



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Programa Académico Especialidad de Enfermería

***“Cuidados especializados durante el perioperatorio a una
paciente de apendicectomía”***

Tesina presentada para obtener el Diploma de
Enfermera Especialista en Médico Quirúrgica

Presenta:

LE. Briseyda Ivette Joaquín Calva

Septiembre, 2025



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Programa Académico Especialidad de Enfermería

***“Cuidados especializados durante el perioperatorio a una
paciente de apendicectomía”***

Tesina presentada para obtener el Diploma de
Enfermera Especialista en Médico Quirúrgica

Presenta:

LE. Briseyda Ivette Joaquín Calva

Directora de Tesis:

MCE. Rosa María Galicia Aguilar

Septiembre, 2025

Tesina: “Cuidados especializados durante el perioperatorio a una paciente de apendicectomía”

Número de registro académico: SIEP/EEMQ/001

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

MCE. Rosa María Galicia Aguilar
Presidente

MSP. Erika Lozada Perezmitre
Secretario

ME. Miguel Ángel Zenteno López
Vocal

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Director

ME. Miguel Ángel Zenteno López
**Secretario de Investigación y Estudios de
Posgrado**

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por la oportunidad que me brindó de crecer profesionalmente, por los días difíciles y llenos de nostalgia que viví, en los cuales su amor infinito me fortaleció. A mi esposo, quien fue la primera persona que creyó en mí y en mi potencial para iniciar esta nueva aventura, por la confianza, el apoyo incondicional y las palabras de motivación en aquellas ocasiones que pensé en rendirme, gracias por tu amor. A mis padres y hermanos, agradezco por todo el sacrificio que han hecho, por comprender mis días ausentes y por sentirse orgullosos de lo que he logrado, sin el apoyo de ustedes no estaría hoy aquí. Hija mía, tú que llegaste a mi vida para salvarme, te estaré agradecida eternamente, tú que has sacrificado tiempos de juego, paseos, tardes de películas por entender que mamá tiene que salir a estudiar y trabajar, gracias por comprender que esto lo hago por y para ti, te amo.

Agradezco también a mis docentes de la facultad y a las enfermeras quirúrgicas que encontré en mi práctica, por compartir conmigo sus conocimientos y experiencias que me ayudaron a entender y aprender a utilizar la enfermería basada en la evidencia, por ayudarme a mejorar mi práctica profesional, gracias por ser pieza fundamental en este proceso de aprendizaje. A la MCE. Rosa María Galicia Aguilar, quiero reconocer y agradecer su gran labor como tutora, gracias por la paciencia que me tuvo en cada asesoría, por compartirme su conocimiento sin pedir nada a cambio, gracias por guiarme y ayudarme a culminar de manera exitosa este trabajo de tesina, sin usted no lo hubiera logrado. De igual manera, quiero agradecer a Laurita por las veces que contribuyó con este caso clínico, aun sin tener la responsabilidad de hacerlo, gracias por tu disponibilidad y amistad, eres una gran persona y una excelente profesional.

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a Dios por darme la fuerza, salud e inteligencia para cumplir mi objetivo. A mis padres, que en el transcurso de mi vida me han inculcado valores y confianza en mí misma. A mi esposo e hija, por el amor que me demuestran todos los días y por el sacrificio tan grande que han hecho al estar lejos de mí. Con mucho cariño y esfuerzo, para ustedes. Los amo.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Marco de referencia	3
1.2.1 Anatomía y fisiología	3
1.2.2 Fisiopatología	4
1.2.3 Apendicitis aguda	5
1.2.4 Pruebas de gabinete y laboratorio	5
1.2.5 Tratamiento quirúrgico	6
1.2.6 Proceso enfermero	7
1.2.7 Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson	8
1.2.8 Casos clínicos	10
1.3 Objetivos	12
1.3.1 Objetivo general	12
1.3.2 Objetivos específicos	12
Capítulo II	
2.1 Valoración inicial	13
2.2 Datos de identificación	13
2.3 Observación del entorno	13
2.4 Antecedentes históricos	13
2.5 Valoración preoperatoria	14

2.6 Valoración preoperatoria de acuerdo a 14 necesidades de Virginia Henderson	16
2.6.1 Diagnóstico preoperatorio de enfermería	17
2.6.2 Plan de cuidados de enfermería preoperatorios	18
2.7 Valoración en la etapa transoperatoria	19
2.8 Aplicación de protocolo de cirugía segura	20
2.8.1 Antes de la inducción de la anestesia	20
2.8.2 Antes de la incisión cutánea	21
2.8.3 Valoración transoperatoria	24
2.8.4 Antes de que el paciente salga de quirófano	26
2.8.5 Registro de diagnóstico de enfermería transoperatoria	26
2.8.6 Plan de cuidados de enfermería transoperatorio	27
2.8.7 Valoración postoperatoria	28
2.8.8 Diagnóstico postoperatorio de enfermería	29
2.8.9 Plan de cuidados de enfermería postoperatorio	30
Capítulo III	
3.1 Discusión clínica	31
3.2 Conclusión	34
Referencias	36

Lista de Apéndices

Contenido	Página
Apéndice A. Consentimiento informado	41
Apéndice B. Instrumento de valoración	42
Apéndice C. Escala Visual Análoga (EVA)	47
Apéndice D. Escala de Glasgow	48
Apéndice E. Escala de Hamilton	49
Apéndice F. Escala de Dowton	51
Apéndice G. Lista de verificación preoperatoria	52
Apéndice H. Escala de Ramsay	53

Resumen

Candidato para el Grado de: Enfermera Especialista en Enfermería Médico Quirúrgica

Fecha de graduación: Septiembre 2025

Universidad: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad: Facultad de Enfermería

Título de la Tesina: Cuidados especializados durante el perioperatorio a una paciente de apendicectomía

Número de Páginas: 63 páginas

Área de Estudio: Enfermería Clínica

Introducción: La apendicitis aguda se define como la inflamación del apéndice cecal o vermiforme y afecta a pacientes de cualquier edad; sin embargo, la mayor incidencia ocurre entre las personas de 20 a 30 años. Se calcula que, el riesgo de presentar apendicitis aguda es de 16.33% en hombres y 16.34% en mujeres, este problema se asocia con sobrepeso en 18.5% y obesidad en 81.5%. **Objetivo:** Implementar cuidados especializados para una paciente durante el proceso perioperatorio de apendicectomía, a través del método enfermero, que favorezca una evolución clínica óptima y reducir los riesgos asociados. **Marco referencial:** Se utilizaron las taxonomías NANDA, NIC, NOC para la elaboración de un plan de cuidados. Se realizó la recopilación de información con fuentes primarias y secundarias para elaborar un plan de cuidados especializado, con base y sustento de los artículos basados en la evidencia. **Discusión:** Durante el perioperatorio los diagnósticos de enfermería que resultaron de la valoración fueron: ansiedad, termorregulación ineficaz y riesgo de infección de la herida quirúrgica. **Conclusión:** El presente caso clínico destaca por el desempeño y liderazgo del enfermero quirúrgico en cada fase del periodo perioperatorio, haciendo uso del proceso enfermero y sus diferentes etapas.

Lo que contribuye a la práctica clínica de enfermería para las futuras generaciones que aborden temas comunes en salud, haciendo uso del juicio crítico y la enfermería basada en la evidencia para otorgar cuidados de calidad.

Palabras Clave: Apendicitis, Apendicectomía, Persona mayor, Enfermería Quirúrgica.

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del problema

La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica abdominal más común en todo el mundo. Se define como la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acumulo de moco asociado con poca elasticidad de la serosa, afecta a pacientes de cualquier edad, sin embargo, la mayor incidencia ocurre entre las personas de 20 a 30 años (Cabrerizo, 2025). Suele presentarse con dolor abdominal de inicio en el epigastrio e irradiarse hacia la fosa ilíaca derecha, cursando con dolor a la palpación durante la exploración física del paciente, con la aparición de náuseas, vómitos y fiebre. Para el diagnóstico de esta patología se debe tener en cuenta la historia clínica, la valoración inicial y exploración física, las pruebas de imagen como ecografía o tomografía axial computarizada (TAC) y las analíticas (Elorza et al., 2023).

Por un lado, se calcula que el riesgo de presentar apendicitis aguda es de 16.33% en hombres y 16.34% en mujeres, este problema se asocia con sobrepeso en 18.5% y obesidad en 81.5%. A nivel mundial su incidencia anual es de 139.54 por 100,000 habitantes; Cabe destacar que, la incidencia en México es de 1 por cada 1,000 personas al año, en términos de padecimientos quirúrgicos de urgencia, la apendicitis tiene una prevalencia de 47.79%. y uno de cada 15-20 mexicanos presentará apendicitis aguda en algún momento de su vida. La mortalidad en los casos no complicados es de 0.3% y aumenta a 1-3% en casos de perforación y de 5-15% en las personas mayores. A nivel regional en pacientes hospitalizados por apendicitis aguda se demostró que 55% de los casos permanecen de 1 a 3 días y de 4 a 7 días 42% con solamente 3% con estancia mayor a 8 días en los casos complicados (Vargas et al., 2022).

El abordaje de la apendicitis aguda es mediante un tratamiento quirúrgico, tal como lo es la apendicectomía, ya sea por técnica abierta o laparoscópica, y es una intervención que se realiza en situaciones de emergencia en la práctica médico-quirúrgica con el objetivo de extraer el apéndice inflamado o infectado, con la introducción del acceso laparoscópico que ha demostrado ser tan seguro y eficiente como el convencional (Collard y Maggiori, 2024). En 2004 se comenzó a utilizar la cirugía endoscópica a través de orificios naturales; en 2007 por un solo puerto y en 2015 mediante endoscopia retrógrada. Por lo tanto, la apendicectomía se ubica en el primer puesto de los tratamientos quirúrgicos que se desarrollan en las áreas de atención de urgencias y se considera como el tratamiento de primera elección (Leyva y López, 2022).

Este tratamiento quirúrgico es una de las cirugías más practicadas a nivel mundial, que ha evolucionado muchos en los últimos 20 años, sin embargo, su éxito no solo depende de la técnica quirúrgica, sino también de un adecuado cuidado perioperatorio, el cual abarca la fase preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria. Durante la etapa preoperatoria, se busca optimizar el estado del paciente mediante evaluaciones clínicas, control de comorbilidades y educación sobre el procedimiento. En la fase intraoperatoria, se garantiza la seguridad del paciente con técnicas asépticas y monitoreo continuo. Finalmente, el cuidado postoperatorio es esencial para prevenir complicaciones, controlar el dolor, promover la recuperación y facilitar la rehabilitación, se asegura una evolución favorable y mejor calidad de vida para el paciente (Alvarado y Quichimbo, 2023).

Por esta razón, la implementación del método enfermero en una paciente con apendicectomía es fundamental para otorgar cuidados de calidad y puede emplearse tanto en el tratamiento de las respuestas humanas como en las respuestas fisiopatológicas asociadas a la enfermedad. De la misma forma, también puede ser empleado como un indicador de la calidad del cuidado enfermero otorgado. Dada la cercanía e interacción con el paciente, así como sus

amplios conocimientos y habilidades, la enfermera especialista juega un papel clave como líder del equipo quirúrgico y es responsable de garantizar la seguridad del paciente durante todo el proceso perioperatorio. Este enfoque integral constituye la base para elaborar un plan de cuidados individualizado para personas con apendicitis aguda, haciendo uso del juicio clínico y pensamiento crítico para satisfacer las necesidades clínicas del paciente que favorezcan una recuperación exitosa (Ibáñez et al., 2023).

1.2 Marco de referencia

1.2.1 Anatomía y fisiología

El apéndice es una porción vermiforme del tracto digestivo ubicado en el colon ascendente en la unión con el íleon, se encuentra unido al ciego y su estructura posee tejido linfóide, mide entre 5 a 10 cm, pero al momento de su inflamación u oclusión puede alcanzar un diámetro de 30 cm. Su posición puede ser variable pero la más común es a nivel de la fosa ilíaca derecha en el denominado punto de McBurney. Dicho apéndice es un divertículo verdadero, ya que su pared se conforma de mucosa, submucosa, muscular longitudinal y circular y serosa. Se irriga a través de la arteria apendicular y la punta del apéndice puede migrar hacia diferentes localizaciones: retrocecal, subcecal, preileal, postileal y pélvica (Silva y Ruíz, 2022).

Es importante mencionar que, el apéndice aparece en la octava semana de gestación y presenta células caliciformes que producen moco y están presentes en toda la mucosa apendicular. En la submucosa se encuentran folículos linfoides que se extienden hasta la parte muscular de la mucosa y se encargan de la función inmunológica en las fases iniciales del desarrollo con la secreción de inmunoglobulina A (IgA), el tejido linfóide aparece en el apéndice a los 2 años de edad y aumenta en los siguientes 10 años y después involuciona. A los 60 años de

edad, no existe tejido linfoide es por ello que el apéndice no cumple ninguna función conocida en la edad adulta (Hernández, 2022).

1.2.2 Fisiopatología

El principal proceso patológico que afecta al apéndice vermiforme es la apendicitis aguda, este padecimiento principalmente se debe a una obstrucción luminal y esto puede deberse a múltiples factores como: fecalitos, hiperplasia linfoide, cuerpos extraños, parásitos, tumores primarios (carcinoide, adenocarcinoma, linfoma) y tumores metastásicos (colon y mama). Los fecalitos caracterizan la causa más común de obstrucción apendicular, seguida de hiperplasia linfoide, materia vegetal y parásitos intestinales. La obstrucción conduce a la inflamación, aumentando la presión intraluminal, se produce una distensión rápida del apéndice debido a su capacidad luminal, las presiones pueden alcanzar 50 a 65 mmHg. Este proceso conduce al agrandamiento del ciego, causado por el proceso inflamatorio (Urbano et al., 2024).

Por consiguiente, a medida que aumenta la presión luminal, se excede la presión venosa. Una vez que la presión luminal supera 85 mmHg, se produce trombosis de las vénulas que drenan el apéndice, el flujo arteriolar se deteriora y comienza la congestión arterial, los drenajes linfáticos y venosos están colapsados y se desarrolla isquemia. No obstante, la etiología de la apendicitis aguda se encuentra incierta y pobremente entendible en la actualidad (Murúa, 2021). Teorías recientes se enfocan en los factores genéticos, influencias ambientales e infecciones; para muestra de ello se reporta que las personas con historia familiar de apendicitis aguda tienen un riesgo tres veces mayor con respecto a las que no tienen historia familiar de padecer dicha entidad. En cualquier caso, de apendicitis aguda la indicación es la intervención quirúrgica de urgencia (Soria et al., 2021).

1.2.3 Apendicitis aguda

La apendicitis consiste en la inflamación del apéndice con edema y exudación de las capas internas del órgano, el síntoma más frecuente es el dolor, típicamente periumbilical y epigástrico, migra hacia el cuadrante inferior derecho. No obstante, a pesar de ser considerado un síntoma clásico, el dolor migratorio ocurre sólo en 50 a 60% de los pacientes con apendicitis aguda. Por un lado, la aparición de náuseas y vómitos ocurre después de la instalación del dolor; así mismo, la fiebre suele manifestarse alrededor de seis horas después del cuadro clínico; éste varía en forma considerable de una persona a otra, en algunos casos, es atribuible a la localización de la punta del apéndice. Por otro lado, por la irritación que produce el apéndice, pueden presentarse otros síntomas como urgencia miccional, disuria o síntomas rectales como tenesmo o diarrea (Bermello et al., 2021).

Esta patología se puede clasificar en dos: apendicitis no complicada y apendicitis complicada en la cual existe gangrena, flemones o abscesos en un 25% de pacientes. La tasa de morbilidad de la apendicitis no complicada es del 10% y su tasa de mortalidad varía entre 0,24% y 4% y está directamente asociada con el período evolutivo del cuadro clínico y las comorbilidades del paciente. Es la enfermedad más diagnosticada en emergencias quirúrgicas y representa aproximadamente el 20% de intervenciones en el quirófano (Sánchez et al., 2022).

1.2.4 Pruebas de gabinete y laboratorio

En la apendicitis aguda realizar un diagnóstico oportuno y certero resulta fundamentalmente importante, generalmente se establece durante el desarrollo de la historia clínica y revisión del estado físico, en este sentido, se complementa con estudios de laboratorio y de gabinete. El examen físico de estos pacientes debe realizarse con la toma de signos vitales; se puede encontrar temperatura corporal mayor de 38 °C, taquicardia y, en algunos casos taquipnea. Conforme la inflamación progresa, ocasiona sensibilidad en el cuadrante inferior

derecho y puede detectarse en la exploración física. El punto máximo de dolor en el abdomen corresponde casi siempre al punto de McBurney, el cual se encuentra localizado a dos tercios del ombligo en una línea trazada del ombligo a la espina iliaca anterosuperior derecha (Alvarado et al., 2024).

Se han descrito distintos signos clínicos en la exploración física para facilitar el diagnóstico, entre los cuales destacan el signo de Blumberg (dolor ante la descompresión brusca en la fosa iliaca derecha), Rovsing (palpación en la fosa iliaca izquierda con dolor referido en la fosa contralateral), psoas (dolor en la fosa iliaca derecha por la extensión de la cadera derecha), obturador (dolor en la fosa iliaca derecha tras la flexión y rotación interna de la cadera derecha) y la utilización de la escala diagnóstica de Alvarado (Díaz, 2020).

Finalmente, los estudios de gabinete más frecuentes en pacientes con sospecha de apendicitis es la tomografía computarizada, el ultrasonido y ecografía abdominal y la resonancia magnética, así como la toma de muestras de laboratorio para el análisis de sangre de proteína C reactiva. En relación con lo anterior, diagnosticar inadecuadamente este padecimiento compromete el estado general de la salud, arriesgando la vida de la persona; asimismo, alarga la estancia hospitalaria, se observa un aumento en los costos por concepto de hospitalización y en situaciones complicadas es posible que se requieran múltiples intervenciones quirúrgicas, asociadas a una apendicitis complicada, tal como lo es una apendicectomía ya sea abierta o por vía laparoscópica (Maad y Karan 2022).

1.2.5 Tratamiento quirúrgico

Una vez establecido el diagnóstico de apendicitis aguda, el tratamiento quirúrgico con más evidencia a nivel mundial es la apendicectomía, la cual es una técnica quirúrgica con el objetivo de extraer el apéndice inflamado o infectado, con el fin de evitar que la infección se disemine por el espacio abdominal y provoque una peritonitis. Puede realizarse como cirugía

abierta mediante un corte abdominal de 5 a 10 cm de longitud, o con técnica laparoscópica, la cual tiene varias ventajas frente a la cirugía abierta; como reducción de infecciones, dolor, o recuperación más rápida. Sin embargo, tiene limitaciones en pacientes con intervenciones de abdomen, con enfermedades cardíacas o pulmonares, si el apéndice se ha roto y la infección se ha extendido más allá del apéndice, o si existe un absceso, es ahí cuando la apendicectomía abierta es una buena opción además de que permite al cirujano limpiar la cavidad abdominal (Del Barrio et al., 2021).

Es relevante mencionar que, la apendicectomía convencional o laparoscópica se realiza de acuerdo al criterio del cirujano y las complicaciones están relacionadas con la experiencia del cirujano, el paciente, y el tipo de cirugía, las complicaciones que se pueden presentar son: infección de sitio quirúrgico, absceso intraabdominal, sepsis, dehiscencia de la herida, senos de las líneas de sutura, fistula cecal, evisceración, obstrucción intestinal, hernias incisionales, neoplasias y piliflebitis (Alvarado y Quichimbo, 2023).

1.2.6. Proceso enfermero

El método enfermero es una estrategia fundamental para el cuidado perioperatorio de pacientes sometidos a apendicectomía, ya que permite una atención sistemática y personalizada en cada etapa del proceso quirúrgico. En la fase preoperatoria, facilita la valoración integral del paciente, se identifican factores de riesgo y estableciendo el diagnóstico enfermero, se orienta la planificación de intervenciones. Durante la cirugía, garantiza la monitorización constante de signos vitales, el mantenimiento de la asepsia y la prevención de complicaciones intraoperatorias. En el postoperatorio, se centra en la evaluación continua de signos vitales, el control del dolor, la detección temprana de infecciones y la recuperación funcional del paciente. Este enfoque estructurado no solo mejora la seguridad y la calidad del cuidado, sino que también promueve

una recuperación más rápida y efectiva, destacando el papel esencial de la enfermería en el equipo quirúrgico (Reyes, 2023).

Cabe resaltar que, las intervenciones y actividades profesionales de las enfermeras que se proporcionan a los usuarios con esta enfermedad y que deberán ser sometidos a cirugía, deben estar fundamentado en una práctica basada en los reportes de investigación en el área de la práctica quirúrgica, en consecuencia, se requiere de un profesional enfermería con competencias intelectuales, técnicas e interpersonales en el otorgamiento de cuidados para la salud de personas con necesidades perioperatorias.

Derivado de lo anterior, se desarrolló un caso clínico con una paciente de apendicectomía desde la perspectiva del método enfermero individualizado durante el perioperatorio, se consideraron las diferentes etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de acuerdo a las respuestas humanas que presentó la paciente durante su estancia hospitalaria. En la formulación de los diagnósticos enfermeros se empleó la Clasificación de la NANDA (Herdman et al., 2024), consecuentemente para la selección de resultados esperados la Taxonomía NOC (Moorhead et al., 2024) y para la selección de las intervenciones la Taxonomía NIC (Butcher et al., 2024).

1.2.7 Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson (1966), debido a que es totalmente compatible con el proceso enfermero, aspecto fundamental para que tenga aplicación en la práctica. El modelo resultó efectivo para la etapa de valoración al utilizar las 14 necesidades dado que, define el enfoque de la práctica de la enfermería, hace énfasis en las necesidades humanas básicas como foco central de la práctica de

la enfermería y busca aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría durante su estadía en el hospital (Reyes, 2023).

Desde otra perspectiva, Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo, enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible para Henderson la enfermera es aquella que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz.

Las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de Henderson (1966) son: Respirar normalmente, alimentarse e hidratarse, eliminar por todas las vías corporales, moverse y mantener posturas adecuadas, dormir y descansar, escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene y la integridad de la piel, evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas, comunicarse con los demás para expresar emociones, temores, vivir de acuerdo con los propios valores y creencias, ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal, participar en actividades recreativas, aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal (Raile, 2018).

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble sentido de universalidad y especificidad. Universalidad porque son comunes y esenciales para todos los seres humanos; y especificidad, porque se manifiestan de manera distinta en cada persona.

1.2.8 Casos clínicos

Para el desarrollo del presente caso clínico se realizó una búsqueda de información para sustentar los diagnósticos enfermeros, las intervenciones que se ejecutaron, así como los resultados obtenidos, basándonos en fuentes confiables que nos arrojaron casos clínicos semejantes, tal como la apendicitis aguda.

Elorza González, Gracia Cotore, Pérez Llamazares, Becerril Tabuenca, Delgado Allué, Delgado Catalán (2023) quienes desarrollan un proceso de atención de enfermería a un hombre de 21 años de edad que acude al servicio de urgencias refiriendo cuadro dolor abdominal, febrícula y náuseas, con diagnóstico médico de apendicitis aguda. Realizaron la valoración del paciente utilizando el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, logrando identificar alterada la necesidad de nutrición-metabólico, eliminación y sueño-descanso. Posterior a la valoración se realizó la identificación y desarrollo de diagnósticos enfermeros, tal como, dolor agudo, náuseas y temor. Así mismo, se ejecutaron algunas intervenciones de enfermería; manejo del dolor: agudo, administración de analgésicos, manejo de las náuseas, mejorar el afrontamiento y manejo de la conducta. Arrojando un resultado de acuerdo a la escala de grave a moderado respectivamente.

Muñiz Sola, Puyo Cebrián, Guerrero Sotillos, Alvarenga Benítez, Ferrer Mayor (2022) se presenta el caso de un paciente de 28 años que acude a urgencias del hospital por presentar dolor abdominal e inflamación, localizado en hipogastrio que se irradia a fosa iliaca derecha. Posteriormente se programa para apendicectomía por laparoscopia bajo anestesia general. Por lo que realiza la valoración enfermera según las necesidades básicas de Virginia Henderson, encontradas alteradas las necesidades de nutrición-metabolismo y mantenimiento de la temperatura corporal, por lo que se establecen los siguientes diagnósticos enfermeros: Riesgo de

infección de la herida quirúrgica, dolor agudo, hipertermia y riesgo de estreñimiento.

Consecuentemente, se realizan las intervenciones de enfermería; cuidados de la herida, manejo del dolor: agudo, manejo del estreñimiento/impactación y regulación de la temperatura corporal. Finalmente se evalúan los resultados de acuerdo a las escalas propuestas por la taxonomía NOC, encontrando una puntuación de grave a moderado, lo cual impacta positivamente en la evolución clínica del paciente.

Choez Abendaño, Gálvez Peralta, Garcés Loor, Sisa Moreno, Manzano Bayas (2024) quienes realizan el caso clínico de una paciente femenina de 20 años acude por presentar dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha que se acompaña con alza térmica no cuantificada y vómitos de contenido alimentario por 3 ocasiones, motivo por el cual acude a su unidad hospitalaria y se diagnostica con apendicitis aguda. Se realiza la valoración de acuerdo a las 14 necesidades básicas propuestas por Virginia Henderson, donde el personal de enfermería obtiene alteración de dos necesidades básicas; nutrición- metabolismo y moverse/mantener una postura adecuada, por lo que se establece el diagnóstico enfermero de dolor agudo y náusea. De igual manera, se realizan las intervenciones de manejo del dolor: agudo, administración de analgésicos, y manejo de las náuseas. La paciente demostró una mejoría significativa que contribuyó a una estancia hospitalaria favorable y eficaz.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Implementar cuidados especializados para una paciente durante el proceso perioperatorio de apendicectomía, a través del método enfermero, que favorezca una evolución clínica óptima y reducir los riesgos asociados.

1.3.2 Objetivos específicos

- 1.- Realizar la valoración de enfermería en el perioperatorio a un paciente con apendicitis aguda.
- 2.- Elaborar los diagnósticos con base en la taxonomía NANDA.
- 3.- Ejecutar un plan de cuidados de enfermería que atienda a las necesidades del paciente con apendicitis aguda.
- 4.- Evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería a través de la taxonomía NOC.

Capítulo II

Valoración Perioperatoria

Caso clínico a una paciente con apendicitis aguda

2.1 Valoración inicial

Se realizó la valoración de la señora G.V.A en el servicio de urgencias, mediante la exploración física y con base en las 14 necesidades de Virginia Henderson, con la finalidad de obtener información primaria y secundaria para la realización del presente caso clínico.

2.2 Datos de identificación

La señora G.V.A de 85 años de edad, residente de Puebla, refiere estar pensionada, actualmente es viuda y vive con su hija, yerno y nietos, no trabaja.

2.3 Observación del entorno

La paciente está hospitalizada en el servicio de recuperación, en una habitación compartida, se encuentra en un ambiente físico limpio, seguro y cómodo para su recuperación, con adecuada ventilación e iluminación. Cortinas laterales para proteger la privacidad del paciente, y con el equipo necesario para su cuidado.

2.4 Antecedentes históricos

La señora G.V.A refiere haber iniciado con dolor abdominal persistente desde hace 3 días, que se irradia hacia la espalda, acompañado de intolerancia a los alimentos, pérdida de apetito y náuseas llegando al vómito de contenido gástrico en tres y cuatro ocasiones al día, presenta distensión abdominal progresiva en la última semana que se ha intensificado en las últimas 24 horas, medicada con paracetamol sin mejoría, además de presentar molestias abdominales como

el estreñimiento desde hace 3 días y de gases desde hace 24 horas, ha presentado dificultad para conciliar el sueño y descansar debido a su padecimiento, por lo que decide acudir el día 05 de octubre al servicio de urgencias adulto, se inicia protocolo médico y se solicitan estudios de laboratorio y gabinete, se realiza radiografía de abdomen simple en donde se evidencia patrón en pila de moneda, edema inter asa y no se aprecia aire en ámpula rectal. Por lo que se programa para cirugía de apendicectomía el día siete de octubre del 2024, bajo el diagnóstico médico de apendicitis aguda.

2.5 Valoración preoperatoria

Se realizó la valoración céfalo caudal de la señora G.V.A en la sala de recuperación. La paciente se encuentra con estado de conciencia alerta y orientada en tiempo, lugar, y espacio. Se aplicó la escala de Hamilton para evaluar el nivel de ansiedad, la cual se encuentra en un estado moderado (24 puntos) y la escala de Dawton para la valoración del riesgo de caídas encontrándose en un nivel alto >4 puntos.

Presenta distensión abdominal, con hipoperistalsis y dolor localizado en epigastrio con signo de Murphy positivo, que se produce al realizar una palpación profunda en el reborde subcostal derecho. Se utiliza la escala de EVA para la valoración del dolor obteniendo una puntuación de 7/10 puntos, fascies expresivas del dolor. Se implementa la lista de verificación de cirugía segura para mejorar la efectividad de los procesos quirúrgicos y reducir los daños al paciente y se revisa expediente clínico completo de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012 que establece las normas para la creación, manejo y protección de los expedientes clínicos en México (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2012).

Tabla 1*Resultados de laboratorio*

Hematología	Resultado	Rango de referencia
Hb	13.7	12.1 a 15.1 g/dL
Hto	40.5	36.1% a 44.3%
Plaquetas	357	150 a 400 × 10/L
Tp	12.1	11 a 13.5 segundos
Inr	1.1	1,1 o menor
Tpt	24.3	25 a 35 segundos
Leucocitos	8.9	4.5 a 11.0 × 10/L
Glucosa	167	80 y 130 mg/dL
Urea	121.98	2,5-7,5mg/dl
Creatinina	2.2	0.6 a 1.1 mg/dL
Grupo Y Rh	O Positivo	

Nota. Datos obtenidos del expediente clínico de la señora G.V.A.

Tabla 2*Registro de Signos vitales*

Hora	T°	Fc	Fr	TA	SatO2
10:00	36°	132 lpm	23 rpm	132/67 mmHg	97%
12:00	36°	97 lpm	22 rpm	135/65 mmHg	96%

Nota: Elaboración propia.

T°= Temperatura

FC= Frecuencia cardiaca

FR= Frecuencia respiratoria

TA= Tensión arterial

SAT02= Saturación de oxígeno

2.6 Valoración de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson

Se realizó una valoración de la paciente G.V.A en la cual se encuentran alteradas algunas de las 14 necesidades de Virginia Henderson, de acuerdo con la necesidad de comer y beber se obtuvo que la paciente se encuentra en ayuno de más de ocho horas, con una terapia de infusión de 1000 ml de solución Hartmann, mediante un acceso venoso periférico de #18 G funcional y permeable. En la necesidad de eliminación, presenta estreñimiento, disminución de la motilidad intestinal, y distensión abdominal. De acuerdo a la necesidad de moverse y mantener una buena postura, la paciente adopta posiciones antiálgicas para su movilización y traslado a la unidad hospitalaria debido al dolor intenso en epigastrio. Otra necesidad afectada es la de dormir y descansar, la señora refiere no poder obtener un sueño reparador debido a las molestias de su padecimiento y la preocupación que implica el estar hospitalizada, presenta periodos cortos de sueño fisiológico. Finalmente, se identifica la necesidad de evitar los peligros, la paciente manifiesta amenaza al ser programada para cirugía, refiere nerviosismo, tensión, ansiedad y miedo para ser intervenida ya que menciona que un familiar cercano murió poco después de ser operado, lo cual es un factor de estrés para ella.

2.6.1 Diagnóstico preoperatorio de enfermería

Dominio: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés	Clase: 2 Respuesta del afrontamiento	Diagnóstico de enfermería: Ansiedad excesiva 00400
---	--	---

Relacionado con: Dolor, estrés excesivo, situación desconocida.

Manifestado por: Nerviosismo, angustia, preocupación, tensión, dolor abdominal, aumento de la presión arterial, alteración del ciclo sueño-vigilia

Población en riesgo: Personas mayores.

Condiciones asociadas: Procedimiento invasivo

Nota: Diagnóstico de enfermería, tomado de taxonomía NANDA, 2024.

2.6.2 Plan de cuidados de enfermería preoperatorios

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería-NANDA	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE)		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
<p>Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés. Clase: 02 Respuestas de afrontamiento</p> <p>Página NANDA: 630. Diagnóstico: Ansiedad excesiva 00400</p> <p>Relacionado con: Dolor, estrés excesivo, situación desconocida.</p> <p>Manifestado por: Nerviosismo, angustia, preocupación, tensión, dolor abdominal, aumento de la presión arterial, alteración del ciclo sueño-vigilia</p> <p>Población en riesgo: Personas mayores.</p> <p>Condiciones asociadas: Procedimiento invasivo</p>	<p>Dominio: 03 Salud psicosocial</p> <p>Clase: O Autocontrol</p> <p>Código NOC: 1404</p> <p>Página: 129 NOC: Autocontrol de la ansiedad</p> <hr/> <p>Puntuación Basal</p> <p>2</p> <hr/> <p>Puntuación Diana</p> <p>4</p> <hr/> <p>Puntuación Post-intervención</p> <p>4</p>	<p>1. Obtiene información para reducir la ansiedad (2)-(4)</p> <p>2. Controla la respuesta de ansiedad. (2)-(4)</p> <p>3. Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. (2)-(4)</p> <p>4. Refiere dormir de forma adecuada. (2)-(4)</p> <hr/> <p>Escala (s)</p> <p>1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.</p>	<p>Dominios: 3 Conductual Clase: T Fomento de la comodidad psicológica Página NIC: 163 Intervención: Disminución de la ansiedad</p> <p><i>Actividades:</i></p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se utilizó un enfoque sereno de seguridad. Se explicaron todos los procedimientos, inclusive las posibles sensaciones que se podrían experimentar durante el procedimiento. Se proporcionó información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Se implementó terapia de relajación mediante ejercicios respiratorios <p>Dominios: 2 fisiológico: complejo Clase: J Cuidados perioperatorios Página NIC: 187 Intervención: Enseñanza: prequirúrgica</p> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Se orientó al paciente y a la familia de la duración esperada de la operación. Se conocieron las experiencias quirúrgicas previas de la paciente, sus antecedentes, nivel cultural y el grado de conocimiento de la cirugía. Se dio tiempo a la paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes Se describieron las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal, preparación de la piel, terapia IV, vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófano). Se realizaron cambios posturales y las posibles medidas de control del dolor.

2.7 Valoración en la etapa transoperatoria

Ingresa la paciente G.V.A al servicio de recuperación el día siete de octubre del 2024 a las 19:20 pm, para cirugía programada de apendicectomía con el diagnóstico de dolor abdominal por apendicitis aguda. A la exploración cefalocaudal la paciente está alerta y orientada, con palidez de tegumentos, campos pulmonares normoventilados, abdomen distendido y doloroso a la palpación, además de presentar hipoperistalsis y estreñimiento. Extremidades sin datos de edema, genitales acordes con la edad y sexo. Se monitorizan, valoran y registran los presentes signos vitales; Tensión arterial de 170/67 mmHg, frecuencia cardiaca de 81 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 21 respiraciones por minuto, una temperatura corporal de 36°C, saturación de oxígeno del 90% y una glucosa de 169 mg/dL en ayunas.

La paciente cuenta con una medicación preanestésica de omeprazol 40 miligramos cada 24 horas vía intravenosa, metoclopramida 10 miligramos intravenosa cada ocho horas, paracetamol un gramo cada ocho horas vía intravenosa y ciprofloxacino 400 miligramos intravenoso cada 24 horas. Antes del inicio de la cirugía se otorgó una enseñanza prequirúrgica atendiendo a dudas e inquietudes que la paciente manifestó, se fomentó un ambiente seguro y tranquilo, así mismo se corroboró la correcta preparación prequirúrgica de la paciente en el área de recuperación incluyendo la verificación del vendaje antitrombótico, las horas de ayuno, el retiro de joyas y esmalte de uñas, las recomendaciones de higiene y el expediente clínico completo y debidamente requisitado.

2.8 Aplicación de protocolo de cirugía segura

2.8.1 Antes de la inducción a la anestesia.

Se recibe a la paciente en sala quirúrgica, consciente, alerta y orientada en sus tres esferas, se verifican que los datos de la paciente sean los correctos y el expediente clínico esté completo. A la valoración cefalocaudal se localiza acceso venoso periférico #18 Gauge en miembro superior izquierdo, permeable y funcional infundiendo solución Hartmann 1000 ml para mantener vena permeable, tórax simétrico y normoventilado con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, abdomen distendido y con dolor a la palpación profunda, se valoran extremidades inferiores íntegras y sin deformidades, sin datos de edema, con vendaje compresivo en espiga, no presenta lesiones en la piel.

Se coloca a la paciente en mesa quirúrgica en posición supina, se conectan electrodos y se valoran los signos vitales obteniendo una frecuencia cardíaca dentro de parámetros normales, la frecuencia respiratoria sin patrón alterado, normotérmica y con hipertensión arterial sistémica de 141/68 mmHg, además de presentar hiperglucemia de 169 mg/dL en ayunas. Anestesiólogo interroga las alergias y toxicomanías dando un resultado negativo, además de realizar la valoración de la vía aérea, la cual presenta cierto grado de dificultad para la intubación de acuerdo a la escala de Patil-Aldrete con una puntuación de II y Mallampati de III. De acuerdo con la escala de Dawton obtiene una puntuación mayor a cuatro puntos, lo cual representa un alto riesgo de caídas.

Posterior a la valoración por anestesiología, se procede a realizar la anestesia regional neuroaxial entre las lumbares 1 y 2, una vez que la paciente se encuentra bajo efectos de la anestesia se coloca sonda vesical tipo foley #16 French, se realiza asepsia y antisepsia de sitio

quirúrgico con yodopovidona espuma en región abdominal hasta bordes costales, líneas medias axilares y tercio superior de las piernas, terminando en genitales. Se mantiene en posición supina y se cubre con campos estériles delimitando el área a intervenir y se cierra campo quirúrgico para dar inicio a evento quirúrgico.

2.8.2 Antes de la incisión cutánea

Se implementa la lista de verificación de cirugía segura, con la participación de todo el equipo quirúrgico.

<i>Apendicectomía</i>		
Objetivo	Prevenir y/o tratar complicaciones potencialmente mortales como la peritonitis y la sepsis abdominal mediante la extirpación del apéndice cecal.	
Patología abordada Diagnóstico Preoperatorio	Apendicitis aguda	
Estudios de laboratorio y gabinete	1. Biometría hemática, TTP y TP, química sanguínea. 2. Ultrasonido abdominal 3. Ecografía abdominal	
Equipo biomédico	Carro de anestesia, mesa quirúrgica, mesa riñón, mesa mayo, electrocauterio	
Tipo de Anestesia:	Anestesia regional neuroaxial	
Posición del Paciente:	Decúbito dorsal.	
Ropa Quirúrgica	Bulto de cirugía general.	
Complicaciones y hallazgos en el transoperatorio	Alteración de las constantes vitales. Ruptura del apéndice cecal, provocando una diseminación del contenido en cavidad abdominal provocando peritonitis, infección e incluso la muerte. Corte de la arteria apendicular desencadenando una hemorragia.	
Instrumental	Suturas:	Material:
1. Equipo de cirugía general. 2. Tijeras de Mayo. 3. Tijeras Metzenbaum. 4. Mangos de bisturí #3 y #4. 5. Separadores Richardson. 6. Separadores Deavers.	Catgut crómico 2-0. ½ círculo Seda libre atraumática 2-0	1. Isodine espuma. 2. Gasas con trama. 3. Compresas. 4. Satín hemostático. 5. Guantes quirúrgicos. 6. Hoja de bisturí núm. 20 y 10.

7. Cánula de Yankauer. 8. Dos Manerales. 9. Riñón metálico. 10. Pinzas Rochester. 11. Pinzas Kelly. 12. Pinzas ángulo. 13. Pinzas Backhaus. 14. Pinzas Babcock. 15. Pinzas Forester.	Poliglactina 910 1-0 ½ círculo Nylon 3-0. 3/8 círculo	7. Jeringa de 10 ml. 8. Solución NaCl al 0.9%. 9. Tubo de succión. 10. Apósito transparente grande. 11. Lápiz y placa de electrocauterio. 12. Bolsa de colostomía.
Procedimiento		
Cirujano		Enfermera(o) Quirúrgica
Se realizó previo aseo de área quirúrgica, e inició establecimiento de campo quirúrgico.		Se proporcionaron dos sábanas de pies, cuatro campos sencillos y sábana hendida
Se colocó y fijaron los aditamentos al campo estéril.		Se entregó cánula de Yankauer, tubo de aspiración, electrocauterio, pinzas Backhaus y 2 compresas.
Cierre de circuito estéril		
Se realizó incisión tipo Rockey-Davis en la piel.		Se proporcionó primer mango de bisturí No. 4 con hoja No. 20.
Cirujano incidió tejido celular subcutáneo.		Se otorgaron segundo mango de bisturí No. 3 hoja 10 o electrocauterio.
Se realizó la ampliación de campo quirúrgico mediante disección por planos.		Se proporcionó separadores Farabeuf.
Continuó con la incisión de aponeurosis del músculo oblicuo mayor.		Se facilitó segundo mango de bisturí No.3 hoja 10.
Se localizó el músculo oblicuo mayor y músculo transverso.		Se aportó separadores Richardson.
Se realizó disección roma de fibras musculares del oblicuo mayor y transverso del abdomen.		Se ofreció electro bisturí.
Se procedió a referir e incidir peritoneo parietal.		Se proporcionó pinzas Kelly y tijeras Metzenbaum.
Se realizó la separación de bordes para localizar la región ileocecal y el apéndice.		Se aportaron separadores de Richardson.
Cirujano refirió base del mesoapéndice y movilizó con ciego e íleon terminal para exteriorizar hacia la herida quirúrgica.		Se proporcionó pinzas Babcock.
Se colocó una compresa alrededor de la base del apéndice.		Se entregaron compresas.

Se realizó la separación del apéndice y mesoapéndice mediante un pequeño orificio en una zona avascular cerca de la base del mesoapéndice, realizando pinzamiento, cortes y ligadura seriados del mismo.	Se proporcionaron pinzas Kelly curvas y pinzas ángulo, Tijeras Metzenbaum curvas y seda libre atraumática No. 2/0.
Cirujano tomó la base del apéndice.	Se otorgó pinzas Kelly curvas.
En la pared del ciego, alrededor de la base del apéndice, se colocó una sutura en bolsa de tabaco (jareta).	Se aportó crómico 2/0 referido en porta agujas de Mayo, pinzas de disección sin dientes y pinza Kelly.
Ligó la base del apéndice.	Se proporcionó seda libre No. 2/0 referida en pinza Mixer
Inicia tiempo séptico	
Se realizó corte de la base del apéndice.	Se ofreció primer mango de bisturí No. 4 con hoja No. 20.
Entregó pieza e instrumental contaminado.	Se recibió apéndice e instrumental en campo sencillo doblado.
Invirtió el muñón apendicular contra el ciego para invaginarlo.	Se entregó pinzas Kelly curva.
Se anudó la sutura de la jareta y colocó un segundo punto de refuerzo, cortó cabos de sutura y cauterizó muñón apendicular con electrobisturí.	Se proporcionó sutura catgut crómico 2/0 referido en porta agujas de Mayo, pinzas de disección sin dientes y electrobisturí.
Retiró instrumental y material textil.	Se realizó conteo de instrumental y material de esponjear y se informó al cirujano de la cuenta.
Se realizó lavado de cavidad abdominal y aspiración.	Se entregó jeringa de asepto con solución fisiológica al 0.9% y aspirador.
Termina tiempo séptico	
Cambio de guantes y campos quirúrgicos.	Se entregaron guantes y campos quirúrgicos.
Se verificó hemostasia y revisó cavidad abdominal.	Se brindó electrobisturí y gasa referida en pinza de anillos.
Se realizó el cierre de peritoneo parietal con súrgete continuo.	Se ofreció catgut crómico No. 2/0 referido en porta agujas de Mayo y pinzas de disección sin dientes.
Suturó músculo oblicuo mayor.	Se proporcionó poliglactina 910 No. 1 referido en porta agujas de Mayo y pinzas de disección sin dientes.

Suturó aponeurosis con súrgete continuo.	Se entregó poliglactina 910 No. 1 referido en porta agujas de Mayo, separadores de Farabeuf y pinzas de disección con dientes.
Afrontó tejido celular subcutáneo y cortó cabos de sutura.	Se proporcionó catgut crómico No. 2/0 referido en porta agujas de Mayo, pinzas de disección sin dientes y tijeras de Mayo recta.
Cirujano colocó drenaje pasivo Penrose ¼ en fosa iliaca derecha.	Se otorgó Penrose ¼, nylon 3/0 en portaagujas Mayo, pinzas de disección con dientes y tijeras de Mayo recta.
Suturó piel con puntos Sarnoff y cortó cabos de sutura.	Se proporcionó nylon 3/0 referido en porta agujas Mayo, pinzas de disección con dientes y tijeras de Mayo recta
Se realizó limpieza y secado de herida quirúrgica.	Se entregó gasa húmeda y gasa seca.
Se protegió herida quirúrgica y Penrose.	Se dieron gasas, apósito transparente y bolsa de colostomía.

Observaciones

- Se mantuvo la cadena de esterilidad durante el transoperatorio para disminuir el riesgo de infección del sitio quirúrgico.
- Se controló la normotermia del paciente durante el evento quirúrgico.
- Se cuantificó y controló la entrada y salida de gasas, compresas y suturas que ingresaron a la cavidad abdominal.
- Se realizó la estimación el sangrado transoperatorio y se contó con paquetes globulares disponibles.

2.8.3 Valoración transoperatoria

La señora G.V.A se mantiene durante el procedimiento bajo sedación y analgesia, con monitorización continua del estado hemodinámico. Se realiza una valoración por aparatos y sistemas, se encontraron alteraciones en el sistema cardiorrespiratorio manifestado por elevación de la tensión arterial y taquicardia, alteración del sistema digestivo con presencia de herida

quirúrgica en fosa iliaca derecha, siendo el colon ascendente el principal lugar de intervención quirúrgica y el flanco derecho como inserción de drenaje tipo penrose. Se evidencia, la alteración de aparatos y sistemas con los presentes signos vitales (Ver tabla 3).

Tabla 3

Registro de Signos vitales transoperatorios

Hora	T°	Fc	Fr	TA	SatO2
19:35	36°	110 lpm	20 rpm	141/68 mmHg	95
20:05	35.8°	105 lpm	20 rpm	135/65 mmHg	96
20:35	35.0°	86 lpm	20 rpm	88/75 mmHg	96
21:05	35.0°	74 lpm	20 rpm	101/55 mmHg	96
21:35	36°	74 lpm	20 rpm	105/69 mmHg	96

Nota: Elaboración propia.

Tabla 4

Control de líquidos

Ingresos		Egresos	
Soluciones intravenosas	1000 ml	Uresis	450 ml
Medicamentos	120 ml	Estimación del sangrado	200 ml
Sangre/hemoderivados	0	Aspiración	300 ml
Otros	200 ml	Vómitos	0
Total	1320 ml	Total	950 ml
Balance positivo	370 ml		

Nota: Tabla de elaboración propia con datos obtenidos del expediente clínico de la paciente G.V.A.

2.8.4 Antes de que la paciente salga de quirófano

Se realizó conteo completo de instrumental y textiles antes de cierre de cavidad abdominal, se volvió a confirmar con el cirujano el procedimiento realizado (Apendicectomía), se monitorizaron últimos signos vitales, se procedió al cierre primario del sitio quirúrgico, se solicitó y membretó muestra para estudio de patología con datos personales de la paciente como fecha de nacimiento, nombre completo y nombre de pieza quirúrgica, anestesiólogo procedió con la reversión de la anestesia e inició destete de oxígeno. Enfermera instrumentista cubrió heridas quirúrgicas con gasas y apósito transparente, enfermera circulante colocó bolsa de colostomía en drenaje penrose para la vigilancia y cuantificación de secreciones y fijó la sonda vesical membretada con datos de identificación. Paciente egresó de la sala hemodinámicamente estable al servicio de recuperación, sin ninguna complicación al momento.

2.8.5 Registro de diagnóstico de enfermería transoperatoria

Dominio: 11	Clase: 6	Diagnóstico de enfermería:
Seguridad/Protección	Termorregulación	termorregulación ineficaz 00008
Relacionado con: Entorno frío del área quirúrgica, duración de la cirugía, pérdidas potenciales de sangre y electrolitos, cirugías mayores, fármacos e infusiones anestésicas y condiciones propias del paciente como edad extrema.		
Manifestado por: Piel fresca al tacto, reducción de la temperatura corporal por debajo del rango normal, llenado capilar lento.		
Población en riesgo: Personas expuestas a temperaturas ambientales extremas (entorno quirúrgico)		
Condiciones asociadas: Condición que afecta la regulación de la temperatura, estado de salud deteriorado.		

Nota: Diagnóstico de enfermería, tomado de taxonomía NANDA, 2024.

2.8.6 Plan de cuidados de enfermería transoperatorio

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería- NANDA	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE)		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
<p>Dominio: 11 Seguridad/Protección</p> <p>Clase: 6 Termorregulación</p> <p>Página NANDA: 778.</p> <p>Diagnóstico: Termorregulación ineficaz 00008</p> <p>Relacionado con: Entorno frío del área quirúrgica, duración de la cirugía, pérdidas potenciales de sangre y electrolitos, cirugías mayores, fármacos e infusiones anestésicas y condiciones propias del paciente como edad extrema.</p> <p>Manifestado por: Piel fresca al tacto, reducción de la temperatura corporal por debajo del rango normal, llenado capilar lento.</p> <p>Población en riesgo: Personas expuestas a temperaturas ambientales extremas (entorno quirúrgico).</p> <p>Condiciones asociadas: Condición que afecta la regulación de la temperatura, estado de salud deteriorado.</p>	<p>Dominio: 02 Salud fisiológica</p> <p>Clase: I Regulación metabólica</p> <p>Código NOC: 0800</p> <p>Página: 581</p> <p>NOC: Termorregulación</p>	<p>1. Disminución de la temperatura cutánea (3)-(5)</p> <p>2. Hipotermia. (3)-(5)</p> <p>3. Cambios de coloración cutánea (3)-(5)</p>	<p>Dominios: 2 Fisiológico complejo Clase: J Cuidados perioperatorios</p> <p>Página NIC: 393</p> <p>Intervención: Regulación de la temperatura perioperatoria 3902</p> <p><i>Actividades:</i></p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realizó el precalentamiento del paciente de 15 minutos antes de la cirugía mediante un dispositivo de calentamiento activo (sábana térmica) Se minimizó la exposición del paciente durante la preparación y procedimiento quirúrgico. Se mantuvo el aire acondicionado de la sala quirúrgica en 23-24°C La duración de la antisepsia quirúrgica fue menor a 3 minutos. Se proporcionaron soluciones de irrigación tibias Se monitorizó la temperatura de las soluciones de irrigación Se utilizaron técnicas quirúrgicas limpias y de hemostasia para reducir la cantidad de sangrado Se aseguró que el equipo de calentamiento activo y los suministros estuvieran en su lugar y en buen estado de funcionamiento. Se monitorizaron las constantes vitales, incluida la temperatura corporal continua Se aseguró de que la temperatura corporal fuera adecuada hasta que el paciente estuvo despierto y alerta para ser trasladado a la sala de recuperación
	Puntuación Basal		
	3	Escala (s)	
	Puntuación Diana	<p>1. Grave.</p> <p>2. Sustancial.</p> <p>3. Moderado.</p> <p>4. Leve.</p> <p>5. Ninguno.</p>	
	5		
Puntuación Post-intervención			
5			

2.8.7 Valoración postoperatoria

Se realizó la valoración física en el servicio de recuperación a la señora G.V.A postoperada de apendicectomía, bajo anestesia regional neuroaxial, encontrándose despierta y consciente, con sistema cardiovascular levemente comprometido, con hipotensión, frecuencia cardíaca dentro de parámetros normales, con apoyo de oxígeno suplementario a 3 litros por minuto mediante puntas nasales, se localiza presencia de herida quirúrgica de Rockey-Davis, bien afrontada y sin datos de sangrado activo, drenaje tipo penrose en fosa iliaca derecha dirigido hacia fosa iliaca izquierda con contenido serohemático de 15 mililitros, acceso venoso periférico #18 Gauge permeable y funcional en miembro superior izquierdo, extremidades inferiores integras y sin datos de edema. Paciente aún bajo efectos residuales de anestesia con puntuación Glasgow de 13 puntos, escala de Ramsay nivel 3 y EVA de 3/10 puntos. Se mantuvo con signos vitales de tensión arterial 100/69 mmHg, frecuencia cardíaca de 98 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura corporal de 36°C, saturación de oxígeno 96%. Se verificó que los barandales estuvieran en alto para la prevención de caídas, iluminación adecuada y constante vigilancia por el personal médico y de enfermería.

2.8.8 Diagnóstico postoperatorio de enfermería

Dominio: 11 Seguridad/Protección	Clase: 1 Infección	Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección de la herida quirúrgica 00500
-------------------------------------	-----------------------	---

Factores de riesgo:

Hipotermia, hiperglucemia, prolongación de la cirugía, uso de dispositivos invasivos (drenajes).

Condiciones asociadas: Procedimientos quirúrgicos extensos, procedimiento invasivo, hipertensión, inmunosupresión.

Población en riesgo: Personas expuestas a temperaturas frías en la sala de operaciones, personas mayores de 40 años.

Nota: Diagnósticos de enfermería, tomado de taxonomía NANDA, 2024.

2.8.9 Plan de cuidados de enfermería postoperatorio

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería-NANDA	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE)		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
<p>Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 1 Infección</p> <p>Página NANDA: 672 Diagnóstico de enfermería Riesgo de infección de la herida quirúrgica 00500</p> <p>Factores de riesgo: Hipotermia, hiperglucemia, prolongación de la cirugía, uso de dispositivos invasivos (drenajes).</p> <p>Condiciones asociadas: Procedimientos quirúrgicos extensos, procedimiento invasivo, hipertensión, inmunosupresión.</p> <p>Población en riesgo: Personas expuestas a temperaturas frías en la sala de operaciones, personas mayores de 40 años.</p>	<p>Dominio: 4 Conocimiento y conducta de salud Clase: T Control del riesgo Código NOC: 1902 Página NOC: 275 Control del riesgo</p> <p>Puntuación Basal</p> <p>1</p> <p>Puntuación Diana</p> <p>4</p> <p>Puntuación Post-intervención</p> <p>4</p>	<p>1. Identifica los factores de riesgo (1)-(4)</p> <p>2. Reconoce los factores de riesgo personales (1)-(4)</p> <p>3. Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas (1)-(4)</p> <p>4. Se compromete con estrategias de control del riesgo (1)-(4)</p> <p>Escala (s)</p> <p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p>	<p>Dominios: 02 fisiológico: complejo Clase: L Control de la piel/heridas Página NIC: 131 Intervención: Cuidados de las heridas 3360</p> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se mantuvo la normotermia del paciente en el posoperatorio inmediato ● Se mantuvo la glucemia en 180 mg/dl o menor dentro de las primeras 18 a 24 horas del término del tiempo anestésico ● Se monitorizaron las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. ● Se limpió la herida con solución cloruro de sodio al 0.9% ● Se mantuvo una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. ● Se realizó el cambio del apósito según la cantidad de exudado y drenaje. ● Se inspeccionó la herida cada vez que se realizar el cambio de vendaje. ● Se comparó y registró regularmente cualquier cambio producido en la herida ● Se fomentó la ingesta de líquidos. ● Se educó al paciente y a los familiares sobre los procedimientos de cuidados de las heridas ● Se realizó curación de la herida quirúrgica por lo menos una vez al día. ● Se enseñó al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección ● Se empleó la técnica correcta del lavado de manos antes de manipular la herida ● Se administró profilaxis antibacteriana de acuerdo a prescripción médica.

Capítulo III

3.1. Discusión clínica

El presente caso clínico tuvo como objetivo la implementación de cuidados especializados dirigidos a una paciente durante el proceso perioperatorio de apendicectomía abierta, a través del método enfermero. Por lo que se realizó una valoración integral que incluyó la evaluación céfalo-caudal y la valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, a partir de esta evaluación, se identificaron alteraciones en las necesidades de alimentación e hidratación, eliminación, movilidad, sueño y descanso, así como la necesidad de evitar peligros evidenciado por ansiedad, tensión y nerviosismo.

Según lo señalado por Bermello et al., (2021), en pacientes con apendicitis aguda la valoración física debe centrarse en los signos vitales y la sensibilidad en el cuadrante inferior derecho, dado que la progresión del proceso inflamatorio compromete el peritoneo parietal. Con base en los hallazgos clínicos y de enfermería se establecieron tres diagnósticos prioritarios; Ansiedad en la etapa preoperatoria, termorregulación ineficaz en el transoperatorio y riesgo de infección en el postoperatorio.

Fred et al., 2024 respaldan la necesidad de implementar intervenciones basadas en el apoyo emocional y educación antes de una cirugía programada, con el fin de reducir los niveles de ansiedad en los pacientes. En el presente caso, se aplicaron estrategias como el uso de un enfoque sereno y de seguridad, la explicación detallada de los procedimientos, la entrega de información objetiva sobre el diagnóstico y tratamiento, así como técnicas de relajación mediante ejercicios respiratorios. Estas acciones coinciden con lo señalado por quienes destacan que la educación prequirúrgica estructurada, junto con el apoyo emocional, contribuye

significativamente a disminuir la ansiedad preoperatoria, estabilizar los signos vitales y mejorar la experiencia del paciente. Asimismo, estudios como el de Reyes (2023) evidencian que, brindar información clara y precisa acerca del procedimiento quirúrgico y sus posibles sensaciones reduce el miedo a lo desconocido y mejora la colaboración del paciente en el proceso quirúrgico. De igual manera, la incorporación de técnicas de relajación ha mostrado efectos positivos en la disminución de la activación fisiológica asociada al estrés, lo cual coincide con lo planteado por Maad & Karan (2022), quienes señalan que las intervenciones basadas en la respiración profunda pueden regular el ritmo cardíaco y promover un estado de calma. En conjunto, estas estrategias no sólo favorecen una intervención quirúrgica más segura, sino que también promueven una recuperación postoperatoria más rápida y efectiva, tal como lo afirma Elorza et al., (2023) al relacionar el control de la ansiedad con mejores desenlaces clínicos.

Durante la fase del transoperatorio el diagnóstico a ejecutar fue de termorregulación ineficaz manifestado por piel fría al tacto, temperatura corporal por debajo del rango fisiológico y llenado capilar lento. Según Ibáñez et al., (2023) este constituye uno de los diagnósticos enfermeros más prevalentes durante este periodo, debido a que la hipotermia intraoperatoria es una complicación frecuente en procedimientos quirúrgicos electivos. En respuesta, se implementaron intervenciones específicas orientadas a restablecer el equilibrio térmico, tales como como el precalentamiento del paciente, la minimización de la exposición del paciente durante la antisepsia, la utilización de soluciones de irrigación tibias y el control del tiempo de exposición.

Sánchez et al., (2022) subraya que, la interrupción del precalentamiento activo no debe exceder los 10 minutos durante el traslado al quirófano, que la inducción de anestesia no debe realizarse a un paciente con temperatura menor a 36°C y que debe mantenerse la temperatura del

quirófano a 24°C. Así mismo, se recomienda el uso de los calentadores de fluidos en cirugías donde se provee fluidoterapia intravenosa superior a 500 ml. Silva y Ruiz (2022) destacan que las estrategias de prevención deben centrarse en métodos de calentamiento activos o pasivos, cuya elección dependerá tanto de los recursos institucionales, como el estado clínico del paciente.

En el postoperatorio, el diagnóstico prioritario fue riesgo de infección de la herida quirúrgica fundamentado en la valoración por aparatos y sistemas, encontrando alterada la necesidad de mantener la higiene e integridad de la piel propuesta por Henderson (1996) y en su alta incidencia de morbimortalidad e incremento en la estancia hospitalaria en las unidades quirúrgicas. Alvarado y Quichimbo (2023) enfatizan la necesidad de un cuidado postoperatorio integral y sistematizado para la detección temprana de infecciones del sitio quirúrgico, el control del dolor, promover la recuperación y facilitar la rehabilitación a fin de disminuir complicaciones.

Para reducir este riesgo, se implementaron acciones dirigidas al paciente y a su cuidador principal; Mantenimiento de la normotermia, durante el postoperatorio inmediato, control de glucemia dentro del rango de 180 mg/dl o menor dentro de las primeras 18 a 24 horas después de la anestesia y por debajo de 200 mg/dl en los días posteriores, vigilancia del drenaje, color, tamaño y olor de la herida, educación sobre signos de infección y técnica de higiene de manos antes de cualquier manipulación de la zona quirúrgica.

Falcón et al., (2024) respalda la necesidad de profilaxis antibiótica en todas las intervenciones quirúrgicas tanto urgentes como electivas. Señala además que, si el procedimiento supera las tres horas o si la pérdida hemática excede los 1500 ml debe ministrarse una dosis adicional entre 3 a 4 horas después de la inicial. No obstante, Leyva y López (2022) advierten

que, pese a los avances en técnicas quirúrgicas, materiales, antibioticoterapia y esterilización, la infección del sitio quirúrgico continúa siendo una complicación significativa, lo que pone en evidencia la necesidad de fortalecer la educación del paciente y su entorno respecto a la adherencia al tratamiento y a las medidas preventivas.

3.2 Conclusión

El presente caso clínico evidencia la importancia del cuidado integral proporcionado por el personal de enfermería quirúrgica a lo largo del periodo perioperatorio de una persona adulta mayor sometida a una apendicectomía. La intervención de enfermería, basada en una valoración holística a partir de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, permitió identificar necesidades alteradas y establecer diagnósticos oportunos que guiaron una atención individualizada y segura.

El rol de la enfermera quirúrgica fue determinante para asegurar la continuidad del cuidado antes, durante y después del procedimiento quirúrgico. Durante la etapa preoperatoria, su capacidad para establecer un ambiente de confianza, brindar información clara y aplicar técnicas no farmacológicas para el control de la ansiedad, como la respiración profunda y el acompañamiento empático, favoreció la preparación emocional de la paciente. En la fase transoperatoria, la implementación de estrategias de prevención de la hipotermia fue fundamental para evitar complicaciones asociadas. Finalmente, en el postoperatorio, la vigilancia clínica rigurosa, la educación sobre el autocuidado y la prevención de infecciones fueron claves para una recuperación favorable.

Este caso reafirma que la enfermera quirúrgica no sólo actúa como ejecutora de técnicas, sino como líder en la gestión del cuidado, promotora de seguridad, educadora y defensora del paciente. Su labor se sustenta en el juicio clínico, la evidencia científica y el conocimiento

profundo de las respuestas humanas ante procesos quirúrgicos, lo que impacta directamente en la calidad y los resultados del cuidado.

En personas mayores, como en este caso, el abordaje debe ser aún más empático y personalizado, reconociendo que muchas veces, más allá del tratamiento físico, necesitan ser escuchadas, comprendidas y acompañadas. Así lo comprendió Florence Nightingale, quien sentó las bases de una enfermería humanista y científica, principios que siguen vigentes en la práctica actual.

En conclusión, el implementar cuidados especializados a una paciente durante el proceso perioperatorio de apendicectomía, utilizando el método enfermero en cada una de sus etapas, nos guio hacia una evolución clínica óptima y nos ayudó a reducir de manera significativa los riesgos asociados. Es por ello que, la enfermería quirúrgica desempeña un papel esencial para preservar la seguridad del paciente, promueve su recuperación y garantiza su bienestar integral, ya que el éxito de una apendicectomía no solo se limita al acto quirúrgico, sino al conjunto de cuidados que lo rodean.

Referencias

- Alfaro-LeFevre, R. (2012). *Aplicación del proceso enfermero, fundamento del razonamiento clínico*. (8ª ed., pp. 46, 90, 130, 160, 188) Wolters Kluwer.
- Alvarado, E. M., Montes de Oca, R. A., & Ortiz, M. I. (2024). Apendicitis Aguda: Información para el médico de primer contacto. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud*, 13(25), 29-36.
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/issue/archive>
- Alvarado, R. S., & Quichimbo S. F. (2023). Apendicitis aguda: manejo quirúrgico vs antibiótico como opción de tratamiento. *Vive Revista de Salud Scielo*, 16(16), 45-54.
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i16.205>
- Arango, U. J., Matagira, R. G., & Parra, A. J. (2024). Cuidado de la temperatura en personas sometidas a procedimientos quirúrgicos electivos en una institución de salud. *Revista de salud Scielo*, 32(4). <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20236358>
- Bermello, L. A., Espinoza, B. C., Castillo, A. J., & Pontón, B. H. (2021). Complicaciones postoperatorias en apendicectomía por prevalencia de bacterias. *Polo del Conocimiento*, 6(12), 15-20. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8331507>
- Bueno-García, M. J., Roldán, M. T., Rodríguez-Tello, J., Meroño-Rivera, M. D., Dávila-Martínez, R., & Berenguer-García, N. (2017). Características de la escala Dowton en la valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. *Enfermería clínica*, 27(4), 227-234. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862117300256>
- Butcher, H. K., Dochterman, J. M., Bulechek, G. M., & Wagner, C. M. (2024). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7ª ed.) Elsevier.

Cabrerizo, M. P. (2025). Apendicitis aguda. *Revista Sociedad Andalucía de Medicina Familiar y Comunitaria*, 26(1). DOI: 10.82033/MedfamAndal.2025.RR1548

Collard, M., & Maggiori, L. (2024). Tratamiento de la apendicitis aguda del adulto. *ScienceDirect*, 40(1), 1-15. [https://doi.org/10.1016/S1282-9129\(23\)48665-5](https://doi.org/10.1016/S1282-9129(23)48665-5)

Cuesta-Vargas, A. I. (2010). Relación y grado de contribución de las variables funcionales en la presentación clínica de la lumbalgia inespecífica. *Quality of Life*, 39(2), 87-94.
https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=escala+visula+analogica&btnG=&oq=escala+visula+#d=gs_cit&t=1727275352297&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AvX-MLrnAb9wJ

Del Barrio, A. N., Palomares G. V., Atarés P. A., Mairal B. M., Piqueras G. M., & Miñes F. T. (2021). Caso clínico de paciente con apendicitis. *Revista Sanitaria de Investigación*.
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/4caso-clinico-de-paciente-con-apendicitis/>

Delgado, B. S., Quiroz, V. V., Fernández, M. E., Maza, S. H., Piguave, L. M., Delgado, L. D., Quiroz, S. V., Villamar, M. K., Palacios, T. E., & Palma, F. J. (2022). Introducción a la enfermería medico quirúrgica. *Enfermería Médico Quirúrgico*. 27-37.
<https://mawil.us/enfermeria-medico-quirurgico/>

Diario Oficial de la Federación (2012). Ley General de Salud.

https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

Díaz, B. C., Aquino, G. A., Montaña, H. M., Tovar, N. F., Pineda, M. A., & Espinoza de Santillana, I. A. (2020). Escala RIPASA para el diagnóstico de apendicitis aguda: comparación con la escala de Alvarado modificada. *Revista de Gastroenterología de*

- México*, 83(2), 112-116. <https://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-escala-ripasa-el-diagnostico-apendicitis-articulo-S0375090618300272>
- Elorza, G. C., Gracia, C. C., Llamazares, P. M., Becerril, T. M., Delgado, A. A., & Delgado, C. I. (2023). Caso clínico. Proceso de atención de enfermería en paciente con apendicitis. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(4).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8931054>
- Fred, K. B., Berger, M. D., & David, C. (2024). Trastorno de ansiedad generalizada. *Biblioteca nacional de medicina*, 3(3). <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000917.htm>
- Herdman, H., Kamitsuru, S., & Takáo, L. C. (2024). (13a ed.). *Diagnósticos de enfermería de NANDA International, Inc.* Thieme.
- Hernández, O. J. (2022). Clasificación práctica de la gravedad y manejo médico-quirúrgico de la apendicitis aguda. *Revista de Salud Scielo*, 42(4), 263-273.
<https://doi.org/10.35366/101395>
- Ibáñez, S. R., Lucas, M. A., & Martínez, E. C. (2023). Actualización de la apendicitis aguda: hallazgos típicos y atípicos. *ELSEVIER*, 65(1), 81-91. DOI: 10.1016/j.rx.2022.09.005
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). Guía de práctica clínica prevención y diagnóstico de la infección de sitio quirúrgico. IMSS-827-18.
https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/827%20GER_InfeccionSitioQuirurgico_2018.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor. IMSS-499-19.

https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GER_0.pdf

Leyva, V. F., & López, A. S. (2022). Tendencias actuales en el tratamiento de la apendicitis aguda en adultos. *Revista de salud Scielo*, 26, 5-15.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100033

Maad, M. M., & Karan, A. (2022). Una prueba diagnóstica para personas con apendicitis mediante técnicas de aprendizaje automático. *PubMed Central*, 81(5), 711-723. Doi: 10.1007/s11042-022-11939-8

Mera, M. F., Moya, A. G., Sánchez, M. E., Álvarez, J. R., Ramos, A. C., Chorro, B. B., ... & López, M. M. (2009). Análisis de 4 escalas de valoración de la sedación en el paciente crítico. *Enfermería intensiva*, 20(3), 88-94.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113023990972588X>

Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2024). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)* (7ª ed.) Elsevier.

Murúa, M. O. (2021). Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. *Revista Médica Universidad Autónoma de Sinaloa*, 10(4).

<http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v10.n4.008>

Raile, M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería* (9a ed.). Elsevier.

Reyes, G. E. (2023). *Fundamentos de enfermería ciencia, metodología y tecnología*. (3a ed.). Manual Moderno.

- Sánchez, C. E., Villamarin, A. J., Estévez, A. A., & Saquina, P. B. (2022). Apendicitis, manejo quirúrgico. *Polo del Conocimiento*, 7(9), 12-12.
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/4701/11299>
- Silva, B. WA., & Ruiz, V. B. (2022). Tratamiento conservador y tratamiento quirúrgico para apendicitis aguda no complicada en adultos. *Revista Científica Mundo De La Investigación y El Conocimiento*, 6(2), 34-46. DOI:
10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.34-46
- Soria, A. R., Rodríguez, P. A., Cabrera, C. M., & Medina, N. G. (2021). Prevalencia y etiología de la apendicitis aguda en el hospital IEES de Latacunga. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(6), 543-547. <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v13n6/2218-3620-rus-13-06-543.pdf>
- Tablada, R. H., Peña, R. D., & Aparicio, A. F. (2013). Escala de Glasgow para el coma como factor pronóstico de mortalidad en el traumatismo craneoencefálico grave. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*, 3(1), 57-62. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51470>
- Urbano, R. L., Torres, Y. J., & Vaca, S. D. (2024) Apendicitis aguda en adultos mayores. *Gaceta médica estudiantil*, 5(2), 15. <https://www.revgacetaestudiantil.sld.cu>.
- Vargas, C. E., González, M. W., & Rodríguez, T. N. (2022). Apendicitis Aguda. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 10(20), 70-82. <https://doi.org/10.29057/icsa.v10i20.7573>

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento informado

Puebla Pue. a 7 de octubre de 2024

Declaro en forma libre y voluntaria, sin ninguna presión física o moral sobre mi persona, que he comprendido las explicaciones que se me han proporcionado del propósito que conlleva mi participación en el estudio proceso de enfermería que lleva como título “*Cuidados especializados durante el perioperatorio a una paciente de apendicectomía*” el cual es llevado a cabo por la licenciada en enfermería Briseyda Ivette Joaquín Calva, estudiante de la especialidad en enfermería de Médico-Quirúrgica con matrícula 224650601.

Además, declaro que se me informó previamente sobre el objetivo de mi participación, el procedimiento y tiempo en que se realizará, resolviendo todas y cada una de mis dudas.

Se me ha comentado que tengo el derecho de no continuar con el proceso de enfermería si así lo deseo en el momento que yo decida, sin ninguna repercusión de algún tipo. Se me ha informado que mi participación es sin fines de lucro y con fines académicos; es de manera voluntaria sin alguna remuneración económica para alguna de las partes; además, de que la información obtenida y proporcionada de mi persona solo se usará con fines de investigación y educación. Asimismo, estoy de acuerdo en conservar mi anonimato durante todo el estudio.

En caso de que yo requiera más información respecto al estudio (caso clínico), me que comunicar a la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con dirección en la 25 Poniente No. 1304 Col. Volcanes Puebla, Pue. Tel. (01-222) 229-55-00 Ext. 6521 y 5618.

_____G.V.A_____

Nombre y firma del participante

_____M.J.V_____

Nombre y firma del testigo 1

_____D.H.J_____

Nombre y firma del testigo 2

Apéndice B
Instrumento de valoración

Ficha de identificación							
Nombre del paciente						Fecha de nacimiento	
Genero	M	F	Edad		Diagnóstico médico		
Tipo de sangre		Servicio		Fecha			
Ocupación			Cuidador principal				
Domicilio							

Valoración céfalo-caudal

Alergias	Si		No		Enfermedades crónico-degenerativas	Si		No	
	¿Cuáles?					¿Cuáles?			
Signos vitales	Presión arterial	Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria	Temperatura	SpO2 %	Glicemia capilar	Llenado capilar		
Estado de conciencia			Mucosas orales			Glasgow			
Dolor			Riesgo de caídas			Riesgo de UPP			
Flebitis			Sedación			Peso			
Talla			IMC			Perímetro abdominal			

Cabeza y cuello									
Simétrica				Asimétrica				Malformación	
Presencia de golpes o cicatrices				Si (especificar)				No	
Cabello				Cuero cabelludo					
Ojos									
Simétricos		Asimétricos		Presencia de secreción o lesiones		Si (especificar)		No	
Odios									
Simétricos		Asimétricos		Malformación (especificar)					
Presencia de dolor				Mareos		Cerumen			
Boca									
Simétrica		Asimétrica		Labios		Mucosas			

Perdida de piezas dentarias		Limitación de la masticación		Halitosis	
-----------------------------	--	------------------------------	--	-----------	--

Nariz					
Simétrica		Asimétrica		Secreciones	
Dolor		Obstrucción			
Cuello					
Simétricos		Asimétricos		Presencia de tumoración	
				Ganglios	
Tórax					
Simétricos		Asimétricos		Malformación (especificar)	
Dolor				Estertores	
				Tos	
Abdomen					
Simétrica		Asimétrica		Cicatrices	
				Tumores	
Peristaltismo				Dolor (especificar)	
Distensión					
Extremidades superiores					
Simétricas		Asimétricas		Resequedad	
Dolor				Tumoraciones	
Extremidades inferiores					
Simétricas		Asimétricas		Resequedad	
				Dolor	
Tumoraciones				Uso de prótesis (especificar)	
Espalda					
Simétrica		Asimétrica		Tumoraciones	
Dolor					

Farmacoterapia actual					Soluciones parenterales
Medicamento	Dosis	Vía	Intervalo	Hora	

Necesidad 3. Eliminación												
Frecuencia de eliminación fecal				Esfuerzo		Si	No	Características				
Incontinencia	Si	No	Diarrea	Si	No	Estreñimiento		Si	No	¿Toma laxantes?	Si	No
Frecuencia de la eliminación urinaria				Alteraciones		Si	No	Características de la orina				
Hábitos que ayudan o dificultan la micción												
Necesidad 4. Moverse y mantener posturas adecuadas												
¿Cree que ha disminuido su movilidad?				Si	No	Especificar:						
¿Precisa inmovilización?:			Si	No	Especificar:							
¿Requiere ayuda para moverse?:			Si	No	Especificar:							
¿Hay alguna postura que no pueda adoptar?			Si:			No	Especificar:					
¿Presencia de rigidez en alguna articulación o dificultad para realizar las actividades de la vida diaria?										Si	No	
Especificar:												
¿Habitualmente realiza alguna actividad física?				Si	No	Especificar:						
Grado de actividad diario		Nulo	Bajo	Moderado		Alto		Muy alto				
Necesidad 5. Dormir y descansar												
Horas de sueño		Nocturno		Siesta		Otros						
¿Dificultad para conciliar el sueño?			Si	No	¿Para mantenerlo?			Si	No			
¿Al levantarse se siente cansado?			Si	No	¿Somnoliento?		Si	No				
¿Desde cuándo y a que lo atribuye?												
¿Toma medicamentos para dormir?			Si	No	¿Cuáles?							
Otros datos de interés:												
Necesidad 6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse												
¿Su vestuario y calzado habitual resultan cómodos?				Si	No	¿Está condicionado por algo?			Si	No		
Especificar:												
Necesidad 7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales												
¿Es sensible al frío?		Si	No	¿Al calor?			Si	No				
¿A los cambios de temperatura?			Si	No								
¿Sabe tomar la temperatura? Si No ¿Qué hace cuando tiene fiebre?												
Necesidad 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel												
Baño corporal Si No Frecuencia Hora preferida												
Dentadura postiza Si No Limpieza de la pieza (frecuencia)												
¿Necesita ayuda para la higiene? Si No Especificar:												
Necesidad 9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas												
Vacunas Si No ¿Cuáles?												
Revisiones médicas Si No autoexploración Si No Especificar:												
¿En los últimos años ha sufrido pérdidas? Si No ¿Cambios corporales funcionales? Si No												
Especificar:												
¿Cómo se ve y se siente específicamente?												
¿Ante su situación actual como se siente?												
¿Qué cree que puede ayudarle ahora?												
¿Cómo suele afrontar los cambios y problemas?												
¿Toma medicación, alcohol u otras drogas para sentirse mejor, relajarse o rendir más? Si No												
Especificar:												

¿Sigue el tratamiento prescrito? Si No A veces ¿Por qué?	
Necesidad 10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones o temores	
¿Se comunica satisfactoriamente con las personas de su entorno? Si No	
Especificar:	
¿Cuáles son las personas más importantes en su vida?	
¿Suele relacionarse con ellas? Si No ¿Por qué?	
¿Su situación actual ha alterado sus relaciones familiares y sociales? Si No	
Especificar:	
¿Le cuesta pedir o aceptar ayuda? Si No ¿Por qué?	
Necesidad 11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias	
¿Sus ideas y creencias influyen en su alimentación? Si No ¿En vestir? Si No	
¿En los cuidados de salud? Si No ¿Y en otros aspectos? Si No	
Especificar:	
¿Su situación actual interfiere con el seguimiento de sus ideas y creencias? Si No	
Especificar:	
En su situación actual sus ideas y creencias: Le ayudan No le ayudan No interfieren	
¿Le cuesta tomar decisiones? Si No ¿Por qué?	
Necesidad 12. Ocupación para autorrealizarse	
Vive: Solo Con su familia Con amigos Con otra persona	
Número de personas con las que comparte la casa ¿Representa eso algún problema? Si No	
Especificar:	
Ocupación principal	
¿Su situación actual ha modificado cambios en su ocupación? Si No	
Especificar:	
¿Cómo repercute en su vida estos cambios? ¿Qué cree que puede ayudarle a afrontarlos?	
¿Cómo repercuten en su familia?	
Necesidad 13. Participar en las actividades recreativas	
¿Se aburre cuando no trabaja en su ocupación habitual? Si No	
Pasatiempos y actividades favoritas	
Hora a la semana que les dedica	
¿Su situación de salud ha cambiado sus pasatiempos y distracciones? Si No	
Especificar:	
Necesidad 14. Necesidades de aprendizaje	
Nivel de escolaridad	Sabe leer y escribir Si No
¿Presenta dificultad para el aprendizaje? Si No Especificar:	
¿Cuándo desea saber algo sobre su salud recurre a?: La Familia Los amigos El medico La enfermera Libros	
¿Hay algo que desee añadir?	
¿Hay algo que desee preguntar?	
¿Hay algo que desee preguntar con otro profesional?	
De todo lo hablado ¿Qué le parece lo más importante o le preocupa más?	

NOTA: Valoración céfalo caudal tomado de Alfaro-LeFevre. 2012, y de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson tomado de Universidad Autónoma Metropolitana, 2016.

Apéndice C
Escala Visual Análoga (EVA)



LEVE			MODERADO				SEVERO		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

NOTA: Escala Visual Análoga del Dolor, tomada de Cuesta-Vargas., 2010.

La valoración será:

- 1- Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- 2- Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- 3- Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

Apéndice D

Escala de Glasgow

Respuesta apertura ocular	
Espontánea	4
Obedece a órdenes verbales	3
Obedece a estímulo doloroso	2
Sin respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Confuso	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Sin respuesta	1
Respuesta motora	
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retira al dolor	4
Flexión anormal	3
Respuesta en extensión	2
Sin respuesta	1

NOTA: Escala de coma de Glasgow, tomado de Tablada et al., 2013.

Apéndice E

Escala de Hamilton

Escala de ansiedad de Hamilton					
Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4

10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos.	0	1	2	3	4

NOTA: Escala de ansiedad de Hamilton, tomado de IMSS, 2019.

Apéndice F

Escala de Dowton

Escala de riesgo de caídas		
Alto riesgo >2 Puntos		
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Déficits sensoriales	Ninguno
Déficits sensoriales	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Normal	0
Deambulaci3n	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/ sin ayuda	1
	Imposible	1

NOTA: Escala de riesgo de caídas Dowton, tomado de Bueno-García et al., 2017.

Apéndice G

Lista de verificación preoperatoria

Formato rápido de visita de enfermería preoperatoria							
Datos generales							
Nombre del paciente		Fecha de nacimiento		Fecha de cirugía		Edad	
Sexo	No. Cama	Servicio/sala		Tipo de cirugía			
Comorbilidades		Cirugía programada					
Diagnostico medico							
Valoración física: signos vitales							
Frecuencia cardiaca:	Frecuencia respiratoria:	Presión arterial:	T°:	SPO ₂ :	Peso:	Talla:	IMC:
Algunas alteraciones físicas importantes que resaltar							
Valoración preoperatoria (mediato e inmediato)							
Ítem		Si	No	Observaciones			
1. Consentimientos informados							
2. Asesoría al paciente sobre la cirugía si procede							
3. Requirió y se le apoyo emocionalmente							
4. Expediente clínico completo: hoja de enfermería, estudios de laboratorio y gabinete, consentimiento, etc.							
5. Aseo preoperatorio (con énfasis en genitales y sitio a incidir si procede)							
6. Uñas sin esmalte/ sin maquillaje/ con tricotomía si procede							
7. Sin objetos en el cuerpo: alhajas, prótesis, aditamentos etc.							
8. Ayuno (mínimo 8 horas)							
9. Tiene tratamiento profiláctico: (antibióticos, sedantes, analgésicos)							
10. Contraindicaciones de medicamentos previo a la cirugía							
11. Alergias conocidas							
12. Zona quirúrgica marcada si procede							

NOTA: Formato rápido de visita de enfermería preoperatorio.

Apéndice H

Escala de Ramsay

Escala de Ramsay	
Valoración objetiva del grado de sedación	
1	Despierto, ansioso y agitado, no descansa
2	Despierto, cooperador, orientado y tranquilo
3	Dormido con respuesta a ordenes
4	Somnoliento con breves respuestas a la luz y el sonido
5	Dormido con respuesta solo al dolor
6	Profundamente dormido sin respuesta a estímulos

NOTA: Escala de valoración objetiva del grado de sedación Ramsay, tomada de Mera et al., 2009.