



**UNIVERSIDAD
DE
SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Clave: 8859-02

FACULTAD DE ENFERMERÍA

“PLAN DE CUIDADO DE APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE ADULTO.”

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

JESÚS TADEO GARCÍA DOMÍNGUEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY

Coatzacoalcos, Veracruz

MAYO 2022.



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 esta 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.

Dedicatoria

A mi Papá, por la ayuda, el esfuerzo y su dedicación para sacarme adelante para concluir mi licenciatura, ser el soporte cada día y mi ejemplo de perseverancia para no desistir de mis metas.

A mi Mamá que, con su cariño maternal, se volvió el pilar de la familia y mi vida, apoyándome en las noches de desvelo e inculcarme los valores que hoy me forman como un hombre de bien.

Agradecimiento

A Dios, en primer lugar, por darme ese aliento de vida desde mi nacimiento, ya que él es quien nos guía por el buen camino, así como también nos da la fuerza para salir adelante ante las adversidades.

A mis Padres, por los consejos que a lo largo de mi vida me han dado, los valores que me inculcaron desde niño, su paciencia y su tiempo por las largas noches de estudio, así como las ausencias por buscar la superación tanto personal como profesional.

A la Mtra. Adela Martínez Perry, por ser la directora y pilar de la Facultad de Enfermería, siendo su conocimiento una luz que me hizo llegar a este momento; otorgándome su apoyo incondicional durante la carrera y posterior a ella.

Índice

Introducción.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
Marco Teórico	3
ADULTO	3
APÉNDICE	3
APENDICITIS AGUDA	4
Historia clínica.....	8
VALORACIÓN	8
LABORATORIALES	8
SIGNOS VITALES	9
Historia Natural de la Enfermedad	10
Razonamiento Diagnóstico	11
Plan de Cuidado: Diagnóstico Real.....	12
Plan de Cuidado: Diagnóstico de Riesgo.....	14
Conclusión	16
Referencias Bibliográficas.....	17

Introducción

Planteamiento del problema

La Apendicitis Aguda (AA) se define como la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con la obstrucción de la luz apendicular, y que tiene como consecuencia el incremento de la presión intraluminal y riesgo de perforación. ⁽¹⁾

La AA a nivel mundial sigue siendo la mayor causa de abdomen agudo que llega a requerir tratamiento quirúrgico, pese a que el riesgo de presentarla durante toda la vida es entre el 6% a 7% teniendo como pico de mayor incidencia la segunda y terceras décadas de la vida, y es rara en menores de 5 años. En las personas mayores de 50 años se presenta con una mayor frecuencia en el sexo masculino siendo a razón de 1 por cada 35 afectados, mientras que en el sexo femenino se da 1 por cada 50 afectadas. Después de los 70 años el riesgo de llegar a presentar es casi del 1%. ⁽²⁾

De igual forma de manera geográfica tenemos que existe una mayor incidencia en América del Norte, Islas Británicas, Australia, Nueva Zelanda y entre los sudafricanos blancos, no es muy común, cuando estos últimos migran hacia el mundo occidental o comienzan a adoptar la dieta occidental, determinando que se distribuye más por los factores ambientales que por la genética. De igual forma se ha observado que es más frecuente en las razas que consumen carne que en las que consumen en su dieta la celulosa. ⁽³⁾

En México es una patología que llega a tener urgencia quirúrgica con incidencia de 1 por cada 1000 personas al año, teniendo que ocurren con mayor frecuencia durante las épocas de verano. Con respecto a la incidencia por edades tenemos que de 0 a 12 años es de un 18%, entre los 13 a los 39 años se eleva a un 70% y pasando los 40 años esta disminuye a un 12%, sin embargo, se tiene en cuenta que la AA no es propia de una raza, condición social ni grupo de edad, el riesgo de una persona de padecerlo a lo largo de su vida puede ser del 7%. ⁽²⁾

A pesar del énfasis en la intervención quirúrgica rápida, sigue habiendo una alta tasa de mortalidad y morbilidad, por lo que es crucial que el médico efectúe un diagnóstico temprano del abdomen agudo, ya que si llega a complicarse con la ruptura del apéndice llega a generar una estancia prolongada en el hospital. ⁽²⁾

Con lo anterior queda demostrado, que pese a ser una enfermedad que no tiene una tasa de incidencia muy elevada y prevenible en algunos casos, sus complicaciones al no poder identificarla y la demora en el tratamiento acertado, si puede llegar a traer complicaciones que son perjudiciales para la salud. Por lo tanto, es indispensable un buen diagnóstico clínico y una pronta respuesta ante el tratamiento de primera elección.

Marco Teórico

Adulto

Para la Real Academia Española (RAE) define al adulto como un ser vivo que ha llegado a la plenitud de su vida en crecimiento y desarrollo ⁽⁴⁾ De igual forma tenemos que un Adulto Intermedio es el periodo comprendido entre la adultez joven y la vejez, que va de los 40 a los 65 años de edad. ⁽⁵⁾

En esta etapa comienzan a aparecer los primeros síntomas de envejecimiento, los órganos sensoriales comienzan a tener menos agudeza, la apariencia externa de igual forma empieza a ser menos tersa, surgen las arrugas o manchas de la edad, en el pelo comenzaran a surgir las primeras canas o alopecia como le sucede a la mayor parte de los varones y una disminución de la fuerza, así como el tono muscular. Dentro de la parte psicológica presentan mayor seguridad y confianza en la toma de decisiones esto se debe a la experiencia adquirida, otros llegan a sufrir la llamada “crisis de la edad” que es cuando el adulto al hacer una revisión de su vida y no ha cumplido sus objetivos. ⁽⁵⁾

De igual forma comienzan a deteriorarse varios procesos fisiológicos, todo va de la mano con la genética y el estilo de vida de la persona, comienzan a debilitarse procesos como lo son la circulación, digestión, así como aparecer enfermedades crónico degenerativas como lo es la diabetes mellitus, hipertensión, de igual forma pueden llegar a padecer cáncer o incluso un infarto agudo al miocardio. ⁽⁵⁾

Apéndice

En una revisión de literatura tenemos que el apéndice de manera embriológica pertenece a parte de ciego en la unión distal en donde se llegan a unir las 3 tenias, dentro del aspecto histológico es igual al ciego ya que cuenta con fibras musculares circulares y longitudinales. Dentro de lo que es su capa mucosa hay un aproximado de 200 folículos linfoides, teniendo el mayor número entre los 10 y 30 años, posterior su disminución hasta su ausencia a los 60 años. Su longitud varía desde la completa agenesia hasta los 30 cm, siendo el promedio de 5 a 10 cm con un grosor entre los 0.5 a 1 cm. ⁽⁶⁾

Sus relaciones anatómicas son el músculo iliopsoas y el plexo lumbar de forma posterior y la pared abdominal de forma anterior. La irrigación viene de la arteria apendicular, dicho vaso es una rama terminal de la arteria ileocólica que atraviesa la longitud del mesoapéndice para terminar en la punta del órgano ⁽⁷⁾, mientras que el drenaje venoso es paralelo a la irrigación arterial derivando a la vena ileocólica que a su vez drena a la vena mesentérica superior. ⁽⁶⁾

El Apéndice en el ser humano es una estructura que carece de funcionalidad, se le considera como la amígdala linfática del abdomen por sus números folículos. Secreta de 1 a 2 ml de líquido que contiene calcio, fosfatos y probablemente enzimas. De igual forma tiene contracciones intermitentes e irregulares que facilitan la expulsión de su contenido dentro del ciego. ⁽²⁾

Apendicitis Aguda

Antes de entrar en materia de la AA, tenemos que definir lo que es abdomen agudo considerado como un cuadro abdominal de presentación brusca caracterizado por un conjunto de signos y síntomas que son por lo general alarmantes, provocados por diversas etiologías. Mientras que la AA es la inflamación del Apéndice Vermicular del ciego, una enfermedad aguda, frecuente y de importancia práctica extraordinaria. ⁽²⁾

Una vez que ya se definió que es la Apendicitis Aguda, pasamos a la etiopatogenia que se da por la obstrucción de la luz apendicular, la cual puede ser secundaria a fecalitos, hiperplasia linfoide, cuerpos extraños, parásitos y tumores primarios o metastásicos. La inflamación de la pared apendicular, para posterior presentar congestión vascular, isquemia, perforación y en ocasiones formación de abscesos, así como peritonitis. En circunstancias normales dentro del apéndice se encuentran bacterias propias del intestino como la *E. coli*, sin embargo, en otros pacientes predomina la *Fusobacterium*, esta se llega a relacionar a los de AA complicada como lo es la perforada, ya que tales bacterias invaden la pared apendicular y luego llegan a producir exudado neutrófilo ocasionando irritación del peritoneo parietal adyacente. ⁽⁷⁾

Así mismo se conoce que una dieta baja en fibra como ocurre en algunos países desarrollados y subdesarrollados llegan a predisponer la formación de heces más duras,

lo cual ocasionara mayor presión intracólica que aumentara la formación de fecalitos propiciando la obstrucción. Dentro de la AA tenemos que se puede clasificar dependiendo del compromiso macroscópico inflamatorio en Apendicitis Catarral Congestiva en donde predomina la hiperemia y congestión, la Apendicitis Flemonosa sigue como complicación de la anterior y comienzan a aparecer erosiones de la mucosa con supuración y a lo último la forma Gangrenosa donde el tejido muere llegando a generar una peritonitis. ⁽²⁾

De igual forma dependiente de la etiología tenemos la Obstructiva y No Obstructiva, estas pueden ser con riesgo de perforación o sin él. Otra forma de clasificarla es por la evolución en donde se localiza sin perforación y con perforación, siendo esta última con 3 subclasificaciones que son: Con peritonitis local, absceso localizado y peritonitis difusa. ⁽⁸⁾

Una vez establecida las distintas causales de la AA, nos pasamos a la parte diagnóstica donde este todavía sigue siendo clínico, una buena historia clínica junto con una adecuada exploración física da un diagnóstico certero; entre más se retrase el diagnóstico la tasa de morbimortalidad aumenta considerablemente, esto puede deberse a presentaciones anatómicas alteradas como pueden ser el embarazo, apéndice largo o *situs inversus*. ⁽⁶⁾

El dolor abdominal es el síntoma más frecuente en los pacientes con AA, este es típicamente periumbilical y epigástrico, más tarde migra hacia el cuadrante inferior derecho, sin embargo, a pesar de ser un síntoma clásico este solo ocurre en un 50% o 60% de los pacientes. La aparición de náuseas y vómitos ocurren después de la instalación del dolor, y la fiebre suele manifestarse usualmente 6 horas posterior iniciado el cuadro clínico, esto puede variar de cada individuo. En algunos casos la sintomatología puede variar por la ubicación del apéndice, ya que si esta se localiza de manera anterior produce un dolor marcado y localizado en el cuadrante inferior derecha, mientras que si esta retrocecal ocasiona un dolor abdominal sordo y en la región lumbar baja. Y por la misma irritación del órgano puede producirse urgencia miccional, disuria, tenesmo o diarrea. ⁽⁷⁾

Durante el examen físico de estos pacientes debe realizarse la toma de signos vitales, puede haber temperatura corporal mayor a 38° C, taquicardia y, en algunos casos, taquipnea. En algunos casos los signos clínicos tempranos son inespecíficos, sin embargo, en medida que la inflamación va en aumento, el peritoneo parietal involucrado ocasiona sensibilidad en el cuadrante inferior derecho y puede detectarse en la exploración física. El punto máximo de dolor en el abdomen corresponde casi siempre al punto de McBurney, el cual se encuentra localizado a dos tercios del ombligo en una línea trazada del mismo hasta la espina iliaca. ⁽⁷⁾

Otro punto es el de Morris que se presenta en la unión del tercio medio interno de la línea umbilico-espinal derecha y se asocia a la ubicación retroileal del apéndice. Así mismo tenemos el signo de Summer que es la defensa involuntaria de los músculos de la pared abdominal sobre una zona inflamada y este se presenta en el 90% de los casos, tenemos el signo de Blumberg que es dolor en la fosa iliaca derecha a la descompresión presentándose en el 80% de los casos, de igual forma en el signo de Mussy que ocurre dolor tardío a la descompresión de cualquier parte del abdomen dando a entender que es una situación más grave. ⁽⁶⁾

Como hemos visto anteriormente un buen diagnóstico ayudara a disminuir la morbimortalidad, para ayudar existen diversas escalas, una de ellas es la Escala RIPASA creada en el 2010 siendo muy poca usada en México. Otra escala con mayor uso en México es la de SOLIS-MENA esta incluye tanto elementos clínicos como de laboratorio y varia en porcentaje de acuerdo a la probabilidad de AA. ⁽²⁾

De igual forma tenemos estudios que apoyaran este diagnóstico como lo son los de laboratorio, se pedirá un Hemograma revisando los leucocitos y de orina para llegar a descartar un proceso urinario. Se puede apoyar por estudios de Imagenología como el Ultrasonido Abdominal, otro tipo más certero es la Laparoscopia exploratoria que hoy en día es el mejor método para un adecuado diagnóstico. ⁽⁸⁾

Una vez que existe el diagnóstico de la AA pasamos al tratamiento que es la apendicectomía abierta o laparoscópica, entre más rápido menor la mortalidad y complicación, posterior a la cirugía se sigue un tratamiento con antibióticos de manera intravenosa, recomendándose las cefalosporinas de tercera generación, en algunos

casos donde la cirugía es imposible, la antibioterapia disminuye la sintomatología y alarga la supervivencia, sin embargo, a la largo se tiene que recurrir a la cirugía ya que se vuelve a ser recurrente. ⁽⁹⁾

Dada la importancia y el grado de complicación que puede tener la AA, es importante que el personal de Enfermería, al hacer su valoración clínica y brindar los cuidados, se percate de la patología y su evolución, para así mejorar la atención brindada y trabajar en equipo con el personal de salud en pro del paciente.

Historia Clínica

Valoración

Paciente femenino de 40 años de edad que ingresa al servicio de urgencias, clasificado mediante el Triage Manchester con un código de urgencia Amarillo por Diagnóstico de una probable Apendicitis Aguda. Al momento de su llegada a esta unidad refiere dolor abdominal a nivel del epigastrio de 4 días de evolución tratada a nivel particular con ceftriaxona y clonixinato de lisina, refiere edemas, vómito de contenido gástrico en una ocasión el día de ayer así como hipertermia no cuantificada. Se interroga verbalmente y niega enfermedades crónico degenerativas tales como hipertensión arterial y diabetes mellitus, su fecha de última menstruación fue el día 02 de agosto del 2021 refiriendo que su método de planificación familiar es una oclusión tubárica bilateral (OTB) de hace 13 años.

Se encuentra a la paciente consciente orientada con palidez tegumentaria, con mucosa oral deshidratada con campos pulmonares con buena entrada y salida de aire sin ruidos respiratorios agregados, abdomen blando depresible con dolor a la palpación media y profunda en fosa iliaca derecha teniendo 6 en la Escala Visual Análogo de Dolor, sin irradiaciones, peristalsis presente normal niega flujo vaginal con extremidades íntegras.

Laboratoriales:

- Glucosa en sangre de 100mg/dl.
- Hemoglobina 10.3
- Hematocrito: 34,6
- Plaquetas 324
- Leucocitos 13.490
- EGO: Turbio

Signos vitales:

- Tensión arterial: 110/70 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 79 Lat/min
- Frecuencia respiratoria: 20 Resp/min
- Temperatura corporal: 36°C
- Glucosa capilar: 90 mg/dl
- SpO2: 98%

Historia Natural de la Enfermedad

Periodo Prepatogénico		Período patogénico		
<p>Definición de la patología: La Apendicitis Aguda es un proceso inflamatorio de la Apéndice Vermiforme</p> <p>Agente: Fecalito, Bacterias y Parásitos</p> <p>Huésped: Adulto de mediana edad considerado entre los 40 a 60 años</p> <p>Ambiente: No hay ambiente específico</p>		<p>Dolor en la fosa iliaca derecha. Nausea Vómito Febrícula</p> <p>Perforación del Apéndice Infección Fiebre Dolor agudo</p> <p>Ulceraciones en la mucosa Necrosis Abscesos</p> <p>Peritonitis Sepsis Colonostomía</p> <p>Defecto o daño</p> <p>Incapacida</p> <p>Edo. Crónico</p> <p>Muerte</p> <p>Signos y síntomas</p> <p>Cambio tisulares: Obstrucción de la luz del apéndice, acumulo de secreción, inflamación de las paredes mucosas.</p>		
Prevencción primaria Objetivos: mantener y mejorar la salud		Prevencción secundaria Objetivos: Atender, limitar y controlar la enfermedad. Evitar la muerte		Prevencción terciaria Objetivo: Refuncionalizar. Vitalizar
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
Educación para la Salud sobre alimentación saludable, Planificación Familiar. Hábitos Saludables Ejercicio Pláticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual Control con el Médico General. Inmunizaciones	Dieta adecuada con un alto contenido de fibra. Prevencción de Parasitosis. Control de Peso Ejercicio.	Diagnóstico Clínico Preciso: Exploración física en base a los puntos de dolor. Escalas de Medición. Laboratoriales: Leucocitos Ultrasonografía Abdominal	Diagnóstico Clínico Certero. Apendicetomía de urgencia. Antibioterapia	Cuidados post quirúrgicos. Dieta blanda y alta en fibra Una vez indicado: Ejercicio.
Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel	Cuarto nivel	Quinto nivel

Plan de Cuidado: Diagnóstico Real

Nombre de la persona: N/A

Edad: 40 años

Sexo: Femenino

Diagnóstico médico: PB. Apendicitis Aguda

PLACE's DE:						
NIVEL:	ESPECIALIDAD:	SERVICIO:	SELECCIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS NOC.			
			PLAN DE CUIDADOS			
DOMINIO: 12. Confort	CLASE: 1. Confort Físico		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.)			DOMINIO: V	CLASE: V	Dolor referido	Mantener a: 3
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: Dolor Agudo			Nivel del Dolor	Expresiones faciales de dolor	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno	Aumentar a: 4
FACTORES RELACIONADOS: Agentes Lesivos Biológicos				Muecas de dolor		
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas			Nauseas			

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 1.- Fisiológico Básico	CLASE: E.- Fomento de la Comodidad Física
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Manejo del Dolor	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:
ACTIVIDADES: 1.- Realizar una valoración exhaustiva del dolor, que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad. 2.- Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan. 3.- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor. 4.- Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. 5.- Verificar el nivel de molestia con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica.	1.- Al realizar una valoración adecuada, nos ayuda a coadyuvar con el diagnóstico médico y direccionar los cuidados de una manera adecuada, al conocer de esa forma la causalidad del dolor. 2.- Esta comprobado que el brindar la información adecuada del proceso de la enfermedad, como lo es la sintomatología, ayuda a disminuir la incertidumbre ante la misma patología, con lo cual disminuye la ansiedad que esto puede generar y aumentar el dolor. 3.- Hacer uso de medidas farmacológicas, previa valoración enfermera. 4.- Al conocer las causas y tipo de dolor, nos permite seleccionar una medida para tratarlo adecuada. 5.- Es importante llevar el registro de mejoría, para saber si nuestro plan está funcionando o habrá que hacer una revaloración.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1.- NANDA 1 Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier. Madrid España 2010 2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2008 3.- McCloskeyD.j, Bulechek G. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2007	

Plan de Cuidado: Diagnóstico de Riesgo

Nombre de la persona: N/A

Edad: 40 años

Sexo: Femenino

Diagnóstico médico: Probable Apendicitis Aguda

PLACE's DE:								
NIVEL:	ESPECIALIDAD:	SERVICIO:	SELECCIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS NOC.					
			PLAN DE CUIDADOS					
DOMINIO: 11. Seguridad/Protección		CLASE: 1. Infección	RESULTADOS (NOC)		INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.)			DOMINIO: II	CLASE: H	Fiebre	1.- Grave	Mantener a: 4	
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: Riego de Infección			Severidad de la Infección		Dolor	2.- Sustancial	Aumentar a: 4	
FACTORES RELACIONADOS: Enfermedad Crónica					Aumento de Leucocitos			3.- Moderado
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:								4.- Leve
						5.- Ninguno		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 4.- Seguridad

CLASE: V.- Control de Riesgos

INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Control de Infecciones

FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

ACTIVIDADES:

- 1.- Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda.
- 2.- Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.
- 3.- Ordenar al paciente que tome antibióticos, según prescripción.
- 4.- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando se debe notificar al cuidador.

- 1.- La ingesta de líquidos ayuda para prevenir una deshidratación por pérdidas insensibles en caso de que llegue a existir hipertermia.
- 2.- La antibioterapia profiláctica es ideal para cuando la patología puede llegar a ocasionar una sepsis o existe un riesgo de una probable infección.
- 3.- En caso de que siga un tratamiento vía oral, se le debe indicar la importancia de no perder la continuidad del mismo y sus beneficios para evitar una infección.
- 4.- Al hacer partícipe al paciente como al familiar, se vuelven pilares importantes en la recuperación del primero, así como, facilitando brindar mejores cuidados por parte de Enfermería

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- NANDA 1 Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier. Madrid España 2010
- 2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2008
- 3.- McCloskeyD.j, Bulechek G. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2007

Conclusión

La Apendicitis Aguda es la inflamación del Apéndice vermiforme, a pesar de solo tener una incidencia entre un 6% a 7% de padecerla a lo largo de la vida, su complicación puede llegar a desencadenar una peritonitis y sepsis general. Es importante conocer la patología para saber cómo actúa la enfermedad en el cuerpo, su evolución, así como la sintomatología que puede provocar.

Como parte del Proceso de Atención de Enfermería, se tiene la valoración, esta es de vital importancia como se mencionó durante el trabajo, ya que una buena valoración clínica puede llegar a prevenir complicaciones, disminuir la estancia hospitalaria y una mejor calidad de vida. El personal de Enfermería al estar de manera continua con el paciente, observa la evolución de la patología, puede redireccionar los cuidados en base a esto, como se expuso en los casos, disminuir el dolor y prevenir una posible infección como parte de las actividades independientes, favorecerá a que el paciente acepte de mejor forma el tratamiento médico y pueda tener una buena rehabilitación.

Referencias Bibliográficas

- 1.- Alanis RB, Zúñiga VLA, Silva EMC. Hiperbilirrubinemia como factor predictivo de apendicitis perforada. Rev Med Inst Mex Seg Soc [Internet] 2016 [Consultado 10 Nov 2021]; 54 (5): 552-61. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/475/972
- 2.- Tolentino HE. Aplicación de Escalas Diagnósticas en pacientes con Dolor Abdominal sugestivo de Apendicitis en el Servicio de Urgencias [Internet]. México: Publisher Unknown; 2014. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14696/414252.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 3.- Bahena AJA, Chávez TNC, Méndez SN. Estado Actual de la Apendicitis. Médica Sur [Internet] 2003 [Consultado 10 Nov 2021]; 10 (3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2003/ms033b.pdf>
- 4.- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Madrid: RAE; 2014 [Consultado 10 Nov 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/adulto>
- 5.- Equipo Editorial. Adultez Intermedia [Internet]. Place Unknown: Lifeder; 2021 [Consultado 11 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/adultez-intermedia/>
- 6.- Rebollar GRC, García AJ, Trejo TR. Apendicitis Aguda: Revisión de la Literatura. Rev Hosp Jua Mex [Internet] 2009 [Consultado 11 Nov 2021]; 76 (4): 210-216. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2009/ju094g.pdf>
- 7.- Hernández CJ, León RJL, Martínez LMS, Guzmán OJD, Palomeque LA, Cruz LN et al. Apendicitis Aguda: revisión de la literatura. Cir Gen [Internet] 2019 [Consultado 11 Nov 2021]; 41 (1): 33-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033

8.- Quevedo GL. Apendicitis Aguda: clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir [Internet] 2007 [Consultado 12 Nov 2021]; 46 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000200011

9.- Parswa AMD. Apendicitis. [Internet]. New York: Publisher Unknown; Abr 2020 [Consultado 12 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/apendicitis>