

## C A P I T U L O    I I I

### ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN LA APENDICITIS AGUDA

A continuación se enumeran las tareas de enfermería a realizar en el paciente con apendicitis aguda según las manifestaciones y etapa clínica en que se nos presente este proceso.

#### 3.1.- LABOR DE LA ENFERMERA DESDE EL MOMENTO DE ADMISION DEL - PACIENTE, HASTA QUE SE ESTABLECE EL DIAGNOSTICO Y TRATA- MIENTO.

La enfermera recibirá al paciente y familiar con amabilidad e interés, les explicará lo que se le va a hacer al paciente para lograr su colaboración durante el exámen médico.

Brindará ayuda y seguridad, explicando cada uno de los detalles del procedimiento, con términos claros para quien la escucha;- inspirando de esta manera confianza tanto para ella como para los demás miembros del equipo de salud.

Cubrir al paciente con el fin de proporcionarle la intimidad - necesaria y evitar las corrientes de aire.

Preparar el equipo para el exámen médico, que consiste en:

Mesa de exploración, estetoscopio, esfignomanómetro, otoscopio oftalmoscopio, guantes, lubricante, cinta métrica, báscula, -- termómetro clínico, abatelenguas y martillo de percusión.

Durante el procedimiento tranquilizar al paciente y ayudarlo - para que colabore con el exámen.

Brindarle ayuda física, colocandolo en las posiciones adecua-- das.

Permanecer al lado del paciente para brindar seguridad y pro-- tección y a la vez observar las reacciones del mismo al reali-- zar el procedimiento.

Proporcionar guante y lubricante para el tacto rectal.

Obtener muestras de sangre, orina y heces para exámenes de la-- boratorio, enviarlas al mismo posteriormente recabar los resul-- tados, proporcionandoselos al médico para su valoración.

Acompañar al paciente a que se le tomen los rayos X, y orientarlo en cuanto a las posiciones que debe adoptar para que se le tomen los mismos.

Dejar al paciente cómodo y en la posición que mejor le convenga.

Anotar la información en el expediente del paciente y de esta manera facilitar la elaboración del plan de atención de enfermería.

Limpiar el equipo y dejar en orden la sala.

La enfermera observará y describirá los síntomas notables en el paciente, como es el quejarse más que de costumbre, el estar inquieto e irritable, la actitud de defensa del sitio dolorido, la limitación del movimiento y las posiciones que adopta, así como la expresión tensa de la cara, la palidez, si está la piel fría y sudorosa, si existe anorexia, náuseas y vómitos.

En caso de dolor es labor de la enfermera observar y comunicar la localización, tipo y duración del mismo, le preguntara al paciente o familiar si este no puede responder cuándo y como inicio el dolor, si es continuo o intermitente, observará si se relaciona con algún suceso en especial como es el comer algún tipo de alimento o bien si es con algún movimiento específico del cuerpo; si el paciente ha experimentado antes un dolor semejante, preguntar como se ha aliviado anteriormente. -- Mientras la enfermera va obteniendo dichos datos, tomará medidas preventivas para ayudar al paciente a mitigar las molestias. Lo ayudará a ponerse en posición cómoda a la vez que conversa con él para tratar de disminuir la tensión e inspirarle más confianza, evitará el ruido en medio ambiente que rodea al paciente, le administrará analgésicos y sedantes según esten prescritos.

Si existen vómitos brindar apoyo físico y moral, colocar un recipiente en el lugar apropiado, sosteniendo la cabeza lateralmente de manera que el paciente no pueda aspirar el material vomitado, cuando haya terminado de vomitar se retirará el recipiente y se limpiará para usarlo de nuevo en caso necesario, teniendo la precaución de ocultarlo a la vista del paciente ya que la sola presencia del mismo puede estimular los vómitos nuevamente. Aliviar el mal sabor de la boca de acuerdo con el deseo del paciente.

La enfermera mantendrá limpio al paciente después de haber vomitado, lavándole la cara o proporcionándole los medios para que el lo haga, y cambiando la ropa de este y de la cama si es necesario, aconsejara al paciente que guarde reposo y respire profundamente por la boca lo que lo aliviará de la sensación de náuseas y evitará la reaparición del vómito.

La enfermera observará y anotará la duración del vómito, --olor, cantidad, color, contenido, si se trata de un vómito en proyectil o si fue producido por un acceso de tos o coincidió con la ingestión de alimentos o medicamentos.

La enfermera ministrará antieméticos si están indicados y mantendrá el balance hidroelectrolítico.

Si el paciente está febril se llevará un registro de la temperatura cada dos o cuatro horas o por razón necesaria.

Se controlará temperatura por medios físicos o químicos, teniendo la precaución de medir la temperatura, pulso y respiración antes de iniciar cualquier tratamiento y después de 30 minutos de terminado el mismo.

Por medios físicos se controlará a través del baño de regadera con agua templada si el paciente está en condiciones de hacerlo y si no a través de compresas húmedas frías colocadas en la cabeza, axilas e ingles.

Por medios químicos se controlará a través de la ministración de antipireticos según esten indicados.

Se evitará así mismo en el ambiente las causas que quiten o afecten el descanso del paciente, ya que se necesita de mucho reposo para disminuir la fiebre (reducir la intensidad de las luces, evitar el gran número de personas que entren y salgan en la habitación del paciente).

En caso de estreñimiento por ningún motivo se aplicarán enemas evacuantes o laxantes, con el propósito de no estimular el peristaltismo, evitando con esto la ruptura del apéndice y por consiguiente una peritonitis generalizada.

La enfermera informará sobre la cantidad aproximada, color, olor y consistencia de las heces así como también la frecuencia de las evacuaciones, las examinará cuidadosamente en busca de moco, sangre, pus y otras anomalías que puedan ayudar al médico en su diagnóstico.

Llevará un registro exacto de ingestas y excretas con el fin de restituir los líquidos adecuados para satisfacer las necesidades metabólicas y electrolíticas, recordando que el paciente los está perdiendo en gran cantidad a través del aumento de la frecuencia respiratoria, la transpiración, los vómitos, la fiebre y si hay evacuaciones diarréicas.

### 3.2 ATENCION DE ENFERMERIA EN LOS PERIODOS PRE-TRANS Y POST-OPERATORIOS

#### A).- PERIODO PRE-OPERATORIO

La atención de la enfermera en este período es la siguiente:

Explicar al paciente y familiar con términos claros y sencillos o empleando esquemas o modelos con todo lo relacionado con la intervención y las posibles molestias que sentirá después de la misma.

Aceptar al paciente y su conducta.

Conservar los lazos de comunicación.

Trasmitir una sensación de calma y confianza.

Actuar sin apresuramientos, ser comprensiva y amable.

Verificar que exista consentimiento expreso para la intervención y colocarlo en un lugar visible del expediente clínico del paciente.

Advertir en el paciente signos como erupciones, úlceras de decúbito y otros que puedan tener importancia.

Dejar al paciente en las mejores condiciones posibles para la cirugía.

Eliminar todas las causas de infección mediante una escrupulosa limpieza del sitio operatorio.

Hacer los procedimientos en forma sistemática y óptima, con tranquilidad y precisión, evitando ajetreo, confusión y ruidos que puedan inquietar al paciente.

Preparar la región operatoria, afeitando cuidadosamente la totalidad del abdomen, desde la tetillas hacia abajo, incluyendo pu bis hasta el tercio superior del muslo.

Evitar la aplicación de enemas evacuantes.

Se instalará sonda nasogástrica en caso de que el paciente presente vómitos frecuentes.

Proporcionar un aseo general y rápido si el paciente viene en mal estado higiénico, retirar toda clase de prótesis, pasadores, joyas, alfileres, los cuales entregará a la enfermera en cargada del servicio o a los familiares.

Proporcionar camisión o ropa de hospital, colocandole turbante y brazaletes con su nombre, sexo, fecha, cédula, número de cama y de expediente.

Poner especial cuidado si existe premedicación indicada en la hoja de órdenes médicas.

Canalizar al paciente en una región adecuada para poder vigilar durante la intervención y hacer la venupunción con punzocát de grueso calibre adecuado para administrar medicamentos de densas concentraciones.

Integrar la hoja de la enfermera y últimos estudios en el expediente del paciente.

Acompañar al paciente a quirófano junto con su expediente y lo entregará a la enfermera circulante.

Regresar a la unidad del paciente, preparar la cama de anestesia, dejando en el búro solo lo necesario (pañuelo, pañuelos -- desechables), cerrar ventanas y cortinas, acercar el tripié y aparatos necesarios (aspirador, aparato de succión).

Mantener informado a los familiares del paciente de todo lo relacionado con la intervención y de las condiciones probable en que éste saldrá como por ejemplo: con transfusión, sonda nasogástrica, sonda foley, algo inquieto.

En circunstancias en que parece que el pronóstico del paciente es más negativo, la enfermera no debe actuar con evasivas, sino más bien informar al familiar de manera que éstos perciban la realidad de la situación en caso de un desenlace fatal.

#### B).- CUIDADOS EN EL PERIODO TRANSOPERATORIO

Las obligaciones de la enfermera en este período son las siguientes:

Mantener bien surtida la sala de operaciones con el fin de a-

horrar tiempo, trabajo y esfuerzo.

Proveer a la enfermera instrumentista de todo lo necesario para la intervención quirúrgica.

Dar la bienvenida al paciente, inspirando confianza y seguridad.

Verificar datos del paciente al ser recibido por la enfermera -- circulante: Identificación, expediente completo, exámenes de -- laboratorio actualizados y preparación física adecuada.

No dejar solo al paciente por ningún motivo mucho menos después de administrar algún preanestésico, a fin de prevenir posibles ac cidentes.

Tomar y registrar signos vitales para establecer comparaciones-- en trans y posoperatorio.

Trasladar al paciente de la camilla a la mesa de operaciones -- con el máximo de seguridad.

Instalar venoclisis con soluciones para vena permeable en caso-- de no venir canalizado.

Vigilar que la circulación no sea obstruída por una posición -- inadecuada o presión inadvertida de alguna región del organismo.

Lavar la región incluyendo los genitales con alguna solución -- desinfectante, ya sea jabón o solución jabonosa, respetando en-- todo momento la individualidad del paciente.

Auxiliar al anestesiólogo proporcionando los anéستesicos que so licite o cualquier otro material que necesite.

Estar muy pendiente de la cuenta del material quirúrgico (gasas instrumental y de todo lo que se utilice en la intervención) -- evitando de esta manera que quede dentro de la cavidad o se ex-- travíe.

Solicitar la pieza extraída para enviarla al servicio de patolog ía debidamente identificada para su estudio.

Por ningún motivo, causa o razón la enfermera circulante se sal drá de la sala de operaciones sin dejar quien la sustituya.

Al terminar la intervención dejar la herida quirúrgica bien lim pia y protegida.

Ayudar en el traslado del paciente de la mesa de operaciones a la camilla debidamente protegido por barandales trasladarlo a la sala de recuperación.

C).- CUIDADOS POSTOPERATORIOS INMEDIATOS

Conservar las vías respiratorias permeables, aspirando secreciones en caso necesario.

Si el paciente está bajo los efectos de la anestesia, lo colocará posición de decúbito lateral y con el cuello en hiperextensión para evitar al máximo el peligro de broncoaspiración. Observar al paciente y a los aparatos de vigilancia automática continúa en busca de signos de obstrucción respiratoria, choque o hemorragia.

En caso de vómito girar hacia un lado la cabeza del paciente - observando cantidad, frecuencia e índole del vómito.

Vigilar constantemente al paciente mientras se recupera de la anestesia.

Tomar signos vitales cada quince minutos y cada media hora hasta la estabilización de los mismos y recuperación de la conciencia.

Mantener permeable la venoclisis.

Cumplir sin tardanza cualquier orden para ejecución inmediata. Proporcionar comodidad y conservar la seguridad; al recuperarse de la anestesia el paciente por lo general se muestra inquieto, en este caso hay que orientar al familiar del paciente cómo debe sostenerlo sin necesidad de sujetarle para protegerle de que se lesione.

Ministrar analgésicos indicados, en caso de que el paciente -- presente dolor o bien proporcionar cambios de posición para -- controlar el estado de tensión en que éste se encuentra.

Revisar los apósitos continuamente en busca de signos de sangrado excesivo o líquidos de drenaje anormal.

Iniciar el tratamiento medicamentoso postoperatorio según se ordene.

Ayudar al recién operado a normalizar sus funciones en la -- forma más rápida, segura y cómoda posible.

No ignorará las afirmaciones del paciente en cuanto a su estado.

Informará inmediatamente de cualquier síntoma o signo alarmante o raro al médico.

Insistir en la movilización frecuente, si es preciso que la realice sin la ayuda de otras personas.

Hacer anotaciones inteligentes y exactas, como volumen e índole de ingresos y egresos.

Trasladar al paciente a su unidad una vez que se ha recuperado de su inconciencia y sus signos vitales se hayan normalizado.

#### D).- CUIDADOS POSTOPERATORIOS MEDIATOS

Ayudar al traslado del paciente de la camilla a su cama.

Valorar las condiciones generales y de conciencia en que recibe al paciente.

Realizar las conexiones necesarias como en el caso de instalación del aparato de succión.

Vigilar y revisar venoclisis o transfusiones instaladas con anterioridad, anotando la cantidad a pasar.

Colocar al paciente en decúbito dorsal, con la cabeza de lado si éste presenta náuseas o vómito, pasado este período y en caso traer dren se le dará posición semifowler.

Efectuar revisión de las condiciones del apósito.

Obtener signos vitales de inmediato, después cada dos horas y luego a intervalos mayores si permanecen estables y normales.

Proceder a la ministración de medicamentos prescritos.

En caso de presentar vómitos, vigilar cantidad, características y frecuencia, avisando al médico en caso necesario.

Dejar en ayuno total al paciente; iniciando vía oral cuando se ha iniciado el peristaltismo.

Vigilar la cantidad y características de la uresis, manteniendo la región lo más limpia posible.

Registrar en hoja de la enfermera todo lo relacionado con el -- estado del paciente, evolución, medicamentos ministrados, sig-- nos vitales y condiciones físicas.

Realizar curación diaria o auxiliar al médico según las reglas de la institución, aplicando principios de asepsia en todo el -- procedimiento.

Estimular al paciente a deambular y mantenerse cerca de éste -- para evitar accidentes.

Antes de ser dado de alta hacer las recomendaciones específicas al paciente y familiares sobre cómo debe continuar su tratamiento en su hogar.

Ayudar al paciente a vestirse con su ropa.

Dar aviso a los departamentos pertinentes sobre el alta del paciente.

Acompañar al paciente hasta la puerta del hospital.