



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Practica del Examen Complexivo previo a la obtención
del grado académico de Licenciada en Enfermería.**

TEMA:

Proceso de atención de enfermería en paciente escolar con
apendicectomía.

AUTOR:

FREDDY ROGELIO ARIAS GONZALEZ

TUTORA:

LCDA. TANIA CRESPO SILVA

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
TITULO CASO CLINICO	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCION	1
I. MARCO TEÓRICO	2
1.1. APENDICITIS	2
1.1.1 FISIOPATOLOGÍA	2
1.1.2 EPIDEMIOLOGIA	3
1.1.3 SIGNOS Y SINTOMAS.....	4
1.1.4 TIPOS DE DIAGNOSTICOS	5
1.1.5 FORMAS CLÍNICAS	6
1.1.6 TRATAMIENTO.....	7
1.2 JUSTIFICACION	10
1.3 OBJETIVOS.....	11
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	11
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	13
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES	13
2.1.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	13
2.1.2 ANTECEDENTES.....	13
2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (anamnesis)	14
2.3 EXAMEN FISICO	14
2.3.1 VALORACION CEFALOCAUDAL	14

2.3.2 SIGNOS VITALES.....	15
2.3.3 MEDIDAS ANTROPOMETRICAS.....	15
2.3.4 VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON).....	16
2.3.5 PATRONES ALTERADOS.....	16
2.4 INFORMACION DE EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS.....	17
2.4.1 INFORME DE EXAMEN ECOSONOGRAFICO	17
2.5 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	19
2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	22
2.8 SEGUIMIENTO	22
2.9 OBSERVACIONES.....	24
CONCLUSIONES	24
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXOS.....	27

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado en primer lugar a Dios, a mis queridos padres y mis hermanos. A Dios por guiarme y cuidarme cada día en los buenos y malos momentos, dándome las fuerzas necesarias para seguir adelante con mi vida personal y profesional.

A mis queridos padres y hermanos, a mi querido padre Estuardo Arias ya mi querida madre Hilda González, por brindarme apoyo emocionalmente y económicamente desde mi niñez hasta el día de hoy y ser un hombre lleno de metas y sueños, por brindarme su confianza y no dudar de mis capacidades de lograr ser un buen profesional.

A mis amigos incondicionales Joel Jara y Lilian Gavilánez gracias por estar a mi lado desde el principio de mi carrera profesional para esforzarme cada día más, siempre los llevare en mi corazón.

Freddy Rogelio Arias González

AGRADECIMIENTO

Agradecido con Dios, por permitirme alcanzar esta meta profesional, por darme salud y fuerzas para seguir con mis estudios hasta lograr el objetivo deseado, agradecido por permitirme regalarle esta satisfacción a mis queridos padres y hermanos el cual con su enorme motivación de seguir en adelante lo logre.

Agradecido infinitamente con mis padres un ejemplo a seguir a base de responsabilidad sacrificio y trabajo sobre todo con su gran amor que solo un verdadero padre y una madre pueden brindar a un hijo, de mi parte siempre seré consiente y agradecido de todo corazón.

A los docentes que me supieron transmitir sus conocimientos en base de la investigación y dedicación desde el principio de la carrera, agradecido porque cada uno de ellos fueron parte de este proceso estudiantil y profesional. A mi docente tutora Lcda. Tania Crespo Silva gracias por brindarme su apoyo, conocimiento y severidad en este proyecto que se culminara con la obtención de este título profesional de licenciatura en enfermería.

Freddy Rogelio Arias González

TITULO CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION EN ENFERMERIA EN PACIENTE ESCOLAR CON
APENDICECTOMIA**

RESUMEN

El presente trabajo da lugar a la creación de un caso clínico con un tema seleccionado de un paciente escolar con apendicitis. Este caso se representa seguido en el Hospital Noboa Montenegro en la ciudad de Guaranda, en el área de Pediatría.

Para este caso clínico se utilizó una metodología donde se conoce la historia clínica del paciente, los hábitos generales, el seguimiento del personal para su mejora e incorporarse en su vida cotidiana.

Así mismo, se profundiza un marco teórico donde se busca la información acerca de la apendicitis que nos relata diferentes autores. La apendicitis es y seguirá siendo una patología usual en pacientes pediátricos y una de las principales causas de ingreso hospitalario en una unidad de salud.

La apendicitis que presenta un paciente pediátrico se acompaña con síntomas como náuseas, vómito, hipertermia de 38° C, dolor abdominal tipo retortijón en la fosa iliaca derecha que requiere de inmediato una intervención quirúrgica (apendicectomía) para la ligera recuperación del paciente.

PALABRAS CLAVES: Apendicitis, paciente escolar, patología, apendicectomía, síntomas.

ABSTRACT

The present work gives rise to the creation of a clinical case with a selected theme of a school patient with appendicitis. This case is often represented at the Noboa Montenegro Hospital in the city of Guaranda, in the Pediatrics area.

For this clinical case, a methodology was used where the patient's clinical history, general habits, staff monitoring for improvement and incorporation into their daily lives are known.

Likewise, a theoretical framework is deepened where information is sought about appendicitis that different authors tell us. Appendicitis is and will continue to be a common pathology in pediatric patients and one of the main causes of hospital admission in a health unit.

Appendicitis in a pediatric patient is accompanied by symptoms such as nausea, vomiting, hyperthermia of 38°C, cramping abdominal pain in the right iliac fossa that requires immediate surgical intervention (appendectomy) for the slight recovery of the patient.

KEY WORDS: Appendicitis, school patient, pathology, appendectomy, symptoms.

INTRODUCCION

El siguiente caso clínico se realizó en un paciente escolar de sexo masculino de 9 años de edad, que fue ingresado al Hospital Alfredo Noboa Montenegro con diagnóstico médico de Apendicitis.

Posterior al ingreso el paciente fue intervenido de manera quirúrgica, donde se le realizó una apendicectomía como tratamiento. Se brindó los cuidados de enfermería respectivos basándonos en la taxonomía NANDA, NIC, Y NOC para determinar un diagnóstico, intervenciones y resultados favorables durante el tratamiento del paciente.

Para ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente durante su estancia, se aplicó la valoración por patrones funcionales, basándonos en la teoría de Marjory Gordon.

En el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos define a la Apendicitis como una inflamación posterior a un proceso infeccioso del apéndice cecal, se menciona que es la segunda causa de cirugía abdominal llamada apendicetomía de emergencia que ocurre en pacientes escolares, aunque puede presentarse a cualquier edad. (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2017).

La causa más probable de la apendicitis es cuando ocurre la obstrucción del apéndice dando lugar a la aparición de diversos signos y síntomas el más evidente el dolor abdominal que da como un resultado una infección causando dolor agudo en el abdomen, si no se trata a tiempo mediante una intervención quirúrgica puede perforarse y convertirse en una peritonitis.

Para su prevención es necesario tener una dieta rica en fibra en las que incluyan frutas y verduras, sobre todo cereales integrales ya que estos alimentos facilitan el movimiento del pro digestivo y evitan la obstrucción del apéndice(Soy Vida, 2020).

I. MARCO TEÓRICO

1.1. APENDICITIS

La apendicitis es la inflamación del apéndice, un tubo cerrado de tejido que se encuentra unido al intestino largo en la parte inferior derecha del abdomen. La inflamación puede ocurrir cuando el apéndice se infecta o bloquea con heces, con objetos foráneos o con un tumor. (RadiologyInfo.org , 2020)

La apendicitis provoca dolor en el abdomen bajo derecho. Sin embargo, en la mayoría de las personas, el dolor comienza alrededor del ombligo y luego se desplaza. A medida que la inflamación empeora, el dolor de apendicitis por lo general se incrementa y finalmente se hace intenso.

Aunque cualquiera puede tener apendicitis, lo más frecuente es que ocurra en personas entre los 10 y 30 años de edad. El tratamiento estándar es la extirpación quirúrgica del apéndice. (Mayo Clinic, 2021)

1.1.1 FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la apendicitis aguda continúa siendo enigmática, sin embargo, existen varias teorías que intentan explicar esta patología. La más aceptada por los cirujanos describe una fase inicial que se caracteriza por obstrucción del lumen apendicular causada por hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños como huesos de animales pequeños, o semillas; esto favorece la secreción de moco y el crecimiento bacteriano, generándose entonces distensión luminal y aumento de presión intraluminal. Posteriormente se produce obstrucción del flujo linfático y venoso, favoreciendo aún más el crecimiento bacteriano y desencadenando la producción de edema.

En este momento encontramos un apéndice edematoso e isquémico, causando una respuesta inflamatoria. Esta isquemia a la que se somete al apéndice puede generar necrosis de la pared con translocación bacteriana, desarrollándose la apendicitis gangrenosa. Si este proceso se deja evolucionar y el paciente no es intervenido el apéndice ya gangrenoso se perfora y puede generar un absceso con peritonitis local siempre y cuando la respuesta inflamatoria y el omento logren

contener el proceso, pero si estos son incapaces se producirá una peritonitis sistémica.

Otras teorías han sido descritas como el compromiso del suministro vascular extrapendicular, la ulceración de la mucosa por infección viral y posterior colonización bacteriana, así como una dieta pobre en fibra con enlentecimiento del tránsito intestinal y retención de las heces en el apéndice (Gonzalez, 2011)

1.1.2 EPIDEMIOLOGIA

La apendicitis aguda se muestra con mayor periodicidad entre los 20 y 30 años. Coexisten reportes de un acontecimiento mayor a 200 casos por cada 100.000 poblaciones por año, con una correlación hombre/mujer de 1,4:1.

Un individuo poseerá durante toda su vida un riesgo de 10 padecer apendicitis del 8,6% en el caso de los hombres; y las mujeres poseerán un riesgo global del 6,7%.

Dentro de las causas más habituales de abdomen agudo de resolución quirúrgica se encuentra la apendicitis aguda, se aprecia que la población en general es afectada en un 7%; es más habitual en hombres que en mujeres; se estima que el 8,6% de los hombres y el 6,7% de las mujeres la sobrellevarán en algún momento, se puede mostrar a cualquier edad pero tiene su máxima incidencia entre la adolescencia y los 30 años, en infantes menores a 7 años y en mayores de 70 años la incidencia es muy inusual pero aquí hay una mayor probabilidad de muerte ya que es una fase de inmunodeficiencia.

En Ecuador el año 2017 se registró una incidencia de 38.533 casos de apendicitis aguda, lo que pasaría a representar una tasa de 22,97 casos nuevos por cada 10.000 personas, posicionándose como una de las causas más frecuentes de morbi- mortalidad del país. (INEC,2017)

En la Unidad de Emergencia del Hospital Clínico Regional de Valdivia entre enero y diciembre del 2000, se mostraron 622 casos de pacientes operados, para el artículo se inspeccionaron los registros clínicos en base a un protocolo pre-establecido.

Hubo un predominio del sexo masculino con un 54.9%. La edad media de la serie fue 22 años. (INEC. Diez principales causas de Morbilidad año 2009).

Estudios ejecutados en el Hospital de Apoyo de Chachapoyas entre julio de 1995 y agosto 2000, muestran datos relacionados a las complicaciones y los elementos relacionados a los tiempos de demora en el tratamiento y diagnóstico. De acuerdo a este estudio el tiempo promedio que pasó entre el inicio de los síntomas y la intervención quirúrgica fue de 3.32 días, 56 pacientes de los 108 (51%) tuvieron apendicitis aguda compleja, en 34 de ellos (61%) existió una tardanza de 72 o más horas para la intervención quirúrgica desde la iniciación de los síntomas.

En el mismo estudio se encontró que 33/41 pacientes intervenidos tardíamente (80%) procedían de la periferia de la Ciudad de Chachapoyas. Por razones de dificultad geográfica retrasan varias horas en llegar hasta el hospital; mientras que 4 de los 41 pacientes intervenidos tardíamente. (MSP. Manual para la referencia y contra referencia de pacientes y usuarios, 2004) 11 En 34 de los 41 pacientes intervenidos tardíamente se halló apendicitis aguda complicada (83%); mientras que 22 de los 67 pacientes intervenidos antes de las 72 horas de la iniciación de los síntomas soportaron la misma condición (33%).

El tiempo de enfermedad promedio de los pacientes que tuvieron apendicitis aguda complicada fue de 5 días (ES 0.7) y el de los pacientes que no sufrieron esta condición fue de 1.52 días (ES 0.72), encontrándose discrepancia significativa entre dichas medias ($p = 0.00$). (Armando, 2019)

1.1.3 SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas clásicos de la apendicitis aguda son

- Dolor epigástrico o peri umbilical, seguido de náuseas, vómitos y anorexia breves

Después de unas pocas horas, el dolor se desplaza hacia el cuadrante inferior derecho. El dolor se exagera con la tos y el movimiento.

Los signos clásicos de apendicitis son

- Dolor a la palpación y a la descompresión en el cuadrante inferior derecho localizado en el punto de McBurney (unión de los tercios medio y externo de la línea que une el ombligo con la espina ilíaca anterosuperior)

Otros signos de apendicitis son dolor que se percibe en el cuadrante inferior derecho al palpar el cuadrante inferior izquierdo (signos de Rovsing), exacerbación del dolor causada por extensión pasiva de la cadera derecha que elonga el músculo iliopsoas (signos del psoas) o dolor causado por rotación interna pasiva del muslo flexionado (signo del obturador).

La hipertermia leve (temperatura rectal de 37,7 a 38,3° C [100-101° F]) es común. Lamentablemente, estos hallazgos clásicos aparecen en < 50% de los pacientes.

Hay numerosas variaciones de los signos y síntomas de apendicitis. El dolor puede no ser localizado, sobre todo en lactantes y niños. El dolor a la palpación puede ser difuso o, en casos raros, estar ausente. Por lo general, las deposiciones son menos frecuentes o no hay evacuación; si la diarrea es un signo, debe sospecharse un apéndice retrocecal.

Puede haber eritrocitos o leucocitos en orina. Los síntomas atípicos son comunes en adultos mayores y embarazadas; en particular, el dolor es menos intenso, y el dolor a la palpación local, menos pronunciado. (Ansari, 2020)

1.1.4 TIPOS DE DIAGNOSTICOS

Las pruebas y procedimientos que se usan para diagnosticar la apendicitis comprenden:

- **Exploración física para evaluar el dolor.**

El médico puede aplicar una presión suave sobre la zona dolorida. Cuando la presión se libera repentinamente, el dolor de la apendicitis a menudo empeorará, lo que indica que el peritoneo adyacente está inflamado.

El médico también puede buscar rigidez abdominal y una tendencia a endurecer los músculos abdominales en respuesta a la presión sobre el apéndice inflamado (protección).

El médico puede usar un guante lubricado para examinar el recto inferior (tacto rectal). A las mujeres en edad fértil se les puede indicar un examen pélvico para detectar posibles problemas ginecológicos que podrían estar provocando el dolor.

- **Análisis de sangre.** Esto le permite al médico verificar si hay un número elevado de glóbulos blancos, lo que puede indicar una infección.
- **Análisis de orina.** Es posible que el médico te pida un análisis de orina para asegurarse de que la causa del dolor no es una infección de las vías urinarias o un cálculo renal.
- **Pruebas de diagnóstico por imágenes.** El médico también puede recomendar una radiografía abdominal, una ecografía abdominal, una tomografía computarizada o una resonancia magnética para ayudar a confirmar la apendicitis o encontrar otras causas del dolor. (Clinic, 2021)

1.1.5 FORMAS CLÍNICAS

Apendicitis en niños

Es indudable que el interrogatorio y los exámenes semiológicos son más difíciles. Tener en cuenta que el cuadro es atípico, con fiebre más alta y más vómitos.

En los preescolares la tasa de perforación varía entre 50 y 85%, debido a que presenta epiplón corto y el apéndice se puede perforar antes de las 24 horas (peritonitis), y en estos casos debemos conocer que el niño antes de los 4 años no presenta abdomen en tabla.

Apendicitis en ancianos

Los signos y síntomas son muy poco sugestivos, además de una progresión más rápida de la enfermedad, todo ello retrasa el diagnóstico en este grupo etáreo y por lo tanto la perforación apendicular es la regla, aumentando la morbilidad y mortalidad. Esta última en los mayores de 70 años llega a un 15%, siendo los factores coadyuvantes las enfermedades asociadas cardiovasculares principalmente.

Apendicitis en embarazadas

La apendicetomía por apendicitis aguda se lleva a cabo en 1 de cada 1000 a 1500 partos.

Los síntomas son confundidos con los producidos por el embarazo, asimismo la leucocitosis es normal en estas pacientes.

El aumento de la vascularización en las estructuras permite el desarrollo acelerado de la inflamación apendicular y este, asociado al desplazamiento del mismo hacia arriba y posterior al útero, hace retrasar el diagnóstico haciéndolo confundir con signología vesicular.

La apendicitis en el embarazo puede producir parto prematuro y muerte en útero por peritonitis. (Wong, Espino, Dr, & Dr)

1.1.6 TRATAMIENTO

CIRUGIA ABIERTA

En el caso de una apendectomía abierta, el cirujano limpia primero la piel del abdomen con una solución antiséptica. Después, el médico hace una incisión de aproximadamente 2 pulgadas (5 centímetros) en la piel del abdomen, pasando por los músculos abdominales para llegar a la pared abdominal (capas de tejido que protegen el abdomen). Se separan los músculos abdominales y se localiza el apéndice.

Mediante el uso de suturas (puntos) o una herramienta de grapado especial, el cirujano cierra el área del apéndice que está conectada al intestino grueso para evitar el desgarro o la propagación de bacteria en el abdomen mientras se lo está extirpando. (La herramienta de grapado utiliza grapas de acero inoxidable que son un poco más pequeñas que las que se utilizan en una grapadora de oficina).

Más tarde, el cirujano corta totalmente el apéndice del intestino grueso y lo retira del cuerpo a través de la incisión.

Una vez que el apéndice se extirpa, el cirujano cierra la pared abdominal y los músculos abdominales con puntos que se auto absorben. Después, se cierra el corte de la piel con puntos y se lo cubre con una venda. (KidsHealth, s.f.)

CIRUGIA LAPAROSCOPICA

La apendicitis es uno de los problemas quirúrgicos más comunes. A una de cada dos mil personas se le practica una apendicectomía en algún momento de la vida. El tratamiento requiere que se haga una operación para extirpar el apéndice infectado. Lo tradicional es que el apéndice se quite a través de una incisión en la pared abdominal inferior derecha.

En la mayoría de las apendicectomía laparoscópicas los cirujanos operan a través de tres pequeñas incisiones (cada una mide aprox. entre 6 y 12,5 mm) mientras se observa una imagen ampliada de los órganos internos del paciente en una pantalla de televisión. En algunos casos, una de las pequeñas aberturas puede alargarse hasta medir 5 a 7,5 cm a fin de completar el procedimiento.

Las ventajas comunes en la cirugía laparoscópica son:

- Menor dolor posoperatorio
- Puede acortar la estadía hospitalaria
- Puede resultar en un retorno más rápido de la función intestinal
- Retorno más rápido a la actividad normal
- Mejores resultados cosméticos

¿COMO SE REALIZA LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA?

Las palabras apendicectomía “laparoscópica” y “a cielo abierto” describen las técnicas que usa un cirujano para acceder al campo quirúrgico interno.

En su mayoría, las apendicectomía laparoscópicas se inician de la misma manera. Mediante el uso de una cánula (un instrumento estrecho y tubular), el cirujano accede al abdomen. Un laparoscopio (un pequeño telescopio conectado a una videocámara) se inserta a través de una cánula, lo cual ofrece al cirujano una vista ampliada de los órganos internos del paciente en una pantalla de televisión. Se insertan varias cánulas adicionales a fin de permitir que el cirujano trabaje por dentro y extirpe el apéndice.

La totalidad del procedimiento se puede completar a través de las cánulas o al alargar una de las pequeñas incisiones para las cánulas. Es posible que se coloque un drenaje durante el procedimiento. El mismo se quitará antes de que se vaya del hospital. (Sages, 2004)

CIRUGIA ENDOSCOPICA

En 2004, *Anthony Kalloo* y otros, desarrollaron un método diagnóstico y terapéutico intraperitoneal mediante acceso endoscópico a través de la pared gástrica, al cual se denominó Cirugía Endoscópica Transluminal a través de Orificios Naturales, "*Natural Oríifice Transluminal Endoscopic Surgery*". Ese mismo año, en la India, *Rao* y otros, realizaron la primera apendicetomía mediante acceso transgástrico y en 2006, *Palanivelu* y otros, por vía transvaginal. Esta cirugía también se ha realizado a través del recto y vejiga.

Tanto en Estados Unidos, como en Europa y Asia se establecieron Comités Internacionales que han dado a conocer que la apendicectomía se ha realizado prácticamente mediante esta técnica en todo el mundo, a pesar de que requiere de un equipo complejo y costoso. El acceso peritoneal a través de un orificio natural favorece el riesgo de contaminación y no se cuenta con una técnica que garantice el cierre efectivo de este; la imagen intrabdominal es más reducida, el manejo de los instrumentos ofrece dificultades y existe controversia sobre quién debe realizarla: "El cirujano para quien es una técnica más o el endoscopista quien desea ampliar sus límites de trabajo" (Fernandez, 2009)

1.2 JUSTIFICACION

La Apencitis es considerada como una de las patologías que conlleva un tratamiento de emergencia, ya que la mayoría de los casos terminan en procesos quirúrgicos. Se debe identificar los signos y síntomas de esta enfermedad ya que pueden verse relacionados con otras patologías donde puede crear confusión a la hora del diagnóstico y complicar la vida del paciente.

La apendicitis aguda se muestra con mayor periodicidad entre los 20 y 30 años. Coexisten reportes de un acontecimiento mayor a 200 casos por cada 100.000 poblaciones por año, con una correlación hombre/mujer de 1,4:1.

Un individuo poseerá durante toda su vida un riesgo de 10 padecer apendicitis del 8,6% en el caso de los hombres; y las mujeres poseerán un riesgo global del 6,7%. (Armando, 2019)

El presente caso clínico se trata de un paciente escolar de sexo masculino de 9 años, con diagnóstico médico de apendicitis aguda el cual ingresa al Hospital Alfredo Noboa Montenegro, donde realizamos el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), aplicamos un plan de cuidados en el que se brindó una calidad de atención al paciente durante su estancia en el Hospital.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente con diagnóstico médico de apendicetomía

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar patrones alterados mediante la valoración física.
- ✓ Ejecutar acciones de enfermería durante el tratamiento.
- ✓ Evaluar los resultados y las intervenciones realizadas al paciente.

DATOS GENERALES

NOMBRE: NN

APELLIDO: NN

SEXO: Masculino

RAZA: Mestizo

EDAD: 9 años

LUGAR DE NACIMIENTO: Guaranda

FECHA DE NACIMIENTO: 22/02/2012

CEDULA: 24508676**

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

2.1.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente masculino de 9 años de edad que acudió al área de emergencia en compañía de su madre, por presentar cuadro clínico de 4 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico, al inicio fue generalizado y luego se focalizo a nivel de fosa iliaca derecha a esto se agrega alza termina no cuantificada, por lo que fue auto medicado y manejado en casa, como no obtiene ninguna mejoría familiar procede a trasladarlo a centro hospitalario, donde se le ordena exámenes de laboratorio, ecosonografía de área abdominal cuyos resultados junto al examen físico se diagnostica abdomen agudo por probable apendicitis, se informa a la madre acerca de la gravedad del cuadro y se solicita firma de consentimiento para realizar tratamiento por lo que se traslada al niño al Hospital Alfredo Noboa Montenegro para tratamiento quirúrgico.

A la valoración física se observa paciente álgido, febril, pálido, sin disnea, abdomen se encuentra tenso y doloroso a la palpación superficial y profunda, ruidos hidroaéreos disminuidos, genitales y extremidades normales.

2.1.2 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

- CLINICO: No refiere
- QUIRURGICO: No refiere
- TRAUMATOLOGICO: No refiere
- ALERGIAS: No refiere

ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE: falleció por diabetes mellitus

MADRE: No refiere

HERMANOS: No refiere

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

- No refiere

ANTECEDENTES ALERGICOS

- No refiere

2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (anamnesis)

Paciente escolar de sexo masculino de 9 años, acudió al área de emergencia en compañía de su madre, por presentar cuadro clínico de 4 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico, indica que al inicio del dolor fue generalizado y luego se focalizo a nivel de la fosa iliaca derecha, también refiere haber presentado alza térmica, paciente fue auto medicado y tratado en casa, al no obtener resultados favorables familiar procede a traerlo a esta casa de salud, a la valoración física se observa palidez, álgido, febril, sin disnea, abdomen se encuentra tenso y doloroso a la palpación por lo que proceden a realizarle exámenes de laboratorio y una ecosonografía del área abdominal, donde los resultados son probables para apendicitis.

2.3 EXAMEN FISICO

2.3.1 VALORACION CEFALOCAUDAL

Cabeza: Normo cefálica

Piel –Faneras: Deshidratación

Cuero Cabelludo: Bien implantado

Cara: redonda – Facie pálida e intranquila

Frente: sin presencia de pliegues, de tamaño normal

Cejas: bien implantadas

Ojos: Simétricos, isocóricas, reactivas a la luz.

Parpados: Simétricos

Orejas: Con pabellón auricular bien implantado

Oídos: Sin salida de secreciones

Nariz: tamaño adecuado, fosas nasales permeables

Boca: Piezas dentarias completas, sin presencia de lesiones.

Cuello: Sin presencia de adenopatías.

Miembro Superior: Simétricos, sin déficit

Miembro Inferior: Simétricos, sin déficit

Axilas: Normal

Tórax: En la auscultación presenta ruidos cardiacos rítmicos, sin dolor a la palpación.

Corazón: No soplo

Abdomen: doloroso a la palpación

Columna Vertebral: Normal

Espalda: Simétrica sin malformaciones

Genitales: Sin ninguna malformación

2.3.2 SIGNOS VITALES

- **Presión Arterial:** 90/60
- **Frecuencia Cardíaca:** 108x'
- **Frecuencia Respiratorio:** 20x'
- **Saturación de Oxígeno:** 98%
- **Temperatura Axilar:** 38
- **Pupilas:** Isocóricas, reactivas a la luz
- **Reflejos:** presentes

2.3.3 MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

- **Peso:** 42.7 Kg
- **Talla:** 140 cm

2.3.4 VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)

1. Percepción / Manejo de Salud

Paciente orientado en tiempo y espacio, madre refiere que su hijo presenta dolor en la herida quirúrgica (apendicectomía). Se vigila la zona de intervención quirúrgica para prevenir posible riesgo de infección.

2. Nutricional y Metabólico

Paciente se encuentra en NPO, por intervención y posterior a las 12 horas post quirúrgicas.

3. Eliminación

Madre refiere que la micción es normal, realiza deposiciones blandas 1 vez al día.

4. Actividad / Ejercicio

No realiza actividad física, madre refiere que necesita deambulación asistida

5. Sueño / Descanso

No logra conciliar el sueño debido al dolor de la intervención quirúrgica.

6. Cognitivo / Perceptual

Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona.

7. Autocontrol / Auto concepto

Madre refiere que gracias a los cuidados de enfermería paciente se encuentra mejorando satisfactoriamente.

8. Rol y Relaciones

Buenas relaciones con su entorno familiar, escolar y amigos

9. Sexualidad / Reproducción

Genitales correctamente implantados.

10. Adaptación / Tolerancia al Estrés

Se observa a paciente en ocasiones inquieto debido a que ya quiere estar en su hogar, recibe ayuda de la madre para mantenerlo tranquilo.

11. Valores y Creencias

Madre refiere que toda su familia se considera católica.

2.3.5 PATRONES ALTERADOS

- Percepción/ Manejo de Salud
- Nutricional y Metabólico
- Adaptación/ Tolerancia al Estrés

2.4 INFORMACION DE EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS

Prueba	Resultado	Valores Referenciales
Leucocitos	19,72	(5,00 – 10,00)
Neutrófilos%	75,90%	(40,00 – 75,00)
Linfocitos %	14,70%	(21,00 – 40,00)
Monocitos%	6,80%	(3,00 – 7,00)
Eosinófilos %	1,90%	(0,00 – 4,00)
Basófilos %	0,70%	(0,00 – 1,50)
Glucosa%	4,58 10*6/ul	(4,00 – 5,50)
Hemoglobina	19,90 g/dl	(12,00 – 17,40)
Hematocrito	38,30%	(36,00 – 52,00)
Distribución eritrocito	38,20	(46,00 – 59,00)
Procalcitonina	41,70	
Volumen Plaquetario Medio	6,20	(8,00 – 15,00)
Plaquetas	23,51%	
Monocitos	1,34	(0,15 – 0,70)
Linfocitos	2,90	(1,30 – 4,00)
Neutrofilos	14,97	(2,00 – 7,50)
Fuente: Laboratorio clínico del Hospital Alfredo Noboa Montenegro		

2.4.1 INFORME DE EXAMEN ECOSONOGRAFICO

Abdominal Hígado: De forma, tamaño y volumen normal

Vesícula: Mide 74 mm y su pared fina sin contenido anómalo.

Vías biliares: Intra y extra hepática de calibre conservado colédoco mide 5 mm.

Páncreas: No se aprecia por interposición de asas intestinal.

Bazo: De ecogenicidad homogénea normal.

Riñones: Riñón derecho, mide 94*51 mm de contornos regulares simétricos, relación seno parénquima con definición, no se observa quistes, cálculos ni dilatación de cavidades excretoras.

Riñón izquierdo mide 90*46 de contornos regulares simétricos, relación seno parénquima con definición, no se observa quistes, cálculos ni dilatación de cavidades excretoras.

Retro peritoneo: No se identifican adenomegalias.

Aorta: Normal.

Observaciones:

Se observa en fosa iliaca derecha imagen apendicular clásica que mide 8 mm con aumento de ecogenicidad peri apendicular.

No líquido libre en cavidad abdominal incluido Douglas.

Fondo de saco de Douglas: Libre.

Vejiga: Distendida de paredes regulares. Sin contenido anómalo

IDG

- **Signos ecográficos de apendicitis aguda**
- **Correlacionar apendicitis aguda con clínica y laboratorio**

FUENTE: *Hospital Alfredo Noboa Montenegro*

2.5 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

➤ **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

Dolor Abdominal

➤ **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Gastroenteritis Aguda

➤ **DIAGNOSTICO DEFINITIVO**

Apendicitis Aguda

2.6 ANALISIS Y DESCRPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

- **BIOLOGICA:** Control de constantes vitales.
- **FISICA:** Control de la herida quirúrgica
- **AMBIENTALES:** El ambiente en el que vive el paciente es agradable
- **SOCIALES:** Madre muestra mucha preocupación por el estado de salud de su hijo.

NANDA:
NOC:
NIC:

Dx: Deterioro de la integridad cutánea (00046)

R/C: Herida Quirúrgica

E/P: lesión tisular (Por procedimiento que alteran la piel)

Dominio: Seguridad y Protección

Clase: (K) Infección

Etiqueta: (1102) Curación de la herida

Campo: Fisiológico Complejo

Clase: (L) Control de la piel y heridas

Etiqueta: 3440 Cuidados del sitio de incisión

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Aproximación cutánea				x	
Aproximación de los bordes de la herida.				X	
Formación de cicatriz				x	
Secreción sanguinolenta de la herida.					x

ACTIVIDADES

1. Control de signos vitales.
2. Inspeccionar el sitio de incisión, por si hay cambios como enrojecimiento, inflamación.
3. Limpieza y cambios de apósitos.
4. Vigilar si hay características de algún tipo de drenaje.
5. Educar al familiar sobre la patología, signos y síntomas.
6. Enseñar al paciente o familiar el cuidado de la herida quirúrgica para evitar que se provoque alguna infección.

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E

NANDA:
NOC:
NIC:

Dx: Riesgo de Infección (00002)

R/C: Procedimiento invasivo

E/P: Herida Quirúrgica

Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud

Clase: (T) Control de riesgo y seguridad

Etiqueta: (1924) Control de riesgo: Proceso Infeccioso

Campo: 4 Seguridad

Clase: (V) Control de Riesgo

Etiqueta: 6550 Protección contra las infecciones

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos					X
Identifica los posibles riesgos para la salud				X	
Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades					X

ACTIVIDADES

1. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
2. Mantener la asepsia del paciente
3. Inspeccionar la existencia de eritema, color o exudado en la piel.
4. Inspeccionar el estado de incisión o herida quirúrgica
5. Enseñar al paciente y familiar como prevenir las infecciones.

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E

2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

En este caso clínico damos a conocer la rapidez con la que hay que actuar en una apendicitis aguda, el tratamiento es únicamente quirúrgico (apendicetomía).

Enfermería brindo cuidados directos durante la estancia hospitalaria del paciente, basándose en la teoría de Marjory Gordon, donde se desglosa los patrones funcionales y no funcionales del paciente, para proceder a realizar el proceso de atención de enfermería (PAE) donde podemos brindar las intervenciones correctas y obtener buenos resultados.

2.8 SEGUIMIENTO

Paciente fue ingresado a sala de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro el 2021/05/20 a las 10:34 minutos, por presentar dolor agudo de abdomen entre otros signos y síntomas, medico indica pasar a sala de observación para realizar examen físico, de laboratorio y ecografía abdominal para confirmar su diagnóstico clínico.

Se confirma diagnóstico clínico de apendicitis mediante exámenes complementarios, y transfieren al paciente al hospital general Liborio Panchana para resolución quirúrgica.

2021/05/20 a las 22:10 minutos, se recibe paciente en sala de hospitalización en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro para el cuidado directo luego de ser intervenido quirúrgicamente en cuyo acto se resolvió apéndice flegmonoso, con plastrón apendicular, al momento presentaba herida quirúrgica infra medio-umbilical, sin presencia de drenes, paciente refiere dolor a nivel del área intervenida.

Se realizó el seguimiento diario, según evolución del paciente

- Se administró medicación prescrita.
- Valoración médica diaria
- Se controló signos vitales cada 4 horas.
- Deambulaci3n asistida
- Control de balance hídrico.
- Aplicaci3n de PAE.
- Cambio de posiciones corporales.
- Alimentaci3n segun indicaci3n médica.
- Actualizaci3n de examen de laboratorio.
- Limpieza aséptica en herida quirúrgica
- Apoyo emocional
- Educaci3n sobre el cuidado post operatorio

21/05/22 se valora al paciente en el tercer día de hospitalizaci3n y segundo día post quirúrgico, se observa herida limpia aséptica, no refiere dolor a nivel de herida quirúrgica, paciente insiste en deambulaci3n, inicia tolerancia oral, buena aceptaci3n, condiciones clínicas estables, se solicita biometría de control previa alta médica con cuidados en casa y tratamiento por vía oral, y control por consulta externa de cirugía pediátrica, se dialoga con la madre acerca de decisiones médicas.

21/05/22 a las 11:10 minutos, se revisa resultados de exámenes de sangre los mismos que están dentro de los valores normales por los que se informa alta médica con indicaciones dada al familiar.

2.9 OBSERVACIONES

Se explicó a familiar del paciente sobre la patología y los riesgos que conlleva, se comunicó que el tratamiento era quirúrgico y sobre el consentimiento informado para poder proceder con la intervención.

Luego de la intervención quirúrgica medico informo que todo salió favorable, enfermería procedió con los cuidados necesarios para la mejora del paciente.

Sugerimos al familiar continuar en casa con cuidados de la herida quirúrgica y brindarle apoyo emocional a su hijo.

CONCLUSIONES

Al culminar este caso clínico entendemos que la apendicitis es una de las patologías de mayor demanda a nivel mundial, que su tratamiento es únicamente quirúrgico e inmediato.

Que el Proceso de Atención de Enfermería y la valoración de los patrones funcionales nos ayudó a desglosar de manera óptima los diagnósticos enfermero y proceder a realizar un buen plan de cuidados basado en las intervenciones descritas en el PAE para ayudar con la pronta recuperación del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Ansari, P. (2020). *Apendicitis*. Manual MSD.

Armando, C. P. (2019). *Diagnostico epidemiologico de la apendicitis aguda* . Ecuador: escuela superior politecnica de chimborazo .

Clinic, M. (7 de Agosto de 2021). *Apendicitis*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/appendicitis/diagnosis-treatment/drc-20369549>

Fernandez, Z. R. (2009). Tratamiento de la apendicitis aguda . *Revista Cubana de Cirugia* , 1.

Gonzalez, J. F. (7 de 2 de 2011). FISIOPATOLOGIA DE APENDICTIS . *Scielo*, 1. Recuperado el 15 de enero de 2011

KidsHealth. (s.f.). *connecticut childrens*. Obtenido de <https://www.connecticutchildrens.org/health-library/es/parents/emmi-append-esp/#:~:text=Una%20apendectom%C3%ADa%20abierta%20es%20la,corte%20se%20cierra%20con%20puntos>.

Mayo Clinic. (07 de 08 de 2021). Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/appendicitis/symptoms-causes/syc-20369543>

RadiologyInfo.org . (21 de 04 de 2020). Obtenido de <https://www.radiologyinfo.org/es/info/appendicitis#:~:text=La%20apendicitis%20es%20la%20inflamaci%C3%B3n,for%C3%A1ne%C3%B3n%20con%20un%20tumor>.

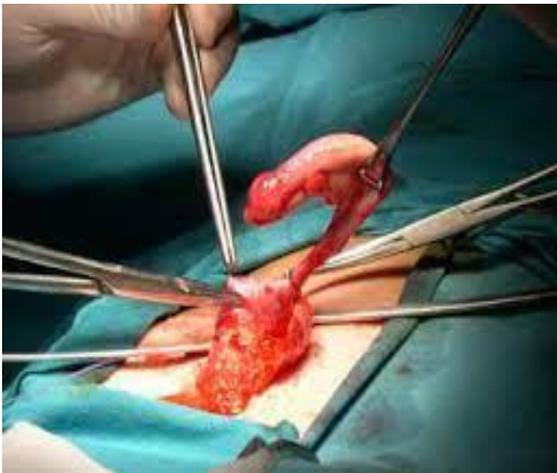
Sages. (1 de Marzo de 2004). Obtenido de <https://www.sages.org/publications/patient-information/informacion-para-el-paciente-apendicectomias-laparoscopicas/>

Wong, D. P., Espino, C. D., Dr, T. J., & Dr, R. V. (s.f.). *Apendicitis Aguda* . Obtenido de https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_1_1_Apendicitis%20aguda.htm#:~:text=ANATOM%C3%8DA%20DEL%20AP

%C3%89NDICE&text=Tiene%20la%20forma%20de%20un,tres%20cintillas
%20del%20intestino%20grueso.

ANEXOS

Incisión quirúrgica



Incisiones de laparoscopia

