de su vida, con mayor incidencia en el grupo de 10 a 40 años. En los países con sistemas de salud consolidados, la apendicectomía laparoscópica se ha impuesto como la estrategia de elección, reportando descensos significativos en los días de estancia hospitalaria y en la morbilidad quirúrgica. En cambio, en contextos de escasos recursos, la circulación de la laparoscopia se encuentra limitada, lo que hace que la apendicectomía abierta sea aún el estándar más universal. (1)

El panorama nacional en el Perú se caracteriza por una diversidad que dificulta la estandarización de los tratamientos. En las metrópolis, las técnicas mínimamente invasivas se insertan en la rutina quirúrgica de los hospitales de alta complejidad; en paralelo, los ámbitos rurales y los hospitales de segundo y primer nivel, como el Hospital Carlos Monge Medrano, conservan la apendicectomía abierta como el único recurso disponible de calidad, lo que refleja un desafío en la equidad del acceso y en la formación del capital humano.

Según datos recientes, más del 70 % de las intervenciones por apendicitis aguda en hospitales de similar complejidad se llevan a cabo por vía laparotomía, limitación atribuida a deficiencias en la infraestructura, disponibilidad tecnológica y capital humano. En la Unidad de Cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano—auditado por la Red de Salud de su jurisdicción y reconocido como centro de referencia



obligada—la aparición de recursos adecuados es objeto de análisis prospectivo. La escasa dotación de equipamiento laparoscópico, sumada a la demanda insatisfecha de formación en técnicas quirúrgicas de mínima invasión, ha consolidado a la apendicectomía laparotomía como la guía del abordaje. Tal elección opera a expensas de un posoperatorio prolongado, incremento en la tasa de infección y un conjunto de complicaciones típicas de la cirugía abierta. La obligación del sistema de salud trasciende la limitación técnica y exige el diseño de un protocolo multidisciplinario que reúna aspectos quirúrgicos, clínicos y de rehabilitación, pues las infecciones del sitio operatorio, el retraso en la restitución de las condiciones funcionales del intestino y el dolor prolongado se traducen en reingreso, licencias prolongadas y trabajos sancionados, congestión de las camas y dilución de recursos que agudizan la insatisfacción de la comunidad, de manera sistemática, a la que el hospital atiende.

(5) Esta evidencia resalta la urgencia de perfeccionar los circuitos de atención de enfermería, orientando la intervención hacia un manejo postoperatorio que abarque de manera multidimensional la recuperación del paciente, de tal forma que se reduzcan los riesgos inherentes y se restablezca la salud funcional de forma expedita. El objetivo es, en definitiva, maximizar los resultados clínicos en quienes se someten a este procedimiento quirúrgico. (6)



## CAPÍTULO I VALORACIÓN

### 1.1. DATOS DE FILIACION

Paciente : J. P.C

Sexo : Masculino

Edad : 30 años

Estado Civil : Soltero

F Nacimiento : 15/05/94

Peso : 75 kg.

Talla : 1.78 cm Grupo y F.S. : O RH +

Hospital : Carlos Monge Medrano.

Servicio : Cirugía

### 1.2. MOTIVO DE LA CONSULTA:

Paciente adulto joven ingresa a la consulta por emergencia consíndrome doloroso de fosa iliaca derecha por descartar apendicitis aguda.



### 1.3. ENFERMEDAD ACTUAL:

Un paciente de 30 años ingresa al servicio de emergencias del Hospital Carlos Monge Medrano ante un cuadro de dolor abdominal agudo que comenzó en epigastrio periumbilical y que, en pocas horas, se ha desplazado al cuadrante inferior derecho. La molestia es de tipo continuo, de intensidad moderada a severa, se asocia a náuseas, vómitos y febrícula medida de 38.5°C en las últimas 24 horas. El paciente también presenta anorexia y malestar general. El examen físico revela, a la inspección, paciente con postura de alivio y abdomen levemente distendido; a la palpación se aprecia dolor a la presión en la fosa ilíaca derecha, se objetiva el punto de McBurney, con signo de rebote positivo y defensa muscular a la palpación en la misma región. Los signos son concordantes con un cuadro de apendicitis aguda, por lo que se ha solicitado imagen de abdomen y laboratorio complementario, con el fin de confirmar y valorar la necesidad de pronta intervención quirúrgica.

### 1.4. ANTECEDENTES:

#### ANTECEDENTES PERINATALES

El paciente nació a término de un embarazo de una madre multípara, quien, de acuerdo con los documentos clínicos, llevó a cabo un parto vaginal que no requirió maniobras obstétricas adicionales ni presentó complicaciones inmediatas ni secundarias. Las notas de ingreso no revelan hospitalizaciones previas en la unidad de cuidados intensivos neonatales, ni se registran patologías relevantes en la historia perinatal (6).



## ANTECEDENTES FAMILIARES

El paciente informa antecedentes familiares relevantes en línea directa. Tanto su padre como su madre presentan diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, patologías que han demandado tratamiento médico ininterrumpido. No constan antecedentes de neoplasias, enfermedades congénitas o trastornos hereditarios en otros familiares próximos.

## ANTECEDENTES PERSONALES:

Alérgico a la Penicilina

## ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES:

Paciente refiere tener ingresos económicos mayor a 1000 soles

### 1.5. EXAMEN FISICO:

**El Arreglo Personal:** La higiene personal conservada.

**El Estado de la Piel:** Piel blanca y textura suave, sin erupciones cutáneas, se evidencia tatuaje en hombro y se evidencia vía periférica en miembros superior izquierdo.

Zona operatoria enrojecida,

El tono y la modulación de la voz: voz ronca

**Postura adoptada:** Permanece acostado.

**La expresión facial:** Emocionales de dolor y/o malestar.

**Movimientos Corporales:** Si hay movimientos de miembros superiores e



inferiores y flexión de rodillas.

**La Estatura:** 1.75 cm aproximadamente.

**La forma/estructura corporal:** Anatómicamente proporcional, estructura corporal atlético.

**La conformación corporal:** Manos y pies completos.

**El estado nutricional:** Normal de acuerdo al peso y la talla

**Cuero Cabelludo:** Sin caspa.

**Cabello:** Negro.

**Cara:** Simétrica,

**Ojos:** Movimientos oculares en relación a la posición y alineamiento.

**Estado de audición:** Normal

**Nariz y senos para nasales:** Normal

**Boca:** Halitosis medicamentosa. Aun no ingiere líquidos por vía oral.

**Cuello:** movilidad del cuello normal.

**Ganglios linfáticos:** No palpables.

**Examen Pulmonar:** Patrón respiratorio normal

**Examen Cardíaco:** Función y actividad cardíaca normal.

**Examen del Abdomen:** Se documentan numerosos puertos quirúrgicos ubicados



en la región supraumbilical y en la región suprapúbica, así como drenajes laminares en ostomía; se produce también distensión abdominal y se aprecian ruidos intestinales anormales.

**Examen Neurológico:** Paciente despierto lucido orientado entiendo espacio y persona. Respuesta ocular verbal y motora normal.

**Examen genito urinario:** Micción espontanea, orina colurica.

## 1.6. VALORACION MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES:

### DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

Clase 1: Toma de conciencia de la salud: Conocimiento de la enfermedad

Clase 2: Gestión de la Salud: Conoce las complicaciones.

### DOMINIO 2: NUTRICION.

Clase 1: Ingestión: Paciente no ingiere alimentos en NPO

Clase 2: Digestión: No hace deposición porque, aun no ingiere alimentos sólidos.

Clase 3: Absorción: No evaluable

Clase 4: Metabolismo: No valuable

Clase 5. Hidratación: Volumen total 2000 en 24 horas por vía endovenosa.

### DOMINIO 3: ELIMINACION

Clase 1: Función Urinaria: orina colurica.

Clase 2: Función gastrointestinal: Dolor en zona operatoria



Clase 3: Función tegumentaria: No evaluable

Clase 4: Función respiratoria: Normal no signos de atelectasia.

## **DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO**

Clase 1: Reposo/sueño: No puede conciliar el sueño.

Clase 2: Actividad/ejercicio: Paciente en cama temor al sangrado.

Clase 3: Equilibrio/energía: No evaluable

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar: Dolor en zona operatoria altoser

Clase 5. Autocuidado: Sigue al pie de la letra los cuidados.

## **DOMINIO 5: PERCEPCION /COGNICION**

Clase 1: Atención: Hace caso órdenes.

Clase 2: Orientación: Orientado en tiempo espacio y persona

Clase 3: Sensación: No evaluable.

Clase 4: Cognición: Preocupación por su trabajo

Clase 5. Comunicación: normal

## **DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN**

Clase 1: Autoconcepto: No podrá hacer ejercicios por buen tiempo.

Clase 2: Autoestima: Baja por cicatrices en su abdomen.

Clase 3: Imagen corporal: Desmejorado



## **DOMINIO 7: ROL RELACIONES.**

Clase 1: Rol del cuidador: Preocupación permanente

Clase 2: Relaciones familiares: Recibe visita de familiares.

Clase 3: Desempeño de rol: Obedece a las recomendaciones.

## **DOMINIO 8: SEXUALIDAD**

Clase 1: Identidad sexual: definido sexo masculino

Clase 2: Función sexual: No evaluable

Clase 3: Reproducción: No evaluable

## **DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS.**

Clase 1: Respuesta post traumática: Temor a lo desconocido

Clase 2: Respuesta de afrontamiento al estrés: Al ambiente hospitalario temor a la noche hospitalaria.

Clase 3: Estrés neuro compartimental: Angustiado quiere estar en casa.

## **DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES**

Clase 1: Valores: No evaluable

Clase 2: Creencias: Reza en las noches. Profesa el catolicismo.

Clase 3: Congruencias de las acciones: No evaluable



## **DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**

Clase 1: Infección: Se evidencia signos de infección en sitio operatorio presencia de flogosis.

Clase 2: Lesión física: Drenaje Laminar con salida de secreción serohemática mal oliente en zona abdominal y puntos operatorios cubiertos con apósito.

Clase 3: Violencia: No evaluable

Clase 4: Peligros ambientales: No evaluable Clase 5. Procesos defensivos: No evaluable

Clase 6. Termo regulación: Temperatura corporal 37.5° C. se vigila signos de alarma

## **DOMINIO 12: CONFORT**

Clase 1: Confort físico: La cama es incomoda

Clase 2: Confort ambiental: Hacinamiento Hospitalario

## **DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO.**

Clase 1: Crecimiento: No evaluable

Clase 2: Desarrollo: No evaluable



## CAPÍTULO II

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

#### 2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

**Dolor abdominal localizado en el cuadrante inferior derecho:** Dolor abdominal localizado en el cuadrante inferior derecho, apoyado por un signo de McBurney positivo y un aumento de la sensibilidad a la maniobra de descompresión.

**Fiebre (38.5°C):** temperatura axilar de 38.5°C, que sugiere la existencia de un proceso inflamatorio.

**Náuseas y vómitos:** se complementa con episodios de náuseas y vómitos.

**Inapetencia:** Disminución en la ingesta alimentaria, indicativa de inapetencia, debida al malestar general.

**Ansiedad verbalizada:** manifestada mediante preocupación por la indicación quirúrgica y por la convalecencia.

**Limitación de movilidad:** Movilidad limitada en relación con la manifestación dolorosa, en especial con cambios de posición.

**Antecedentes familiares relevantes:** Antecedentes familiares de diabetes mellitus e hipertensión arterial que podrían, en principio, incrementar la propensión a posibles complicaciones.



**Posición antálgica:** Postura antálgica que consiste en decúbito supino con flexión de rodillas y caderas, favorecida por la reducción del dolor.

**Inflamación local:** Signo de defensa abdominal local en el examen físico.

**Buen soporte familiar:** calificado como un elemento protector en términos emocionales.

## 2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS.

**Dolor agudo;** secundario a inflamación apendicular, evidenciado por hipersensibilidad en fosa iliaca derecha, verbalización de dolor intenso y posición antálgica en decúbito supino con extremidades inferiores flexionadas.

**Hipertermia de origen inflamatorio,** corroborada por temperatura de 38,5 °C, piel ligeramente caliente y sensación de malestar generalizado.

**Ansiedad** preoperatoria asociada a la incertidumbre sobre la cirugía, manifestada a través de preguntas repetidas, inquietud motora y temor evidente por el procedimiento.

**Déficit de ingesta nutricional** debido a náuseas y dolor, que se traduce en inapetencia marcada y escasa disposición a ingerir sólidos o líquidos.

**Riesgo de infección** ligado a la inminente cirugía y a la inflamación apendicular, representando un paso previo para la aparición de complicaciones quirúrgicas.

**Riesgo de desequilibrio electrolítico** por episodios de vómitos y fiebre, condiciones que pueden conducir a alteraciones en la hidratación y en los electrolitos séricos.



**Limitación temporal** en la movilidad física provocada por el dolor, evidenciada en la imposibilidad de realizar cambios de posición o de incorporarse.

Los diagnósticos de enfermería han sido formulados a partir de la valoración, orientado a ir estableciendo las acciones asistenciales que atenderán las necesidades inmediatas y prioritarias del enfermo.



### 2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

DATOS IMPORTANTES	DOMINIO Y CLASE	DIFICULTAD	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
Dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho, verbalización del dolor, postura antálgica.	Dominio 12: Confort Clase 1: Confort físico	Dolor agudo	Proceso inflamatorio apendicular, intervención quirúrgica.	Verbalización del dolor, sensibilidad abdominal, postura antálgica.	Dolor agudo (00132) relacionado con el proceso inflamatorio apendicular, manifestado por verbalización del dolor y sensibilidad.
iebre de 38.5°C, piel tibia y húmeda.	Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 2: Infección	Hipertermia	Proceso inflamatorio apendicular.	Temperatura elevada, piel tibia y húmeda.	Hipertermia (00007) relacionada con el proceso inflamatorio agudo, manifestada por fiebre y piel tibia.
Inquietud, preocupación verbalizada sobre la cirugía y recuperación.	Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés Clase 2: Afrontamiento	Ansiedad	Incertidumbre frente a la cirugía y recuperación.	Expresión verbal de preocupación, inquietud.	Ansiedad (00146) relacionada con incertidumbre sobre la recuperación, manifestada por inquietud y preocupación verbalizada.
Inapetencia, náuseas y vómitos recurrentes.	Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión de alimentos	Déficit en la ingesta nutricional	Náuseas y dolor abdominal.	Disminución de la ingesta, falta de apetito.	Déficit de ingesta nutricional (00002) relacionado con náuseas y dolor, manifestado por inapetencia.
irugía reciente, exposición a microorganismos.	Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 2: Infección	Riesgo de infección	Intervención quirúrgica y ambiente hospitalario.	No aplica (riesgo).	Riesgo de infección (00004) relacionado con intervención quirúrgica y exposición



					a microorganismos.
Pérdida de líquidos por vómitos y fiebre.	Dominio 2: Nutrición Clase 2: Hidratación	Riesgo de desequilibrio electrolítico	Vómitos recurrentes, fiebre.	No aplica (riesgo).	Riesgo de desequilibrio electrolítico (00040) relacionado con pérdida de líquidos por vómitos y fiebre.
Dificultad para moverse debido al dolor.	Dominio 4: Actividad/Reposo Clase 2: Movilidad	Alteración en la movilidad física	Dolor postquirúrgico.	Dificultad para moverse, necesidad de asistencia en los cambios de posición.	Deterioro de la movilidad física (00085) relacionado con dolor postquirúrgico, manifestado por dificultad en los movimientos.



## CAPÍTULO III PLANIFICACIÓN

### 3.1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Al organizar los cuidados para un paciente que recibe una apendicectomía convencional, se determinan jerarquías fundamentadas en requerimientos fisiológicos y en el control de riesgos complicativos. Las jerarquías se clasifican en los siguientes grupos:

#### **Prioridades inmediatas (alta prioridad):**

Control del dolor agudo para garantizar el confort del paciente.

Prevención y manejo de la hipertermia para evitar complicaciones inflamatorias.

Prevención del riesgo de infección en el sitio quirúrgico.

#### **Prioridades intermedias:**

Manejo de la ansiedad para reducir el impacto emocional del procedimiento quirúrgico.

Promoción de la ingesta nutricional y el equilibrio hidroelectrolítico.



Mejorar la movilidad física para prevenir complicaciones relacionadas con el reposo prolongado.

### **Prioridades a largo plazo (baja prioridad):**

Estimular a los pacientes y a sus familias a que adquieran conocimientos sobre las pautas de cuidado postquirúrgico se configura como actividad central para favorecer la restauración funcional en el entorno domiciliario. Sesiones individualizadas y materiales instructivos, diseñados en función del contexto y del cumplimiento de los mandatos terapéuticos, pueden coadyuvar a la toma de decisiones informadas y a la detección precoz de complicaciones. Esta educación, cuando se articula con una intervención integral y continua, se traduce en la consolidación de la autonomía del paciente y en la obtención de resultados clínicos positivos que perduran en el tiempo.

Reforzar la conveniencia de un control ambulatorio sistemático y programado, orientado a la valoración periódica de los indicadores que definen la curva de recuperación, contribuye a sistematizar el monitoreo del proceso y a generar un espacio educador que complemente la enseñanza inicial. Esta aproximación permite, además, ajustar las intervenciones necesarias a las singularidades del paciente, optimizando la eficacia del tratamiento y minimizando el riesgo de reingresos. En suma, la conjugación de educación a la familia y de seguimientos planificados configura un modelo de atención a la recuperación que se sostiene sobre la responsabilidad compartida del equipo de salud y del entorno del paciente, y que se traduce en la disminución de complicaciones postquirúrgicas.



## 3.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

La formulación de objetivos resulta fundamental en la práctica de la enfermería; tales propósitos guían las intervenciones dirigidas al paciente y, al estar enmarcados en un criterio SMART, garantizan que sean específicos, cuantificables, realizables, pertinentes y delimitados en un plazo determinado.

### **Control del dolor:**

Objetivo: El paciente reportará una disminución del dolor a un nivel tolerable (menos de 3 en la escala numérica de dolor) en las próximas 24 horas.

### **Manejo de la hipertermia:**

Objetivo: El paciente mantendrá una temperatura corporal dentro del rango normal (36-37.5°C) en las próximas 48 horas.

### **Prevención de infecciones:**

Objetivo: El paciente no presentará signos de infección en el sitio quirúrgico durante su estancia hospitalaria.

### **Reducción de la ansiedad:**

Objetivo: El paciente demostrará conductas tranquilas y verbalizará comprensión del procedimiento quirúrgico en las próximas 24 horas.

### **Promoción de la ingesta nutricional:**

Objetivo: El paciente tolerará líquidos y alimentos blandos sin molestias en las próximas 24-48 horas.



## **Equilibrio hidroelectrolítico:**

Objetivo: El paciente mantendrá un adecuado equilibrio de líquidos y electrolitos en las próximas 48 horas, evidenciado por parámetros clínicos estables.

## **Mejora de la movilidad física:**

Objetivo: El paciente realizará movimientos básicos con menor dificultad y mayor independencia en las próximas 48 horas.

## **Educación postquirúrgica:**

Propósito: El paciente junto con su núcleo familiar evidenciará dominio sobre la atención del área quirúrgica y las pautas de rehabilitación domiciliaria antes de la concesión del alta hospitalaria.

La derivación de la meta enunciada sirve como referencia explícita para la planificación, ejecución y verificación de las acciones de enfermería, de modo que las demandas del paciente se satisfagan desde una óptica global, continua y orientada al exitoso egreso.



3.3. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS / RESPUESTAS DESEABLES (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	BASE CIENTÍFICA	VALORACIÓN DE LAS RESPUESTAS DESEABLES (ESCALA DIANA)																																																
<p><b>Dominio 12:</b> Confort</p> <p><b>Clase 1:</b> Confort físico</p> <p><b>Código:</b> 00132</p> <p>Dolor agudo relacionado con el proceso inflamatorio apendicular.</p>	<p>- El paciente reportará una disminución del dolor a un nivel tolerable (&lt; 3/10) en las próximas 24 horas.</p> <p><b>NOC:</b> Nivel de dolor (2102)</p> <p><b>Dominio V:</b> Salud percibida</p> <p><b>Clase V:</b> Sintomatología</p> <p><b>Escala de medición:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2102 - Dolor severo</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2102 - Dolor moderado</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2102 - Dolor leve</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Calificación: 3</p>	INDICADORES	1	2	3	4	5	2102 - Dolor severo	X					2102 - Dolor moderado		X				2102 - Dolor leve			X			<p>- Monitorizar la intensidad, localización y características del dolor (NIC 1400).</p> <p>- Administrar analgésicos según prescripción médica (NIC 2210).</p> <p>- Enseñar técnicas de relajación.</p>	<p>En numerosas instituciones públicas del país, la apendicectomía convencional continúa siendo la intervención habitual, condición determinada por restricciones técnicas y logísticas inherentes al contexto de salud. Al concluir el procedimiento, el paciente precisa de un abordaje de atención multidisciplinaria orientado a la prevención de complicaciones, el control de la dolorosa y la potenciación de la recuperación funcional. Las revisiones recientes destacan que un planificado y estructurado de los cuidados postoperatorios incide de forma positiva en la disminución de los plazos de recuperación y en la reducción, en términos estadísticos, de la infección y el dolor persistente.</p>	<p>Calificación inicial: 3 (severo).</p> <p>Calificación esperada: 4 (leve) a 5 (no severo).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2102 - Dolor severo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>2102 - Dolor moderado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>2102 - Dolor leve</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table> <p>Calificación Final: 15</p> <p>Calificación Diana: 20%</p> <p>Ponderado:</p> <p>3-----100%</p> <p>15-----X = 100%</p> <p><b>Comentario:</b> Efectuado el ponderado Diana, se alcanzó 5 puntos. Esto manifiesta un logro en la disminución del dolor estándares normales asignados para su clasificación.</p>	INDICADORES	1	2	3	4	5	2102 - Dolor severo					X	2102 - Dolor moderado					X	2102 - Dolor leve					X
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
2102 - Dolor severo	X																																																			
2102 - Dolor moderado		X																																																		
2102 - Dolor leve			X																																																	
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
2102 - Dolor severo					X																																															
2102 - Dolor moderado					X																																															
2102 - Dolor leve					X																																															



<p><b>Dominio 11:</b> Confort</p> <p><b>Clase 6:</b> Termorregulación</p> <p><b>Código:</b> 00007</p> <p>Hipertermia relacionada con el proceso inflamatorio agudo.</p>	<p>- El paciente mantendrá una temperatura corporal dentro de rangos normales (36-37.5°C) en las próximas 48 horas.</p> <p><b>NOC:</b> Regulación de la temperatura corporal (0800)</p> <p><b>Dominio:</b> Fisiológico: regulación y mantenimiento.</p> <p><b>Clase:</b> Termorregulación</p> <p><b>Escala de medición:</b></p> <table border="1" data-bbox="481 678 936 1021"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0802- Temperatura corporal dentro del rango normal (36.5°C-37.5°C)</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2002-Estado general confortable y sin malestar</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1602-Participación del paciente en medidas para reducir la fiebre</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Calificación: 2</p>	INDICADORES	1	2	3	4	5	0802- Temperatura corporal dentro del rango normal (36.5°C-37.5°C)	X					2002-Estado general confortable y sin malestar						1602-Participación del paciente en medidas para reducir la fiebre	X					<p>Controlar temperatura corporal cada 4 horas (NIC 3900).</p> <p>- Administrar antipiréticos según indicación médica (NIC 2310).</p> <p>- Promover hidratación adecuada.</p>	<p>Durante el periodo postquirúrgico, particularmente en pacientes sometidos a apendicectomía convencional, la fisiología digestiva se ve alterada y se manifiestan síntomas como náuseas, distensión abdominal y anorexia, que limitan la ingesta nutricional. La insuficiencia en la provisión de nutrientes, a su vez, obstaculiza la reconstrucción de las membranas responsables de la cicatrización, compromete la reconstitución de las competencias y, en consecuencia, prolonga las hospitalizaciones.</p>	<p>Calificación inicial: 2 (comprometido).</p> <p>Calificación esperada: 4 (compensado) a 5 (normal).</p> <table border="1" data-bbox="1594 399 2087 746"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0802- Temperatura corporal dentro del rango normal (36.5°C-37.5°C)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2002-Estado general confortable y sin malestar</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1602-Participación del paciente en medidas para reducir la fiebre</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table> <p>Calificación Final:13</p> <p>Calificación Diana: 15%</p> <p>Ponderado:</p> <p>13-----100%</p> <p>2-----X = 100%</p> <p>Comentario: El paciente responde favorablemente al tratamiento. Se continúa el monitoreo y educación para mantener la temperatura corporal dentro de parámetros normales.</p>	INDICADORES	1	2	3	4	5	0802- Temperatura corporal dentro del rango normal (36.5°C-37.5°C)				X		2002-Estado general confortable y sin malestar				X		1602-Participación del paciente en medidas para reducir la fiebre					X
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
0802- Temperatura corporal dentro del rango normal (36.5°C-37.5°C)	X																																																			
2002-Estado general confortable y sin malestar																																																				
1602-Participación del paciente en medidas para reducir la fiebre	X																																																			
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
0802- Temperatura corporal dentro del rango normal (36.5°C-37.5°C)				X																																																
2002-Estado general confortable y sin malestar				X																																																
1602-Participación del paciente en medidas para reducir la fiebre					X																																															



<p><b>Dominio</b> 9: Confort</p> <p><b>Clase</b> 2: Respuestas de Afrontamiento.</p> <p><b>Código:</b> 000146</p> <p>Ansiedad relacionada con incertidumbre frente al procedimiento quirúrgico.</p>	<p>9: - El paciente demostrará conductas tranquilas y comprensión del procedimiento en 24 horas.</p> <p><b>NOC:</b> Control de ansiedad (1211)</p> <p><b>Dominio V:</b> Salud percibida</p> <p><b>Clase V:</b> Sintomatología</p> <p><b>Escala de medición:</b></p> <table border="1" data-bbox="481 571 936 944"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1211- Disminución de la tensión física</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1404-Nivel de miedo expresado</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1601-Participación activa en el tratamiento</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Calificación: 3</p>	INDICADORES	1	2	3	4	5	1211- Disminución de la tensión física	X					1404-Nivel de miedo expresado	X					1601-Participación activa en el tratamiento	X					<p>- Brindar información clara sobre el procedimiento quirúrgico (NIC 5602).</p> <p>- Fomentar la expresión de emociones y preocupaciones.</p> <p>- Ofrecer apoyo emocional continuo (NIC 5230).</p>	<p>La ansiedad que rodea el periodo preoperatorio constituye una respuesta emocional frecuente en la población quirúrgica, particularmente en aquellos que carecen de información precisa sobre el procedimiento que se realizará, así como sobre los riesgos inherentes y las expectativas en torno a los resultados. Esta condición se distingue por un repertorio de síntomas subjetivos que incluye miedo, inquietud e inseguridad, los cuales, a su vez, se traducen en manifestaciones fisiológicas tales como taquicardia, sudoración, hipertonia muscular e, incluso, incremento del dolor.</p>	<p>Calificación inicial: 3 (moderada).</p> <p>Calificación esperada: 4 (leve) a 5 (ninguna).</p> <table border="1" data-bbox="1594 363 2085 735"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1211- Disminución de la tensión física</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1404-Nivel de miedo expresado</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1601-Participación activa en el tratamiento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table> <p>Calificación Final:11</p> <p>Calificación Diana:27%</p> <p>Ponderado:</p> <p>11-----100%</p> <p>3-----X = 100%</p> <p>Comentario: El objetivo se logró de manera parcial; se observaron mejoras en la calma del paciente, aunque aún se requiere reforzar estrategias de afrontamiento antes de la cirugía.</p>	INDICADORES	1	2	3	4	5	1211- Disminución de la tensión física			X			1404-Nivel de miedo expresado			X			1601-Participación activa en el tratamiento					X
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
1211- Disminución de la tensión física	X																																																			
1404-Nivel de miedo expresado	X																																																			
1601-Participación activa en el tratamiento	X																																																			
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
1211- Disminución de la tensión física			X																																																	
1404-Nivel de miedo expresado			X																																																	
1601-Participación activa en el tratamiento					X																																															



<p><b>Dominio 2:</b> Nutrición.</p> <p><b>Clase 1:</b> Ingesta.</p> <p><b>Código:</b> 00002</p> <p>Déficit de ingesta nutricional relacionado con náuseas y dolor abdominal.</p>	<p>- El paciente tolerará líquidos y alimentos blandos progresivamente en 48 horas.</p> <p>- Indicador: Estado Nutricional: Ingesta de Alimentos y Líquidos (NOC 1004).</p> <p><b>NOC:</b> Estado nutricional (1004)</p> <p><b>Dominio V:</b> Salud percibida</p> <p><b>Clase V:</b> Sintomatología</p> <p><b>Escala de medición:</b></p> <table border="1" data-bbox="481 678 940 1085"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1004 - Cantidad y tipo de alimento ingeridos</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0602- Nivel de hidratación</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2109 - Ausencia o reducción de náuseas</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Calificación: 3</p> <p>- Escala Diana: 1 (muy comprometido) a 5 (excelente).</p>	INDICADORES	1	2	3	4	5	1004 - Cantidad y tipo de alimento ingeridos	X					0602- Nivel de hidratación	X					2109 - Ausencia o reducción de náuseas	X					<p>- Evaluar tolerancia a alimentos y líquidos (NIC 1056).</p> <p>- Ofrecer líquidos claros y dieta blanda según tolerancia.</p> <p>- Administrar antieméticos según indicación médica (NIC 1450).</p>	<p>La insuficiencia de ingesta nutricional constituye una alteración común en pacientes diagnosticados de apendicitis aguda, en particular cuando presentan síntomas asociados como náuseas, vómitos y dolor abdominal, cuya severidad compromete el apetito y la tolerancia hacia los alimentos. El predominio de estos signos clínicos interfiere de manera directa en un equilibrio nutricional adecuado y se traduce en una repercusión adversa sobre la convalecencia, especialmente en el transcurso de la fase postoperatoria.</p>	<p>Calificación inicial: 3 (comprometido).</p> <p>Calificación esperada: 4 (mejorado) a 5 (excelente).</p> <table border="1" data-bbox="1594 399 2083 710"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1004 - Cantidad y tipo de alimento ingeridos</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0602- Nivel de hidratación</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2109 - Ausencia o reducción de náuseas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table> <p>Calificación Final:10</p> <p>Calificación Diana: 27%</p> <p>Ponderado:</p> <p>11-----100%</p> <p>3-----X = 100%</p> <p>Comentario: Se evidenció mejora progresiva en la alimentación, aunque persisten algunas molestias leves postprandiales. Se recomienda mantener vigilancia y apoyo nutricional gradual.</p>	INDICADORES	1	2	3	4	5	1004 - Cantidad y tipo de alimento ingeridos		X				0602- Nivel de hidratación			X			2109 - Ausencia o reducción de náuseas					X
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
1004 - Cantidad y tipo de alimento ingeridos	X																																																			
0602- Nivel de hidratación	X																																																			
2109 - Ausencia o reducción de náuseas	X																																																			
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
1004 - Cantidad y tipo de alimento ingeridos		X																																																		
0602- Nivel de hidratación			X																																																	
2109 - Ausencia o reducción de náuseas					X																																															



<p><b>Dominio</b> 11: Seguridad protección /</p> <p><b>Clase</b> 1: Infección.</p> <p><b>Código:</b> 06550</p> <p>Riesgo de infección relacionado con intervención quirúrgica.</p>	<p>- El paciente no presentará signos de infección en el sitio quirúrgico durante el periodo postoperatorio.</p> <p><b>NOC:</b> Estado de riesgo de infección (0702)</p> <p><b>Dominio:</b> Seguridad/protección</p> <p><b>Clase:</b> Respuesta inmunitaria.</p> <p><b>Escala de medición:</b></p> <table border="1" data-bbox="481 678 936 949"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1102 - Mantiene integridad de la herida quirúrgica</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0703 - Ausencia de signos locales de infección</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1618 - Cumplimiento de medias de higiene</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Calificación: 3</p> <p>- Escala Diana: 1 (muy comprometida) a 5 (totalmente íntegra).</p>	INDICADORES	1	2	3	4	5	1102 - Mantiene integridad de la herida quirúrgica	X					0703 - Ausencia de signos locales de infección	X					1618 - Cumplimiento de medias de higiene	X					<p>- Realizar técnicas de asepsia y antisepsia durante los cuidados de la herida (NIC 3660).</p> <p>- Educar al paciente sobre el cuidado del sitio quirúrgico (NIC 5612).</p>	<p>La infección posquirúrgica constituye una de las complicaciones más prevalentes y críticas que se observan después de procedimientos quirúrgicos, incluida la apendicectomía convencional. La práctica de esta intervención conlleva la sección de múltiples capas tisulares, la consiguiente exposición a microflora contaminante y la perturbación de las barreras inmunológicas innatas, fenómenos que, en conjunción, elevan la susceptibilidad a procesos infecciosos tanto a nivel de la herida quirúrgica como en sistemas orgánicos vecinos o distales.</p>	<p>Calificación inicial: 3 (algo comprometida).</p> <table border="1" data-bbox="1594 383 2087 678"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1102 - Mantiene integridad de la herida quirúrgica</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0703 - Ausencia de signos locales de infección</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>1618 - Cumplimiento de medias de higiene</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table> <p>Calificación Final:14 Calificación Diana: 21% Ponderado: 14-----100% 3-----X = 100%</p> <p>Comentario: El paciente evoluciona favorablemente. Las medidas preventivas han sido efectivas y no se han presentado signos de infección, pero se continúa con vigilancia activa.</p>	INDICADORES	1	2	3	4	5	1102 - Mantiene integridad de la herida quirúrgica				X		0703 - Ausencia de signos locales de infección					X	1618 - Cumplimiento de medias de higiene					X
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
1102 - Mantiene integridad de la herida quirúrgica	X																																																			
0703 - Ausencia de signos locales de infección	X																																																			
1618 - Cumplimiento de medias de higiene	X																																																			
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
1102 - Mantiene integridad de la herida quirúrgica				X																																																
0703 - Ausencia de signos locales de infección					X																																															
1618 - Cumplimiento de medias de higiene					X																																															



<p><b>Dominio</b> 2: Seguridad protección /</p> <p><b>Clase</b> 5: Infección.</p> <p><b>Código:</b> 00195</p> <p>Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con vómitos y fiebre.</p>	<p>- El paciente mantendrá un equilibrio hidroelectrolítico adecuado en las próximas 48 horas.</p> <p><b>NOC:</b> Equilibrio de líquidos y electrolitos (NOC 0601).</p> <p><b>Dominio:</b> Fisiológico: regulación y mantenimiento</p> <p><b>Clase:</b> Homeóstasis</p> <p><b>Escala de medición:</b></p> <table border="1" data-bbox="481 678 936 1045"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0601- Nivel de sodio, potasio y cloro.</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0803- Signos vitales estables</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2109-Disminución de vómitos</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Calificación: 2</p> <p>Escala Diana: 3 (muy comprometido) a 5 (totalmente equilibrado).</p>	INDICADORES	1	2	3	4	5	0601- Nivel de sodio, potasio y cloro.	X					0803- Signos vitales estables	X					2109-Disminución de vómitos	X					<p>- Monitorear signos de deshidratación y niveles electrolíticos (NIC 4120).</p> <p>- Administrar líquidos intravenosos según indicación médica (NIC 2000).</p> <p>- Promover hidratación oral.</p>	<p>La homeostasis electrolítica resulta esencial para la integridad de los principales sistemas orgánicos, en particular para los circuitos neuromuscular, cardiovascular y renal. En el contexto de un paciente diagnosticado con apendicitis aguda, la combinación de frecuentes episodios de vómito y de fiebre elevada puede inducir un desequilibrio electrolítico severo, dado que se movilizan cuantiosas reservas de agua y electrolitos—en particular sodio, potasio y cloro—por el sudor, la diuresis y la pérdida intestinal.</p>	<p>Calificación inicial: 2 (comprometido).</p> <p>Calificación esperada: 4 (compensado) a 5 (totalmente equilibrado).</p> <table border="1" data-bbox="1653 438 2112 821"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0601 - Nivel de sodio, potasio y cloro.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>0803 - Signos vitales estables</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2109-Disminución de vómitos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table> <p>Calificación Final:14</p> <p>Calificación Diana: 14%</p> <p>Ponderado:</p> <p>14-----100%</p> <p>2-----X = 100%</p> <p>Comentario: El paciente ha mostrado una evolución favorable. Se mantiene vigilancia continua para asegurar la estabilización completa del equilibrio hidroelectrolítico.</p>	INDICADORES	1	2	3	4	5	0601 - Nivel de sodio, potasio y cloro.					X	0803 - Signos vitales estables						2109-Disminución de vómitos				X	X
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
0601- Nivel de sodio, potasio y cloro.	X																																																			
0803- Signos vitales estables	X																																																			
2109-Disminución de vómitos	X																																																			
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
0601 - Nivel de sodio, potasio y cloro.					X																																															
0803 - Signos vitales estables																																																				
2109-Disminución de vómitos				X	X																																															



<b>Dominio</b> 4: Actividad / Reposo  <b>Clase</b> 2: Actividad ejercicio.  <b>Código:</b> 00085  Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor postquirúrgico.	- El paciente realizará movimientos básicos con menor dificultad en las próximas 48 horas.  - Indicador: Movilidad: Ambulación NOC (0208).  <b>Dominio:</b> Función fisiológica: actividad y reposos  <b>Clase:</b> Movimiento  <b>Escala de medición:</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0208 - Se pone de pie con ayuda</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0208 - Camina distancias cortas</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0200 - Tolerancia la movilidad progresiva</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Calificación: 3  - Escala Diana: 1 (muy limitada) a 5 (completamente independiente).	INDICADORES	1	2	3	4	5	0208 - Se pone de pie con ayuda	X					0208 - Camina distancias cortas	X					0200 - Tolerancia la movilidad progresiva	X					- Ayudar al paciente a realizar cambios de posición con soporte (NIC 0840).  - Enseñar ejercicios de movilización pasiva (NIC 0224).  - Administrar analgésicos según prescripción médica (NIC 1400).	Tras la realización de apendicectomías convencionales, la limitación de la movilidad física constituye una dificultad habitual en el postoperatorio inmediato.  Entre las diversas causas, el dolor se reconoce como el factor primordial: el malestar, aun moderado, provoca en el paciente una anticipación negativa que se traduce en la evitación del movimiento. Este comportamiento, alimentado por el temor a que el desplazamiento incrementa el discomfort, se traduce en una severa actitud de inmovilidad, liderazgo que tiende a perpetuarse, retarda los tiempos de recuperación y puede contribuir a la aparición de complicaciones adicionales.	Calificación inicial: 3 (limitada).  Calificación esperada: 3 (mejorada) a 5 (independiente).  <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0208 - Se pone de pie con ayuda</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>0208 - Camina distancias cortas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>0200 - Tolerancia la movilidad progresiva</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table> Calificación Final: 15  Calificación Diana: 20%  Ponderado: 15-----100% 3-----X = 100%  Comentario: El paciente presenta una evolución favorable en su capacidad de movimiento, evidenciando mejoras en todos los indicadores planteados. Aún se requieren intervenciones continuas para alcanzar el nivel óptimo de independencia.	INDICADORES	1	2	3	4	5	0208 - Se pone de pie con ayuda					X	0208 - Camina distancias cortas					X	0200 - Tolerancia la movilidad progresiva					X
	INDICADORES	1	2	3	4	5																																														
0208 - Se pone de pie con ayuda	X																																																			
0208 - Camina distancias cortas	X																																																			
0200 - Tolerancia la movilidad progresiva	X																																																			
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
0208 - Se pone de pie con ayuda					X																																															
0208 - Camina distancias cortas					X																																															
0200 - Tolerancia la movilidad progresiva					X																																															

1	Muy comprometido	2	Comprometido	3	Algo comprometida	4	Mejorado	5	Excelente
---	------------------	---	--------------	---	-------------------	---	----------	---	-----------

**Fuente. Planificación.** Este esquema de planificación integra objetivos claros, intervenciones específicas y criterios de evaluación para cada diagnóstico de enfermería, favoreciendo un enfoque integral en la atención del paciente.



## CAPÍTULO IV

### EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

#### 4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA

##### SOAPIE 1

**NOMBRES:** J.P.C.

**02-02-2024**

##### **S: SUBJETIVO**

El paciente refiere: "Me duele mucho el abdomen, pero no tanto como antes, y todavía me siento preocupado por la operación." Indica dificultad para moverse debido al dolor.

##### **O: OBJETIVO**

- Paciente adulto joven de 30 años, con diagnóstico médico de Apendicitis aguda.
- Dolor localizado en cuadrante inferior derecho (escala de dolor: 6/10).
- Fiebre persistente de 38.2°C.
- Piel tibia y húmeda.
- Movilidad limitada debido al dolor.
- Ansiedad evidente, manifestada por inquietud y preocupación verbalizada.



## A: ANÁLISIS

- Dolor agudo relacionado con el proceso inflamatorio apendicular.
- Ansiedad relacionada con la intervención quirúrgica.
- Hipertermia relacionada con el proceso inflamatorio agudo.

## P: PLANIFICACIÓN

- Controlar el dolor con analgésicos según prescripción médica.
- Brindar información clara sobre el procedimiento quirúrgico para reducir la ansiedad.
- Monitorear signos vitales y administrar antipiréticos según indicación médica.
- Proporcionar medidas no farmacológicas para aliviar el dolor (técnicas de relajación).

## I: INTERVENCIÓN

- Se administró paracetamol (500 mg) según indicación médica para el control del dolor y la fiebre.
- Se brindó apoyo emocional al paciente explicando el procedimiento quirúrgico y los cuidados postoperatorios.
- Se monitorearon signos vitales cada 4 horas: temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria dentro de rangos esperados.
- Se ayudó al paciente a adoptar una posición antálgica cómoda para disminuir el dolor.

## E: EVALUACIÓN

El paciente refiere mejoría parcial del dolor (escala de dolor reducida a 4/10 después



de la administración del analgésico). Se observa menor inquietud tras la conversación informativa, aunque persiste ansiedad moderada. La temperatura corporal se redujo a 37.8°C. Movilidad aún limitada.

## SOAPIE 2

**Nombre del Paciente: J.P.C.**

**Fecha: 02-04-2024**

### **S: SUBJETIVO**

**El paciente refiere:** "Siento algo de dolor al moverme, pero ya no es tan fuerte. También estoy preocupado por la recuperación después de la cirugía." Señala cansancio y ligera inapetencia.

### **O: OBJETIVO**

- Escala de dolor reportada: 4/10.
- Temperatura corporal: 37.6°C.
- Piel tibia, sin signos de infección en el abdomen.
- Movilidad limitada, con preferencia por posición supina.
- Ansiedad evidente, manifestada por inquietud y expresión de preocupación verbalizada.

### **A: ANÁLISIS**

- Dolor agudo relacionado con el proceso inflamatorio apendicular.
- Ansiedad relacionada con el proceso postoperatorio.



- Déficit de ingesta nutricional relacionado con náuseas y dolor abdominal.

## **P: PLANIFICACIÓN**

- Continuar el manejo del dolor con analgésicos según prescripción médica.
- Proporcionar información sobre el proceso de recuperación postoperatoria para reducir la ansiedad.
- Promover una dieta líquida progresiva, según tolerancia, para mejorar la ingesta nutricional.

## **I: INTERVENCIÓN**

- Se administró paracetamol (500 mg) según indicación médica, logrando una reducción del dolor.
- Se brindó apoyo emocional al paciente explicando las etapas de la recuperación y resolviendo sus dudas.
- Se ofrecieron líquidos claros, los cuales fueron aceptados en pequeñas cantidades, sin signos de intolerancia.
- Se monitorearon signos vitales cada 4 horas, observándose estabilidad en los parámetros.

## **E: EVALUACIÓN**

El paciente muestra una ligera mejoría en el nivel de dolor (reducido a 4/10), y tolera líquidos sin náuseas ni vómitos. La temperatura corporal se encuentra dentro de los rangos esperados (37.6°C). Ansiedad moderada persiste, pero se evidencia mayor tranquilidad tras el apoyo emocional proporcionado.



## CAPÍTULO V

### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

#### 4.1. BASES TEÓRICAS

##### 4.1.1. La Apendicectomía

La apendicectomía continúa siendo uno de los procedimientos de urgencia abdominal más frecuentemente practicados en todo el mundo. Este acto quirúrgico establece el tratamiento decisivo frente a la apendicitis aguda, una enfermedad de inflamación del apéndice vermiforme que, de no ser abordada, puede llegar a la perforación, a la peritonitis y a la sepsis, lo que a su vez se traduce en elevada morbimortalidad (Bhangu et al., 2015). Con el tiempo, las técnicas operatorias han progresado de la apendicectomía abierta clásica a la laparoscópica, la cual ha mostrado ventajas bien documentadas, tales como la reducción del dolor posquirúrgico, de la estancia hospitalaria y de la fase de recuperación. A pesar de ser un acto rutinario, la obtención de resultados favorables y la minimización de las complicaciones dependen, por igual, de un diagnóstico precoz y preciso y del empleo de una técnica quirúrgica rigurosa.

La comprensión detallada de la anatomía y la fisiología del apéndice vermiforme es un elemento clave en el diagnóstico y en el abordaje temporal y quirúrgico de la apendicitis aguda, el cuadro clínico que más frecuentemente compromete esta estructura. Desde el punto de vista anatómico, el apéndice representa un tubo



delgado, abierto en un extremo, que se origina del ciego, situándose de manera habitual en la fosa ílfaca derecha; no obstante, la variabilidad posicional descrita — descenso, retrocecal, posileal, entre otras— en ocasiones enmascara el diagnóstico clínico correcto (MedlinePlus, 2023). El examen histológico revela un litoral laminar de tejido linfoide asociado a la mucosa (Mucosa-Associated Lymphoid Tissue, MALT), lo que de algún modo avala la hipótesis de que desempeña un rol en la inmunidad intestinal, aunque no se ha podido establecer un perfil funcional e irreductible y ha motivado posturas contradictorias durante años (Bhangu et al., 2015). Paralelamente, evidencias más recientes aluden a que el apéndice puede actuar, poco más que en términos reservoriales, como depositario de contribuciones bacterianas intestinales apreciadas, facilitando la recolonización del microbiota luego de perturbaciones evidentes como el síndrome diarreico agudo o procesos infecciosos que lo comprometieron (Villagrán y Martínez, 2017). El dominio cabal de estas precisiones anatómicas y funcionales se revela, por ello, como prerequisite indiscutible para el proceder de todo clínico que debe enfrentar el reto de la apendicitis.

**Variación de longitud:** la longitud del apéndice puede oscilar entre 2 y 20 centímetros, y esta medida influye en la distancia recorrida por los residuos luminales, afectando la probabilidad de obstrucción.

**Dirección del apéndice:** el apéndice puede tener una orientación retrocecal, pélvica, medial o lateral. La orientación determine la extensión del dolor y la técnica quirúrgica recomendable.



Presencia de apéndice en la pelvis: en algunos casos, el apéndice puede extenderse a la cavidad pélvica, lo que puede enmascarar el diagnóstico en pacientes del sexo femenino, simulando una patología ginecológica.

**Apendicitis de tipo ciego:** en raras ocasiones, el apéndice puede tener una inserción ectópica en el ciego, lo que puede complicar el reconocimiento quirúrgico y diagnóstico.

Con estas variaciones, la tan común apendicitis aguda se torna un síntoma que trasciende un dolor abdominal único en su presentación, lo que resalta la necesidad de una evaluación clínica minuciosa y, en casos de duda, el respaldo imagenológico pertinente:

- Posición retrocecal: Detrás del ciego (la más frecuente, alrededor del 65%).
- Posición pélvica: Descendiendo hacia la pelvis.
- Posición subcecal: Debajo del ciego.
- Posición preileal: Delante del íleon.
- Posición postileal: Detrás del íleon.

Las anomalías de posición del apéndice léxico introducen desviaciones en la distribución del dolor, y de este modo dificultan la identificación etiológica por parte del clínico. Un apéndice retrocecal, por ejemplo, puede inducir a la nocicepción a nivel de la región paravertebral, en la cual los dermatomas de la parte baja de la espalda y del flanco se solapan; en tanto que un apéndice ubicado en la cavidad pélvica tiende a emular un abanico de síndromes dolorosos asociados a los órganos ginecológicos o a los tractos urinarios y, por tanto, abre la puerta a



confusiones diagnósticas que requieren un alto nivel de sospecha y, en ocasiones, el uso de técnicas de imagen dirigidas.

## **Irrigación sanguínea**

La irrigación sanguínea del apéndice desempeña un papel crucial en su funcionamiento y dicta el riesgo de isquemia durante los episodios de apendicitis. La vascularización procede, en su mayor parte, de la arteria apendicular, una rama de la arteria ileocólica; esta configuración de arteria terminal convierte a la vascularización en una vía de alto riesgo. En situaciones de inflamación del apéndice, una oclusión, por leve que sea, puede comprometer la perfusión, lo que a su vez precipita la isquemia y la posterior necrosis del tejido apendicular.

## **Inervación**

La inervación del apéndice iliocecal está mediada por un intrincado sistema neuronal que, al activarse, explica con precisión el carácter del dolor que acompaña a la apendicitis aguda. Los impulsos nociceptivos son transmitidos por fibras que emergen del plexo celíaco, así como por ramas del nervio vago; esta dualidad explica la irradiación del dolor. En una fase temprana, la irritación inflamatoria de la pared apendicular estimula fibras viscerales aferentes, lo que se traduce en una sensación dolorosa difusa y mal localizada en la zona periumbilical. Conforme el proceso inflamatorio se intensifica y alcanza el peritoneo parietal, el daño a las fibras somáticas provoca un cambio cualitativo y cuantitativo en el dolor, que se hace agudo, perfectamente localizado y con la forma de un signo de rebote en la fosa ilíaca derecha.



## Histología del apéndice

El examen histológico del apéndice ilustra con claridad la organización microscópica necesaria para esclarecer tanto su función fisiológica como los mecanismos involucrados en la apendicitis aguda. Desde el punto de vista de su arquitectura general, el apéndice presenta los mismos niveles estructurales que el tracto gastrointestinal, manifestándose, sin embargo, como un espacio relativamente estrecho. Las características que lo singularizan emergen en el componente linfoide, que es de un desarrollo particularmente notable en comparación con otras secciones del intestino, llegando a formar folículos linfoides cuya densidad y madurez son variables según la edad del individuo y la exposición antigénica.

## Capas de la pared apendicular

La pared del apéndice está compuesta por cuatro capas concéntricas, cada una con funciones específicas:

- **Mucosa:** Constituye la superficie interna del apéndice, cubierta por un epitelio cilíndrico simple dotado de células caliciformes y de células absortivas. En su estructura se encuentran criptas de Lieberkühn, de profundidad menor que las del colon, lo que la hace particularmente susceptible a la inflamación y la ulceración en la fase inicial de la apendicitis.
- **Submucosa:** Localizada inmediatamente por debajo de la mucosa, se compone de un tejido conectivo laxo que alberga una densa red de vasos sanguíneos, vasos linfáticos y fascículos nerviosos. Un rasgo distintivo de la



submucosa del apéndice es la profusión de folículos linfoides, cuya actividad se acentúa en contextos inflamatorios.

- **Muscular:** Se organiza en dos capas de músculo liso: la interna, de disposición circular, y la externa, de disposición longitudinal. Aunque su función es producir contracciones peristálticas, estas son esporádicas y de escasa relevancia en la función fisiológica del apéndice, lo que le confiere una motilidad reducida.
- **Serosa:** Formada por tejido conectivo laxo y epitelio plano simple, corresponde al mesotelio que continuamente se extiende como una lámina frágil del peritoneo visceral. Los procesos inflamatorios que alcanzan esta capa son responsables de la manifestación dolorosa somática, fenómeno que delimita el área cortical de dolor en los cuadros apendiculares.

### **Tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT) y su importancia inmunológica**

Una de las características histológicas más distintivas e instructivas del apéndice es el abundante elemento de tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT). Este componente se dispone en múltiples folículos linfoides bien desarrollados, que se localizan primordialmente en la submucosa, aunque los más superficiales extienden sus márgenes hasta la lámina propia de la mucosa.

El MALT del apéndice, en analogía con las Placas de Peyer del intestino delgado, realiza una función inmunológica considerable dentro de la esfera gastrointestinal. Su actividad se asemeja a la de un módulo de procesamiento de antígenos, donde los linfocitos B y T establecen interacciones con los antígenos luminales, favoreciendo de esta manera la vigilancia inmunológica del intestino en el que se



inserta. La significación cuantitativa de esta acumulación de tejido linfoide propicia, se ha observado, una respuesta de hiperplasia tras infecciones, tal que la dilatación secundaria puede ocasionar la obliteración de la luz del apéndice y, por ende, conducir a la apendicitis aguda. A pesar de que la actividad inmunológica concreta de esta estructura y sus implicaciones se continúan investigando, el hallazgo de tal dispositivo linfoide revela un papel funcional que sobrepasa la mera consideración de vestigio anatómico.

### **Fisiología (Función del Apéndice)**

Aunque su diminuto tamaño y la frecuente resección sin efectos inmediatos pueden hacer que parezca trivial, la función del apéndice ha suscitado controversia y análisis en la literatura médica desde hace siglos. No se limita, como se supuso durante mucho tiempo, a representar un órgano rudimentario sin utilidad; por el contrario, estudios contemporáneos sugieren que desempeña roles relacionados no únicamente con la digestión, sino también con el mantenimiento y la regulación del sistema inmunológico, el equilibrio de la flora intestinal y, en ciertos contextos, la respuesta a infecciones intestinales.

El tipo de anestesia predominante para la apendicectomía es la anestesia general, especialmente en el abordaje laparoscópico. Esta técnica asegura la inconsciencia, la relajación muscular y el control de la vía aérea, lo cual es fundamental para la insuflación abdominal (neumoperitoneo) y la manipulación de los órganos. En casos seleccionados, especialmente en cirugías abiertas sin complicaciones significativas o en pacientes con ciertas comorbilidades, se puede considerar la anestesia regional (por ejemplo, anestesia espinal o epidural). Este tipo de anestesia permite que el paciente permanezca consciente, pero sin sentir dolor desde el sitio



quirúrgico, y puede ser ventajosa en pacientes con riesgo respiratorio o cardiovascular elevado (Patel et al., 2021). La decisión final sobre el tipo de anestesia se basa en la evaluación preoperatoria del paciente, la preferencia del cirujano y el anestesiólogo, y las características específicas de la apendicitis.

## Teorías sobre su función

Históricamente, se han propuesto varias teorías sobre la función del apéndice:

- **Órgano Linfoide:** Entre las hipótesis vigentes se considera prevalente que el apéndice actúa como un órgano linfoide. Su pared se halla densamente infiltrada de tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT), cuya organización y función se asemejan a las de las placas de Peyer localizadas en el intestino delgado. Esta abundancia de componentes del sistema inmunitario sugiere un compromiso directo con la vigilancia inmunológica intestinal, contribuyendo no sólo a la detección de patógenos, sino también a la regulación del ecosistema microbiano huésped.
- **Reservorio Bacteriano:** Paralelamente, se ha formulado una noción que presenta al apéndice como un reservorio de microflora intestinal benéfica. Su geometría tubular y su extremo ciego podrían ofrecer un microhábitat relativamente protegido frente a condiciones adversas, tales como la agresión epitelial que acompaña a las diarreas graves o la presión selectiva de la terapia antimicrobiana. En episodios de disbiosis, el apéndice actuaría como un refugio que permitiría la rescisión y redistribución de cepas microbianas benéficas, restaurando así la homeostasis del intestino.



- **Vestigio Evolutivo:** La concepción tradicional ha situado al apéndice como un rastro de un aparato digestivo más extenso, cuya relevancia persistía entre los antepasados herbívoros pero que, en la línea humana, se había convertido en estructura superflua. Tal hipótesis reposaba en el hecho de que la extirpación del apéndice no origina déficits evidentes en el plano metabólico o fisiológico inmediatos. No obstante, análisis contemporáneos plantean que esta caracterización unidimensional no agota la complejidad funcional del órgano.

### **Importancia de su función inmunológica en el intestino**

Independientemente de su consideración como reservorio bacteriano, la función inmunológica del apéndice en el entorno intestinal ha suscitado atención creciente. Se ha documentado que el tejido linfoide asociado al apéndice interviene de modo directo en la maduración de los linfocitos B, en la intensa producción de inmunoglobulinas —especialmente IgA— y en la eficaz presentación de antígenos, actividades que, de forma acumulativa, sostienen la homeostasis inmunológica del tracto gastrointestinal. Se plantea, por lo tanto, la hipótesis de que dicho tejido apendicular tiene un efecto modulador en el desarrollo y la prevención de enfermedades inflamatorias intestinales. Si bien su ausencia no provoca un daño inmediato en la supervivencia, su papel como componente del elaborado sistema inmunitario del intestino delgado y del intestino grueso merece un análisis más profundo, por lo que su función y su evolución bioquímica siguen siendo objeto de constantes y detalladas líneas de investigación que podrían revelar, de forma progresiva, la importancia no secundaria de esta diminuta estructura orgánica.



## 4.1.2. Apendicitis Aguda

La apendicitis aguda constituye la etiología predominante del dolor abdominal agudo que demanda inmediata atención quirúrgica en el contexto mundial, afectando a millones y planteando, por su amplia heterogeneidad clínica, un reto diagnóstico considerable (Søreide, 2021). Su patogenia se centra en la inflamación del apéndice vermiforme, un vestigio injertado en el ciego, y la evolución en ausencia de tratamiento puede desembocar en acontecimientos adversos severos como perforación, formación de abscesos, peritonitis y, en la secuencia final, un shock séptico, hecho que subraya la necesidad imperiosa primero de su detención y luego de su abordaje (Di Saverio et al., 2020). Pese a que se han producido avances significativos en técnicas de diagnóstico y en abordaje quirúrgico, la apendicitis aguda permanece como un campo intensamente exploratorio, orientado tanto al perfeccionamiento de resultados quirúrgicos como a la disminución de morbilidad subsecuente.

### Definición y clasificación de la apendicitis aguda

La apendicitis aguda se caracteriza por la inflamación brusca del apéndice vermiforme, un conducto delgado anclado en patología desde su extremo ciego, y constituye, por su frecuencia, una de las principales etiologías del abdomen agudo quirúrgico, situación en la cual un diagnóstico y una intervención quirúrgica en regla resultan, sin discusión, decisivos para la preservación de la vida en el horizonte inmediato, actuando a su vez como preventivo de compromisos severos en el organismo huésped.



La evolución de la patología se estratifica según hallazgos anatomo patológicos en fases que, a su vez, describen la magnitud del daño celular, así como el eventual riesgo de ruptura en el contenido apendicular:

- Apendicitis catarral: representa la fase temprana, en la que predominan el edema de la pared apendicular y la congestión quirúrgica vascular. El examen microscópico evidencia una reacción inflamatoria leve, limitada a la mucosa y a la submucosa, con escasa cantidad de leucocitos.
- Apendicitis flemónosa: se manifiesta por una respuesta inflamatoria intensificada, que se traduce por la elucustración de un exudado purulento. En este estadio, el infiltrado inflamatorio penetra hasta las tres capas de la pared, observándose además un marcado engrosamiento y edema del apéndice.
- Apendicitis gangrenosa: la necrosis de la pared se rige por un déficit de perfusión sanguínea, que resulta en isquemia. Esta condición se traduce por una decoloración que en ocasiones se presenta como verde o, en los casos más extremos, negro, con un alto riesgo de perforación.
- Apendicitis perforada: se genera por la evolución del proceso inflamatorio hasta causar la ruptura del apéndice. La liberación del contenido luminal, que contiene bacterias, ocasiona un riesgo inminente de peritonitis, que puede ser localizada o, siendo más grave, difusa.
- Apendicitis periapendicular: se emplea esta denominación en el contexto en que la inflamación, o el proceso infeccioso, se desplaza hacia los tejidos periapendiculares. Esta situación se presenta en o en situaciones en las que



una perforación leve, clasificada como un plastrón apendicular, ha cerrado la ruptura por la formación de una respuesta inflamatoria suficientemente intensa.

## **Epidemiología de la apendicitis aguda**

La apendicitis aguda se perfila como una de las principales preocupaciones sanitarias en el ámbito mundial debido a su notable frecuencia en escenarios de atención quirúrgica. Continúa constituyendo la patología abdominal urgente más frecuentemente documentada, comprometiendo a extensas franjas de la población incluso en contextos diversos de recursos.

Los datos de incidencia y de prevalencia de esta entidad revelan pautas geográficas ampliamente divergentes; sin embargo, se calcula que cerca del 10% de la población mundial requerirá en algún momento una intervención apendicular. La distribución por grupos de edad indica que la mayor frecuencia se concentra entre la década de la adolescencia y la tercera década de vida, situándose el pico entre 10 y 30 años, aunque el espectro de presentación se extiende, sin discontinuidad, desde lactantes hasta individuos ancianos. A nivel de sexo, la patología se observa con menor frecuencia en el sexo femenino, cuya desviación es modesta pero constante.

Los factores de riesgo para desarrollar apendicitis aguda incluyen:

- Edad: La mayor incidencia en adolescentes y adultos jóvenes.
- Sexo: Predominio masculino, aunque las mujeres en edad fértil pueden presentar desafíos diagnósticos debido a condiciones ginecológicas.



- Dieta: Se ha sugerido una relación con dietas bajas en fibra y altas en carbohidratos refinados, aunque la evidencia no es concluyente. Se cree que estas dietas podrían contribuir a la formación de fecalitos.
- Factores genéticos: Aunque no es una enfermedad puramente hereditaria, se han observado agregaciones familiares, lo que sugiere una posible predisposición genética en algunos casos.
- Obstrucción luminal: Es el factor más directo, generalmente causado por un fecalito (masa endurecida de heces), pero también por hiperplasia de tejido linfóide, parásitos o cuerpos extraños.

Las complicaciones no tratadas de la apendicitis aguda son graves y potencialmente mortales, lo que resalta la necesidad de una intervención quirúrgica temprana:

- Peritonitis: La más temida, ocurre cuando el apéndice se perfora, derramando contenido infeccioso en la cavidad peritoneal, lo que lleva a una inflamación generalizada del peritoneo.
- Absceso: Formación de una colección de pus localizada alrededor del apéndice o en otras partes del abdomen como resultado de la perforación contenida.
- Fístula: Una comunicación anormal entre el apéndice o un absceso apendicular y otro órgano (como el intestino o la pared abdominal) o la piel, aunque es una complicación menos común.



Estas complicaciones aumentan significativamente la morbilidad y la mortalidad, prolongan la estancia hospitalaria y requieren tratamientos más complejos.

## **Fisiopatología de la apendicitis aguda**

La fisiopatología de la apendicitis aguda constituye un fenómeno progresivo que, si bien no es uniformemente elucidado, suele comenzarse por la obstrucción de la luz apendicular. Esta oclusión puede tener múltiples orígenes, siendo el fecalito, o sea, un aglomerado de restos fecales endurecidos, el detonante más común. A ello se suman la hiperplasia linfoide, que consiste en un crecimiento del componente linfoide del apéndice y se observa con frecuencia en la población pediátrica y adolescente; también pueden ser motivos algunos cuerpos extraños ingeridos o, en menor medida, infestaciones por parásitos intestinales. La pertinente retención del moco, que la mucosa apendicular normal genera, a raíz de la luz obstruida, conlleva a un progresivo aumento de la presión intraluminal. Esta presión, al alcanzar un umbral crítico, comprime los circuitos venosos y linfáticos, alterando al propio tiempo la microcirculación sanguínea y favoreciendo la colonización del apéndice por bacterias que pertenecen a la flora intestinal habitual. En este contexto de estancamiento y de pseudo-isquemia, el crecimiento bacteriano se intensifica, se multiplica y se encuentra potenciado por los productos de la necrosis tissular y por las sustancias vasodilatadoras. Al unísono, el daño más allá de la capa muscular activa los mediadores de la inflamación, de modo que la reacción inflamatoria se difunde jerárquicamente a través de la túnica mucosa, submucosa y muscular, comenzando al mismo tiempo la resistencia apendicular a la isquemia.

Con el incremento de la presión intraluminal y la persistencia de la inflamación, el compromiso vascular se hace más severo y, a su vez, se presentan isquemia y



necrosis en la pared del apéndice. La falta de oxígeno y de nutrientes provoca la muerte de segmentos de la pared, que se debilitan de manera progresiva. Si no se sana de modo definitivo a través de abordaje reservado o, mayormente, a intervención quirúrgica, esta necrosis evoluciona hasta la perforación de la pared apendicular. Ante esta eventualidad, el contenido del lumen apendicular, que está colonizado por un amplio espectro de bacterias, se derrama en el espacio intraperitoneal. Las secuelas que derivan de la perforación abarcan un rango que se inicia en la peritonitis localizada, consecuencia del intento del organismo de aislar la infección, y se extiende hasta la peritonitis difusa no confinada, formación de absorciones, sepsis generalizada y, en su extremo más grave, adquisición rápida de un cuadro de shock séptico y eventual muerte, que suelen producirse de manera fulminante ante la ausencia de un manejo quirúrgico y apropiado.

## **Diagnóstico clínico de la apendicitis aguda**

El diagnóstico clínico de la apendicitis aguda es fundamental y, en la mayoría de los casos, constituye el primer paso decisivo para el reconocimiento de esta urgencia quirúrgica. Si bien los estudios de imagen y los análisis de laboratorio aportan información adicional, la recolección de una historia clínica exhaustiva, junto con un examen físico riguroso, sigue siendo el elemento central para formular una sospecha diagnóstica bien sustentada.

## **Anamnesis**

La anamnesis es fundamental para recabar información sobre los síntomas del paciente. El dolor abdominal típico de la apendicitis aguda se inicia, generalmente, como una molestia periumbilical difusa, la cual en el transcurso de doce a



veinticuatro horas centra su intensidad en la fosa ilíaca derecha, adoptando un carácter progresivamente difuso. Junto al dolor abdominal se presentan náuseas, a menudo precedidas o seguidas de uno o dos vómitos, anorexia—o pérdida de apetito—y, en un subconjunto de pacientes, fiebre ligera, generalmente de bajo grado (Kasper et al., 2018). El interrogatorio sobre la cronología y la evolución de estos síntomas es un aspecto a considerar, pues la secuencia en la que se presentan puede aportar información de alto valor diagnóstico.

## Examen físico

El examen físico está dirigido a la búsqueda de signos específicos de irritación peritoneal en la fosa ilíaca derecha. El hallazgo más consistente es el dolor a la palpación en la fosa ilíaca derecha, que se acentúa en el punto de McBurney. Otros signos clásicos incluyen:

- Signo de Blumberg: Dolor de rebote al retirar bruscamente la mano después de una palpación profunda en la fosa ilíaca derecha, indicando irritación peritoneal.
- Signo de Rovsing: Dolor en la fosa ilíaca derecha al palpar la fosa ilíaca izquierda, debido a la distensión retrógrada del colon y la irritación peritoneal.
- Signo del Psoas: Dolor en la fosa ilíaca derecha al extender la cadera derecha o al flexionar el muslo contra resistencia, sugiriendo un apéndice retrocecal inflamado que irrita el músculo psoas.
- Signo del Obturador: Dolor en la fosa ilíaca derecha al flexionar el muslo derecho y rotarlo internamente, indicativo de un apéndice pélvico inflamado que irrita el músculo obturador interno.



## Diagnóstico diferencial

Dada la variabilidad en la presentación de la apendicitis, es crucial considerar un amplio diagnóstico diferencial para evitar errores diagnósticos y tratamientos innecesarios. Las condiciones que pueden simular una apendicitis aguda incluyen:

- Gastroenteritis aguda: Causa dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos y diarrea, pero sin el patrón de dolor localizado.
- Adenitis mesentérica: Inflamación de los ganglios linfáticos mesentéricos, más común en niños después de una infección viral, que causa dolor en la fosa ilíaca derecha pero con menor irritación peritoneal.
- Diverticulitis de Meckel: Inflamación de un divertículo congénito, que puede imitar completamente la apendicitis.
- Enfermedades ginecológicas: En mujeres, condiciones como el embarazo ectópico, la enfermedad inflamatoria pélvica, la torsión ovárica o el quiste ovárico roto pueden presentar síntomas similares.
- Cólico renal: Dolor agudo y migratorio que irradia a la ingle, generalmente asociado a la presencia de cálculos renales.
- Otras condiciones menos comunes como la linfadenitis ileocólica, la enfermedad de Crohn, o infecciones del tracto urinario también deben ser consideradas (Di Saverio et al., 2020).

La correcta diferenciación entre estas patologías es vital para asegurar el manejo adecuado del paciente.

#### 4.1.3. Diagnóstico complementario de la Apendicitis Aguda

Si bien el diagnóstico clínico permanece como pilar central, el uso de métodos complementarios se vuelve indispensable para validar la sospecha de apendicitis aguda, particularmente en presentaciones atípicas o en contextos donde el espectro diagnóstico se amplía. Estas técnicas incrementan la exactitud diagnóstica y permiten orientar adecuadamente el manejo terapéutico.

##### Laboratorio

Cuando se plantea el diagnóstico de apendicitis, resulta habitual la solicitud de exámenes de laboratorio como primer paso. El descubrimiento más frecuente es el incremento del recuento de leucocitos, observado con frecuencia con desviación a la izquierda, indicando una elevación relativa de neutrófilos inmaduros; esta alteración sugiere una respuesta inflamatoria generalizada. Complementariamente, la proteína C-reactiva, de carácter inespecífico, manifiesta elevados niveles en la mayoría de los casos. No obstante, estos parámetros, si bien orientan, carecen de especificidad para la apendicitis y, en consecuencia, deben ser analizados en virtud de los hallazgos clínicos y el contexto del paciente (Di Saverio et al., 2020).

##### Imágenes

Las imágenes diagnósticas juegan un papel crucial, especialmente en situaciones donde el diagnóstico clínico es incierto, y pueden reducir significativamente la tasa de apendicectomías negativas (es decir, la extirpación de un apéndice sano).

- Ecografía abdominal: La ecografía se presenta frecuentemente como la primera técnica de imagen en la evaluación de apendicitis, especialmente en



población pediátrica y en embarazadas, debido a su carácter no invasivo y a la ausencia de radiación ionizante. Los hallazgos ecográficos indicativos de apendicitis comprenden la identificación de un apéndice no compresible, cuyo diámetro supera los 6 mm, así como la observación de líquido periapendicular. Sin embargo, la exactitud diagnóstica puede verse comprometida por la variabilidad en la pericia del operador y por la interferencia del gas intestinal en el abdomen, situaciones documentadas por Puylaert y colaboradores (2021).

- Tomografía Computarizada (TC): El protocolo de tomografía axial computarizada del abdomen y la pelvis, realizado con administración de contraste intravenoso y oral, se reconoce como el patrón de referencia para el diagnóstico de apendicitis aguda. Este método proporciona una elevada sensibilidad y especificidad, confirmándose los resultados típicos en la presencia de un apéndice con un engrosamiento de la pared mayor de 2 mm, la observación de un fecalito que sugiere oclusión, realce de contraste en la pared apendicular inflamada, y líquido o abscesos en el espacio periapendicular, como resumen de los hallazgos publicados por Hansson y equipo (2017).
- Resonancia magnética (RM): La RM se está consolidando como método de elección en poblaciones vulnerables como individuos embarazadas y pediátricos, dado que su técnica prescinde de la radiación ionizante. Este método obtiene representaciones anatómicas de alta resolución del apéndice y de las estructuras adyacentes, alcanzando niveles de exactitud similares a la tomografía computarizada en la detección de apendicitis aguda. (Di Saverio et al., 2020).



La elección de la modalidad de imagen depende de la situación clínica, la disponibilidad y la experiencia del centro médico.

## **Apendicectomía: enfoques quirúrgicos**

La apendicectomía, que se define como la resección quirúrgica del apéndice vermiforme, continúa siendo el estándar de referencia en la terapia de la apendicitis aguda. Su historia revela una progresión notable: se inició con los primeros intentos de abordaje abierto, caracterizados por grandes incisiones, y ha culminado en procedimientos laparoscópicos que privilegian el trauma mínimo. La elección del acceso quirúrgico se funda en una serie de variables, que incluyen la presentación clínica de la apendicitis —desde casos no complicados hasta formas gangrenosas o perforadas—, el nivel de experiencia del cirujano y la disponibilidad del equipamiento quirúrgico y de anestesia en el centro asistencial (Bhangu et al., 2015).

## **Apendicectomía Abierta (Laparotomía)**

La apendicectomía abierta mediante laparotomía ha constituido durante más de un siglo la técnica estándar para el manejo de la apendicitis aguda y, de manera justificada, persiste como alternativa válida en contextos clínicos específicos donde análisis preoperatorios o consideraciones anatómicas limitan la aplicación de estrategias menos invasivas.

## **Historia y desarrollo**

Los antecedentes de la apendicectomía se sitúan a finales del siglo XIX. Si bien existen interacciones aisladas que antedatan la serie, es a Charles McBurney a



quien se concede la formalización de un método quirúrgico y de un punto de referencia doloroso —el apéndice— en 1889. Su aportación codificó un procedimiento que, a partir de esa fecha, se considerará el pilar en el abordaje de la apendicitis. La publicación de McBurney, en concordancia con el desarrollo de la antisepsia, cristalizó la apendicectomía en la clínica como intervención salvadora, transformando la cirugía abdominal aguda contemporánea.

## **Indicaciones**

No obstante el desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva, la apendicectomía abierta persiste como abordaje de referencia en ciertas indicaciones. La apendicitis complicada, en sus variantes de perforación con peritonitis difusa o de absceso apendicular extenso, exige el control directo y la visualización completa de la infección peritoneal, condiciones que se satisfacen con mayor certeza a través de la incisión convencional. La insuficiencia de experiencia laparoscópica del grupo quirúrgico y la inestabilidad hemodinámica del paciente, que demandan rapidez y seguridad en el procedimiento, constituyen otras indicaciones. Finalmente, la presencia de adherencias extensas o la imposibilidad técnica del abordaje laparoscópico actúan también como criterios que fundamentan la elección del abordaje abierto.

## **Técnicas**

La apendicectomía abierta se realiza a través de pequeñas incisiones abdominales. Las técnicas de incisión más comunes incluyen:



- Incisión de McBurney: Es la incisión clásica, oblicua y pequeña, localizada en el punto de McBurney. Proporciona una exposición directa al apéndice y minimiza el daño a los músculos abdominales.
- Incisión de Rocky-Davis: Una incisión transversal en la fosa ilíaca derecha, paralela a las líneas de Langer, que ofrece un buen resultado estético y acceso similar al de McBurney.
- Incisión paramediana derecha: Una incisión longitudinal a la derecha de la línea media, utilizada en casos más complejos o cuando el diagnóstico es incierto y se requiere una mayor exploración de la cavidad abdominal.

## **Ventajas y desventajas**

La apendicectomía abierta presenta características clínicas que, al sopesarse, determinan la opción quirúrgica en estratificaciones de riesgo particular. Su capacidad para reducir la duración operatoria en cuadros con inflamación difusa o tejido de adhesión prominente otorga una ventaja quirúrgica, en virtud de la exposición directa de la cavidad. Igualmente, permanece como la opción preferencial cuando el paciente exhibe inestabilidad hemodinámica o peritonitis generalizada, circunstancias que demandan acceso ampliado para manejar posibles complicaciones y efectuar el desbridamiento peritoneal necesario. A pesar de estas bondades, el abordaje abierto está relacionado con desventajas no menores, como el incremento doloroso en el período postoperatorio, el tamaño de la herida quirúrgica que se traduce en una cicatriz más apreciable y una taquigrafía de recuperación más prolongada, así como una incidencia aumentada de



infecciones en la herida, en contraste con la técnica laparoscópica reportada en la revisión sistemática de Cranford et al. (2023).

#### **4.1.4. Apendicectomía Laparoscópica**

La apendicectomía laparoscópica se sitúa como uno de los progresos más relevantes de la cirugía abdominal contemporánea, revolucionando la terapéutica de la apendicitis aguda. Su naturaleza mínimamente invasiva ha fortalecido su adopción universal, validándose mediante una serie de ventajas objetivas en relación a la apendicectomía convencional, como reducción del dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria y disminución de complicaciones intrahospitalarias.

#### **Historia y desarrollo**

La apendicectomía laparoscópica se ha convertido en un paradigma emblema de la evolución hacia la cirugía mínimamente invasiva. Sus antecedentes se sitúan en un desarrollo laparoscópico más amplio que se gestó a inicios del siglo XX; no obstante, el ejercicio sistemático en el ámbito de la apendicitis se consolidó a finales de la década de 1980 y principios de la década de 1990. Con la ejecución de la primera apendicectomía laparoscópica, llevada a cabo por Kurt Semm en 1980, se sentaron las bases que precipitarían la transformación de la cirugía abdominal contemporánea Di Saverio et al. 2020. Desde aquel primer acto, el procedimiento ha ganado preeminencia gracias a la evolución simultánea de la tecnología de imagen, a la refinación de la instrumentación quirúrgica y a un enfoque sistemático en la educación posgrados de cirujanos. Estos factores han promovido la técnica



hasta consolidarla como la terapéutica de referencia en la mayoría de los episodios de apendicitis aguda.

## **Indicaciones**

La apendicectomía laparoscópica presenta indicaciones extensas y bien definidas. Se considera actualmente el abordaje de elección para casos de apendicitis no complicada, en los que el proceso inflamatorio se encuentra limitado, sin evidencias de perforación ni hallazgos de peritonitis generalizada. Además, resulta de particular valor en situaciones clínicas de diagnóstico incierto relativas a apendicitis, en especial en pacientes del sexo femenino jóvenes que refieren dolor en la fosa ilíaca derecha. En tales contextos, la laparoscopia no solo confirma la decisión terapéutica respecto al apéndice, sino que a la vez permite una evaluación diagnóstica de la cavidad abdominal y de la pelvis, con el objetivo de identificar o excluir afecciones ginecológicas o urológicas que puedan simular el cuadro clínico, evitando de esta forma la necesidad de procedimientos abdominales más invasivos y, en consecuencia, sin el riesgo que estas entrañan (Sartelli y col., 2020).

## **Técnicas**

La apendicectomía laparoscópica se lleva a cabo mediante pequeñas incisiones a través de las cuales se introducen trócares. Las variantes metodológicas se distinguen fundamentalmente por la cantidad de accesos utilizados:

- Tres puertos: Es la técnica estándar, utilizando un puerto umbilical para la cámara y dos puertos de trabajo en la fosa ilíaca derecha o supra púbcos.



- Dos puertos: Una variante que busca reducir aún más la invasividad, combinando un puerto umbilical para la cámara y un puerto de trabajo para la instrumentación.
- Un solo puerto (Single Incision Laparoscopic Surgery - SILS): Una técnica más reciente que utiliza una única incisión umbilical para todos los instrumentos, buscando un resultado estético superior.

El abordaje implica la insuflación de CO<sub>2</sub> en la cavidad abdominal para crear un neumoperitoneo, lo que permite la visualización y manipulación del apéndice y estructuras circundantes.

### **Ventajas y Desventajas**

La apendicectomía laparoscópica presenta ventajas considerables sobre el abordaje convencional. La disminución del dolor postoperatorio promueve una estancia hospitalaria más breve, acelerando la recuperación y el regreso a la actividad cotidiana. El perfil estético es igualmente favorable, ya que las incisiones reducidas minimizan la visibilidad de las cicatrices; además, la incidencia de infecciones de la herida quirúrgica es notablemente menor (Cranford et al., 2023).

Pese a los beneficios, existen limitaciones que exigen análisis clínico y económico. La curva de aprendizaje de los cirujanos noveles implica un periodo de formación y una adquisición progresiva de pericia. Otra preocupación es el coste elevado del instrumental laparoscópico, que, si bien se amortiza a través de estancias hospitalarias recortadas, debe ser considerado en instituciones con recursos ajustados. Asimismo, aunque infrecuente, la maniobra con trócares y la



manipulación del campo quirúrgico pueden potencialmente lesionar vísceras adyacentes (Sartelli et al., 2020).

## **Manejo de casos complicados por vía laparoscópica**

La laparoscopia continúa siendo una opción válidamente demostrada, incluso ante patología severa. En situaciones de perforación intestinal asociada a peritonitis o absceso, el abordaje mínimamente invasivo permite la práctica de un lavado peritoneal cuidadoso, que tiene como objetivo la evacuación de exudados purulentos y la reducción de la carga infectada. En líneas generales, la pasaje de tubos de drenaje está indicada cuando la infección es profunda, o cuando se prevé que de restos serosanguíneos persistan en el espacio peritoneal; esta conducta favorece un monitorización postoperatoria más selectiva y eventualmente disminuye la morbilidad asociada a la sepsis residual.

### **4.1.5. Apendicectomía de Incisión Única (SILS)**

La apendicectomía a través de incisión única (SILS, por sus siglas en inglés— Single Incision Laparoscopic Surgery) constituye una progresión adicional en el ámbito de la cirugía mínimamente invasiva, orientándose a maximizar las ventajas inherentes al abordaje laparoscópico estándar de apendicectomía.

#### **Variante de la apendicectomía laparoscópica con una única incisión umbilical**

La cirugía de apendicectomía por acceso único laparoscópico, con frecuencia denominada SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery), consiste en la resección del apéndice cecal utilizando una sola incisión, que en la mayor parte de los casos se localiza en la región umbilical del paciente. A diferencia de la técnica



laparoscópica convencional, que requiere de múltiples puertos (dos o tres), la SILS se fundamenta en la utilización de un único trocar de puerto múltiple o, alternativamente, de trócares menores que se introducen a través de una sola incisión umbilical. Estos puertos, rotatorios o basculantes, permiten que la óptica endoscópica y los instrumentos quirúrgicos discurran en un mismo acceso, posibilitando la extirpación del apéndice con la misma secuencia que un apendicectomía laparoscópica clásica, aunque centralizando el abordaje en clave del mismo punto de acceso (Di Saverio et al., 2020).

## **Ventajas y Limitaciones**

La técnica de cirugía laparoscópica de puerto único (SILS) se desarrolla sobre la base de mejorar los resultados estéticos y de reducir la morbilidad inherente a los procedimientos quirúrgicos. Dentro de sus posibles beneficios, se menciona con mayor frecuencia la mejoría estética, ya que la cicatriz umbilical es prácticamente inapreciable una vez completada la cicatrización. La teoría sugiere que la reducción en el número de accesos a la pared abdominal se traduce en un menor dolor postoperatorio, lo que, a su vez, podría favorecer una recuperación más rápida (Teoh et al., 2018).

En contraposición, la SILS presenta también desventajas evidentes. La técnica impone al cirujano una curva de aprendizaje más pronunciada consistente en la integración de instrumentos en un ángulo de visión limitado y en movimientos restringidos, lo que puede dilatar en fases iniciales el tiempo quirúrgico. La necesidad de dispositivos especialmente diseñados que a menudo son más costosos y un campo visual más angosto en comparación con la laparoscopia convencional de puertos múltiples constituyen, en agregado, restricciones



logísticas. Por último, aun en apendicitis, la SILS puede no ser la opción más adecuada; los casos con apéndices severamente inflamados o con adherencias extensas son mejor abordados a través de múltiples puertos, espacio quirúrgico que se traduce en mayor confort para el cirujano y menor riesgo para el paciente (Sartelli et al., 2020).

#### 4.1.6. Cuidados perioperatorios en apendicectomía

Los cuidados perioperatorios en apendicectomía constituyen un abordaje sistemático que comprende desde el diagnóstico inicial de apendicitis aguda hasta el alta definitiva, orientándose a maximizar la eficacia quirúrgica, reducir la incidencia de complicaciones y proporcionar un trayecto asistencial seguro y sin sobresaltos para el paciente. La atención perioperatoria comprensiva trasciende el acto quirúrgico: exige, en primer lugar, una valoración clínica, analítica y de imagen que delimite claramente el perfil quirúrgico; en segundo lugar, que la fase intraoperatoria se ejecute conforme a protocolos de seguridad estrictos, incluyendo atención a la termorregulación, profilaxis antibiótica y manejo óptimo del dolor; y, finalmente, que el periodo postoperatorio se organice mediante una programada escalada del tratamiento, reevaluaciones frecuentes y una alta precoz, pero segura. La consolidación de guías clínicas validadas mediante investigación científica permite homogeneizar prácticas, reforzar el aprendizaje del equipo asistencial y acotar variables que, de ser controladas, inciden significativamente en la morbilidad y en la reducción del tiempo de internación (Gustafsson et al., 2019).

**Evaluación Preoperatoria.** La valoración preoperatoria es un elemento esencial en el tratamiento de cualquier paciente que se someterá a una apendicectomía. Su correcta ejecución es vital para asegurar la seguridad del paciente y mejorar los



resultados de la cirugía. Este minucioso procedimiento facilita la detección de posibles riesgos, la elaboración de un plan para el manejo anestésico y quirúrgico, y la preparación completa del paciente para la cirugía. El primer paso implica realizar una historia clínica detallada junto con un exhaustivo examen físico. Esto implica la recopilación exhaustiva de datos sobre la historia médica, quirúrgica, farmacológica y alérgica del paciente, junto con la secuencia y las características de los síntomas presentes en este momento.

El examen físico, a su vez, se centra en la evaluación general de la salud y en la identificación de hallazgos abdominales específicos que ayuden a determinar un diagnóstico de apendicitis y sus posibles complicaciones. Asimismo, es crucial llevar a cabo una evaluación de las comorbilidades. Condiciones preexistentes como enfermedades del corazón, respiratorias, renales, diabetes y trastornos de la coagulación pueden tener un impacto considerable en el riesgo asociado a la cirugía y la anestesia. Reconocer estas condiciones facilita la implementación de estrategias para gestionarlas y reducir su efecto en el periodo perioperatorio.

La clasificación de riesgo anestésico (ASA), desarrollada por la Sociedad Americana de Anestesiólogos, es un sistema estandarizado que evalúa la condición física del paciente, abarcando desde ASA I (paciente en buen estado de salud) hasta ASA VI (paciente en estado de muerte cerebral). Esta categorización proporciona al equipo de anestesiología información sobre los niveles de riesgo y la complejidad involucrada en la gestión anestésica.

En conclusión, la preparación del paciente abarca aspectos fundamentales, como el ayuno para evitar la aspiración de contenido gástrico en el momento de la anestesia y garantizar una adecuada hidratación preoperatoria, particularmente en



aquellos pacientes que presentan vómitos. Una exposición clara y breve del procedimiento, junto con sus riesgos, beneficios y alternativas, culmina en la obtención del consentimiento informado, que es un documento de carácter legal y ético que asegura que el paciente ha entendido y acepta el plan de tratamiento sugerido. Una cuidadosa evaluación preoperatoria establece los cimientos para un procedimiento exitoso y una recuperación fluida.

## **Preparación Quirúrgica**

La fase de preparación quirúrgica en el contexto de una apendicectomía es fundamental durante el periodo perioperatorio, con el objetivo de reducir al máximo el riesgo de infecciones y complicaciones, garantizando un ambiente estéril y una adecuada visibilidad durante la cirugía. Una planificación cuidadosa es fundamental para garantizar el éxito del procedimiento y la seguridad del paciente. Uno de los fundamentos de esta etapa es la prevención mediante antibióticos. Se proporciona una única dosis de antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa, normalmente entre 30 y 60 minutos antes de realizar la incisión en la piel.

La elección del tipo y la dosis del antibiótico se realiza considerando la flora bacteriana anticipada en el sitio de la cirugía, que principalmente incluye bacterias gramnegativas entéricas y anaerobios, así como las directrices establecidas por la institución (Bratzler y Dellinger, 2013). El momento de la administración es fundamental; debe llevarse a cabo lo suficientemente pronto para lograr concentraciones adecuadas en los tejidos al inicio de la incisión y lo suficientemente tarde para asegurar que los niveles permanecen efectivos a lo largo del procedimiento. La adecuada preparación de la piel es un elemento crucial para minimizar el riesgo de infecciones en el área quirúrgica.



Esto conlleva la desinfección del área quirúrgica utilizando un antiséptico apropiado, como la clorhexidina o la povidona yodada, asegurándose de que la preparación se realice más allá del área de incisión planificada para garantizar un campo estéril extenso. Es esencial que la piel esté completamente seca antes de realizar la incisión para asegurar la máxima eficacia del antiséptico. En conclusión, la correcta colocación del paciente en la mesa de operaciones es crucial para facilitar el acceso durante la cirugía, garantizar el confort del paciente y prevenir daños por presión o lesiones nerviosas.

Para realizar una apendicectomía, el paciente suele ser situado en posición supina. En la técnica laparoscópica, a veces se requiere una leve posición de Trendelenburg y/o una inclinación lateral para mejorar la visibilidad del área quirúrgica y facilitar el desplazamiento de las asas intestinales (Jones y Dougherty, 2016). Una preparación quirúrgica adecuada establece los cimientos para un procedimiento seguro y efectivo.

## **Manejo Anestésico**

La anestesia en la apendicectomía es un elemento fundamental del cuidado perioperatorio, orientado a asegurar la analgesia, la estabilidad hemodinámica y la seguridad del paciente a lo largo de la intervención quirúrgica. La selección del tipo de anestesia y una correcta administración del dolor durante la operación son fundamentales para lograr un resultado exitoso. La anestesia general es la más utilizada para realizar apendicectomías, particularmente en el enfoque laparoscópico. Esta técnica garantiza la pérdida de conciencia, la relajación de los músculos y el manejo adecuado de la vía aérea, aspectos esenciales para realizar la insuflación abdominal (neumoperitoneo) y la manipulación de los órganos.



En situaciones específicas, como en cirugías abiertas que no presentan complicaciones importantes o en pacientes con ciertas condiciones de salud coexistentes, se podría optar por la anestesia regional, como la anestesia espinal o epidural. Este tipo de anestesia permite que el paciente esté consciente, pero sin experimentar dolor en el área quirúrgica, resultando beneficiosa para aquellos con alto riesgo respiratorio o cardiovascular (Patel et al. , 2021) La elección definitiva del tipo de anestesia depende de la evaluación preoperatoria del paciente, así como de las preferencias del cirujano y del anestesiólogo, además de las particularidades de la apendicitis.

A lo largo de la intervención, el control del dolor durante la operación es permanente y abarca diversas estrategias. Esto conlleva la utilización controlada de analgésicos potentes, como los opioides administrados por vía intravenosa, que se dosifican con precisión para garantizar que el paciente permanezca sin dolor y se mantenga una estabilidad hemodinámica adecuada. Asimismo, se pueden emplear medicamentos complementarios, como relajantes musculares, para mejorar la visibilidad durante la cirugía, y antieméticos para evitar náuseas y vómitos tras la operación. La vigilancia continua de los signos vitales del paciente, junto con el nivel de anestesia y la reacción ante el estímulo quirúrgico, proporciona al anestesiólogo la información necesaria para modificar la dosificación de medicamentos de manera inmediata, lo que asegura un ambiente quirúrgico ideal y reduce el riesgo de complicaciones (Miller et al., 2029)

## **Cuidados Postoperatorios**

Los cuidados posteriores a la cirugía son una etapa fundamental en la recuperación de un paciente que ha sido sometido a apendicectomía. Este proceso comienza



de manera inmediata tras la intervención quirúrgica y se prolonga hasta el momento del alta hospitalaria y el posterior seguimiento ambulatorio. Esta fase es crucial para seguir la progresión del paciente, prevenir y tratar complicaciones, mitigar el dolor y promover una recuperación ágil y segura.

Un adecuado manejo postoperatorio no solo incrementa la satisfacción del paciente, sino que además acorta la duración de la hospitalización y disminuye los costos relacionados (Gustafsson et al. , 2019) El abordaje de los cuidados posteriores a la cirugía es integral y cuenta con la colaboración de enfermeros, médicos, anestesistas y otros expertos en salud. Las principales tareas consisten en el seguimiento constante de los signos vitales y el nivel de conciencia, con el fin de identificar posibles inestabilidades. Un componente fundamental es la gestión del dolor, que implica el uso de escalas de evaluación y una estrategia analgésica multimodal. Esta puede integrar opioides junto con analgésicos no opioides para optimizar el alivio del dolor y reducir al mínimo los efectos adversos (Apfelbaum et al. , 2013)

Además de gestionar el dolor, se enfatiza la importancia de prevenir náuseas y vómitos tras la operación, así como la movilización temprana del paciente para disminuir el riesgo de trombosis y complicaciones respiratorias, y se inicia la dieta oral de manera progresiva, de acuerdo a la tolerancia del paciente. La atención adecuada de la herida postquirúrgica es esencial para evitar infecciones, y es fundamental identificar con prontitud complicaciones como infecciones en el sitio de la operación, abscesos intraabdominales o íleo paralítico, para poder actuar de manera rápida. Instruir al paciente y a su familia sobre los cuidados en el hogar y



los signos de alerta antes del alta garantiza una transición segura y fomenta una recuperación continua tras la hospitalización.

## 4.2. MARCO CONCEPTUAL

**Apéndice.** Se trata de un conducto delgado y corto que se origina en el intestino grueso, y cuya función permanece desconocida. En los adultos, su longitud promedio es de aproximadamente 9 cm, presenta paredes gruesas, una cavidad estrecha y una superficie interna que se asemeja a la del intestino. Posee un abundante tejido linfoide, que juega un papel crucial en la protección contra infecciones locales. Se origina en la parte inicial del colon, en la región inferior derecha del abdomen, y puede estar ubicado detrás del ciego, o bien por delante o detrás del íleon. Estas variaciones en su ubicación influyen en parte en los diversos síntomas que puede provocar la apendicitis.

**Apendicitis.** La apendicitis es la inflamación súbita del apéndice, siendo una causa común de dolor abdominal y peritonitis (inflamación de la membrana que recubre el interior del abdomen) tanto en niños como en adultos. Fisiopatología: La inflamación del apéndice cecal puede ser resultado de diversas causas, siendo la más frecuente una obstrucción en la abertura que lo conecta con el ciego. En estas circunstancias, las bacterias que normalmente habitan en el intestino grueso y en el apéndice encuentran un ambiente propicio para proliferar, lo que desencadena una infección seguida de un proceso inflamatorio que incluye etapas de congestión, formación de pus, necrosis de la pared apendicular y, potencialmente, la perforación del órgano.

**Restos alimentarios no digeridos.** Los parásitos que obstruyen la apertura son otro elemento que puede inducir inflamación; además, la infección bacteriana



ocasionada por gérmenes que se diseminan a través de la circulación sanguínea puede llegar al tejido linfoide del apéndice. Síntomas observables: El síntoma más característico del apendicitis aguda es el dolor abdominal, que inicia como una incomodidad difusa en la zona superior del abdomen, cerca del ombligo. A lo largo de varias horas, la ubicación y las características del dolor tienden a cambiar de manera predecible. El malestar y la hipersensibilidad en el abdomen a menudo se presentan junto con fiebre, escalofríos, disminución del apetito, náuseas, vómitos, una lengua sucia, mal aliento y, en algunos casos, estreñimiento. Sure, please provide the text you would like to have paraphrased.

**Apendicectomía laparoscópica.** En la última década, las técnicas de cirugía mínimamente invasiva han avanzado significativamente con el objetivo de lograr mejores resultados para los pacientes. En este contexto, la cirugía laparoscópica monopuerto (CLMP), que utiliza un único puerto laparoscópico con varios canales de trabajo, ha experimentado un notable avance. Esto ha facilitado la realización de distintos procedimientos quirúrgicos, incluyendo colecistectomías, histerectomías, cirugía bariátrica y el tratamiento de obstrucciones intestinales, entre otros. Hay una gran cantidad de investigaciones que evidencian la eficacia de la CLMP en pacientes con apendicitis aguda, mostrando resultados consistentes, menor dolor y mejores resultados estéticos.

Generalmente, el paciente tolera el postoperatorio de manera muy favorable. La dieta por vía oral comienza el mismo día o al siguiente, y el alta del hospital se otorga el primer o segundo día después de la cirugía. Si se presenta dolor, este puede ser manejado con analgésicos orales.

Las actividades cotidianas se pueden reanudar después de una semana de la



cirugía, momento en el cual el médico procederá a retirar los puntos. "La actividad física generalmente se reanuda un mes después de la cirugía", indicó Mihura. Si durante ese periodo se presentaran complicaciones, a pesar de que la probabilidad es baja (inferior al 3%), se sugiere acudir de inmediato a la atención médica para luego determinar el tratamiento más adecuado. Las complicaciones más comunes incluyen infecciones en heridas, hemorragias y hematomas, retención urinaria, formación de colecciones o abscesos intraabdominales, así como episodios de oclusión intestinal. Sure Please provide the text you'd like me to paraphrase.

## **Enfermería**

La Asociación Americana de Enfermeras (ANA) describe la enfermería como el resguardo, la promoción y la mejora de la salud y las habilidades del ser humano, así como la prevención de enfermedades y lesiones, la mitigación del sufrimiento mediante el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas, y la abogacía por el cuidado de individuos, familias, comunidades y poblaciones. Sure Please provide the text you'd like me to paraphrase.

## **Cuidados de Enfermería**

La enfermera desempeña un rol esencial en el sistema de atención sanitaria. Este equipo desempeña un papel crucial en el apoyo y tratamiento de los pacientes, así como en las iniciativas de promoción de la salud y la prevención de diversas enfermedades. Todas estas acciones se agrupan bajo el término de atención de enfermería.

La enfermería incluye la atención independiente y colaborativa brindada a individuos de todas las edades, así como a familias, grupos y comunidades, ya sean



enfermos o sanos, en diversas situaciones. Entiende la importancia de fomentar la salud, prevenir enfermedades y brindar atención a individuos enfermos, discapacitados y aquellos en fases terminales.

El cuidado de los pacientes implica una serie de acciones vitales destinadas a preservar la vida y la salud de los seres humanos, con el objetivo de facilitar la reproducción y la continuidad de la vida. En este sentido, el cuidado se enfoca en garantizar la satisfacción de diversas necesidades de las personas—ya sean individuos, familias, grupos o comunidades—que, al interactuar constantemente con su entorno, experimentan diferentes aspectos de la salud.

### **Cuidados al paciente:**

Los cuidados básicos de enfermería tienen sus raíces en las necesidades fundamentales de la humanidad, como la alimentación, la higiene, la eliminación de desechos y la seguridad. Estas necesidades se ven comprometidas o modificadas cuando la persona se encuentra enferma. Desde épocas prehistóricas, diversos grupos han tomado la responsabilidad de atender las necesidades de aquellos que padecen enfermedades o limitaciones. El desarrollo de estos grupos ha propiciado la profesionalización del cuidado, siendo la enfermería su principal referente actualmente.

### **Cuidados post operatorios**

El periodo posoperatorio se inicia al concluir la cirugía, momento en el cual el paciente es trasladado a la Unidad de Vigilancia Postoperatoria. Ciertos pacientes que reciben anestesia local o son sometidos a procedimientos que no necesitan anestesia general pueden ir directamente de la sala de operaciones a su habitación



o recibir el alta. El tiempo de recuperación postoperatoria varía según el periodo necesario para restablecerse del estrés y los efectos de la cirugía y la anestesia, pudiendo oscilar entre unas pocas horas y varios meses.



## CONCLUSIONES

**PRIMERA.** Se aplicó los cuidados integrales asociados con la recuperación postoperatoria de pacientes sometidos a apendicectomía convencional en el centro quirúrgico del Hospital Carlos Monge Medrano 2023. A través de la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, se evidenció la importancia de un enfoque sistemático en el proceso de atención de enfermería, que permitió identificar necesidades específicas, implementar intervenciones adecuadas y asegurar una recuperación óptima, minimizando riesgos y complicaciones.

**SEGUNDA.** Se valoró de manera integral los factores clave que impactan en la recuperación postoperatoria, como el nivel de dolor, la presencia de fiebre y la ansiedad del paciente. Estos datos fueron esenciales para planificar intervenciones personalizadas.

**TERCERA.** Se diagnosticó el proceso de enfermería para facilitar la identificación de problemas prioritarios, como dolor agudo, riesgo de infección y ansiedad, orientando las intervenciones hacia necesidades específicas del paciente.

**CUARTA.** Se planificó el proceso de atención de enfermería para establecer los objetivos claros y diseñar intervenciones efectivas para abordar los problemas identificados, promoviendo una recuperación más segura y eficiente.

**QUINTA.** Se ejecutó las intervenciones de proceso de atención, como el manejo del dolor, la administración de antipiréticos y el apoyo emocional, demostró ser efectiva para atender las necesidades del paciente y promover su bienestar.



**SEXTA.** Se evaluó la atención de enfermería que permitió verificar la efectividad de las intervenciones implementadas, destacando mejoras en el control del dolor, la reducción de la ansiedad y la prevención de complicaciones postoperatorias.



## RECOMENDACIONES

**PRIMERA.** A la jefatura de enfermería del Hospital Carlos Monge Medrano, fortalecer el proceso de atención de enfermería en el manejo de pacientes sometidos a apendicectomía convencional mediante la capacitación continua del personal, asegurando la aplicación de técnicas basadas en evidencia que promuevan una recuperación integral y de calidad.

**SEGUNDA.** Al profesional enfermero, implementar protocolos estandarizados para la valoración inicial de los pacientes que incluyan aspectos físicos, emocionales y sociales, garantizando una recopilación de datos completa y sistemática.

**TERCERA.** Al director del Hospital Carlos Monge Medrano, capacitar al personal de enfermería en la elaboración de diagnósticos precisos basados en la taxonomía NANDA, asegurando que las intervenciones estén alineadas con los problemas identificados.

**CUARTA.** Al profesional enfermero, fortalecer la planificación mediante la integración de herramientas como las clasificaciones NIC y NOC, asegurando una mayor precisión en los objetivos y en las estrategias de intervención.

**QUINTA.** A la jefatura de enfermería del Hospital Carlos Monge Medrano, supervisar de manera constante la ejecución de las intervenciones para garantizar su correcta aplicación y promover la adherencia a los protocolos establecidos.

**SEXTA.** Al profesional enfermero, establecer un sistema de evaluación continua que permita monitorear los resultados obtenidos y realizar ajustes oportunos en las intervenciones para optimizar los resultados en el paciente.



## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Meléndez Fernández J., Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. Perú, 2019, Universidad Andina del Cuzco.
2. Álvaro B., & Cols. R, Apendicectomía laparoscópica por acceso monopuerto en apendicitis aguda. Chile. Universidad Católica del Norte. 2019. Disponible en: <https://actagastro.org/apendicectomia-laparoscopica-por-acceso-monopuerto-en-apendicitis-aguda/>
3. Rodríguez Ferro D., Tratamiento de la apendicitis aguda Cuba. Hospital Provincial docente Saturnino Lora. 2019. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/737/374>
4. Sandoval Gionti Úrsula Alexandra y cols., Técnica operatoria de apendicetomía e infección del sitio operatorio. Hospital María Auxiliadora. Lima – Perú, Universidad Científica del Sur 2018
5. Melino F., Especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. Perú. Universidad Andina del Cuzco. 2019. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-)
6. Becerra C., Peritonitis manejada por laparoscopia como método terapéutico eficacia, Colombia, Universidad Cooperativa de Colombia 2018  
Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-)
7. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ, Guidry JP, Lacan-Zafiro S, et al.



- American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthesia Care. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthesia Care. *Anesthesiology*. 2013 Feb;118(2):237-53.
8. Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson M, Drake FT. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet*. 2015 Sep 26;386(10000):1278-87.
  9. Bratzler DW, Dellinger EW, Olsen KM, Perl TM, Auwaerter EG, Bolon K, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Surg Infect (Larchmt)*. 2013 Feb;14(1):1-58.
  10. Cranford D, Kim JK, Kim K, Hwa Y. Open vs. laparoscopic appendectomy: a systematic review and meta-analysis of outcomes. *Am Surg*. 2023 Feb;89(2):167-175.
  11. Di Saverio S, Podda M, De Simone F, Sartelli M, Griffiths EA, Rosati R, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 WSES position paper. *World J Emerg Surg*. 2020 Jul 1;15(1):27.
  12. Gustafsson J, Eriksson M, Olsson M, Pettersson L, Lindgren M. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in elective colorectal surgery: A prospective audit. *Scand J Surg*. 2019 Sep;108(3):214-220.
  13. Hansson R, Park G, Engström P, Granéli C, Jönsson K, Sundqvist M, et al. A comparative analysis of ultrasound and CT in the diagnosis of acute appendicitis. *Scand J Gastroenterol*. 2017 Mar;52(3):362-7.
  14. Jones C, Dougherty G. Position for appendicectomy: a review of the



- literature. J Perioper Pract. 2016 Mar;26(3):61-6.
15. Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison: Principios de Medicina Interna. 20a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2018.
16. MedlinePlus. Apendicitis. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.; 2023 [actualizado 28 feb 2023; citado 12 jun 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/appendicitis.html>
17. Miller RD, Eriksson LI, Fleisher LA, Wiener-Kronish J, Young WL, editores. Miller's Anesthesia. 9a ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
18. Patel T, Thaker N, Bhatt V, Bhavsar V. Comparison of spinal versus general anesthesia in laparoscopic appendectomy: A prospective randomized study. Anesth Essays Res. 2021 Jan-Mar;15(1):110-113.
19. Puylaert JBCM, van der Plas RAA, Vrouwenraets BC. Imaging in acute appendicitis. Semin Ultrasound CT MR. 2021 Feb;42(1):3-16.
20. Sartelli M, Baiocchi GL, Di Saverio S, Khan M, Salomone G, Rizzo G, et al. Global validation of the WSES Sepsis Severity Score for patients with complicated intra-abdominal infections: a prospective multicentre study. World J Emerg Surg. 2020 Aug 25;15(1):47.
21. Søreide K. Acute appendicitis: Epidemiology, pathogenesis, and diagnosis. UpToDate. 2021 [citado 12 jun 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-epidemiology-pathogenesis-and-diagnosis>



22. Teoh AYB, Wong TC, Ho TW, Chan YM, Wu HL, Lai PBS. Single incision laparoscopic appendectomy versus conventional laparoscopic appendectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2018 Feb;28(1):1-7.
23. Villagrán MA, Martínez I. El apéndice y su papel inmunológico. Páginas Personales UNAM. 2017 [citado 12 jun 2025]. Disponible en: [https://paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/435/Publica\\_20120620224753.pdf](https://paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/435/Publica_20120620224753.pdf)



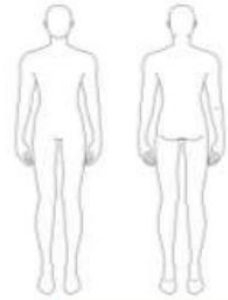
# ANEXOS



### VALORACIÓN PAE

<b>DOMINIO I: PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	
Consumo de medicamentos: SI ( ) NO (X ) Medicación.Habitual..... ..... Estado de Higiene de la Piel: Bueno ( ) Regular ( X ) Malo ( )	Cuidador requiere educación sanitaria: Si ( ) No (X ) Cuidadores principales: Comentarios adicionales:
<b>DOMINIO II: NUTRICIÓN</b>	
<b>Dentición:</b> completa (X) incompleta ( ) uso de prótesis ( ) <b>Mucosa oral :</b> intacta ( X ) con lesiones ( ) Cambios de peso en los últimos 6 meses: si ( ) no (X ) <b>Abdomen:</b> B/D (X) Distendido ( )Doloroso (X) Timpánico ( ) RHA: presentes ( )Aumentados( ) Disminuidos( ) Ausentes ( )	<b>Alimentación</b> NPO (X)VO ( ) NET ( ) NP ( ) Tipo de dieta: ..... Sondas: SNG ( ) gastrostomía ( ) yeyunostomía <b>Drenajes:</b> SI ( ) NO ( X )
<b>DOMINIO III: ELIMINACIÓN</b>	
<b>INTESTINAL:</b> Diarrea ( ) Estreñimiento ( ) Normal (X ) <b>Ostomía:</b> Si ( ) No (X) Colostomía ( ) Ileostomía ( ) Drenajes: ..... <b>VESICALES:</b> Micción espontánea ( ) Sonda Vesical ( ) Talla Vesical ( )Otros: <b>DISTENSIÓN VESICAL</b> Diuresis: Anuria (X) Oliguria ( ) Oligoanuria ( ) Normal ( )	<b>ACTIVIDAD RESPIRATORIA:</b> Eupnea ( ) disnea ( ) polipnea ( ) bradipnea ( ) taquipnea (X ) Secreciones bronquiales: .....NINGUNA..... Requiere BH negativo: si ( ) no (X )
<b>DOMINIO IV: ACTIVIDAD/REPOSO</b>	
Nivel de Dependencia: I - II - III - IV <b>Movimiento:</b> activo (X) hipoactivo ( ) <b>Movilidad física:</b> normal (X) flacidez ( ) parálisis ( ) rigidez ( ) )hemiparesia ( )hemiplejia ( ) postrado ( ) polineuropatía ( ) <b>ACTIVIDAD RESPIRATORIA</b> Regular ( )Irregular (X) Disnea ( ) Apnea ( ) Vía aérea artificial: TQT ( )TET ( ) En VMI ( ) Alto flujo ( ) con oxigenoterapia ( )	<b>ACTIVIDAD CIRCULATORIA:</b> <b>Pulso:</b> Normal ( ) Taquicardia ( X) Bradicardia ( ) <b>Arritmias</b> ( ) Taquiarritmia ( ) Bradiarritmia ( ) Marcapaso ( ) Pulso Periférico: Si (X) No ( ) P. pedio ( ) P. poplíteo ( ) Llenado Capilar: 2 seg. Riego periférico: Si ( ) No ( ) . Extremidades: Cianosis Si ( ) No ( X ) Edema: SI ( ) NO (X ) Amputación: NO
<b>DOMINIO V: PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN</b>	
Nivel de conciencia: E. Glasgow:...( A.O.:4 R.V.: 5 R.M.: 6) Orientado (X) desorientado ( ) Somnolencia ( ) Sopor ( ) coma ( ) Comunicativo ( X ) evasivo( ) Conoce su enfermedad actual (SI) ¿Sabe cómo cuidarse al salir de alta? SI (X) NO ( )	Visión: N ( X ) alterado ( ) Audición: N ( X ) alterado ( ) Olfato: N ( X ) alterado ( ) Gusto: N ( X ) alterado ( ) Lenguaje: N ( X ) Afasia ( ) Disartria ( )
<b>DOMINIO VI: AUTOPERCEPCIÓN</b>	
Acepta su enfermedad : SI (X) NO ( ) Acepta el cambio de su estado físico: SI( X) NO ( ) Tranquilo ( ) Introverso ( ) Extroverso ( ) Impaciente ( ) Positivo ( ) negativo a los cuidados( ) Cuidado de su persona SI ( X ) NO ( ) Especifique	Limitación para la higiene/vestido SI ( X ) NO ( ) Limitación para movilización SI ( X ) NO ( ) Limitación para la alimentación SI ( X ) NO ( )
<b>DOMINIO VII: ROL/RELACIÓN</b>	
<b>Fuentes de apoyo:</b> Propios ( X ) Pareja ( ) Hijos ( ) Familiares ( ) Amigos ( ) Otros: <b>Estado civil:</b> CASADA .Con quién vive Requiere cuidados de enfermedad terminal SI ( ) NO (x ) <b>Relación Familiar:</b> Adecuada ( x ) Inadecuada ( )	<b>Relación con personal:</b> Adecuada (x ) Hostil ( ) Expresión de soledad ( )Preocupado por familia ( x ) otros ( ) Conflictos familiares: SI ( ) NO ( x ) Especifique:..... Ingreso económico familiar adecuado: Si ( x ) No ( ) Requiere apoyo social: Si ( ) No (x )
<b>DOMINIO VIII: SEXUALIDAD</b>	
Flujo vaginal ( ) loquios ( )	Antecedentes de ITS Si ( ) No ( x )

Priapismo ( ) Secreción uretral ( )			
<b>DOMINIO IX: AFRONTAM./ TOLERANCIA AL ESTRÉS</b>			
Irritable ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Agresivo ( ) Triste ( ) Otros...			
Reacción frente a su enfermedad: Acepta: Si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) No ( )			
Ansiedad ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preocupación ( ) Indiferente ( ) Otros:.....			
<b>DOMINIO X: PRINCIPIOS VITALES</b>			
Religión: católica Acepta transfusiones: Si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) No ( )			
<b>1. DOMINIO XI: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</b>			
<b>INFECCIÓN</b>		<p><b>LESIÓN FÍSICA</b></p> <p><b>PIEL:</b> turgente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) pálida ( ) diaforética ( ) seca ( ) fría ( ) ictérica ( ) Cianótica ( ) edemas : fóvea + ++ +++</p> <p><b>LESIONES:</b> rash ( ) abrasión ( ) flictena ( ) hematoma ( ) equimosis ( ) flebitis ( ) flogosis en acceso vascular ( ) Micosis dérmica ( ) MARSÍ ( ) DAI ( ) LESCAH ( ) Escala de Norton: .....Escala de Dowton: .....</p> <p>LPP: SI ( ) GRADO I – II – III – IV NO ( )</p> <p>Requiere dispositivos antiescaras: si ( ) no ( <input checked="" type="checkbox"/> )</p> <p>Requiere familiar permanente: si ( ) no ( <input checked="" type="checkbox"/> )</p> <p>Requiere sujeción mecánica: si ( ) no ( <input checked="" type="checkbox"/> )</p> <p>Requiere cama con barandas: si ( ) no ( <input checked="" type="checkbox"/> )</p>	
Dispositivos	Lugar de ins./N°		Fecha de inserción
TQT/TET			
CVC			
SNG			
SV			
CAF			
OTROS CVP	ANTEBRAZO IZQ		28/06/24
TERMORREGULACION			
hipertermia ( ) hipotermia ( ) normal ( <input checked="" type="checkbox"/> )			
<b>DOMINIO XII CONFORT</b>			
<p>EVA: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – <b>8</b> – 9 – 10</p> <p>Localización del dolor: NIVEL DE HERIDA OPERATORIA, A NIVEL BAJO VIENTRE</p> <p>Manejo del dolor: AINES ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Opiáceos ( ) Placebo ( ) otros: .....</p>		<p>Presencia de Náuseas ( <input checked="" type="checkbox"/> ) vómitos ( )</p> <p>Percibe aislamiento social: si ( ) no ( <input checked="" type="checkbox"/> )</p>	
<b>DOMINIO XIII CRECIMIENTO Y DESARROLLO</b>			
<p><b>Pérdida de peso no intencionada:</b> Si ( ) No ( )</p> <p>Aporte nutricional deficiente por trastorno multisistémico ( )</p> <p><b>Desnutrición:</b> leve ( ) Moderada ( ) Severa ( )</p>		<p><b>Contextura Corporal:</b> Adecuada ( ) Obeso ( ) Adelgazado ( ) Caquético ( )</p> <p><b>Signos de incapacidad para mantener su desarrollo:</b> Anorexia ( ) Fatiga ( ) Deshidratación ( )</p>	
LICENCIADO:		FIRMA Y SELLO:	



LPP( con rojo)



ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS  
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN  
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 21-08-2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: YAMILET PAOLA BRUNA CUELA

Dirección: JR. ARICA N° 140

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 71415723

Teléfono: 958358620 email: yamilet.pao.bruna@gmail.com

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Facultad y/o Escuela de Posgrado: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Escuela Profesional o Mención: \_\_\_\_\_

Título o Grado Académico a optar: SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

Asesor: DRA. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

Título: CUIDADOS INTEGRALES ASOCIADOS CON LA RECUPERACIÓN POST OPERATORIA EN PACIENTES DE APENDICITIS AGUDA EN EL CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): APÉNDICE, APENDICITIS, APENDICECTOMÍA

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1, 2</sup>?

2

<sup>1</sup> Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

<sup>2</sup> Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

- Bachiller
- Título
- 2da Especialidad
- Maestría
- Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

**Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.**

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

**Sí:** significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

**No:** significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



**Jurisdicción de su Licencia**

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG 10

Firma de Autor



huella digital

21 - 08 - 2025

Fecha