

NA 618551

TFH928

Depósito
rojo

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
MASTER DE ENFERMERIA DE LOS
CUIDADOS
MODULO: ENFERMERIA QUIRURGICA

	CEU <i>Biblioteca</i> <small>Universidad Cardenal Herrera</small>
Registro	
Núm.:	TFH928
Entrada día:	27 de abril de 2015

AUTOR: ROSA ANA IRANZO COBO DEL PRADO

Índice:

- 1. Datos personales, pág. 2**
- 2. Agradecimientos, pág. 3**
- 3. Resumen, pág. 4**
- 4. Palabras clave, pág. 4**
- 5. Introducción, pág. 5**
- 6. Hipótesis y objetivos, pág. 7**
- 7. Metodología, pág. 8**
- 8. Resultados, pág. 10**
- 9. Discusión, pág. 15**
- 10. Conclusiones, pág. 17**
- 11. Bibliografía, pág. 18**

Autor: Rosa Ana Iranzo Cobo del Prado

E-mail: riranzo@uch.ceu.es

Materia Modulo II: Enfermería quirúrgica

Título del Proyecto:

APENDICECTOMIAS NO LAPAROSCOPICAS: PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS VS CUIDADOS ENFERMEROS TRADICIONALES

Tipo de trabajo: Trabajo original

Tutor 1

Nombre y Apellidos: José María Tenías Burillo

Nombre y apellidos: José María Tenías Burillo

Firma:

Doctor en:

Medicina y Cirugía

Tutor 2

Nombre y apellidos: Maria Angeles Garcia Esparza

Nombre y apellidos: Maria Angeles Garcia Esparza

Firma:

Mi Angeles Garcia

Doctor en:

Ciencias por la universidad de Murcia. 2002

Agradecimientos:

Quisiera agradecer a todo el mundo que me ha ayudado en la consecución de este proyecto, entre ellos, quisiera destacar a la supervisora de Escolares quirúrgicos, Isabel, que de forma desprendida me permitió realizar el estudio de los planes de cuidados de las apendicectomías y me atendió cuando surgieron algunas dudas, y a todos los compañeros del servicio de Escolares y lactantes quirúrgicos, que sin saberlo con solo realizar su trabajo, también han colaborado activamente en este proyecto, ya que sin su labor bien realizada, nunca hubiera podido hacer la recogida de los datos y su posterior análisis. Mención especial a mi supervisora, que me oriento en momentos de dudas y sugirió posibles temas de estudio, entre los que se encuentra este. A Rafa, informático del CEU, que me ayudo muchísimo en la elaboración de la base de datos, a Carmen por su ayuda inestimable con los artículos, y a José Miguel, que sin su permiso nunca hubiera accedido a algunos de ellos, a Chema, que me ayudo, aconsejo y puso las pilas y al fin lo conseguí acabar, a mi familia, por permitir gastar tantas horas de ellos y a tantos que seguro me dejo sin nombrar que siempre han estado ahí cuando los he necesitado. En fin, a todos ellos, muchas gracias.

Resumen:

Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo en el que se describen las características y evolución clínica de una cohorte de niños que fueron sometidos a una apendicetomía no laparoscópica en el hospital la Fe de Valencia durante el año 2009. En este periodo de tiempo, fueron sometidos a la intervención 333 niños, de los cuales se seleccionaron a 178 a través de un muestreo aleatorio simple.

De esos 178 casos, se hizo una revisión de la historia clínica, para ver si habían entrado en el plan de cuidados que se acababa de instaurar en la unidad de Escolares Quirúrgicos y de Lactantes Quirúrgicos. Si estaban dentro del plan de cuidados, se recogían datos del dossier protocolizado, y de la gráfica de constantes y de tratamiento, en caso de que no estuvieran incluidos en el plan de cuidados, se procedió a la recogida de datos de la Valoración de enfermería, del registro pre y postquirúrgico, de los registros de enfermería y también de la gráfica de constantes y de tratamiento, como en el caso anterior.

La intención del estudio era observar el impacto de la inclusión de un plan de cuidados de enfermería en la evolución clínica y el control del dolor.

Las variables que se tuvieron en cuenta para valorar el dolor, aspecto un tanto subjetivo, fueron la escala EVA, el consumo de analgésicos y el tipo de analgésico consumido, ya sea Nolotil o Paracetamol, la presencia de vómitos, el haber realizado al menos una deposición y si han tenido algún problema con las vías venosas. Se consideró a su vez, la estancia clínica, la edad del paciente y la gravedad del proceso.

Palabras clave:

Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Evaluación de Resultado, procedimientos clínicos, Atención de Enfermería, Apendicectomía

Medical Subject Headings (MeSH): Outcome Assessment, Clinical Pathways, Nursing care, Appendectomy

Introducción:

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Hoy en día, se está buscando la calidad en todos los campos, incluido en el ámbito sanitario. Ésta se está midiendo por unos indicadores de eficiencia, que según la Doctora H. Palmer define como: "el grado con el que se consigue obtener el más alto nivel de calidad posible con unos recursos determinados", es decir, que estos indicadores de eficiencia a la larga reducen los costos hospitalarios y al usuario le hacen percibir que los cuidados a los que ha sido sometido son de calidad. Estos indicadores de calidad nos dicen si los cuidados enfermeros que se administran son los más adecuados en esa situación o se deberían haber administrado alguno distinto con los que se hubieran obtenido resultados mejores. (6) (Servicio valenciano de salud, capítulo 4, pág. 6).

Los cuidados enfermeros son muy diversos y cada enfermero, en situaciones parecidas puede realizar un mismo trabajo de formas muy diversas, y esto, a la larga, para el usuario le puede producir un cierto desconcierto, ya que no sabe cuál de los cuidados que se le administra de distinta forma es el mejor; para evitar esto, se están poniendo en marcha en el sector sanitario, la realización de unas vías clínicas o unos planes de cuidados, cuyo objetivo final es que todos los enfermeros realicen el trabajo de la misma forma y sepan cuando y en qué momento deben realizar las actividades que están programadas. Según Alfaro-LeFevre, las vías críticas son planes estándares desarrollados para ayudar a fijar prioridades diarias de cuidados, promover el logro de objetivos a tiempo, y reducir la duración de la estancia hospitalaria (1)(Alfaro-LeFevre, 1999, pág. 117).

Los planes de cuidados estandarizados (o protocolos de cuidados), ofrecen pautas de actuación adecuadas para pacientes con problemas similares y pueden ser útiles al planificar las actividades de un individuo concreto. (6)(Agencia valenciana de salud, capítulo 2, pág. 41)

Previo a la realización del estudio se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuidatge, Índice Médico Español (IME), CUIDEN, Cochrane Plus, CINAHL y en Teseo, con el fin de ver si hay estudios relevantes sobre vías clínicas en apendicetomías. Después de los resultados encontrados en la búsqueda bibliográfica se procede a la realización del trabajo de investigación.

Llama la atención, que se esté buscando la calidad en los cuidados enfermeros, y que casi no se encuentren estudios de protocolización de los cuidados o de implantación de vías clínicas en apendicetomías en las bases de datos antes citadas, solo se encuentra un estudio de la implantación de una vía clínica para la apendicitis infantil, publicado en el 2005 (2). ¿Quiere esto decir que no se llevan a cabo vías clínicas o protocolos? O será más bien que la enfermería es un colectivo que no está acostumbrado a realizar estudios de investigación o si se reúnen para protocolizar los cuidados, no dan un paso adelante para publicar sobre estos y que se conozca lo que la enfermería está realizando y llevando a cabo para unificar criterios y utilizar un lenguaje común, que a la larga beneficia al paciente, a la entidad donde se prestan los cuidados y a la profesión enfermera, llevándola al lugar donde tiene que estar (3-6).

En otro artículo hablan de los efectos adversos en la cirugía de la apendicitis, y ellos encuentran, entre otros un incidencia de infecciones de sitio quirúrgico (incluyen infecciones de herida y de organo/espacio) del 1,6% (7). Otros estudios relacionados se han realizado en nuestro medio, pero en población adulta (8), se trata de guías prácticas clínicas (9) o bien estiman el impacto económico atribuible a complicaciones, como la infección quirúrgica, en este tipo de intervenciones (10).

Ante la escasa bibliografía encontrada y conociendo que se ha implantado una estandarización de los cuidados en las apendicectomías no laparoscópicas, se decide realizar el estudio de la implantación de este plan de cuidados llevado a cabo con niños, en el Hospital La Fe de Valencia, durante el año 2009, el desarrollo de esta guía lo llevaron a cabo personal de enfermería del Servicio de Escolares Quirúrgicos y Lactantes quirúrgicos del mismo hospital durante el año anterior, 2008.

Hipótesis y objetivos:**Objetivo general:**

Estimar el impacto de la inclusión de un plan de cuidados de enfermería (vía clínica, mapa de cuidados) en la evolución clínica y control del dolor de las apendicetomías no laparoscópicas intervenidas en el Hospital La Fe de Valencia

Objetivos específicos:

Describir las características sociodemográficas y clínicas de los procesos de apendicectomía no laparoscópica atendidas en el Hospital La Fe durante el año 2009.

Estimar el nivel diario del dolor percibido por los pacientes mediante la utilización de una escala visual analógica (EVA) y el consumo de analgésicos durante la estancia hospitalaria.

Comparar la frecuencia de síntomas y complicaciones durante el ingreso hospitalario en relación a la inclusión o exclusión del paciente en el plan de cuidados de enfermería.

Describir y comparar la estancia hospitalaria en relación a la gravedad del cuadro clínico y la edad del paciente.

Metodología:

1. Diseño

Se trata de un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo en el que se describe las características y evolución clínicas de una cohorte de niños intervenidos de apendicetomía no laparoscópica

2. Selección de los pacientes

Mediante un muestreo aleatorio simple se llevó cabo una selección de 178 pacientes entre todos los intervenidos durante el año 2009.

3. Variables

Edad. Como variable continua y categorizada (2 a 5 años, 6 a 9 años y 10 a 13 años)

Sexo

Vómitos

Realización de al menos una deposición

Problemas con las vías venosas: extravasaciones, flebitis

Dolor.

Monitorización diaria de la intensidad del dolor con una escala visual analógica (EVA) en una escala de menor a mayor intensidad graduada de 0 a 10. Si el niño es muy pequeño y no es capaz de comprender la escala numérica, se utiliza la Escala Facial de Wong y Baker, que consiste en seis caras la primera es muy sonriente y la última triste y llorosa. Se le enseña al niño la secuencia y se le indica que las caras expresan dolor desde nada (cara sonriente) a máximo dolor (cara llorosa) y se le pide que transmita su dolor señalando la cara.(5) (Psicología del cuidado. Capítulo 6, pág. 122).

Se decide observar la escala EVA al ingreso y al tercer día para valorar como ha evolucionado la sensación dolorosa (suponemos que en el tercer día las molestias ocasionadas por la intervención ya han debido desaparecer o haber disminuido de forma notable).

Se recogió el consumo diario de analgésicos (metamizol magnésico y/o paracetamol).

Estancia hospitalaria (días)

Gravedad del proceso: apendicitis de tipo flemonosa o gangrenosa con o sin peritonitis

Entrada o no en el plan de cuidados

4. Fuentes de información y recogida de datos

La revisión se realizó sobre las historias clínicas. El Servicio de documentación del hospital facilita la información del número de historias que durante el 2009 han estado ingresados por GDR, (Grupos relacionados con el diagnóstico) 167, que corresponden a las apendicetomías no laparoscópicas, incluyendo solo aquellas que han ingresado en el 2009 (333 casos). Se seleccionaron para revisar 178 historias elegidas por muestreo simple aleatorio.

De esos 178 casos, se hizo una revisión de las historias clínicas, para ver si habían entrado en el plan de cuidados que se acababa de instaurar en la unidad de Escolares Quirúrgicos y de Lactantes Quirúrgicos. Si estaban dentro del plan de cuidados, se

recogían datos del dossier protocolizado (Anexo I y II), y de la gráfica de constantes y de tratamiento (Anexo III), y se hizo una revisión del registro de enfermería, seleccionando los datos relevantes..

En caso de que no estuvieran incluidos en el plan de cuidados, se procedió a la recogida de datos de la Valoración de enfermería (Anexo IV), del registro pre y postquirúrgico (Anexo V), al igual que de los registros de enfermería, la gráfica de constantes y de tratamiento, como en el caso anterior.

5. Estrategia de análisis

Análisis descriptivo. Se resumieron las variables cuantitativas con medidas de tendencia central (media o mediana, según la distribución gausiana o no de las variables) y de dispersión (desviación estándar y rango intercuartílico acompañando a la media y mediana respectivamente). Las variables cualitativas (categóricas) se describieron con frecuencia absolutas y relativas, expresadas como porcentajes.

Análisis bivariante. Se contrastaron los niveles de diferentes variables en relación a las categorías de diferentes grupos:

Contrastes de variables cuantitativas en dos grupos (por ej. estancia hospitalaria en relación al tipo de apendicitis, flemonosa o gangrenosa/peritonitis). Se llevó a cabo una *t* de Student para datos independientes.

Contrastes de variables cuantitativas en más de dos grupos (por ej niveles de dolor en tres categorías de edad): análisis de la varianza (ANOVA) o su equivalente no paramétrico (Kruskal-Wallis) si las condiciones de aplicación lo requerían.

Contraste de variables cualitativas (por ej. presencia/ausencia de síntomas en relación a la inclusión o exclusión en el plan de cuidados): mediante pruebas de Ji cuadrado (o test exacto de Fisher ante un número de efectivos esperados inferior a 5)
Todos los cálculos se realizaron con el programa estadístico PASW, versión 18.0 (SPSS Inc).

Resultados:

Análisis descriptivo

Se seleccionaron de forma aleatoria (muestreo aleatorio simple) 178 casos, 54 niñas (30,3%) y 124 niños (69,7). La edad media fue de 8,8 años (DE: 2,7 años; rango de 2 a 13 años).

La mayoría de apendicitis eran de tipo flemonosa (139: 78,1%) y una minoría de tipo gangrenosa y/o con peritonitis (39: 21,9%).

Tuvieron problemas con la vía venosa 16 niños (9%), , y presentaron vómitos al menos en una ocasión 56 niños (31,5%). La gran mayoría de niños (156: 87,6%) realizaron una deposición antes del tercer día.

Control del dolor (escala EVA)

Con respecto al control del dolor, éste varió en promedio en un 63,6 % (Tabla 1). Si se comprueba el valor de EVA al tercer día, 23 casos (62,2%) no tenían dolor. Si se observa la figura 1, se puede comprobar la gran diferencia de percepción de dolor, del día cero, que la media se encuentra en un 4,5 de valor de escala EVA, que corresponde con un dolor moderado, a la percepción de dolor que tienen al tercer día, que está en un valor de 1, en el que el dolor es escaso.

Tabla 1. Control del dolor

Variable	Media (DE)
EVA mínimo	1 (1,5)
EVA máximo	4,5 (1,8)
Cambio EVA (%)	63,6 (38,2)

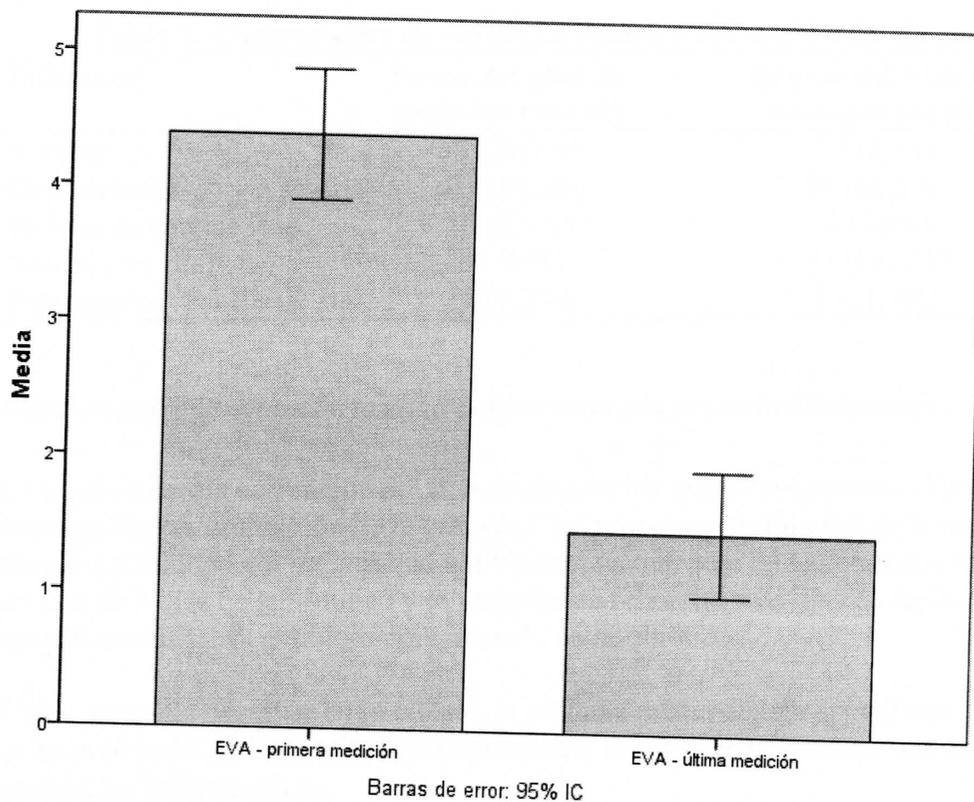


Figura 1. Varianza de EVA del día 0 al día 3

Consumo de analgésicos

El analgésico más consumido fue Nolotil, siendo raros (1,1%) los casos con menos de una dosis. El paracetamol fue consumido en mucha menor medida que Nolotil (Tabla 2)

Tabla 2. Consumo de analgésicos

	Sin toma	> 1 dosis
Nolotil	2 (1,1%)	88,8%
Paracetamol	237 (77%)	10,1%

Análisis bivariante

Contrastes en relación a la entrada o no en el plan de cuidados

La mayoría de pacientes (118: 66,3%) no entraron en el plan de cuidados y el resto (60: 33,7%) sí.

Al hacer una comparativa de todas las variables que se consideraron oportuno tener en cuenta por si podían incidir en la percepción del dolor de los pacientes que entraron en el plan de cuidados y los que no entraron, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre ambos grupos (Tabla 3).

Tabla 3. Comparativa de variables dentro y fuera del plan de cuidados

Indicador	Fuera del plan de cuidados (n=118)	Dentro del plan de cuidados (n=60)	p
Vómitos	35 (29,7%)	21 (35%)	0,58
Deposiciones	103 (87,3%)	53 (88,3%)	0,84
Problemas con las vías	10 (8,5%)	6 (10%)	0,74
Nolotil (> 1 día)	105 (89%)	53 (88,3%)	0,90
Paracetamol (> 1 día)	11 (9,3%)	7 (11,7%)	0,62

Relación entre la estancia, la edad del paciente y la gravedad del proceso

La estancia media en función del tipo de apendicitis que ha presentado el paciente varia, como es lógico, en función de la gravedad del proceso y en función de la necesidad de mayor durabilidad del tratamiento antibiótico, ya que para una apendicitis flegmonosa, precisa de 3 días de antibiótico y la gangrenosa requerirá más días de antibiótico y además asociar más antibioterapia, no solo un antibiótico.

Como se puede observar en la tabla 4, la estancia media de una apendicitis flemonosa, en el hospital la Fe de Valencia, fue en promedio, dos días más corta que en los casos de apendicitis gangrenosa.

Tabla 4. Estancia media en función del tipo de apendicitis

Tipo de apendicitis	Estancia	
	Media (DE)	p
Flemonosa	5,1 (0,9)	<0,001
Gangrenosa / peritonitis	7,1 (1,3)	

Al analizar la edad con la estancia media, se observa que hay tendencia a un aumento de la estancia cuanto menor es el niño, de tal forma que si se comparan los niños de edades comprendidas en torno a los 10-13 años, con los que tienen 2-5 años, la estancia es de 1,2 días más. (Tabla 5, Figura 2).

Tabla 5. Estancia media en función de la edad

Rango de edad	Estancia	
	Media (DE)	p
2 – 5 años (24)	6,2 (2,1)	0,03
6 – 9 años (72)	5,6 (1,2)	
10 – 13 años (77)	5,4 (1,1)	

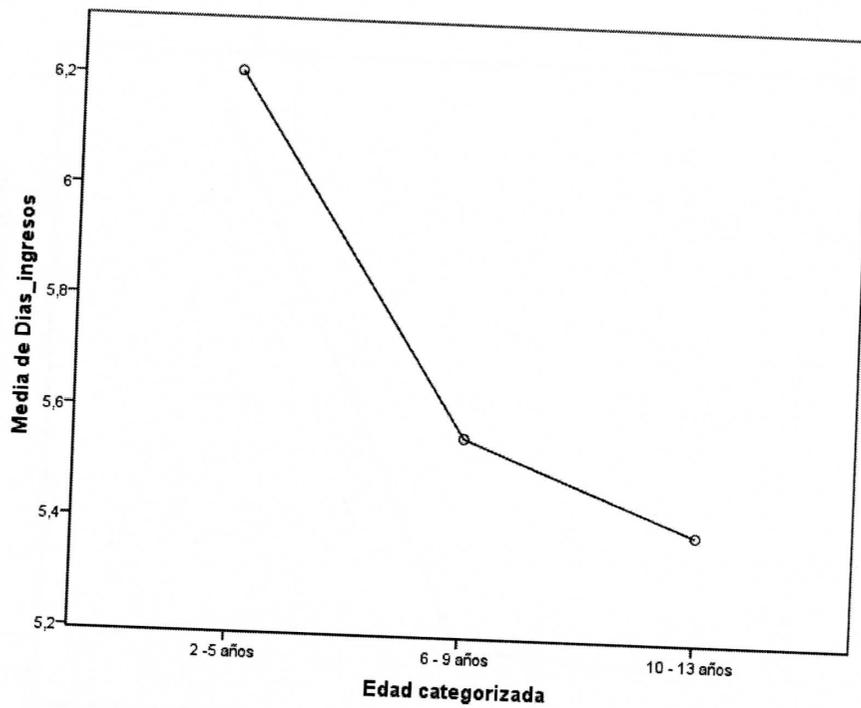


Figura 2. Media días de ingresos en relación con la edad

Control del dolor y edad

Al estudiar la estadística en función del rango de edad al tercer día según la escala de EVA (dato exclusivo de los niños que han entrado en el plan de cuidados) se puede observar que tiene mayor percepción de dolor los niños con edades comprendidas entre 2-5 años, en los que hay casi un punto por encima de los otros rangos de edad,. (Tabla 6, Figura 3). A pesar de ello, las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas .

Tabla 6. Control del dolor y edad al tercer día

Rango de edad	EVA – 3er día	
	Media (DE)	P
2 – 5 años	1,8 (2,4)	0,46
6 – 9 años	0,9 (1,2)	
10 – 13 años	0,8 (1,2)	

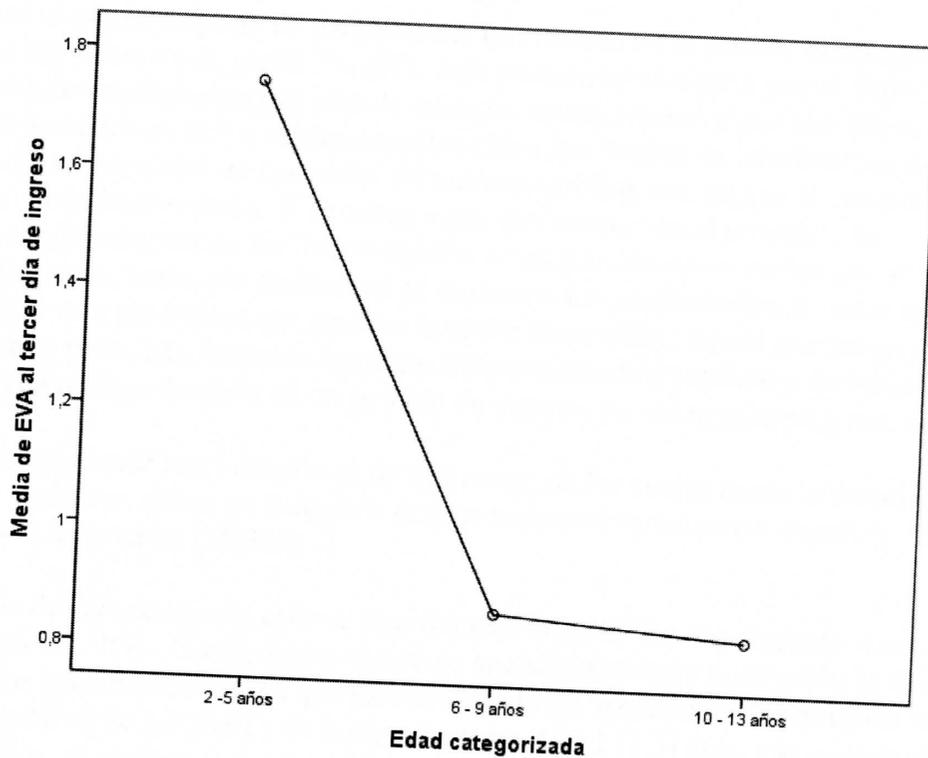


Figura 3. Media de EVA al tercer día en relación con la edad

Relación entre el consumo de analgésicos y la edad del paciente

El consumo de analgésico tampoco se relacionó de forma significativa con la edad del niño (Tabla 8) aunque los niños del rango de edad menor, entre 2-5 años, consumieron menos analgésico que el resto de niños (Tabla 7),

Tabla 7. Consumo analgésicos y edad del paciente

Rango de edad	Más de un día con Nolutil	Más de un día con paracetamol
2 – 5 años (24)	20 (83,3%)	3 (12,5%)
6 – 9 años (73)	63 (86,3%)	5 (6,8%)
10 – 13 años (80)	74 (92,5%)	10 (12,5%)
p	0,32	0,47

Discusión:

Es llamativo que la mayoría de los pacientes no entraran en el plan de cuidados, un 66,3% (118) y el resto sí, un 33,7% (60). Esto pudiera ser debido a que el 2009 fue el primer año de implantación del plan de cuidados estandarizado o por que inicialmente solo eran incluidos en la vía clínica aquellos niños que venían ya intervenidos desde quirófano a los servicios de Lactantes y Escolares quirúrgicos, ya que se considera el día 0 como el de la intervención. Y aquellos niños que estaban en el hospital, en observación, pendientes de ser intervenidos o no en función de su evolución, al principio no eran incluidos, hasta que finalmente se reunieron los profesionales de estos servicios para realizar otra vía clínica que pudiese acoger a estos niños, de ahí que hayan dos vías clínicas, muy parecidas, una para los niños intervenidos directamente y otra para aquellos que son intervenidos después de un periodo de ingreso, ya sea más largo o más corto.

La muestra analizada en el estudio es de 178 casos, de los cuales llama la atención que 54 son niñas y 124 son niños, es llamativo la diferencia porcentualmente de niños (69,7%) con respecto al de niñas (30,3%)

La mayoría de las apendicitis eran de tipo flemonosas (78,1%) con respecto a las gangrenosas (21,9%). Con respecto al tipo de apendicitis, llama la atención la estancia media de las apendicetomías, ya que para el caso de las apendicitis flegmonosas la estancia media es de 5,1 (0,9) y de las gangrenosas de 7,1 (1,3) días, y al compararla con otros estudios, se encuentra que la apendicitis flegmonosa tiene una estancia media de 3,0+- 0,5 días y de la que ellos llaman complicada es de 6,81+- 1,6 días, como se puede ver en estos resultados la complicada o la que en este estudio se denomina gangrenosa si tiene la misma duración prácticamente, pero la flemonosa en este estudio es bastante superior.

Con respecto a la percepción del dolor, según la variable EVA, varía entorno a un mínimo 1 (1,5) y un máximo 4,5 (1,8), y al medir la variable EVA al tercer día, la mayoría de los pacientes (23 casos: 62,2%) no tenían dolor (EVA=0).

Con respecto al consumo de analgésicos, solo una minoría de casos (2: 1,1%) no tomo analgésico tipo nolotil con respecto al 88,8% que consumió más de una dosis. El paracetamol fue consumido en un 23% y solamente el 10,1% de los pacientes tomó más de una dosis.

La frecuencia de complicaciones fue la esperada: un 31,5% de los casos tuvieron presencia de vómitos, y un 9% de ellos tuvo problemas con la vía venosa y requirió un cambio de esta. Y el 87,6% de los casos realizó una deposición antes de los tres días. Si se comparan los resultados de los vómitos, deposiciones, problemas con las vías venosas y consumo de analgésico, en función de si han entrado o no en el plan de cuidados, se puede observar que los resultados son prácticamente iguales.

La edad se relacionó de forma significativa con la estancia hospitalaria con un acortamiento de la misma en los pacientes de mayor edad.: La percepción del dolor y el consumo de analgésicos no varió de forma significativa con la edad aunque la percepción del dolor fue mayor en los niños más pequeños (de 2 a 5 años)

Llamó la atención durante la recogida de datos, que si el paciente no estaba incluido en

el plan de cuidados, solo en un caso, durante un turno de tarde se indico la presencia de dolor con la escala EVA de 7, esto hace suponer que es bueno la utilización de un plan de cuidados de cara a utilizar por todos los profesionales de enfermería una misma terminología y un mismo lenguaje, y que marque una forma de actuación parecida en todos ellos, ya que con este plan de cuidados, se recogen datos concretos, haciendo que los enfermeros vayan en la misma línea de actuación.

Conclusiones:

En resumen, se puede concluir que:

1. No hay una gran diferencia entre los pacientes que no fueron sometidos al plan de cuidados con respecto a los que si fueron sometidos a este.
2. Los cuidados que se impartieron fueron muy similares en ambos casos, en función de las variables de vómitos, deposiciones, problemas de acceso venoso y consumo de analgésicos.
3. Se observa que hay una mayor estancia de las apendicitis tipo flegmonosas con respecto a lo que indica la bibliografía de otros estudios.
4. El rango de edad comprendido entre los 2 a 5 años influye en la estancia hospitalaria, aumentándola casi en un día y la presencia de dolor al tercer día también está aumentada.

Bibliografía:

1. R. Alfaro-LeFevre.. Aplicación del proceso enfermero. 4ª Edición. Springer
2. Perez-Blanco V, Garcia-Caballero J; Martinez-Reoyo A, Rodriguez, E, Antonio Tovar J. Calidad Asistencial. Diseño y validación de una vía clínica para la apendicitis aguda infantil. Rev Calid Asist. 2005; 20(3): 124-130.
3. J. C.McCloskey, G. M. Bulechek. Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) .ª Edición.. Mosby. Harcourt.
4. Nanda I Diagnosticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2007-2008. Elsevier. 2008
5. Miguel Ángel Vidal Vázquez (coord.) Psicología del Cuidado. Servicio de publicaciones Universidad Cardenal Herrera CEU. Junio 2003
6. Agencia Valenciana de Salud ATS/DUE Temario específico Volumen I. Adams
7. Almond SL, Roberts M, Joesbury V, Mon S, Smith J, Ledwidge N, Pisipati S, Khan A, Khalil BA, White E, Baillie CT, Kenny SE. It is not what you do, it is the way that you do it: impact of a care pathway for appendicitis. J Pediatr Surg. 2008; 43(2): 315-9.
8. Aguiló J, Peiró S, Muñoz C, García del Caño J, Garay M, Viciano V, Ferri R, García-Botella M, Medrano J, Torró J. Efectos adversos en la cirugía de la apendicitis aguda. Cir Esp. 2005; 78(5): 312-7.
9. Johnson PA, Chavanu KE, Newman KD. Guiding Practice Improvements in Pediatric Surgery using multidisciplinary Clinical Pathways. Semin Pediatr Surg. 2002; 11(1): 20-4.
10. Incremento de costes atribuibles a la infección quirúrgica de la apendicectomía y colectomía. J. Rios, C. Murillo, G. Carrasco, C. Humet. Gac Sanit 2003; 17(3): 218-25

Agradecimientos:

Quisiera agradecer a todo el mundo que me ha ayudado en la consecución de este proyecto, entre ellos, quisiera destacar a la supervisora de Escolares quirúrgicos, Isabel, que de forma desprendida me permitió realizar el estudio de los planes de cuidados de las apendicectomías y me atendió cuando surgieron algunas dudas, y a todos los compañeros del servicio de Escolares y lactantes quirúrgicos, que sin saberlo con solo realizar su trabajo, también han colaborado activamente en este proyecto, ya que sin su labor bien realizada, nunca hubiera podido hacer la recogida de los datos y su posterior análisis. Mención especial a mi supervisora, que me oriento en momentos de dudas y sugirió posibles temas de estudio, entre los que se encuentra este. A Rafa, informático del CEU, que me ayudo muchísimo en la elaboración de la base de datos, a Carmen por su ayuda inestimable con los artículos, y a José Miguel, que sin su permiso nunca hubiera accedido a algunos de ellos, a Chema, que me ayudo, aconsejo y puso las pilas y al fin lo conseguí acabar, a mi familia, por permitir gastar tantas horas de ellos y a tantos que seguro me dejo sin nombrar que siempre han estado ahí cuando los he necesitado. En fin, a todos ellos, muchas gracias.