



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

Trabajo de Integración  
Curricular previa la obtención  
del Grado Académico de  
Licenciada en Enfermería.

**Estudio de Caso:**

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE  
PEDIÁTRICO CON COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA POR APENDICECTOMÍA”**

**Autora:**

Lady Julissa Aquino Guaman

**Directora de Estudio de Caso:**

Lcda. Yulitza Geomara Villamar Torres

**Quevedo - Los Ríos - Ecuador.**

**2025**



## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Lady Julissa Aquino Guaman**, declaro que la investigación aquí descrita es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este documento, según lo establecido por la ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normatividad institucional vigente.



---

**Lady Julissa Aquino Guaman**

**C.I: 1207709278**



## INFORME FAVORABLE DE LA DIRECTORA SOBRE LA CULMINACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

La suscrita, **Lcda. Yulitza Geomara Villamar Torres**, docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la estudiante **Lady Julissa Aquino Guaman**, realizó el **Estudio de Caso** de grado titulado “**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA POR APENDICECTOMÍA**”, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones establecidas para el efecto en los Arts. 52, 54, 57 y 59 del Reglamento de la Unidad de Integración Curricular.



Firmado electrónicamente por:  
**YULITZA GEOMARA  
VILLAMAR TORRES**

Validar únicamente con FirmaEC

---

**Lcda. Yulitza Geomara Villamar Torres**  
**DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO**



## CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO

La suscrita, **Lcda. Yulitza Geomara Villamar Torres**, mediante el presente cumpro en presentar a usted, el informe de estudio de caso titulado **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA POR APENDICECTOMÍA”**, presentado por la estudiante **Lady Julissa Aquino Guaman**, egresada de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, que fue revisado bajo mi dirección según resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, que se ha desarrollado de acuerdo al Artículo 57 y 59 del Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo y cumple con el requerimiento de análisis del sistema COMPILATIO el cual avala los niveles de originalidad en un 93% y similitud 7%, del trabajo investigativo. Valido este documento para que la estudiante siga con los trámites pertinentes, de acuerdo como lo establece el Reglamento.



CERTIFICADO DE ANÁLISIS  
magister

ESTUDIO DE CASO MODIFICADO EST.  
AQUINO GUAMAN LADY (1) (1).docx-OK

7% Textos sospechosos	0% Similitudes 0 % similitudes entre comillas 0 % entre las fuentes mencionadas 7% Idiomas no reconocidos
-----------------------------	---



Firmado electrónicamente por:  
**YULITZA GEOMARA  
VILLAMAR TORRES**  
Validar únicamente con Fima®

**Lcda. Yulitza Geomara Villamar Torres**  
**DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ESTUDIO DE CASO**

**Título:**

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO  
CON COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA POR APENDICECTOMÍA”**

Presentado al Consejo Directivo de Facultad como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Aprobado por:

---

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

Dr. Cristian Armando Romero Segovia, MSc.

---

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

Lic. Diana Yessenia  
Neto Villagomez, MSc.

---

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

Lic. Pamela Lourdes  
Vera Garcia, MSc.

**QUEVEDO - LOS RIOS - ECUADOR**

**2025**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios, fuente de sabiduría y fortaleza, por haberme guiado en cada paso de este camino académico. Gracias por darme la salud, la perseverancia y la claridad mental necesarias para culminar este estudio de caso. Gracias por enseñarme que todo tiene su tiempo y propósito, y por permitirme culminar esta etapa con fe y determinación. Cada logro alcanzado en este proceso es testimonio de tu fidelidad.

Gratitud a mi familia, especialmente a mis padres, les agradezco profundamente su amor incondicional y su apoyo constante. Su fe en mí ha sido el motor que me permitió completar este camino. A mis hermanos, por sus palabras de aliento, A mi hija, por su presencia y cariño, gracias por ser mi pilar en los momentos difíciles.

Sin ustedes, este logro no habría sido posible.

Agradezco profundamente a la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, por brindarme la oportunidad de formarme profesional y personalmente. Esta institución no solo me entregó conocimientos académicos, sino también valores, disciplina y compromiso que llevaré conmigo a lo largo de mi vida.

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi directora, la Lcda. Yulitza Villamar Torres, cuya experiencia, paciencia y apoyo constante fueron fundamentales para la realización de este trabajo. Su guía no solo me proporcionó claridad académica, sino también motivación en momentos de duda. Su confianza en mí me impulsó a seguir adelante y superar los desafíos.

A todos, gracias por ser parte de este proceso.

## DEDICATORIA

Dedico mi tesis principalmente a Dios, por darme la fuerza necesaria para culminar esta meta.

Con todo mi cariño, dedico este estudio a mi hija, mi mayor tesoro. Espero que este trabajo sirva como ejemplo de perseverancia y pasión por el conocimiento.

Que siempre persigas tus sueños con la misma valentía que demuestras cada día.

Mi amada hija, cuyo amor y apoyo incondicional han sido mi mayor motivación durante este estudio. Tu fuerza y alegría me inspiraron a seguir adelante, incluso en los momentos más difíciles. Este logro es también tuyo. Te quiero con todo mi corazón.

También se la dedico a mi pequeño Jeycob, desde el cielo eres esa luz que me daba fuerzas para continuar.

Y, finalmente, a los que no creyeron en mí, con su actitud lograron que tomará más impulso.

## RESUMEN

La apendicitis aguda es una de las emergencias más frecuentes en pediatría y se define como la inflamación del apéndice vermiforme, tratándose habitualmente mediante apendicectomía, una intervención quirúrgica generalmente segura que, no obstante, puede generar complicaciones como infección de la herida, abscesos intraabdominales, dehiscencia de suturas y, en casos graves, peritonitis. Su origen se relaciona principalmente con la obstrucción del lumen apendicular debido a hiperplasia linfoide, fecalitos, parásitos o cuerpos extraños, lo que provoca inflamación, isquemia y necrosis, aumentando el riesgo de perforación si no se atiende oportunamente. El presente estudio de caso describe las intervenciones de enfermería aplicadas a un paciente pediátrico de sexo masculino de 7 años con complicaciones postquirúrgicas de apendicectomía. El objetivo general fue brindar cuidados integrales de enfermería que favorecieran la recuperación del paciente y minimizaran los riesgos asociados al postoperatorio. La metodología se basó en el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon, lo que permitió una valoración integral del estado de salud del paciente. A partir de esta evaluación, se identificaron patrones disfuncionales y se implementaron planes de cuidados basados en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, facilitando la definición de diagnósticos, resultados esperados e intervenciones específicas. Se registraron diagnósticos como dolor agudo, deterioro del intercambio gaseoso y riesgo de sangrado, acompañados de resultados medibles que guiaron la atención. La detección temprana de complicaciones como vómito bilioso, broncoespasmo e hipoxemia permitió intervenciones oportunas, reduciendo riesgos y favoreciendo la recuperación. El seguimiento constante, el cuidado integral y la educación en salud demostraron la importancia de la intervención de enfermería para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

**Palabras claves:** apendicectomía, complicación quirúrgica, intervenciones de enfermería.

## ABSTRACT

Acute appendicitis is one of the most common emergencies in pediatrics and is defined as the inflammation of the vermiform appendix, usually treated through appendectomy, a surgical procedure generally considered safe that, nevertheless, can lead to complications such as wound infection, intra-abdominal abscesses, suture dehiscence, and, in severe cases, peritonitis. Its origin is primarily associated with obstruction of the appendiceal lumen due to lymphoid hyperplasia, fecaliths, parasites, or foreign bodies, which causes inflammation, ischemia, and necrosis, increasing the risk of perforation if not treated promptly. The present case study describes the nursing interventions applied to a 7-year-old male pediatric patient with post-appendectomy complications. The general objective was to provide comprehensive nursing care that promoted the patient's recovery and minimized the risks associated with the postoperative period. The methodology was based on Marjory Gordon's functional health patterns model, which allowed a comprehensive assessment of the patient's health status. Based on this evaluation, dysfunctional patterns were identified, and care plans were implemented using the NANDA, NOC, and NIC taxonomies, facilitating the definition of diagnoses, expected outcomes, and specific interventions. Diagnoses such as acute pain, impaired gas exchange, and risk of bleeding were recorded, accompanied by measurable outcomes that guided care. Early detection of complications such as bilious vomiting, bronchospasm, and hypoxemia enabled timely interventions, reducing risks and supporting recovery. Continuous monitoring, comprehensive care, and health education demonstrated the importance of nursing interventions in preventing complications and improving the patient's quality of life.

**Keywords:** appendectomy, surgical complication, nursing interventions.

## TABLA DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS .....	ii
INFORME FAVORABLE DE LA DIRECTORA SOBRE LA CULMINACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR .....	iii
CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO.....	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
DEDICATORIA .....	vii
RESUMEN .....	viii
ABSTRACT .....	ix
CÓDIGO DUBLÍN .....	xii
1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. OBJETIVOS.....	13
2.1. Objetivo General.....	16
2.2. Objetivos Especificos.....	16
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.....	17
3.1 Historia clínica.....	17
3.2 Valoración Integral de enfermería .....	22
3.3 Plan de cuidados de enfermería .....	25
4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO .....	28
5. CONCLUSIONES .....	30
6. BIBLIOGRAFÍA .....	31
7. ANEXOS.....	33

## ÍNDICE DE TABLAS

**Tabla 1.** Primer plan de cuidados de enfermería.

**Tabla 2.** Segundo plan de cuidados de enfermería.

**Tabla 3.** Tercer plan de cuidados de enfermería.

## ÍNDICE DE ANEXOS

**Anexo 1.** Signos vitales del paciente.

**Anexo 2.** Evolución de enfermería y escala de Glasgow.

**Anexo 3.** Orden de imágenes.

**Anexo 4.** Valoración cefalocaudal.

**Anexo 5.** Instrumentos con los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

## CÓDIGO DUBLÍN

<b>Título:</b>	<b>“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO POR COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA DE APENDICECTOMÍA”</b>		
<b>Autor:</b>	Lady Julissa Aquino Guaman		
<b>Palabras claves:</b>	apendicectomía	intervenciones de enfermería	complicación quirúrgica
<b>Fecha de publicación:</b>			
<b>Editorial:</b>	Quevedo UTEQ, 2025		
<b>Resumen:</b>	<p>La apendicitis aguda es una de las emergencias más frecuentes en pediatría y se define como la inflamación del apéndice vermiforme, tratándose habitualmente mediante apendicectomía, una intervención quirúrgica generalmente segura que, no obstante, puede generar complicaciones como infección de la herida, abscesos intraabdominales, dehiscencia de suturas y, en casos graves, peritonitis. Su origen se relaciona principalmente con la obstrucción del lumen apendicular debido a hiperplasia linfóide, fecalitos, parásitos o cuerpos extraños, lo que provoca inflamación, isquemia y necrosis, aumentando el riesgo de perforación si no se atiende oportunamente. El presente estudio de caso describe las intervenciones de enfermería aplicadas a un paciente pediátrico de sexo masculino de 7 años con complicaciones postquirúrgicas de apendicectomía. El objetivo general fue brindar cuidados integrales de enfermería que favorecieran la recuperación del paciente y minimizaran los riesgos asociados al postoperatorio. La metodología se basó en el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon, lo que permitió una valoración integral del estado de salud del paciente. A partir de esta evaluación, se identificaron patrones disfuncionales y se implementaron planes de cuidados basados en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, facilitando la definición de diagnósticos, resultados esperados e intervenciones específicas. Se registraron diagnósticos como dolor agudo, deterioro del intercambio gaseoso y riesgo de sangrado, acompañados de resultados medibles que guiaron la atención. La detección temprana de complicaciones como vómito bilioso, broncoespasmo e hipoxemia permitió intervenciones oportunas, reduciendo riesgos y favoreciendo la recuperación. El seguimiento constante, el cuidado integral y la educación en salud demostraron la importancia de la intervención de enfermería para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.</p>		
<b>Abstract:</b>	<p>Acute appendicitis is one of the most common emergencies in pediatrics and is defined as the inflammation of the vermiform appendix, usually treated through appendectomy, a surgical procedure generally considered safe that, nevertheless, can lead to complications such as wound infection, intra-abdominal abscesses, suture dehiscence, and, in severe cases, peritonitis. Its origin is primarily associated with obstruction of the appendiceal lumen due to lymphoid hyperplasia, fecaliths, parasites, or foreign bodies, which causes inflammation, ischemia, and necrosis, increasing the risk of perforation if not treated promptly. The present case study describes the nursing interventions applied to a 7-year-old male pediatric patient with post-appendectomy complications. The general objective was to provide comprehensive nursing care that promoted the patient's recovery and minimized the risks associated with the postoperative period. The methodology was based on Marjory Gordon's functional health patterns model, which allowed a comprehensive assessment of the patient's health status. Based on this evaluation, dysfunctional patterns were identified, and care plans were implemented using the NANDA, NOC, and NIC taxonomies, facilitating the definition of diagnoses, expected outcomes, and specific interventions. Diagnoses such as acute pain, impaired gas exchange, and risk of bleeding were recorded, accompanied by measurable outcomes that guided care. Early detection of complications such as bilious vomiting, bronchospasm, and hypoxemia enabled timely interventions, reducing risks and supporting recovery. Continuous monitoring, comprehensive care, and health education demonstrated the importance of nursing interventions in preventing complications and improving the patient's quality of life.</p>		
<b>Descripción:</b>	38 hojas: dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162		
<b>URL:</b>			

## 1. INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda constituye una de las emergencias quirúrgicas más frecuentes en la población pediátrica y se define como la inflamación del apéndice vermiforme. Su manejo habitual es la apendicectomía, un procedimiento generalmente seguro, aunque no está exento de complicaciones, siendo las más comunes la infección de la herida quirúrgica, los abscesos intraabdominales, la dehiscencia de suturas y, en casos más graves, la peritonitis. Desde su etiología, la apendicitis suele originarse por la obstrucción del lumen apendicular, que puede deberse a hiperplasia linfoide más frecuente en niños, fecalitos, parásitos o cuerpos extraños, generando una respuesta inflamatoria progresiva que, si no se trata oportunamente, puede culminar en perforación (1).

Desde el punto de vista epidemiológico, la apendicitis aguda representa la principal causa de abdomen agudo quirúrgico en el ámbito mundial. Por ejemplo, en Estados Unidos se estima una incidencia aproximada de 70.000 casos pediátricos anuales, lo que equivale a entre el 1 y el 8% de las consultas por dolor abdominal en urgencias pediátricas. En Ecuador, durante 2017 se registraron 38.533 casos de apendicitis aguda, lo que correspondió a una tasa de 22,97 por cada 10.000 habitantes, consolidándose como la principal causa de morbilidad hospitalaria; mientras tanto, en 2012, la primera causa de morbilidad fue la neumonía por organismo no especificado, con una tasa de 22,50 por cada 10.000 habitantes, según el Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios del INEC (3). Los datos del mismo año muestran que del total de egresos hospitalarios, el 64,8% correspondió a mujeres y el 35,2% a hombres, aunque el 53,2% de las defunciones hospitalarias fueron masculinas. En hombres, la apendicitis aguda fue la principal causa de morbilidad con 20.693 casos, seguida de neumonía y diarrea/gastroenteritis; mientras que, en mujeres, la colelitiasis predominó con 25.969 casos, seguida de apendicitis aguda y trastornos del sistema urinario. Entre los menores de un año, la principal causa de egreso fue la dificultad respiratoria del recién nacido, seguida de sepsis bacteriana e ictericia neonatal. Por otra parte, el mayor número de egresos se presentó en pacientes mayores de 65 años, seguido por los menores de un año

en el caso de los hombres, mientras que en mujeres el grupo más afectado fue el de 20 a 24 años. A nivel nacional, los egresos hospitalarios en 2017 sumaron 1'143.765, con una tasa neta de mortalidad hospitalaria de 14,27 por cada 1.000 egresos y una tasa bruta de 17,99 por cada 1.000 egresos (4).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, las complicaciones postoperatorias más frecuentes incluyen fiebre persistente, dolor abdominal intenso, distensión, vómitos, supuración de la herida quirúrgica y signos de irritación peritoneal (5). Para confirmar dichas complicaciones, los exámenes diagnósticos más utilizados son el hemograma que evidencia leucocitosis, la ecografía abdominal y, en algunos casos, la tomografía axial computarizada. Es relevante señalar que, en niños mayores de cinco años, la apendicitis aguda constituye la principal causa de abdomen agudo quirúrgico, mientras que en menores de dos años predomina la invaginación intestinal (6). Además, es necesario tener en cuenta que las tasas de perforación aumentan significativamente cuando el inicio del dolor supera las 36 horas. Es importante destacar que, en niños menores de cinco años, la presentación clínica puede ser atípica y la progresión hacia formas complicadas más rápida, lo que convierte al diagnóstico precoz en un reto clínico constante, dado que las tasas de perforación se sitúan entre el 30 y 65%, aumentando significativamente en menores de cuatro años y tras 36 horas de inicio del dolor (7).

Respecto a las opciones de tratamiento, estas dependen de la naturaleza de la complicación y pueden incluir antibioticoterapia de amplio espectro, drenaje quirúrgico, cuidados de la herida y, en casos severos, reintervención quirúrgica. Asimismo, las intervenciones de enfermería resultan fundamentales e incluyen la vigilancia de signos vitales, control del dolor, cuidado de la herida quirúrgica, monitoreo de signos de infección, apoyo emocional al paciente y su familia, así como educación sobre signos de alarma postoperatorios. Cabe destacar que estas acciones contribuyen de manera significativa a prevenir la progresión de las complicaciones y a favorecer la recuperación óptima del paciente pediátrico (8).

Adicionalmente, en apendicitis complicadas con gangrena, perforación o peritonitis, se incrementa el riesgo de complicaciones posoperatorias, fundamentalmente infecciosas, y aunque la mortalidad permanece por debajo del 1%, es indispensable un manejo oportuno y adecuado para minimizar riesgos (9). En situaciones más graves, como la presencia de shock séptico, la intervención quirúrgica es obligatoria debido al alto riesgo de fracaso del tratamiento conservador, y las decisiones deben tomarse considerando la evidencia previa sobre la fuente de infección, incluso cuando no se detecta perforación en la tomografía computarizada (10).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Brindar cuidados integrales de enfermería en paciente pediátrico con complicaciones por apendicectomía, promoviendo su recuperación óptima, que contribuyan su mejoría.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Valorar paciente pediátrico con complicaciones postquirúrgicas de apendicetomía, enfocándose en los signos y síntomas para su recuperación, mediante la utilización de los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Diseñar planes de cuidados de enfermería en paciente pediátrico con complicaciones postquirúrgicas de apendicetomía, mediante la metodología NANDA, NOC y NIC.
- Evaluar la eficiencia del proceso de atención de enfermería aplicado en el paciente pediátrico con complicaciones postquirúrgicas de apendicetomía.

### 3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

#### 3.1 Historia clínica

Paciente de sexo masculino, con 7 años, escolar. Quien acudió al servicio de emergencia acompañado de su madre por un cuadro clínico de 6 horas de evolución, caracterizado por: alza térmica de 37.8 °C y dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha con una intensidad de 7/10 en la escala del dolor. Negó vómitos y diarreas, y no refirió antecedentes personales patológicos (APP), antecedentes personales familiares (APF), ni antecedentes personales quirúrgicos (APQ). No presentó alergias conocidas y no se encontraba bajo medicación alguna al momento del ingreso.

Se encontraba algésico, con hipertermia de 39.1 °C, estado de hidratación conservado, consciente, alerta y orientado, con escala de Glasgow 13/15. De acuerdo a la valoración presento pupilas isocóricas y reactivas a la luz, mucosa oral húmeda y sin lesiones, cuello simétrico sin rigidez ni adenopatías palpables, tórax simétrico, con expansibilidad conservada, murmullo vesicular presente. No presentó signos de compromiso respiratorio ni evidencias clínicas de sepsis sistémica. Constantes fisiológicas: presión arterial: 95/58 mmHg; frecuencia cardíaca: 102 lpm; frecuencia respiratoria: 22 rpm; saturación de oxígeno: 99% en aire ambiente; temperatura axilar: 39.1 °C. Datos antropométricos: peso corporal de 20 kg y talla de 115 cm (ver Anexo 1).

Debido a que tenía un cuadro doloroso abdominal, el cual fue valorado por el cirujano pediatra que refirió tratamiento quirúrgico, bajo los diagnósticos de: abdomen agudo (R10.0) más apendicitis, no especificada (K37). El personal de emergencia ejecutó las siguientes intervenciones de manera oportuna: valoración inicial integral, incluyendo signos vitales, escala del dolor y nivel de conciencia; canalización de vía venosa periférica con técnica aséptica para asegurar acceso vascular; instalación de sueroterapia con solución cristaloide para mantener la hidratación y estabilidad hemodinámica; monitoreo continuo de signos vitales cada 15 minutos ante sospecha de deterioro clínico; registro detallado en historia clínica

de la evolución, signos clínicos y cuidados brindados; notificación inmediata al equipo quirúrgico para preparación del paciente al procedimiento.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente, se le realizó una apendicectomía convencional. Se monitorizó al paciente presentando los siguientes parámetros: presión arterial: 98/49 mmHg; frecuencia cardíaca: 100 lpm; frecuencia respiratoria: 24 rpm; temperatura: 36.3 °C; saturación: 99%. Además, permaneció en espera del pase a sala. Posterior al acto quirúrgico, el paciente fue trasladado a la sala de hospitalización pediátrica en compañía de su padre, en etapa postoperatoria inmediata. El diagnóstico prequirúrgico fue abdomen agudo (R10.0) y apendicitis aguda, no especificada (K37). El informe quirúrgico reportó hallazgos compatibles con apéndice cecal grado II, con base indemne y presencia de escaso líquido inflamatorio en cavidad abdominal.

Al examen físico posquirúrgico encontramos : cabeza normocéfala sin alteraciones visibles; mucosa oral semihúmeda, sin lesiones; pupilas isocóricas y reactivas a la luz; cuello simétrico, sin rigidez ni adenopatías palpables; tórax simétrico con buena expansibilidad torácica y murmullo vesicular conservado; abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación en la región periumbilical adyacente a la zona quirúrgica, herida cubierta con apósito limpio, seco e íntegro; ruidos hidroaéreos presentes, sin visceromegalia ni signos de irritación peritoneal; extremidades simétricas, móviles, sin edemas ni deformidades, con acceso venoso periférico permeable y funcional en la mano derecha.

Después permaneció en monitorización postoperatoria. Inició cuidados enfocados a la vigilancia de signos de infección, control del dolor, mantenimiento del acceso venoso, inicio progresivo de tolerancia oral según indicación médica y evaluación de la función gastrointestinal. Se brindaron medidas de confort, vigilancia continua y apoyo emocional al acompañante.

Luego de 12 horas de su ingreso en sala, se encontraba activo, reactivo y eutérmico, sin evidencia de dificultad respiratoria. Se observó edema facial leve, principalmente en región bpalpebral, así como en extremidades superiores, con mucosas húmedas. Los signos vitales se mantuvieron estables; no se registraron

alteraciones hemodinámicas significativas. La herida quirúrgica se mantuvo con apósito limpio y seco, aunque persistió dolor localizado en región perilesional. Se mantuvo acceso venoso periférico funcional. Se informó al equipo médico sobre los hallazgos de edema generalizado para valoración y ajuste terapéutico.

Tratamiento farmacológico instaurado en sala, pasando plan: cloruro de sodio al 0.9% 1000 ml, pasar IV a 32 ml/hora, ampicilina + sulbactam 750 mg IV cada 6 horas, ketorolaco 10 mg IV cada 8 horas, paracetamol 300 mg IV PRN. El paciente, al momento, se mantuvo estable, pero bajo vigilancia por cursar su primer día postquirúrgico. Se mantuvo en NPO, con seguimiento de balance hídrico cada 6 horas. Pendiente seguimiento por cirugía pediátrica. Se informó al familiar.

El familiar refirió que presentó por dos ocasiones vómitos en su postquirúrgico; se comunicó al médico de turno. Durante el primer día postoperatorio, el paciente presentó cuatro episodios de vómito de contenido bilioso, los cuales fueron cuantificados en el balance hídrico como 110 ml. Se mantuvo en NPO, con aporte parenteral de 1451 ml. El egreso total incluyó: 120 ml por punción intermitente (PI), 1040 ml de orina y 0 ml de heces, con un balance positivo de +161 ml en 24 horas. Se reportó una diuresis urinaria de 2.1 ml/kg/h. El gasto fecal continuó en 0 ml. Se encontró pendiente radiografía de abdomen simple de pie para descartar íleo o complicación abdominal.

En consecuencia, ante la sospecha de obstrucción intestinal secundaria a cuadro de abdomen agudo, confirmada por hallazgos clínicos y apoyo imagenológico, el paciente fue valorado por el equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP), quien indicó la necesidad de una reintervención quirúrgica inmediata. Ingresó a quirófano para realizar laparotomía exploratoria, procedimiento que fue ejecutado por el equipo de cirugía pediátrica. Durante el acto operatorio, el médico cirujano identificó bridas intestinales asociadas a adherencias postoperatorias de 24 horas, sin evidenciar signos de perforación ni necrosis intestinal. Se realizó liberación de adherencias, lavado peritoneal y revisión de asas. La cavidad fue cerrada por planos y se dejó colocado un dren Penrose en hipogastrio, funcional al término del procedimiento.

La herida quirúrgica quedó cubierta con apósito estéril, limpio y seco. El paciente fue trasladado a UCIP para vigilancia postoperatoria inmediata, bajo indicaciones médicas de: reposo gastrointestinal (NPO), control estricto de signos vitales, balance hídrico horario, analgesia, antibioticoterapia y monitoreo del drenaje (ver Anexo 3).

En su postoperatorio inmediato de laparotomía exploratoria, en etapa de reversión anestésica, presentó broncoespasmo, saturando 84–86%, con taquicardia de 162 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto. Continuó conectado a la máquina de anestesia y recibió tratamiento broncodilatador, pero persistió el broncoespasmo, por lo que el médico anesthesiólogo realizó interconsulta con UCIP. El médico especialista indicó el pase inmediato a la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

A su ingreso en UCIP, el paciente fue abordado bajo los diagnósticos de: insuficiencia respiratoria aguda (J960), abdomen agudo (R10.0), apendicitis aguda no especificada (K37), laparotomía exploradora (obstrucción intestinal) con liberación de adherencias de asa (entre ciego e íleon), colocación de dren, síndrome de obstrucción bronquial (J46X) y septicemia no especificada (A419).

Se encontraba activo, reactivo e irritable a la manipulación, con facies álgica. Se encontraba en su postquirúrgico inmediato, con dren tubular y herida quirúrgica con apósito húmedo sanguinolento. El médico realizó cambio de gases. Se encontraba intubado y conectado a ventilación mecánica convencional. A la auscultación, presentó estertores crepitantes con predominio izquierdo y sibilancias al final de la espiración, por lo que el médico especialista sospechó edema agudo de pulmón de tipo no cardiogénico. Fue necesario utilizar parámetros altos del ventilador, con aumento de la driving pressure, debido a hipoxemia sostenida.

El médico pediatra procedió a la colocación de una vía central con dos lúmenes permeables. Fue valorado con diagnóstico de choque séptico. Se mantuvo con ventilación mecánica invasiva a través de Tubo Endotraqueal (TET) 5.5 mm con balón, fijado a 16 cm. Se encontraba entubado, sedado y conectado a ventilador mecánico convencional. Continuó con dren tubular en cavidad abdominal,

funcional; la herida quirúrgica permaneció cubierta con apósito estéril, sin signos de sangrado activo externo. Se mantuvo vía central de doble lumen permeable.

Durante el turno, el paciente presentó sangrado rojo rutilante con coágulos, cuantificado en 20 ml, a través del tubo endotraqueal, compatible con hemorragia de la vía aérea baja. Ante el hallazgo, el médico especialista indicó ácido tranexámico IV, como agente antifibrinolítico, más fitomenadiona (vitamina K1) IV, para la corrección de una posible coagulopatía.

Al examen físico se observó tono muscular conservado, cabeza normocéfala, cabello normoimplantado, ojos simétricos con isocoria pupilar, nariz simétrica con sonda nasogástrica abierta que eliminó 25 ml de líquido bilioso. Se realizó reposición con Lactato de Ringer 25 ml en 1 hora. El paciente se mantuvo en NPO; presentaba mucosas orales semihúmedas. Se encontraba intubado con tubo número 5.5 con balón, fijado a 16 cm, conectado a ventilación mecánica convencional, bajo sedoanalgesia, sin datos de broncoespasmo. Se mantuvo el trabajo de terapia respiratoria con aspiraciones de secreciones por necesidad.

Posterior a su ingreso al área de pediatría, el médico indicó cuidados de enfermería, control de signos vitales, balance hídrico, deambulación asistida, cuidados de herida quirúrgica, y plan de medicación compuesto por: cloruro de sodio líquido parenteral 0.9%, bolsa funda flexible y autocolapsable 1000 ml a IV (intravenoso) 150 ml/hora (flujo y medio), ceftriaxona 2 g IV cada día, metronidazol 500 mg IV TID, amikacina 500 mg IV cada día, paracetamol 960 mg IV cada 6 horas, ketorolaco 30 mg IV cada 8 horas. Se indicó comunicar novedades al médico tratante de guardia (ver Anexo 4).

Luego de 3 días de su estancia presento abdomen blando, depresible, no doloroso a palpación, herida quirúrgica infraumbilical con dehiscencia de puntos en extremo superior y débito serosos leve, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalias; extremidades simétricas, móviles, no edemas.

Debido a esto es valorado por el servicio de cirugía pediátrica quien indico programar cirugía de emergencia en conjunto a médico tratante de cirugía pediátrica, se explica a madre y padre acerca de la patología, el procedimiento

quirúrgico que necesita sus ventajas y posibles complicaciones, sin embargo, padre y madre refirieron entender y tomaron la decisión de solicitar el alta a petición asumiendo cualquier responsabilidad que la patología actual pueda presentar su familiar.

### **3.2 Valoración Integral de enfermería**

Se realizó la valoración cefalocaudal con el objetivo de identificar posibles anomalías: cabeza normocéfalo, pupilas reactivas isocóricas, cuello simétrico, sin adenopatías; tórax: simétrico, expandible, murmullo vesicular conservado, no auscultó estertores, ruidos cardíacos rítmicos, no presentó soplo; abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa ilíaca derecha, Blumberg y McBurney positivos, ruidos hidroaéreos presentes; extremidades: superiores e inferiores simétricas móviles, sin edema (Ver anexo 2).

La valoración integral de enfermería en el paciente pediátrico, basada en el modelo de Marjory Gordon, constituye un proceso sistemático y organizado que permite al profesional obtener información completa y precisa sobre el estado de salud del niño. En el contexto de hospitalización pediátrica, los datos se recaban mediante la observación clínica, la comunicación con el paciente considerando su nivel de desarrollo cognitivo y emocional, y la información aportada por los padres o cuidadores. Este enfoque garantiza una atención individualizada, segura y centrada en las necesidades del niño. A continuación, se expone la información obtenida a través del modelo teórico mencionado (ver anexo 5 y 6).

Inicialmente, se valoró el patrón manejo-percepción de la salud, a través de la madre (cuidadora principal). Se recogió información que indicó un historial de salud previamente estable, sin patologías crónicas conocidas. El ingreso se produjo por cuadro agudo quirúrgico complicado. Se evidenció un entorno familiar participativo y colaborador durante la atención.

Se evaluó el patrón nutricional-metabólico, el paciente presentó un peso de 20 kg y una talla de 115 cm, valores que permiten valorar su estado nutricional en relación con su edad. Debido al postoperatorio y a la presencia de vómitos biliosos, se mantuvo en ayuno (NPO) en varios periodos de su hospitalización, lo que generó

riesgo de desequilibrio nutricional. Se reportó un balance hídrico positivo de +161 ml en 24 horas, con un aporte parenteral de líquidos adecuado, aunque persistió la pérdida de volumen por drenaje abdominal y vómitos. Las mucosas permanecieron semihúmedas y el estado de hidratación fue conservado. En cuanto a la temperatura corporal, presentó hipertermia de 39.1 °C al ingreso, lo que se relaciona con el proceso infeccioso abdominal, y posteriormente se mantuvo estable bajo tratamiento. Todo ello evidencia riesgo de alteraciones en el metabolismo y en el estado nutricional durante la hospitalización.

En el patrón eliminación, se hizo seguimiento de cuantificación de diuresis de 24 horas. Vía oral, estaba en NPO; parenteral: 1451 ml, y egresos: PI 120 ml, orina: 1040 ml (color amarillo claro), vómitos: 110 ml de color bilioso, heces: no presento. Esto fue en el área de hospitalización pediátrica. Luego de esto, se le colocó sonda vesical por ingreso a quirófano. Además, se registró drenaje abdominal con débito seroso leve. Durante su estancia en UCIP presentó un episodio de hemorragia en la vía aérea baja, evidenciado por sangrado rojo rutilante con coágulos a través del tubo endotraqueal, cuantificado en 20 ml, lo cual requirió intervención médica inmediata.

En el patrón actividad-ejercicio, se evaluó el estado cardiovascular del paciente, presentando una presión arterial (P.A.) de 95/58 milímetros de mercurio, frecuencia cardíaca (F.C.) de 162 latidos por minuto, frecuencia respiratoria (F.R.) de 22 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno (SPO<sub>2</sub>) de 84% al aire ambiente, De acuerdo con la valoración de movilidad, se encontró que manifestaba intenso dolor a nivel abdominal y debilidad asociada al procedimiento quirúrgico.

Además, el patrón sueño y descanso se encontraba alterado, ya que, después de haber pasado por una cirugía, experimentaba dificultades para conciliar el sueño debido a un dolor persistente en la zona intervenida. El niño no lograba encontrar un descanso reparador. Durante la noche, su patrón de sueño se vio alterado, ya que se despertaba constantemente debido a las molestias.

Se valoró el patrón cognitivo-perceptual, en donde el paciente estaba orientado en tiempo, espacio y persona. En el patrón autopercepción y autoconcepto, se

encontraba activo, reactivo, irritable a la manipulación, con facies álgica; cursaba postquirúrgico inmediato.

Del mismo modo, se identificó el patrón rol-relaciones, donde el paciente se encontró acompañado por la madre en el ingreso hospitalario. Luego en horas de la noche llegaba su padre, ambos mostraron mantener una buena relación con su hijo y, así mismo, él mostraba ese cariño mutuo hacia sus progenitores. Por otro lado, no mostraba alteraciones en su patrón de sexualidad y reproducción en ese momento, ya que su edad y desarrollo físico aún no indicaban la aparición de características sexuales secundarias. Durante el proceso de seguimiento, se observó que su comprensión sobre la sexualidad era aún limitada, acorde a su etapa de desarrollo. No hubo inquietudes sobre su capacidad reproductiva, ya que el enfoque del tratamiento estaba centrado en su recuperación física y bienestar general.

En el patrón adaptación-tolerancia al estrés, el refirió no presentar tensión emocional. por el procedimiento al que sería sometido, aunque la madre se mostró nerviosa y preocupada. Ante esta situación, se le brindó consejería por parte del personal de salud, lo cual ayudó a tranquilizarla para favorecer un ambiente estable para su hijo. Sin embargo, la familia en general presentó un afrontamiento inadecuado frente a la gravedad del cuadro, lo cual se reflejó en la decisión de solicitar la alta voluntaria pese a la recomendación de una cirugía de emergencia. Esta situación resalta la necesidad de acompañamiento emocional y educativo continuo tanto para el paciente como para su familia.

Finalmente, en el patrón valores y creencias, el paciente y su progenitora manifestaron ser de la religión evangélica; tenían fe en Dios y en el personal de salud en que todo iba a salir bien.

### 3.3 Plan de cuidados de enfermería

**Tabla 1**

Plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 12. Confort				
<b>00132 Dolor agudo</b> m/p facies álgica r/c procedimiento quirúrgico	Dominio: Salud percibida (V) Clase: Sintomatología (V)	210201 Dolor referido	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 2 Aumentar a: 4
	<b>2102</b> <b>Nivel del dolor</b>			
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	Clase E: fomento de la comodidad física: intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.			
	<b>1400 Manejo del dolor</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.</li> <li>- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</li> <li>- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.</li> <li>- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.</li> </ul>			

*Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.*

*Elaborado por: Autora*

**Tabla 2**

Plan de cuidados de enfermería

<b>Diagnóstico enfermero (NANDA)</b>	<b>Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)</b>			
Dominio 3. Eliminación e	<b>Resultados</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación Diana</b>
intercambio Clase. Función respiratoria  <b>00030 Deterioro del intercambio de gases</b> R/C: broncoespasmos M/P: hipoxemia	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar (E)  <b>0402-Estado respiratorio: intercambio gaseoso</b>	040211 Saturación de O2	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 2 Aumentar a: 4
<b>Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)</b>				
Dominio 2: Fisiológico: complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática	Clase K: Control respiratorio Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso			
<b>3140 Manejo de la vía aérea</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación.</li> <li>- Insertar una vía aérea oral o nasofaríngea, según corresponda.</li> <li>- Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.</li> <li>- Administrar broncodilatadores, según corresponda.</li> <li>- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.</li> </ul>				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

**Tabla 3**

Plan de cuidados de enfermería

<b>Diagnóstico enfermero (NANDA)</b>	<b>Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)</b>			
Dominio 11. Seguridad/Protección	<b>Resultados</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación Diana</b>
Clase 02. Lesión física  <b>00206 riesgo de sangrado</b> Hemorragia R/C alteración de la coagulación M/P sangrado rojo rutilante con coágulos por tubo endotraqueal.	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar (E)  <b>0409 Coagulación sanguínea</b>	40901 Formación de coágulos  40902 Sangrado	1. Gravemente 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 2 Aumentar a: 4  Mantener en: 2 Aumentar a: 4
<b>Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)</b>				
Dominio 2: Fisiológico: complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática	Clase N: Control de la perfusión tisular Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos			
<b>4010 Prevención de hemorragias</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias.</li> <li>- Proteger al paciente de traumatismos que puedan ocasionar hemorragias.</li> <li>- Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay presencia de sangre franca u oculta).</li> </ul>				

*Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.**Elaborado por: Autora*

#### 4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

El dolor postoperatorio es una manifestación esperada tras procedimientos quirúrgicos como la apendicectomía, especialmente en pacientes pediátricos. En este caso, el diagnóstico NANDA de dolor agudo se evidenció por la facies álgica y el llanto persistente del paciente, con una puntuación de 7/10 en la escala del dolor. Esta sintomatología resulta relevante, ya que puede influir negativamente en la recuperación, alterando el patrón de sueño y descanso, como se observó en la valoración integral. Las intervenciones de enfermería aplicadas, como el manejo del dolor mediante la administración oportuna de analgésicos y el monitoreo constante, permitieron reducir la intensidad del dolor, logrando una mejora progresiva en el confort del paciente. Comparado con otros estudios, como el de Cabello-Peña, se reafirma que una adecuada valoración y tratamiento del dolor postoperatorio reduce complicaciones y la estancia hospitalaria (11). Este caso demuestra que la valoración continua y personalizada del dolor no solo mejora la experiencia del niño hospitalizado, sino que también puede prevenir complicaciones asociadas al estrés y la inmovilidad postoperatoria, optimizando los resultados clínicos y la seguridad del paciente.

Se observó deterioro del intercambio gaseoso, evidenciado por broncoespasmo, hipoxemia con saturación de oxígeno de 84-86% y estertores crepitantes a la auscultación pulmonar, sugiriendo un compromiso respiratorio severo. Esta alteración fue especialmente crítica en el período posterior a la laparotomía exploratoria y durante la fase de reversión anestésica, momento en que el paciente presentó mayor inestabilidad respiratoria. Diversos estudios, como el de Maia Pascoal, señalan que las complicaciones respiratorias en pacientes pediátricos postoperatorios incrementan el riesgo de prolongar la estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y elevan la mortalidad si no se realiza un manejo precoz (12). En este contexto, la implementación del manejo de la vía aérea fue esencial. Esta incluyó intervenciones específicas como el posicionamiento adecuado del paciente, la aspiración de secreciones y la administración de broncodilatadores, que contribuyeron a la estabilización clínica. Estas medidas repercutieron positivamente en la mejora de la saturación de oxígeno y la reducción del esfuerzo

respiratorio, evidenciando el rol fundamental del personal de enfermería en la prevención y manejo del deterioro respiratorio agudo postoperatorio.

El riesgo de sangrado fue evidente al observar hemorragia a través del tubo endotraqueal, una complicación poco frecuente pero grave en el contexto postoperatorio y de ventilación mecánica. Este hallazgo es clínicamente significativo, ya que indica un posible trastorno de la coagulación, asociado a septicemia y la administración de múltiples fármacos. Las intervenciones aplicadas para la prevención de hemorragias, que incluyeron vigilancia estricta, administración de ácido tranexámico y vitamina K, junto con la protección ante posibles traumas, fueron determinantes para evitar un desenlace fatal. La literatura, como lo plantea Piamó Morales, indica que el sangrado por vía aérea puede reflejar daño tisular o coagulopatía, lo que requiere intervención inmediata (13). Estas acciones de enfermería no solo mitigaron el riesgo, sino que también garantizaron una respuesta rápida y coordinada con el equipo multidisciplinario.

## 5. CONCLUSIONES

La aplicación del modelo de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon permitió realizar una valoración exhaustiva e integral del estado de salud del paciente pediátrico. Lo que permitió detectar de manera precoz complicaciones postoperatorias como vómito bilioso persistente, broncoespasmo e hipoxemia. Los patrones funcionales alterados fueron principalmente el de eliminación y el respiratorio, estos hallazgos fueron fundamentales para una intervención oportuna que evitó el deterioro clínico progresivo del paciente.

Se diseñaron planes de cuidados estructurados con base en la taxonomía NANDA, NOC y NIC, lo que permitió abordar de forma específica las necesidades clínicas del paciente. Los diagnósticos como dolor agudo, deterioro del intercambio gaseoso y riesgo de sangrado reflejaron fielmente las condiciones identificadas en la valoración, y se tradujeron en resultados esperados medibles y alcanzables, facilitando un cuidado enfermero dirigido y sistemático.

La eficiencia del proceso de atención de enfermería fue evidenciada en la respuesta clínica favorable del paciente ante las complicaciones presentadas. Las acciones de enfermería permitieron una detección oportuna de eventos críticos, como el broncoespasmo y la hemorragia vía aérea, y facilitaron una actuación inmediata en coordinación con el equipo multidisciplinario, lo que redujo riesgos de desenlaces adversos.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguiló J, Peiró S, Muñoz C, del Caño JG, Garay M, Viciano V, et al. Efectos adversos en la cirugía de la apendicitis aguda. *Cirugía Española*. 2020 Nov 1;78(5):312–7.
2. Vista de Complicaciones postoperatorias en los pacientes sometidos a cirugía de apendicitis aguda | RECIAMUC [Internet]. [cited 2025 Feb 15]. Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/377/579>
3. Valderrama Gutiérrez MR, Hernández Quintero JM. Complicaciones en pacientes postoperados de apendicectomía con manejo ambulatorio en el hospital general de Ecatepec las Américas. 2022.
4. Quir C, Med F, Apendicitis Aguda U, Massaferrero G, Martín J, Marsicano C. Apendicitis aguda y sus complicaciones.
5. Díaz MJM. Dolor abdominal agudo. *An Pediatría Contin*. 2021 Nov;7(6):326–32.
6. Manejo del abdomen agudo pediátrico – Dr. Fernando Torres Jaramillo – Cirujano General Quito.
7. González-Chávez JL, Embriz-Sánchez AJ, Reyna-Manzano JF, Terriquez-Rodríguez S, González-Chávez SA, González-Chávez JL, et al. Pronóstico postquirúrgico en niños con apendicitis complicada, experiencia en un centro médico de segundo nivel. *Rev Mex pediatría*. 2022 May;89(3):99– 103.
8. Richardsen I, Schöb DS, Ulmer TF, Steinau G, Neumann UP, Klink CD, et al. Etiology of Appendicitis in Children: The Role of Bacterial and Viral Pathogens. *J Investig Surg*. 2016 Mar;29(2):74–9.
9. Man Y, Li S, Yu Z. Septic shock caused by acute appendicitis complicated with abscess formation within mesoappendix: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2020 Jan 1;76:186.
10. Paulina M, Atavallo A. Complicaciones postoperatorias de apendicectomía convencional versus abordaje laparoscópico: Postoperative complications of conventional appendectomy versus the laparoscopic approach. *LATAM Rev Latinoam Ciencias Soc y Humanidades*. 2023 Apr 14;4(1):4327-4336–4327–4336.

11. Cabello-Peña SA, Gómez-Contreras ÓA, Carranza-Dantés LA. Dolor postoperatorio en pediatría: evaluación y manejo. Rev Mex Anesthesiol [Internet]. 2024 [citado el 13 de julio de 2025];47(2):113–8. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0484-79032024000200113](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032024000200113).
12. [citado el 13 de julio de 2025]. Disponible en: <http://chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgicfindmkaj/https://www.scielo.br/j/rlae/a/xFp6hb39cJXmsg7gDz8B4b/?format=pdf&lang=es>.
13. Morales AJP, Rojas M. Uso de ácido tranexámico en las hemorragias. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. 2019 [citado el 13 de julio de 2025];57(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003474932018000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932018000400008).

## 7. ANEXOS

### Anexo 1.

Evolución	Indicaciones
<p><b>Área: emergencia</b></p> <p>Se valora a paciente escolar masculino de 7 años, acompañado de la madre acude a la emergencia por cuadro clínico de 6 horas de evolución caracterizado por: alza térmica cuantificada 37.8°C. dolor abdominal de forma difusa en todo el abdomen con intensidad 7/10, niega vómitos y diarreas. a su llegada a la emergencia paciente estable, álgido, hemodinámicamente compensado, febril 39.1°C, normohidratado, activo, reactivo, Glasgow 15/15, sin signos de dificultad respiratoria, no aspecto séptico. se indica exámenes de laboratorio, radiografía de abdomen, interconsulta con cirugía pediátrica (enviado por zimbra). signos vitales: presión arterial: 95/58 mmHg, frecuencia cardiaca: 102 latidos por minutos, frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minutos, saturación: 99% al ambiente, temperatura: 39.1°C, peso: 20 kg, talla: 115 cm. examen físico: cabeza normocéfalo, pupilas reactivas isocóricas, cuello simétrico, sin adenopatías tórax: simétrico, expandible, murmullo vesicular conservado, no ausculto estertores, ruidos cardiacos rítmicos, no soplo, abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, blumberg y mcburney positivo, ruidos hidroaéreos presente, no visceromegalia, extremidades: móviles, sin edema. análisis y comentario: paciente con cuadro doloroso abdominal, vómitos de 6 horas de evolución, el cual es valorado por el (cirujano pediatra) el mismo refiere que requiere tratamiento quirúrgico, por lo que se decide ingreso, bajo los diagnósticos de: abdomen agudo (r100) más apendicitis, no especificada (k37). se pasa carga hídrica a 10 ml/kg en 1 hora y luego continuar con flujo basal. recabar exámenes de laboratorio y radiografía de abdomen. plan: hospitalización, npo, cloruro de sodio 0.9% a pasar carga hídrica a 10 ml/kg en 1 hora y luego continuar a flujo basal, paracetamol 15 mg/kg/dosis iv cada 6 horas, ketorolaco 1 mg/kg/dosis iv cada 8 horas, ampicilina 150 mg/kg/día IV cada 6 horas (día 0/7). comunicar novedades a médico de guardia e informar a familiares.</p>	<p>Medidas generales:</p> <p>control de signos vitales, cuidados de enfermería. monitorización continua, balance hídrico cada 6 horas, deambulacion asistida, cuidados de herida quirúrgica, nada por vía oral hasta segunda orden. comunicar novedades a médico tratante de guardia. informe a familiares</p>

## Anexo 2.

<i><b>Evolucion</b></i>	<i><b>Indicaciones</b></i>
<p><b>Área: hospitalización</b></p> <p>Recibo paciente escolar masculino de 7 años, abordado bajo los diagnósticos de abdomen agudo (r100) + apendicitis aguda, no especificada (k37) + apendicectomía convencional con hallazgos quirúrgicos: apéndice cecal grado ii, base indemne escaso líquido inflamatorio. se recibe en sala en compañía de su padre.</p> <p>Se recibe a paciente: activo, reactivo, Glasgow 15/15, sin signos de dificultad respiratoria. con signos vitales aparentemente estables acorde a su edad, al examen físico: cabeza normocéfalo, mucosa oral semihúmeda, pupilas reactivas, isocóricas, cuello simétrico, sin adenopatías tórax: simétrico, expandible, abdomen: blando, depresible, doloroso en región adyacente a herida quirúrgica, la cual está cubierta por apósito limpio y seco, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalia, extremidades: móviles, sin edema con presencia de acceso venoso en extremidad superior derecho (mano) canalizado el 14/12/24 con catéter número 20. dentro de los documentos de carpeta pendiente: sello por parte del cirujano pediatra (Dr. Villafuerte paulo) en formato de cirugía segura y consentimiento informado de tratamiento quirúrgico. paciente continua en unidad bajo observación del personal de enfermería y en compañía del familiar (padre) , paciente con seguimiento por servicio de cirugía pediátrica.</p>	<p>Control de signos vitales, balance hídrico.</p> <p>Digestivo: nada por vía oral hasta segunda orden.</p>

## Anexo 3

## Orden de Imagen

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN														
SERVICIO			ESPECIALIDAD	CAMA	SALA	PRIORIDAD								
EMERGENCIA	<input type="checkbox"/>	CONSULTA EXTERNA	<input type="checkbox"/>	HOSPITALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	MEDICINA GENERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	URGENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	RUTINA	<input type="checkbox"/>	CONTROL	<input type="checkbox"/>
C. ESTUDIO DE IMAGENOLÓGIA SOLICITADO														
RX CONVENCIONAL	RX PORTÁTIL	TOMOGRÁFIA	RESONANCIA	ECOGRAFÍA	MAMOGRAFÍA	PROCEDIMIENTO	OTRO	SEDACIÓN	SI	NO				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
DESCRIPCIÓN ==>														
RADIOLOGIA CONVENCIONAL														
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN										PRIORIDAD			
71020	EXAMEN RADIOLOGICO, TÓRAX, DOS POSICIONES, FRONTAL Y LATERAL.										URGENTE			
240078	1 RAYOS X PORTÁTIL										URGENTE			
D. MOTIVO DE LA SOLICITUD														
REGISTRAR LAS RAZONES PARA SOLICITAR EL ESTUDIO														
FUM (aaaa-mm-dd)	<input type="checkbox"/>	PACIENTE CONTAMINADO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>							
CONTROL														
E. RESUMEN CLÍNICO ACTUAL														
REGISTRAR DE MANERA OBLIGATORIA EL CUADRO CLÍNICO ACTUAL DEL PACIENTE														
<p>PACIENTE EN CONDICIONES CLÍNICAS CRÍTICAS CON ALTAS PROBABILIDADES DE FALLECER BAJO SEDOANALGESIA Y MIORELAXACION. CON VENTILACION MECANICA CON PARAMETROS DE PROTECCION PULMONAR CON EVIDENCIA DE SANGRADO POR TUBO ENDOTRAQUEAL ROJO RUTILANTE Y CON COAGULOS, CON LIQUIDOS PAUTADOS A FLUJO BASAL Y SOPORTE DE AMINA A 0.09MCG/KG/MIN AYUNADO. EN SEGUIMIENTO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA, POR EVOLUCION TORPIDA SE REINTERROGA A LA MADRE QUIEN REFIERE QUE DESDE HACE 3 SEMANAS PRESENTA TOS PRODUCTIVA ADEMAS DE HIPOREXIA Y PERDIDA DE PESO POR LO QUE SE DECIDE AMPLIAR EL ESTUDIO DE EXAMENES DE LABORATORIO PARA DESCARTAR OTRAS CAUSAS DE ORIGEN INFECCIOSO, SE LE INDICA A FAMILIAR LAS CONDICIONES DEL PACIENTE EL ALTO RIESGO DE FALLECER.</p>														
F. DIAGNÓSTICO														
	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF							
1	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960	<input type="checkbox"/>	X	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2	ABDOMEN AGUDO	R100	<input type="checkbox"/>	X	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3			<input type="checkbox"/>		6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

## **Anexo 4.**

### **1. Patrón de Percepción y Manejo de la Salud**

- ¿El paciente percibe su estado de salud como bueno o aceptable?
- (Si/ No)
- ¿El paciente realiza chequeos médicos regulares? (Si / No)
- ¿El paciente sigue tratamientos médicos o intervenciones para mejorar su salud? (Si / No)

### **2. Patrón Nutricional - Metabólico**

- ¿El paciente tiene una dieta equilibrada? (Si / No)
- ¿El paciente ha experimentado una pérdida o aumento significativo de peso recientemente? (Si / No)
- ¿El paciente consume suficientes líquidos (agua, jugos, etc.) diariamente? (Si / No)

### **3. Patrón de Eliminación**

- ¿El paciente tiene problemas con la micción (dolor, dificultad, incontinencia)? (Si / No)
- ¿El paciente experimenta cambios en sus hábitos intestinales (estreñimiento, diarrea)? (Si / No)
- ¿El paciente utiliza algún medicamento para ayudar con la eliminación (laxantes, diuréticos)? (Si / No)

### **4. Patrón de Actividad - Ejercicio**

- ¿El paciente realiza actividad física regularmente? (Si / No)
- ¿El paciente experimenta fatiga o agotamiento fácilmente al realizar actividades cotidianas? (Si / No)
- ¿El paciente tiene alguna limitación en la movilidad (dolor, debilidad)? (Si/ No)

### **5. Patrón Cognitivo - Perceptual**

- ¿El paciente tiene dificultades para recordar o concentrarse? (Si/ No)
- ¿El paciente experimenta dolor en alguna parte del cuerpo? (Si / No)
- ¿El paciente tiene problemas de visión o audición? (Si / No)

## 6. Patrón de Sueño - Reposo

- ¿El paciente duerme al menos 7-8 horas por noche? (Si/ No)
- ¿El paciente tiene problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido? (Si / No)
- ¿El paciente se siente descansado al despertar? (Si / No)

## 7. Patrón de Rol - Relaciones

- ¿El paciente tiene relaciones familiares cercanas o satisfactorias? (Si / No)
- ¿El paciente mantiene relaciones sociales o de amistad? (Si / No)
- ¿El paciente experimenta conflictos en sus relaciones personales o laborales? (Si / No)

## 8. Patrón de Sexualidad - Reproducción

- ¿El paciente está satisfecho con su vida sexual? (Si / No)
- ¿El paciente tiene problemas relacionados con la sexualidad (dolor, falta de deseo)? (S / No)
- ¿El paciente ha experimentado problemas reproductivos (dificultades para concebir, infecciones)? (Si / No)

## 9. Patrón de Adaptación-Tolerancia al Estrés

- ¿El paciente tiene dificultades para manejar el estrés? (Si / No)
- ¿El paciente ha experimentado cambios recientes importantes en su vida que le causen estrés? (Si / No)
- ¿El paciente emplea mecanismos de afrontamiento saludables frente al estrés? (Si/ No)

## 10. Patrón de Valores y Creencias

- ¿El paciente tiene creencias religiosas o espirituales que influyen en su salud? (Si / No)
- ¿El paciente considera importantes sus valores o creencias en la toma de decisiones de salud? (Si / No)
- ¿El paciente ha mencionado barreras culturales que afectan su acceso o actitud hacia el tratamiento médico? (Si / No)

## 11. Patrón de Auto percepción

- ¿El paciente tiene una imagen positiva de sí mismo? (Si / No)
- ¿El paciente se siente satisfecho con su apariencia física y emocional? (Si / No)

- ¿El paciente tiene preocupaciones sobre su salud mental o emocional?  
(Si / **No**)