



13  
2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**APENDICITIS  
A G U D A**

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
COORDINACION DE INVESTIGACION

U. N. A. M.

**Estudio Clínico en Proceso  
Atención de Enfermería**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

Licenciada en Enfermería y Obstetricia

P R E S E N T A :

**María de los Angeles Canela Arteaga**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Pag.

|  |    |
|--|----|
| <u>INTRODUCCION</u> . . . . .  | 1  |
| <u>I. MARCO TEORICO</u> . . . . .  | 4  |
| 1.1. Generalidades de Anatomía y Fisiología<br>del Aparato Digestivo . . . . . | 4  |
| 1.2. Epidemiología de la Apendicitis Aguda. . . . .                            | 27 |
| 1.2.1. Sintomatología . . . . .  | 31 |
| 1.2.2. Diagnóstico. . . . .  | 32 |
| 1.2.3. Tratamiento. . . . .  | 35 |
| 1.2.4. Complicaciones . . . . .  | 37 |
| 1.3. Historia natural de la Apendicitis Aguda. . . . .                         | 38 |
| <u>II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u> . . . . .                            | 43 |
| 2.1. Detección de Problemas . . . . .  | 49 |
| 2.2. Diagnóstico de Enfermería . . . . .                                       | 50 |
| <u>III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</u> . . . . .                           | 51 |
| Datos Complementarios . . . . .  | 52 |
| CONCLUSIONES . . . . .   | 83 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS . . . . .   | 86 |
| ANEXOS . . . . .   | 90 |
| GLOSARIO DE TERMINOS . . . . .   | 91 |

INDICE DE FIGURAS

Pág.

|             |   |    |
|-------------|---|----|
| Figura No.1 | Corte del Intestino Delgado en el cual se advierten las válvulas conniventes y las capas de la pared del Intestino. . . . .   | 6  |
| Figura No.2 | Visceras Abdominales vistas por delante. Se elevaron colon transverso y el epiplón para observar las asas del intestino delgado. . . . .  | 8  |
| Figura No.3 | El Colon Transverso y el Epiplón mayor se levantaron para descubrir la fosita duodenal superior. El intestino delgado se ha separado hacia un lado para observar el mesenterio. . . . . | 13 |
| Figura No.4 | Sitio de estómago e intestino grueso en relación con diafragma y pelvis bsea. . . . .   | 17 |
| Figura No.5 | Túnicas Musculares e Interior del Estómago. . . . .   | 19 |
| Figura No.6 | Apéndice Cecal y Región Iliocecal, se abrió el ciego para descubrir la forma papilar del esfínter iliocecal. . . . .  | 24 |

INTRODUCCION

La preservación de la salud es un derecho de todo ser, desde antes de su nacimiento. La atención médica, contribuye al logro de este objetivo, la historia de la medicina muestra la evolución y los cambios notables que ha sufrido la atención médica, que en la actualidad tiende a ser más racional y organizada.

Era una creencia común que la cirugía no tenía relación con la medicina preventiva, y que las técnicas preventivas no tendrían aplicación en cirugía porque ésta es esencialmente curativa.

Sin embargo, la cirugía, tal como todas las demás ramas de la medicina, participa y aplica diariamente los conceptos preventivos. La historia de la cirugía, proporciona muchos ejemplos de las relaciones entre la medicina preventiva y la cirugía.

Es notable la contribución de la bacteriología al progreso de la cirugía. Con los descubrimientos de Pasteur respecto a la vida microbiana y su aplicación con los métodos antisépticos de Lister, lo cual cambió totalmente las condiciones de los pacientes que sufrían heridas, lesiones o requerían tratamientos quirúrgicos. Otros nuevos procedimientos aportados por los cirujanos, como el uso de guantes de hule, las suturas y los instrumentos dieron gran impulso; pero todo bajo el principio de la asepsia quirúrgica que guarda la

condición de estéril al material y equipo durante su manejo y permitió establecer medidas de prevención en todas las enfermedades infecciosas.

El tratamiento quirúrgico corresponde al segundo nivel de prevención. Cuando se plantea la posibilidad de una intervención quirúrgica se pretende la delimitación del daño. Por lo cual se deberá cuestionar ¿Es necesaria la operación? ¿Fomentará la salud del individuo y prevendrá invalideces posteriores? ¿Contribuirá a devolver al individuo la capacidad de trabajo o la actividad?. Muchos son los factores que deben considerarse para llegar a una correcta decisión.

Es posible que muy pronto la cirugía esté en condiciones de llegar a los diversos órganos del cuerpo con fines diagnósticos y no ya sólo operatorios. Continuamente se corrigen pequeñas lesiones o defectos al parecer sin importancia, pero que podrían llegar a constituir graves lesiones en el futuro.

En otras ocasiones se realizan operaciones que se hubieran evitado a través de medidas preventivas específicas y con un diagnóstico precoz en el examen médico periódico. Un ejemplo, el de la Apendicitis.

La tasa de mortalidad por apendicitis ha declinado notablemente en los últimos 40 años en todo el mundo. Sin embargo, la incidencia de la enfermedad no ha disminuido; las es-

estadísticas sugieren un aumento de la prevalencia debido probablemente al mejor diagnóstico. Las técnicas quirúrgicas en esta enfermedad han progresado en tal forma que la peritonitis por ruptura del apéndice inflamado tiene baja incidencia. La apendicectomía efectuada oportunamente y bajo condiciones estrictas de asepsia quirúrgica, con una técnica operatoria perfectamente realizada evita la peritonitis.

En esta acción preventiva de un cuadro tan severo, coadyuvaron otros factores como son: una operación temprana, los antibióticos y cuidados pre, trans y posoperatorios.

Aunado a todo esto, los antecedentes del paciente como una buena alimentación, habitación higiénica, saneamiento adecuado, servicios públicos eficientes, nivel de educación relativamente elevado y sobre todo, actitud optimista ante la vida. Son determinantes en la evolución todos estos factores que guardan estrecha relación entre sí, descuidar cualquiera de ellos es exponerse al fracaso. Es al personal de enfermería a quien corresponde la valoración de cada uno de ellos y proporcionar la atención de acuerdo a las condiciones individuales del paciente.

Campo de la Investigación. El estudio clínico de Proceso de Atención de Enfermería se lleva a cabo en el Servicio de Cirugía General, ubicado en el ala sur del 5o. piso del Hospital Juárez de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

## 1. MARCO TEORICO

### 1.1. Generalidades de Anatomía y Fisiología del Aparato Digestivo.

Los órganos del aparato digestivo efectúan en conjunto una función vital, la de preparar los alimentos para la absorción y para uso de los millones de células de la economía, la mayor parte de los alimentos en la forma en que se ingieren no pueden llegar a las células (porque no pueden atravesar la mucosa intestinal y llegar a la sangre), ni podrían ser utilizados por las células aunque llegaran a ellas.

En consecuencia, deben modificarse en lo que se refiere a composición química y estado físico. Este fenómeno de modificar la composición química y física de los alimentos para que puedan ser absorbidos y utilizados por las células de la economía se llama digestión, y es la función del Aparato Digestivo.

Parte del Aparato Gastrointestinal, el intestino grueso, también actúa como órgano de eliminación, pues expulsa de la economía los desechos que resultan de la digestión. 1/

Los órganos del Aparato Digestivo forman un tubo que se extiende a todo lo largo de las cavidades ventrales del

---

1/ Koltzoff, Anthony; ANATOMIA Y FISILOGIA, p.383



cuerpo. Está formado por: boca, faringe, esófago, estómago e intestino delgado y grueso. Hay varios accesorios situados a lo largo del tubo digestivo que desemboca en el mismo. Estos son: glándulas salivales, dientes, hígado, vesícula biliar, páncreas y apéndice cecal. 2/

El conducto alimenticio es en esencia, un tubo cuyas paredes están compuestas de cuatro capas de tejido, a saber, revestimiento mucoso, tónica submucosa de tejido conectivo por la cual cursan los vasos sanguíneos principales, tónica muscular y tónica fibroserosa. (Fig. No. 1)

El peritoneo parietal, que reviste la pared posterior de la cavidad del abdomen, se desprende de la región lumbar hacia la cavidad abdominal en un repliegue doble que podría compararse a un abanico plegado; se llama mesenterio. (Fig. No. 3)

El borde libre externo de este gran abanico mide aproximadamente 6 metros, y el borde posterior, también llamado raíz del mesenterio, sólo mide de 15 a 20 centímetros; la mayor parte del intestino delgado está unido al borde libre del mesenterio; en consecuencia, el mesenterio puede definirse en forma de un repliegue doble en abanico de peritoneo parietal, por virtud del cual el intestino delgado se fija a la pared abdominal posterior.

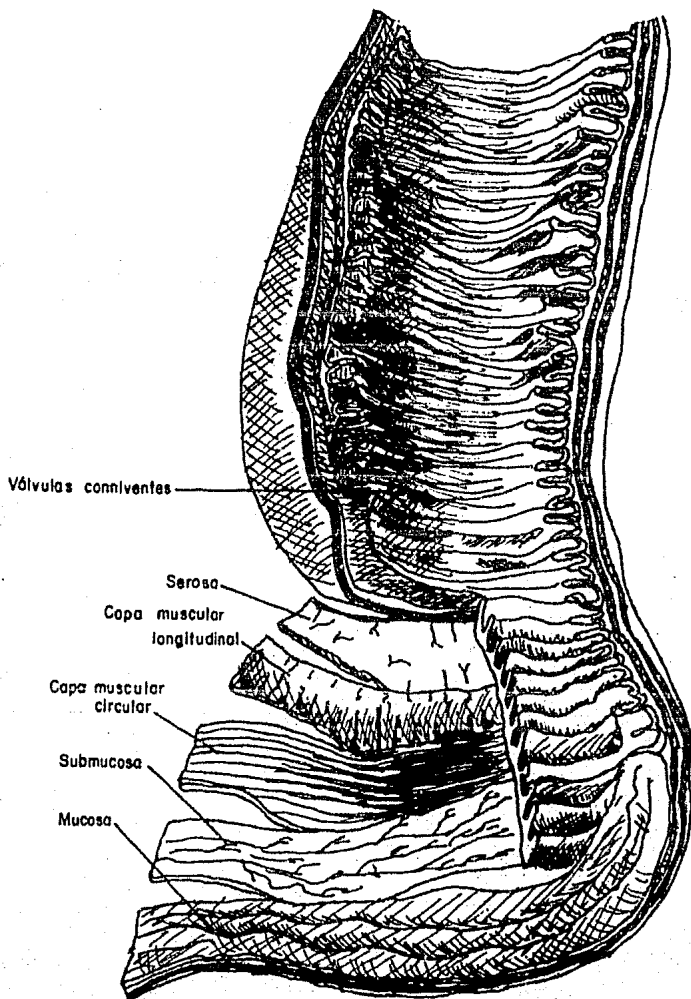
El epiplón mayor es el pliegue doble del peritoneo en forma de delantal, que se fija por su borde superior a la primera

2/ Ibidem; p. 385

## APARATO DIGESTIVO

## Figura No. I

CORTE DE INTESTINO DELGADO EN EL CUAL SE ADVIERTEN LAS VALVULAS CONNIVENTES Y LAS CAPAS DE LA PARED DEL INTESTINO.



porción del duodeno, al borde inferior del estómago y al <sup>7</sup> colon transverso, y cuelga de manera laxa sobre los intestinos. El epiplón menor o gastrohepático es un pliegue de peritoneo que une al hígado a la curvatura menor del estómago y a la porción inicial del duodeno. 3/

En casos de inflamación abdominal localizada, de la índole de apendicitis, el epiplón rodea la zona inflamada y la separa del resto del abdomen. (Fig. No. 2)

CUADRO NO. 1

Relación de características de las tónicas de los órganos que conforman el tubo digestivo

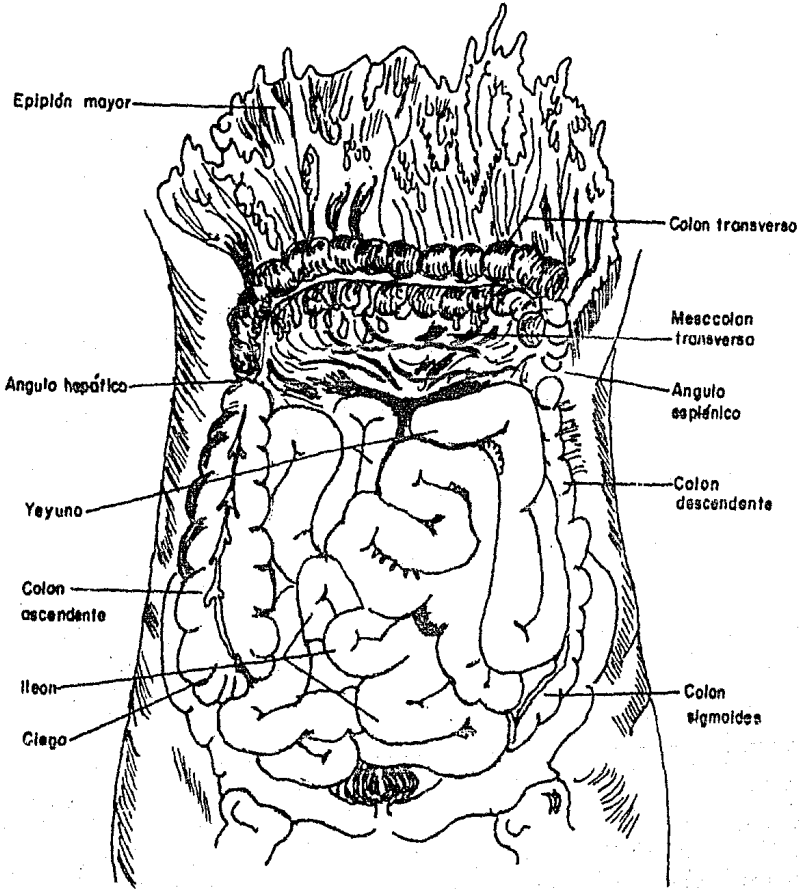
| Órgano  | Túnica Mucosa | Túnica Muscular   | Túnica Fibroserosa  |
|---------|---------------|---|---|
| Esófago |               | Dos capas: interna de fibras circulares y externa de fibras longitudinales.<br>Músculo estriado en la porción superior y músculo liso en la porción inferior del esófago y en el resto del aparato. | cubierta externa fibrosa; serosa alrededor de parte del esófago en la cavidad torácica. |

3/ Ibidem; pp. 387-388

APARATO DIGESTIVO

Figura No. 2

VISCERAS—ABDOMINALES VISTAS POR DELANTE. SE ELEVARON COLON TRANSVERSO Y EPIPLON PARA OBSERVAR LAS ASAS DEL INTESTINO DELGADO.



| Organo            | Túnica Mucosa   | Túnica Muscular   | Túnica Fibroserosa  |
|-------------------|---|---|---|
| Estómago          | Se dispone en pliegues longitudinales pasajeros llamadas <u>arrugas</u> ; dan lugar a <u>distensión</u> , Posee <u>glándulas</u> microscópicas <u>gástricas</u> y que secretan <u>ácido clorhídrico</u> . | Tiene tres capas en lugar de dos <u>fibras</u> <u>circulares</u> <u>longitudinales</u> y <u>oblicuas</u> ; dos <u>esfínteres</u> , el de <u>cardias</u> en la <u>desembocadura</u> del <u>esófago</u> y del <u>píloro</u> donde se continúa con el <u>duodeno</u> , formado por <u>fibras</u> <u>circulares</u> . | cubierta externa de <u>peritoneo visceral</u> ; cuelga en un <u>pliegue</u> <u>doble</u> del <u>borde inferior</u> del <u>estómago</u> sobre los <u>intestinos</u> , y forma la <u>estructura</u> a manera del <u>delantal</u> llamado <u>epiplón mayor</u> |
| Intestino Delgado | Presenta <u>pliegues</u> <u>circulares</u> <u>permanentes</u> , las <u>válvulas</u> <u>conni-ventes</u> . <u>Proyecciones</u> <u>digitiformes</u> <u>microscópicas</u> , las <u>vellosi-</u>              | Dos capas, <u>interna</u> de <u>fibras</u> <u>circulares</u> y <u>externa</u> de <u>fibras</u> <u>longitudinales</u> .  | Túnica externa de <u>peritoneo visceral</u> .   |

Organo

Tánica  
MucosaTánica  
MuscularTánica Fibro-  
serosa

|                     |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|
| Intestino<br>Grueso | <p>dades. Glan-<br/>dulas Intes-<br/>tinales mi-<br/>croscópicas.<br/>(Lieberkuhn).<br/>Glándulas du-<br/>denales micros-<br/>cópicas (de<br/>Brunner). Acú-<br/>mulos de teji-<br/>do linfático,<br/>placas de Pe-<br/>yer. Numerosos<br/>acúmulos de te-<br/>jido linfático<br/>llamados follicu-<br/>los linfoides<br/>solitarios.</p> <p>Folliculos lin-<br/>foides cerrados<br/>Glándulas intes-<br/>tinales.</p> | <p>Tánica longitu-<br/>dinal externa<br/>incompleta, só-<br/>lo se presenta<br/>en tres cinti-<br/>llas musculares</p> | <p>Tánica externa<br/>de peritoneo<br/>visceral.</p> |
|---------------------|--|--|--|

| Organo | Túnica Mucosa   | Túnica Muscular | Túnica Fibrosa |
|--------|---|-----------------|----------------|
|        | llamadas tenias; pequeños sacos <u>de</u> nominados abolladuras o haustros dan al resto de la pared del intestino aspecto abultado. <u>4/</u> |                 |                |

#### Organos del Aparato Digestivo.

Boca, la cavidad bucal está formada por los carrillos (paredes laterales), lengua y músculos que la forman (suelo) y paladar duro y blanco (techo). El paladar óseo o duro consiste en los dos palatinos y en parte de los dos maxilares.

El paladar blando constituye la separación entre la boca y la nasofaringe, está formado por músculos dispuestos a manera de arco. El orificio del arco que comunica a la boca con la bucofaringe se llama istmo de las fauces, y las dos por-

4/ Ibidem; p. 386

ciones laterales verticales del arco se llaman pilares del velo del paladar. En la porción media del borde posterior del arco cuelga una pequeña prolongación cónica, la ávula o campanilla. La cavidad bucal, al igual que el resto del aparato digestivo está revestido de mucosa.

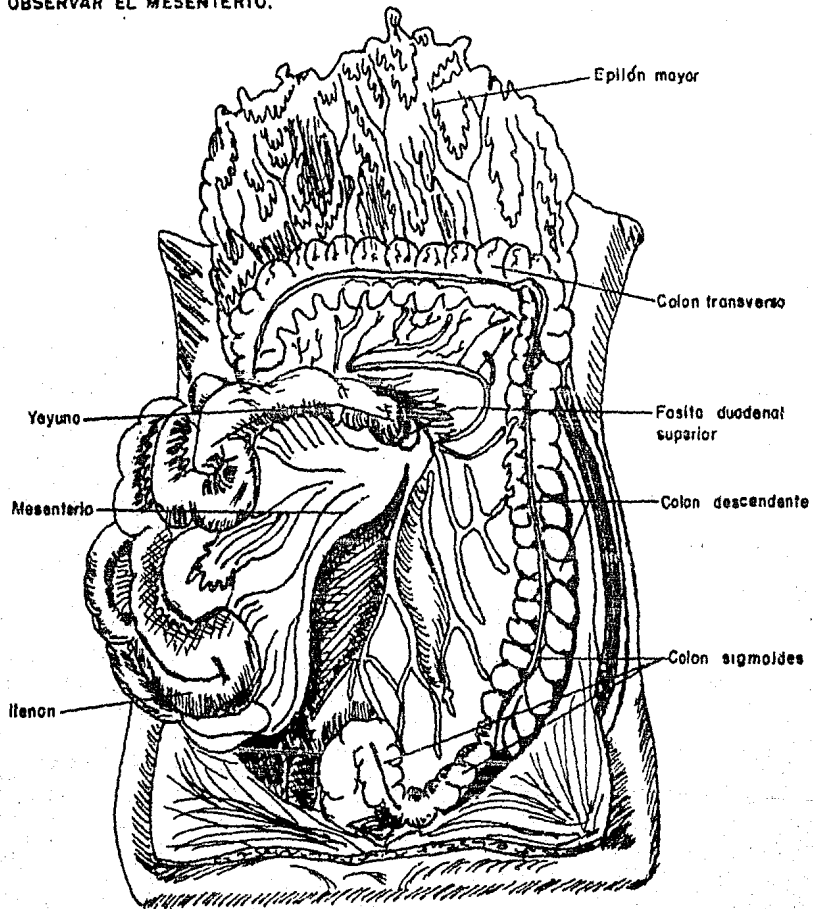
Las glándulas salivales y los dientes son órganos accesorios de la boca. La lengua está formada por músculo estriado cubierto de mucosa. Varios músculos que se originan en los huesos del cráneo se insertan en la lengua; las elevaciones ásperas de la superficie lingual se llaman papilas y poseen los botones gustativos, se distinguen tres tipos: filiformes, fungiformes y circunvalados, forman una V en la porción posterior de la lengua.

El frenillo, es un repliegue de mucosa en la línea media de la cara inferior de la lengua, y ayuda a fijarla al suelo de la boca. 5/



APARATO DIGESTIVO  
Figura No.3

EL COLON TRANSVERSO Y EL EPLON MAYOR SE LEVANTARON PARA DESCUBRIR LA FOSITA DUODENAL SUPERIOR. EL INTESTINO DELGADO SE HA SEPARADO HACIA UN LADO PARA OBSERVAR EL MESENTERIO.



## CUADRO NO. 2

## Glándulas Salivales

| Nombre de la Glándula | Localización  | Desembocadura de los conductos   |
|-----------------------|---|--|
| Parótida              | Por debajo y por delante de la oreja                          | En el interior del carrillo; enfrente del segundo molar superior, se llama conducto de Stensen |
| Submaxilar            | Porción posterior del suelo de la boca.                       | Suelo de la boca, a los lados del frenillo; se llama: conducto de Wharton.                     |
| Sublingual            | Porción anterior del suelo de la boca debajo de la lengua. 6/ | Varios conductos desembocan en el suelo de la boca.  |

6/ *Ibidem*; p. 390

Faringe, la faringe se llama vulgarmente garganta. Es un estrutura tubular de 12.5 centímetros de longitud aproximadamente, que se extiende desde la base del cráneo hasta el esófago y está situada inmediatamente por delante de las vérttebras cervicales. Consiste en músculo, está revestida de mucosa y posee 3 partes: una situada por detrás de la nariz, la nasofaringe, la segunda detrás de la boca, la bucofaringe y la tercera detrás de la laringe, la laringofaringe. En la faringe se advierten siete orificios:

- 1.- Las Trompas de Eustaquio derecha o izquierda, que se abren en la nasofaringe.
- 2.- Las dos coanas en la nasofaringe.
- 3.- El orificio de la boca, llamado Istmo de las fauces, en la bucofaringe.
- 4.- La comunicación con la laringe, en la laringofaringe.
- 5.- La abertura hacia el esófago, desde la laringofaringe.

Las amígdalas faríngeas, que al hipertrofiarse se llaman adenoides, están situadas en la nasofaringe, sobre la pared posterior frente a las coanas. Cuando las amígdalas laríngeas aumentan de volumen, ocupan el espacio situado por detrás de las coanas y dificultan o impiden el paso del aire de la nariz a la garganta. Al ocurrir lo anterior, el sujeto mantiene la boca abierta para respirar.

En la bucofaringe hay dos pares de órganos; las amígdalas

palatinas, situadas por detrás y por debajo de los pilares del paladar, y las amígdalas linguales localizadas en la base de la lengua. Las amígdalas palatinas son las que suelen extirparse en la amigdalectomía, es muy poco frecuente que se extirpen también las linguales. 7/

La faringe actúa como vestíbulo para los aparatos respiratorio y digestivo, pues deben pasar por esta estructura el aire y los alimentos antes de llegar a los sitios adecuados.

También tiene papel importante en la fonación. Por ejemplo, los diferentes sonidos de las vocales solo pueden emitirse porque la faringe modifica su forma.

El esófago, tubo muscular de 25 centímetros de longitud, se extiende de la faringe al estómago y atraviesa el diafragma al descender de la cavidad torácica a la abdominal, está situado por detrás de la tráquea y el corazón. A diferencia de la tráquea, el esófago puede colapsarse, pues las paredes musculares no poseen los anillos cartilagosos de la tráquea.

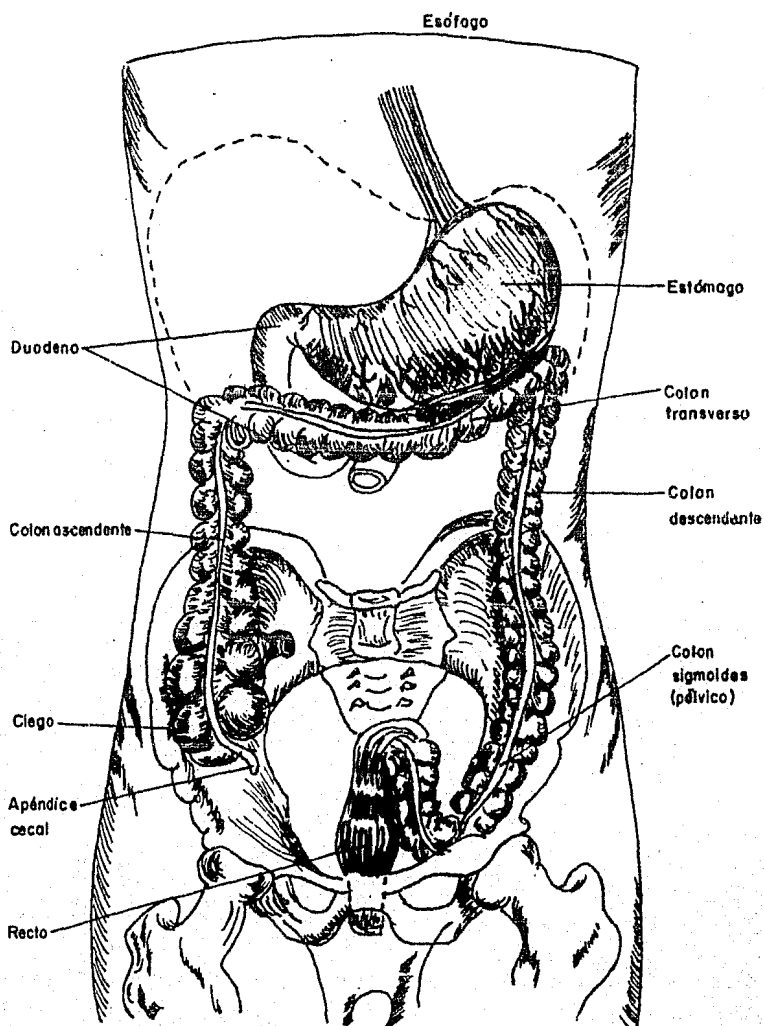
Estómago, dimensiones, forma y sitio inmediatamente por debajo del diafragma, el aparato alimentario se dilata en una estructura alargada semejante a un saco, el estómago, cuyo volumen varía según diversos factores, especialmente sexo y magnitud de la distensión. (Fig. No. 4) En términos genera-

---

7/ Ibidem; pp. 359-360

APARATO DIGESTIVO  
Figura No. 4

SITIO DE ESTOMAGO E INTESTINO GRUESO EN RELACION CON DIAFRAGMA (LINEA PUNTEADA)  
Y PELVIS OSEA .



les, el estómago de la mujer suele ser más delgado y menor que el del varón.

Cierto tiempo después de un alimento, el estómago está aumentado de volumen por distensión de las paredes, pero al expulsar los alimentos, las paredes experimentan colapso parcial y el órgano adopta el tamaño de una salchicha grande. 8/

El estómago está situado en la porción superior de la cavidad abdominal, debajo del hígado y del diafragma y aproximadamente cinco sextas partes de la masa gástrica están a la izquierda de la línea media. Dicho de otra manera, se considera que está situado en el epigastrio y el hipocondrio izquierdo. Sin embargo, esta posición se modifica con frecuencia, por ejemplo, desciende al inspirar y asciende al espirar.

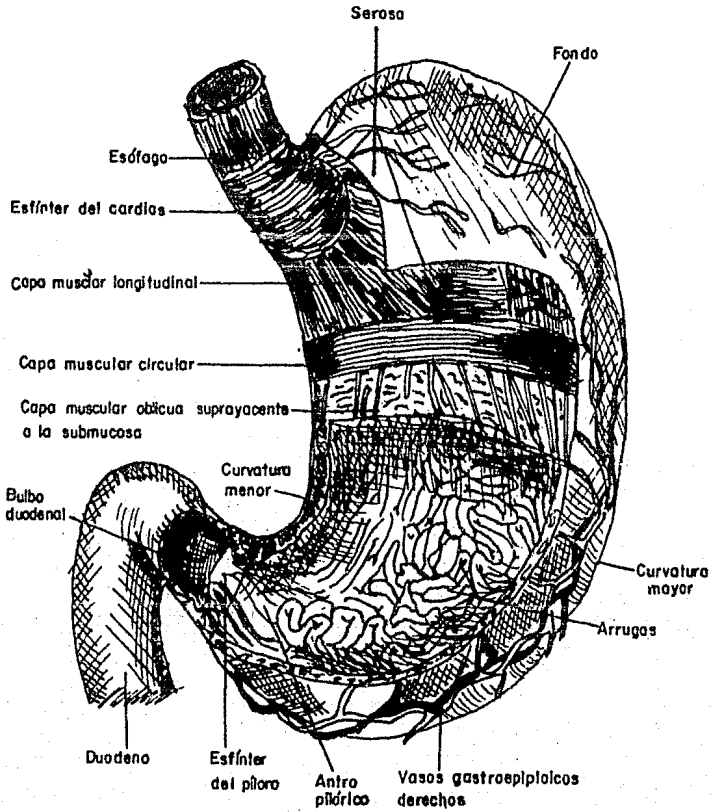
Las tres divisiones del estómago son fondo, cuerpo y píloro. El fondo es la porción agrandada a la izquierda y por arriba de la desembocadura del esófago en el estómago. El cuerpo es la porción central y el píloro la porción inferior (Fig. No. 5).

El borde superior derecho del estómago presenta lo que se llama curvatura menor, y el borde inferior izquierdo la curvatura mayor.

8/ Ibidem; p. 360

APARATO DIGESTIVO  
Figura No.5

TUNICAS MUSCULARES E INTERIOR DEL ESTOMAGO.



Los músculos de los esfínteres protegen los dos orificios del estómago. Un esfínter muscular consiste en fibras circulares dispuestas de manera que tienen en el centro un orificio. 9/

El cardias está situado entre el esófago y el estómago, y el esfínter pilórico, protege la desembocadura de la porción pilórica del estómago en la primera porción del intestino delgado. Este último esfínter tiene importancia clínica porque el piloroespasmo es un estado bastante frecuente en niños, las fibras del píloro no se relajan normalmente para permitir que los alimentos salgan del estómago y el niño vomita la comida en lugar de digerirla y absorberla.

En la mucosa gástrica, hay muchas glándulas tubulares microscópicas; las situadas en la mucosa que reviste el fondo y el cuerpo del estómago secretan la mayor parte del jugo gástrico, líquido que consiste en moco, enzimas y ácido clorhídrico. Las células epiteliales que forman la superficie de la mucosa gástrica secretan moco. Las células parietales secretan ácido clorhídrico y las células principales secretan las enzimas del jugo gástrico.

El estómago tiene las siguientes funciones:

1.-Actúa como reservorio al almacenar los alimentos hasta que pueden ser digeridos parcialmente y continuar por el

---

9/ Ibidem; p.393



aparato gastrointestinal.

2.- Secreta jugo gástrico, uno de los jugos cuyas enzimas digieren los alimentos.

3.- Por contracciones de la túnica muscular, produce movimientos de batido o mezcla de los alimentos; disgregándolos en partículas pequeñas y mezclándolas con el jugo gástrico. En el momento adecuado el contenido gástrico pasa por contracción de esta víscera hacia el duodeno.

4.- Absorbe en cierta medida agua, alcohol y algunos fármacos. 10/

El intestino delgado es un tubo que mide alrededor de 2.5 centímetros de diámetro y 6 metros de longitud; sus asas enrolladas ocupan la mayor parte de la cavidad abdominal.

El intestino delgado consiste en tres partes: duodeno, yeyuno e íleon. El duodeno es la primera porción, y la que está unida al extremo pilórico del estómago, tiene alrededor de 25 centímetros de longitud y forma aproximadamente de una letra C. El duodeno se convierte en yeyuno en el sitio donde el intestino se vuelve bruscamente hacia adelante y abajo. La porción yeyunal forma aproximadamente los 2.4 metros restantes, y después se convierte en íleon, sin que haya separación patente entre las dos porciones; el íleon tiene aproximadamente 3 metros de longitud.

---

10/ Ibidem; pp. 393-396

El intestino delgado tiene las siguientes funciones:

- 1.- Completa la digestión de alimentos. El jugo intestinal posee moco y muchas enzimas digestivas. Las glándulas de Lieberkuhn secretan las enzimas digestivas, y las de Brunner y abundantes células caliciformes secretan moco.
- 2.- Absorbe los productos terminales de la digestión llevándolos a la sangre y a la linfa.
- 3.- Secreta hormonas; por ejemplo, algunas que ayudan a regular la secreción de jugo pancreático, bilis y jugo intestinal. 11/

Intestino grueso. La porción del aparato intestinal que continúa al intestino delgado se llama intestino grueso; porque tiene diámetro bastante mayor que el primero, sin embargo, la longitud es bastante menor, de 1.5 a 1.8 metros, el diámetro promedio es de 3.75 centímetros, pero disminuye hacia el extremo final del tubo.

El intestino grueso se divide en ciego, colon y recto.

Ciego. Los 5 a 7.5 centímetros iniciales del intestino grueso se llaman ciego. Esta porción está situada en la fosa iliaca derecha.

Colon. El colon se divide en porciones ascendente, transversal, descendente y sigmoides.

---

11/ Ibidem; p. 396

1.- El colon ascendente tiene dirección vertical del lado derecho del abdomen y llega hasta el borde interior del hígado. El ileon desemboca en el intestino grueso en la unión del ciego y el colon ascendente. La zona de desembocadura tiene forma semejante a una letra T. (Fig. No. 6). La válvula ileocecal protege la desembocadura del ileon en el intestino grueso, y permite que el contenido intestinal pase del primero al segundo, pero no en dirección opuesta.

2.- El colon transverso tiene dirección horizontal a través del abdomen, debajo del hígado y el estómago y por arriba del intestino delgado.

3.- El colon descendente tiene dirección vertical, del lado izquierdo del abdomen, y se extiende desde un sitio por abajo del estómago hasta el nivel de la cresta iliaca.

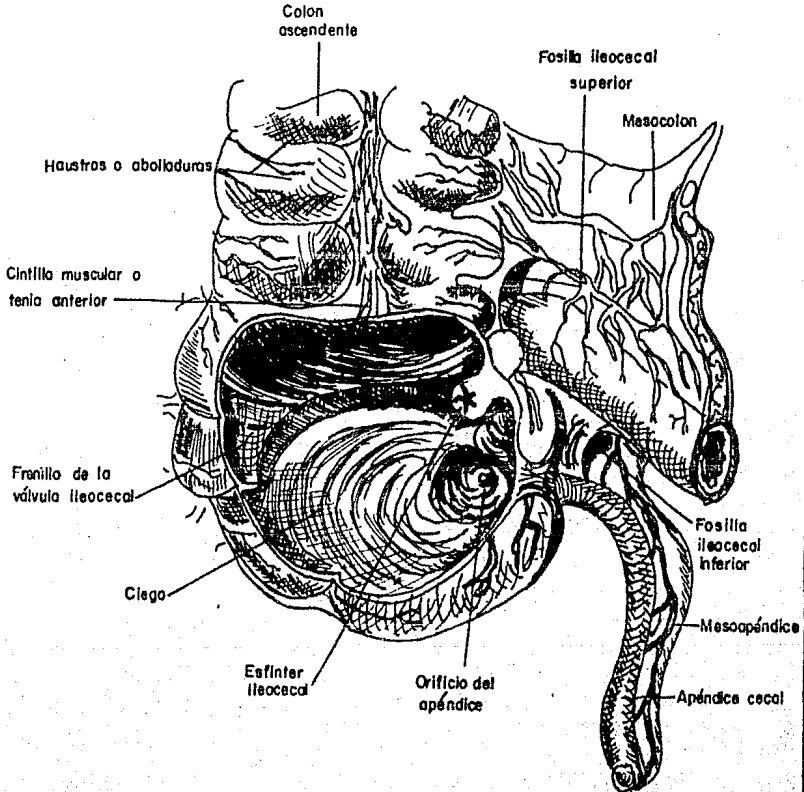
4.- El colon sigmoides es la porción del intestino grueso que desciende por debajo de la cresta iliaca; describe una curva en forma de S; la porción inferior de la curva, que se une al recto, se inclina hacia la izquierda, motivo anatómico para colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo al administrar un enema. En esta posición, la acción de la gravedad ayuda a que fluya el agua del recto al colon sigmoides. 12/

La última porción del intestino, que comprende 17.5 a 20 centímetros, se llama recto.

## APARATO DIGESTIVO

Figura No.6

APENDICE CECAL Y REGION ILEOCECAL, SE ABRIÓ EL CIEGO PARA DESCUBRIR LA FORMA PAPILAR DEL ESFINTER ILEOCECAL.



Los 2.5 centímetros terminales del recto reciben el nombre de conducto anal. El revestimiento mucoso está dispuesto en muchos pliegues verticales llamados columnas de Morgagni cada una de las cuales incluye una arteria y una vena. La desembocadura del conducto anal hacia el exterior está protegida por dos esfínteres, el interno de músculo liso y el externo de músculo estriado. El orificio en sí recibe el nombre de ano. La dirección general del recto es hacia arriba, adentro y atrás.

Las funciones principales del intestino grueso son:  
Absorber agua y eliminar productos de desecho de la digestión. 13/

Apéndice vermiforme. El apéndice vermiforme es un divertículo del ciego en forma de gusano. Su tamaño varía de 6 a 8 centímetros de longitud y suele tener un diámetro de 0.5 a 1 centímetro. Por lo regular es móvil y posee vasos sanguíneos, nervios y vasos linfáticos. Suele estar situado directamente en el extremo de la cintilla muscular anterior del colon, a veces, se encuentra detrás del ciego, en la posición llamada retrocecal. En ocasiones, queda envuelto en bridas fibrosas congénitas que producen torción, ensortijamiento o angulación brusca. Estas posiciones defectuosas en determinadas circunstancias clínicas causan dolor, pues la luz apendicular angulada puede ser distendida por heces o

gas y originan dolor de tipo cólico.

Histológicamente el apéndice tiene las 4 capas característi-  
cas del resto del intestino grueso. El carácter diferencial  
de este órgano, consiste en el tejido linfóide muy rico en  
la mucosa y en la submucosa, en sujetos jóvenes, forma una  
capa de nódulos germinativos y pulpa linfóide. Este tejido  
linfóide situado debajo del epitelio mucoso, y las glándu-  
las, experimentan atrofia progresiva con los años, hasta  
desaparecer por completo en edad avanzada. 14/

## 1.2. Epidemiología de la Apendicitis.

La apendicitis es la inflamación aguda o crónica del apéndice vermiforme se presenta en cualquier edad, en especial en los escolares, adolescentes y adultos jóvenes es relativamente rara en edades extremas, lactantes y preescolares o en pacientes seniles. Afecta a hombres y mujeres en una proporción de 3 a 1 o 3 a 2, por lo que predomina en los varones.

La perforación del apéndice y la presencia de peritonitis como complicación es más común en la infancia y en el anciano, donde las tasas de mortalidad específicas son mucho más elevadas.

La apendicitis se clasifica en aguda y crónica. La apendicitis aguda que produce el síndrome conocido de dolor en el cuadrante inferior derecho, punto de Mc.Burney, o fiebre de más de 39°C y leucocitosis.

En la apendicitis crónica los síntomas son más severos por lo cual el cuadro remite en determinadas ocasiones.

Es una de las enfermedades más frecuentes, ocurre en cualquier edad, aunque es relativamente rara en la lactancia y la vejez. 15/

---

15/ Robins Stanley, Tratado de Patología, p. 804

La perforación es relativamente mucho más común en la infancia y en el anciano, períodos en el que las tasas de mortalidad son mucho más elevadas. 16/

Etiología y Patogenia. A pesar de su frecuencia no se ha dilucidado cabalmente la etiología de la apendicitis aguda. Destacan como factores de la génesis de la apendicitis aguda:

- a) La inflamación del abundante tejido linfoide de su pared.
- b) El ensortijamiento, torción o angulación brusca del apéndice y
- c) La presencia de fecalitos que obstruyen el interior de la luz del apéndice 17/

La luz también puede quedar obstruida por aumento de tamaños de los folículos linfáticos debido a infecciones virales, condensación de bario parásitos y tumores. 18/

16/ Harrison Medicina Interna tomo II, p.1866

17/ Robins Stanley, Op cit, p.514

18/ Spiro Gastroenterología Clínica, p.442



La secreción de moco distiende el órgano y la presión intraluminal se eleva. Las bacterias de la luz se multiplican e invaden la pared apendicular a medida que se produce ingurgitación venosa y alteración arterial a consecuencia de la elevada presión intraluminal.

Finalmente, se produce gangrena y perforación, si el proceso evoluciona con lentitud, los órganos adyacentes como el ileon terminal, el ciego y el epíplon, pueden aislar el área apendicular desarrollándose un absceso localizado, mientras que la rápida progresión de una alteración vascular puede causar perforación con libre acceso a la cavidad peritoneal. 19/

#### Tipo de Apéndice.

En el apéndice con inflamación aguda susceptible de identificarse en la etapa más temprana suele haber exudado neutrófilo escaso en toda la pared, que afecta mucosa, submucosa y muscular. A veces, el ataque de la mucosa es más notable. En esta etapa de la reacción, los vasos subserosos están congestionados y contienen neutrófilos dispuestos marginalmente, y a menudo hay migración perivascular escasa de neutrófilos. Esta reacción, transforma la serosa brillante normal en una membrana congestionada, mate, granulosa y roja.

Este aspecto externo es el que el cirujano diagnostica co-

---

19/ Spiro, Op Cit, p.443

mo apendicitis aguda temprana. En esta etapa ulterior el exudado neutrófilo en toda la pared es más avanzado y hay abundantes leucocitos polimorfonucleares en la tónica muscular y reacción fibrinopurulenta dispuesta en capas sobre la serosa. Al agravarse la inflamación, se forman abscesos dentro de la pared, con úlceras y focos de necrosis supurada en la mucosa. En esta etapa, la serosa suele estar cubierta por una capa gruesa de exudado fibrinopurulento, y a este estado se conoce como apendicitis supurada aguda.

Al agravarse más la reacción, se producen zonas extensas y verdes de úlceras hemorrágicas en la mucosa, con necrosis gangrenosa verdinegra en toda la pared, que llega a la serosa. Este grado es el antecedente inmediato de la rotura de apendicitis gangrenosa aguda. 20/

### 1.2.1. Sintomatología

#### Signos y síntomas inespecíficos

##### Molestias periumbilicales

Dolor en parte media del epigastrio, a veces náusea y vómito

Ocasionalmente se presenta fiebre de más de 39°C, anorexia, ataque al estado general, estreñimiento ocasional o diarrea.

#### Signos y síntomas específicos

Dolor en fosa ilíaca localizado (punto de Mc.Burney), pero no intolerable.

A veces hay náusea y vómito, ocasionalmente fiebre de más de 39°C.

Cabe señalar la ausencia de movimientos intestinales.

Estreñimiento temporal y la imposibilidad de emitir gases por el recto.

Por percusión se comprueba sensibilidad anormal debajo del dedo que explora.

A la palpación es evidente el espasmo y la defensa muscular en cuadrante inferior derecho.

En la exploración rectal o vaginal puede aparecer el dolor por palpación localizada en el lado derecho.

El signo del Psoas (dolor a la hiperextensión pasiva del muslo) es positivo

En casos de apendicitis avanzada hay leucocitosis.

### 1.2.2. Diagnóstico de la Apendicitis

El diagnóstico de apéndice aguda suele formularlo el pro fano debido a sus características clínicas bien definidas y al derroche de publicidad al respecto. No obstante, es desalentador observar que los pacientes con apéndice aguda demoran su consulta al médico de 24 a 36 horas.

El paciente se queja de dolor que comienza en la parte media del epigastrio y se propaga rápidamente al cuadrante inferior derecho, donde persiste en forma de un dolor cons tante bien localizado, pero tolerable. La fiebre rara vez pasa de 39°C, y a veces hay náuseas y vómitos, en forma va riable. Como dato característico cabe señalar la ausencia de movimientos intestinales y estreñimiento temporal. Toda vía más importante, la imposibilidad de emitir gases por el recto es un síntoma muy útil para el diagnóstico. 21/

A la exploración física se confirma el diagnóstico de apéndice aguda. El paciente señala con precisión el cuadran te inferior derecho, como la sede de su dolor, y cuando to se referirá el dolor a este punto, el punto medio de una línea trazada desde la espina iliaca anterior y superior al ombligo.

En lugar de explorar la "sensibilidad de rebote", es a menudo preferible pedir al paciente que contraiga y relaje la pared de su abdomen después de lo cual se reproducirá o

exacerband el dolor en la misma región.

Por percusión se comprueba la sensibilidad anormal debajo del dedo que explora, mientras que por palpación profunda son a menudo evidentes al espasmo y la defensa muscular en el cuadrante inferior derecho. 22/

La exploración del recto va a reportar datos según la posición del apéndice. Orientan hacia diagnóstico en casos oscuros la presencia de hipersensibilidad en el lado derecho de la porción superior de la ampolla, signo que no se encuentra en el lado izquierdo. Cuando esta exploración resulta negativa, procede investigar los signos del Psoas y del obturador, que cuando son positivos autorizan a pensar en posición retrocecal del apéndice.

En el paciente con apéndice retrocecal no se observa a veces sensibilidad anormal en la pared anterior del abdomen, y si el apéndice descansa sobre el uréter, es factible comprobar 2 o 3 veces al año, que los síntomas del paciente pueden simular con gran exactitud cólico ureteral, con irradiaciones dolorosas a los genitales y sensación de quemadura durante la micción. 23/

La exploración clínica la mayor parte de las veces confirma el diagnóstico de apendicitis aguda, pero el cirujano cauteloso solicita siempre las pruebas sistemáticas de laborato-

22/ Harrison Op.cit p. 1867

23/ Spiro Op.cit p.444

rio en las que comprobard invariablemente leucocitosis con desviación a la izquierda. En el análisis de orina, existe la presencia de un corto número de eritrocitos o leucocitos lo que justifica demorar la operación, pero cuando su número es muy elevado en el sedimento urinario, se plantea el problema de la posible existencia de un padecimiento primario de las vías urinarias. La radiografía simple de abdomen en términos generales, no es necesaria. Las radiografías de abdomen cuando el diagnóstico es dudoso, permite la identificación de un fecalito en el cuadrante inferior derecho lo cual constituye una indicación para intervenir quirúrgicamente al paciente. El fecalito aparece como una densidad oval, laminada, solitaria, de 5 a 20 milímetros de diámetro, a unos 15 centímetros del punto medio de la cresta ilíaca derecha. Entre otros hallazgos radiográficos, cabe citar el íleo del "asa centinela", localizado a veces en el cuadrante inferior derecho, y otros signos relativamente no específicos de inflamación en esta zona. 24/

#### Diagnóstico Diferencial.

Una lista del diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda produciría un compendio enciclopédico de todas las afecciones que causan dolor abdominal, ya que la apendicitis puede simular cualquiera de esas enfermedades.

Cuando se diagnostica erróneamente apendicitis aguda, las

---

24/ Spiro Op. cit pp. 442-444

afecciones más comunes descubiertas en la operación son, en orden aproximado de frecuencia, linfadenitis mesentérica, ninguna enfermedad orgánica, enfermedad inflamatoria aguda de la pelvis, rotura del folículo de Von Graaf o quiste del cuerpo lúteo y gastroenteritis aguda. Además, la colecistitis aguda, la úlcera perforada, la pancreatitis aguda, la diverticulitis aguda, la obstrucción intestinal estrangulante, el cálculo ureteral y la pielonefritis.

25/

### 1.2.3. Tratamiento.

Existen medidas contraindicadas en los casos de apendicitis como son, purgantes y los enemas frecuentes si se sospecha apendicitis, no deben administrarse antibióticos cuando el diagnóstico esté en duda, ya que sólo enmascararán la presencia o el desarrollo de perforación.

El tratamiento es la operación oportuna con apendicectomía tan pronto como el paciente esté preparado. La única circunstancia en la que la operación no está indicada, es la presencia de una masa palpable de 3 a 5 días después del comienzo de los síntomas. Si se intenta la operación en este momento, se encontrará un flemón en vez de un absceso bien establecido, y son frecuentes las complicaciones por la disección de dicho flemón.

En todos los casos sospechosos se recomienda la apendicectomía.

25/ Harrison Op.cit. P.1868

tomía precoz, ya que es más seguro operar que correr el riesgo de gangrena, rotura o peritonitis.

En los casos sin complicaciones, el enfermo se levantará al primer día posoperatorio; y toma alimento el segundo o tercer día.

En los casos con peritonitis, después de la operación, debe administrarse terapéutica de antibióticos, líquidos por vía intravenosa y aspiración nasogástrica, hasta que se restablezca el peristaltismo intestinal normal.

Si se ha formado un absceso apendicular puede drenarse la cavidad y, en los adultos, practicarse más tarde la apendicectomía, en los niños siempre hay que extirpar de inmediato el apéndice.

En aquellos casos en los que no puede practicarse la cirugía (si no se dispone de facilidades o de personal) se usa rán dosis masivas de antibióticos, líquidos por vía intravenosa y aspiración nasogástrica y analgésicos.

La cirugía tiene que practicarse a la primera oportunidad.

26/



#### 1.2.4. Complicaciones.

*Absceso apendicular.*

*Hemorragia de un vaso mesoapéndice ligado o seccionado.*

*Infección de la herida.*

*Fístula fecal o invaginación del muñón invertido.*

*Flebitis con trombosis del drenaje venoso portal.*

*Formación de abscesos hepáticos.*

*Peritonitis generalizada cuando el dolor directo a la palpación se vuelve generalizado y va acompañado de vómitos prolongados, íleo paralítico y finalmente shock.*

*Septisemia.*

### 1.3. Historia Natural del Apendicitis.

Periodo prepatogénico.

Agente.

El ensortijamiento, torción o angulación brusca del apéndice.

Inflamación del abundante tejido linfoide de su pared.

La presencia de fecalitos (masa dura elíptica que algunas veces contiene calcio).

Huésped

El hombre, se observa más a menudo en adolescentes y adultos jóvenes, es más frecuente en varones, en una proporción de 2 a 1 o 3 a 2 en relación con las mujeres, menos frecuente en la raza negra que en la blanca. Existe cierta predisposición genética.

Ambiente

No se identifican características del ambiente que influyan en la incidencia de apendicitis, pero se ha observado que la pobreza, la ignorancia y la inaccesibilidad a los servicios de salud influyen en la prevención de las complicaciones. 27/

---

27/ Robins Stanley Op.cit. P:514

Período Patogénico.

Cambios Tisulares.

En apendicitis aguda temprana hay exudado neutrófilo escaso en mucosa, submucosa y tónica muscular. Los vasos subserosos están congestionados y a menudo rodeados por neutrófilos que han emigrado.

Por la congestión, el revestimiento seroso normal brillante se convierte en una membrana roja, opaca y granulosa.

Al desarrollarse el proceso, el exudado de neutrófilos se torna más notable y la serosa está cubierta por material fibrinopurulento.

Aparecen en la pared del apéndice focos de necrosis supurada, y en esta etapa puede emplearse el nombre de apendicitis aguda supurada. Por último el edema inflamatorio dificulta el riego sanguíneo y se sobre añade al cuadro necrosis gangrenosa, que produce zonas extensas de ulceración hemorrágica verdosa de la mucosa y focos verdinegros de necrosis que se extienden en toda la pared hasta la serosa.

28/

Signos y Síntomas Inespecíficos.

Molestias periumbilicales

Dolor en parte media del epigastrio, a veces náusea y vómito.

Ocasionalmente se presenta fiebre de más de 39°C, anorexia ataque al estado general, estreñimiento ocasional o diarrea.

#### *Signos y Síntomas Específicos.*

Dolor en fosa ilíaca derecha localizado (Punto de Mc. Burney), pero no intolerable.

A veces hay náusea y vómito, ocasionalmente fiebre de más de 39°C.

Cabe señalar la ausencia de movimientos intestinales.

Estreñimiento temporal y la imposibilidad de emitir gases por el recto.

Por percusión se comprueba sensibilidad anormal debajo del dedo que explora.

A la palpación es evidente el espasmo y la defensa muscular en cuadrante inferior derecho.

En la exploración rectal o vaginal puede aparecer un dolor por palpación localizado en el lado derecho.

El signo del Psoas (dolor a la hiperextensión pasiva del muslo) es positivo.

En caso de apendicitis avanzadas hay leucocitos. 29/

#### *Complicaciones*

*Absceso apendicular*

*Hemorragia de un vaso mesoapéndice ligado o seccionado.*

*Infección de la herida.*

*Fístula fecal o invaginación del muñón invertido.*

*Flebitis con trombosis del drenaje venoso portal.*

*Formación de abscesos hepáticos.*

*Peritonitis generalizada cuando el dolor directo a la palpación se vuelve generalizado y va acompañado de vómitos prolongados, íleo paralítico y finalmente shock.*

*Septicemia.*

#### *Muerte*

*En la apendicitis no complicada las cifras de mortalidad operatoria son bajas. La recuperación es rápida y el enfermo muchas veces puede ser dado de alta en el plazo de 5 o 6 días. Si se produce perforación y peritonitis el pronóstico se hace más grave. 30/*

#### *Niveles de Prevención*

*Prevención Primaria*

*Promoción de la Salud*

*Educación Nutricional*

*Mejoría de los sistemas de atención médica.*

*Educación Médica.*

*Accesibilidad de la atención Médica.*

*Mejoramiento de las condiciones culturales de la población.*

Protección Específica.

Orientación sobre consumo de dietas ricas en residuo.  
Educación a la población sobre la importancia de la atención médica oportuna.

Prevención Secundaria

Diagnóstico Precoz

Por signos y síntomas

Examen físico

Citología hemática, donde aparece invariablemente leucocitosis.

Diagnóstico Diferencial con:

Linfadenitis mesentérica.

Enfermedad inflamatoria pelviana

Hemorragia intraperitoneal por cualquier causa como embarazo ectópico o ruptura de folículo ovárico.

Enfermedad de Croh.

Divertículos de Meckel

Tratamiento Oportuno.

Tratamiento quirúrgico efectivo

Evitar complicaciones

Prevención Terciaria.-Rehabilitación.

Medidas de rehabilitación para el paciente postapendicectomizado, así como las complicaciones y secuelas. 31/

## II HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

Nombre: P. G. R.                      Servicio: Cirugía General  
 No. de Cama: 512                      Fecha de Ingreso: 16-02-84  
 Edad 22 años      Sexo: Femenino      Estado Civil: Unión Libre  
 Escolaridad: Primaria completa      Ocupación: Hogar  
 Religión: Católica                      Nacionalidad: Mexicana  
 Lugar de Procedencia: México, D.F.

### Nivel y Condiciones de Vida

#### Ambiente Físico

##### Habitación:

##### Características Físicas

Habitación con escasa iluminación y con poca ventilación, ya que solo cuenta con 2 ventanas.

Casa propia y familiar.

Tipo de construcción: Tabique y concreto.

Número de habitaciones: 6, Sala, comedor, 3 recámaras, 1 baño.

Animales Domésticos: Ninguno.

##### Servicios Sanitarios:

Agua intradomiciliaria.

Control de Basuras: La paciente refiere que tiene un bote exclusivo para la basura y que después la depositan en el camión recolector dos veces por semana.

Eliminación de deshechos (drenaje, fosa séptica, letrina, otros,). Si tiene drenaje y cuenta con baño completo.

*Iluminación:* Tiene poca iluminación natural y artificial.

*Pavimentación:* Si están pavimentadas las calles.

*Vías de comunicación:*

*Teléfono:* No cuentan con teléfono.

*Medios de Transporte:* Cuenta con servicios de transportes urbanos colectivos y metro.

*Recursos para la Salud:* Cuenta con un Centro de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

*Hábitos Higiénicos.*

*Aseo:* Baño de regadera diario, en ocasiones a jícaras.

*De manos:* Antes de preparar e ingerir alimentos y después de ir al baño.

*Bucal:* 3 veces diarias.

*Cambio de ropa personal:* Refiere cambio total de ropa diariamente.

*Alimentación:* Desayuno café, pan, ocasionalmente huevos o carne. 10 horas.

*Comida:* Sopa, carne, tortillas, refrescos y ocasionalmente frutas y verduras. 15-16 horas.

*Cena:* Café, pan, 22 horas.

*Alimentos que originen:*

*Preferencia:* Todos

*Desagrado:* Ninguno

*Intolerancia:* Carne de puerco

*Eliminación Vesical:* 5 veces diarias sin horario fijo y de características aparentemente normales.



*Intestinal: 1 o 2 veces diarias sin horario y aparentemente normal.*

*Descanso: Descansa a ratos durante el día sentada; no se acuesta a descansar.*

*Sueño: 23-6 horas.-Aparentemente normal.*

*Diversión y/o deportes: Le gusta tejer.*

| PARENTESCO | EDAD | OCUPACION   | PARTICIPACION ECONÓMICA |
|------------|------|-------------|-------------------------|
| Suegro     | 48   | Chofer      | No referida             |
| Suegra     | 45   | Hogar       |                         |
| Cuñado     | 27   | Obrero      |                         |
| Esposo     | 25   | Obrero      |                         |
| Cuñada     | 23   | Comerciante |                         |
| Cuñada     | 17   | Estudiante  |                         |

#### *Dinámica Familiar.*

*La paciente refiere que las relaciones familiares son buenas, ya que si se presenta algún problema, entre todos tratan de buscar solución.*

#### *Dinámica Social.*

*Ocasionalmente tiene problemas sin importancia con sus vecinos.*

Comportamiento: Aparentemente normal.

Rutina Cotidiana.

La paciente se levanta a las 8 horas, asea a su niño, lo viste y realiza su quehacer, después toma su desayuno y se dirige al mercado, regresa; hace de comer y se pone a lavar o a planchar, posteriormente come, termina sus quehaceres domésticos y se pone a tejer viendo la televisión. Por la noche cena, ve la televisión y se acuesta a dormir.

Problema Actual o Padecimiento.

Problema padecimiento por el que se presenta.

Dolor desde hace 10 días en fosa iliaca derecha. El día de hoy (16-II-84), aumenta el dolor acompañado de náuseas y vómito de contenido alimenticio, calosfríos y fiebre no cuantificada.

Antecedentes personales patológicos.

No refiere ninguna enfermedad propia de la infancia. Cuadros repetitivos de amigdalitis; cesárea hace 4 años, traumáticos, alérgicos, transfusionales, fímicos, inmunológicos negativos.

Antecedentes familiares patológicos.

Negativos. No refiere nada de importancia para su padecimiento actual.

Comprensión y/o comentario acerca del problema o padecimiento. La paciente ha aceptado su padecimiento con mucha tranquilidad.

*Participación del paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.*

*La paciente y su familia han aceptado el padecimiento como un episodio agudo, que tiene solución, su familia se ha mostrado bastante comprensiva y cooperadora con ella, la visitan, le llevan medicamentos y lo que ella necesita. Su hijo se encuentra bien cuidado.*

*Exploración Física.*

*Inspección:*

*Aspecto físico: Paciente femenina de edad aparentemente a la cronológica bien orientada, en reposo con facies de ansiedad, con ligera palidez de tegumentos y regularmente hidratada.*

*Aspecto Emocional:*

*Emocionalmente, la paciente sólo presenta ansiedad por comer y angustia por estar hospitalizada.*

*Palpación:*

*Presenta hiperestesia, hiperbaralgesia en fosa iliaca derecha, con dolor a los movimientos abdominales y a la palpación.*

*Auscultación:*

*Ruidos peristálticos ligeramente disminuidos.*

*Medición, Peso:*

*1.58 metros, 55 kilos de peso.*

## DATOS COMPLEMENTARIOS

## Exámenes de Laboratorio

| FECHA  | TIPO                              | NORMALES  | DEL PACIENTE   | OBSERVACIONES  |
|--------|-----------------------------------|---|--|--|
| 160284 | Química Sangünea.                 | Glucosa 80-120 mg.<br>Urea 18-35 mg.<br>Creatinina 0.50-1.5 mg.   | . . . 110 mg.<br>. . . 28 mg.<br>0.60 mg.  | Dentro de lo normal.   |
| 160183 | Biometría Hemática                | Hemoglobina 13-18<br>Hematocrito 45-52<br>Leucocitos<br>6-10 Mil/mm <sup>3</sup><br><br>Linfocitos 24-38<br>Monocitos 50-70<br>Eosinófilos 0-1<br>Basófilos 45-65<br>En Banda 0 | . . . 11.2 mg.<br>. . . 46<br>...13 mil/mm <sup>3</sup><br>.....0<br>.....0<br>.....0<br>.....0<br>.....12 | Ligeramente aumentados<br><br><br><br><br><br><br>Aumentados |
| 160284 | Tiempo de Protombina.<br>Grupo RH | 80 a 100%<br>A-B-0<br>(+)- (-)  | ..13 seg. 100%<br>.....B<br>.....+   | .  |

## Exámenes de Gabinete.

| T I P O                           | O B S E R V A C I O N E S  |
|-----------------------------------|--|
| 16-II-84.-Placa simple de Abdomen | Se observa la presencia de fecalito en apéndice por lo que éste presenta ligero aumento de tamaño y disminución de su luz. |

## 2.1. DETECCION DE PROBLEMAS.

- 1) Dolor en fosa iliaca derecha
- 2) Náusea y vómito
- 3) Fiebre
- 4) Deficiente higiene personal
- 5) Alteraciones emocionales
- 6) Leucocitosis absoluta

## 2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERTA.

Paciente adulta de sexo femenino, conciente. Presenta dolor intenso tipo cólico en fosa iliaca derecha, y además hiperestesia en el sitio denominado punto de Mc. Burney. Cierta grado de contractura en el recto anterior derecho del abdomen. El pulso y la presión arterial son normales. La temperatura es de 39°C. La cuenta de glóbulos blancos es de 13000 por mm<sup>3</sup>, las formas en banda, 12 por 100. En la placa simple de abdomen se observa un fecalito en el apéndice por lo que éste se encuentra con ligero aumento de tamaño y disminución de la luz, además presenta náusea, vómito de contenido alimenticio. La paciente manifiesta angustia por la accentuación de los síntomas a pesar de todo lo que ha tomado, y por que va a ser intervenida quirúrgicamente. Sus condiciones de higiene personal son deficientes.

Proviene de una familia numerosa, en donde todos participan para la solución de los problemas. Esto le permite inferir que su hijo estará atendido durante el tiempo de su hospitalización. El nivel socioeconómico y educacional es débil. Diagnóstico médico es de apendicitis aguda.

### III PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

#### Ficha de identificación.

Nombre: P. R. G.                      Servicio: Cirugía general  
No. de cama: 512                      Fecha de ingreso: 16-02-84  
Edad: 22 años                          Sexo: Femenino  
Estado Civil: Unión libre              Nacionalidad: Mexicana.

#### Diagnóstico de Enfermería.

Paciente adulta de sexo femenino, conciente. Presenta dolor intenso tipo cólico en fosa iliaca derecha y, además hiperestesia en el sitio denominado punto de Mc. Burney. Cierta grado de contractura en el recto anterior derecho del abdomen.

El pulso y la presión arterial son normales. La temperatura es de 39°C. La cuenta de glóbulos blancos es de 13000 por mm<sup>3</sup>, las formas en banda 12 por 100. En la placa simple de abdomen se observa un fecalito en el apéndice, por lo que este se encuentra con ligero aumento de tamaño y disminución de la luz. Además presenta náusea, vómito de contenido alimenticio.

La paciente manifiesta angustia por la acentuación de los síntomas a pesar de todo lo que ha tomado, y por que va a ser intervenida quirúrgicamente.

Sus condiciones de higiene personal son deficientes.

Proviene de una familia numerosa, en donde todos participan

para la solución de los problemas. Esto le permite inferir que su hijo estará atendido durante el tiempo de su hospitalización.

El nivel socioeconómico y educacional es débil.

Diagnóstico médico, es de apendicitis aguda.

### 3.2.1. Objetivo

Identificar los problemas potenciales y prevenir complicaciones.

### 3.2.2. Problema

Dolor en fosa Iliaca Derecha.

#### 3.2.2.1. Manifestaciones Clínicas del Problema.

- Diaforesis
- Cambios de la expresión facial
- Hipotensión
- Respiraciones irregulares.
- Miembro Inferior derecho flexionado sobre el abdomen.
- Hiperestesia en el punto de Mc. Burney.



### 3.2.2.2. Razón Científica del Problema.

Por lo general el dolor superficial intenso excita mecanismos fisiológicos de defensa que es patrón de alarma.

La estimulación del Sistema Simpático produce vasoconstricción periférica; aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria.

Estado de alerta y sudación profusa.

Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas, fibras ampliamente distribuidas en las capas superficiales de la piel y en algunos tejidos internos. Algunas regiones del organismo poseen receptores sensoriales que son principalmente para el dolor, entre éstas se encuentran incluidas las vísceras del tórax, del abdomen y de la pelvis.

Las fibras rápidas para el dolor (fibras pequeñas tipo A) transmiten las sensaciones de dolor de tipo cólico hasta la médula espinal, y de ahí suben a través de los conductos es pino-talámicos hasta el tálamo.

Estas señales tienden a diseminarse a través de las áreas reticulares del bulbo raquídeo a nivel del tálamo, el dolor se percibe de manera conciente pero indiscriminadamente.

La corteza cerebral es la que localiza el dolor, distingue su calidad y le da significado.

El dolor puede clasificarse en superficial o cutáneo. profundo y visceral. El dolor de tipo visceral puede producirse por el bloqueo del flujo sanguíneo a una área de tamaño

considerable, espasmos de músculo liso o alargamiento de las fibras musculares lisas.

Las ramas de las fibras para el dolor visceral hacen sinapsis en la médula espinal con las neuronas que reciben fibras para el dolor de la piel.

Las señales que son transmitidas desde las vísceras se diseminan hasta las neuronas que transmiten las sensaciones dolorosas de la piel. 32/

### 3.2.3. Acciones de Enfermera.

Observación continua para identificar signos del progreso de la enfermedad y evitar el uso de analgésicos.

Reposo absoluto.

Mantener seco y cómodo al paciente.

#### 3.2.3.1. Razón Científica de las Acciones.

La observación constante del paciente nos permite identificar y evaluar el dolor, previniendo cualquier amenaza contra la vida y el bienestar del paciente.

La intensidad del dolor puede disminuirse mediante el mínimo manejo del paciente.

La maceración de la piel es producida por una húmedad continua.

#### 3.2.3.2 Responsable de la Acción.

La Enfermera.

### 3.2.3.3. Evaluación de las Acciones.

Se logró disminuir el dolor a base de reposo.

Se estableció comunicación entre la enfermera y el paciente.

### 3.2.2. Problema.

Náusea y Vómito.

#### 2.2.2.1. Manifestaciones Clínicas del Problema.

Eyección del contenido gástrico.

Arqueo.

Hipersalivación.

Malestar gastrointestinal.

#### 3.2.2.2. Razón Científica del Problema.

La náusea puede ser producida por cualquier trastorno que aumente la tensión de las paredes del estómago, el duodeno o la extremidad inferior del esófago.

Puede seguir a la exposición a olores desagradables, distensión del estómago o la alteración funcional del movimiento normal propulsivo del contenido duodenal.

Vómito es la expulsión brusca del contenido gástrico a través del esófago y la boca, provocado por la estimulación del centro del vómito que se localiza en el bulbo raquídeo a causa de impulsos aferentes provenientes del estómago, sensaciones intensas desagradables, reacciones emocionales fuertes, presión sobre el propio centro del vómito o la ingestión de algunos alimentos y/o medicamentos.<sup>33/</sup>

<sup>33/</sup> Ibidem; pp.153-155

### 3.2.3. Acciones de Enfermería.

Proporcionar al paciente un ambiente agradable y placentero evitando ruidos y olores desagradables.

Observar las características del vómito.

Aislar al paciente.

Administración de antieméticos.

Dramamine 1 mililitro cada 4 horas por vía intravenosa.

Reposición del déficit de agua y electrolitos por medio de la instalación de venoclisis.

Solución glucosada al 5%, 1000 mililitros para 8 horas.

Observación continua.

Control estricto de líquidos.

#### 3.2.3.1. Razón Científica de las Acciones.

El ambiente físico agradable evita las situaciones que pudieran estimular el reflejo nauseoso.

Evaluar y reportar las características del vómito, como son tipo, frecuencia, cantidad, color, olor y consistencia, es de vital importancia para el diagnóstico y tratamiento.

Los antieméticos actúan sobre el centro del vómito disminuyendo su actividad.

Los líquidos administrados por vía endovenosa pasan directamente al líquido extracelular haciendo que los mecanismos homeostáticos corporales eviten que se presente hipotensión, deshidratación o en casos más graves choque hipovolémico. 34/

---

34/ Ibidem; p.155

### 3.2.3.2. Responsable de la Acción.

La enfermera.

### 3.2.3.3. Evaluación de las Acciones.

Se mantuvo en ayuno por 8 horas al paciente.

Se evaluaron y registraron en la hoja de enfermería las características del vómito, lo que fue de gran utilidad para el diagnóstico médico.

### 3.2.2. Problema.

Fiebre.

#### 3.2.2.1. Manifestaciones Clínicas del Problema.

Fiebre de 39°C

Taquicardia y Taquipnea

Diaforesis

Escalofríos

Piel erizada, seca y caliente

Leucocitosis.

#### 3.2.2.2. Razón Científica del Problema.

Los mecanismos Fisiológicos que regulan la temperatura están controlados por el centro regulador de la temperatura que se encuentra localizado en el hipotálamo.

Existen neuronas sensitivas para el calor en el centro termostático del hipotálamo anterior, los cuales controlan la temperatura corporal.

La función de las células del organismo se alteran cuando la temperatura es menor de 34.4.°C, o mayor de 40°C.

La célula empieza a sacar agua quedándose con sequedad interna quemándose la célula por incremento y acumulación de sustancias tóxicas y electrolíticas, retardándose las reacciones biofísicoquímicas para las células y tejidos.

La hipotermia puede provocar daño cerebral permanente ya que las células nerviosas no se regeneran. 35/

Por el aumento de la temperatura en el cuerpo la piel se torna caliente y al mismo tiempo el cuerpo trata de normalizar su temperatura y se presente la diaforésis así como taquicardia y taquipnea.

La taquicardia también se presente porque el cuerpo está perdiendo líquidos por medio de la diaforésis y éste trata de cubrir las necesidades del cuerpo bombeando más aprisa.

A causa del calor se libera adrenalina y noradrenalina a la circulación, ésta acelera el metabolismo celular, incrementando los productos de desecho de  $CO_2$  y Agua.

El principal centro motor de los escalofríos (localizado en el hipotálamo posterior), envía impulsos hasta los músculos estriados y aumenta su tono. Cuando el tono aumenta hasta cierto nivel, los músculos se contraen involuntariamente.

La elevación del patrón termostático hecha a andar los mecanismos responsables de la elevación de la temperatura.

La estimulación simpática produce vaso constricción a nivel de la piel y erección de los folículos pilosos.

El aumento de la producción de calor es seguido de una vaso dilatación periférica y una sensación incómoda de calor.

La fiebre es un síndrome originado por un proceso patológico, cuyo elemento fundamental es la elevación de la temperatura ante agentes agresores, especialmente la infección.

Las sustancias pirógenas son toxinas lipopolisacáridas producidas por algunas bacterias, muchas sustancias proteicas u los productos de la desintegración de las proteínas.

Se piensa que los leucocitos liberan pirógenos como parte de la respuesta inflamatoria del organismo hacia la lesión

36/

### 3.2.3. Acciones de Enfermería.

Aplicación de compresas frías con cambio cada 3 minutos.

Reposo absoluto.

Mantener seco y cómodo al paciente.

Controlar la temperatura por medios físicos.

Control de temperatura por medios químicos, administración de antipiréticos 1 ampollita de conmel intramuscular dosis única.

Toma y registro de temperatura cada 10 minutos.

Administración de antibióticos, penicilina G, procaína con penicilina cristalina 2 millones cada 6 horas intravenosa.

#### 3.2.3.1 Razón Científica de las Acciones.

El frío tiene poder de penetración, viaja por los recepto-

res térmicos de la piel impulsado por los nervios hasta el centro termorregulador localizado en el hipotálamo anterior.

Las células del organismo necesitan períodos de disminución de la actividad, durante la cual puedan restablecerse. Un período de descanso o de sueño normalmente restablece la capacidad del individuo y le produce una sensación de bienestar.

La maceración de la piel es producida por una humedad continua. La piel se reblandece y arruga y disminuye su resistencia a las lesiones y a las infecciones. 37/

El frío disminuye el metabolismo celular e inhibe la formación y absorción de toxinas de origen bacteriano.

El descanso disminuye el proceso metabólico y la actividad muscular, y el calor producido en el organismo desciende.

Los antipiréticos actúan sobre los centros termorreguladores, haciendo aumentar la pérdida de calor por inducir vasodilatación cutánea.

El organismo vivo mantiene en forma constante la temperatura gracias al balance entre el calor producido (termogénesis), y el calor perdido (termólisis). La temperatura normal en el cuerpo humano es de 36 a 37° Centígrados.

Los antibióticos son agentes antiinfecciosos de origen biológico, que se emplean profiláctica o terapéuticamente.

---

37/ Ibidem; p. 294



El mecanismo de acción de los antibióticos se clasifican en 3 categorías:

Por su interferencia en 1) La síntesis de la pared celular o en su permeabilidad. 3) Mecanismos moleculares de duplicación de transferencia de información y de síntesis bacteriana de proteínas. Los antibióticos bactericidas interfieren en la síntesis de las paredes celulares o de las membranas citoplásmicas de las células bacterianas susceptibles. 38/

### 3.2.3.2. Responsable de la Acción.

La enfermera.

### 3.2.3.3. Evaluación de las Acciones.

Se registraron y valoraron las cifras en la hoja de enfermería.

Se disminuyó la temperatura hasta la normalidad, sin reportar ningún problema.

Se mantuvo en posición de decúbito dorsal lateral izquierda y derecha.

No se reportó ningún efecto secundario a la administración de antibióticos.

### 3.2.2. Problema.

Deficiente higiene personal.

#### 2.2.2.1 Manifestaciones Clínicas del Problema.

Piel sucia, con olor desagradable, cabello sucio, uñas de  
38/ Ibidem; p. 295

manos y pies largas y sucias.

Boca y piezas dentales sucias y con olor desagradable.

### 3.2.2.2. Razón Científica del Problema.

La piel es un medio de defensa para el cuerpo humano, si se mantiene sucia esta capa ya no se protegerá.

La piel está constituida por varias capas, éstas van formando células nuevas, y por lo tanto tienden a subir hasta la superficie, por esto la piel va eliminando células muertas, que son causa de mal olor y de proliferación de microorganismos patógenos. 39/

### 3.2.3 Acciones de Enfermería.

Orientar sobre la importancia de la higiene personal, haciendo hincapié sobre la limpieza de genitales externos y aseo bucal, baño de regadera y corte de uñas de los dedos de los pies y de las manos.

#### 3.2.3.1 Razón Científica de las Acciones.

La piel está constituida por varias capas, éstas van formando células nuevas, y por lo tanto tienden a subir hasta la superficie, por esto la piel va eliminando células muertas que son arrastradas por medio del agua y jabón, y cepillado que se realiza durante el baño; además ayuda a estimular la circulación y favorece el descanso.

Mantener las uñas limpias y cortas, evita la proliferación de microorganismos patógenos.

El aseo bucal evita las caries e infecciones bucales, ya que el cepillado remueve las partículas que quedan de algunos alimentos. 40/

### 3.2.3.2. Responsable de la Acción.

La enfermera.

### 3.2.3.3. Evaluación de las Acciones.

Se pudo observar que la paciente aceptó con agrado su baño de regadera y puso más cuidado con su arreglo personal.

### 3.2.2. Problema.

Alteraciones emocionales.

#### 3.2.2.1. Manifestación Clínica del Problema.

Angustia

Depresión

#### 3.2.2.2. Razón Científica del Problema.

La angustia y depresión son debidas a la separación del núcleo familiar, principalmente de su hijo, por el desconocimiento de su padecimiento y por el medio ambiente hospitalario desconocido para la paciente.

### 3.2.3. Acciones de Enfermería.

Terapia ocupacional y de apoyo.

Orientación adecuada sobre su padecimiento.

### 3.2.3.1. Razón Científica de las Acciones.

El mantener la mente del paciente ocupada en otras actividades, disminuye la angustia haciendo que olvide sus problemas y conflictos.

### 3.2.3.2. Responsable de la Acción.

La enfermera.

### 3.2.3.3. Evaluación de las Acciones.

Se logró la adaptación de la paciente al medio hospitalario manifestando esta su deseo de cooperación con el equipo de salud, para su pronto restablecimiento.

## 3.2.2. Problema

### Apendicitis Aguda

#### 3.2.2.1 Manifestación Clínica del Problema

Leucocitosis Absoluta. Aumento total de leucocitos en la sangre.

#### 3.2.2.2. Razón Científica del Problema.

La conglomeración de leucocitos, principalmente neutrófilos, en el sitio de lesión, bien pudiera ser el aspecto más importante de la reacción inflamatoria. Los leucocitos pueden engullir partículas extrañas, entre ellas bacterias y los restos de células necróticas, y las enzimas lisosómicas pudieran contribuir de distintas maneras a la respuesta de la defensa.

En el foco inflamatorio, el comienzo del estancamiento en la microcirculación, produce agrupamiento de eritrocitos. Según las leyes físicas de los fluidos, estas masas eritrocíticas asumen sitio central en la corriente axial y los leucocitos son desplazados hacia la superficie. De esta manera, llegan a ocupar sitios en contacto con superficies endoteliales; en esta inicial, ruedan o dan tumbos siguiendo la superficie endotelial en los márgenes de circulación más lenta de la corriente, pero pronto las células se adhieren y pavimentan las superficies endoteliales.

La conglomeración de leucocitos en el foco lesionado es el dato histológico fundamental de la inflamación aguda. En la mayor parte de los pacientes con apendicitis, se observa un desplazamiento a la izquierda del recuento diferencial de leucocitos aún cuando la cuenta total sea normal. En estos casos si los signos clínicos muestran discrepancia con el número de leucocitos, hay que confiar más en el recuento diferencial normal.

### 3.2.3. Acciones de Enfermería

Consultar al médico sobre cualquier dolor abdominal intenso, o que no desaparezca.

No emplear enemas

Ayuno total hasta nueva orden

Preparación física y psicológica

Preparación de la piel

Aseo bucal

Revisión de Prótesis

Transporte del paciente a quirófano

Participar en el acto quirúrgico

Toma y registro de signos vitales

Observar el estado de conciencia

Sujeción del paciente

Revisar expediente para ver indicaciones médicas

Observar signos de retención urinaria, distensión, hemorragia, dolor y choque

Ambulación temprana

### 3.2.3.1. Razón Científica de las acciones

La estimulación del sistema simpático produce vasoconstricción periférica, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas, fibras ampliamente distribuidas en las capas superficiales de la piel y en algunos tejidos internos. Algunas regiones del organismo poseen receptores sensoriales que son principalmente para el dolor, entre éstas se encuentran incluidas las vísceras del tórax del abdomen y de la pelvis.

La observación constante del paciente nos permite identificar y evaluar el dolor, previniendo cualquier amenaza contra la vida y el bienestar del paciente. La intensidad del dolor puede disminuir mediante el mínimo manejo del paciente.

El empleo de enemas aumenta el peritaltismo, lo que puede provocar perforación del apéndice inflamado y peritonitis.

La ingestión de alimentos puede agravar el trastorno, además de que en casos en donde el paciente es sometido a cirugía, existe el riesgo de que el paciente vomite y las partículas de alimento dentro de la trama bronquial provoquen una broncoaspiración, que pone en determinado momento en peligro la vida del paciente.

La participación de la enfermera entraña el informe oportuno y temprano de los síntomas que puedan indicar apendicitis, la preparación del paciente para cirugía de urgencia y la asistencia posoperatoria.

La enfermera ayuda a disminuir las complicaciones y el riesgo de muerte por apendicitis, al enseñar a los familiares lo que hay que hacer y especialmente lo que no se debe hacer, cuando aparece dolor abdominal. El paciente hospitalizado para cirugía de urgencia debe ser preparado lo más pronto posible. No hay mucho tiempo de explicarle muchos aspectos de la intervención e infundirle confianza. No obstante, incluso en esa situación la forma en que la enfermera atiende de él, brindará tranquilidad y la sensación de que está en buenas manos.

La finalidad de preparar la piel es lograr asepsia completa y con ello disminuir, durante la cirugía las posibilidades de que pasen bacterias a la herida desde la superficie

cutánea. La piel está constituida por varias capas, éstas van formando células nuevas, por lo tanto, tienden a subir hasta la superficie, por esto la piel va eliminando células muertas que son arrastradas por medio de agua y jabón.

El vello largo de abdomen y región púvica debe ser afeitado para evitar que actúe como cuerpo extraño y que impida la cicatrización.

Mantener las uñas limpias y cortas, evita la proliferación de microorganismos patógenos.

Todos los pacientes deben tener la boca limpia antes de la cirugía, una boca limpia les hará sentir más comodidad e impide la aspiración de partículas de alimento que queden en la boca.

Se pide al paciente que se quite sus prótesis dentales para que no se desprendan y causen obstrucción respiratoria durante la administración de la anestesia. Se deben quitar otras prótesis, como de ojos y miembros artificiales antes de la cirugía.

En el momento indicado para llevar al paciente al quirófano se le colocará en una camilla y se le cubrirá con una sábana, revisando que sea el paciente, comprobando con la ficha de identificación anotando en el expediente medicamentos, signos vitales, vómitos, micciones, defecaciones y observaciones respecto a su estado durante el tiempo



que pasó en el servicio.

En el transoperatorio la enfermera participa como circulante o instrumentista, por lo cual debe tener conocimiento de lo que se está realizando para que su participación sea eficiente.

#### *Apendicectomía.- Acceso*

Preparar la piel y colocar las toallas alrededor de la zona operatoria.

Asegurarse de que el anestesista esté preparado para que se inicie la operación.

El cirujano hace una incisión limpia a través de la piel con el filo del bisturí, de 7 a 10 centímetros por encima de la cresta ilíaca, y debe cruzar el punto de Mc. Burney, que está situado a nivel de la unión del tercio medio y el tercio externo de una línea que une al ombligo con la espina ilíaca anterosuperior derecha y termina inmediatamente por la línea semilunar. El corte sigue prácticamente la dirección de las fibras de la aponeurosis del oblicuo mayor, pero cicatriza mejor si se hace más transversalmente, paralela a las líneas de tensión cutáneas.

Secciona todos los tejidos hasta las fibras brillantes de la aponeurosis del oblicuo mayor.

Realiza la hemostasia de los vasos seccionados.

Aplica los segundos campos sobre los bordes cutáneos.

Desdobra la aponeurosis del oblicuo mayor con un bisturí, en la misma dirección de las fibras, completando el desdo-

blamiento empujando con las hojas parcialmente cerradas de las tijeras en la misma dirección.

Retrae la aponeurosis del oblicuo mayor hasta descubrir la aponeurosis que reviste externamente el músculo oblicuo menor. Incidir esta aponeurosis en la misma dirección de las fibras del músculo subyacente.

Desdobra las fibras del oblicuo menor y del transverso, utilizando unas tijeras rectas de mayo insertadas en ángulo recto al plano de la piel de manera que las hojas se abran en la misma dirección de las fibras.

Siempre que las tijeras no sean empujadas demasiado violentamente, la aponeurosis transversal y el peritoneo intacto son empujados hacia abajo y no se abren.

Realiza la hemostasia de los vasos seccionados para detener toda hemorragia.

Separá los bordes circulares y cutáneos para descubrir completamente la aponeurosis transversal y el peritoneo fusionados.

Pinza el pliegue del peritoneo con una pinza de disección con dientes de manera que la porción que forma, tienda a ser agarrada con unas pinzas arteriales. Soltar las pinzas de disección y tomar otra presa para asegurarse de que sólo se coge peritoneo. Practicar una pequeña incisión a través del peritoneo utilizando un bisturi.

Deja entrar el aire en la cavidad peritoneal de manera que las vísceras, se alejen. Aumentar el orificio en misma línea de la incisión cutánea con las tijeras.

### Valora el Procedimiento

Aspira todo líquido o pus libre que se encuentre, conservando una muestra para laboratorio y cultivo en busca de gérmenes.

Encontrar el ciego, si es difícil, inserta un dedo en la cavidad peritoneal, pasarlo hacia la derecha por debajo de la pared abdominal anterior, continuar alrededor de la pared lateral hacia la fosa ilíaca y luego hacia dentro hasta que se alcanza el ciego. Empujar suavemente el ciego desde dentro, no tirar de él desde fuera.

Seguir las tenias del ciego hacia abajo hasta la base del apéndice. Seguir el apéndice directamente hasta su punta y si está libre, tirar suavemente de ella. Nunca tirar ciegamente sobre la base del apéndice.

Confirma el diagnóstico observando la turgencia, congestión vascular, depósitos de fibrina, adherencias inflamatorias, necrosis, líquidos y pus libre.

Si el apéndice no está inflamado de manera evidente, examinar el ciego o el metro y medio terminales de ileón junto con su mesenterio para excluir otras causas locales de inflamación. Insertar uno o dos dedos en el abdomen y palpar la pared abdominal posterior, en colon ascendente, el polo inferior del riñón derecho, el borde hepático y el fondo de la vesícula biliar, el reborde pélvico, los vasos ilíacos derechos, el fondo de la vejiga, la región inguinal derecha y, en la mujer el ovario derecho y la trompa de falopio derecha.

Cuando la apendicitis está localizada, estas estructuras, pueden palpase después de la apendicectomía pero, naturalmente. la presencia de una gran infección local impide la inspección en previsión de no diseminarla.

Excluir el tumor carcinoide del apéndice, amarillento y habitualmente localizado, y también el adenocarcinoma del apéndice, cuyo mejor tratamiento será la hemicolectomía de recha.

Acción.

Movilizar el apéndice de su base hacia la punta, liberándolo suavemente con un dedo índice y empujando hacia afuera. Nunca tirar ciegamente de la base de un apéndice adherido.

Aplicar unas pinzas de Babcock para rodear el órgano sin aplastarlo, de manera que pueda levantarse verticalmente. Visualizar los vasos contenidos en el mesoapéndice por transiluminación.

Practicar un orificio a través de una ventana cerca de la base del apéndice.

Pasar una hoja de la pinza arterial a través del mesoapéndice, cerca del apéndice, para dejar un generoso margen de tejido proyectándose más allá de la pinza. Ligar suavemente, pero con firmeza el mesoapéndice a medida que la pinza es abierta y retirada.

Tripsiar la base del apéndice con unas pinzas, soltándolas y reaplicándolas a medio centímetro más allá. Ligar la porción tripsiada del apéndice. Insertar una sutura seromus -

cular en bolsa de tabaco de catgut crónico 00 montada en una aguja atraumática, en el ciego a un centímetro de la base del apéndice, tomando de cuatro a seis puntadas. Dejarla sin anudar, cortar el apéndice inmediatamente por abajo de la pinza. ¡alto!. Ahora se ha penetrado en el intestino; el bisturi, el apéndice y la arteria dirigida a él y la pinza deben ser colocadas en una batea reserva da para los artículos contaminados.

Tomar los extremos de la ligadura del muñón apendicular con una pinza, invaginar el muñón mientras se aprieta la bolsa de tabaco, quitando la pinza al mismo tiempo. Anudar la bolsa de tabaco.

#### ¿Dificultades?

Si no se puede llevar a cabo alguno de los tiempos prece dentes con facilidad y seguridad. ¿es por exposición insu ficiente?. La incisión fue planeada para la mínima difi cultad, de manera que no se debe tener la crítica por el hecho de ampliarla.

Como primer paso cortar todos los músculos en la misma línea de la incisión cutánea, en una o ambas direcciones. No vacilar en ampliar toda la incisión; llevarla hasta la región lumbar para alcanzar un apéndice retrocecal de situación alta o hacia adentro hasta alcanzar un apéndice adherido a la pelvis. Si la incisión se dirige hacia adentro ligar y seccionar los vasos epigástricos inferiores y desplazar o seccionar el músculo. Detener toda nueva hemorragia.

Desplazar un apéndice retrocecal incidiendo el peritoneo parietal en el espacio parietocológico y levantando el ciego.

¡Esta la punta del apéndice fuera de los límites de su visión!. Nunca tirar de él a ciegas; mejorar la visión colocando cuidadosamente los separadores, ajustando la luz, ampliando la incisión.

La apendicectomía retrógrada, seccionando primero la base y liberando gradualmente el órgano hacia la punta, es útil algunas veces. Sin embargo no hay que utilizar el método de preferencia a un mejoramiento de la exposición.

¿Están el mesoapéndice, la base del apéndice y el ciego próximo muy edematosos?. Si es así, tirar del mesoapéndice con delicadeza: una ligadura demasiado laxa no cerrará los vasos. Utilizar una aguja de aneurisma para pasar la hebra; ligarla y seccionar el tejido en un punto bien distal a la ligadura. No comprimir la base del apéndice sino intentar una de las maniobras siguientes:

Ligar la base del apéndice 5 milímetros más allá de la liga dura y luego infundibilizar la zona con puntos de catgut en una parte de la pared cecal que no esté afectada por el edema.

Si la ligadura corta la base del apéndice, uno o dos puntos totales pueden cerrar el orificio lo mismo que se utilizaría para cerrar una úlcera péptica perforada. Continuando la analogía, el epiploon o un apéndice epiploico próximo deben ligarse sobre el orificio, invaginar la zona.

Considerar si es mejor no invaginar la base del apéndice y en vez de ello practicar una ligadura. Tocar el borde del corte con nitrato de plata para cerrarlo completamente, e insertar un drenaje frente a él. Alguna que otra vez, un muñon sepultado produce un absceso que se abre en el ciego o en la cavidad peritoneal general.

Si ninguna de estas maniobras tiene éxito, no se desespere. Una valoración hecha con calma puede conducir a encontrar una solución. Si todo lo demás fracasa, coloque un gran tubo de drenaje de goma en el orificio lleve la región hasta la superficie y suture el ciego circundante a la piel.

¿Debe ser extirpado el apéndice?.

Si no puede encontrarse el apéndice dentro de una cavidad abscesificada localizada, no vacilar en drenar el absceso y dejar el apéndice.

Si el ileon terminal está afectado por una ilecítis terminal no extirpar el apéndice a menos que muestre una inflamación supurada aguda. Si el diagnóstico de apendicitis resulta equivocado y hay que tratar algún otro aspecto, dejar el apéndice y advertir después al paciente.

¿Drenaje?.

Dejar un drenaje en la cavidad peritoneal, si se decidió no extirpar el apéndice agudamente inflamado.

Si tiene alguna duda acerca de la seguridad del cierre del muñon apendicular, dejar un drenaje. Después de extirpar un apéndice gangrenoso y de cerrar el peritoneo, puede merecer la pena drenar la herida.

Lista de comprobaciones.

Si el apéndice no estaba muy inflamado, ¿existe alguna otra causa de local para el cuadro clínico?

Examinar el ciego y el colon ascendente en busca de signos de inflamación úlcera o proliferación.

Si el ileon terminal está rojo y edematoso, con engrosamiento del mesenterio, el paciente tiene una ileitis terminal.

Si el apéndice no está agudamente inflamado, dejarlo.

Asegurarse de que no existe un divertículo de Meckel examinando el último metro o medio metro del ileon.

¿Esta sano el intestino, y recibe un buen riego sanguíneo?

¿Hay ganglios aumentados de tamaño en el mesenterio?, si es así ¿son blandos y edematosos, lo cual sugiere una adenitis mesentérica, o están calcificados?, sinónimo de una tuberculosis previa.

Suele ser posible palpar el borde hepático, el polo inferior del riñón derecho, e incluso la vesícula biliar. No se puede asegurar que las estructuras sean normales, pero alguna que otra vez es posible detectar una anomalía.

Utilizando la mano izquierda, palpar la vejiga y, en la mujer el ovario y la trompa derechos y el fondo del útero.

También pueden palparse los conductos inguinal y crural derechos.

Palpar la pared posterior de la fosa ilíaca derecha; alguna que otra vez puede distinguirse el uréter derecho y pueden palparse los vasos ilíacos primitivos y externos del lado derecho.

Si hay líquido libre ¿se ha encontrado una explicación de



su presencia?

Si habla también gas libre en la cavidad peritoneal, es que esta perforado el intestino. Después de comprobar el intestino local, cerrar la herida y volver a abrir el abdomen a través de una incisión paramedia superior derecha, ya que la localización de la perforación en el estómago o en el duodeno.

Volver a examinar el sitio de la operación ¿Esta bien cerrado el muñon?

¿Esta segura la ligadura del apéndice?

Antes de cerrar el abdomen piense durante un momento, si el recurso pooperatorio de este paciente se complica ¿Tiene confianza en que ello no será como resultado de una negligencia?. Es más eficaz emprender una acción ahora, que preocuparse más tarde.

Absceso.

Si se palpa una masa, bien sea antes de la operación o cuando el paciente se haya relajado por efecto de la anestesia, puede detectar ahora un edema en las capas más profundas de la pared abdominal. La masas está en su mayor parte o enteramente compuesta de vísceras y epiplón adheridos más bien que de la cavidad absceso.

Alguna que otra vez, coincidirá directamente en la cavidad de un absceso al incidir el peritoneo. No se precipite en abrir la herida más, si no en aspirar suavemente y del todo el pus y los restos, conservando una muestra de pus para su cultivo.

Luego, palpar suavemente para ver si es seguro ampliar la abertura sin lesionar vísceras ni abrir por completo las pa redes de la cavidad.

Si la cavidad puede abrirse de manera segura, puede ver entonces el apéndice y extirparlo, y asegurarse de que todo el órgano sea extirpado, no simplemente el muñon proximal sano de un órgano completamente desintegrado. Si no puede abrirse con seguridad la cavidad, dejar un tubo de drenaje insertado en ella.

Más a menudo se abre la cavidad peritoneal y se encuentra la masa situada posteriormente. Hay que decidir una vez más si se debe drenar la masa o separa las vísceras y el epiplón adheridos después de excluir el resto de la cavidad peritoneal con grandes compresas, en un intento de extirpar el apéndice. Cuando existe alguna duda, limite siempre la masa de adherencias con compresas, busque un plano de desligamien to y siga con precaución sin comprometerse, hasta haber terminado la situación exacta. Recuerde que los tejidos inflamados son excepcionalmente frágiles.

El absceso puede ser retrocecal y coincidir con él sólo después de levantar el ciego, siguiendo en sentido distal desde la base del apéndice. Este absceso puede drenarse totalmente.

Si la masa esta situada dentro del reborde pélvico, es preciso haberse dado cuenta de ello antes de la operación palpando por tacto rectal una masa caliente y dolorosa. Una vez más aislar la zona con compresas y progresar con precaución, estando siem

pre a punto para drenar el absceso o para separar una masa de adherencias y quitar el apéndice.

#### *Peritonitis.*

Si se notara la presencia de líquido turbio o pus libre, con hiperemia, edema y placas de fibrina en las superficies viscerales.

Concentrarse primero en el tratamiento correcto del apéndice, asegurándose de que tiene una exposición suficiente.

Extraer meticulosamente y suave con el aspirador y gasas, todos los restos y pus, recordando que puede haberse derramado fuera de la zona inmediata, particularmente en la pelvis y en el trayecto del espacio parietocólico.

A menos que tenga confianza de que todo el material infectado ha sido extirpado, deje un drenaje en la cavidad peritoneal.

#### *Cierre.*

Comprobar las gasas, si es correcto el recuento.

Levantar el peritoneo con pinzas arteriales, separandole del intestino. Puntos totales de catgut crónico o montados sobre una aguja cilíndrica para cerrar el peritoneo.

Separar los bordes hendidos de los músculos oblicuo menor y transverso, utilizando puntos interrumpidos de catgut crónico I, anudados justo y suficientemente fuerte para aponer los bordes musculares. Cerrar la aponeurosis del oblicuo mayor con una sutura continua del mismo material.

Terminar la hemostasia para prevenir la formación de un hematoma, con la consiguiente infección superficial y supuración.

Reaponer los bordes cutáneos.

Cubrir la herida con apósitos. 41/

La toma de signos vitales y su registro permitirá identificar cualquier signo de alarma.

Si se administró un anestésico general, el paciente estará inconsciente, pero gradualmente comenzará a mostrar inquietud, después abrirá los ojos. A menudo se quejará y moverá un poco antes de recuperar la conciencia por lo que se mantendrá bien sujeto o bien mantener bien puestos los barandales de la cama o camilla a fin de evitar lesiones.

La enfermera debe asegurarse de revisar el expediente en busca de las órdenes médicas, para la aplicación de medicamentos y soluciones y más aún para asegurarse de la iniciación de la dieta del paciente.

Los pacientes sometidos a cirugía de abdomen, suelen tener dificultades para orinar en el posoperatorio temprano. El traumatismo operatorio en la región cercana a la vejiga puede disminuir temporalmente la sensación de urgencia de la micción. El temor de sufrir dolor también causa tensión para orinar.

La distensión abdominal proviene de la acumulación de gas en

los intestinos, es causado por incapacidad de dicho órgano para impulsar, merced al peristaltismo, gases por las asas, y se agrava por la tendencia de algunos pacientes a deglutir grandes cantidades de aire, especialmente cuando están atemorizados o sienten dolor.

La hemorragia puede ser externa e interna. Si es interna no se apreciará no por la sangre visible, sino por la palidez, hipotensión taquicardia, inquietud y deshidratación. Hay que revisar con regularidad los apósitos en busca de cualquier signo de hemorragia. Observación que abarcará también la ropa de cama y los apósitos que tenga el paciente, estimándose siempre el color de la sangre y la cantidad.

La pérdida de líquidos, los traumatismos, los anestésicos y algunos fármacos de premedicación pueden desencadenar el choque, los síntomas incluyen palidez, hipotensión, pulso rápido y débil, piel húmeda y fría.

Después de cualquier cirugía cabe esperar que aparezca dolor, por lo que el médico dará órdenes para administrar analgésicos, la enfermera tiene la responsabilidad de estimar la necesidad de administrar analgésicos según sus observaciones acerca del paciente. Además de precisar si el dolor proviene de la incisión, o de otro lado o sitio.

La ambulación temprana es una medida terapéutica cuya finalidad es prevenir complicaciones, es útil, para que el paciente sea autosuficiente con más prontitud, no obstante, continúa necesitando apoyo psicológico y atención por parte de la enfermera.

### 3.2.3.2. Responsable de la Acción.

La Enfermera, el Médico Cirujano y el Anestésista.

### 3.2.3.3. Evaluación de las Acciones.

La atención preoperatoria fue buena y de gran utilidad para el diagnóstico oportuno y su tratamiento.

A pesar de que la paciente requirió de una intervención quirúrgica de urgencia, durante el transoperatorio no se presentaron complicaciones y su recuperación fue favorable.

En el posoperatorio se observó que la paciente evolucionó favorablemente con la ayuda del equipo de salud y de sus familiares, pues éstos colaboraron con su asistencia tanto física como psicológicamente.

Cabe mencionar que se satisficieron todas las necesidades que la paciente requería en ese momento, ya que la eficiencia de estas se observó a través de la evolución del paciente, logrando las metas establecidas en el plan de atención.

## CONCLUSIONES.

El diagnóstico de la apendicitis a veces resulta difícil, ya que sus síntomas son específicos de ella, por lo que forma parte del cuadro llamado abdomen agudo.

En el primer período de la enfermedad no deben manifestarse analgésicos, ya que enmascaran los síntomas y se hace aún más difícil el diagnóstico.

Las complicaciones de la apendicitis son:

Absceso apendicular, peritonitis generalizada, hemorragia de un vaso ligado y seccionado, fístula fecal o invaginación del muñón invertido e infección de la herida.

La causa principal de la apendicitis es el vaciamiento incompleto del contenido del apéndice por la obstrucción de la luz de ésta haciéndola susceptible a las infecciones.

A pesar de la era actual en la que existen y se descubren antibióticos de gran efectividad, el tratamiento es quirúrgico.

Se apreciaron e informaron los síntomas más importantes, con lo que se facilitó el diagnóstico y el tratamiento oportunamente. Además de poner en práctica una serie de medidas que limitaron el daño y propiciaron la curación.

Se ayudo al paciente a comprender los puntos que no estaban claros y se venció cualquier concepto erróneo que él o sus familiares tenían, además de informar el plan de la asistencia.

cis preoperatoria y posoperatoria y la forma en que el paciente puede ayudar por sí mismo a lograr su pronta recuperación.

Se prepara al paciente para cirugía física y psicológicamente infundiéndole confianza, tranquilidad y la sensación de que está en buenas manos.

#### Sugerencias.

Es conveniente que la enfermera se documente en forma permanente a fin de actualizarse en cuanto a padecimientos quirúrgicos para evitar o detectar complicaciones, y posteriormente la muerte en este tipo de padecimientos.

En la actualidad el profesional de enfermería debe proyectarse hacia el ámbito familiar y de la comunidad, desarrollan programas de prevención de todo tipo de padecimientos y estimulan las actitudes necesarias para la vida, enseñan a organizarse, crean el espíritu de grupo, la cooperación y la comprensión mutua.

La coordinación del equipo multidisciplinario sobre las normas específicas del tratamiento, es parte de la actividad de enfermería brindarse a cada paciente es fundamental, para la óptima atención con el mínimo esfuerzo. Esta coordinación resulta eficiente cuando existe un programa con funciones delimitadas y comunes para cada integrante del equipo de salud de manera que se logren evoluciones satisfactorias corto plazo.



En las instituciones de salud es importante se promuevan cursos de adiestramiento sobre proceso atención de enfermería a fin de que la enfermera pueda reafirmar los conocimientos adquiridos y así conocer más a su paciente para poderle brindar un cuidado individualizado de acuerdo a los problemas y necesidades específicas del paciente originadas por el padecimiento, no olvidando que es un ser biopsico so cial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANDA PASTOR JOSE

Epidemiología General Tomo I  
Mérida- Venezuela, 1971, pp.476

ASOCIACION NACIONAL DE ESCUELAS  
DE ENFERMERIA.A.C.

Documento Básico sobre:

Proceso de Atención de Enfermería  
México, 1976, pp.72

BAENA PAZ GUILLERMINA

Instrumentos de Investigación  
Editorial Editores Mexicanos Unidos  
México, 1984, pp.134

FARRERAS VALENTI/ ET. AL.

Medicina Interna Tomo I  
México, 1976.  
Editorial Manín, S.A., pp.1100

HARRISON ET. AL.

Medicina Interna Tomo II  
México, 1981  
La Prensa Médica Mexicana, S.A., pp.2500

KIMBER DIANA /C. ET. AL.

Manual de Anatomía y Fisiología  
México, 1973  
La Prensa Médica Mexicana, S.A., pp.778

KIRK. R.M.

Técnicas Quirúrgicas Generales.  
Barcelona, España, 1982  
Editorial Científico Médica, p.408

KOLTHOFF ANTHONY / ET.AL.

Anatomía y Fisiología

México 1974.

Editorial Interamericana, pp.584

MARRINER, ANN

El Proceso de Atención de Enfermería

Un enfoque Científico

Traducción de Alfredo Téllez Vallejo,

Editorial El Manual Moderno,

México, 1983, pp.325

MERK SHARP & DÖHME INTERNACIONAL

El Manual Merck México 1979

5a. Edición, pp.1696

NORDMARK, MADELYN / F.ET. AL

Bases Científicas de la Enfermería

La Prensa Médica Mexicana, S.A.

México, 1982, pp.712

ROBBINS, STANLEY / L. ET.AL.

Patología Básica

México, 1979

Nueva Editorial Interamericana, pp.739

ROBBINS, STANLEY

Tratado de Patología 3a.Edición

México 1968.

Nueva Editorial Interamericana, pp.1331.

SAN MARTIN HERNAN

Salud y Enfermedad 3a. Edición

México 1975,

La Prensa Médica Mexicana, S.A. pp. 819

SMITH DOROTY / W. ET. AL

Enfermería Médico-Quirúrgica 3a. Edición

México 1973

Nueva Editorial Interamericana, pp. 1201

SPIRO HOWARD/ M.

Gastroenterología Clínica

México 1980

Nueva Editorial Interamericana, pp. 1181

YURA H. M.B. WALSH

El Proceso de Enfermería

Traducción de C. Montuenga

2da. Edición, Editorial Alhambra

España, 1982, 222. pp.

A N E X O S

HISTORIA NATURAL DE LA APENDICITIS

Agente.-

- a) Et enrojecimiento dorado o angulación brusca del apéndice.
- b) Intumescencia del abundante tejido linfoide de su pared.
- c) La presencia de focos de vesícula elíptica que algunas veces contiene calcio.

masaped.-

El hombre, se observa más a menudo en adolescentes y adultos jóvenes. Es más frecuente en varones, en una proporción de 2 a 1 ó 3 a 2 en relación con las mujeres menos frecuente en la raza negra que en la blanca. Existe cierta predisposición genética.

ambiente.-

No se identifica características del ambiente que influyen en la incidencia de apendicitis, pero se ha observado que la pobreza, la ignorancia y la insensibilidad a los servicios de salud influyen en la prevención de complicaciones.

Cambios Vitales.

En apendicitis aguda temprana hay estado neurofítico escaso en mucosa, submucosa y fibras musculares. Los vasos subserosos están congestionados y a menudo rodeados por neutrófilos que han emigrado.

Por la congestión el peristaltismo seroso normal brillante.

se convierte en una membrana roja, opaca y granulosa. Al desarrollarse el proceso, el estudio de neutrófilos se torna más notable y en áreas cada cubiertas por material fibrinoso puntiforme.

Aparecen en la pared del apéndice focos de necrosis supurada, y en esta etapa puede emplearse el nombre de Apéndice Agudo Supurado. Por último el mismo inflamatorio dificulta el riego sanguíneo y se sobrecede al cuadro, necrosis ganglionar, que produce zonas extensas de ulceración hemorrágica venozosa de la mucosa y focos vendimados de necrosis que se extiende en toda la pared hasta la serosa.

Complicaciones.

- Abceso apendicitario.
- Hemorragia de un vaso mesoapendice ligada y accionada.
- Infección de la herida.
- Fístula fecal o invaginación del muñón invertido.
- Peritonitis generalizada cuando el dolor directo y la palpación se vuelven generalizados y una acompañados de vómitos profusos, desorientación y finalmente shock.

Signos y Síntomas Específicos

Dolor en fosa ilíaca derecha bien localizado (punto de Mc. Burney). Pero no intolérable. A veces hay náuseas y vómito. Ocasionalmente fiebre de más de 39°C.

Cabe señalar la ausencia de movimientos intestinales.

estrangimiento temporal y la imposibilidad de sentir gases por el recto.

Por consuelo se comprueba sensibilidad anormal debajo del dedo que explorara.

A la palpación, es evidente el espasmo y la defensa muscular en cuadrante inferior derecho.

En la exploración rectal o vaginal, puede aparecer un dolor por palpación localizada en el lado derecho.

El signo del PDSAS (dolor a la hiperextensión pasiva del muñón), es positivo. En casos de apendicitis avanzada hay leucocitosis.

Signos y Síntomas inespecíficos.

Molestias periumbilicales. Dolor en parte media del epigastrio.

A veces náuseas y vómito. Ocasionalmente fiebre de más de 39°C, anorexia.

Acentu el estado general. Estreñimiento ocasional ó diarrea.

| PERIODO PREPATOGENICO  |  | PERIODO PATOLOGICO   |   |
|--|--|--|---|
| PREVENCIÓN PRIMARIA  |  | PREVENCIÓN SECUNDARIA  |   |
| PROMOCIÓN DE LA SALUD  | PROTECCIÓN ESPECIFICA  | DIAGNOSTICO PRECOZ   | TRATAMIENTO OPORTUNO  |
| <p>Educación Nutricional. Mejoría de los sistemas de atención médica.</p> <p>Educación médica. Accesibilidad de la atención médica.</p> <p>mejoramiento de las condiciones culturales de la población.</p> | <p>Orientación sobre consumo de dietas ricas en residuos.</p> <p>Educación a la población sobre la importancia de la atención médica oportuna.</p> | <p>Por signos y Síntomas. Examen Físico. Citología Hemática don de aparecen invariables mente leucocitosis. Diagnóstico diferencial con: Ulceración mesentérica. Enfermedad inflamatoria pelviana. Hemorragia intraperitoneal por cualquier causa, como embazo ectópico o rotura de folículo ovárico. Enfermedad de Crohn. Divertículos de Meckel.</p> | <p>Tratamiento quirúrgico efectivo.</p> <p>Evitar complicaciones.</p> |

**Muerte.**

En la apendicitis no complicada, las cifras de mortalidad operatoria son bajas, la recuperación es rápida y el enfermo puede muchas veces ser dado de alta en el plazo de 5 ó 6 días.

Si se produce perforación y peritonitis, el pronóstico se hace más grave.

**Horizonte Clínico**

**Complicaciones.**

Abceso apendicular.

Hemorragia de un vaso mesenterico ligado y accionado.

Infección de la herida.

Fístula fecal o invaginación del muñón invertido, Peritonitis generalizada cuando el dolor directo y la palpación se vuelven generalizados y van acompañados de vómitos profusos, ileoparalítico y finalmente shock.

**Signos y Síntomas Específicos**

Dolor en fosa ilíaca derecha bien localizado (junto de McBurney). Pero no intolérable. A veces hay náuseas y vómito. Ocasionalmente fiebre de más de 39°C.

Cabe señalar la ausencia de movimientos intestinales.

estreñimiento temporal y la imposibilidad de emitir gases por el recto.

Por percusión se comprueba sensibilidad anormal debajo del dedo que explora.

A la palpación, es evidente el espasmo y la defensa muscular en cuadrante inferior derecho.

En la exploración rectal o vaginal, puede aparecer un dolor por palpación localizado en el lado derecho.

El signo del PSCAS (dolor a la hiperextensión pasiva del muslo), es positivo.

En casos de apendicitis avanzada hay leucocitosis.

**Signos y Síntomas inespecíficos.**  
Náuseas posiblemente, dolor en parte media del epigastrio.  
A veces náuseas y vómito.  
Ocasionalmente fiebre de más de 39°C, anorexia.  
Ataque al estado general.  
Estreñimiento ocasional ó diarrea.

| G E N I C O  |  | P E R I O D O P A T O G E N I C O   |  |
|--|--|---|--|
| PREVENCIÓN SECUNDARIA  |  | PREVENCIÓN Terciaria  |  |
| DIAGNOSTICO PRECOZ   | TRATAMIENTO OPORTUNO   | REHABILITACION  |  |
| <p>Por signos y Síntomas.<br/>Examen Físico.<br/>Citología Hemática don de aparecen leucocitosis y leucocitosis.<br/>Diferencial con: Linfadenitis mesenterica.<br/>Enfermedad inflamatoria pélvica.<br/>Hemorragia intraperitoneal por cualquier causa, como embarazo ectópico o rotura de folículo ovárico.<br/>Enfermedad de Crohn.<br/>Divertículos de Meckel.</p> | <p>Tratamiento quirúrgico efectivo.<br/>Evitar complicaciones.</p> | <p>Medidas de rehabilitación para el paciente.<br/>Post-Operación.<br/>Así como de las complicaciones y secuelas.</p> |  |



PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre del paciente: P.R.G.  
 Edad: 22 años  
 Fecha de ingreso: 10-07-12  
 No. de cama: 511  
 Servicio: Clínica General  
 Sexo: Femenino  
 Etnia: Puraquina completa  
 Ocupación: Hogar  
 Lugar de origen: Unión Educa México, D.F.

Diagnóstico de Enfermería

Paciente adulta de sexo femenino, consciente. Presenta dolor intenso tipo cólico en fosa ilíaca derecha y, además hiperventilación en el sitio de máxima punja de Mc Burney. Cierta grado de contractura en el recto anterior derecho del abdomen. El pulso y la presión arterial son normales. La temperatura es de 39°C. La cuenta de glóbulos blancos es de 13000 por mm<sup>3</sup>. Las formas en banda 11 por 100. En la placa simple de abdomen se observa un fecalito en el apéndice, por lo que éste se encuentra con ligero aumento de tamaño y disminución de los lóbulos a pesar de todo lo que ha comido, y por que va a ser intervenido quirúrgicamente. Sus condiciones de higiene personal son deficientes. Proviene de una familia numerosa, en donde toda participación para la solución de los problemas. Esto le permite inferir que su hijo estará atendido durante el tiempo de su hospitalización.

Objetivo: Identificar los problemas prioritarios y prevenir complicaciones.

| PROBLEMA                     | MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL PROBLEMA   | RAZÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA  | ACCIONES DE ENFERMERÍA   | RAZÓN CIENTÍFICA DE ACCIONES  | RESPONSABLE DE LA ACCIÓN | EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES   |
|------------------------------|---|--|--|---|--------------------------|--|
| Dolor en Fosa Ilíaca Derecha | Distorsión<br>Cambios de la respiración local<br>Hipertensión<br>Hipertensión hipertónica<br>Hinchazón superior derecha (irritación) sobre el abdomen<br>Hiperventilación en el punto de Mc Burney. | Por lo general el dolor es superficial intenso cuando seccionamos fibras sensoriales de defensa que es parte de ellas. La estimulación del sistema simpático produce vasoconstricción periférica aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, estado de alerta y sudoración profusa. Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas, fibras empalmadas distribuidas en las capas superficiales de la piel y en algunos tejidos internos. Algunas regiones del organismo poseen receptores sensoriales que son principalmente para el dolor, entre estas se encuentran incluidas las vísceras del tórax, del abdomen y de la pelvis.<br>Las fibras rápidas para el dolor (fibras pequeñas tipo A) transmiten las sensaciones de dolor de tipo cólico hasta la médula espinal, y de ahí suben a través de los conductos espino-tálmicos hasta el tálamo. Estas señales tienden a disminuir a través de las áreas de eferencia del bulbo raquídeo a nivel del tálamo, y el dolor se percibe de manera consciente pero indirectamente. La corteza cerebral es la que localiza el dolor, distingue su calidad y le da significado. El dolor puede referirse en superficie o cólico, profundo y visceral.<br>El dolor de tipo visceral puede producirse por el bloqueo del flujo sanguíneo a un área de tamaño considerable, espasmos de músculo liso o alargamiento de las fibras musculares lisas.<br>Las ramas de las fibras para el dolor visceral hacen sinapsis en la médula espinal con las neuronas que reciben fibras para el dolor de la piel. Las señales que son transmitidas desde las vísceras se dirigen hacia las neuronas que transmiten las sensaciones dolorosas de la piel. | Observación continua para identificar signos del progreso de la enfermedad.<br>Mantener al paciente cómodo al paciente | La observación constante del paciente nos permite identificar y evaluar el dolor, previniendo cualquier amenaza contra la vida y el bienestar del paciente. La intensidad del dolor puede disminuirse mediante el mínimo manejo del paciente. La maceración de la piel se produce por una humedad continua. | La enfermera             | Se logró disminuir el dolor al base de regular comunicación entre la enfermera y el paciente |



Higiene Personal

Piel sucia, con olor desagradable, cabello sucio, uñas de manos y pies largas y sucias. Boca y piezas dentales sucias y con olor desagradable.

la piel es un medio de defensa para el cuerpo humano, el que mantiene sucia esta capa ya no protegida.

La piel está constituida por varias capas, éstas van formando células nuevas, y por lo tanto tienden a subir hasta la superficie, por esto la piel va eliminando células muertas, que se raman de allí con y multiplicación de microorganismos patógenos.

Orientar sobre la importancia de la higiene personal, hacer énfasis sobre la limpieza de genitales externos y nariz bucal, baño de regadera y corte de uñas de los dedos de los pies y de las manos.

La piel está constituida por la enfermera

varias capas, éstas van formando células nuevas, y por lo tanto tienden a subir hasta la superficie, por esto la piel va eliminando células muertas que son arrastradas por acción del agua y jabón, y expulso que se resaca durante el baño siendo ayuda a estimular la circulación y favorecer el drenaje. Mantener las uñas cortas y limpias, evita la proliferación de microorganismos patógenos.

El caso bucal queda las caries e infecciones bucales, ya que el esmalte, aunque se las partículas que quedan de algunas infecciones.

Se pudo observar que el paciente accedió con agrado al baño de regadera y a su vez más cuidado en su arreglo personal.

Alfabetización

Alfabetizada

la angustia y desánimo son debidas a la separación del núcleo familiar, principalmente de su hijo, por el desconocimiento de su padecimiento y por el medio ambiente hospitalario desconocido para el paciente.

Tranquila ocupada y de apoyo. Orientación adecuada sobre su padecimiento.

El mantener la mente de paciente ocupada en otras actividades disminuye la angustia haciendo que olvide sus problemas y conflictos.

la enfermera

Se logró la adecuada de la paciente al medio hospitalario manteniendo su deseo de cooperación con el equipo de salud, pero al punto de reconocimiento y manteniendo una actitud más positiva hacia la vida.

Alimentación

Alimentada

la conglomeración de leucocitos, principalmente neutrófilos, en el sitio de lesión, bien pudiera ser el aspecto más importante de la reacción inflamatoria. Los leucocitos pueden variar por células estruadas, entre ellas bacterias y los restos de células necróticas, y los mismos flocos blancos polvorientos constituido de células blancas mueras a la respuesta de la defensa.

Consultar al médico cual quiere dolor abdominal en lazo, o que no desaparece. No emplear enemas. Apoyo hasta nueva orden. Preparación física y psicológica. Preparación de la piel. Aseo bucal. Revisión de prótesis. Transporte del paciente al quirófano. Participar en el acto quirúrgico. Toma y registro de signos vitales. Observar el estado de conciencia. Sujeción del paciente. Revisión expeditiva. Observar signos de reacción urticaria, distensión hemorragia, dolor y choque. Intubación orotraqueal.

El estomago del sistema simpático produce vaso

El estomago del sistema simpático produce vaso constricción periférica, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas, fibras ampliamente distribuidas en las capas superficiales de la piel y en algunas regiones internas. Algunas regiones del organismo poseen receptores sensoriales que son principalmente para el dolor, entre estas se encuentran también las vísceras del fondo del abdomen y de la pelvis.

la enfermera, el médico cirujano y el anestesiólogo.

La atención preoperatoria que fue dada de la paciente al medio hospitalario oportuno y su tratamiento.

A pesar de que la paciente requirió de una intervención quirúrgica de urgencia, durante el transoperatorio no se presentaron complicaciones y su recuperación fue favorable. En el postoperatorio se observó que la paciente evolucionó favorablemente con la ayuda del equipo de salud y de sus familiares, pues estos colaboraron con su asistencia tanto física como psicológica. Cabe mencionar que se estableció con todas las necesidades que la paciente requería en ese momento, ya que la efectividad de éstas se observó a través de la evolución del paciente. En consecuencia, se establecieron en el plan de atención.

Alimentación

Alimentada

En el foco inflamatorio el comienzo del estancamiento en la microcirculación, produce aglutinamiento de eritrocitos. Según las leyes físicas de los fluidos, estas aglutinaciones aumentan al sitio central en la corriente axial y

los leucocitos son desplazados hacia la superficie. De esta manera, llegan a ocupar sitios en contacto con superficies endoteliales, en etapas iniciales, surgen o dan bombas siguiendo la superficie endotelial más lenta de la corriente, pero pronto las células se adhieren y provocan las superficies endoteliales.

La conglomeración de leucocitos en el foco lesionado es el dato histológico fundamental de la inflamación aguda. En la mayor parte de los procesos con aglutinación, se observan un desplazamiento a la izquierda del recuento diferencial de leucocitos aún cuando la cuenta total sea normal. En estos casos si los signos clínicos muestran discrepancia con el número de leucocitos, hay que confiar más en el recuento diferencial normal.

La observación constante del paciente nos permite identificar y evaluar el dolor, previniendo cualquier amenaza contra la vida y el bienestar del paciente. La intensidad del dolor puede disminuir mediante el mismo manejo del paciente. El empleo de enemas aumenta el peristaltismo, lo que puede producir perforación del apéndice inflamado y peritonitis.

La ingestión de alimentos puede agravar el cuadro, además de que en casos en donde el paciente se sometió a cirugía, existe el riesgo de que el paciente vomite y las partículas de alimento dentro de la tramo bronquial provocan una bronco aspiración que pone en peligro la vida del paciente.

La participación de la enfermera en la enseñanza del informe oportuno y temprano de los síntomas que puedan indicar apendicitis, la preparación del paciente para cirugía de urgencia y la asistencia posoperatoria.

La enfermera ayuda a disminuir las complicaciones y el riesgo de muerte por apendicitis, al enseñar a los familiares lo que hay que hacer y especialmente lo que no se debe hacer, cuando aparece dolor abdominal. El paciente hospitalizado para cirugía de urgencia debe ser preparado lo más pronto posible, no hay tiempo de explicarle muchos aspectos de la intervención e insuficiente confianza, no obstante, incluso en esa situación la forma en que la enfermera atiende a él, brinda tranquilidad y la sensación de que está en buenas manos.

La finalidad de preparar la piel es lograr asepsia completa y con ello disminuir el riesgo de la cirugía las posibilidades de que pase a la herida desde la superficie cutánea. El vello largo de abdomen y región pubica debe ser afeitado para evitar que actúe como cuerpo extraño y que impida la cicatrización.

La piel está constituida por varias capas, éstas van formando células nuevas, y por lo tanto tienden a subir hasta la superficie, por esto la piel va eliminando células muertas que son arrastradas por medio del agua y jabón. Mantener las uñas limpias y cortas, evita la proliferación de microorganismos patógenos. Todos los pacientes deben tener la boca limpia antes de la cirugía, una boca limpia les hará sentir más comodidad e impide la aspiración de partículas de alimentos que quedan en la boca.

Se pide al paciente que se quite sus protesis dentales para que no se desprendan y causen obstrucción respiratoria durante la administración de la anestesia.

Se deben quitar otras protesis, como de ojos y miembros artificiales antes de la cirugía.

En el momento indicado para él va al paciente al quirófano se le coloca en una camilla y se le cubren con una sábana, así cuando que sea el paciente, como puntaje con la ficha de identificación, anotando en el expediente medicamentos, signos vitales, uñetas, micciones, defecaciones y observaciones respecto a su estado. En el transoperatorio, la enfermera participa como circulante o instrumentalista, por lo cual, debe tener conocimiento de lo que se está realizando para que su participación sea eficiente.

Apendicectomía, la técnica fue descrita anteriormente.

La toma de signos vitales y su registro nos permitirá identificar cualquier signo de alarma.

Si se administra un analgésico general, el paciente estará consciente, pero gradualmente comenzará a mostrar inquietud, después cierra los ojos, a menudo se quejara y moviera un poco antes de recuperar la conciencia, por lo que se mantendrá bien sujeto, o bien mantendrá puestos los torniquetes de la cama o tómbola a fin de evitar lesiones.

La enfermera debe asegurarse de revisar el expediente en busca de las órdenes físicas, para la aplicación de medicamentos y soluciones y más aun para asegurarse de la iniciación de la dieta del paciente.

Los pacientes sometidos a cirugía de abdomen, suelen tener dificultades para orinar en el postoperatorio temprano. El primer orinado operativo en la región estomacal a la veiga puede disminuir temporalmente la sensación de urgencia de la micción. El temor de sufrir dolor también causa tensión para orinar.

La distensión abdominal proveniente de la acumulación de gas en los intestinos, es causada por incapacidad de dicho órgano para impulsar, hacia el peritórax, el gas por las eses, y se agrava por la presencia de algunos pacientes a grandes cantidades de aire, especialmente cuando están altercados o sienten dolor.

La hemorragia puede ser externa e interna. Si es interna no se apreciará no por la sangre visible, sino por la palidez, hipotensión, taquicardia, inquietud y deshidratación. Hay que revisar con regularidad los apósitos en busca de cualquier signo de hemorragia. Observación que abarca también la ropa de cama y los apósitos que tenga el paciente así como siempre el color de la orina y la defecación. La pérdida de fluidos, los tras sudores, los vómitos y otros más también de premonición por den desencadenar el choque. Los síntomas incluyen palidez, hipotensión, pulso débil y débil, piel húmeda y fría.

Después de cualquier cirugía cabe esperar que aparezca dolor, por lo que el médico dará órdenes para administrar analgésicos. La enfermera tiene la responsabilidad de evaluar la necesidad de administrar analgésicos según sus observaciones acerca del paciente. Además de prestar al el dolor proviene de la incisión, o de otro lado o sitio.

La ambulación temprana es una medida terapéutica cuya finalidad es prevenir complicaciones, es decir, para que el paciente sea suficiente con más prontitud, no olvidando, conlleva necesariamente apoyo psicológico y atención por parte de la enfermera.

## G L O S A R I O .

- BRIDA** .-Filamento membranoso que se forma en los labios de las heridas o en los abscesos.
- CIRUGIA** .-Método terapéutico basado en conocimientos científicos con ayuda de instrumentos. En organismos vivos humanos y animales, para obtener la curación de enfermedades, defectos corporales, accidentes o sus consecuencias.
- COLICO** .-Dolor violento, espástico, del vientre con aumento episódico de su intensidad e intervalos de mejoría que puede presentarse en todos los órganos cavitarios envueltos por una túnica muscular de fibra lisa.
- DIVERTICULO DE MECKEL** .-Prolongación cavitaria, en forma de tubo o dedo de guante que se presenta rara vez en la parte inferior del intestino delgado, como reducto del conducto onfalomesentérico. Comunica a la porción inferior del intestino delgado y el ombligo, y desaparece normalmente en el octavo mes de la vida.

- EPIGASTRIO** .-Parte del abdomen superior, limitado lateralmente por los dos arcos costales. Está situado debajo del apéndice xifoide y detrás de él se encuentra el estómago.
- ETIOLOGIA** .-Estudio de las causas de las enfermedades.
- EXUDADO** .-Secreción patológica que aparece en procesos inflamatorios, especialmente de los órganos tóxicos y abdominales, formada en su mayor parte por los componentes líquidos de la sangre, que atraviesan los vasos sanguíneos anormalmente permeables.
- FISIOLOGIA** .-Rama de la Biología que estudia las funciones, (actividades, procesos orgánicos y formas de reacción), en los organismos animales y vegetales, en las células, jugos, tejidos y órganos.
- GENESIS** .-Origen o formación de algo.
- INCISION** .-Corte a través de los tejidos vivos.
- INCONCIENCIA** .-Falta de respuesta a los estímulos de los sentidos, causa siempre, en última instancia por un trastorno de la actividad cerebral.

- LEUCOCITOSIS** .-Aumento de la cantidad de glóbulos blancos en la sangre. Normalmente la sangre contiene 6000 glóbulos por ml.
- MESENTERIO** .-Prolongación del peritoneo que queda entre la pared abdominal y el intestino.
- METABOLISMO** .-Cambio celular entre el organismo y el medio exterior, que comprende el anabolismo de asimilación y el catabolismo de desintegración, simultáneos ambos, pero de diversas actividades según las fases de la vida.
- MUCOSA** .-Membrana que tapiza conductos y cavidades que desembocan en la superficie exterior del organismo. Consta de una capa de tejido conjuntivo de variable espesor, y de una capa epitelial, situada sobre la superficie mucosa constituida por un epitelio plano, cilíndrico o vibrátil, único, poliestratificado.
- PERCUSIÓN** .-Técnica exploratoria que consiste en golpear determinadas partes del cuerpo, para deducir sus límites o su estado por la sonoridad peculiar de las mismas.



**PERITONITIS** .-Inflamación del peritoneo, que puede producirse: a) Por lesión traumática penetrante en la cavidad abdominal b) Por un proceso inflamatorio de alguna víscera abdominal y; c) Por la propagación mediante la vía linfática, de un proceso tóxico, más raramente por vía sanguínea.

**PERISTALTISMO** .-Movimiento vermiforme de los órganos huecos que sirve para expulsar su contenido. Consiste en que, por las contracciones de las fibras musculares anulares lisas, se produce en el extremo del órgano una estrangulación anular, la cual progresa transversalmente hasta el otro extremo; mientras nuevos segmentos entran en actividad, los procedentes progresan.

**PSOAS** .-Gran músculo lumbar que se origina en la pared posterior de la cavidad abdominal, en el territorio de la última vértebra dorsal y primera lumbar. Parte de los discos intervertebrales, así como las apófisis transversas de la quinta vértebra lumbar, y se inserta en el trocánter menor del fémur.

**SHOCK** .-Súbita y grave depresión física y psíquica  
producida por una conmoción fuerte.

**TAQUICARDIA** .-Frecuencia excesiva del ritmo de las con-  
tracciones del corazón.