

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

TÍTULO: “COMPLICACIONES CLÍNICAS EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019”

Para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería

AUTORES : Bach. FLORES MEZA, Adolfo Elías
Bach. YACHACHIN LUIS, Miguel
Augusto

ASESOR : MG. Angelina Pilar Rojas Oncebay

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Salud y Gestión de la Salud
INSTITUCIONAL

FECHA DE INICIO Y : MARZO - AGOSTO
CULMINACIÓN

Huancayo – Perú

2019

DEDICATORIA

A mis maestros por ser inagotable fuente de inspiración y motivación para el desarrollo profesional y personal.

Adolfo.

A Dios, a mis padres, motivo de mi superación y de mi infinito amor, gracias por su tiempo, su tolerancia, su continua persistencia por ayudarme a superar mis adversidades, y por su ejemplo continuo de fortaleza.

Miguel.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Peruana Los Andes, en especial a los docentes que forjaron en nosotros la vocación por el cuidado de la salud de las personas.

Al personal de la clínica “Universal” Huancayo por darnos todas las facilidades en la ejecución de este estudio.

A los pacientes clínica “Universal” y sus familiares que mostraron plena disposición de colaboración con la investigación.

PRESENTACIÓN

Es frecuente que las apendicetomías tengan complicaciones como: la infección de la herida operatoria, íleo paralítico, adherencias o peritonitis; la esmerada atención de enfermería evita o reduce estas complicaciones, sin embargo, si se retrasó mucho el tratamiento quirúrgico son inevitables determinadas complicaciones y se prolonga el tiempo de hospitalización.

Basados en estos argumentos realizamos el estudio con el objetivo de determinar la relación entre los cuidados de enfermería y las complicaciones clínicas en las apendicetomías; aunque pudiera parecer notoria esta asociación, existen situaciones en las que, habiéndose dado una buena atención de enfermería, han sobrevenido las complicaciones; además debemos de revelar el tipo de cuidado que más se asocia a la reducción de estas complicaciones.

El método de investigación utilizado en este estudio es inductivo porque para llegar a obtener conclusiones generales valoramos proposiciones particulares, deductivo porque a partir de una teoría logramos dar argumento racional a los datos registrados sobre ambas variables de estudio, estadístico-inferencial porque evaluamos parámetros a raíz de estadígrafos medidos en una muestra.

El estudio elaborado consta de seis capítulos: en el capítulo I, se circunscribe el problema y se enfatizan los elementos que orientan el estudio; en el capítulo II, se anotan las nociones teóricas que dan sustento el estudio y además permiten comprender y explicar las variables y sus relaciones; en el capítulo III, se plantean las hipótesis y se operacionalizan las variables; en el capítulo IV, se describe la metodología que se ha seguido para la obtención y procesamiento de datos, y la afirmación de conclusiones de validez científica; en el capítulo V, se presentan los resultados obtenidos y en el capítulo VI, se hace el contraste de los resultados obtenidos en el estudio con los hallazgos de otros investigadores. Finalmente se señalan las conclusiones y recomendaciones.

CONTENIDO

	N°
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
PRESENTACIÓN	IV
CONTENIDO	VI
CONTENIDO DE TABLAS	X
CONTENIDO DE GRAFICOS	XIII
RESUMEN	XVI
ABSTRACT.	XVII
CAPITULO I	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.1. Descripción de la realidad problemática	18
1.2. Delimitación del problema	21
1.3. Formulación del problema	22
1.3.1. Problema General	22
1.3.2. Problema (s) Específico (s) (opcional)	22
1.4. Justificación	23
1.4.1. Social	23
1.4.2. Teórica	23
1.4.3. Metodológica	24
1.5. Objetivos	25
1.5.1. Objetivo General	25
1.5.2. Objetivo(s) Específico(s) (opcional)	25

CAPITULO II	26
MARCO TEÓRICO	26
2.1.-Antecedentes (nacionales e internacionales)	26
2.2.-Bases Teóricas o Científicas	31
2.2.1.-Complicaciones de la apendicectomía	31
2.2.1.1.-Peritonitis	31
2.2.1.2.-Infección de herida operatoria	36
2.2.1.3.-Íleo paralítico	38
2.2.1.4.-Adherencia y bridas	40
2.2.2.-Cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados	41
2.2.2.1.-Manejo del dolor	44
2.2.2.2.-Cuidado de la herida operatoria	47
2.2.2.3.-Conservación de la integridad tisular	49
2.2.2.4.-Restablecimiento general	52
2.3.-Marco Conceptual (de las variables y dimensiones)	54
CAPITULO III	55
HIPOTESIS	55
3.1.-Hipótesis General	55
3.2.-Hipótesis Específico (opcional)	55
3.3.-Variables (definición conceptual y operacional)	56
3.4.-Operacionalizacion de variables	57

CAPITULO IV	59
METODOLOGÍA	59
4.1.-Método de Investigación	59
4.2.-Tipo de Investigación	59
4.3.-Nivel de Investigación	60
4.4.-Diseño de la Investigación	61
4.5.-Población y Muestra	61
4.5.1.- Población	61
4.5.1.1- Criterios de inclusión	61
4.5.1.2.-Criterio de exclusión	61
4.5.2.- Muestra	62
4.6.-Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	64
4.6.1.-Para valorar las complicaciones de la apendicetomía	64
4.6.2.-Para valorar los cuidados de enfermería en apendicectomizados	65
4.7.-Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	66
4.8.-Aspectos éticos de la Investigación	68
CAPITULO V	69
RESULTADOS	69
5.1 Descripción de los resultados	69
5.1.1.-Características de los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados	69
5.1.2.- Características de las complicaciones clínicas en pacientes apendicectomizados	71

5.2 Contrastación de hipótesis	79
5.2.1.-Prueba de normalidad	79
5.2.2.-Correlación entre la peritonitis como complicación clínica de la apendicectomía y los cuidados de enfermería	80
5.2.3.-Correlación entre la infección de la herida operatoria como complicación clínica de la apendicectomía y los cuidados de enfermería	84
5.2.4.-Correlación entre el íleo paralítico como complicación clínica de la apendicectomía y los cuidados de enfermería	88
5.2.5.-Correlación entre las adherencias /bridas como complicaciones clínicas de la apendicectomía y los cuidados de enfermería	92
5.2.6.-Correlación entre las complicaciones clínicas de la apendicectomía y los cuidados de enfermería	96
CAPITULO VI	100
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	100
CONCLUSIONES	108
RECOMENDACIONES	110
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111

ANEXOS

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

Matriz de operacionalización de instrumento

Instrumento de Investigación y Constancia de su Aplicación

Confiabilidad y validez del Instrumento

Declaración Jurada de guardar privacidad de los Resultados

Solicitud de permiso

Aprobación de jurados

Registro fotográfico

CONTENIDO DE TABLAS

	N°
TABLA N° 1	69
Cuidados de enfermería para el manejo del dolor en los pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019.	
TABLA N° 2	71
Cuidados de enfermería en el manejo de heridas en los pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019.	
TABLA N° 3	72
Cuidados de enfermería para la conservación de la integridad tisular en los pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019.	
TABLA N° 4	73
Cuidados de enfermería para el restablecimiento general en los pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019.	
TABLA N° 5	74
Peritonitis como complicación en apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019.	
TABLA N° 6	75
Infección de herida operatoria como complicación en apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019.	

TABLA N° 7	76
Íleo paralítico como complicación en apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019.	
TABLA N° 8	77
Adherencias y bridas como complicación en apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019.	
TABLA N° 9	78
Consolidado de cuidados de enfermería en el apendicectomizado y las complicaciones de la apendicectomía.	
TABLA N° 10	79
Prueba de normalidad para los datos consolidados de cuidados de enfermería en el paciente apendicectomizado y las complicaciones de las apendicectomías.	
TABLA N° 11	81
Relación entre la peritonitis como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la “Clínica Universal de Huancayo”.	
TABLA N° 12	85
Relación entre la infección de la herida operatoria como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la “Clínica Universal de Huancayo”.	

TABLA N° 13	89
Relación entre el íleo paralítico como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la “Clínica Universal de Huancayo”.	
TABLA N° 14	93
Relación entre las adherencias / bridas como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la “Clínica Universal de Huancayo”.	
TABLA N° 15	97
Relación entre la complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la “Clínica Universal de Huancayo”.	

CONTENIDO DE FIGURAS

	N°
GRÁFICO N° 1	70
Cuidados de enfermería para el manejo del dolor en los pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019.	
GRÁFICO N° 2	71
Cuidados de enfermería en el manejo de heridas en los pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019	
GRÁFICO N° 3	72
Cuidados de enfermería para la conservación de la integridad tisular en los pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019.	
GRÁFICO N° 4	73
Cuidados de enfermería para el restablecimiento general en los pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019.	
GRÁFICO N° 5	74
Peritonitis como complicación en apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019.	
GRÁFICO N° 6	75
Infección de herida operatoria como complicación en apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019.	

GRÁFICO N° 7	76
Íleo paralítico como complicación en apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019.	
GRÁFICO N° 8	77
Adherencias y bridas como complicación en apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019.	
GRÁFICO N° 9	
Consolidado de cuidados de enfermería en el apendicectomizado y las complicaciones de la apendicectomía.	78
GRÁFICO N° 10	80
Gráfico de dispersión entre la peritonitis como complicación clínica de la apendicectomía y los cuidados de enfermería	
GRÁFICO N° 11	84
Gráfico de dispersión entre la infección de la herida operatoria como complicación clínica de la apendicectomía y los cuidados de enfermería.	
GRÁFICO N° 12	88
Gráfico de dispersión entre el íleo paralítico como complicación clínica de la apendicectomía y los cuidados de enfermería.	
GRÁFICO N° 13	92
Gráfico de dispersión entre las adherencias / bridas como complicación clínica de la apendicectomía y los cuidados de enfermería.	
GRÁFICO N° 14	96
Gráfico de dispersión entre las complicaciones clínica de la apendicectomía y los cuidados de enfermería.	

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la relación entre las complicaciones clínicas y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019, se realizó un estudio descriptivo trasversal de tipo correlacional y de una población de 85 historias clínicas de pacientes sometidos a apendicetomía en la Clínica Universal en el año 2019 se eligió una muestra de 85 historias clínicas, sobre las que se aplicó el “Inventario de complicaciones de la apendicetomía” y el “Repertorio de Cuidados de Enfermería a Pacientes Apendicectomizados” ambos instrumentos fueron elaborados para este estudio y comprobada su validez y confiabilidad; entre los resultados se destaca que el 20 % de los pacientes han tenido complicaciones entre moderadas y muy graves, además el 47.1 % de los pacientes han recibido adecuados cuidados de enfermería; asimismo, cuando se intensifican las complicaciones clínicas de la apendicetomía, los pacientes han recibido menos cuidados de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativa, -0.524).

Palabras clave: apendicetomía, cuidados de enfermería, post operatorio, complicaciones clínicas.

ABSTRAC

In order to determine the relationship between clinical complications and nursing care in appendectomized patients treated at the Universal Clinic of Huancayo in 2019, a cross-sectional descriptive study of correlation type and a population of 85 clinical histories of patients undergoing At appendectomy at the Universal Clinic in 2019 a sample of 85 clinical histories was chosen, on which the "Inventory of complications of appendectomy" and the "Repertoire of Nursing Care of Appendectomized Patients" were applied, both instruments were elaborated for this study and checked its validity and reliability; Among the results, it is highlighted that 20% of patients have had moderate to very severe complications, and 47.1% of patients have received adequate nursing care; similarly, when the clinical complications of appendectomy intensify, patients have received less nursing care (moderate negative Pearson correlation coefficient, - 0.524).

Key words: appendectomy, nursing care, post-operative, clinical complications.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La apendicectomía es una técnica quirúrgica que consiste en la extracción del apéndice inflamado, esta cirugía puede realizarse por medio de técnica abierta o por técnica laparoscópica. Es muy frecuente que esta intervención presente complicaciones, estudios latinoamericanos reportan hasta un 50% de complicaciones en pacientes adultos; entre los cuales, el 20% incide en infecciones en el sitio de la intervención quirúrgica, el 25% presenta absceso intra abdominal o peritonitis y el 5% bridas y adherencias. Se considera que el 80% de estas complicaciones podrían haber sido evitadas con un buen cuidado de enfermería (1).

La apendicitis aguda es la enfermedad clínica más común entre las enfermedades agudas del abdomen, y un inadecuado manejo post operatorio conduce fácilmente a infecciones y complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente; por lo

tanto, la implementación de medidas apropiadas de cuidado de enfermería es fundamental para la evolución favorable del post operatorio, una excelente cirugía realizada por un experto cirujano podría fracasar si no se garantizan los adecuados cuidados de enfermería post cirugía (2).

El desarrollo de apendicitis aguda es rápido y grave, la mayoría de los pacientes reciben tratamiento quirúrgico, sin embargo, las incidencias de complicaciones postoperatorias son difíciles de controlar, lo que afecta seriamente el pronóstico de los pacientes, por lo tanto, la implementación de cuidados de enfermería reduce efectivamente la incidencia de complicaciones y mejorar el pronóstico del paciente (3).

La atención integral de enfermería enfocada en la implementación de cuidados para el dolor, cuidado de la dieta, cuidados de la herida operatoria, vigilancia de signos de infección, orientación y ayuda para la movilización, soporte emocional y otros cuidados meticulosos, pueden reducir significativamente la incidencia de complicaciones postoperatorias en los pacientes y promover la rehabilitación temprana (4).

Zhou R, en un estudio realizado en china, establece que la comunicación con los pacientes y la detección oportuna de emociones negativas junto a las medidas para aliviar la ansiedad del paciente ayudan a establecer confianza en la lucha contra la enfermedad y mejorar la colaboración del paciente y el cumplimiento del tratamiento; la calidad de la atención de enfermería post operatoria afecta directamente al éxito de la cirugía y el proceso de rehabilitación (5).

De la Cruz A, en un estudio realizado en México, establece que el éxito de la cirugía y los progresos en la rehabilitación deben ser informados rápidamente a los pacientes como parte del cuidado de enfermería para eliminar las preocupaciones de los pacientes, los signos vitales del paciente deben ser monitoreados de cerca, las soluciones antisépticas apropiadas deben seleccionarse cuidadosamente para la desinfección de la herida del paciente, las heridas de los pacientes deben controlarse regularmente para prevenir infecciones; estas son actividades de cuidado de enfermería que inciden de forma directa en evitar las complicaciones post operatorias; sin embargo pueden haber otros factores exógenos al cuidado de enfermería que llevan a las complicaciones post operatorias a pesar del meticuloso cuidado enfermero (6).

Terán M, en un estudio realizado en Ecuador, establece que las enfermeras deben tomar medidas postoperatorias apropiadas para aliviar el dolor en los pacientes, la dieta, el ejercicio y otros cuidados relacionados pueden mejorar el sistema inmunitario del paciente, reducir la estancia hospitalaria y la incidencia de complicaciones, pero se han visto muchas situaciones en las que las complicaciones se presentan de forma independiente al esmero en los cuidados del personal de enfermería (7).

A nivel nacional Gutiérrez S, en un estudio realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima reporta que el 73.3% de complicaciones postoperatorias por apendicectomía, pudieron ser evitadas (8), mientras que Becerra H, en Chiclayo reporta que la complicación más frecuente de la apendicectomía fue la infección de sitio quirúrgico en los pacientes operados con la cirugía abierta (3).

En los hospitales de Huancayo es común observar, que debido a la sobrecarga laboral, las enfermeras se ven imposibilitadas de brindar una atención integral y personalizada a los pacientes apendicectomizados; también son muy frecuentes las complicaciones post operatorias y las estancia hospitalarias prolongadas, ante esta realidad muchos pacientes optan por demandar la atención medica en las clínicas particulares; uno de estos establecimientos particulares es la Clínica Universal, en donde se dispone de mayor cantidad de personal de enfermería, sin embargo siguen siendo frecuentes la complicaciones en los pacientes apendicectomizados.

Por todo lo expresado anteriormente, realizamos este estudio con el propósito de determinar la relación entre las complicaciones clínicas en apendicectomizados y los cuidados de enfermería en pacientes atendidos en la Clínica Universal de Huancayo.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Se asume que los cuidados de enfermería oportunos y eficaces son determinantes en la recuperación de un paciente apendicectomizado. Sin embargo, podrían existir otros factores independientes de la atención de enfermería que llevan a que se generen las complicaciones en este tipo de cirugía; de esta forma ante cualquier esfuerzo de atención de la enfermera las complicaciones ocurrirían. Dada esta realidad es necesario conocer el grado en que se relacionan los cuidados de enfermería con la frecuencia e intensidad de las complicaciones en pacientes apendicectomizados.

En el presente estudio se delimitaron los siguientes aspectos:

- **Delimitación Espacial:**

Se realizó en la “Clínica Universal” de Huancayo.

- **Delimitación Temporal:**

Se realizó en el año 2019.

- **El objeto de estudio:**

Fueron las historias clínicas de los pacientes atendidos por apendicectomía en la Clínica Universal en el año 2019.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre las complicaciones clínicas y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019?

1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la relación entre la peritonitis como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019?

- ¿Cuál es la relación entre la infección de la herida operatoria como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019?
- ¿Cuál es la relación entre el íleo paralítico como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019?
- ¿Cuál es la relación entre las adherencias / bridas como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019?

1.4.JUSTIFICACIÓN

1.4.1.SOCIAL O PRÁCTICA

Los resultados del presente estudio nos permitieron identificar las actividades de cuidado que más inciden en la reducción de complicaciones post operatorias en los pacientes apendicectomizados; de forma que, estas actividades de enfermería podrán ser promovidas, potenciadas y reforzadas en los centros asistenciales, en consecuencia, al implementar las recomendaciones dadas en este estudio se podrá reducir la incidencia de complicaciones en estos problemas de salud.

1.4.2. TEÓRICA O CIENTÍFICA

Los resultados obtenidos en este estudio se constituyen en fundamento de la teoría de las necesidades humanas básicas de Virginia Henderson, ya que al atender correcta e íntegramente las 14 necesidades básicas del paciente apendicectomizado se podrán evitar las complicaciones, reducir su estancia hospitalaria y favorecer su calidad de vida en salud. Así mismo se está comprobando la importancia de las acciones de enfermería en la recuperación de la salud ante las intervenciones quirúrgicas, ya que las cirugías más sofisticadas pueden fracasar de no contar con la eficiente intervención del profesional de enfermería.

1.4.3. METODOLÓGICA

La realización de este estudio nos permitió elaborar y validar un instrumento para poder valorar el cuidado de enfermería en los pacientes apendicectomizados en el post operatorio, y otro para valorar las complicaciones de las apendicetomías; estos instrumentos podrán ser utilizados en otras investigaciones afines al tema, los instrumentos validados también se podrían utilizar en la valoración habitual de los cuidados en las salas de hospitalización que alberguen a pacientes apendicectomizados.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre las complicaciones clínicas y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la relación entre la peritonitis como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019.
- Establecer la relación entre la Infección de la herida operatoria como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019.
- Establecer la relación entre el Íleo paralítico como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019.
- Establecer la relación entre las Adherencias / bridas como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES NACIONALES E INTERNACIONALES

Qin J y Liu X, en el 2016 realizan un estudio titulado “Análisis de la atención integral de enfermería para la apendicitis aguda tratada por laparotomía”, con el objetivo de estudiar el efecto de la intervención integral de enfermería en pacientes con apendicitis aguda tratados mediante cirugía abierta, para lo cual realizo un estudio de intervención considerando a 86 pacientes con apendicitis aguda que se sometieron a laparotomía, se dividieron aleatoriamente en dos grupos (n = 43), el grupo de control adoptó la enfermería de rutina mientras que el grupo de observación adoptó la enfermería integral, se comparó el efecto de la atención de enfermería en ambos grupos, entre los resultados se destaca que la incidencia de complicaciones en el grupo control (30.23%) fue significativamente mayor que en el grupo de observación (6.98%) y (P <0.05), demás el tiempo de operación, la estancia hospitalaria y el volumen de hemorragia en el grupo de

control fue significativamente mayor, asimismo la presión psicológica y la ansiedad de los pacientes pudieron aliviarse con un buen cuidado de enfermería lo que mejora la tasa de éxito y reduce la incidencia de complicaciones, todo esto mejora la calidad de vida de los pacientes (9).

Britt S, Coles K y Polson S, en el 2017 realizan un estudio titulado “Lesiones cutáneas relacionadas con adhesivos médicos después de la apendicectomía urgente, estudio de caso y oportunidades perdidas en cuidados de enfermería”, con el objetivo de establecer las lesiones cutáneas relacionadas con adhesivos médicos como complicaciones de la apendicectomía vinculada al cuidado de enfermería, para lo cual se hizo un estudio de serie de 25 casos de pacientes apendicectomizados, entre los resultados se destaca que existe la necesidad de innovaciones para prevenir el costo físico, emocional y económico que resulta del usos de los adhesivos médicos, ya que genera susceptibilidad cutánea y una lesión cutánea como un efecto secundario adverso inevitable, también se remarca que el personal de enfermería debe de seleccionar el vendaje óptimo para las condiciones ambientales de la región anatómica del cuerpo además deben de formular un plan integral para el cuidado de la herida operatoria, asimismo se destaca que el grado de lesión de la piel está relacionado con varios factores extrínsecos como: el tipo de adhesivo, el adhesivo de respaldo, el secado de la piel por el uso de agentes limpiadores agresivos, la retracción del área alrededor de la herida en la cirugía, la presión utilizada al aplicar el vendaje, el período de tiempo que el vendaje permaneció en su lugar, la exposición a la humedad debajo del vendaje y la manera de retirar el vendaje, todos estos factores deben de ser puestos en

consideración del personal de enfermería al momento que realiza la curación de la herida (10).

Zhou R, en el 2016 realiza un estudio titulado “Efecto observación de la apendicitis aguda y la intervención de enfermería integral” con el objetivo de establecer el efecto de la enfermería integral en la recuperación del paciente apendicectomizado, para los cual realizan un estudio de intervención para lo cual se realizó un ensayo cuasi-experimental, considerando una población de 86 pacientes apendicectomizados, de donde se extrajo un grupo experimental con 43 personas y un grupo control con igual número de participantes, el grupo experimental fue sometido a los cuidados de la enfermería integral, mientras que el grupo control recibió un cuidado cotidiano, entre los resultados encontrados ponemos enfatizar que, en el grupo experimental se reducen en 70% las complicaciones de la apendicectomía, el tipo de complicación que reduce con más intensidad son las infecciones de la herida operatoria y la posibilidad de adherencias, además la estancia hospitalaria se reduce en un 40% (5).

Sicha G, en el 2013 realiza un estudio titulado “Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a tratamiento laparoscópico y convencional en apendicitis en el Hospital Docente Universitario Católico de Cuenca”, con el objetivo de establecer el efecto de los cuidados de enfermería en la evolución de la apendicectomía, para los cual realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo considerando una muestra de 13 pacientes que constituyeron el total con diagnóstico positivo transoperatorio y anatomopatológico de apendicitis aguda, se obtuvo la información mediante la revisión de las historias clínicas,

entre los resultados se destaca que la atención de enfermería en la vigilancia y curación de la herida operatoria, la movilización temprana y un adecuado manejo dietético son los determinantes de la disminución de complicaciones; asimismo se pudo comprobar que el estado en el que llega el paciente a ser intervenido es un factor preponderante en las complicaciones de tipo infeccioso, ya que un apéndice infartado o con áreas necróticas lleva a un cuadro de peritonitis, absceso abdominal e incluso sepsis (11).

Atiaja J, en el 2016 realiza un estudio titulado “Complicaciones de la cirugía abdominal y su relación con el manejo de los drenes en pacientes atendidos en el servicio de cirugía del Hospital General Puyo” con el objetivo de establecer las complicaciones de la cirugía abdominal relacionado al inadecuado manejo de drenes, para lo cual realizan un estudio correlacional considerando una muestra de 40 pacientes, entre los resultados se enfatiza que en la apendicectomía por la apendicitis complicada con apendicitis gangrenosa (muerte del tejido blando) o perforada (rotura), tienen mayor probabilidad de sufrir complicaciones posoperatorias, la colocación sistemática de un drenaje quirúrgico para prevenir el absceso intraperitoneal después de una apendicectomía para la apendicitis complicada es polémica, en este tipo de pacientes los permanentes cuidados de enfermería pueden permitir la sobrevivencia del paciente ante la condición crítica en el que se encuentra (12).

Loo M, en el 2018 en Perú, realizó un estudio titulado “ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMÍA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIERREZ ESSALUD ICA 2018.” Con el objetivo de brindar cuidados de enfermería oportunos con calidad y calidez a los pacientes intervenidos por apendicetomía en el servicio de cirugía. La metodología que se utilizó fue caso clínico descriptivo, se obtuvo datos en la historia clínica. El resultado obtenido fue que el paciente intervenido en el post operatorio no presentó complicaciones. Finalmente, el paciente fue dado de alta en el menor tiempo posible, hemodinámicamente estable, disminuyendo la presencia de ansiedad. El Proceso de atención de enfermería permitió a la autora brindar una atención de calidad y especializada al paciente que va ser intervenido quirúrgicamente de apendicetomía (49).

Laurente Y, Quispe Y, en el año 2017 en Ayacucho se hizo el estudio titulado [tesis] “Cuidados de enfermería y el nivel de satisfacción de los Pacientes pos operados de apendicitis aguda en el Servicio de cirugía hospital II Carlos Tupppia García Godos”, con el objetivo determinar la calidad de atención en cuidado de enfermería así mismo el nivel de satisfacción en pacientes post- operados de apendicitis aguda, el tipo de estudio fue descriptivo correlacional de corte transversal, la población estuvo constituida por 154 pacientes, la muestra por 60 pacientes, el instrumento que se utilizó fue el cuestionario y la técnica la encuesta al paciente, así como la hoja de observación para medir la calidad de cuidados de enfermería. Obteniendo como resultado que la calidad de cuidados de Enfermería son eficientes 78.3%, mientras que el nivel de satisfacción percibida por los usuarios es completa en un 75% (50).

Cadena K, en el 2015 en Ecuador, realiza un estudio titulado “Complicaciones en cirugía de Apendicetomía en el Área de Cirugía del Hospital General Latacunga, Cantón Latacunga, Provincia Cotopaxi Periodo 2015” con el objetivo de diseñar una guía de Enfermería para disminuir las complicaciones clínicas en pacientes apendicetomizados, para lo cual realizo un estudio inductivo-deductivo y de análisis-síntesis mediante observación directa y análisis documental, considerando una muestra de 80 pacientes y 20 personales de enfermería, entre los resultados se encuentra que la principal complicación de la apendicetomía que afecta a la población es la infección. También se demostró que el sexo que mayormente fue afectado es el masculino con una relación de 80% que el sexo femenino, se demostró también que el tratamiento normal de una apendicetomía es de 1 a 5 días de hospitalización, pero en el hospital general Latacunga esta hospitalizados de 5 a 10 con un 80% días debido a las complicaciones las causas más importantes es que no se cuenta con el personal de enfermería completas, las auxiliares de enfermería son las que cubren los turnos por falta del personal (48).

2.2. BASES TEÓRICAS O CIENTIFICAS

2.2.1. COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA

2.2.1.1. PERITONITIS

La peritonitis es una inflamación del peritoneo y representa una causa importante de morbilidad y mortalidad quirúrgica, puede ser localizado o generalizado, y se cree que pasa a través de tres fases: en primer lugar, una fase de rápida eliminación de contaminantes de la cavidad peritoneal a la circulación

sistémica; en segundo lugar, una fase de interacciones sinérgicas entre aerobios y anaerobios; y en tercer lugar, un intento de las defensas del anfitrión para localizar la infección, la peritonitis es comúnmente causada por bacterias, pero puede ser química (aséptica), biliar, tuberculosa, clamidia, inducida por fármacos o inducida por otras causas más raras, la peritonitis bacteriana se subclasifica en primaria o secundaria en función de si se ha comprometido o no la integridad del tracto gastrointestinal (15).

Las células efectoras iniciales son las células que residen localmente en el peritoneo, como las células mesoteliales, los mastocitos, los macrófagos y los linfocitos. A través de la secreción de quimiocinas, inicialmente se produce una afluencia de neutrófilos seguida de monocitos. Este último puede diferenciarse en macrófagos inflamatorios. La actividad no dirigida de los granulocitos neutrófilos está limitada por la inducción de programas apoptóticos. A través de la ruptura de citocinas, bacterias y productos microbianos en la circulación, surge una reacción sistémica en el sentido del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) o sepsis (16).

Generalmente, el paciente con peritonitis se queja de dolor abdominal intenso y puede presentar las facies hipocráticas características, la palpación abdominal demuestra sensibilidad, cuidado y rebote, las investigaciones iniciales de laboratorio deben incluir urea y electrolitos, hemograma completo y gases en sangre, una radiografía erecta del tórax muestra neumoperitoneo en aproximadamente 70 a 80% de las perforaciones viscerales, la tomografía computarizada a menudo desempeña un papel en la confirmación de diagnósticos específicos (por ejemplo, absceso subfrénico), el manejo inmediato debe incluir la reanimación con líquidos, oxígeno de alto flujo, antibióticos apropiados (i.v.) y analgesia, el tratamiento definitivo es quirúrgico, excepto por un pequeño grupo de pacientes en los que está indicado un tratamiento conservador con líquidos (i.v.) y antibióticos (i.v.), el tratamiento quirúrgico puede ser a través de una laparotomía o, en algunas condiciones, la laparoscopia, el control del sitio primario de la sepsis es el principal determinante del resultado, la mayoría de los

pacientes se recuperan rápidamente, sin embargo, la peritonitis generalizada importante se asocia con disfunción / fallo de los órganos, y la mortalidad puede alcanzar hasta el 40% (18).

La fase I, implica la eliminación rápida de contaminantes de la cavidad peritoneal a la circulación sistémica, ocurre porque el líquido peritoneal contaminado se mueve cefálicamente en respuesta a los gradientes de presión generados por el diafragma, el líquido pasa a través de los estomas en el peritoneo diafragmático y se absorbe en las lagunas linfáticas, la linfa fluye hacia los conductos linfáticos principales a través de los nodos subesternales, la septicemia resultante incluye predominantemente anaerobios facultativos gramnegativos y se asocia con una alta morbilidad (19).

La fase II, implica interacciones sinérgicas entre aerobios y anaerobios, ya que se encuentran con el complemento del huésped y los fagocitos, la activación del complemento es un evento de primera línea en la peritonitis e implica inmunidad innata y adquirida; la activación se produce principalmente por la vía clásica, con las vías alternativa y lectina en apoyo, los surfactantes fosfolípidos producidos por las células mesoteliales peritoneales trabajan de forma sinérgica con el complemento para aumentar la opsonización y la fagocitosis, las células mesoteliales peritoneales también son potentes secretores de mediadores proinflamatorios, que incluyen interleucina-6 y -8, proteína de quimioatrayente de monocitos-1, proteína-1 α de macrófagos y factor de alfa-necrosis tumoral, por lo tanto, las células mesoteliales peritoneales juegan un papel central en las vías de señalización celular que conducen al reclutamiento de fagocitos en la cavidad peritoneal y la regulación al alza de los mastocitos y fibroblastos en el submesotelio (19).

La fase III, es un intento de las defensas del huésped para localizar la infección, principalmente a través de la producción de un exudado fibrinoso que atrapa a los microbios dentro de su matriz y promueve los mecanismos efectoros fagocíticos locales, también sirve para promover el desarrollo de abscesos, la regulación de la formación y degradación de la fibrina es vital para este proceso, la actividad activadora del plasminógeno generada por las células mesoteliales peritoneales determina si la fibrina que se forma después de la lesión peritoneal se lisa u organiza en adherencias fibrosas, en particular, el factor de necrosis tumoral- α

estimula la producción del inhibidor-activador-plasminógeno-1 por las células mesoteliales peritoneales, lo que inhibe la degradación de la fibrina (19).

Las manifestaciones clínicas de la peritonitis son cambios de líquidos y alteraciones metabólicas, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria aumentan inicialmente como resultado de los reflejos volumétricos, intestinales, diafragmáticos y de dolor, la acidosis metabólica y el aumento de la secreción de aldosterona, hormona antidiurética y catecolaminas posteriormente alteran el gasto cardíaco y la respiración, la proteína se descompone y el glucógeno hepático se moviliza a medida que el cuerpo entra en un estado altamente catabólico, el íleo paralítico se desarrolla, lo que lleva a un profundo secuestro de líquidos y pérdida de electrolitos y exudado rico en proteínas, la distensión abdominal macroscópica causa elevación diafragmática, con atelectasia y neumonía resultantes, si la peritonitis persiste y no se localiza, se producirá una falla de múltiples órganos, coma y muerte (13).

Etiología, la peritonitis bacteriana se clasifica como primaria o secundaria, la peritonitis primaria es una infección bacteriana difusa sin pérdida de integridad del tubo digestivo, al tracto es raro, pero ocurre en mujeres adolescentes y *streptococcus pneumoniae* suele ser el organismo causante, la peritonitis secundaria es una infección peritoneal aguda que resulta de la pérdida de integridad del tracto gastrointestinal o necrosis pancreática infectada, a menudo intervienen aerobios y anaerobios, los más comunes son *escherichia coli* y *bacteroides fragilis* (5).

Invasión bacteriana, las bacterias pueden invadir la cavidad peritoneal a través de cuatro vías: invasión directa desde el entorno externo (por ejemplo, herida abdominal penetrante, infección en laparotomía), translocación de las vísceras intraabdominales dañadas (por ejemplo, perforación de una víscera (por ejemplo, úlcera duodenal perforada), gangrena de una viscosa (por ejemplo, apendicitis), traumatismo, iatrogénica (por ejemplo, fuga anastomótica), a través de la circulación y/o la translocación intestinal: puede producirse peritonitis primaria sin que sea evidente una fuente de infección (por ejemplo, peritonitis estreptocócica hemolítica β primaria en niños y pacientes post-esplenectomía, peritonitis bacteriana espontánea en pacientes con insuficiencia hepática y ascitis) (21).

La presentación puede ser aguda (la aparición se parece a una peritonitis bacteriana) o crónica (la aparición es más insidiosa, con dolor abdominal, fiebre, pérdida de peso, ascitis, sudores nocturnos, masas abdominales), macroscópicamente, existen cuatro formas de la enfermedad: ascítica, enquistada, plástica o purulenta. El dolor es el síntoma más común y puede ser localizado o difuso; por lo general, es constante y de carácter agudo y punzante, una perforación visceral causa un dolor súbito y severo que generalmente se aprecia primero en el área de la perforación, pero puede generalizarse a medida que se propaga la contaminación peritoneal, el dolor se referirá a la extremidad del hombro ipsilateral si está involucrado el peritoneo diafragmático, la anorexia, el malestar, las náuseas y los vómitos son características asociadas comunes, el estreñimiento suele estar presente, a menos que se desarrolle un absceso pélvico (que puede causar diarrea) (22).

En el examen físico, un paciente con peritonitis está pálido, estirado y ansioso; los ojos están hundidos debido a la deshidratación, las observaciones regulares mostrarán signos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica o, en el peor de los casos, shock séptico, shock hipovolémico o insuficiencia de múltiples órganos, al examinar el paciente se encontrará en posición supina y relativamente inmóvil con excursiones respiratorias poco profundas, las rodillas están flexionadas y estiradas para reducir la tensión en la pared abdominal, en la peritonitis difusa, el espasmo de la musculatura abdominal dará como resultado una rigidez parecida a la de una tabla y la incapacidad del abdomen para moverse con la respiración, la palpación abdominal exacerba el dolor y, por lo tanto, debe realizarse con cuidado y suavidad, mostrará rebote; el sitio de máxima sensibilidad suele estar relacionado con el sitio de patología, la protección inicialmente será voluntaria, antes de convertirse en un reflejo involuntario a medida que avanza la inflamación, los signos patognomónicos específicos de la enfermedad pueden ser clínicamente evidentes (por ejemplo, el signo de Rovsing en la apendicitis aguda) (23).

2.2.1.2. INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA

La apendicitis no perforada tiene una tasa de infección de herida reportada de menos del 10%, mientras que la apendicitis perforada tiene una tasa de infección de 15 a 20%, la infección postoperatoria de la herida puede aumentar la morbilidad y aumentar la duración de la estadía hospitalaria postoperatoria, aumentar los gastos drásticamente, aumentar las tasas de reingreso hospitalario y poner en peligro los resultados de salud, en consecuencia, puede llevar a un aumento del dolor postoperatorio, la sepsis y la insatisfacción del paciente (24).

La apendicectomía para apendicitis no perforada es una cirugía limpia y contaminada, y varios autores han demostrado la eficacia de los antibióticos preoperatorios para prevenir las complicaciones infecciosas postoperatorias, por lo tanto; como protocolo estándar, todos los pacientes sometidos a apendicectomía reciben antibióticos profilácticos media hora antes de la cirugía, si se usan correctamente, los antibióticos pueden reducir la tasa de infección en un 50%, los pacientes con apendicitis perforada reciben antibióticos postoperatorios universales, que son necesarios para reducir las complicaciones de la infección de la herida y del absceso pélvico que pueden surgir como resultado de la contaminación de la herida y la cavidad peritoneal, por otro lado, el uso de antibióticos postoperatorios para prevenir complicaciones infecciosas en casos no perforados aún es controvertido (25).

La práctica de administrar antibióticos postoperatorios en casos no complicados de apendicitis no perforada varía en todo el mundo y no existe consenso sobre su uso, cuando los antibióticos postoperatorios no se usan en casos no perforados, algunos autores han mostrado tasas altas de infección de la herida (11%) mientras que otros no mostraron una tasa de infección significativa (4,6%), algunos eventos adversos también están asociados con el uso de antibióticos postoperatorios, como una estadía prolongada en el hospital, aumento de la carga financiera, infección por *clostridium difficile* y diarrea postoperatoria, y muchos datos de investigaciones recientes apoyan el uso de antibióticos preoperatorios de dosis única en la apendicitis no perforada (26).

La infección de la herida después de cualquier cirugía es una complicación perniciosa que el paciente y la enfermera nunca desean, siempre es una situación deprimente para el paciente cuando se da cuenta de que su estadía y recuperación postoperatorias en el hospital se ha prolongado debido a la infección de la herida, también hay un gran impacto financiero de la infección de la herida, las infecciones de heridas, si no se controlan, pueden llevar a complicaciones mayores como cisura del abdomen, hernia incisional, fascitis necrosante y septicemia (27).

Se ha demostrado mediante investigaciones que los antibióticos profilácticos preoperatorios son más cruciales para prevenir la infección postoperatoria de la herida en casos electivos y en casos limpios contaminados, como la apendicitis no perforada con inflamación aguda, la extensión de la administración de antibióticos al período postoperatorio generalmente no es necesaria en tales casos, sin embargo, en casos de contaminación no deseada y apendicitis perforada, la administración postoperatoria de antibióticos está justificada, los pacientes con apendicitis aguda sin perforación o peritonitis no son dados de alta temprano, debido a la preocupación del cirujano de que aumentaría las tasas de infección de la herida quirúrgica y que el dolor postoperatorio inhibiría la movilización del paciente, la infección de la herida quirúrgica generalmente se debe a la contaminación de la herida en el momento de la extracción del apéndice (10).

La infección de la herida quirúrgica se ve afectada por varios factores de riesgo, es decir, paciente, local, ambiental, de procedimiento, cirujano/operador y factores de atención, los factores del paciente consisten en la edad, el estado nutricional (desnutrición, obesidad), la presencia de otras enfermedades (neoplasias, enfermedades crónicas [diabetes mellitus, cirrosis hepática], infección asociada), el tratamiento recibido (corticosteroides, inmunosupresores, radiación) y el estado psicológico del paciente (ansiedad, miedo y dificultad para dormir), los factores ambientales consisten en la esterilidad del quirófano, la cantidad de personal en el quirófano, la circulación del aire en el quirófano y la esterilidad de los instrumentos (10).

Los factores de influencia del procedimiento son la duración de la estancia hospitalaria antes de la operación, la preparación preoperatoria como la limpieza del sitio de incisión, el afeitado del cabello, las técnicas asépticas y antisépticas

para la preparación, la administración de antibióticos y el grado de contaminación del tipo de procedimiento quirúrgico, ya sea categorizado como funcionamiento limpio, contaminado, contaminado o sucio, la operación de emergencia o electiva y la duración de la operación también se incluyen en los factores de procedimiento, los factores del cirujano/operador son el conocimiento, la habilidad y la experiencia del cirujano/operador, el manejo del tejido, la prevención de la propagación de la contaminación, la selección de agujas, el material de sutura y la técnica de sutura, los factores de atención que influyen en la infección de la herida quirúrgica son la mala valoración (inexperiencia/falta de atención), la falta de asepsia en la curación de la herida (28).

2.2.1.3. ÍLEO PARALÍTICO

Es la reducción o cese de la contracción del músculo liso intestinal que afecta el peristaltismo y el tránsito de contenido intestinal, los pacientes sometidos a cirugía abdominal son particularmente propensos a desarrollar esta afección, la cirugía abdominal desencadena dos fases diferentes del íleo postoperatorio: una fase neurogénica temprana y una fase inflamatoria tardía, la fase neurogénica temprana del íleo postoperatorio surge de manera perioperatoria y generalmente se resuelve temprano en el período postoperatorio, la fase inflamatoria tardía comienza de 3 a 4 horas después de la cirugía y puede durar varios días, por lo que suele ser la más relevante clínicamente. Los síntomas clínicos de íleo paralítico incluyen náuseas, vómitos, distensión abdominal y falta de flatos y defecación, cuando se prolonga provoca retraso en la alimentación enteral, función inmune alterada, retraso en la curación de heridas, mayor riesgo de complicaciones infecciosas, mayor riesgo de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, estancia hospitalaria prolongada y aumento de las tasas de reingreso, el uso generalizado de la cirugía laparoscópica ha reducido significativamente la aparición de íleo paralítico (29).

Las consecuencias del íleo paralítico pueden ser graves, ya que causan estasis gastrointestinal con riesgo de náuseas y vómitos, que pueden complicarse con la aspiración pulmonar, también puede causar deshidratación, desequilibrio electrolítico o sepsis, el íleo paralítico es una detención fisiológica del tránsito gastrointestinal en respuesta al estrés quirúrgico presenta la combinación de al

menos dos de los siguientes cinco signos: náuseas y vómitos, una incapacidad para tolerar una dieta sólida o semilíquida, sin gas o heces durante las 24 horas anteriores; distensión abdominal, evidencia radiológica de íleo. Los factores de riesgo para la aparición del íleo paralítico son: el sexo masculino, la edad avanzada y la pérdida significativa de sangre, también el abordaje quirúrgico, es decir, disminuye para la laparoscopia en comparación con la laparotomía, otros factores son la infección intraabdominal o la fístula anastomótica, el uso de la morfina han resaltado su papel para agravar el riesgo, los opioides tienen un efecto inhibitorio dependiente de la dosis sobre la motilidad intestinal, además, la morfina agrava las consecuencias y aumenta la duración de la hospitalización. Los factores de riesgo que se han identificado de forma más anecdótica incluyen un historial de laparotomía previa, la longitud de la incisión abdominal y la cirugía de emergencia (con un edema intestinal importante asociado) (25).

Su origen es multifactorial, ya que la manipulación intestinal, la administración de opioides o medicamentos ansiolíticos y el estrés postoperatorio parecen estar involucrados en el inicio del íleo paralítico, se desarrolla en tres fases, la fase inicial involucra procesos neurológicos (a través del sistema nervioso simpático), mientras que una segunda fase involucra mecanismos hormonales e inflamatorios, una tercera fase implica la activación nerviosa parasimpática, que desempeña un papel importante en la resolución del íleo (función antiinflamatoria). El principal mecanismo del íleo paralítico consiste en la fase 2, en particular la respuesta inflamatoria a la manipulación intestinal, mejora la motilidad gastrointestinal relacionada con el abordaje laparoscópico, la masticación del chicle imita la ingesta dietética, la masticación estimula la vagaltona, que tiene un efecto antiinflamatorio, la alimentación temprana disminuye el riesgo de complicaciones infecciosas, pérdida de proteínas y mucosa intestinal permeable, también reduce la necesidad de hidratación intravenosa y potencial desequilibrio electrolítico, la reanudación temprana de la dieta reduce significativamente la duración del íleo después de una cirugía rectal mayor y es factible, incluso después de una cirugía de emergencia (17).

2.2.1.4. ADHERENCIA Y BRIDAS

La obstrucción del intestino delgado es una condición clínica relevante que puede ocurrir después de una intervención quirúrgica intra abdominal debido al desarrollo de adherencias peritoneales entre los tejidos y órganos abdominales, estas adherencias también son llamadas "bridas" por los cirujanos, la apendicitis perforada tiene la tasa más alta de obstrucción intestinal postoperatoria, el tratamiento terapéutico inicial de las obstrucciones postoperatorias del intestino delgado en adultos es conservador cuando no hay signos clínicos de isquemia, sin embargo, no se ha demostrado que esta medida sea segura, la remoción laparoscópica de la adherencia tiene una tasa menor de complicaciones, menor tiempo de permanencia y menor riesgo de recurrencia, sin embargo, esta técnica tiene un alto índice de conversión y requiere habilidades laparoscópicas avanzadas (30).

La consecuencia clínica más común de las adherencias es el dolor, que puede ser agudo y repentino, o crónico y persistente, su aparición es a menudo incalculable, ya que puede ser episódica, con episodios que empeoran o desaparecen, o toman la forma de un solo ataque aislado, el diagnóstico es difícil existen tres características clínicas de ayuda en el diagnóstico: (i) el cambio de postura, como darse vuelta en la cama por la noche, puede precipitar o aliviar el dolor, (ii) el dolor suele situarse en la región de una incisión abdominal, (iii) la sensibilidad se produce mediante la presión sobre la cicatriz de una incisión antigua, la obstrucción adhesiva es atendida por dos signos de obstrucción del intestino delgado y el rápido desarrollo de la estrangulación, una vez que la obstrucción se confirma por la presencia de las cuatro características cardinales del dolor abdominal, vómitos progresivos, distensión y estreñimiento, se debe realizar una evaluación en serie para seleccionar a aquellos que necesitan tratamiento quirúrgico y decidir su sincronización (24).

La obstrucción del intestino delgado de bajo nivel se asocia con un aumento de la distensión abdominal y una deshidratación lentamente progresiva, la obstrucción en el intestino delgado medio suele ir acompañada de cólicos severos, la obstrucción del intestino delgado superior es engañosa y causa deshidratación grave y rápida sin distensión, los cuatro modos son simple oclusión, estrangulación, bucle cerrado y obstrucción funcional, que debido a las adherencias es comúnmente un circuito cerrado, con el peligro inminente de perforación o estrangulación, ambos potencialmente letales (31).

La perforación con peritonitis y la pérdida severa de sangre por el asa de estrangulación puede ser el golpe de gracia final para el paciente afectado por una obstrucción adhesiva, las adherencias múltiples son difíciles de tratar técnicamente, requieren una disección prolongada y corren el riesgo de producir múltiples fístulas intestinales, donde sea posible, se debe evitar la cirugía y hacer todos los esfuerzos con medidas conservadoras, la alternativa es la liberación suave y meticulosa de todos los bucles intestinales adherentes, las apendicetomías son seguidas probablemente por la formación de adherencias; en la mayoría las adherencias desaparecen, pero en algunas se organizan, persisten y causan dolor u obstrucción (32).

Las complicaciones graves son, sepsis, deshidratación, tromboembolia, insuficiencia renal y bronconeumonía, las complicaciones sépticas graves toman la forma de septicemia por microorganismos gramnegativos que ingresan en el sistema venoso portal, especialmente por estrangulación intestinal o peritonitis después de una perforación o derrame intraperitoneal que puede conducir a abscesos subfrénicos, intraperitoneales o pélvicos, nuestra práctica es administrar una cefalosporina y metronidazol durante 5 días después de la operación, comenzando con una dosis preoperatoria, o gentamicina intravenosa durante la operación cuando se encuentre una situación inesperada, el balance de líquidos y electrolitos se descompone gravemente y cuando la cirugía es urgente, la corrección total debe hacerse después de la operación, con respecto a la terapia intravenosa preoperatoria, la experiencia ha demostrado que donde la pérdida de líquido ha sido tan rápida y grave como para inducir hipotensión, se necesita una rápida restauración del volumen de sangre con grandes cantidades de líquido, sodio y potasio para restablecer la normotensión antes de comenzar la cirugía; donde el paciente necesita una operación urgente pero sin colapso circulatorio,

debe evitarse la transfusión excesiva y no debe desperdiciarse el tiempo para intentar reemplazar el déficit de líquido por completo antes de la cirugía (32).

Después de la operación, hay menos conciencia de la pérdida de líquido y electrolitos que continúa durante algunos días y necesita un reemplazo superior a la pérdida de líquido registrada, esto se debe al secuestro de líquido en la pared intestinal y los tejidos blandos del abdomen, la trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar son particularmente responsables después de la cirugía debido a la deshidratación, la distensión abdominal y otros factores, en nuestra práctica, todos estos pacientes reciben heparina subcutánea durante al menos 7 días, la necrosis tubular del riñón y la insuficiencia renal pueden deberse a déficit de líquidos, hipotensión e infección (29).

2.2.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS

El cuidado de enfermería según la teoría de Virginia Henderson lo define como “ayudar al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o restablecimiento, son actividades que el propio individuo realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, los conocimientos, o la voluntad necesaria”. La función del enfermero consiste en asistir en las actividades del individuo, para que recobre su independencia lo más rápidamente posible. (46)

En su teoría **Virginia Henderson** nos plantea 14 necesidades básicas y estas son:

1. Respirar normalmente.	8 Mantener la higiene corporal.
2. Comer y beber de forma adecuada.	9 Evitar los peligros del entorno.
3. Eliminar los desechos corporales.	10 Comunicarse con los otros.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.	11 Actuar con arreglo a la propia fe.
5. Dormir y descansar.	12 Trabajar para sentirse realizado.
6. Elegir la ropa adecuada.	13 Participar en diversas formas de entretenimiento.
7. Mantener la temperatura corporal.	14 Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

El cuidado de enfermería según Jean Watson nos dice que la enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimientos, acciones de cuidado y consecuencias. (47)

En la teoría de **Jean Watson** define:

- **Persona:** Es un ser en el mundo, como una unidad de mente, cuerpo y espíritu.
- **Salud:** Es la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma espiritual.
- **Entorno:** Es el lugar donde se dará la recuperación.
- **Enfermería:** Es un arte cuando la enfermera comprende los sentimientos del otro.

El cuidado ha sido reconocido como el núcleo interno y la esencia de la enfermería y la razón principal de la existencia de la enfermería como una disciplina científica y una profesión. Se ha reconocido que la enfermería es el arte y la ciencia del cuidado. Madeleine Leininger creía que la capacidad de las enfermeras para expresarse a sí misma, la percepción e interpretación de las experiencias subjetivas de los pacientes y la aplicación creativa de las acciones de enfermería, son algunos requisitos para el aspecto artístico de la enfermería. En un entorno de cuidado crítico, la atención puede tener diferentes significados y dominios (32).

El cuidado se modifica por factores como: la condición crítica del paciente, la alta tecnología, el nivel de personal, la combinación de habilidades y las profesiones médicas, pueden influir en la dinámica y el potencial de atención. Las enfermeras de cuidados críticos a menudo se enfrentan a situaciones que ponen en peligro su vida y las exponen a altos niveles de estrés, debido a las dificultades en la toma de decisiones. La condición crítica del paciente en tales entornos hace que la enfermera tenga prioridad para satisfacer las necesidades físicas y salvar la vida de los pacientes. Concentrar la atención en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad convierte a las enfermeras en seguidores del modelo médico, y los

valores y actitudes de los cuidados pueden descuidarse o incluso perderse. Una opinión popular en los entornos tecnológicos es que los aspectos técnicos y mecánicos del trabajo se consideran reales y más importantes que el cuidado de enfermería básico. Cuando uno de los dispositivos tecnológicos funciona mal, la enfermera está lista para reemplazar su función rápidamente con la mano, pero en casos de preocupaciones y angustias emocionales de los pacientes, las enfermeras no están listas para aliviarlos con un toque reconfortante o apoyo emocional (33).

En entornos altamente tecnológicos, no hay tiempo ni espacio para tratar las necesidades emocionales de los pacientes. El esfuerzo de las enfermeras con el objetivo de dominar la tecnología convierte al paciente en un objeto para observación, revisión y control y se produce la deshumanización del paciente. Una vez que las enfermeras dominan el uso de dispositivos tecnológicos, interpretan datos documentados, resultados de laboratorio y miden parámetros, comienzan a centrar la atención en las historias, experiencias y necesidades psicológicas de los pacientes. Sin embargo, muchos autores consideraron la tecnología y el cuidado como dos elementos inseparables para mejorar los resultados de los pacientes, si bien la prestación de atención avanzada y estandarizada para respaldar la vida de los pacientes es un elemento básico de la función de enfermería de atención crítica, la prestación de una atención de enfermería individualizada para los pacientes y sus familiares es una necesidad para mejorar la calidad de la atención (34).

2.2.2.1. MANEJO DEL DOLOR

Una enfermera debe comprender principalmente que la preparación del paciente para el tratamiento del dolor postoperatorio comienza en el período preoperatorio en sí mismo cuando se informa al paciente sobre su cirugía y se le ingresa en la unidad quirúrgica, durante el período preoperatorio, se debe poner énfasis en educar al paciente sobre cómo calificar su dolor utilizando una escala de calificación numérica simple, (una simple escala de cartón hecha a mano con una línea horizontal dibujada en ella, con puntos de 0 a 10 será suficiente), las enfermeras también deben hablar sobre las expectativas realistas de dolor durante la cirugía, las intervenciones disponibles para el dolor, los efectos secundarios anticipados de los medicamentos y los síntomas tóxicos que deben notificarse de

inmediato (por ejemplo, dificultad para respirar, mareos, dolor de cabeza persistente, etc.), beneficios de la educación preoperatoria: se ha observado que dicha educación preoperatoria y la oportunidad para que los pacientes aclaren las opciones de control del dolor reducen su ansiedad con respecto al dolor posoperatorio, también brinda una oportunidad para que las enfermeras establezcan una relación con el paciente y los miembros de la familia, el éxito de un plan de manejo del dolor a menudo se basa en esta relación que las enfermeras desarrollan a través de la interacción diaria, también deben enseñarse instrucciones simples sobre el comportamiento y otras modalidades no farmacológicas para el control del dolor, más cerca del alta, se les debe instruir para que usen analgésicos juiciosamente en el hogar y para que manejen el dolor de manera efectiva utilizando métodos farmacológicos y no farmacológicos (18).

La evaluación quirúrgica periódica y continua del dolor es realizada por una enfermera quirúrgica y es el primer paso hacia el manejo efectivo del dolor, dado que el dolor es un fenómeno subjetivo y solo el paciente experimenta su impacto total, se vuelve esencial que se obtenga un valor objetivo del dolor para evaluar la eficacia de las intervenciones para el dolor, el componente más importante de la evaluación del dolor es la intensidad del dolor, esto se obtiene mejor en las salas usando una escala de calificación numérica o una escala analógica visual, la enfermera también debe evaluar otras características del dolor, como la ubicación del dolor, el inicio, los factores agravantes (movimiento, tos, etc.), los factores de alivio (acostado, férula, aplicación de frío, etc.) y la radiación del dolor, una breve evaluación psicosocial del paciente, incluidas sus emociones, capacidad de afrontamiento, creencias sobre el dolor y apoyo familiar, también ayudará a la enfermera a realizar intervenciones eficaces contra el dolor, la evaluación del dolor se debe realizar en un intervalo regular, según lo estipulado por la política del hospital, por lo general (35).

En el período postoperatorio, el dolor se evalúa y la puntuación del dolor se documenta en la hoja de evaluación del dolor cada cuatro horas, una vez que el dolor del paciente se reduce y una puntuación de dolor de tres o menos se informa de forma consecutiva, la evaluación del dolor se puede hacer una vez en ocho horas (una vez por turno), además de la evaluación regular, el dolor también debe evaluarse después de cualquier evento adverso, como caídas, quemaduras, etc, también se recomienda evaluar y documentar la puntuación del dolor al transferir

pacientes a otra unidad/sala, otro aspecto importante pero a menudo ignorado de la evaluación del dolor es la reevaluación del dolor después de las intervenciones, la reevaluación ayuda a determinar la eficacia de la intervención y a realizar las modificaciones necesarias en los planes de manejo del dolor del paciente, la reevaluación se debe realizar de acuerdo con la vía de administración del fármaco, por ejemplo, para verificar la puntuación del dolor 15 minutos después de la administración del analgésico (2).

Una responsabilidad importante de una enfermera es brindar intervenciones eficaces y regulares para el dolor, el dolor en el período postoperatorio se trata generalmente con analgésicos opioides y no opioides, estos medicamentos pueden administrarse a través de varias modalidades y la modalidad para un medicamento a menudo la decide el cirujano y/o el anestesista después de una evaluación cuidadosa de las condiciones comórbidas del paciente, la naturaleza y el alcance de la cirugía y los niveles umbrales de dolor, existen tres enfoques utilizados para el tratamiento del dolor postoperatorio, a saber, los opioides, los no opioides y la intervención no farmacológica, los analgésicos opioides se consideran un pilar en el tratamiento del dolor postoperatorio moderado a severo porque son efectivos, fáciles de valorar y tienen una relación riesgo/beneficio favorable, a menudo se combinan con no opioides porque esto permite usar una dosis más baja del opioide, los opioides más comunes son la morfina, el fentanilo, la codeína, la petidina, la oxicodona, la hidromorfona, etc (25).

Los no opioides más comunes utilizados en el período postoperatorio son el paracetamol (paracetamol), el ácido acetilsalicílico (aspirina), los aine y los relajantes musculares esqueléticos, estos medicamentos (algunos de los cuales también tienen propiedades antipiréticas o antiinflamatorias) son a menudo los analgésicos de "primera línea" elegidos para tratar el dolor leve a moderado asociado con la lesión tisular (también llamada dolor nociceptivo), los no opioides se pueden administrar por vía parenteral (iv), enteral (oral, nasogástrica o de jejuostomía) o transdérmica, los no opioides intravenosos se usan generalmente durante el período postoperatorio temprano, una vez que el paciente reanuda la ingesta oral satisfactoria, se prefiere la vía oral, los supositorios no opioides también se pueden usar, a menos que estén contraindicados (19).

Durante el período post operatorio, usualmente se usan ciertas modalidades no farmacológicas además de los fármacos para aliviar el dolor, trabajan junto con los analgésicos para promover la comodidad y el alivio del dolor en los pacientes, estas se pueden dividir en modalidades físicas, psicológicas y psicosociales, las intervenciones psicológicas y psicosociales se usan generalmente para el dolor crónico y rara vez se usan para el dolor postoperatorio agudo en el ámbito hospitalario, sin embargo, en el manejo del dolor agudo, las modalidades físicas son las más utilizadas, cambiar a una posición cómoda facilita la reducción del dolor al aliviar la presión sobre prominencias óseas o áreas de hinchazón, previene las complicaciones de la inmovilidad, como úlceras por presión, estasis venosa en las extremidades y dificultad para respirar, puede promover el aumento de la circulación, la relajación muscular y el confort general, el paciente con dolor puede ser reacio a cambiar de posición, por temor a un aumento del dolor, sin embargo, es importante enseñarle al paciente cómo cambiar de posición de manera segura y cómoda, las ayudas para cambiar de posición, como un trapecio elevado o rieles de la cama, son útiles, el uso de medicamentos para el dolor u otras terapias adyuvantes antes del cambio de posición puede reducir aún más las molestias (24).

La aplicación de la terapia con frío es otra forma de estimulación cutánea o transcutánea que puede aumentar el alivio del dolor, especialmente en enfermedades como el edema postoperatorio o los espasmos musculares, la disminución de la temperatura corporal local provoca una ligera vasoconstricción del área, lo que reduce la circulación local y limita la cantidad de líquido extracelular que se filtra hacia el área (lo que también reduce o evita la hinchazón), durante la aplicación en frío, es importante proteger la piel, el hielo no debe aplicarse directamente; más bien, debe ser envuelto en una toalla o un paño, el frío debe aplicarse intermitentemente, una buena regla para recordar es de 20 minutos y 20 minutos de descanso, la aplicación continua de frío puede provocar daños en los tejidos como resultado de la vasoconstricción continua, el ejercicio terapéutico incluye ejercicios de rango de movimiento, entrenamiento de fuerza, estiramiento y acondicionamiento cardiovascular, el ejercicio resulta en la liberación de endorfinas que promueven la reducción natural del dolor, así como los sentimientos de bienestar, el ejercicio también es útil para cambiar la tensión muscular, fomentar el reposicionamiento y promover el aumento de la función,

como cuando el cliente ambula después de la cirugía abdominal, lo que resulta en un aumento de la peristalsis intestinal (9).

2.2.2.2. CUIDADO DE LA HERIDA OPERATORIA

Los elementos principales del cuidado de la herida quirúrgica incluyen la revisión oportuna de la herida, la limpieza y el vendaje apropiados, así como el reconocimiento temprano y el tratamiento activo de las complicaciones de la herida, la atención adecuada postoperatoria de la herida quirúrgica es esencial para prevenir posibles complicaciones, como las infecciones en el sitio quirúrgico, la dehiscencia de la herida y los hematomas, las enfermeras generales desempeñan un papel importante en el manejo de las heridas postoperatorias del paciente y es importante apreciar los principios del manejo postoperatorio de las heridas para minimizar la incidencia de complicaciones de la herida (36).

La cicatrización de heridas es un proceso dinámico que consta de cuatro fases continuas, superpuestas y programadas con precisión, los eventos de cada fase deben suceder de manera precisa y regulada, las interrupciones, las aberraciones o la prolongación en el proceso pueden llevar a una curación tardía de la herida o una herida crónica que no cicatriza, en humanos adultos, la cicatrización óptima de la herida involucra los siguientes eventos: a, hemostasia rápida b, inflamación apropiada c, diferenciación, proliferación y migración de las células mesenquimáticas al sitio de la herida d, angiogénesis adecuada e, rápida reepitelización (recrecimiento de tejido epitelial sobre la superficie de la herida) y f, síntesis adecuada, reticulación y alineación del colágeno para proporcionar fuerza al tejido en curación (32).

Hay dos tipos principales de curación de heridas: curación primaria y curación secundaria, la mayoría de las heridas quirúrgicas se someten a un cierre primario en el que la pérdida de tejido es mínima y los bordes de la herida se pueden aproximar satisfactoriamente, esto permite una curación primaria en la que se produce una rápida epitelización de la herida y una cicatrización mínima, la curación secundaria se refiere al proceso en el que una herida de espesor total se deja intencionalmente abierta, esto puede deberse a la presencia de una infección o la incapacidad de aproximarse satisfactoriamente a los bordes de la herida, en la

cicatrización secundaria, la herida se cura por la vía natural de la granulación, la contracción final y la lenta epitelización, las heridas que sufren curación secundaria a menudo dan lugar a cicatrices más grandes, las heridas destinadas a ser curadas por la curación primaria deben, en particular, tener sus bordes de la herida bien aproximados, en las fases iniciales de la cicatrización, solo hay una resistencia a la tracción mínima en la herida ya que no se ha realizado la remodelación de las fibras de colágeno, como tal, se requiere soporte adicional en forma de suturas, grapas o cintas hasta que se produzca una remodelación completa y la epitelización (37).

Dos complicaciones comunes de las heridas quirúrgicas son las infecciones y la dehiscencia de la herida, curación de heridas desordenadas, la mayoría de las heridas se curan sin complicaciones y la curación no se ve afectada en los ancianos a menos que haya factores adversos específicos o complicaciones, los factores que pueden afectar la tasa de curación son: insuficiente suministro de sangre, exceso de tensión en la sutura, esteroides a largo plazo, terapia inmunosupresora, desnutrición y deficiencia de vitaminas, la dehiscencia de la herida, es una complicación grave con una mortalidad de hasta el 30%, se debe a la falla de la técnica de cierre de la herida, por lo general, se produce entre 7 y 10 días después de la operación, a menudo, es anunciado por la descarga serosa de la herida, se debe asumir que el defecto involucra la totalidad de la herida, el tratamiento inicial incluye analgesia con opiáceos, apósito estéril para la herida, resucitación con líquidos y regreso temprano al teatro para su reajuste con anestesia general (22).

2.2.2.3. CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD TISULAR

Las úlceras por presión son lesiones localizadas en la piel y/o en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea como resultado de la presión, o la presión en combinación con el corte, las úlceras por presión se clasifican de I a IV según la cantidad de daño observable, hay resultados adversos para la salud asociados con las úlceras por presión, las úlceras por presión afectan la calidad de vida, la morbilidad y la mortalidad de un paciente, una vez que se desarrolla una úlcera por presión, pueden ocurrir complicaciones como una infección con el potencial de sepsis y muerte, el desarrollo de una úlcera por

presión puede interferir con la recuperación funcional, producir dolor y malestar, promover el aislamiento social y contribuir a una estadía hospitalaria excesiva, también puede aumentar la posibilidad de que al momento del alta, el paciente ingrese a un centro de atención a largo plazo en lugar de a su hogar para recibir atención intensiva de heridas (18).

El objetivo de cualquier programa de úlceras por presión debe ser mantener la integridad de la piel manteniendo la piel sana, la piel sana necesita una limpieza adecuada inmediatamente después de cada ensuciamiento, deben usarse productos que sean suaves y no dañinos para la piel, la piel debe mantenerse húmeda usando emolientes, humectantes y lubricantes, según se indique, otras áreas a considerar cuando se mantiene una hidratación adecuada de la piel incluyen controlar la humedad de la habitación, controlar la ingesta de líquidos y evitar el uso de alcohol y acetona en la piel, la edad de una persona es otro componente importante a tener en cuenta para la integridad de la piel, con el tiempo la piel se vuelve más delgada y aparecen arrugas, la actividad de las glándulas sudoríparas y de aceite se reduce, lo que conduce al secado de la piel, la reducción del flujo sanguíneo y los capilares más frágiles conducen a una cicatrización más lenta de las heridas y facilitan los moretones, las intervenciones de prevención más comunes provienen de las habilidades básicas de enfermería: implementar un programa de giro, mantener la cabecera de la cama elevada a menos de 30 a menos que esté contraindicada, usar sábanas de elevación, no usar dispositivos tipo dona, levantar o flotar los talones fuera de la cama, inspeccionar la piel al menos una vez al día, maneje los episodios de incontinencia, eduque al paciente / residente y a la familia sobre los factores de riesgo y las medidas de prevención (29).

La redistribución de la presión es un componente clave para el manejo y tratamiento de las úlceras por presión, es importante reconocer que la redistribución de la presión es diferente a la reducción de la presión y al alivio de la presión, mientras que las técnicas de reducción de presión o de revivir alivian la presión en un área, aumentan la presión en otra área, por lo que simplemente mueven el problema de presión de un lugar a otro, la redistribución de la presión es un equilibrio de la presión para que ningún punto específico del cuerpo esté sobrecargado con una presión dañina, se puede usar equipo especial, como colchones, camas y dispositivos de asiento para ayudar a redistribuir la presión,

incluso cuando se usa dicho equipo, las instalaciones y los cuidadores también deben practicar lo siguiente: asegurarse de que la persona se reubique al menos cada dos horas, si se usan almohadas para reducir la presión en los talones, deben colocarse debajo de las piernas verticalmente en lugar de horizontal para evitar una presión indebida en los talones, controle el estado del equipo para asegurarse de que sea seguro y terapéutico (31).

Los dispositivos terapéuticos de asiento, hechos de espuma, gel, aire, microfluido o una combinación de estos y otros elementos de hecho, una categoría esencial de redistribución de la presión, las indicaciones para el uso van desde personas mayores de alto riesgo, entidades que pasan grandes cantidades de tiempo en sillas de ruedas para clientes más jóvenes que son parapléjicos o tienen otras discapacidades, las características del producto a considerar son la profundidad y el tamaño del cojín de la silla de ruedas, el alivio de presión validado, la comodidad, el costo y la facilidad de limpieza, algunos dispositivos están equipados para proporcionar presión alterna (35).

Los colchones hechos de espuma y combinaciones de gel no deben considerarse apropiados para ningún aspecto del tratamiento, ya que se clasifican terapéuticamente como elementos preventivos / de comodidad, estos colchones tienen capas variables de diferentes densidades de espuma, algunos con secciones de gel también, estos modelos están cubiertos con una cubierta bacteriostática cómoda, repelente al agua que se puede mantener con la limpieza de rutina, los colchones con espuma deben ser antimicrobianos y tener una espuma adecuada con una alta resistencia, los profesionales de la terapia física, las enfermeras certificadas para el cuidado de heridas y los profesionales de rehabilitación especialmente capacitados son a menudo excelentes recursos para la selección y el mantenimiento seguros de dispositivos terapéuticos para sentarse, para ayudarlo en su proceso de selección, a continuación hay una breve explicación de las categorías de productos genéricos junto con el beneficio clínico que se aplica a la evaluación del paciente / residente (30).

2.2.2.4. RESTABLECIMIENTO GENERAL

Todos los pacientes postoperatorios requieren una monitorización cuidadosa para asegurar que el paciente tenga una recuperación exitosa de la cirugía y la anestesia. Los pacientes considerados críticos requieren cuidados de enfermería avanzados para maximizar el potencial de un resultado positivo. Es importante para la enfermera tener un enfoque global para estos pacientes y poder considerar múltiples factores al mismo tiempo. Varios factores contribuyen a que un paciente sea clasificado como "crítico". Los signos vitales pueden ser inestables o no dentro de los límites normales, el paciente puede tener alteración mental o conciencia y los indicadores pueden ser desfavorables para ese paciente (36).

Los pacientes apendicectomizados, debido a la atenuación de la peristalsis gastrointestinal, son propensos a distensión abdominal, indigestión, escape, dificultades de defecación y otros síntomas de trastornos gastrointestinales. Afecta la calidad de vida postoperatoria, prolonga la duración de la estancia y aumenta el costo médico, por lo tanto, promover la recuperación de la función gastrointestinal temprana es la clave para la recuperación en pacientes que se someten a cirugía gastrointestinal. Para pacientes quirúrgicos, especialmente para pacientes con cirugía gastrointestinal, la goma de mascar puede prevenir significativamente el íleo paralítico, que pertenece al tratamiento para acelerar la rehabilitación perioperatoria, realizamos la masticación de chicles para estimular la vagal cefálica, lo que causó la liberación de neurotransmisores y la secreción glandular; y también realizó movimientos de contracción anal para hacer que la contracción y la relajación del músculo elevador del ano sean directas e indirectas, manteniendo el recto tirando del movimiento y promoviendo la peristalsis intestinal, para promover la recuperación de la función gastrointestinal, el escape temprano y la defecación (37).

El principal mecanismo incluye disfunción electrofisiológica gastrointestinal postoperatoria; inhibición de la estimulación excesiva del reflejo nervioso; Operación quirúrgica invasiva en todo tipo de liberación de medio inflamatorio, congestión vascular excesiva causada por edema intestinal; Efecto de la anestesia con opioides. Por lo tanto, la promoción de la restauración de la función gastrointestinal es importante y las medidas de enfermería postoperatorias

tradicionales incluyen principalmente el escape anal, el fármaco de la motilidad gástrica y la masticación postoperatoria de goma de xilitol temprana, que se basa en el principio de alimentación simulada (alimentación simulada), y puede promover La recuperación de la función gastrointestinal después de la cirugía gastrointestinal. El principal mecanismo de la goma de mascar es simular la ingesta de alimentos, promoviendo la peristalsis gastrointestinal. Por estimulación del nervio vago, la secreción de la hormona gastrointestinal se incrementa para promover la peristalsis gastrointestinal. El propio xilitol tiene efecto sobre la motilidad gastrointestinal y tiene efecto laxante osmótico. Debido a que el paciente solo tiene movimientos de masticación bucal, no ingiere alimentos en los intestinos, lo que no aumentará la carga sobre el tracto gastrointestinal y no causará reacciones adversas ni complicaciones (38).

El movimiento de contracción anal postoperatoria puede promover la liberación general del ejercicio de estiramiento recto directo e indirecto, promover la peristalsis intestinal; puede ayudar a los pacientes a tomar una postura relajada, guiar a los pacientes con ejercicios de respiración profunda, mantener un estado de ánimo agradable, aumentar la circulación sanguínea, mejorar la motilidad gastrointestinal y la secreción de jugo digestivo; El movimiento del músculo elevador del ano puede mejorar la circulación sanguínea del perineo, mejorar el metabolismo tisular y ayuda a la recuperación del tiempo de escape anal postoperatorio por adelantado. Puede aliviar la distensión abdominal, el dolor abdominal y otros síntomas, reducir el dolor postoperatorio en pacientes de edad avanzada con trastornos gastrointestinales, disminuir la aparición de dolor y la adhesión intestinal, y promover la rehabilitación postoperatoria. Pero los pacientes deben ser observados como masticando (28).

En condiciones tales como náuseas, vómitos, dolor abdominal, distensión abdominal, masticación debe cesar de inmediato. Si los pacientes con obstrucción intestinal mecánica no pueden masticar chicle, debemos informar al paciente para que evite el chicle. Los resultados de este estudio sugieren que después de la aplicación de la goma de mascar con xilitol, el movimiento de contracción anal el primer tiempo de escape anal, el primer tiempo de defecación, el tiempo de comer, el tiempo de hospitalización se mejoran mejor que el grupo de control (33).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

FACTOR DE RIESGO, es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS, es cualquier alteración respecto al curso previsto en la respuesta local y sistémica del paciente quirúrgico. Su etiología puede ser secundaria a la enfermedad primaria, secundaria a la intervención quirúrgica, o secundaria a otros factores no relacionados.

CIRUGÍA ABDOMINAL, es un procedimiento quirúrgico realizado en el abdomen, mediante varias técnicas quirúrgicas con el objetivo de retirar o reseca órganos comprometidos dentro de la cavidad abdominal.

POST OPERACIÓN, es un estado en que se encuentra el paciente inmediatamente después de ser sometido a cualquier tipo de cirugía.

APENDICECTOMÍA, técnica quirúrgica por medio de la cual se extrae el apéndice, especialmente en casos de apendicitis aguda.

APENDICECTOMIZADO, es el paciente que ha sido operado del apéndice mediante una técnica abierta o técnica laparoscópica.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS GENERAL

La relación entre las complicaciones clínicas y los cuidados de enfermería es que: a mayores complicaciones clínicas; concurre un menor cuidado de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019.

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- ❖ La relación entre la peritonitis como complicación clínica y los cuidados de enfermería es significativa en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019.

- ❖ La relación entre la infección de la herida operatoria como complicación clínica y los cuidados de enfermería es relevante en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019.
- ❖ La relación entre el íleo paralítico como complicación clínica y los cuidados de enfermería es sobresaliente en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019.
- ❖ La relación entre las adherencias / bridas como complicación clínica y los cuidados de enfermería es significativa en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019.

3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

- **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Complicaciones de la apendicectomía

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Cuidados de enfermería en apendicectomizados

- **VARIABLES DE INTERVINIENTES:**

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Tiempo de hospitalización
- ✓ Trabajo
- ✓ Comorbilidad

3.4.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA

"COMPLICACIONES CLÍNICAS EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019"						
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA	Son eventos adversos que afectan el curso clínico de recuperación del paciente después de haber sido intervenido por apendicetomía; altera el pronóstico de la enfermedad e incrementa la estancia hospitalaria.	Peritonitis	Es una inflamación del peritoneo, la membrana serosa que recubre parte de la cavidad abdominal y las vísceras. La peritonitis puede ser localizada o generalizada en el peritoneo y puede resultar de la infección (a menudo debido a la ruptura de un órgano hueco).	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Leve - Moderado - Grave - Muy grave 	Cualitativo ordinal	Ordinal
		Infección de herida operatoria	Es la proliferación inusual de microorganismos en la herida operatoria y tejidos contiguos, se manifiesta con inflamación, fiebre en picos con escalofríos, impotencia funcional, supuración y Sepsis.	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Leve - Moderado - Grave - Muy grave 		
		Íleo paralítico	Es la alteración funcional del músculo liso intestinal que reduce o anula el peristaltismo afectando el pasaje de contenido intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Leve - Moderado - Grave - Muy grave 		
		Adherencias y bridas	Son bandas fibrosas de tejido cicatrizal que pueden formar entre la superficie de los diferentes tejidos y el peritoneo, provocan unión entre estructuras que en condiciones normales deberían estar separadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Leve - Moderado - Grave - Muy grave 		

VARIABLE INDEPENDIENTE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS

“COMPLICACIONES CLÍNICAS EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019”						
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS	Son todas las actividades destinadas a ofrecer condiciones para que el organismo pueda recuperar su homeostasis y su autonomía funcional después de haber sido sometido a una intervención quirúrgica de apendicectomía.	Manejo del dolor	Actividades para la valoración y el alivio del dolor.	Se realizó la valoración del dolor.	Cualitativo ordinal	Ordinal
				Se administró los analgésicos		
				Se detectó los factores de dolor.		
				Se alivió el dolor por su fuente.		
		Cuidado de las heridas	Actividades de vigilancia y administración de agentes antimicrobianos de forma tópica o sistémica que faciliten la regeneración tisular.	Se monitorizó las características de la herida		
				Se curó la herida		
				Se monitorizó el exudado		
				Se inspeccionó los signos y síntomas de la infección		
		Conservación de la integridad tisular	Actividades que conservan la funcionalidad de las diversas estructuras del organismo que se encuentran afectadas por la postración prolongada.	Se valoró las zonas de presión		
				Se realizó los cambios de postura		
				Se realizó la Movilización		
				Se realizó los ejercicios		
		Restablecimiento general	Actividades dirigidas al restablecimiento del equilibrio homeostático del organismo.	Se vigiló el funcionamiento respiratorio y cardio vascular		
				Se mantuvo la vía periférica permeable		
				Se vigiló el equilibrio hídrico		
				Se vigiló la función intestinal		
				Se vigiló la conservación del estado nutricional		

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método inductivo; se han valorado hechos individuales particulares sobre las complicaciones clínicas en la apendicectomía y los cuidados de enfermería, basados en esta información se alcanzaron conclusiones y proposiciones generales como, que un mejor cuidado de enfermería conduce a reducir y anular las complicaciones post operatorias en la apendicectomía.

Método deductivo; porque al considerar la teoría del cuidado de Jean Watson, se alcanzó dar argumentación racional a los datos individuales registrados sobre el cuidado de enfermería y las complicaciones de la apendicectomía, destacando la interacción interpersonal del profesional de enfermería.

Estadístico - inferencial, porque el estudio estimó parámetros a partir de estadígrafos calculados en una muestra (40).

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada fue: aplicada, cuantitativa, transversal, observacional.

Aplicada, porque los conocimientos que se generaron tienen propósito y valor práctico; se concibe que un adecuado cuidado de enfermería reduce la incidencia de complicaciones post operatorias de las apendicectomías (40).

Cuantitativa, porque las estimaciones de las variables que por su naturaleza es ordinal, fueron transformadas a una escala de razón y proporción; dicho de otra manera, se hizo una asignación de magnitudes numéricas a hechos cualitativos, para procesarlos con mayor objetividad y rigurosidad metodológica (41).

Transversal, los datos fueron recolectados en un solo momento y en una única vez (40).

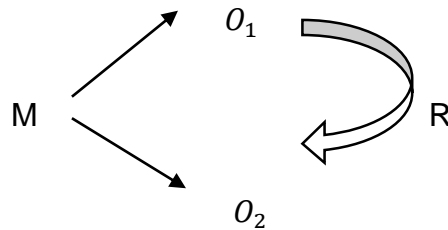
Observacional, los investigadores se restringieron a examinar los datos tal como aparecen en la realidad (40).

4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio realizado es de nivel correlacional, porque se evaluaron dos variables y se determinó si existe relación estadística entre ambas (correlación); también se presume que la correspondencia entre estas variables no es casual, además no se hizo ninguna manipulación de las variables (40).

4.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El estudio responde al siguiente esquema:



Donde:

O_1 = Conjunto de datos con respecto a las complicaciones de la apendicectomía.

O_2 = Conjunto de datos con respecto al cuidado de enfermería en apendicectomizados.

R= Relación existente entre ambas variables.

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.5.1. POBLACIÓN

La población de referencia fueron 85 historias clínicas de pacientes sometidos a apendicetomía en la Clínica Universal en el año 2019, de forma previa fueron sometidos y cumplieron con los criterios e inclusión y exclusión que se establecen a continuación.

4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Historias clínicas de pacientes que vivían en el área metropolitana de Huancayo.
2. Historias clínicas de pacientes que habían llevado todo el proceso quirúrgico y recuperativo en la clínica universal.
3. Historias clínicas de pacientes que tenían una edad entre 18 y 65 años.

4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Historias clínicas que estuvieran incompletas y poco legibles.
2. Historias clínicas de pacientes que tenían elevado riesgo quirúrgico.

4.5.2. MUESTRA

Para seleccionar a las historias clínicas que conformaron a la muestra, se utilizó el método del muestreo aleatorio simple, pero antes se calculó el tamaño muestral utilizando la fórmula de tamaño muestral por proporciones para poblaciones finitas, que responde a la siguiente expresión matemática:

$$n = \frac{N * p * q * (Z_{\alpha/2})^2}{e^2(N-1) + p * q * (Z_{\alpha/2})^2} \dots\dots\dots \text{(Ecuación 01)}$$

Dónde:

$Z_{\alpha/2}$: Z correspondiente al nivel de confianza elegido, que para el estudio será de 95% (1.96).

p : Proporción de pacientes apendicectomizados sin complicaciones que han recibido adecuada atención de enfermería (74 % según Atiaja J, 2016)

Q : Proporción de pacientes apendicectomizados con complicaciones que han recibido adecuada atención de enfermería (26 %)

E : Error de estimación será de 0.05.

Reemplazando los valores en la ecuación 01, se tiene:

$$n = \frac{85 * 0.74 * 0.26 * 1.96^2}{0.05^2 * (85 - 1) + 0.74 * 0.26 * 1.96^2}$$

Resolviendo:

$$n = \frac{85 * 0.1924 * 3.84}{0.0025 * (84) + 0.1924 * 3.84}$$

$$n = \frac{63}{0.21 + 0.739}$$

$$n = \frac{63}{0.949}$$

$$n = 66.39$$

$$n = 66$$

Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, consideramos a 70 historias clínicas de pacientes apendicetomizados de la Clínica Universal en el 2019.

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.6.1. PARA VALORAR LAS COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA

Se utilizó como técnica la observación y como instrumentos una tabla de cotejo denominada “Inventario de complicaciones de la apendicetomía”, que valora las 4 complicaciones más frecuentes en las apendicetomías, ofrece 5 opciones de respuesta que son: (0) Ninguna; (1) Leve [pequeño tratamiento]; (2) Moderado [Amplio

tratamiento]; (3) Grave [Corrección con afección del estado general] y (4) Muy grave [Internamiento en UCI, muerte].

Para darle interpretación de utilizó la siguiente escala: 0 (Ninguna complicación), 1 (Complicación leve), 2 (Complicación moderada), 3 (Complicación grave) y de 4 a más (Complicación muy grave).

La validez del instrumento fue mediante la opinión de juicios de expertos, tomando en cuenta las sugerencias que ellos aportaron, los expertos considerados para la evaluación de este instrumento fueron 3 licenciados en enfermería con grado académico de magíster y que se encuentran laborando en los servicios de cirugía y asisten permanentemente a este tipo de pacientes.

4.6.2. PARA VALORAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIZADOS

Se utilizó como técnica la observación y como instrumentos una tabla de cotejo denominada “Repertorio de Cuidados de Enfermería a Pacientes Apendicectomizados”, que valora las actividades fundamentales que debe de realizar la enfermera cuando asiste a pacientes apendicectomizados en el post operatorio; considera 5 dimensiones que son: manejo del dolor, cuidado de las heridas, conservación de la integridad tisular y restablecimiento general; ofrece 5 opciones de respuesta que son: nunca (0), a veces (0), de forma regular (0), casi siempre (0) y siempre (0).

Para darle interpretación de utilizó la siguiente escala: 0 – 13 (Muy inadecuados cuidados de enfermería), 14 – 26 (Inadecuados cuidados de enfermería), 27 – 39 (Regulares cuidados de enfermería), 40 - 52 (Buenos cuidados de enfermería) y 53 - 68 (Muy buenos cuidados de enfermería).

La validez del instrumento fue mediante la opinión de juicios de expertos, tomando en cuenta las sugerencias que ellos aportaron, los expertos considerados para la evaluación de este instrumento fueron 3 licenciados en enfermería con grado académico de magíster y que se encuentran laborando en los servicios de cirugía y asisten permanentemente a este tipo de pacientes.

4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS

Con los datos obtenidos se construyó una base de datos con el programa Microsoft office Excel 2016, la cual fue exportado al programa estadístico SPSS v.23 para Windows para su análisis.

Para determinar las complicaciones clínicas en apendicectomizados, se contabilizaron los puntajes obtenidos en cada una de ellas y se construyeron tablas de frecuencia, se calcularon estadísticos descriptivos de forma global y para cada una de las complicaciones.

Para determinar la atención de enfermería, se construyeron tablas de frecuencia, se calcularon estadísticos descriptivos de forma global y para cada una de sus dimensiones.

PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS

Para determinar la asociación entre las complicaciones clínicas en la apendicectomía y los cuidados de enfermería, se calculó el coeficiente de correlación “r de Pearson” para luego someter estos estadígrafos a pruebas t student para correlaciones y así confirmar su significancia; de manera anticipada se evaluó la normalidad y la homocedasticidad de los datos. Se utilizó el “p value” como criterio de significancia para las pruebas estadísticas aplicadas ($\alpha \leq 0.05$).

PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS

- Se estableció la hipótesis nula y la alterna (H_0 , H_1).
- Se comprobó la normalidad y homocedasticidad de los datos.
- Se eligió el tipo de prueba utilizar.
- Se estableció el nivel de confianza ($\alpha = 0.05$)
- Se determinó el valor de prueba, de acuerdo a la tabla y los grados de libertad.
- Se realizaron los cálculos con el programa estadístico SPSS v. 23 for Windows
- Se contrastó el valor calculado con el valor de prueba establecida.
- Se interpretó el resultado.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los aspectos éticos están basados en los reglamentos de ética de la Universidad Peruana los Andes en los siguientes artículos.

- Reglamento General de Investigación

Capítulo I (Artículo 1): La Investigación es función fundamental y obligatoria de la Universidad orientada a realizar una investigación que contribuya a la solución de problemas de interés Local, Regional y Nacional.

Capítulo IV (Artículo 27): La investigación se rige en los siguientes principios: Protección de la persona, Protección del medio ambiente, Responsabilidad y Veracidad.

Capítulo IV (Artículo 28)

- Reglamento de Ética

Capítulo III (Artículo 7): La actividad investigativa se rige en los siguientes principios: Protección de la persona, Protección del medio ambiente, Responsabilidad y Veracidad.

- Código de Ética

Capítulo II (Artículo 4)

Capítulo II (Artículo 5)

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS

TABLA 1
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019

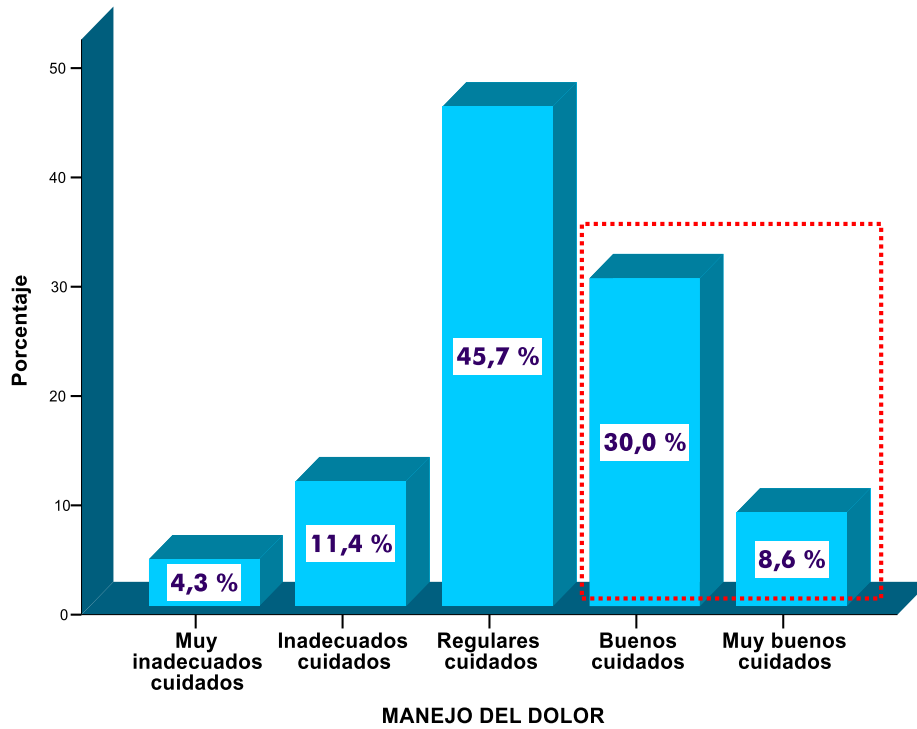
	Frecuencia	Porcentaje
Muy inadecuados cuidados	3	4,3
Inadecuados cuidados	8	11,4
Regulares cuidados	32	45,7
Buenos cuidados	21	30,0
Muy buenos cuidados	6	8,6
Total	70	100,0

Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019

Elaboración: Propia.

GRÁFICO 1

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019



Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

En la Tabla 1, Gráfico 1, se observa que de 70(100 %), 27(38.6 %) pacientes han recibido buenos o muy buenos cuidados de enfermería para el manejo del dolor.

TABLA 2

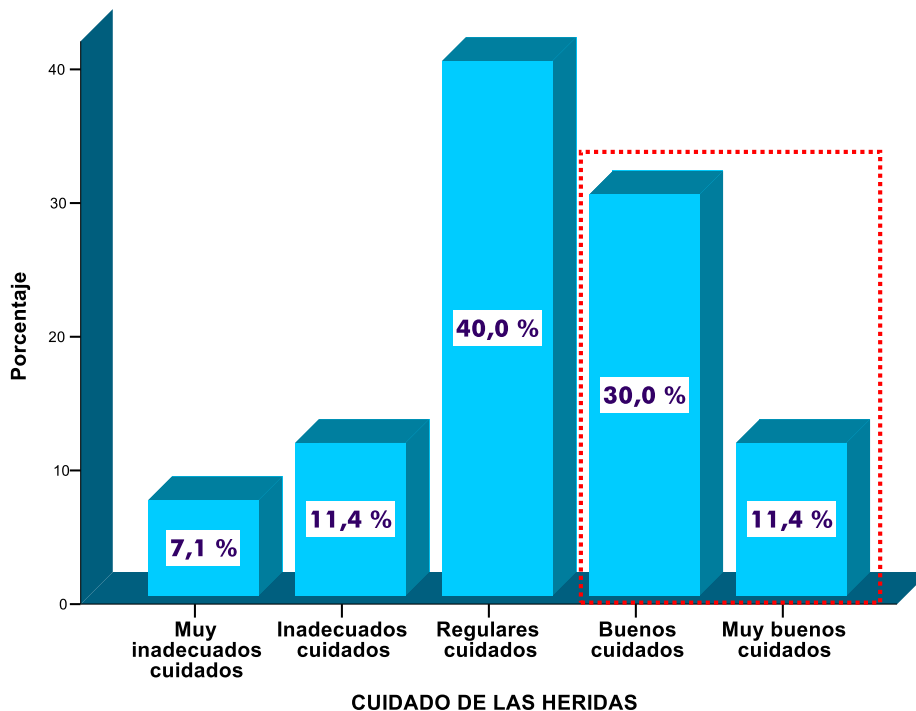
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE HERIDAS EN LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Muy inadecuados cuidados	5	7,1
Inadecuados cuidados	8	11,4
Regulares cuidados	28	40,0
Buenos cuidados	21	30,0
Muy buenos cuidados	8	11,4
Total	70	100,0

Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 2

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE HERIDAS EN LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019



Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

En la Tabla 2, Gráfico 2, se observa que de 70(100 %), 29(41.4 %) pacientes han recibido buenos o muy buenos cuidados de enfermería para el manejo de heridas.

TABLA 3

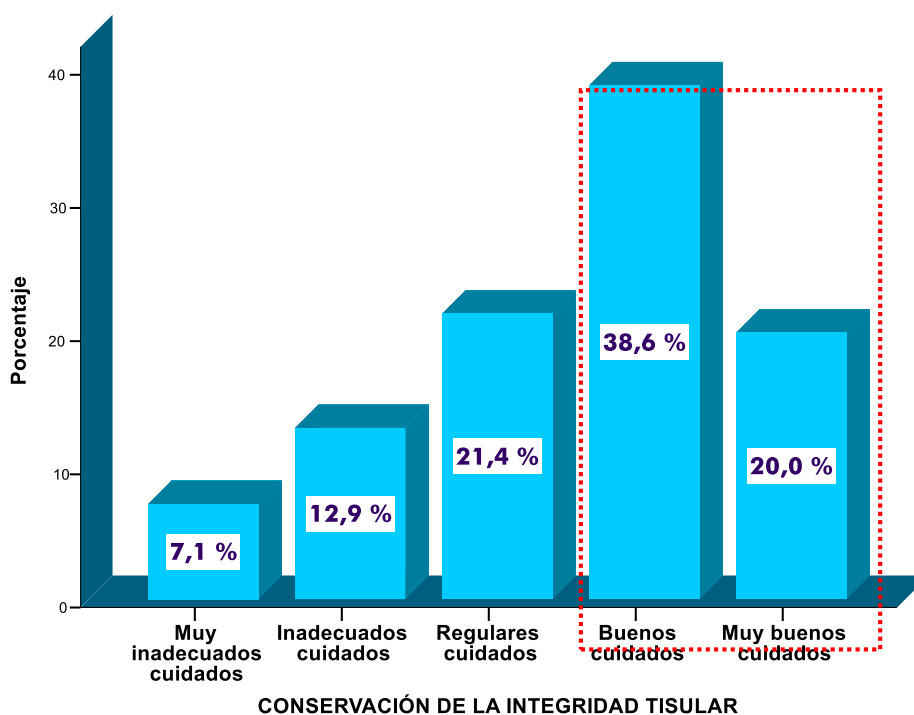
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD TISULAR EN LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Muy inadecuados cuidados	5	7,1
Inadecuados cuidados	9	12,9
Regulares cuidados	15	21,4
Buenos cuidados	27	38,6
Muy buenos cuidados	14	20,0
Total	70	100,0

Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 3

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD TISULAR EN LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019



Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

En la Tabla 3, Gráfico 3, se observa que de 70(100 %), 41(58.6 %) pacientes han recibido buenos o muy buenos cuidados de enfermería para la conservación de la integridad tisular.

TABLA 4

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL RESTABLECIMIENTO GENERAL EN LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019

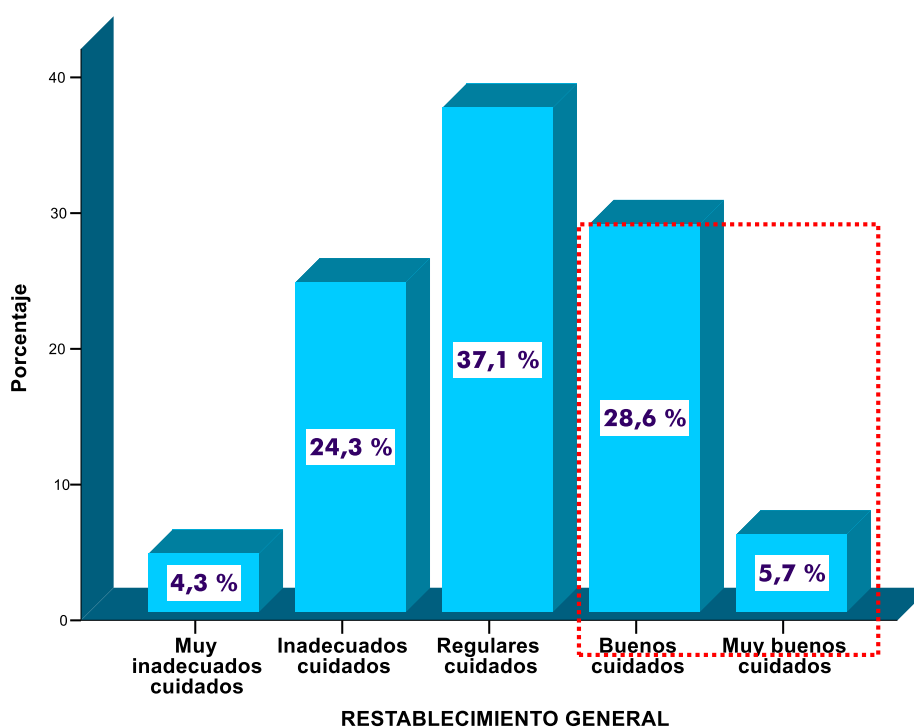
	Frecuencia	Porcentaje
Muy inadecuados cuidados	3	4,3
Inadecuados cuidados	17	24,3
Regulares cuidados	26	37,1
Buenos cuidados	20	28,6
Muy buenos cuidados	4	5,7
Total	70	100,0

Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019

Elaboración: Propia.

GRÁFICO 4

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL RESTABLECIMIENTO GENERAL EN LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019



Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019

Elaboración: Propia.

En la Tabla 4, Gráfico 4, se observa que de 70(100 %), 24(34.3 %) pacientes han recibido buenos o muy buenos cuidados de enfermería para el restablecimiento general.

5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS

TABLA 5

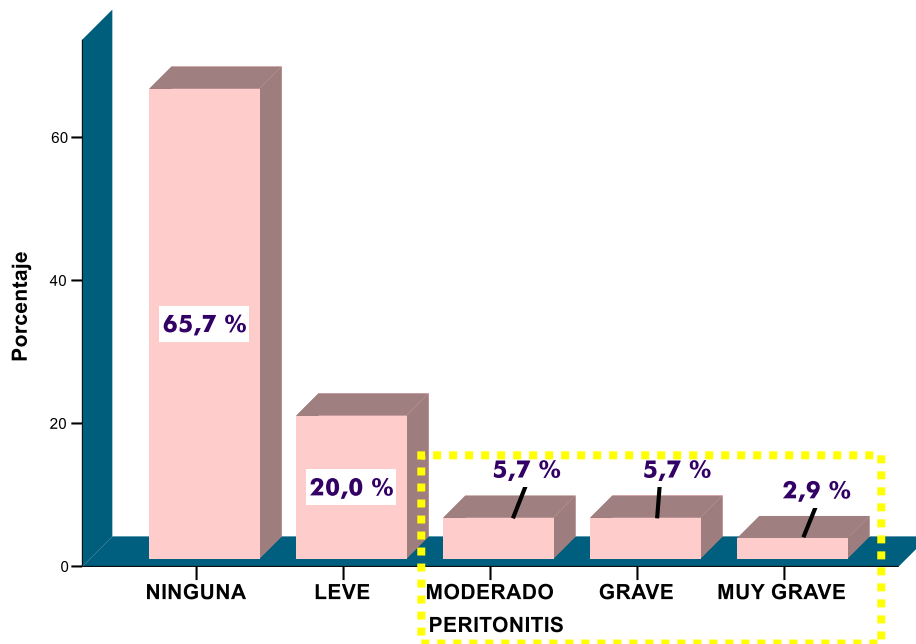
PERITONITIS COMO COMPLICACIÓN EN APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	46	65,7
Leve	14	20,0
Moderado	4	5,7
Grave	4	5,7
Muy grave	2	2,9
Total	70	100,0

Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 5

PERITONITIS COMO COMPLICACIÓN EN APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019



Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

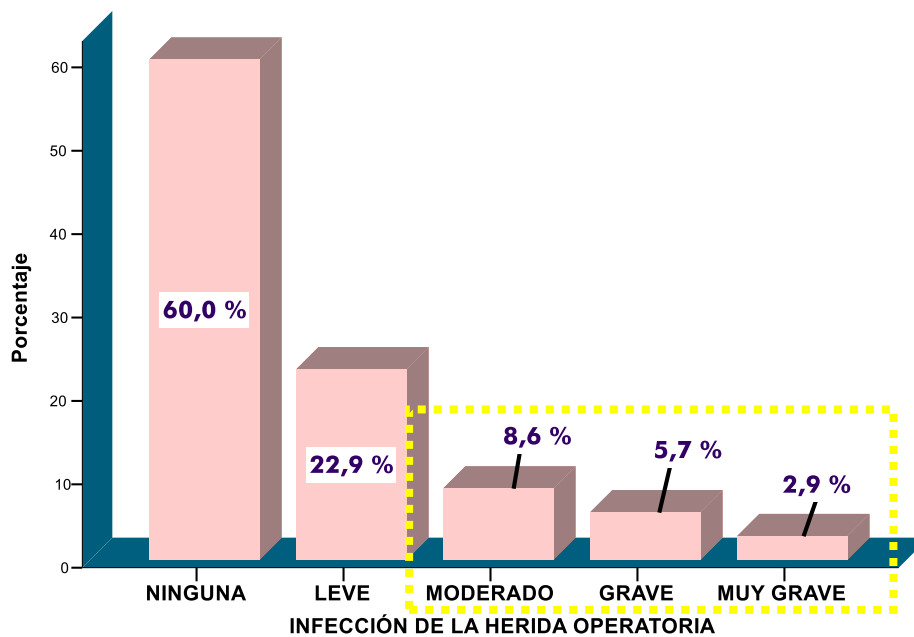
En la Tabla 5, Gráfico 5, se observa que de 70(100 %), 10(14.3 %) pacientes han presentado peritonitis: moderada, grave o muy grave como complicación de la apendicectomía.

TABLA 6
INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA COMO COMPLICACIÓN EN
APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE
HUANCAYO, 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	42	60,0
Leve	16	22,9
Moderado	6	8,6
Grave	4	5,7
Muy grave	2	2,9
Total	70	100,0

Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 6
INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA COMO COMPLICACIÓN EN
APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE
HUANCAYO, 2019



Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

En la Tabla 6, Gráfico 6, se observa que de 70(100 %), 12(17.2 %) pacientes han presentado infección de herida operatoria: moderada, grave o muy grave como complicación de la apendicectomía.

TABLA 7

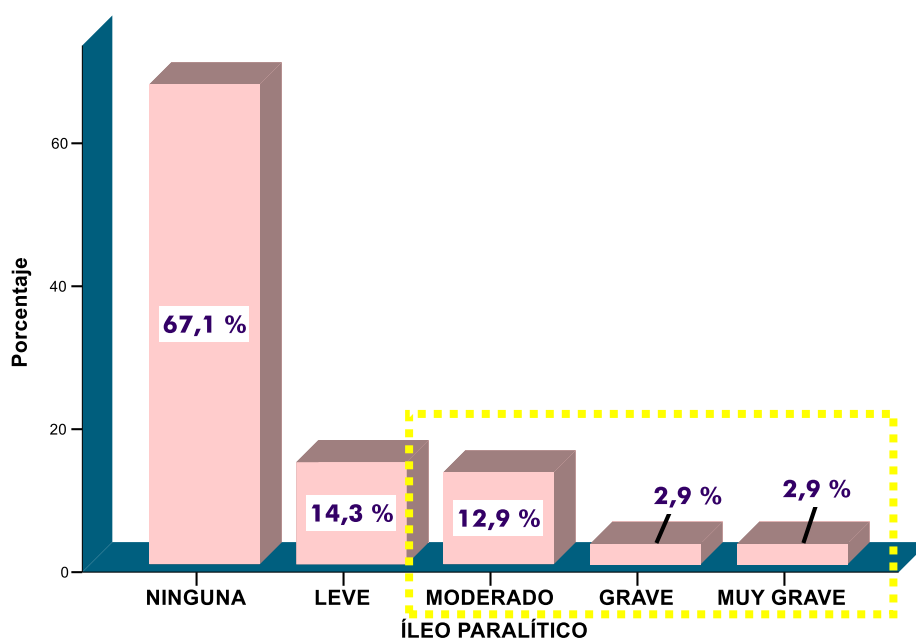
ÍLEO PARALÍTICO COMO COMPLICACIÓN EN APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	47	67,1
Leve	10	14,3
Moderado	9	12,9
Grave	2	2,9
Muy grave	2	2,9
Total	70	100,0

Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 7

ÍLEO PARALÍTICO COMO COMPLICACIÓN EN APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019



Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

En la Tabla 7, Gráfico 7, se observa que de 70(100 %), 13(18.7 %) pacientes han presentado íleo paralítico: moderado, grave o muy grave como complicación de la apendicectomía.

TABLA 8

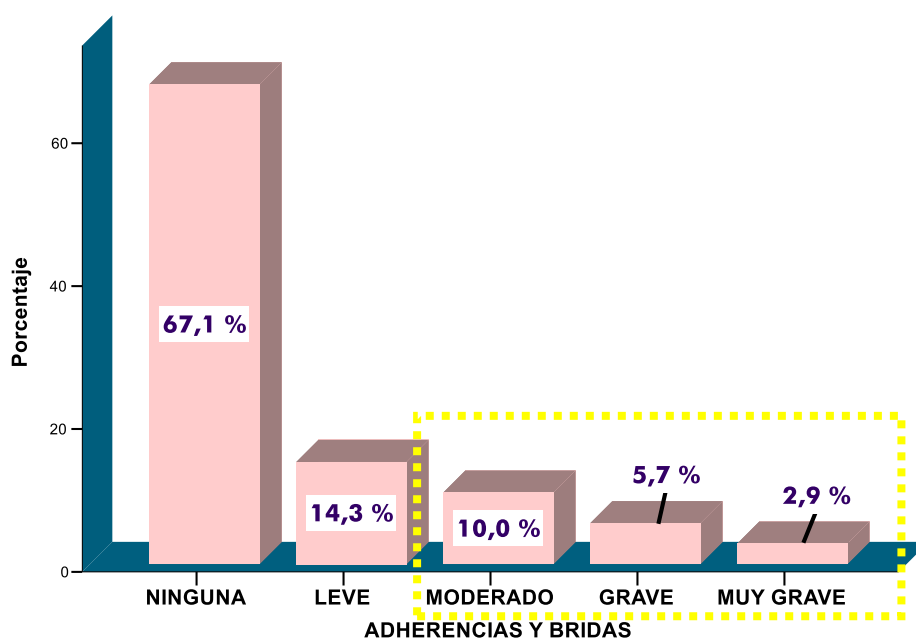
ADHERENCIAS Y BRIDAS COMO COMPLICACIÓN EN APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	47	67,1
Leve	10	14,3
Moderado	7	10,0
Grave	4	5,7
Muy grave	2	2,9
Total	70	100,0

Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 8

ADHERENCIAS Y BRIDAS COMO COMPLICACIÓN EN APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019



Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

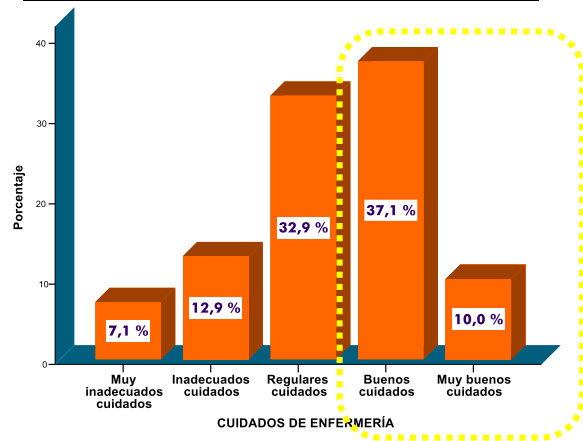
En la Tabla 8, Gráfico 8, se observa que de 70(100 %), 13(18.6 %) pacientes han presentado adherencias y bridas: moderadas, graves o muy graves como complicación de la apendicectomía.

TABLA 9 / GRAFICO 9

CONSOLIDADO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL APENDICECTOMIZADO Y LAS COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA

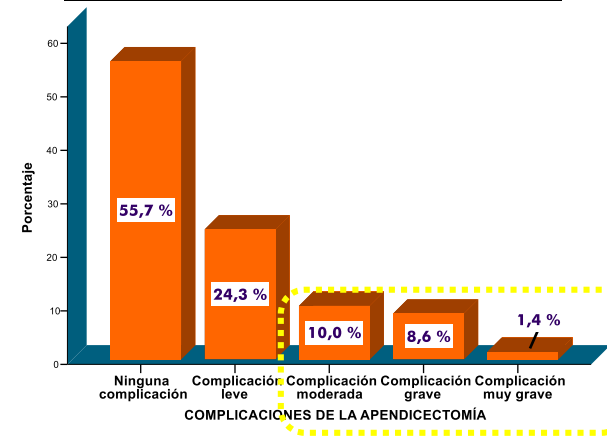
CUIDADOS DE ENFERMERÍA

	Frecuencia	Porcentaje
Muy inadecuados cuidados	5	7,1
Inadecuados cuidados	9	12,9
Regulares cuidados	23	32,9
Buenos cuidados	26	37,1
Muy buenos cuidados	7	10,0
Total	70	100,0



COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna complicación	39	55,7
Complicación leve	17	24,3
Complicación moderada	7	10,0
Complicación grave	6	8,6
Complicación muy grave	1	1,4
Total	70	100,0



*Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.*

En la Tabla 9, Gráfico 9, se observa que: de 70(100 %), 33 (47.1 %) pacientes han recibido buenos o muy bueno cuidados. Así mismo de 70(100 %), 14 (20 %) pacientes apendicectomizados han tenido complicaciones: moderadas, graves o muy graves.

5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD

TABLA 10
PRUEBA DE NORMALIDAD PARA LOS DATOS CONSOLIDADOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE APENDICECTOMIZADO Y LAS COMPLICACIONES DE LAS APENDICECTOMÍAS

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Cuidados de enfermería en el paciente apendicectomizado	,075	70	,178	,971	70	,110
Complicaciones de las apendicectomías	,076	70	,182	,980	70	,243

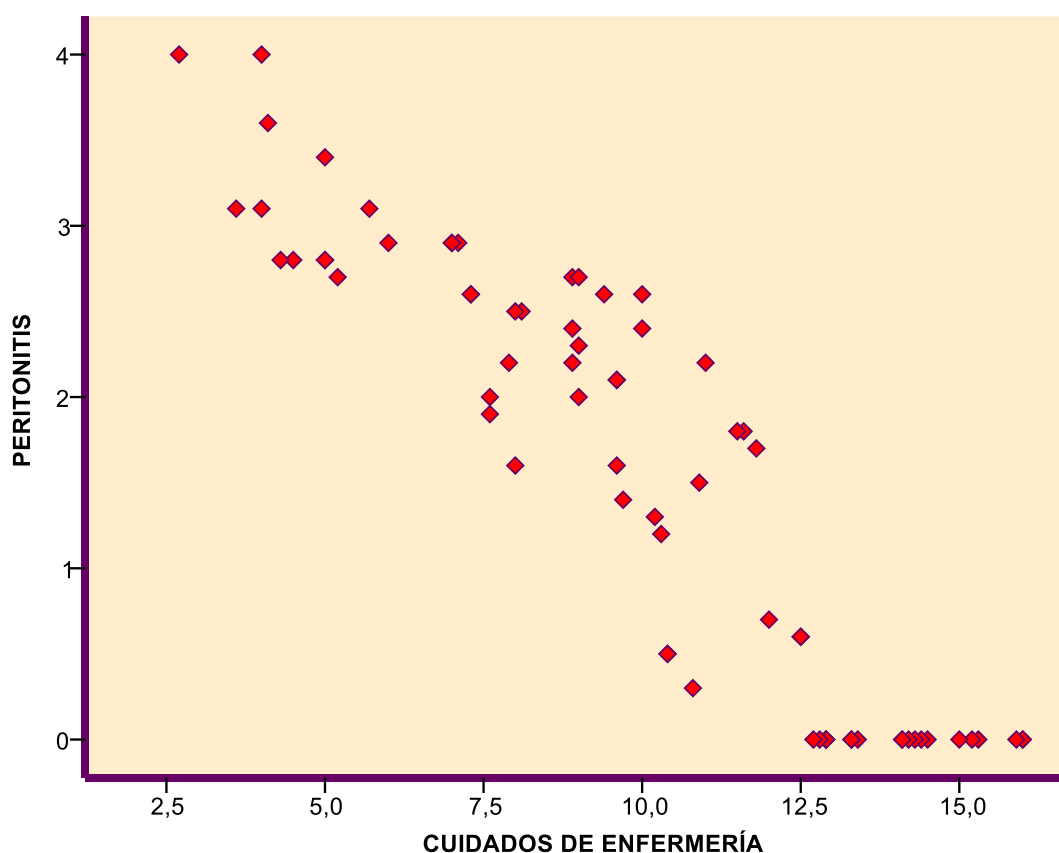
En la tabla 10, se demuestra; de acuerdo a la prueba de kolmogorov-Smirnov, que los datos: consolidados de la variable cuidados de enfermería en el paciente apendicectomizado y complicaciones de las apendicectomías reflejan tener distribución normal [ya que el valor de la significancia es mayor a 0.05 para ambos casos], no se puede rechazar la presunción de no normalidad en consecuencia se afirma que los datos de estas variables poseen distribución normal y es apropiado utilizar pruebas estadísticas paramétricas para su análisis.

5.2.2. LA RELACION ENTRE LA PERITONITIS COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICECTOMÍA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA ES SIGNIFICATIVA

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre la peritonitis como complicación de la apendicectomía y los cuidados de enfermería en el paciente apendicectomizado; elaborándose el siguiente gráfico de puntos de dispersión.

GRÁFICO 10

GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE LA PERITONITIS COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICECTOMÍA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA



En el Gráfico 10, se observa la asociación directamente proporcional entre las observaciones de la peritonitis como complicación de la apendicectomía y los cuidados de enfermería; en base al gráfico podemos afirmar que existe correspondencia directa entre la peritonitis como complicación de la apendicectomía y los cuidados de enfermería.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A la intensificación de la peritonitis como complicación clínica de la apendicectomía; concurre un menor cuidado de enfermería, en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 11).

TABLA 11

RELACIÓN ENTRE LA PERITONITIS COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA “CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO”

		CUIDADOS DE ENFERMERÍA
PERITONITIS COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICETOMÍA	Correlación de Pearson	-.514
	Sig. (bilateral)	.000
	N	70

En la Tabla 11, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado negativo para la relación entre la peritonitis como complicación clínica de la apendicetomía Y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados ($r = -0,514$); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se intensifica la peritonitis como complicación clínica de la apendicetomía, se halla un menor cuidado de enfermería en pacientes apendicectomizados; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos la prueba t para hallar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de $r = 0.514$ es prueba suficiente con 70 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación ρ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

HO: NO EXISTE RELACIÓN ALGUNA ENTRE la peritonitis como complicación clínica de la apendicectomía y el cuidado de enfermería en apendicectomizados, O LA VERDADERA CORRELACIÓN ES CERO: $\rho = 0$

H1: EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE la peritonitis como complicación clínica de la apendicectomía y el cuidado de enfermería en apendicectomizados, O LA VERDADERA CORRELACIÓN NO ES CERO: $\rho \neq 0$

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso: 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.05$ para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

Los grados de libertad son $n - 2 = 70 - 2 = 68$. El valor de la distribución t con 68 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.989 (usando el valor de 68 grados libertad en la tabla de distribución t). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.989.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$t = \frac{-0.514 \sqrt{68}}{\sqrt{1 - 0.514^2}} = 4.941$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

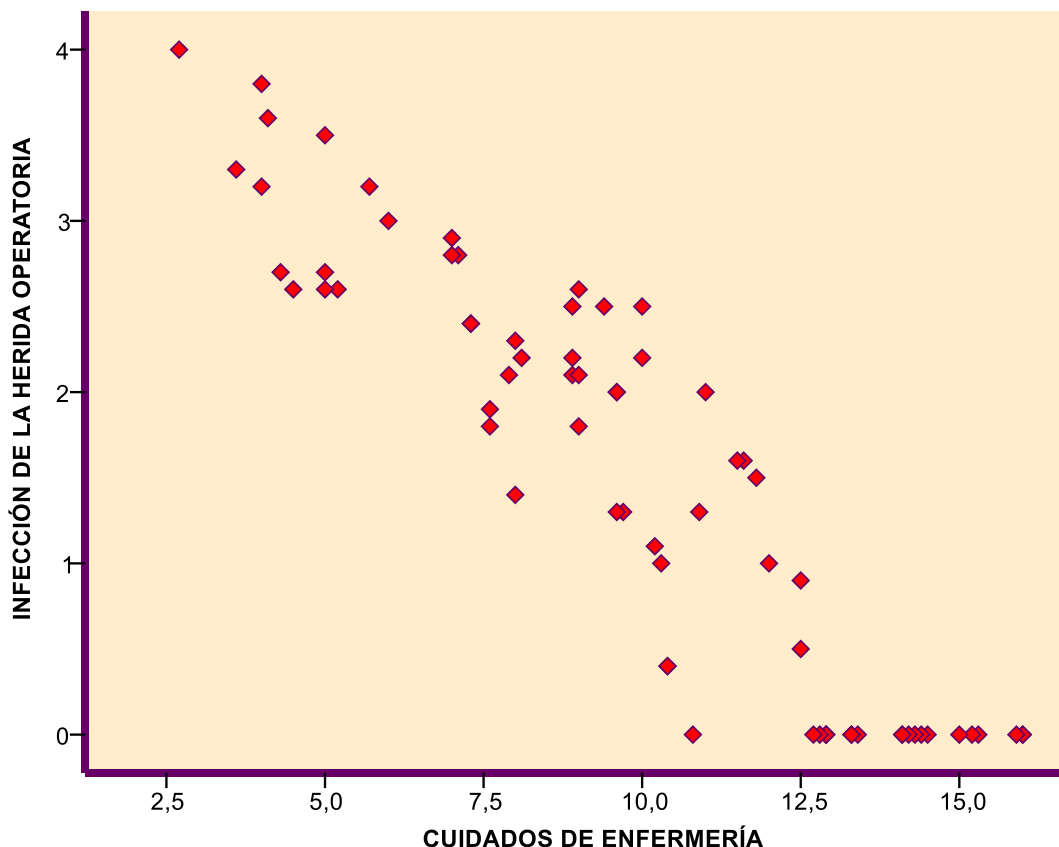
El valor observado para la proporción t con 88 grados de libertad es de 4.941, que con mucho es mayor a 1.989; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre la peritonitis como complicación clínica de la apendicectomía y el cuidado de enfermería en apendicectomizados es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas.

5.2.3. LA RELACION ENTRE LA INFECCIÓN DE LA HERIDA OPERATORIA COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICECTOMÍA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA ES RELEVANTE

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre la infección de la herida operatoria como complicación de la apendicectomía y los cuidados de enfermería en el paciente apendicectomizado; elaborándose el siguiente gráfico de puntos de dispersión.

GRÁFICO 11

GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE LA INFECCIÓN DE LA HERIDA OPERATORIA COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICECTOMÍA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA



En el Gráfico 11, se observa la asociación directamente proporcional entre las observaciones de la infección de la herida operatoria como complicación de la apendicectomía y los cuidados de enfermería; en base al gráfico podemos afirmar

que existe correspondencia directa entre la infección de la herida operatoria como complicación de la apendicectomía y los cuidados de enfermería.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A la intensificación de la infección de la herida operatoria como complicación clínica de la apendicectomía; concurre un menor cuidado de enfermería, en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 12).

TABLA 12
RELACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN DE LA HERIDA OPERATORIA COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA “CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO”

		CUIDADOS DE ENFERMERÍA
LA INFECCIÓN DE LA HERIDA OPERATORIA COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICETOMÍA	Correlación de Pearson	- .522
	Sig. (bilateral)	.000
	N	70

En la Tabla 12, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre la infección de la herida operatoria como complicación clínica de la apendicetomía Y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados ($r = - 0,522$); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se intensifica la infección de la herida operatoria como complicación clínica de la apendicetomía, se halla un menor cuidado de enfermería en pacientes apendicectomizados; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos la prueba t para hallar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de $r = 0.522$ es prueba suficiente con 70 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación ρ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

HO: NO EXISTE RELACIÓN ALGUNA ENTRE la infección de la herida operatoria como complicación clínica de la apendicectomía y el cuidado de enfermería en apendicectomizados, O LA VERDADERA CORRELACIÓN ES CERO: $\rho = 0$

H1: EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE la infección de la herida operatoria como complicación clínica de la apendicectomía y el cuidado de enfermería en apendicectomizados, O LA VERDADERA CORRELACIÓN NO ES CERO: $\rho \neq 0$

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso: 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.05$ para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

Los grados de libertad son $n - 2 = 70 - 2 = 68$. El valor de la distribución t con 68 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.989 (usando el valor de 68 grados libertad en la tabla de distribución t). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.989.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$t = \frac{-0.522 \sqrt{68}}{\sqrt{1 - 0.522^2}} = 5.047$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

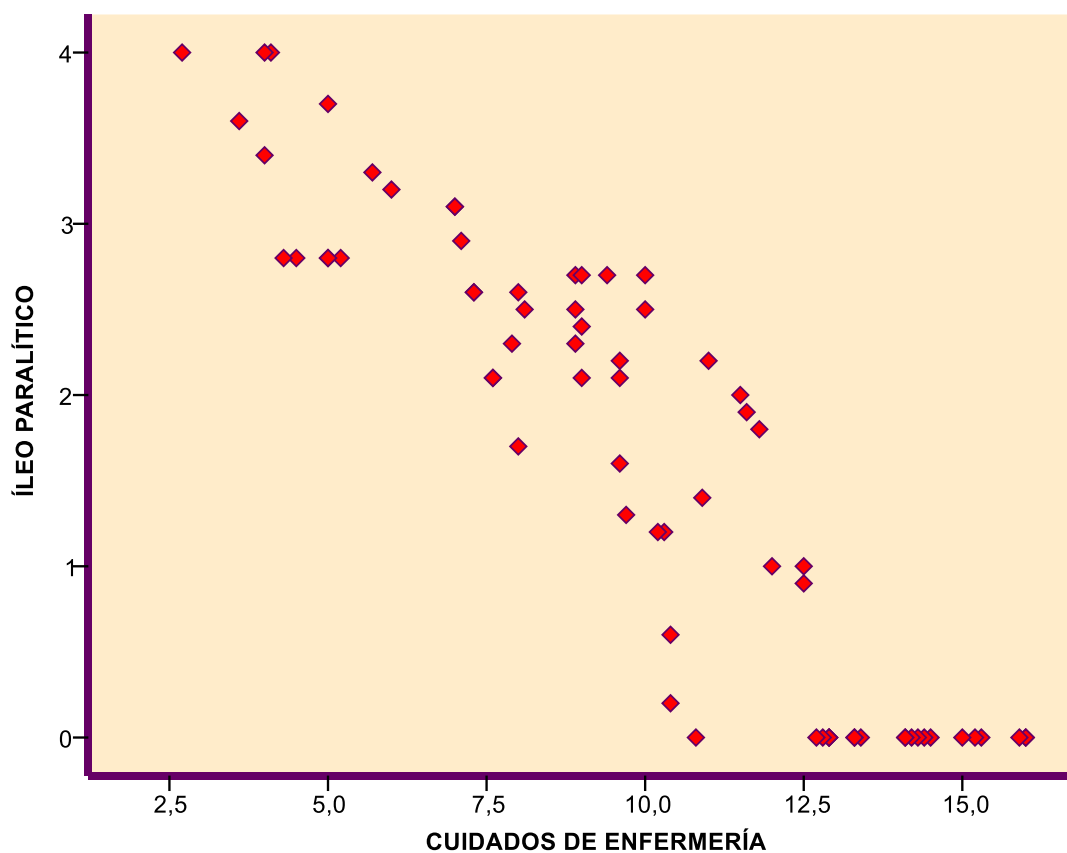
El valor observado para la proporción t con 88 grados de libertad es de 5.047, que con mucho es mayor a 1.989; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre la infección de la herida operatoria como complicación clínica de la apendicectomía y el cuidado de enfermería en apendicectomizados es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas.

5.2.4. LA RELACIÓN ENTRE EL ÍLEO PARALÍTICO COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICECTOMÍA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA ES SOBRESALIENTE

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre el íleo paralítico como complicación de la apendicectomía y los cuidados de enfermería en el paciente apendicectomizado; elaborándose el siguiente gráfico de puntos de dispersión.

GRÁFICO 12

GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE EL ÍLEO PARALÍTICO COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICECTOMÍA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA



En el Gráfico 12, se observa la asociación directamente proporcional entre las observaciones del íleo paralítico como complicación de la apendicectomía y los cuidados de enfermería; en base al gráfico podemos afirmar que existe correspondencia directa entre el íleo paralítico como complicación de la apendicectomía y los cuidados de enfermería.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A la intensificación del íleo paralítico como complicación clínica de la apendicectomía; concurre un menor cuidado de enfermería, en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la *r* de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 13).

TABLA 13

RELACIÓN ENTRE EL ÍLEO PARALÍTICO COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS ATENDIDOS EN LA “CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO”

		CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EL ÍLEO PARALÍTICO COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICETOMÍA	Correlación de Pearson	- .535
	Sig. (bilateral)	.000
	N	70

En la Tabla 13, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el íleo paralítico como complicación clínica de la apendicetomía Y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados ($r = - 0,535$); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se intensifica el íleo paralítico como complicación clínica de la apendicetomía, se halla un menor cuidado de enfermería en pacientes apendicectomizados; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA TERCERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos la prueba t para hallar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de $r = 0.535$ es prueba suficiente con 70 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación ρ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

HO: NO EXISTE RELACIÓN ALGUNA ENTRE el íleo paralítico como complicación clínica de la apendicectomía y el cuidado de enfermería en apendicectomizados, O LA VERDADERA CORRELACIÓN ES CERO: $\rho = 0$

H1: EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE el íleo paralítico como complicación clínica de la apendicectomía y el cuidado de enfermería en apendicectomizados, O LA VERDADERA CORRELACIÓN NO ES CERO: $\rho \neq 0$

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso: 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.05$ para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

Los grados de libertad son $n - 2 = 70 - 2 = 68$. El valor de la distribución t con 68 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.989 (usando el valor de 68 grados libertad en la tabla de distribución t). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.989.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$t = \frac{-0.535 \sqrt{68}}{\sqrt{1 - 0.535^2}} = 5.047$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

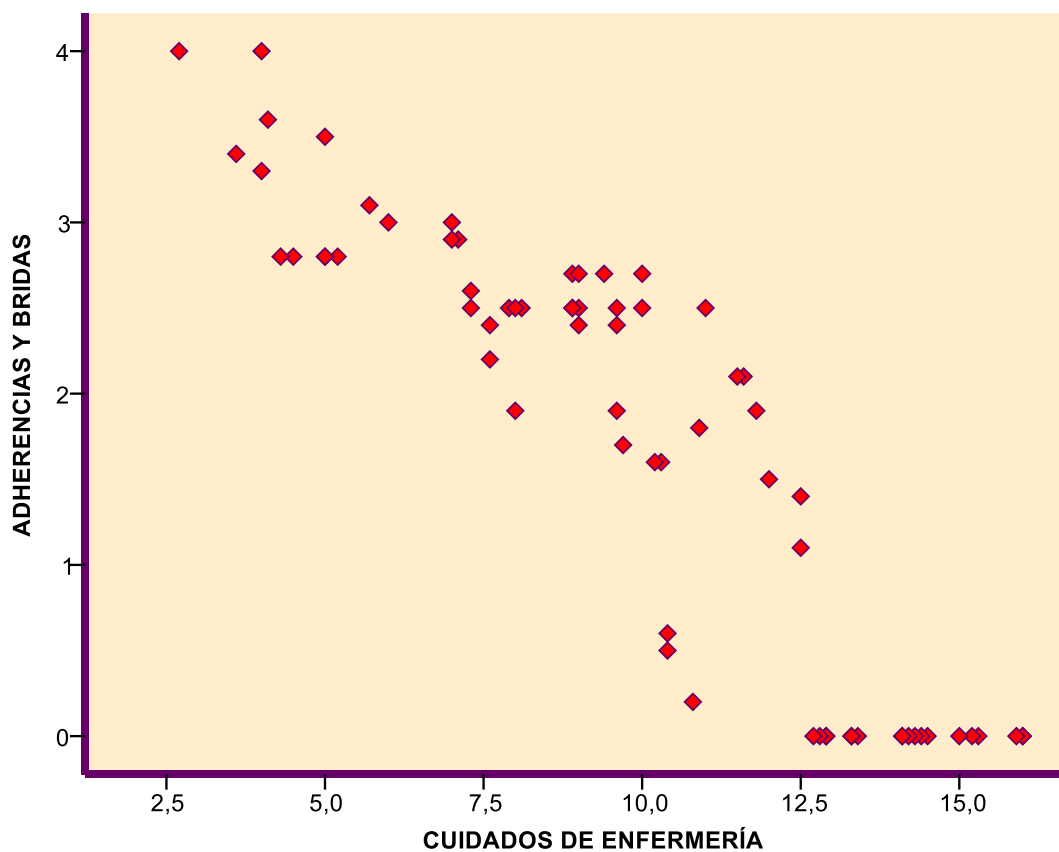
El valor observado para la proporción t con 88 grados de libertad es de 5.222, que con mucho es mayor a 1.989; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre el íleo paralítico como complicación clínica de la apendicectomía y el cuidado de enfermería en apendicectomizados es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas.

5.2.5. LA RELACIÓN ENTRE LAS ADHERENCIAS / BRIDAS COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICECTOMÍA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA ES SIGNIFICATIVA

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre las adherencias / bridas como complicación de la apendicectomía y los cuidados de enfermería en el paciente apendicectomizado; elaborándose el siguiente gráfico de puntos de dispersión.

GRÁFICO 13

GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE LAS ADHERENCIAS / BRIDAS COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICECTOMÍA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA



En el Gráfico 13, se observa la asociación directamente proporcional entre las observaciones de las adherencias / bridas como complicación de la apendicectomía y los cuidados de enfermería; en base al gráfico podemos afirmar que existe correspondencia directa entre las adherencias / bridas como complicación de la apendicectomía y los cuidados de enfermería.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A la intensificación las adherencias / bridas como complicación clínica de la apendicectomía; concurre un menor cuidado de enfermería, en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 14).

TABLA 14
RELACIÓN ENTRE LAS ADHERENCIAS / BRIDAS COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA “CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO”

		CUIDADOS DE ENFERMERÍA
LAS ADHERENCIAS / BRIDAS COMO COMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICETOMÍA	Correlación de Pearson	- .526
	Sig. (bilateral)	.000
	N	70

En la Tabla 14, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre las adherencias / bridas como complicación clínica de la apendicetomía Y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados ($r = - 0,526$); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se intensifica las adherencias / bridas como complicación clínica de la apendicetomía, se halla un menor cuidado de enfermería en pacientes apendicectomizados; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA CUARTA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos la prueba t para hallar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de $r = 0.526$ es prueba suficiente con 70 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación ρ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

HO: NO EXISTE RELACIÓN ALGUNA ENTRE las adherencias / bridas como complicación clínica de la apendicectomía y el cuidado de enfermería en apendicectomizados, O LA VERDADERA CORRELACIÓN ES CERO: $\rho = 0$

H1: EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE las adherencias / bridas como complicación clínica de la apendicectomía y el cuidado de enfermería en apendicectomizados, O LA VERDADERA CORRELACIÓN NO ES CERO: $\rho \neq 0$

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso: 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.05$ para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

Los grados de libertad son $n - 2 = 70 - 2 = 68$. El valor de la distribución t con 68 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.989 (usando el valor de 68 grados libertad en la tabla de distribución t). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.989.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$t = \frac{-0.526 \sqrt{68}}{\sqrt{1 - 0.526^2}} = 5.100$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

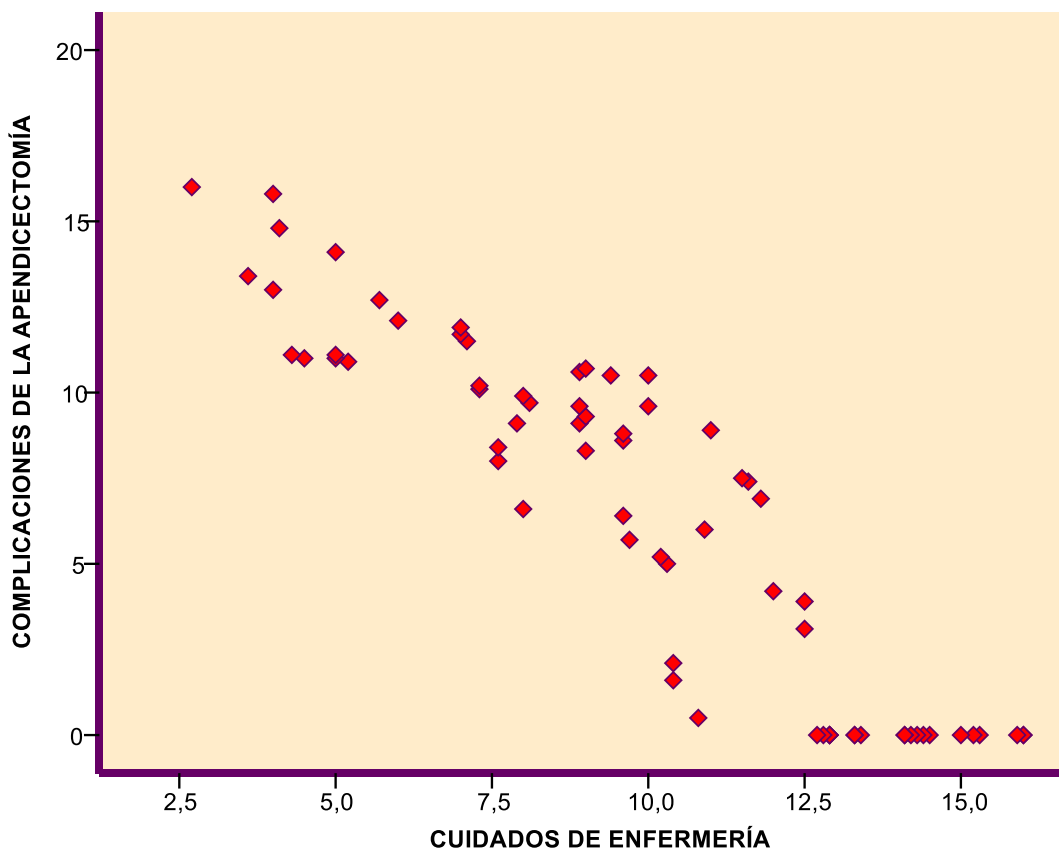
El valor observado para la proporción t con 68 grados de libertad es de 5.100, que con mucho es mayor a 1.989; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre las adherencias / bridas como complicación clínica de la apendicectomía y el cuidado de enfermería en apendicectomizados es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas.

5.2.6. CORRELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICECTOMÍA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre la complicación de la apendicectomía y los cuidados de enfermería en el paciente apendicectomizado; elaborándose el siguiente gráfico de puntos de dispersión.

GRÁFICO 14

GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES CLÍNICAS DE LA APENDICECTOMÍA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA



En el Gráfico 14, se observa la asociación directamente proporcional entre las complicaciones de la apendicectomía y los cuidados de enfermería; en base al gráfico podemos afirmar que existe correspondencia directa entre las complicaciones de la apendicetomía y los cuidados de enfermería.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A la intensificación las complicaciones clínicas de la apendicectomía; concurre un menor cuidado de enfermería, en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 15).

TABLA 15
RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIÓN CLÍNICA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS ATENDIDOS EN LA “CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO”

		CUIDADOS DE ENFERMERÍA
LAS COMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICETOMÍA	Correlación de Pearson	- .524
	Sig. (bilateral)	.000
	N	70

En la Tabla 15, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre las complicaciones clínicas de la apendicetomía Y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados ($r = -0,524$); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se intensifica las complicaciones clínicas de la apendicetomía, se halla un menor cuidado de enfermería en pacientes apendicectomizados; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA HIPÓTESIS GENERAL

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos la prueba t para hallar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de $r = 0.524$ es prueba suficiente con 70 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación ρ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

HO: NO EXISTE RELACIÓN ALGUNA ENTRE las complicaciones clínicas de la apendicectomía y el cuidado de enfermería en apendicectomizados, O LA VERDADERA CORRELACIÓN ES CERO: $\rho = 0$

H1: EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE las complicaciones clínicas de la apendicectomía y el cuidado de enfermería en apendicectomizados, O LA VERDADERA CORRELACIÓN NO ES CERO: $\rho \neq 0$

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso: 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.05$ para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

Los grados de libertad son $n - 2 = 70 - 2 = 68$. El valor de la distribución t con 68 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.989 (usando el valor de 68 grados libertad en la tabla de distribución t). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.989.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$t = \frac{-0.524 \sqrt{68}}{\sqrt{1 - 0.524^2}} = 5.073$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

El valor observado para la proporción t con 88 grados de libertad es de 5.073, que con mucho es mayor a 1.989; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre las complicaciones clínicas de la apendicectomía y el cuidado de enfermería en apendicectomizados es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS

En el estudio encontramos que solo en el 47.1 % de pacientes se consigna en la historia clínica que hayan recibido buenos o muy buenos cuidados de enfermería en todo el proceso de tratamiento de la apendicetomía, esto se debe primordialmente a que las múltiples atenciones que realiza el personal de enfermería no son debidamente registrados en la historia clínica, el proceso de monitoreo solo se anota de forma parcial y las actividades de movilización, de cuidado de heridas casi no son reportadas por escrito.

De forma similar Becerra H, encuentra que solo el 39 % de los pacientes sometidos a apendicetomía reciben una adecuada atención de enfermería, esto basado en los registro de las historias clínicas; los resultados reflejan el inadecuado reporte escrito

en las historias clínicas de las actividades realizadas por las enfermeras en la asistencia a los pacientes apendicectomizados; se destaca que la historia clínica está diseñada para resaltar el trabajo de los médicos, y deja de lado la labor de enfermería que es determinante para la recuperación de un paciente en estado crítico; considerando que si se ha realizado una intervención quirúrgica impecable y se tiene los equipos y materiales más sofisticados, la recuperación del paciente podría fracasar si no se despliega la experticia del enfermero para atender a las múltiples necesidades que presenta el paciente apendicectomizado en estado crítico (3).

Asimismo Qin J, halla que solo el 35 % de los cuidados de enfermería serían adecuados basado en los datos anotados en las historias clínicas, esto a causa de la escasez de personal de enfermería, muchas tareas que deben de ser realizadas de forma directa por la enfermera son sustituidos por equipos automatizados; además diversas labores que son esenciales para evitar las complicaciones post operatorias, como son realizadas de manera rutinaria no son visibilizadas en las historias clínicas y se consideran que son actividades que se harán de toda maneras; sin embargo estas acciones que pasan por desapercibidas son las que marcan la diferencia entre una recuperación óptima y temprana con las complicaciones subyacentes consideradas en el rango de la regularidad (9).

Del mismo modo Wang F, encuentra que el 41 % de los pacientes apendicectomizados habían recibido un óptimo cuidado de enfermería, entre las razones para este bajo porcentaje se han encontrado varios factores como el estrés que vivencian cada día las enfermeras en las salas hospitalarias de atención crítica pero lo más notable fue la falta de incentivos, varias enfermeras mencionaban que

podrían esforzarse más en la atención de los pacientes pero no tienen el debido reconocimiento por su trabajo, se evidenció que los lugares de trabajo no son seguros ni están bien iluminados, no existe flexibilidad de horarios, el reparto del trabajo es desproporcionado, no existe apoyo al avance profesional, no existen instalaciones de descanso y los salarios están por debajo de otros profesionales de salud (37).

De la misma manera Yongjing F, señala que el 51 % de los pacientes con cirugía de apendicitis no había recibido adecuada atención de enfermería, que cerca de la mitad de pacientes no hayan recibido el cuidado óptimo se debe a que existe una inadecuada organización de las funciones de enfermería, cumple labores administrativas y asistenciales simultáneamente, que ocasiona falta de tiempo para que efectúen su rol de cuidador directo, la falta de tiempo por la sobrecarga de labores administrativas y asistenciales es el factor que conduce a que no se aplique el proceso de atención de enfermería en forma rigurosa; esta desatención pone en riesgo la recuperación de los pacientes y lleva a complicaciones posoperatorias sin embargo el problema siempre pasa por desapercibido (43).

2. CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS

En el estudio encontramos que solo en el 20 % de los pacientes apendicectomizados han tenido complicaciones, esto se debe primordialmente al estado en que recurrieron al establecimiento de salud, los pacientes que presentaron complicaciones habían atrasado su tratamiento quirúrgico además tenían enfermedades subyacentes.

De esta manera Babu K, en una investigación realizada en TamiInadu, India encuentra que solo el 7% de los pacientes apendicectomizados presentan complicaciones, es más frecuente en varones y las complicaciones más frecuentes fueron; la infección de la herida, la abertura de la herida y la obstrucción del intestinal por adherencias, las enfermedades subyacentes crónico degenerativas fueron las que se asocian más a la incidencia de las complicaciones (44).

También Omari A, destaca que el 21 % de los pacientes con apendicitis intervenidos quirúrgicamente presentan alguna complicación asociadas a la perforación apendicular, la causa principal es la presentación tardía a la atención médica, el diagnóstico y el tratamiento tardíos y la presencia de enfermedades comórbidas, también se reporta que la incidencia de perforación apendicular no disminuyó en los últimos diez años a pesar de la mejora de los programas de atención médica y las instalaciones de diagnóstico (32).

De forma similar Lopez E, en un estudio realizado en el hospital de Ventanilla, Lima encuentra que el 18 % de los pacientes apendicectomizados presenta algún tipo de complicación, la complicación más frecuente fue la infección de herida operatoria seguida del íleo paralítico y los abscesos intraabdominal; asimismo halló que las complicaciones estaban asociadas a diabetes mellitus y a la hipertensión arterial, también destaca que el apéndice perforada es el estadio anatomopatológico que más se relaciona a las complicaciones post apendicectomía (34).

Asimismo Quispe L, halla que el 15 % de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por apendicetomía tienen complicaciones, le atribuye como causa de las complicaciones en principal a las comorbilidades que son más frecuente en la tercera edad, estas enfermedades subyacentes pueden enmascarar la enfermedad y retrasar el tratamiento quirúrgico; las complicaciones con mayor incidencia fueron la infección de herida operatoria seguida de desgarro, hemorragia y absceso de pared abdominal; a pesar de tener a los profesionales de salud bien capacitados y el instrumental y equipo más idóneo siempre se suscitan estas complicaciones (45).

3. COMPLICACIONES CLÍNICAS DE LA APENDICETOMÍA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En el estudio encontramos un coeficiente de correlación de Pearson moderado positivo entre las complicaciones clínicas de la apendicetomía y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados ($r = - 0,524$); esto significa que: cuando aminoraron las complicaciones clínicas de la apendicetomía se brindaron más cuidados de enfermería a los pacientes apendicectomizados.

De forma similar, Zhou R, encuentra una asociación moderada negativa entre la atención de enfermería y las complicaciones en las apendicectomías (r de Pearson = - 0.354). Los pacientes intervenidos quirúrgicamente por apendicetomía que tienen una adecuada: vigilancia del funcionamiento respiratorio y cardiovascular, se conserva el equilibrio hídrico, se promueve el restablecimiento de la función intestinal, se sostiene el equilibrio nutricional, se monitoriza la cicatrización de la herida operatoria y se maneja adecuadamente el dolor; tienen una rápida

recuperación y se reduce la estadía hospitalaria, en consecuencia se reduce las complicaciones de la apendicectomía como la peritonitis y la infección de la herida operatoria; esto significa que los pertinentes cuidados de enfermería evitan las complicaciones de las apendicectomías al reducir los factores de riesgo generados por: la herida quirúrgica, la postración y las dificultades fisiológicas propias de la condición post operatoria; pero, puede darse también que el paciente apendicectomizado a pesar de los estrictos cuidados de enfermería recibidos tenga una complicación postoperatoria, pero esto se debe más al estado crítico en el que llego al establecimiento de salud. Por lo tanto, la atención de enfermería siempre será favorable al restablecimiento de la salud, se comprueba que los cuidados de enfermería en los pacientes que padecen apendicitis llevan a un mejor pronóstico dado que el organismo después de una intervención quirúrgica requiere de cuidados específicos para que se restablezca (5).

Del mismo modo De la Cruz A, determina una asociación inversa significativa entre la asistencia de enfermería y la incidencia de peritonitis e infecciones de herida operatoria en las apendicectomías (r de Spearman = - 0.421), las personas apendicectomizadas que cuentan con la atención eficiente de personal de enfermería, que inspecciona la evolución clínica de la enfermedad y el restablecimiento de las funciones orgánicas, tienden a no presentar peritonitis ni infección de herida operatoria; estas personas recuperan su equilibrio fisiológicos y pueden reintegrarse a sus actividades cotidianas en el menor tiempo, esto significa que la asistencia de enfermería es indispensable para ayudar al cuerpo a establecerse luego del traumatismo y estrés fisiológicos que constituye la apendicitis y su posterior intervención quirúrgica, sin embargo puede darse también que el apendicectomizado

aun cuando se le brindó minuciosos cuidados de enfermería tenga una complicación postoperatoria debido a una complicación preexistente o por una enfermedad concomitante; no obstante la evidencia destaca que la atención de enfermería siempre será de impacto positivo en la recuperación de la persona. La enfermera al identificar oportunamente las manifestaciones de una posible complicación, puede tomar las medidas pertinentes para que esta no progrese, la enfermera cubren las condiciones específicas para la recuperación del paciente, el organismo en estas condiciones es más vulnerable al depender del minucioso suministro externo de líquidos, nutrientes y fármacos reguladores que le ayudan a recuperar su equilibrio (6).

Atiaja J, señala que la labor de enfermería en el soporte fisiológico y emocional del paciente sometido a cirugía puede mejorar notablemente el pronóstico de recuperación de la enfermedad. De manera parecida Qin J, reporta una asociación negativa y significativa entre los cuidados de enfermería y las complicaciones de la apendicectomía (r de Pearson de - 0.351) se destaca que el cuidado integral que brinda la enfermera advierte de cualquier tipo de complicación y permite implementar un atención oportuna; también la enfermera al ofrecer todos los medios para que el cuerpo recupere su equilibrio hemodinámico y funcional otorga enorme beneficio al restablecimiento de la salud (12).

De forma similar Britt S, destaca que la asociación entre la atención de enfermería con un enfoque holístico puede reducir en un 70% las complicación de la apendicectomías, estos debido a que la enfermera puede poner en práctica un conjunto de medidas que estimulan el retorno del peristaltismo y con esto evita el íleo paralítico, también evita la deshidratación, y al monitorizar la evolución de la

herida operatoria se puede regular con mayor exactitud las dosis y el tipo de antibióticos, con todo estos las complicaciones quedan controladas, además si el paciente presenta enfermedad concomitante como diabetes, un buen control de esta enfermedad evita sus efectos negativos en la evolución de la intervención quirúrgica (10).

Asimismo Zhou R, halla que la enfermera pueden influir de forma positiva en el paciente y su familia para que este acceda de forma oportuna a la intervención quirúrgica; además puede motivar al paciente a que colabore con el tratamiento, puede darle acompañamiento emocional para afrontar de forma positiva todo el proceso; estas acciones llevan a una atención más eficiente y disminuir las complicaciones en la apendicectomías a proporciones menores al 5 % (5).

De forma similar Sicha G, encuentra que en la apendicetomías la vigilancia clínica de la enfermera es la determina el éxito del tratamiento, las enfermedades crónico degenerativas que pueden preceder al cuadro de apendicitis pueden ser controlados de forma eficiente si se cuenta con la intervención experta de una enfermera que estará las 24 horas del día vigilado y respondiendo a cualquier evento que pueda afectar la evolución favorable del tratamiento (11).

CONCLUSIONES

1. Las complicaciones clínicas en pacientes apendicectomizados se caracterizan porque, de forma general el 20 % de los pacientes han tenido complicaciones entre moderadas y muy graves; y de forma específica: el 14.3 % de pacientes han tenido peritonitis en sus diversos grados, el 17.2 % de pacientes han padecido infección de herida operatoria, el 18.7 % de pacientes han presentado íleo paralítico y el 18.6 % de los pacientes han sufrido de adherencias y bridas; se debe de considerar que en la mayoría de los casos estas complicaciones se han presentado juntas.
2. Los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados de acuerdo a lo registrado en la historia clínica se caracterizan porque, de modo general el 47.1 % de los pacientes han recibido adecuados cuidados de enfermería; y de forma específica: el 38.6 % de pacientes han tenido óptimos cuidados de enfermería para el manejo del dolor, el 41.4 % de pacientes recibieron apropiados cuidados de enfermería para el manejo de heridas, el 58.6 % recibieron convenientes cuidados de enfermería para la conservación de la integridad tisular y el 34.3 % de los pacientes tuvieron satisfactorios cuidados de enfermería para el restablecimiento general.

3. Cuando se intensifica la peritonitis como complicación clínica de la apendicectomía, los pacientes han recibido menos cuidados de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativa, -0.514).
4. Cuando se intensifica la infección de herida operatoria como complicación clínica de la apendicectomía, los pacientes han recibido menos cuidados de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativa, -0.522).
5. Cuando se intensifica el íleo paralítico como complicación clínica de la apendicectomía, los pacientes han recibido menos cuidados de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativa, -0.535).
6. Cuando se intensifican las adherencias/ bridas como complicación clínica de la apendicetomía, los pacientes han recibido menos cuidados de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativa, -0.526).
7. Cuando se intensifican las complicaciones clínicas de la apendicetomía, los pacientes han recibido menos cuidados de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativa, -0.524).

RECOMENDACIONES

1. Impulsar el desarrollo de programas de intervención que reduzcan la incidencia de las complicaciones clínicas de la apendicectomía, por medio de una mejor sistematización de la atención y un proceso de sensibilización de la población para buscar pronta atención profesional de salud.
2. Promover programas que mejoren los cuidados de enfermería en los establecimientos de salud haciendo una dotación proporcionada de personal y estableciendo incentivos que lleven a una mayor dedicación laboral.
3. Es conveniente desarrollar programas de perfeccionamiento de competencias para la atención del paciente sometido a cirugía abdominal en estado crítico.
4. Es preciso realizar estudios que establezcan los factores que llevan a las complicaciones en las apendicectomías, también se deben de realizar estudios para establecer los factores que dificultan una adecuada atención de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soler G. Complicaciones sépticas intrabdominales tras apendicectomía laparoscópica: descripción de una posible nueva complicación específica de la apendicectomía laparoscópica. *Revista del Hospital Comarcal de Laredo*. 2016; 12(1): p. 85 - 91.
2. Gamero M, Barreda J, Hinostroza G. Apendicitis aguda: incidencia y factores asociados. *Hospital Nacional "Dos de Mayo". Horizonte Medico*. 2014; 14(1): p. 54 - 62.
3. Becerra H, Rodríguez J, Mundaca F, Fernández J. Morbilidad y mortalidad intra y post operatoria de pacientes intervenidos por apendicitis aguda con la técnica convencional y laparoscópica en una clínica de Chiclayo. *Rev Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2015; 8(3): p. 35 - 41.
4. Molina P, Rojas L. Características clínicas, Quirúrgicas y Terapéuticas de la Infección de sitio Operatorio en pacientes Post Apendicectomía del Hospital Regional de Huacho. [Tesis]. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
5. Zhou R. Effect observation of acute appendicitis comprehensive nursing intervention. *Chinese and Foreign Medical Research*. 2016; 14(17): p. 74 - 75.
6. De La Cruz A. Prevalencia de infección del sitio quirúrgico en pacientes apendicectomizados, en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional N° 1 IMSS, Orizaba Veracruz. [Tesis]. Universidad Veracruzana, Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
7. Terán M. Intervención de Enfermería en Pacientes de Apendicectomía que son atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital "San Luis de Otavalo". [Tesis]. Universidad Técnica del Norte, Facultad de Medicina; 2012.
8. Gutierrez S. Factores de Riesgo y Complicaciones Postoperatorias por Apendicitis Aguda en Pacientes Adultos Mayores Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. [Tesis]. Universidad San Martín de Porres, Facultad de

Ciencias de la Salud; 2015.

9. Qin J, Liu X. Analysis of Comprehensive Nursing Care for Acute Appendicitis Treated by Laparotomy. *Journal of Nursing*. 2016; 5(1): p. 26 - 28.
10. Britt S, Coles K, Polson S. Medical Adhesive-Related Skin Injury Following Emergent Appendectomy A Case Study of MARSI and Missed Opportunities in Nursing Care. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2017; 44(2): p. 188 - 192.
11. Sicha G. Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a tratamiento laparoscópico y convencional en apendicitis en el Hospital Docente Universitario Católico de Cuenca. [Tesis]. Universidad Católica De Cuenca, Unidad Académica de Medicina y Enfermería; 2013.
12. Atiaja J. Complicaciones de la cirugía abdominal y su relación con el manejo de los drenes en pacientes atendidos en el servicio de cirugía del Hospital General Puyo. [Tesis]. Universidad Regional Autónoma De Los Andes, Facultad de Enfermería; 2016.
13. Brunicardi F. El apéndice - Principios de cirugía. 8th ed. Bogota : Panamericana ; 2012.
14. Rodríguez Z. Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda. *Rev Cubana Cir*. 2010; 49(2): p. 75 - 82.
15. Doklestić S, Bajec D, Djukić R, Bumbaširević V, Detanac A, Detanac S, Bracanović M, Karamarković R. Secondary peritonitis - evaluation of 204 cases and literature review. *J Med Life*. 2014; 7(2): p. 132 - 138.
16. Beyer K, Menges P, Keßler W, Heidecke C. Pathophysiology of peritonitis. *Chirurg*. 2016; 87(1): p. 5 - 12.
17. Beyer K, Poetschke C, Partecke L. TRAIL induces neutrophil apoptosis and dampens sepsis-induced organ injury in murine colon ascendens stent peritonitis. *PLoS One*. 2014; 9(1): p. 121 - 128.
18. Barbosa M, Oliva A. Ocorrência de lesões perioperatórias por posicionamento cirúrgico. *Rev. Cubana Enfermer*. 2011; 27(1): p. 31 - 41.

19. Johnson C, Baldessarre J, Levison M. Peritonitis: update on pathophysiology, clinical manifestations, and management. *Clin Infect Dis.* 1997; 24(1): p. 1035 – 1045.
20. Malli E, Gatselis N, Dalekos G, Petinaki E. Combination of vial culture and broad-range PCR for the diagnosis of spontaneous bacterial peritonitis: experience in a Greek tertiary care hospital. *New Microbes New Infect.* 2018; 18(4): p. 1 - 5.
21. Wang S. Value of evidence-based care in the prevention of postoperative complications of acute appendicitis in patients. *China Pharmaceutical Economics.* 2016; 11(1): p. 172 - 173.
22. Zhang J. Perioperative nursing intervention of acute appendicitis. *Chinese Journal of Modern Drug Application.* 2016; 10(7): p. 224 - 225.
23. Deng W. Effect analysis of perioperative nursing intervention in patients with appendicitis surgery. *China Practical Medical.* 2016; 11(14): p. 241 - 243.
24. Radford B. Reorientation of the Experienced General Medical/Surgical Nurse to a Progressive Care Medical/Surgical Nurse Utilizing Benner's Novice to Expert Theory. *Nursing Theses and Capstone Projects.* 2010; 188(1): p. 56 - 63.
25. Legesse L, Hiko D, Abdella S. Incidence and predictors of surgical site infection in Ethiopia: prospective cohort. *BMC Infect Dis.* 2017; 17(1): p. 119 - 123.
26. Singh R, Singla P, Chaudhary U. Surgical site infections: classification, risk factors, pathogenesis and preventive management: review article. *Int J Pharma Research Health Sci.* 2014; 2(3): p. 203 – 214.
27. AlanR S, Kavitha C. Antibiotic prophylaxis to prevent surgical site. *Am Fam Physician.* 2011; 83(5): p. 85 – 90.
28. Li L, Liu B. Image examination and treatment of acute appendicitis. *Chinese Journal of Gastroenterology and Hepatology.* 2016; 25(3): p. 352 - 355.
29. Guido L, Da Silva R, Goulart C. Estresse e coping entre enfermeiros de unidade

- cirúrgica de hospital universitário. *Rev. Rene*. 2012; 13(2): p. 428 - 436.
30. Grigoletto A, Gimenes F, Avelar M. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. *Rev. Eletr. Enf.* 2011; 13(2): p. 121 - 130.
 31. Bohomol E, Tartali J. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Acta paul. enferm.* 2013; 26(4): p. 376 - 381.
 32. Omari A. Acute appendicitis in the elderly: risk factors for perforation. *World Journal of Emergency Surgery*. 2014; 9(6): p. 2 - 6.
 33. Foley T, Earnest F. Differentiation of nonperforated from perforated appendicitis: accuracy of CT diagnosis and relationship of CT findings to length of hospital stay. *Radiology*. 2005; 235(1): p. 89 – 96.
 34. Lopez E. Factores de riesgo asociados a complicaciones post apendicectomía convencional en pacientes operados en el hospital de ventanilla. [Tesis]. Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
 35. Duarte S, Stipp M, Mesquita M. Cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia. *Esc. Anna Nery*. 2012; 16(4): p. 657 - 665.
 36. Wang Q. Comparative study of laparoscopic appendectomy in different appendicitis patients. *China Journal of Endocrinology*. 2015; 21(10): p. 1053 - 1055.
 37. Wang F. Value of application of nursing based on evidence in the prevention of postoperative complications in patients with acute appendicitis. *Farmacoeconomia china*. 2016; 23(3): p. 172 - 173.
 38. Tang X, Wen J. The control study of clinical efficacy of laparoscopic and laparotomy in the treatment of children with complex appendicitis. *Chinese Journal of Physicians*. 2016; 18(5): p. 767 - 768.
 39. Yao M, Cao F, Tao G. Impact of continuous use of aspirin on intraoperative and postoperative bleeding in emergency appendectomy. *Journal of Clinical Surgery*. 2016; 24(1): p. 53 - 55.
 40. Carrasco S. *Metodología de la Investigación Científica*. 1st ed. Lima: San

Marcos; 2006.

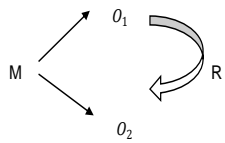
41. Ruiz A ML. Epidemiología Clínica: Investigación clínica aplicada. 1st ed. Bogota: Ed. Médica Panamericana; 2004.
42. Martínez M, Briones R, Cortés J. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2nd ed. Madrid: McGRAW-HILL INTERAMERICANA ; 2013.
43. Yongjing F. Application value of humanized nursing in acute appendicitis surgery. *Revista práctica de enfermería clínica*. 2017; 10(1): p. 125 - 130.
44. Babu K. A study on acute appendicitis in a tertiary care hospital in Tamil Nadu, India. *International Surgery Journal*. 2017; 4(3): p. 929 - 931.
45. Quispe L. Factores asociados a complicaciones postoperatorias de una apendicitis aguda en pacientes adultos mayores del hospital de Ventanilla. [Tesis]. Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2017.
46. Raile M, Marrines A, Modelos y Teorías en Enfermería. 7 ma ed. España. 2011. p: 55 - 56.
47. Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 8 va ed. España. 2015. p: 78 – 80.
48. Cadena K. Complicaciones en cirugía de Apendicetomía en el Área de Cirugía del Hospital General Latacunga, Cantón Latacunga, Provincia Cotopaxi Periodo 2015. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Facultad de ciencias médicas; 2016.
49. Loo M. Atención de enfermería en apendicectomía en pacientes del servicio de cirugía hospital Félix Torrealva Gutierrez Essalud Ica 2018. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Enfermería; 2019.
50. Laurente Y, Quispe Y. Cuidados de Enfermería y el nivel de satisfacción de los pacientes pos operados de apendicitis aguda en el servicio de cirugía Hospital II Carlos Tuppa García Godos, Ayacucho, 2017. [Tesis]. Universidad Nacional del Callao. Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “COMPLICACIONES CLÍNICAS EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE(S) DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre las complicaciones clínicas y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cuál es la relación entre la peritonitis como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación entre la infección de la herida operatoria como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre las complicaciones clínicas y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Establecer la relación entre la peritonitis como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019</p> <p>2. Establecer la relación entre la Infección de la herida operatoria como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019</p> <p>3. Establecer la relación entre el</p>	<p>HIPÓTESIS PRINCIPAL</p> <p>La relación entre las complicaciones clínicas y los cuidados de enfermería es que: a mayores complicaciones clínicas, menor cuidado de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>1. La relación entre la peritonitis como complicación clínica y los cuidados de enfermería es significativa en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019</p> <p>2. La relación entre la Infección de la herida operatoria como complicación clínica y los cuidados de enfermería es relevante en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019</p>	<p>TIPO Y NIVEL</p> <p>La investigación realizada fue: aplicada, cuantitativa, transversal, observacional.</p> <p>Aplicada, porque los conocimientos que se generaron tienen propósito y valor práctico; se concibe que un adecuado cuidado de enfermería reduce la incidencia de complicaciones post operatorias de las apendicectomías.</p> <p>Cuantitativa, porque las estimaciones de las variables que por su naturaleza es ordinal, fueron transformadas a una escala de razón y proporción; dicho de otra manera, se hizo una asignación de magnitudes numéricas a hechos cualitativos, para procesarlos con mayor objetividad y rigurosidad metodológica.</p> <p>Transversal, los datos fueron recolectados en un solo momento y en una única vez.</p>	<p>VARIABLE 1:</p> <p>Complicaciones de la apendicectomía</p> <p>VARIABLE 2:</p> <p>Cuidados de enfermería en apendicectomizados</p> <p>VARIABLES DE INTERVINIENTES:</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Tiempo de hospitalización</p> <p>Trabajo adicional</p> <p>Comorbilidad</p>	<p>POBLACIÓN</p> <p>La población de referencia fueron 85 historias clínicas de pacientes sometidos a apendicectomía en la clínica universal en el año 2019, y que de forma previa hallan pasado los criterios e inclusión y exclusión que se establecen a continuación.</p> <p>MUESTRA</p> <p>Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, consideramos a 70 historias clínicas de pacientes apendicectomizados de la Clínica Universal en el 2019.</p>

<p>3. ¿Cuál es la relación entre el Íleo paralítico como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación entre las Adherencias / bridas como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019?</p>	<p>Íleo paralítico como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019</p> <p>4. Establecer la relación entre las Adherencias / bridas como complicación clínica y los cuidados de enfermería en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019</p>	<p>3. La relación entre el Íleo paralítico como complicación clínica y los cuidados de enfermería es sobre saliente en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019</p> <p>4. La relación entre las adherencias / bridas como complicación clínica y los cuidados de enfermería es significativa en pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo en el 2019</p>	<p>Observacional, los investigadores se restringieron a examinar los datos tal como aparecen en la realidad.</p> <p>DISEÑO</p> <p>El estudio responde al siguiente esquema:</p> 		<p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</p> <p>PARA VALORAR LAS COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA</p> <p>Se utilizó como técnica la observación y como instrumentos una tabla de cotejo denominada “Inventario de complicaciones de la apendicectomía”,</p> <p>PARA VALORAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN APENDICECTOMIZADOS</p> <p>Se utilizó como técnica la observación y como instrumentos una tabla de cotejo denominada “Repertorio de Cuidados de Enfermería a Pacientes Apendicectomizados”.</p>
---	--	--	---	--	--

ANEXO 02: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA	Son eventos adversos que afectan el curso clínico de recuperación del paciente después de haber sido intervenido por apendicetomía; altera el pronóstico de la enfermedad e incrementa la estancia hospitalaria.	Peritonitis	Es una inflamación del peritoneo, la membrana serosa que recubre parte de la cavidad abdominal y las vísceras. La peritonitis puede ser localizada o generalizada en el peritoneo y puede resultar de la infección (a menudo debido a la ruptura de un órgano hueco).	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Leve - Moderado - Grave - Muy grave 	Cualitativo ordinal	Ordinal
		Infección de herida operatoria	Es la proliferación inusual de microorganismos en la herida operatoria y tejidos contiguos, se manifiesta con inflamación, fiebre en picos con escalofríos, impotencia funcional, supuración y Sepsis.	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Leve - Moderado - Grave - Muy grave 		
		Íleo paralítico	Es la alteración funcional del musculo liso intestinal que reduce o anula el peristaltismo afectando el pasaje de contenido intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Leve - Moderado - Grave - Muy grave 		
		Adherencias y bridas	Son bandas fibrosas de tejido cicatrizal que pueden forman entre la superficie de los diferentes tejidos y el peritoneo, provocan unión entre estructuras que en condiciones normales deberían estar	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Leve - Moderado - Grave - Muy grave 		

			separadas.			
--	--	--	------------	--	--	--

VARIABLE INDEPENDIENTE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS	Son todas las actividades destinadas a ofrecer condiciones para que el organismo pueda recuperar su homeostasis y su autonomía funcional después de haber sido sometido a una intervención quirúrgica de apendicectomía.	Manejo del dolor	Actividades para la valoración y el alivio del dolor.	Se realizó la valoración del dolor.	Cualitativo ordinal	Ordinal
				Se administró los analgésicos		
				Se detectó los factores de dolor.		
				Se alivió el dolor por su fuente.		
		Cuidado de las heridas	Actividades de vigilancia y administración de agentes antimicrobianos de forma tópica o sistémica que faciliten la regeneración tisular.	Se monitorizó las características de la herida		
				Se curó la herida		
				Se monitorizó el exudado		
				Se inspeccionó los signos y síntomas de la infección		
		Conservación de la integridad tisular	Actividades que conservan la funcionalidad de las diversas estructuras del organismo que se encuentran afectadas por la postración prolongada.	Se valoró de forma sistémica las zonas de presión		
				Se realizó los cambios posturales		
				Se realizó la Movilización		
				Se realizó los ejercicios		
		Restablecimiento general	Actividades dirigidas al restablecimiento del equilibrio homeostático del organismo.	Se vigiló el funcionamiento respiratorio y cardio vascular		
				Se vigiló que la vía periférica este permeable		
				Se vigiló el equilibrio hídrico		
				Se vigiló la función intestinal		
Se vigiló la conservación del estado nutricional						

ANEXO 03: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO
INVENTARIO DE COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA	Peritonitis	Grado de peritonitis	Ninguno	(0) Ninguna (1) Leve (2) Moderado (3) Grave (4) Muy grave
			Leve (Pequeño tratamiento)	
			Moderado (Amplio tratamiento)	
			Grave (Corrección con afección del estado general)	
			Muy grave (Internamiento en UCI, muerte)	
	Infección de herida operatoria	Grado de infección de herida operatoria	Ninguno	
			Leve (Pequeño tratamiento)	
			Moderado (Amplio tratamiento)	
			Grave (Corrección con afección del estado general)	
			Muy grave (Internamiento en UCI, muerte)	
	Íleo paralítico	Grado de íleo paralítico	Ninguno	
			Leve (Pequeño tratamiento)	
			Moderado (Amplio tratamiento)	
			Grave (Corrección con afección del estado general)	
			Muy grave (Internamiento en UCI, muerte)	
	Adherencias y bridas	Grado de adherencias y bridas	Ninguno	
Leve (Pequeño tratamiento)				
Moderado (Amplio tratamiento)				
Grave (Corrección con afección del estado general)				

			Muy grave (Internamiento en UCI, muerte)	
--	--	--	--	--

REPERTORIO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS	Manejo del dolor	Valoración del dolor	1. Se realizó la valoración del dolor.	(0) Nunca (1) A veces (2) De forma regular (3) Casi siempre (4) Siempre
		Administración de analgésicos	2. Se administró los analgésicos correspondientes.	
		Detección de los factores de dolor.	3. Se detectó los factores que alivian o empeoran el dolor.	
		Alivió del dolor por su fuente.	4. Se alivió el dolor considerando su fuente.	
	Cuidado de las heridas	Monitorización de características de la herida	5. Se monitorizó las características de la herida (podría considerar: color, tamaño, olor y temperatura, incluyendo los drenes).	
		Curación de la herida	6. Se realizó la curación de la herida considerando las medidas asépticas.	
		Monitorización de exudado	7. Se monitorizó las características de exudado o secreción por herida o dren.	
		Inspección de signo y síntomas de infección	8. Se inspeccionó la existencia de algún signo y síntoma de infección sistémica o localizada.	
	Conservación de la integridad tisular	Valoración de zonas de presión	9. Se valoró de forma sistemática buscando indicios de zonas de presión.	
		Cambios posturales	10. Se realizó cambios posturales para minimizar el efecto de la presión en algunas zonas del cuerpo.	
		Movilización	11. Se movilizó para favorecer el funcionamiento cardiovascular y respiratorio.	
		Realización de ejercicios	12. Se realizó ejercicios para favorecer la conservación de la función osteoarticular.	
	Restablecimiento general	Vigilancia del funcionamiento respiratorio y cardio vascular	13. Se vigiló el funcionamiento respiratorio y cardio vascular.	
		Vía periférica permeable	14. Se mantuvo la vía periférica permeable	
		Vigilancia del equilibrio hídrico	15. Se vigiló el equilibrio hídrico	
		Vigilancia de la función intestinal	16. Se vigiló la evolución y restitución de la función intestinal	
		Conservación del estado nutricional	17. Se vigiló la conservación del estado nutricional	

ANEXO 04: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
INFORMACIÓN GENERAL

Edad del paciente: _____

Sexo del paciente: M () F ()

Tiempo de hospitalización (días): _____

Comorbilidad: _____

INVENTARIO DE COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA

INSTRUCCIONES: Marcar con una (X) el grado de complicación que presentó el paciente después de la apendicetomía.

Peritonitis	(0) Ninguna	(1) Leve [pequeño tratamiento]	(2) Moderado [Amplio tratamiento]	(3) Grave [Corrección con afección del estado general]	(4) Muy grave [Internamiento en UCI, muerte]
Infección de la herida operatoria	(0) Ninguna	(1) Leve [pequeño tratamiento]	(2) Moderado [Amplio tratamiento]	(3) Grave [Corrección con afección del estado general]	(4) Muy grave [Internamiento en UCI, muerte]
Íleo paralítico	(0) Ninguna	(1) Leve [pequeño tratamiento]	(2) Moderado [Amplio tratamiento]	(3) Grave [Corrección con afección del estado general]	(4) Muy grave [Internamiento en UCI, muerte]
Adherencias y bridas	(0) Ninguna	(1) Leve [pequeño tratamiento]	(2) Moderado [Amplio tratamiento]	(3) Grave [Corrección con afección del estado general]	(4) Muy grave [Internamiento en UCI, muerte]

INTERPRETACIÓN

0	Ninguna complicación
1	Complicación leve
2	Complicación moderada
3	Complicación grave
4 a más	Complicación muy grave

REPERTORIO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS

INSTRUCCIONES: Marcar con una (X) la opción que más se aproxima a la frecuencia con la que se brindaba los diferentes cuidados al paciente.

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	De forma regular	Casi siempre	Siempre

MANEJO DEL DOLOR

1. Se realizó la valoración del dolor.	0	1	2	3	4
2. Se administró los analgésicos correspondientes.	0	1	2	3	4
3. Se detectó los factores que alivian o empeoran el dolor.	0	1	2	3	4
4. Se alivió el dolor considerando su fuente.	0	1	2	3	4

CUIDADO DE LAS HERIDAS

5. Se monitorizó las características de la herida (podría considerar: color, tamaño, olor y temperatura, incluyendo los drenes).	0	1	2	3	4
6. Se realizó la curación de la herida considerando las medidas asépticas.	0	1	2	3	4
7. Se monitorizó las características de exudado o secreción por herida o dren.	0	1	2	3	4
8. Se inspeccionó la existencia de algún signo y síntoma de infección sistémica o localizada.	0	1	2	3	4

CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD TISULAR

9. Se valoró de forma sistemática buscando indicios de zonas de presión.	0	1	2	3	4
10. Se realizó cambios posturales para minimizar el efecto de la presión en algunas zonas del cuerpo.	0	1	2	3	4
11. Se movilizó para favorecer el funcionamiento cardiovascular y respiratorio.	0	1	2	3	4
12. Se realizó ejercicios para favorecer la conservación de la función osteoarticular.	0	1	2	3	4

RESTABLECIMIENTO GENERAL

13. Se vigiló el funcionamiento respiratorio y cardio vascular.					
14. Se mantuvo la vía periférica permeable	0	1	2	3	4
15. Se vigiló el equilibrio hídrico	0	1	2	3	4
16. Se vigiló la evolución y restitución de la función intestinal	0	1	2	3	4
17. Se vigiló la conservación del estado nutricional	0	1	2	3	4

.....Gracias

INTERPRETACIÓN

0 – 13	Muy inadecuados cuidados de enfermería
14 – 26	Inadecuados cuidados de enfermería
27 – 39	Regulares cuidados de enfermería
40 - 52	Buenos cuidados de enfermería
53 - 68	Muy buenos cuidados de enfermería



"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD"


EL QUE SUSCRIBE EL DIRECTOR EJECUTIVO DE LA CLINICA UNIVERSAL HUANCAYO, DEJA:

CONSTANCIA

Que, don ADOLFO ELIAS, FLORES MEZA y MIGUEL AUGUSTO, YACHACHIN LUIS; bachilleres en Enfermería de la Universidad Peruana Los Andes, desarrollando su proyecto de investigación titulado "COMPLICACIONES CLINICAS EN RELACIONES A LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLINICA UNIVERSAL HUANCAYO 2019", han realizado en nuestra institución la recolección de datos de 85 Historias Clínicas de pacientes con Diagnostico de Apendicetomía, para lo cual se les dio el permiso correspondiente.

Se otorga la presente Constancia a solicitud de los interesados para los fines que estimen convenientes.

Huancayo, 02 de Junio del 2019



Dr. Yodiel Suárez Loardo
CIRUJANO GENERAL Y LAPAROSCÓPICO
C.M.P. Nº 57327 RNE. Nº 38197

ANEXO 05: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL “INVENTARIO DE COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA”

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.821
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	7524.023
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado	
	Componente
	1
Peritonitis	.545
Infección de la herida operatoria	.451
Íleo paralítico	.698
Adherencias y bridas	.523
Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.	
a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.	

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.853	4

ESTADÍSTICA DE TOTAL DE ELEMENTO

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Peritonitis	0.875
2. Infección de la herida operatoria	0.873
3. Íleo paralítico	0.867
4. Adherencias y bridas	0.867

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL “REPERTORIO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS”

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.854
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	7524.023
	Gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado				
	Componente			
	1	2	3	4
1. Se realizó la valoración del dolor.	.403			
2. Se administró los analgésicos correspondientes.	.468			
3. Se detectó los factores que alivian o empeoran el dolor.	.678			
4. Se alivió el dolor considerando su fuente.	.403			
5. Se monitorizó las características de la herida (podría considerar: color, tamaño, olor y temperatura, incluyendo los drenes).		.468	.	
6. Se realizó la curación de la herida considerando las medidas asépticas.		.545	.	
7. Se monitorizó las características de exudado o secreción por herida o dren.		.451		
8. Se inspeccionó la existencia de algún signo y síntoma de infección sistémica o localizada.		.698		
9. Se valoró de forma sistemática buscando indicios de zonas de presión.			.523	
10. Se realizó cambios posturales para minimizar el efecto de la presión en algunas zonas del cuerpo.			.511	
11. Se movilizó para favorecer el funcionamiento cardiovascular y respiratorio.			.686	
12. Se realizó ejercicios para favorecer la conservación de la función osteoarticular.			.612	
13. Se vigiló el funcionamiento respiratorio y cardio vascular.				.606
14. Se mantuvo la vía periférica permeable				.491
15. Se vigiló el equilibrio hídrico				.702
16. Se vigiló la evolución y restitución de la función intestinal				.488
17. Se vigiló la conservación del estado nutricional				.477
Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.				
a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.				

CONFIABILIDAD DEL “REPERTORIO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS”

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.857	26

ESTADÍSTICA DE TOTAL DE ELEMENTO

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Se realizó la valoración del dolor.	0.851
2. Se administró los analgésicos correspondientes.	0.852
3. Se detectó los factores que alivian o empeoran el dolor.	0.851
4. Se alivió el dolor considerando su fuente.	0.850
5. Se monitorizó las características de la herida (podría considerar: color, tamaño, olor y temperatura, incluyendo los drenes).	0.851
6. Se realizó la curación de la herida considerando las medidas asépticas.	0.849
7. Se monitorizó las características de exudado o secreción por herida o dren.	0.855
8. Se inspeccionó la existencia de algún signo y síntoma de infección sistémica o localizada.	0.853
9. Se valoró de forma sistemática buscando indicios de zonas de presión.	0.852
10. Se realizó cambios posturales para minimizar el efecto de la presión en algunas zonas del cuerpo.	0.850
11. Se movilizó para favorecer el funcionamiento cardiovascular y respiratorio.	0.851
12. Se realizó ejercicios para favorecer la conservación de la función osteoarticular.	0.849
13. Se vigiló el funcionamiento respiratorio y cardío vascular.	0.855
14. Se mantuvo la vía periférica permeable	0.853
15. Se vigiló el equilibrio hídrico	0.852
16. Se vigiló la evolución y restitución de la función intestinal	0.850
17. Se vigiló la conservación del estado nutricional	0.851

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo, DICK CUEVA HARO, con DNI N° 44168816 de profesión
ENFERMERO, ejerciendo actualmente como
LIC ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO en la Institución
CLINICA ORTEGA

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de VALIDACION DE INSTRUMENTO (Guía de análisis de contenido para el cuidado de enfermería y las complicaciones post operatorias de pacientes apendicectomizados), a los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia De Items				✓
Amplitud de Contenido				✓
Relación de los Items				✓
Claridad y precisión				✓
Pertinencia				✓

Huancayo, 08 del mes de ABRIL del 2019




LIC. DICK M. CUEVA HARO
C.E.P. 76145

Firma del Validador

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN


Yo, Quilca Espinoza, Betty Carmesi, con DNI N° 20022578 de profesión Lic. Enfermería, ejerciendo actualmente como Docente en el Area Investig. y estadíst en la Institución Universidad Peruana Los Andes.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento (Guía de análisis de contenido para evaluar el cuidado de enfermería y las complicaciones postoperatorias de pacientes apendicectomizados), a los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				✓
Amplitud de contenido				✓
Redacción de los Ítems				✓
Claridad y precisión				✓
Pertinencia				✓

Huancayo, a los 26 días del mes de Abril del 2019


Firma del validador

.....
Lic. Betty Quilca Espinoza
CER 28991
UPLA - AREA DE INVESTIGACION

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Raúl del Pilar Puchucayo Hamani, con DNI N° 70217171 de profesión Enfermera, ejerciendo actualmente como Enfermera de Centro Quirúrgico, en la Institución Hospital Nacional Ramiro Priale Priale

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento (Guía de análisis de contenido para evaluar el cuidado de enfermería y las complicaciones postoperatorias de pacientes apendicectomizados), a los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				✓
Amplitud de contenido				✓
Redacción de los Ítems				✓
Claridad y precisión				✓
Pertinencia				✓

Huancayo, a los 05 días del mes de Abril del 2019



Firma del validador

Raúl del Pilar Puchucayo Hamani
ENFERMERA DE CENTRO QUIRÚRGICO
COP. 000000
RNE 12140

**ANEXO 06: DECLARACION JURADA DE GUARDAR PRIVACIDAD DE
LOS RESULTADOS**

**DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD Y
RESERVA DE INFORMACIÓN**

Nosotros; FLOREZ MEZA, ADOLFO ELIAS identificado con DNI N° 44760177 y con Domicilio en Jr. General Cordova N° 1033 Chilca; y YACHACHIN LUIS, MIGUEL AUGUSTO identificado con DNI N° 46434692 y con Domicilio en Jr. Sebastian Lorente N° 2011 El Tambo, Bachilleres en Enfermería de la Universidad Peruana Los Andes DECLARAMOS BAJO JURAMENTO:

Tener el total compromiso de asegurar el respeto al ser humano y a su entorno basando nuestros criterios en la corriente bioética de los principios. Asegurando que la metodología de recolección de datos no representa riesgo alguno para los involucrados siendo acordes al principio de no maleficencia. Aseverando que el único fin es el de generar conocimiento científico útil a nivel nacional e internacional basados en el principio de beneficencia. Y siguiendo métodos de estudio ya establecidos y no direccionados respetando el principio de justicia.

Así mismo, nos comprometemos a guardar reserva y confidencialidad respecto a toda la información a la que tendremos acceso de ser aprobado y autorizado el perfil o proyecto de investigación y nos comprometemos; por ello, a no informar, publicar, registrar o comunicar, total o parcialmente, por cualquier medio, el contenido de los documentos recibidos, reservándome el derecho de utilizar los datos que se nos otorgan con fines netamente científicos salvaguardando la integridad, privacidad y anonimato de los involucrados.

Además, nos comprometemos a adoptar las medidas de bioseguridad necesarias con la diligencia debida, para evitar que toda o parte de la información sean observadas, reproducidas o manipuladas por personas no autorizadas al desarrollo del perfil o proyecto de investigación aprobado y autorizado; caso contrario asumiremos la responsabilidad de las consecuencias legales y administrativas por el incumplimiento de estas medidas, falta ética o mala conducta en investigación antes y durante de la ejecución del mismo.

Por lo tanto, declaramos que los datos contenidos en esta declaración jurada son verdaderos sometiéndome a las sanciones respectivas en caso de comprobarse falsedad o incumplimiento del compromiso.

Huancayo, 2 de Julio del 2019



FLORES MEZA, ADOLFO ELIAS
DNI N° 44760177



YACHAHIN LUIS, MIGUEL AUGUSTO
DNI N° 46434692

ANEXO 07: SOLICITUD DE PERMISO

“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”

Huancayo, 02 de Mayo del 2019

SOLICITO: Permiso para recolección de datos de Historias Clínicas

Señor:

DR. YODIEL SUAREZ LOARDO

DIRECTOR DE LA CLINICA UNIVERSAL - HUANCAYO

Los que suscriben; Miguel Augusto, YACHACHIN LUIS y Adolfo Elías, FLORES MEZA; bachilleres de Enfermería de la Universidad Peruana Los Andes, nos presentamos ante usted con el debido respeto y exponemos lo siguiente:

Solicitamos a usted nos permita recolectar datos de las Historias Clínicas del año 2019 de Pacientes Apendicectomizados atendidos en la Institución que usted dirige, dicho acto será con fines de investigación ya que nos encontramos realizando nuestro Proyecto de Tesis titulado: "COMPLICACIONES CLINICAS EN RELACIONES A LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENTIDOS EN LA CLINICA UNIVERSAL HUANCAYO 2019"

Por lo expuesto anteriormente, solicitamos a usted acceder a nuestra petición por ser de justicia.


FLORES MEZA, ADOLFO ELIAS
DNI N° 44760177


YACHAHIN LUIS, MIGUEL AUGUSTO
DNI N° 46434692

ANEXO 8: APROBACION DE JURADOS



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Enfermería



INFORME N° 04 /JRJB/EPE/FCC.SS./UPLA/2019

A : **PS. MARY ROMÁN BRAVO**
COORDINADORA DE GRADOS Y TÍTULOS

DE : **MG. JOHNNY RONALD JURADO BOZA**
DOCENTE REVISOR

ASUNTO : **CULMINACION DE REVISIÓN DE INFORME FINAL DE TESIS**

REF : **RESOLUCIÓN N° 2501**

FECHA : **Huancayo, 24 de Octubre del 2019.**

Tengo el agrado de dirigirme a usted para brindarle un cordial saludo y comunicar a su despacho que en merito a la Resolución N° 2501/DFCC.SS.-UPLA-2019 en su designación como Jurado Revisor de los bachilleres **FLORES MEZA ADOLFO ELIAS, YACHACHIN LUIS MIGUEL AUGUSTO**, cumpla con hacer llegar a su despacho el siguiente informe:

Habiendo revisado la Tesis: **“COMPLICACIONES CLÍNICAS EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019”**, se pudo constatar que la tesis se ajusta a las especificaciones indicadas en el formato propuesto por el Instituto de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes, cumpliendo con la secuencia metodológica, método científico y normas internacionales, así como la redacción científica para la presentación de su tesis.

En conclusión, doy: **CONFORMIDAD** el informe final de Tesis de los bachilleres: **FLORES MEZA ADOLFO ELIAS, YACHACHIN LUIS MIGUEL AUGUSTO** quienes pueden continuar con el trámite respectivo para su respectiva sustentación.

Es todo cuanto informo a su despacho, para su conocimiento y fines consiguientes.

MG. JOHNNY RONALD JURADO BOZA



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Enfermería



INFORME N° 03 /AARVYR/EPE/FCC.SS./UPLA/2019

A : **PS. MARY ROMÁN BRAVO**
COORDINADORA DE GRADOS Y TÍTULOS

DE : **LIC. ALINA ABIGAIL RUIZ VIA Y RADA**
DOCENTE REVISOR

ASUNTO : **CULMINACION DE REVISIÓN DE INFORME FINAL DE TESIS**

REF : **RESOLUCIÓN N° 2501**

FECHA : **Huancayo, 24 de Octubre del 2019.**

Tengo el agrado de dirigirme a usted para brindarle un cordial saludo y comunicar a su despacho que en merito a la Resolución N° 2501 /EPE/DFCC.SS.-UPLA-2019 en su designación como Jurado Revisor de los bachilleres **FLORES MEZA ADOLFO ELIAS, YACHACHIN LUIS MIGUEL AUGUSTO**, cumpla con hacer llegar a su despacho el siguiente informe:

Habiendo revisado la Tesis: "**COMPLICACIONES CLÍNICAS EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019**", se pudo constatar que la tesis se ajusta a las especificaciones indicadas en el formato propuesto por el Instituto de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes, cumpliendo con la secuencia metodológica, método científico y normas internacionales, así como la redacción científica para la presentación de su tesis.

En conclusión, doy: **CONFORMIDAD** el informe final de Tesis de los bachilleres: **FLORES MEZA ADOLFO ELIAS, YACHACHIN LUIS MIGUEL AUGUSTO** quienes pueden continuar con el trámite respectivo para su respectiva sustentación.

Es todo cuanto informo a su despacho, para su conocimiento y fines consiguientes.

Dirección Regional de Salud Juní
Hospital Regional Docente Clínico
Quirúrgico Dr. Germán Irigo
Alina Ruiz Via y Rada
CEP. 204679

LIC. ALINA ABIGAIL RUIZ VIA Y RADA
DOCENTE REVISOR



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Enfermería



INFORME N- 10/RNVS/EPE/FCCSS-UPLA/2019

A : PS.MARY ROMAN BRAVO
COORDINADORA DE GRADOS Y TITULOS

DE : MG.RUTH NOEMI VENEGAS SANCHEZ
DOCENTE REVISOR

ASUNTO : CULMINACION DE LA REVICIÓN DE TESIS

FECHA : Huancayo 27 de Setiembre del 2019.



Tengo el agrado de dirigirme a usted para brindarle un cordial saludo y comunicar a su despacho que se me designo como docente revisor de la tesis titulada :“COMPLICACIONES CLÍNICAS EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO 2019”, de los bachilleres: FLORES MEZA ADOLFO ELIAS , YACHACHIN LUIS MIGUEL AUGUSTO de la Escuela Profesional de Enfermería, a fin de optar el título profesional de licenciado en enfermería.

Así mismo se le comunica que dicho trabajo fue revisado y habiendo sido subsanadas las observaciones por los interesados, conforme a lo establecido por el reglamento general de grados y títulos de la universidad, comunico a Usted, que la tesis se encuentra apta para su sustentación.

Es todo cuanto informo para los fines que Usted crea conveniente.

Atentamente:


Lic. Ruth N. Venegas Sanchez
ENFERMERA INTENSIVISTA
CEP. 16794 RE. 4930

DOCENTE REVISOR

ANEXO 9: REGISTRO FOTOGRÁFICO

FOTO 1

ENTREVISTA Y PRESENTACION CON EL ENCARGADO DE LA CLINICA UNIVERSAL PARA SOLICITAR EL PERMISO A LA INSTITUCION PARA LA RECOLECCION DE DATOS



Fuente: Clínica Universal, 2019

FOTO 2

RECOLECTANDO DATOS DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN UNO DE LOS CONSULTORIOS DE LA CLINICA UNIVERSAL



Fuente: Clínica Universal, 2019



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Enfermería



INFORME N°02 /ROA/EPE/FCC.SS./UPLA/2019

A : **PS. MARY ROMÁN BRAVO**
COORDINADORA DE GRADOS Y TÍTULOS

DE : **MG. ROJAS ONCEBAY ANGELINA**
DOCENTE ASESOR

ASUNTO : **CULMINACION DE ASESORAMIENTO DE TESIS**

REF : **RESOLUCIÓN N° 1164**

FECHA : **HUANCAYO, 15 DE JULIO DEL 2019**

TENGO EL AGRADO DIRIGIRME A USTED PARA BRINDARLE UN CORDIAL SALUDO Y COMUNICAR A SU DESPACHO QUE BRINDE ASESORÍA A LOS BACHILLERES: **FLORES MEZA ADOLFO ELIAS, YACHACHIN LUIS MIGUEL AUGUSTO** DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, QUIENES DESARROLLARON LA TESIS TITULADA **“COMPLICACIONES CLÍNICAS EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO,2019”**, A FIN DE OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

ASÍ MISMO, SE LE COMUNICA QUE PRESENTE DE TESIS SE ENCUENTRA CONFORME A LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR EL REGLAMENTO DE GRADOS Y TÍTULOS, MOTIVO POR EL CUAL DOY POR CULMINADA MI ASESORÍA, A FIN QUE SE LES DESIGNE SUS DOCENTES REVISORES Y PROCEDAN A SU SUSTENTACIÓN.

MG. ROJAS ONCEBAY ANGELINA
DOCENTE ASESOR

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

TABLA 1

SEXO DE LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019

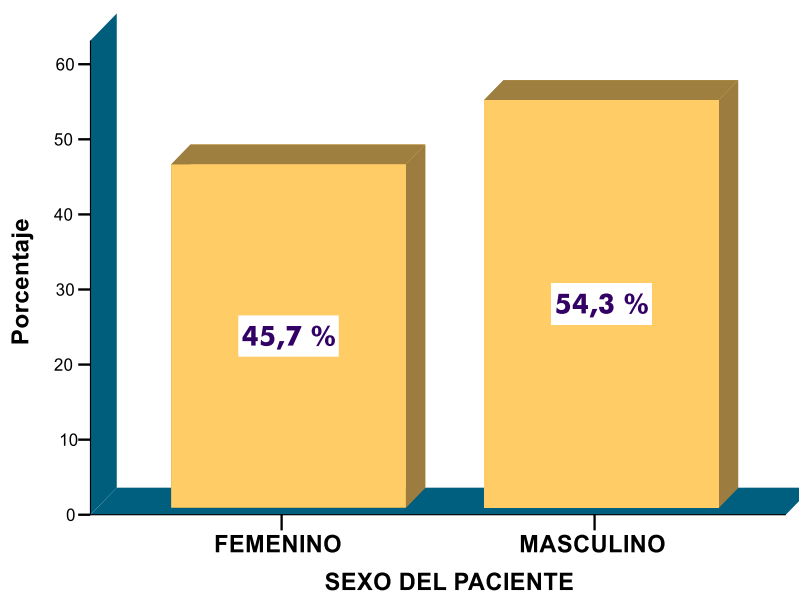
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	32	45,7
Masculino	38	54,3
Total	70	100,0

Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019

Elaboración: Propia.

GRÁFICO 1

SEXO DE LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019



Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019

Elaboración: Propia.

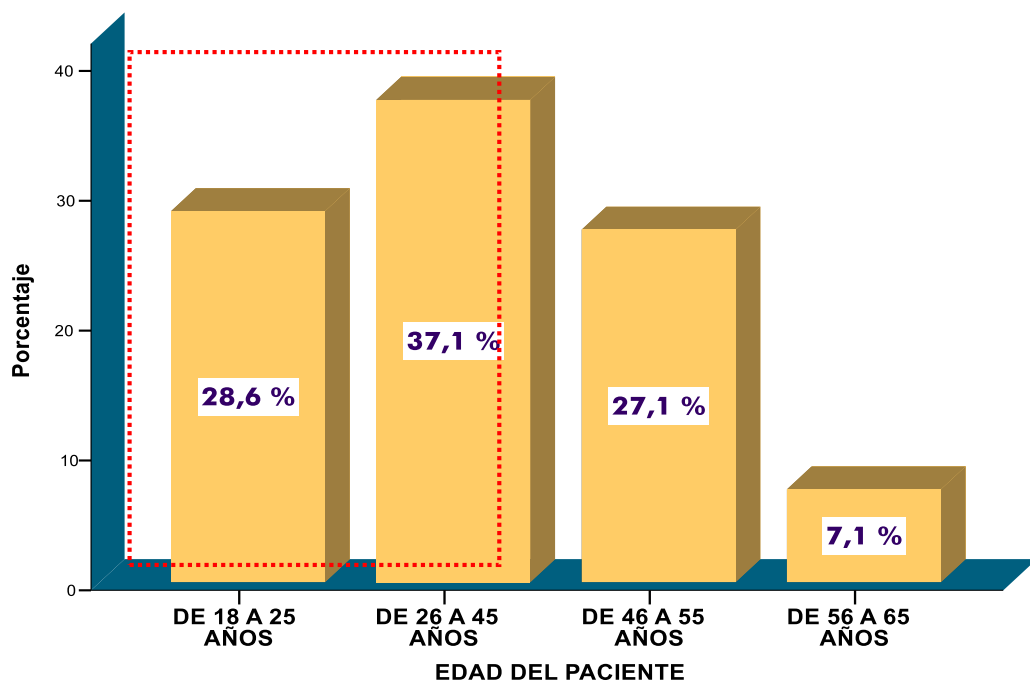
En la Tabla 1, Gráfico 1, se observa que de 70(100 %), 38(54.3 %) pacientes son de sexo masculino.

TABLA 2
EDAD DE LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019

	Frecuencia	Porcentaje
De 18 a 25 años	20	28,6
De 26 a 45 años	26	37,1
De 46 a 55 años	19	27,1
De 56 a 65 años	5	7,1
Total	70	100,0

Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 2
EDAD DE LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019



Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

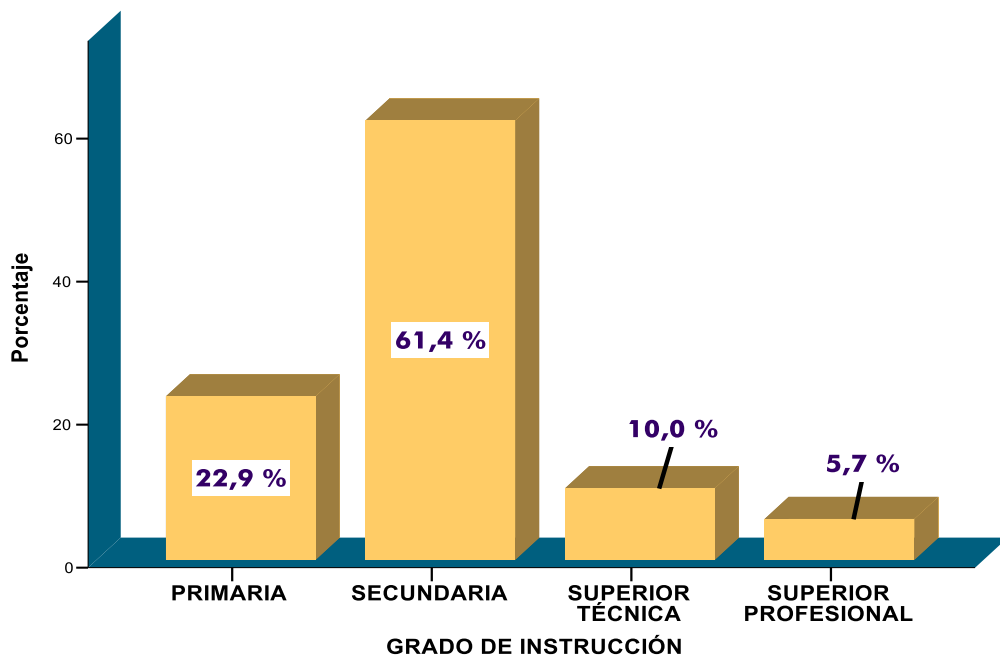
En la Tabla 2, Gráfico 2, se observa que de 70(100 %), 46(65.7 %) pacientes tienen una edad entre 18 y 45 años.

TABLA 3
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	16	22,9
Secundaria	43	61,4
Superior técnica	7	10,0
Superior profesional	4	5,7
Total	70	100,0

Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 3
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019



Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

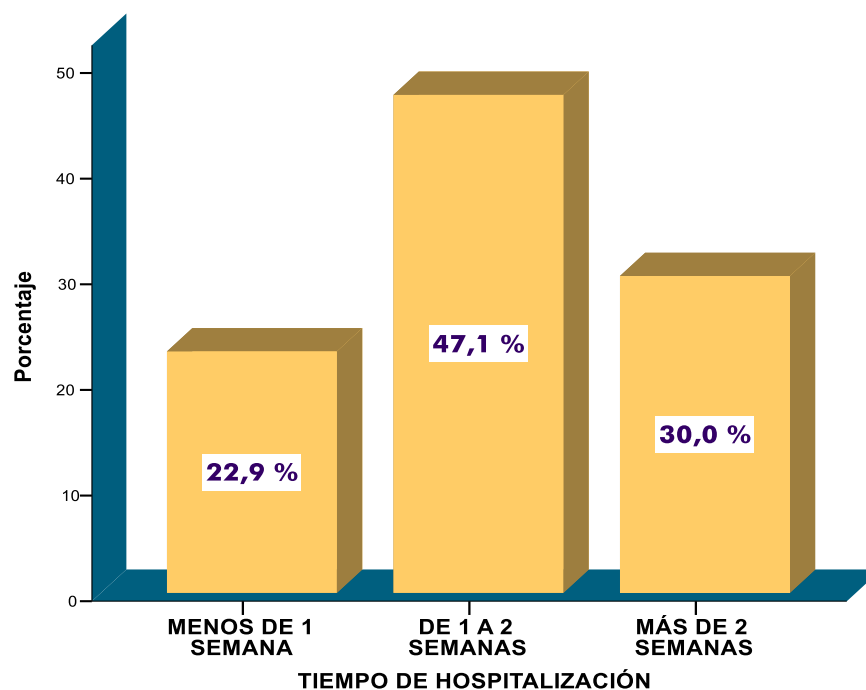
En la Tabla 3, Gráfico 3, se observa que de 70(100 %), 59(84.3 %) pacientes tienen grado de instrucción secundaria

TABLA 4
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS PACIENTES
APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE
HUANCAYO, 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 semana	16	22,9
De 1 a 2 semanas	33	47,1
Más de 2 semanas	21	30,0
Total	70	100,0

Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 4
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS PACIENTES
APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE
HUANCAYO, 2019



Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

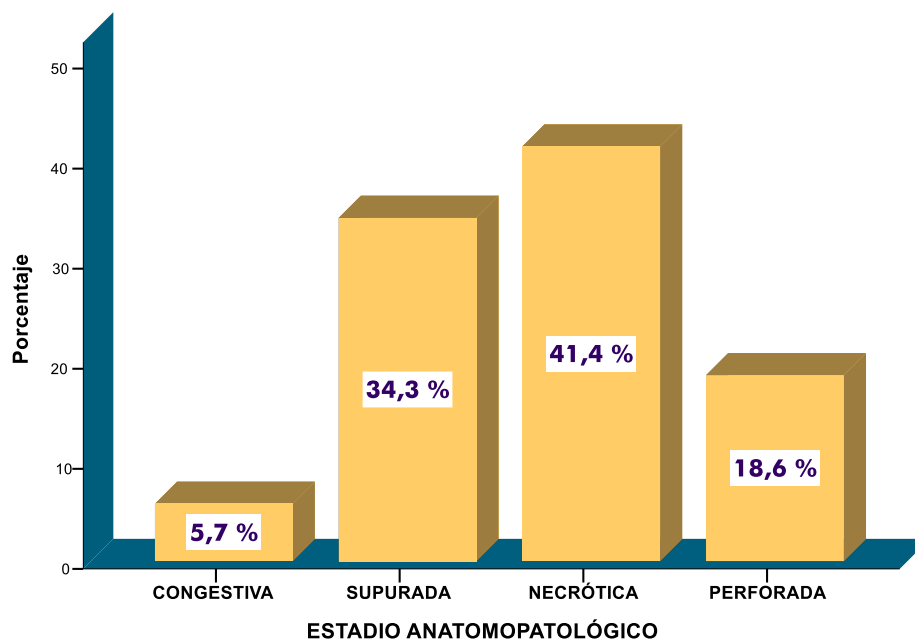
En la Tabla 4, Gráfico 4, se observa que de 70(100 %), 33(47.1 %) pacientes han tenido un tiempo de hospitalización de 1 a 2 semanas.

TABLA 5
ESTADIO ANATOMOPATOLÓGICO DEL APÉNDICE EN LOS PACIENTES
APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE
HUANCAYO, 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Congestiva	4	5,7
Supurada	24	34,3
Necrótica	29	41,4
Perforada	13	18,6
Total	70	100,0

Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 5
ESTADIO ANATOMOPATOLÓGICO DEL APÉNDICE EN LOS PACIENTES
APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE
HUANCAYO, 2019



Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

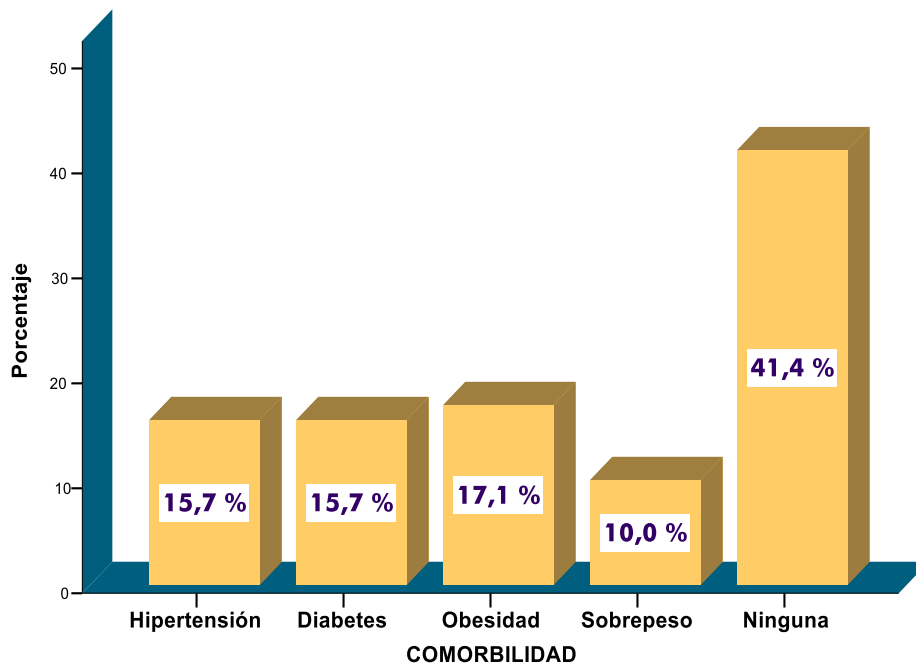
En la Tabla 5, Gráfico 5, se observa que de 70(100 %), 29(41.4 %) pacientes han presentado un apéndice en estadio anamopatológico necrótico.

TABLA 6
COMORBILIDAD EN LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión	11	15,7
Diabetes	11	15,7
Obesidad	12	17,1
Sobrepeso	7	10,0
Ninguna	29	41,4
Total	70	100,0

Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 6
COMORBILIDAD EN LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA UNIVERSAL DE HUANCAYO, 2019



Fuente: Revisión de historias clínicas de pacientes apendicectomizados atendidos en la Clínica Universal de Huancayo, 2019
Elaboración: Propia.

En la Tabla 6, Gráfico 6, se observa que de 70(100 %), 41(58.6 %) pacientes presentan alguna comorbilidad.