



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Dimensión Práctica Del ExámenComplejivo Previo a la Obtención Del Grado  
Académico De Licenciado(a) En Enfermería**

**TEMA DEL CASO CLÍNICO:**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A UN PACIENTE  
CONAPENDICITIS AGUDA.**

**AUTORA:**

**MARIA FERNANDA REYES MARTINEZ**

**TUTORA:**

**LCDA. INGRID SANDRA AGUIRRE RODRIGUEZ**

**BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADOR**

**2018**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERIA**



**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

**LCDA. MARIA VERA MARQUEZ MSC  
DECANA O DELEGADO (A)**

**BLGA. MARITZA GALLEGOS ZURITA PHD  
COORDINADOR DE LA CARRERA  
O DELEGADO (A)**

**LCDA. CONSUELO ALBAN MENENSES MSC  
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE  
O DELEGADO**

**ABG. CARLOS L. FREIRE NIVELA  
SECRETARIO GENERAL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



Babahoyo, 09 de Abril del 2019

**A. COORDINADOR(A) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERIA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, REYES MARTINEZ MARIA FERNANDA, con cédula de ciudadanía 1207940030, egresado (a) de la Escuela Salud y Bienestar de la carrera de ENFERMERIA, de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida posible para realizar la entrega de los tres anillados requeridos del Informe Final del Caso clínico tema:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el Consejo Directivo.

Saludos cordiales, quedo de usted muy agradecido (a).

Firma



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 09 de Abril del 2019

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

**A: Universidad Técnica de Babahoyo,  
Facultad de Ciencias de la Salud,  
Escuela de Salud y Bienestar**

Por medio de la presente declaro ser autor (a) del Informe final del Proyecto de Investigación titulado:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON  
APENDICITIS AGUDA.**

El mismo ha sido presentado como requisito indispensable en la Modalidad Caso clínico para optar por el grado académico de Licenciado (a) en ENFERMERIA en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, el cual ha sido producto de mi labor investigativa.

Así mismo doy fe que, el uso inclusivo de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad y que es un trabajo investigativo totalmente original e inédito, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo y la Facultad de Ciencias de la Salud y la carrera de ENFERMERIA exenta de toda responsabilidad al respecto.

Por lo que autorizo en forma gratuita, a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

**REYES MARTINEZ MARIA FERNANDA**

C.I: 1207940030

  
Firma





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



### APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo INGRID SANDRA AGUIRRE RODRIGUEZ, en calidad de tutor(a) del Informe Final del CASO CLINICO con el tema:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA**, elaborado por el(la) estudiante REYES MARTINEZ MARIA FERNANDA de la Carrera de ENFERMERIA, de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el caso clínico sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 09 días del mes de Abril del año 2019



FIRMA

INGRID SANDRA AGUIRRE RODRIGUEZ

CI.1201422852

## Urkund Analysis Result

Analysed Document:

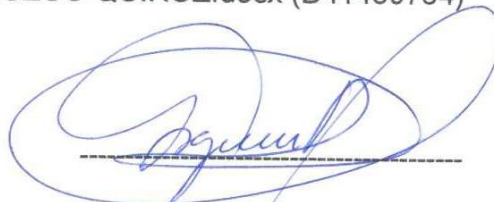
on.docx (D50213871) Submitted: 4/5/2019 4:47:00 AM  
Submitted By: iaguirre@utb.edu.ec  
Significance: 9 %

Sources included in thereport:

Apendicitis LISBETH DEL ROSARIO CUZCO QUIROZ.docx (D41469764)



Egresado  
**MARÍA FERNANDA REYES MARTINEZ**  
CI: 1207940030



Tutora  
**INGRID AGUIRRE RODRÍGUEZ**  
CI: 12001422852

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	I
AGRADECIMIENTO .....	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO .....	III
RESUMEN .....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN .....	V
<b>I. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>1.2. OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>1.2.1. Objetivo General .....</b>	<b>20</b>
<b>1.2.2. Objetivos específicos .....</b>	<b>20</b>
<b>1.3. DATOS GENERALES .....</b>	<b>20</b>
<b>II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS). .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....</b>	<b>22</b>
<b>1.4. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....</b>	<b>25</b>
<b>2.4. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar. ....</b>	<b>25</b>
<b>2.5. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....</b>	<b>30</b>
<b>2.5.1. SEGUIMIENTO.....</b>	<b>30</b>

<b>2.6. OBSERVACIONES.....</b>	<b>33</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>33</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>35</b>



## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de caso clínico se lo dedico primeramente a Dios por siempre estar en mi camino y brindarme lo más fundamental para cada ser humano la salud y la vida, pero sobre todo por permitirme cumplir un logro profesional en mi vida.

A toda mi familia pero en especial a mi motor de vida mi madre por saber guiarme por un buen camino lleno de buenos valores y regalarme la mejor fortuna que un padre puede brindar a su hijo, que es la educación además de ser mi apoyo incondicional, mi fortaleza en momentos de debilidad y demostrarme cuán importante soy yo para ella ayudándome en las adversidades y de compartir momentos de tristeza, felicidad y logros alcanzados a lo largo de mi vida.

**MARIA FERNANDA REYES M.**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco primeramente a Dios por brindarme la salud, la vida y mantenerme de pie ante cada circunstancia dada en el camino, por la fortaleza, inteligencia y responsabilidad ya que no ha sido fácil llegar hasta aquí y cumplir este gran sueño y logro en mi vida.

Agradezco a mis padres por estar en cada momento y dificultad de mi vida en especial a mi madre que siempre fue un pilar fundamental en mi para no desmayar ante ninguna dificultad y siempre seguir adelante tanto en lo personal como profesional además de ser un apoyo incondicional, económico y emocional.

A mi tutora y docentes en general quienes me ayudaron a lo largo de toda mi carrera universitaria compartiendo sus conocimientos y experiencias para ser mejor cada día. A la Universidad Técnica de Babahoyo por haberme permitido ser parte de esta institución y brindarme conocimientos los cuales me están ayudando a cumplir mi sueño de ser una gran profesional.

**MARIA FERNANDA REYES M.**

**TÍTULO DEL CASO CLÍNICO**  
**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON**  
**APENDICITIS AGUDA.**

## RESUMEN

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.

En el presente estudio de caso se basa en un problema a nivel abdominal con un dolor en la fosa iliaca derecha a nivel de ombligo en cualquiera de sus posiciones en forma de cinturón que irradia a la espalda y columna, por este motivo el presente estudio de caso clínico tiene como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería a un paciente con Dx de apendicitis aguda.

En esta patología por lo general esta escrita la evolución de su sintomatología sin embargo, bajo circunstancias especiales se puede presentar un cuadro atípico o enmascarado principalmente en embarazadas, niños y ancianos, por lo tanto es importante conocer ampliamente su anatomía, fisiopatología y cuadro clínico, así como las fases del padecimiento para dar el tratamiento exacto y disminuir la morbimortalidad de los pacientes de esta patología.

Al aplicar el diagnóstico es importante saber si están afectados órganos allegados al sistema respiratorio y toda la consecuencia que traen consigo, es por ello que el profesional de enfermería debe estar preparado para brindar una atención eficiente y competente que nos permita brindar cuidados. Otro de los motivos que se le brindó a la paciente fue darle una buena atención de calidad y calidez en las intervenciones de enfermería de cuidado directo obteniendo resultados favorables y mejorando su estado de salud.

**Palabras clave:** apendicitis aguda, diagnóstico clínico, historia clínica, patología.

## **ABSTRACT**

Appendicitis is inflammation of the appendix, a closed tube of tissue that is attached to the large intestine in the lower right part of the abdomen. Inflammation can occur when the appendix is infected or blocked with the pieces, with the objects or the tumor.

In the present case study is based on a problem at the abdominal level with pain in the right iliac fossa at the navel level in any of its positions in the form of a belt that radiates to the back and spine, for this reason, the present study of clinical case aims to apply the process of nursing care to a patient with acute appendix.

In this pathology, in general, in writing, the evolution of their symptoms is described, however, the circumstances, an atypical or masked picture may occur mainly in pregnant women, children and the elderly, therefore, it is important to know their anatomy, physiopathology and clinical picture, as well as the phases of the disease and in order to rule out most of the differential diagnoses are supported by the laboratories of medicine to give the exact treatment and decrease the morbidity and mortality of the patient suffering from this pathology.

When applying the diagnosis, it is important to know if they are correct or not correctly. Another primary reason that applies to the patient is good quality care and warmth in medical care to obtain favorable results and improve their health, and perform all procedures to achieve the objective that is implemented.

**Key words:** acute appendicitis, clinical diagnosis, clinical history, pathology

## INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico trata de una paciente de 17 años de edad sexo femenino, que ingresa al servicio de emergencia del Hospital Basico de Saraguro, orientado en tiempo, espacio y persona, fascie dolorosa, mucosas orales secas presenta cuadro clínico de dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha que imposibilitaba la marcha, fiebre y nauseas, con una evolución de aproximadamente de 72 horas, compatible con apendicitis aguda que fue diagnosticada, luego de valoración clínica y a través de exámenes por medico de turno.

Este caso clínico pone de manifiesto como una buena valoración de enfermería es primordial para establecer un plan de cuidados individualizados en el que se actúa sobre la problemática de la persona desde el punto de vista holístico fundamentado en las teorías de enfermería, permitiendo reflejar la autonomía en los cuidados por el personal de enfermería.

La apendicitis aguda es la patología que constituye la urgencia quirúrgica más común una de cada diez personas la padecerá a lo largo de su vida, afecta por igual a diversos sexos y es más frecuente en la adolescencia y más rara en lactantes y ancianos. Se trata de una inflamación del apéndice cecal condicionada por la obstrucción de su luz por fecalitos, parásitos o hiperplasia folicular linfoide. (Miguel A. Montoro, 2014)

Científicamente el apéndice está localizado en una parte del intestino entre el ciego y se determina por ser un fondo de saco, al ser bloqueada puede producir una apendicitis aguda y al no ser revisada y tratada temprano puede producirse una peritonitis, se puede detectar esta patología ya que presenta diferentes síntomas motivo por el cual también se ende a confundir con otras enfermedades motivo por el cual realizarse exámenes de laboratorio para confirmar esta patología es recomendado por médicos . (Miguel A. Montoro, 2014)



## **1. MARCO TEÓRICO**

### **DEFINICIÓN DE APENDICITIS**

El principal proceso patológico que afecta al apéndice vermiforme es la Apendicitis Aguda, que consiste en la inflamación con edema y exudación de las capas internas del órgano, lo que ocurre principalmente como consecuencia de la oclusión de su lumen secundario a la hiperplasia linfoide, fecalitos, parásitos, cuerpos extraños y tumores, siendo esta la afección quirúrgica que con mayor frecuencia se diagnostica y se trata en pacientes con abdomen agudo, independiente de la edad, sexo y raza.

En la actualidad se reconoce que la Apendicitis Aguda afecta al 7% de cualquier población, aunque se reporta con mayor frecuencia en los hombres. Su diagnóstico es clínico, basado en la realización de una historia clínica bien desarrollada y una exploración física completa. El diagnóstico temprano y correcto se considera la actuación clínica más significativa para reducir la morbi-mortalidad y las complicaciones asociadas a esta enfermedad. (LUIS ÁNGEL QUEZADA FIERRO, 2012)

### **Anatomía**

El apéndice es un tubo hueco y estrecho unido al ciego. Mide entre 6 y 10cm de largo y entre 3 y 5 mm de diámetro. Su implantación en el ciego es constante y se encuentra a 2cm del orificio ileocecal, donde convergen las tres tenias del colon. Posee un meso independiente que contiene la arteria apendicular en su borde libre, la arteria apendicular es un rama de la arteria cecal posterior, rama de arteria ileocecoapendiculocólica, en dicho mesenterio no aparecen las arcadas típicas de la irrigación intestinal por lo que la arteria apendicular es terminal, este hecho puede trasladarse al entorno clínico, ya que al ser parte de una irrigación terminal, la arteria apendicular en casos de apendicitis es incapaz de abastecer las necesidades del tejido, generándose daño isquémico. (Orbea, 2010)

La base del apéndice recibe también aporte sanguíneo de las arterias cólicas anterior y posterior, de allí la importancia de una ligadura adecuada del muñón apendicular, con el fin de evitar sangrado de estos vasos. Anatómicamente posee las cuatro capas del intestino. A nivel de la submucosa presenta folículos linfoides que están presentes desde la segunda semana de vida. El tejido linfoide aumenta al máximo entre los 12 y 20 años de edad y a los 30 años, se reduce a la mitad. Al mismo tiempo que se atrofia el tejido linfoide produce una fibrosis progresiva que puede llegar a ocluir total o parcialmente su luz en los ancianos. Puede estar: El punto de unión al ciego coincide con la tenia libre visible que lleva a la base del apéndice directamente, pero la situación del resto del apéndice es muy variable. Por detrás del ciego o de la porción inferior del colon ascendente, o ambos, en posición retrocecal o retrocólica. Suspendido por encima del borde de la pelvis en posición pélvica o descendente. Por debajo del ciego en posición subcecal. Por delante del íleon terminal, pudiendo estar en contacto con la pared del abdomen, en posición preilíaca o por detrás del íleon terminal en posición retroilíaca. (Orbea, 2010)

## **Histología**

El apéndice cecal es un órgano tubular delgado que, paradójicamente, forma parte del intestino grueso; mediante una boca se comunica con el ciego y recibe parte del contenido de éste. Su pared tiene 4 capas: mucosa, submucosa, muscular externa y serosa. En la mucosa encontramos: epitelio, corion y muscular de la mucosa. El epitelio es cilíndrico (también llamado columnar o prismático) simple con abundantes células caliciformes (productoras de moco), células neuroendocrinas, células madres regenerativas y células M que captan péptidos desde la luz y los presentan a los linfocitos. (Orbea, 2010)

Debajo del epitelio se encuentra la lámina propia o corion con abundante MALT diseminado y formando folículos linfoides, en cuyos centros germinales se encuentran macrófagos, algunos de ellos con cuerpos apoptóticos (fragmentos de linfocitos) en la profundidad del corion está la muscular de la mucosa. (Orbea, 2010)

La submucosa está formada por tejido conjuntivo laxo muy vascularizado con pequeños ganglios de neuronas motrices parasimpáticas y delgados nervios mielínicos y amielínicos. La muscular externa está formada por músculo liso unitario o visceral ricamente innervado; entre las capas musculares se encuentran pequeños ganglios parasimpáticos. La adventicia está formada por una membrana serosa compuesta por epitelio escamoso simple que descansa sobre una delgada capa de tejido conectivo laxo. (Orbea, 2010)

## **Fisiología**

Tradicionalmente se ha considerado que el apéndice es sólo un tejido vestigial, cuyo único fin es complicar la vida de al menos una de cada 20 personas en las urbes. Sin embargo, desde hace algunos años se ha propuesto que el apéndice no es un accesorio inútil del sistema digestivo, sino parte importante del tejido linfoide asociado a mucosas. Aún cuando son limitados los trabajos al respecto, ahora se sabe que existen folículos similares a las Placas de Peyer (zonas ricas en linfocitos B y T CD4) localizadas en el apéndice humano. En modelos animales, como el conejo, se ha demostrado que la diversificación de anticuerpos ocurre en las células B localizadas en los folículos germinales del apéndice, y la eliminación de este tejido en etapas neonatales disminuye los niveles de inmunoglobulinas en la mucosa intestinal. (MAYOCLINIC, 2018)

Por otra parte, se ha observado que algunas poblaciones de células B (CD5) se trasladan desde la médula ósea hasta el apéndice, donde se diferencian a células B (CD5+) y posteriormente migran a los órganos periféricos. Se sabe que esta subpoblación de linfocitos se caracteriza por la producción de auto-anticuerpos polireactivos de baja afinidad, por lo que la inapropiada maduración de estas células en el apéndice podría derivar en la aparición de diversos padecimientos autoinmunes como la artritis reumatoide. Así mismo, algunos resultados sugieren la participación de este tejido en procesos alérgicos mediados por inmunoglobulina E. Interesantemente, además de

linfocitos B y T, en el apéndice hay células dendríticas y macrófagos capaces de procesar y presentar antígenos. Esta capacidad de presentación antigénica sería importante para permitir al apéndice diferenciar entre microorganismos benéficos y patógenos, favoreciendo que los primeros se establezcan en su epitelio en forma de biofilms. Recientemente se ha propuesto que esta estructura puede servir como un sitio de reserva de bacterias benéficas (lacto-bacilos y enterococos, entre otros) que participan en la síntesis de vitaminas, la producción de ácidos y el metabolismo de esteroides. Estos biofilms bacterianos podrían repoblar el colon después de un caso de diarrea, generado por agentes patógenos. (MAYOCLINIC, 2018)

Se ha planteado que este proceso de infección, purga y recolonización, fue determinante en la evolución y supervivencia de los humanos que consumían agua y alimentos contaminados con microorganismos dañinos, pues la constante estimulación del sistema inmune de mucosas permitiría el correcto funcionamiento del mismo. (MAYOCLINIC, 2018)

## **Epidemiología**

La Apendicitis Aguda es la causa más común de abdomen agudo inflamatorio quirúrgico, el riesgo de presentar la patología durante toda la vida es del 6% al 7%. El rango de edad en el cual se presenta la patología es entre los 10 y 30 años de edad aunque se ha documentado en cualquier etapa de la vida. Se presenta 1,4 veces más en hombres que en mujeres. Después de los 70 años el riesgo de presentar AAes de 1%. Pese a tener un tratamiento eficaz y mortalidad mínima, la morbilidad postquirúrgica es del 18%. La AAes más frecuente en razas blancas en la que su dieta es rica en carnes, y menos frecuente en razas en la que su dieta es rica en celulosa. El diagnóstico clínico es mucho más importante al momento de valorar a un paciente con AA, aunque esta sea muy variada y distinta en niños, ancianos, obesos, embarazadas e inmunodeprimidos, es por esto que en la actualidad se puede aceptar un 10 a 15% de apendicectomías que se realizan sean normales. (Orbea, 2010)

## **Etiología**

El 85% de los casos de AAs secundaria a obstrucción de la luz apendicular. La baja ingesta de fibra en la dieta predispone la formación de heces duras, produciendo un aumento de la presión intracólica. La obstrucción de la luz estaría causada principalmente por una hiperplasia linfoidea en el 60% de los casos, un fecalito en el 35%, y por cuerpos extraños, parásitos y estenosis inflamatorias o tumorales en el resto, también hay otras causas menos frecuentes como restos vegetales o semillas, restos de bario en estudios previos, torsión apendicular, el otro 5% de causas son desconocidas.

(MAYOCLINIC, 2018)

En el apéndice normal, como en el inflamado, siempre se encuentra materia fecal, que se debe diferenciar del verdadero fecalito, que es ovoide, de aproximadamente 1 cm de longitud, con color fecal. La mayoría de ellos son radioopacos y en el 10% de los casos de AA contienen suficiente calcio como para ser detectados en una placa simple de abdomen. La perforación de un apéndice inflamado puede ser en cualquier parte de su anatomía, pero es más frecuente a lo largo del borde antimesentérico. Una vez perforado, se puede formar un absceso localizado peri apendicular, que puede situarse dependiendo de la localización del apéndice, esto puede ser en la fosa iliaca derecha, pelvis, en pared posterior, o puede no formarse un absceso, produciéndose una peritonitis difusa. (Orbea, 2010)

La edad del paciente, la virulencia de las bacterias invasoras, la velocidad con la que ha progresado el cuadro inflamatorio dentro del apéndice son factores determinantes al momento de que se presente una peritonitis localizada o generalizada. (Orbea, 2010)

## **Fisiopatología**

La producción de moco en la luz apendicular es constante, la capacidad de la luz apendicular es de 0.1ml, cuando la luz apendicular es obstruida por cualquiera de las causas antes mencionadas, aumenta la presión intraluminal rápidamente a 50 o 60mmHg lo que estimula las terminaciones nerviosas con aparición de dolor sordo y difuso, incrementando la peristalsis, presentando el dolor inicial periumbilical o epigástrico característico y estimulaciones viscerales que se presentan como náusea y vómito. Cuando la presión se eleva a 85mmHg o mayor, supera a la presión venosa produciendo isquemia, con la posterior trombosis de las vénulas que drenan el apéndice, en este momento se da la Fase I de la AA en la cual el apéndice se encuentra congestivo, edematosa e hiperémica. El proceso inflamatorio involucra a la serosa apendicular y al peritoneo parietal, localizando el dolor en fosa iliaca derecha, la hipoxia favorece la ulceración del apéndice y la traslocación de bacterias intraluminales hacia la pared apendicular, presentándose la Fase II. (Orbea, 2010)

La distensión apendicular continúa y ocluye la circulación de arteriolas, agravando la necrosis de las paredes, el organismo reacciona rodeando la zona con asas intestinales y epiplón para limitar la diseminación, originando abscesos apendiculares y con el consiguiente íleo paralítico, según un estudio de Bennion se necesita 46,2 horas para desarrollar una AA Fase III. En ocasiones el apéndice no se emplastrona y se perfora soltando sus líquidos inflamatorios en la cavidad abdominal, dando lugar a una peritonitis generalizada llegando a ser AA Fase IV, aproximadamente 70,9 horas en promedio después del inicio de los síntomas. (Orbea, 2010)

## **Causas**

El apéndice produce constantemente mucosidad que se mezcla con las heces. El problema que se plantea es que es el único órgano del tracto intestinal que no tiene salida, por lo que cualquier obstrucción en el drenaje de la mucosidad



hace que ésta se acumule y, por tanto, se produzca una dilatación en el apéndice. A medida que se va ampliando el tamaño del apéndice, se va produciendo la compresión de los vasos sanguíneos y la necrosis de sus paredes. Este proceso puede evolucionar hasta que se produce la rotura del apéndice. (MAYOCLINIC, 2018)

### **Las causas de esta obstrucción pueden ser:**

- Aumento de los tejidos linfáticos por infección viral o bacteriana.
- Obstrucción por otras circunstancias más complejas: tumores o lombrices intestinales. (MAYOCLINIC, 2018)

### **Síntomas**

Estos signos y síntomas de la apendicitis pueden ser los siguientes: (MAYOCLINIC, 2018)

- Molestia repentina en el lado derecho del abdomen.
- Dolor que empieza al alrededor del ombligo y en ocasiones se expande hacia la parte derecha del abdomen.
- Dolor que se agrava cuando toses, caminas o realizas otros movimientos bruscos
- Náuseas y vómitos
- Disminución del hambre
- Temperatura leve que puede agravar a medida que avance la enfermedad.
- Constipación o diarrea.
- Distensión abdominal

Sitio donde se localiza el dolor puede cambiar dependiendo de la edad del paciente y la posición del apéndice, durante el embarazo pareciera que el dolor se irradia desde la parte superior del abdomen porque se encuentra el apéndice más alto.. (MAYOCLINIC, 2018)

## Diagnóstico

### Manifestaciones Clínicas

El diagnóstico de la Apendicitis Aguda continúa siendo clínico, una historia clínica enfocada en la evolución del dolor y los síntomas asociados así como los hallazgos obtenidos durante el examen físico son aún las piedras angulares del diagnóstico de la Apendicitis Aguda. La presentación clínica varía desde un cuadro súbito con perforación a las pocas horas de inicio, hasta un cuadro difuso con progresión lenta, o bien un cuadro atípico o modificado por tratamiento médico. (MAYOCLINIC, 2018)

El diagnóstico secuencial del dolor típico abdominal central seguido por el vómito con la migración del dolor a la fosa ilíaca derecha fue descrito por primera vez por Murphy, pero sólo puede estar presente en el 50 % de pacientes, a toda esta secuencia de sintomatología se le llama cronología apendicular de Murphy. Típicamente, el paciente describe un dolor tipo cólico peri-umbilical, que se intensifica durante las primeras 24 horas, convirtiéndose constantemente y migra a la fosa ilíaca derecha.

El dolor inicial representa un dolor referido resultante de la innervación visceral del intestino medio, y el dolor localizado es causado por la participación del peritoneo parietal después de la progresión del proceso inflamatorio (entre 4 y 12 horas del inicio del cuadro). La pérdida de apetito es a menudo una característica predominante, y el estreñimiento y náuseas están a menudo presentes. Vómitos profusos pueden indicar el desarrollo de la peritonitis generalizada después de la perforación, pero rara vez es una de las principales características de apendicitis simple. El dolor abdominal es el síntoma predominante que encontramos en el 100% de los pacientes, que se localiza en el 75% en la fosa ilíaca derecha. La anorexia aparece en más del 90% de los pacientes, y las náuseas y los vómitos, en el 90 y 75%, respectivamente. (MAYOCLINIC, 2018)

Se acepta que hasta un 25% de los pacientes puede tener una presentación atípica, asociada sobre todo a edades extremas, a la posición del apéndice en el abdomen y a situaciones como el embarazo, la Enfermedad de Crohn, o el uso previo de antibióticos o corticoides. (MAYOCLINIC, 2018)

Se debe realizar una exploración física sistemática, en el que se revela sensibilidad localizada y rigidez muscular después de la localización del dolor en la fosa ilíaca derecha. El sitio de máximo dolor es a menudo sobre el punto de Mc Burney, que se encuentra a dos tercios del camino a lo largo de una línea que va desde el ombligo a la espina superior anterior. Los tres signos y síntomas que son más predictivos de AA son el dolor en el cuadrante inferior derecho, rigidez abdominal, y la migración del dolor desde la zona periumbilical hacia el cuadrante inferior derecho. (MAYOCLINIC, 2018)

### **Signos positivos más utilizados durante la exploración física:**

**Signo de Mc Burney:** Dolor localizado entre el tercio medio y externo de una línea de espina ilíaca antero posterior y el ombligo. **Summer:** Defensa involuntaria de los músculos de la pared abdominal sobre una zona de inflamación intraperitoneal. Se presenta en el 90% de los casos. **Blumberg:** Dolor a la descompresión 80% de los casos. **Rovsing:** Dolor en fosa ilíaca derecha al comprimir fosa ilíaca izquierda y es explicado por el desplazamiento de los gases por la mano del explorador del colon descendente hacia el transversal, colon ascendente y ciego, que al dilatarse se moviliza produciendo dolor en el área del apéndice. **Psoas:** Se apoya suavemente la mano en la fosa ilíaca derecha hasta provocar un suave dolor y se aleja hasta que el dolor desaparezca; sin retirarla se le pide al enfermo que sin doblar la rodilla levante el miembro inferior derecho, (el músculo psoas aproxima sus inserciones y ensancha su parte muscular movilizándolo el ciego y proyectándolo contra la mano que se encuentra apoyada en el abdomen provocando dolor). **Obturador:** Rotación interna y pasiva del muslo derecho, flexionado con el paciente en posición supina.

Sugiere apendicitis con posición en hueco pélvico e inflamada. **Dunphy:** Aumento de dolor en fosa ilíaca derecha con la tos. (MAYOCLINIC, 2018)

El gran clínico norteamericano William Osler, en su libro Principios y prácticas de la medicina 1901, establece que el examen rectal debe realizarse en toda instancia, al referirse a la apendicitis. El tacto rectal es un examen que debe realizarse de rutina. Aunque en muchas ocasiones éste puede ser negativo, en algunos casos podemos encontrar un fondo de saco de Douglas sumamente doloroso, sobre todo cuando hay perforaciones del apéndice y derrame purulento, y en otras se puede palpar una masa dolorosa que podría corresponder a un plastrón o absceso apendicular. (MAYOCLINIC, 2018)

### **Escala Diagnóstica de Alvarado**

En consideración al desafío para los médicos generales encargados de la evaluación primaria de los pacientes con cuadros de abdomen agudo, se ha planteado la utilidad de establecer criterios de clasificación sencillos y confiables que permitan aproximaciones oportunas al diagnóstico de AA. En las últimas dos décadas, en el año 1986, el Dr. Alfredo Alvarado propuso un sistema práctico de puntuación para el diagnóstico de AA. Dicho sistema de puntuación incluye ocho variables: 3 síntomas, 3 signos y 2 exámenes de laboratorio agrupadas bajo la nemotecnia de MANTRELS por sus siglas en inglés, de ahí: migración del dolor, anorexia, náuseas y/o vómitos, sensibilidad en cuadrante inferior derecho (del inglés tenderness), rebote, temperatura elevada, leucocitosis y desviación a la izquierda. Les asigno un punto a cada característica encontrada, exceptuando sensibilidad en cuadrante inferior derecho y leucocitosis a las que les asigno 2 puntos para cada uno totalizando 10 puntos y a base del puntaje obtenido determino tres conductas médicas a seguir, estas son: si la sumatoria es de 7 o más puntos el paciente requiere cirugía, ya que se considera cursa con AA, con 5 y 6 puntos el paciente cursa con una probable AA y se requerirá de valoraciones seriadas tanto clínica como de laboratorio así como de algunos estudios por imágenes. Si el puntaje es de 1 a 4 existe

una muy baja probabilidad de AYA que muy raros casos se han presentado con menos de 4 puntos. (MAYOCLINIC, 2018)

## **Laboratorio**

Ante la sospecha clínica de AA se deben realizar exámenes de laboratorio que incluyan hemograma, uroanálisis para descartar las vías urinarias como fuente de infección y una prueba de embarazo en mujeres en edad reproductiva como lo mencionan Humes y col. (MAYOCLINIC, 2018)

## **Hemograma**

Si hablamos del hemograma con frecuencia hay leucocitosis leve, aproximadamente un 70 a 90% de los pacientes lo presentan, esto varía de 10 000 a 18 000 células/mm<sup>3</sup> en pacientes con apendicitis aguda no complicada y muchas veces se acompaña de un predominio moderado de polimorfonucleares, sin embargo las cuentas de glóbulos blancos son variables. Es raro que la cifra de leucocitos sea mayor de 18 000 células/mm<sup>3</sup> en la apendicitis sin complicación, cifras de leucocitos mayores a las anteriores despiertan la posibilidad de un apéndice perforado con o sin absceso. Se debe tener en cuenta que el recuento globular blanco tiene baja sensibilidad (78%) y especificidad (51%), con un valor predictivo muy bajo (25%). (MAYOCLINIC, 2018)

## **Radiografía simple de abdomen:**

El hallazgo patognomónico es el apendicolito encontrado únicamente en el 5-8% de pacientes, otros hallazgos no patognomónicos, pero encontrados comúnmente son gas en el apéndice, íleo paralítico localizado, pérdida de la sombra cecal, borramiento del psoas derecha, escoliosis derecha, opacidad en la fosa ilíaca derecha, líquido o aire libre intraperitoneal. (MAYOCLINIC, 2018)

## **Ecografía:**

En los casos en que existan dudas diagnósticas la ecografía abdominal es una herramienta útil, de rápida realización, repetible, poco costosa y accesible. Los principales criterios para el diagnóstico ecográfico de AA incluyen: Visualización de una estructura tubular con clásica apariencia en capas, de sección circular, con un extremo distal ciego y no compresible. El diámetro anteroposterior debe ser mayor a 7mm. Apendicolito: imagen hiperecogénica con sombra acústica, que posee alto valor predictivo positivo líquido relleno la luz en un apéndice de pared desestructurada. Aumento en eco de la grasa mesentérica. (MAYOCLINIC, 2018)

### **Tomografía Computarizada:**

Actualmente, la técnica de mayor precisión es la tomografía computarizada (TC). Y que posee una sensibilidad y especificidad del 94 y 95% respectivamente. La técnica empleada es la TC apendicular, enfocada exclusivamente en el apéndice y sin la necesidad de contraste, con una dosis de radiación menor que la que se emplea en la TC pélvica, se realiza en 15 minutos y los resultados están disponibles al cabo de una hora. Mejora el cuidado de los pacientes y disminuye el uso de recursos hospitalarios, debido en gran medida a que reduce el número de apendicectomías innecesarias, que habitualmente oscilan entre el 10 y el 20%. (MAYOCLINIC, 2018)

### **Histopatológico:**

La taxonomía de la AA también se expresa en un amplio espectro de clasificaciones: Ellis la divide en perforada y no perforada; Caballero las clasifica en tres estados conocidos como edematosa, supurativa y perforada. En función de los hallazgos macroscópicos e histopatológicos que se obtienen en este estudio se pueden distinguir varios tipos de apendicitis. Según Pera las identifica en catarral cuando predomina el fenómeno de hiperemia y congestión (grado I); flegmonosa, cuando aparecen erosiones de la mucosa con supuración y exudados fibrinopurulentos en la serosa (grado II); gangrenosa, cuando hay necrosis de la pared (grado III), perforada (grado IV) y absceso apendicular (grado V). (34). Pueden pasar 6 horas desde que inician los síntomas hasta que el



apéndice se perfora (menos del 1% de los casos), común es 16h de iniciado el cuadro presente complicación (35%) y después de 32h 75% de las apendicitis son casos complicados. (MAYOCLINIC, 2018)

### **Tratamiento de la Apendicitis Aguda**

Herbert Fitz fue el primer autor que publicó la necesidad sobre el diagnóstico precoz y la cirugía para apendicitis. Mientras más temprano se diagnostique y trate, mejor es la evolución, ya que el apéndice se perfora entre 24 y 36 horas de iniciado el dolor; después de 36 horas aumenta en forma significativa el índice de apendicitis perforada. La reanimación adecuada seguida de la apendicectomía es el tratamiento de elección. (MAYOCLINIC, 2018)

Todos los pacientes deben recibir antibióticos perioperatorios de amplio espectro (una a tres dosis), ya que se ha demostrado que disminuye la incidencia de infección de la herida postoperatoria y la formación de abscesos intra-abdominales, la primera apendicetomía que se tiene conocimiento fue realizada por Claudius Armyad 1736, posteriormente Heister en 1755 describe que el apéndice podía ser asiento de inflamación aguda primaria. La evolución del tratamiento quirúrgico de apendicitis avanzó significativamente, cuando Hancock, drenó con éxito un absceso apendicular en una paciente de 30 años, que se encontraba en octavo mes de embarazo. (MAYOCLINIC, 2018)

Pero fue hasta el año 1889 cuando McBurney, revoluciona el diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico temprano de la AA, y descubriendo el abordaje con la incisión de división muscular que lleva su nombre. Históricamente el tratamiento definitivo para la AA ha sido la apendicetomía, en el año de 1977 De Kok, comunica la extirpación de un apéndice no inflamado con una técnica combinada: laparoscopia con mini laparotomía. (MAYOCLINIC, 2018)

En 1983. Kurt Semm, ginecólogo y pionero en las técnicas quirúrgicas endoscópicas, informa de las primeras apendicectomías por vía enteramente laparoscópica, en el transcurso de operaciones de origen ginecológico. La apendicectomía abierta ha sido el tratamiento de elección durante décadas con resultados excelentes, no obstante hoy en día el avance de la tecnología ha hecho que la apendicectomíalaparoscópica gane terreno en el tratamiento definitivo de la AA Estudios extensos de Gullery de Nguyen, han demostrado que la víalaparoscópica está asociada a una estancia hospitalaria menor y una tasa global de complicaciones menor. (MAYOCLINIC, 2018)

### **Apendicectomía Abierta:**

La Apendicitis Aguda posee gran variedad de presentaciones, las variantes anatómicas y los hallazgos que el cirujano pueda encontrar hacen que la AC no sea siempre un procedimiento sencillo. (MAYOCLINIC, 2018)

### **Vías de abordaje:**

Existen varios tipos de incisiones descritas para abordar el apéndice cecal. La más usada es la incisión de McBurney, pero hay otras vías de abordaje oblicuas, pararrectales y transversas. La incisión de McBurney se localiza tomando en cuenta el punto de McBurney que se encuentra en la unión del tercio externo y los dos tercios internos de una línea que une el ombligo con la espina ilíaca antero superior, la incisión se realiza cortando la piel y el tejido celular subcutáneo siguiendo la dirección de las fibras del oblicuo mayor, la incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor se realiza siguiendo la misma dirección. (MAYOCLINIC, 2018)

Se procede a divulsionar las fibras musculares de los músculos oblicuo mayor, menor y transversos, como si fueran uno solo con pinzas de hemostasia hasta llegar a la fascia transversal, una vez separados los músculos se colocan separadores anchos en ambos bordes de la incisión, se toma el peritoneo con

dos pinzas, cuidando de no tomar asas intestinales, y se realiza la apertura del mismo con bisturí y se continua con tijera. (MAYOCLINIC, 2018)

Una vez abierta la cavidad peritoneal, se inicia la exploración manual para identificar la posición del apéndice, se localiza el ciego y se lo tracciona hacia la incisión para poder exponer la base apendicular, la base apendicular se encuentra en la unión de las bandeletas del ciego, por debajo del ángulo ileocecal. Posteriormente se exterioriza el apéndice y su base si se encuentra libre, se pinza el mesoapéndice, se liga y se secciona. Ya con el apéndice liberado de su meso se expone la base en donde se coloca una ligadura, cinco milímetros por encima se pinza el apéndice y se realiza la ligadura de la misma. (MAYOCLINIC, 2018)

### **Apendicetomía Laparoscópica:**

La invención de la laparoscopia significó un avance gigantesco en la medicina y en el manejo del abdomen agudo inflamatorio, hoy en día es la herramienta más importante tanto como diagnóstico y tratamiento. La ALha evolucionado desde sus inicios y hoy podemos decir que las ventajas que ofrece frente a la ACabierta son numerosas. Según reportes mundiales la cirugía laparoscópica presenta menor morbilidad postoperatoria, y menor tiempo de interacción y retorno a la actividad laboral. (MAYOCLINIC, 2018)

### **Vías de Abordaje:**

Con el paciente en decúbito dorsal el cirujano y ayudante se colocan a la izquierda del paciente, y el equipo de laparoscopia a la derecha. La posición y número de trocares puede variar según la necesidad. Pero en este caso describiremos con tres trocares, dos de 10mm y uno de 5mm que es suficiente para resolver la mayoría de los casos de apendicitis aguda. Se realiza incisiones de 1,5cm para los puertos de 10mm y de 1cm para los de 5mm, con bisturí, previamente infiltrados. El primer trocar se coloca umbilical o subumbilical, con este trocar se realiza una laparoscopia exploratoria, la cual nos confirmara el

diagnóstico preoperatorio, a continuación se colocan los trocares restantes uno suprapúbico de 5mm y otro en el cuadrante inferior izquierdo. Una vez colocados los trocares lo primero es localizar el apéndice, un procedimiento sencillo si su localización es anatómicamente normal, pudiendo ser complicado en el caso de apéndices retrocecales y subserosas. (MAYOCLINIC, 2018)

En estos casos puede ser necesario la apertura y disección del parietocólico derecho y la movilización del ciego. Luego de identificar el apéndice se lo toma con una pinza atraumática del meso para evitar una perforación de la misma, y se lo lleva al cenit para exponer el mesoapéndice. La sección del mesoapéndice y de las adherencias se puede realizar con bisturí armónico o un cauterio bipolar. (MAYOCLINIC, 2018)

Luego de liberar el apéndice de su meso y disecado hasta su base, se pueden utilizar dos tipos de ligadura, la ligadura tradicional absorbible que se coloca a 3-4mm de su implantación en el ciego y se secciona con tijera entre las mismas, usando un Hem-o-lokClip el mismo que se coloca a la misma altura de la ligadura y sella totalmente la luz apendicular, según el estudio de Aminian et solo se ocupa un Hem-o-lok en cada cirugía para ligar la apéndice cecal, y la FDA aprueba su uso ya que ha demostrado seguridad en su uso. Luego se secciona sobre la ligadura el apéndice con tijera o se puede usar el bisturí armónico, para retirar el apéndice del abdomen, debe extraerse en una bolsa extractora para evitar contaminar el abdomen, la pared abdominal y su herida quirúrgica. (MAYOCLINIC, 2018)

### **Antibiótico terapia**

El uso de antibióticos en el pre quirúrgico como en el postquirúrgico ha disminuido notablemente la incidencia de infección de herida quirúrgica, como la formación de abscesos intra-abdominales. Dentro del manejo primario del paciente con AA, antes de realizar la cirugía, tenemos un periodo de preparación que debe ser menor a cuatro horas y requiere ayuno, suministro de soluciones electrolíticas por vía parenteral, corrección de la deshidratación

y del desequilibrio electrolítico. Luego de esto se da la primera dosis profiláctica de antibiótico que cubra gram negativos y anaerobios esto es 30 a 90 minutos antes de la intervención quirúrgica. (MAYOCLINIC, 2018)

Después del acto quirúrgico se puede prescribir un antibiótico terapéutico en los apéndices perforados, con absceso o en peritonitis, aunque no son necesarios en apéndices no complicadas. (MAYOCLINIC, 2018)

### **Complicaciones postoperatorias**

Apendicectomía es un procedimiento relativamente seguro con una la tasa de mortalidad por apendicitis no perforada de 0,8 por 1000.(10,56)La mortalidad y la morbilidad están relacionadas con la etapa de la enfermedad y el aumento de los casos de perforación; la mortalidad después de la perforación es de 5,1 por 1000.La tasa media de perforación es entre 16 % y 30 %, pero esto ha aumentado significativamente en las personas mayores, jóvenes y niños, en los que la tasa puede ser hasta un 97 %, por lo general debido a un retraso en su diagnóstico. (MAYOCLINIC, 2018)

El aumento de la mortalidad y la morbilidad asociada con perforación se ha utilizado como justificación para altas tasas de apendicectomía negativa, citados como entre 20 % y 25 % A pesar de esto, las complicaciones pueden ocurrir tras la remoción de un apéndice normal, y la comunidad quirúrgica continúa esforzándose por reducir los números de procedimientos negativos. (MAYOCLINIC, 2018)

### **Infección de la herida quirúrgica:**

La tasa de infección de la herida quirúrgica está determinada por la contaminación de la herida intraoperatoria.Las tasas de infección varían entre <5% en apendicitis simple hasta 20% en casos de perforación y gangrena. El uso de antibióticos perioperatorios ha mostrado la disminución de la tasa de infección de la herida quirúrgica. (MAYOCLINIC, 2018)

**Absceso inta-abdominal:**

El absceso intra-abdominal o pélvico se puede formar en el periodo postoperatorio después de una gran contaminación de la cavidad peritoneal. Los pacientes se presentan con una pirexia oscilante, y el diagnóstico se puede confirmar por ecografía o tomografía computarizada. (MAYOCLINIC, 2018)

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

Como es de consideración se sabe que la apendicitis aguda es la entidad quirúrgica que con mayor frecuencia se diagnostica y se trata en pacientes con abdomen agudo quirúrgico en los servicios de emergencia, la epidemiología a nivel mundial ha demostrado que puede presentarse en cualquier etapa de la vida. Bajo esta premisa, el diagnóstico temprano y certero se considera la actuación clínica más significativa para reducir la morbi-mortalidad y las complicaciones asociadas a esta enfermedad.

No obstante, hemos podido observar que el proceso diagnóstico constituye un desafío de significativa magnitud y exige pericia de los médicos clínicos responsables de los servicios de admisiones y de los cirujanos. Su tratamiento indicado es de tipo quirúrgico como lo es la apendicectomía, siendo ésta la cirugía más frecuente en realizarse en nuestro medio.

Este estudio de caso tiene como finalidad aplicar y desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería en una paciente de 17 años de edad con Dx de apendicitis aguda, mediante las taxonomías del NANDA, NIC y NOC, y así desarrollar un plan de cuidado y de actividades dependiendo de los patrones que esta tenga afectado, para así tener una pronta recuperación y brindarle los respectivos cuidados tanto preoperatorio y pos operatorio

Es de mucha importancia conocer, interpretar la verdadera función que cumple el proceso de atención de enfermería, en las diferentes patologías que se nos van a presentar durante nuestra profesión, ya que será nuestra herramienta de trabajo para obtener un cuidado integro para cada uno de nuestros pacientes y para su pronta recuperación.

## **1.1. OBJETIVOS**

### **1.1.1. Objetivo General**

- Aplicar el Proceso de atención de enfermería a un paciente con diagnóstico de apendicitis aguda.

### **1.1.2. Objetivos específicos**

- Identificar los problemas o necesidades del paciente con Apendicitis aguda para formular diagnósticos de enfermería.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería a un paciente con Apendicitis aguda basándose en la taxonomía NANDA, NIC Y NOC.
- Evaluar los resultados de enfermería obtenidos de la aplicación de cuidados de enfermería en paciente con apendicitis aguda.

## **1.2. DATOS GENERALES**

<b>NOMBRE Y APELLIDO:</b>	NN
<b>EDAD:</b>	17 AÑOS
<b>SEXO:</b>	FEMENINO
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	05/05/ 2001
<b>PROCEDENCIA:</b>	SARAGURO
<b>FECHA DE INGRESO:</b>	20-07-2018
<b>AREA:</b>	CIRUGIA
<b>RAZA:</b>	INDIGENA
<b>DOMICILIO:</b>	CASETAS
<b>COMUNIDAD:</b>	URBANO



## **II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO**

### **2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes.**

Paciente de sexo femenino de 17 años de edad acude a esta casa de salud por presentar cuadro clínico de aproximadamente 72 horas de evolución, al ingreso de la paciente presenta, abdomen tenso, dolor tipo retorcijón EVA9/10 localizado en fosa iliaca derecha, fiebre, se acompaña de náuseas que no llegan a vomito, dificultad en la marcha, manifiesta que hace 2 semanas presento infección de vías urinarias. Además indica automedicarse con trimetoprimassulfametaxol y enterogermina por 24 horas, sin respuesta a este tratamiento, acude al hospital Básico de Saraguro al servicio de emergencia.

### **HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.**

#### **Antecedentes patológicos**

FAMILIARES: No refiere

PERSONALES: Infección de vías urinarias a 16 años y hace 2 semanas.

#### **Antecedentes patológicos y alergias**

No refiere

#### **Antecedentes de natalidad**

Establecimiento: HBS

### **2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).**

Paciente de sexo femenino de 17 años de edad acude a esta casa de salud por presentar cuadro clínico de aproximadamente 72 horas de evolución, al ingreso de la paciente presenta „abdomen tenso, dolor tipo retorcijón EVA9/10 localizado en fosa iliaca derecha, fiebre, se acompaña de náuseas que no llegan a vomito, dificultad en la marcha, manifiesta que hace 2 semanas presento infección de vías urinarias. Además indica automedicarse con trimetoprimassulfametaxol y enterogermina por 24 horas, sin respuesta a este tratamiento. acude al hospital Básico de Saraguro al servicio de emergencia, es valorada por medico de turno

donde indican su ingreso para valoración, se realizan exámenes de laboratorio y valoración del medicocirujano de guardia.

### **2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).**

**Paciente** vigil, consiente, orientada en tiempo, espacio y persona, intranquila algica.

**Cabeza:** normo cefálica, cabello de implantación normal.

Cara: fascie palida, dolorosa

**Ojos:** pupilar isocóricas, normo reactivas.

**Nariz:** fosas nasales permeables.

**Boca:** mucosas orales secas, lengua seca sagural

**Cuello:** simétrico, sin adenopatías palpables.

**Tórax:** inspección simétrica, elasticidad y expansibilidad conservada.

**Corazón:** R1 y R2 rítmicos

**Abdomen:** Tenso, ruidos hidroaéreos disminuidos, Mc Burney +/- Blumberg +/-, Psaas +/-.

**Extremidades:** simétricas, tono y fuerza muscular conservada.

**Antropometría:**

**Peso:** 50 kg **Talla:** 144 cm

**SIGNOS VITALES:**

**FR:** 20 X´ **T:** 37.5 grados centígrados **FC:** 100 X´ **T/A:** 110/65 mm/Hg **STO2:** 92%  
Fio2 Ambiental

### **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).**

#### **1. Patrón Percepción y manejo del estado de salud:**

Capta su estado de salud y se muestra angustiada, esta consiente que debe seguir las indicaciones médicas para recuperar su estado de salud.

#### **2. Patrón Nutricional – Metabólico:**

Manifiesta tener una alimentación normal, no ha interferido en su peso.

**3. Patrón Eliminación:**

Presenta molestias al orinar,(disuria, ardor, prurito), heces de color amarillas claras, olor fetido semiblandas.

**4. Patrón Actividad y ejercicio:**

Refiere molestias al caminar en su pierna derecha, lo que dificulta sus actividades.

**5. Patrón Descanso y Sueño:**

Manifiesta que durante estos días presenta dificultad al dormir por lo que presenta dolor de moderada a intensa densidad.

**6. Patrón Cognoscitivo – Perceptivo:**

Por la presencia de dolor abdominal es considerado de los principales patrones alterados.

**7. Patrón Auto percepción – Auto Concepto:**

Se encuentra intranquila, preocupada por su imagen corporal que puede verse alterada después de la cirugía debido en consecuencia de cicatriz.

**8. Patrón Rol – Relaciones:**

Acompañada de su madre desde el ingreso

**9. Patrón Sexualidad y reproducción:**

Paciente manifiesta no tener pareja sexual.

**10. Patrón Afrontamiento - Tolerancia al estrés:**

Refiere un poco de intranquilidad, pero lo conlleva en su día a día.

**11. Patrón Valores y Creencias:**

Refiere ser muy devota a Dios, se identifica como una persona humilde y honesta.

## Patrones Alterados

1. Patrón Eliminación
2. Patron Actividad y ejercicio
3. Patrón Descanso y Sueño
4. Patrón Cognoscitivo – Perceptivo
5. Patrón Auto percepción – Auto Concepto

## INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

<b>BIOMETRIA HEMATICA</b>	
Parámetro	Resultados
Glóbulos blancos	20.000
Glóbulos rojos	4.4
Neutrófilos	3.11%
Linfocitos	0.95%
Monocitos	12.3%
Eosinófilos	0.09 %
Basófilos	0.02%
Hematocrito	34.1%
Hemoglobina	10.6
Recuento de plaquetas	279
<b>Bioquímica sérica</b>	
Creatinina	0,24mg/dl
Urea sérica	12mg/dl
<b>Electrolitos</b>	
Sodio sérico	141.30moms/l
Potasio	3,57 moms/l
Cloro	109.0

*Fuente:Exámenes complementarios de la historia clínica*

### 1.3 Formulación del diagnóstico definitivo y enfermero.

**DIAGNOSTICO DEFINITIVO:** Apendicitis Aguda

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Dolor agudo

- **relacionado** por náuseas y fiebre
- **manifestado** por dolor en fosa iliaca derecha, dificultad de la marcha
- **evidenciado** por exámenes de laboratorio

### 2.4. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

De acuerdo a la valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon se puede identificar los problemas de salud afectados en la paciente de 17 años de edad con Apendicitis aguda, el cual es el punto de inicio en la elaboración del proceso de atención de enfermería, se fundamenta en las necesidades de paciente los procesos que se realizaran son.

- Monitorización de signos vitales
- Realizar una valoración de la herida quirúrgica, observar características duración, frecuencia, intensidad.
- Cambio de la posición para aliviar el dolor
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo
- Manejo del dolor, para mejorar el confort físico.
- Cuidado de la herida quirúrgica. Para evitar la aparición de infección.
- Administración de medicamentos

**NANDA:00132**  
**NOC:1605**  
**NIC:1400**



**DX: DOLOR AGUDO**



**R/C:** Agentes lesivos biológicos.

**E/P:** expresión verbal y facies de dolor

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio:**4 conocimiento y conducta de salud.

**Clase:**(Q) conducta de salud

**Etiqueta:**(1605) control de dolor

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

**Campo:**2 fisiológico

**Clase:**(f) fomento de la comodidad física

**Etiqueta:** manejo de dolor (1400)

**ESCALA DE LIKERT**

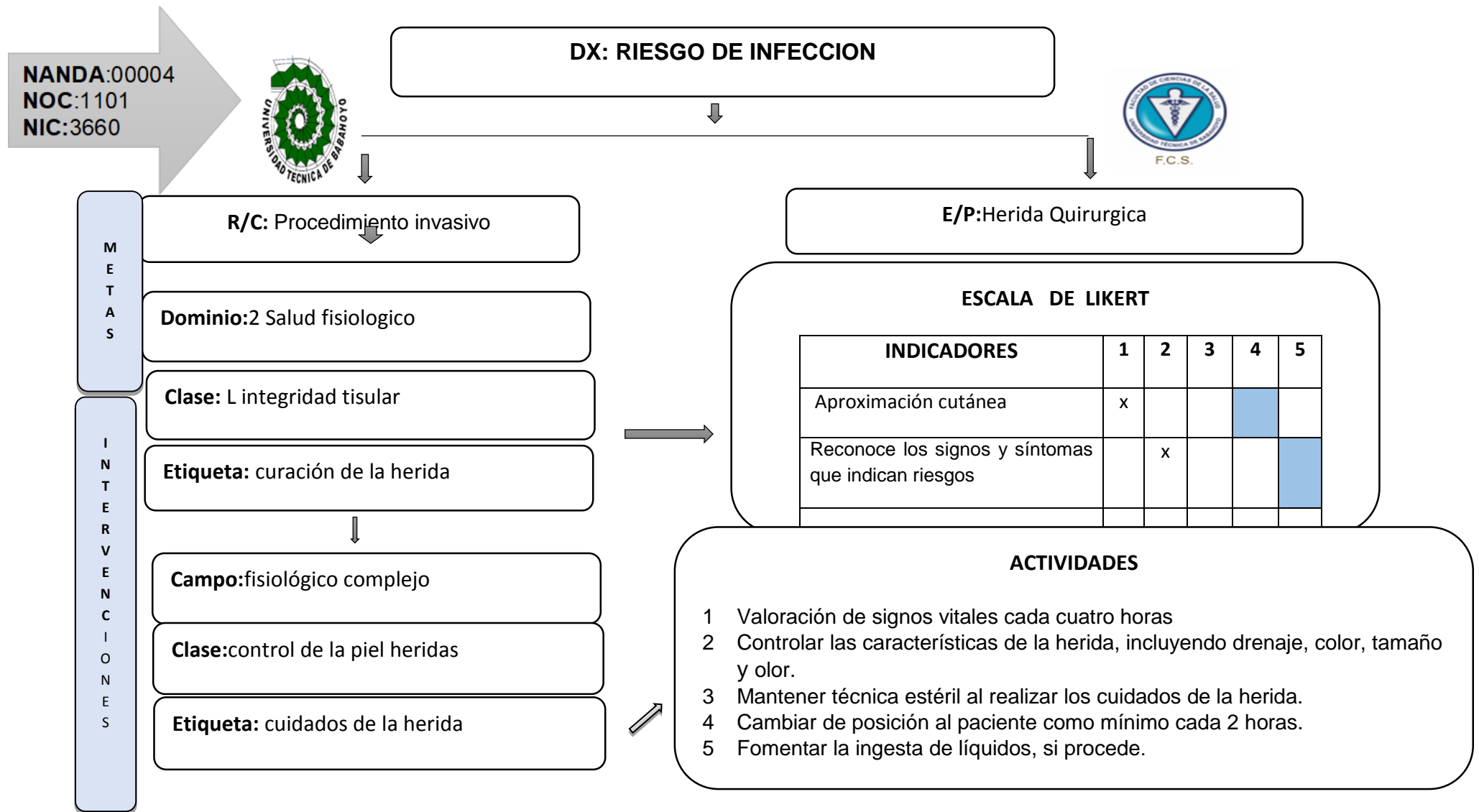
INDICADORES	1	2	3	4	5
reconoce el comienzo del dolor		x			
Utiliza medidas de alivio no analgésicos.	x				
refiere dolor controlado.		x			

**ACTIVIDADES**

1. Valorar la toma de signos vitales.
2. Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
3. Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
4. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

*Grafico: Dolor Agudo, diseñado por la autora utilizando la triología NANDA,NIC,NOC*

<b>PLAN DE CUIDADOS</b>	<b>DE ENFERMERIA</b>	
<b>DX</b> Dolor agudo <b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>R/C</b> Agentes lesivos biológicos. <b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>E/P</b> expresión verbal y facies de dolor <b>EVALUACION</b>
<p>Disminuir la incomodidad ocasionada por el dolor agudo ubicado a nivel de fosa iliaca derecha.</p>	<p>Valorar la toma de signos vitales para interpretar, detectar y evaluar el problema que puede padecer.</p> <p>Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.</p> <p>Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.</p>	<p>Se observo que las fascies de la paciente ah cambiado y se encuentra un poco mas tranquila, entiende el procedimiento que se le va a realizar respecto al dolor ocasionado por la apendicitis.</p>



*Grafico: Riesgo de infeccion, diseñado por la autora utilizando la triologia NANDA,NIC,NOC*



<b>PLAN DE CUIDADOS</b>	<b>DE ENFERMERIA</b>	
<b>DX</b> Riesgo de infección <b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>R/C</b> Procedimiento invasivo <b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>E/P</b> Herida Quirurgica <b>EVALUACION</b>
Disminuir riesgos de infección, durante la estadia hospitalaria del paciente.	<p>Lavado de manos para cualquier procedimiento con respecto a la herida.</p> <p>Monitorización de los signos vitales.</p> <p>Favorecer los Cambios de posición</p> <p>Mantener via periférica permeable valorando rubor, calor.</p> <p>Favorecer la deambulacion para expulsar gases.</p>	Durante su estadia la paciente no presenta signos de infección, tolera muy bien la curación de herida, no presento flebitis ni infiltraciones en su via periférica, no presento complicaciones durante su intervencion se le realiza los cuidados respectivos de herida quirúrgica se logra el objetivo y no presento ningún tipo de infección.

## **2.5. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

El presente estudio de caso lo relaciono con el modelo de Virginia Henderson, partiendo de las 14 necesidades básicas que todo ser humano comparte en todas etapas de la vida, vinculado con la escala de necesidades de Maslow ,cuando hay desequilibrio en una de ellas ,surgen un problema de salud ,la función de enfermería es ayudar a individuos sanos y enfermos , y en la teoría de autocuidado por que los miembro del equipo de salud poseen la capacidad de identificar las necesidades básicas afectadas e intervenir aplicando los cuidados de enfermería y plantea una serie de actividades para la recuperación postquirúrgica.

El papel de enfermería en este modelo está basado en la suplencia o ayuda a las acciones que paciente no puede realizar en cualquier ciclo de su vida ,su función es ayudar al paciente de manera directa a tener un autocuidado independiente o dependiente a través de los familiares para cumplir sus necesidades básicas y contribuir con la pronta recuperación. (Historia de la enfermería: Modelo de Virginia Henderson, 2009)

### **2.5.1. SEGUIMIENTO.**

Se realiza el seguimiento correspondiente del paciente durante los 5 días de hospitalización desde el día de su ingreso 20-07- 18 hasta el día de su egreso 25-07-18.

#### **Primer día**

ingreso con dolor abdominal, fascie palidas, mucosas orales secas, se le administra solución salina 0.09 % pasando un bolo de 500cc y luego se dejo a 40 gts x", se le administra una ranitidina via intravenoso y se valoro signos vitales. Luego de intervención quirúrgica no presenta complicaciones su herida quirúrgica se mantiene cubierta con aposito seco y limpio, con via permeable pasando solución salina 0.9% pasando a 1000gts x minuto, toma de signos vitales cada 15

minutos por 4 horas nada por vía oral, por la noche se mantiene con solución salina 1000 a 35 gts por minuto, toma de signos vitales cada 15 minutos.

### **Segundo día**

se mantiene en posición flower, en total reposo, se le realiza curación de herida quirúrgica y se mantiene cubierta con aposito limpio y seco, se le realiza la toma de signos vitales cada 4 horas, se le tiene bajo control de ingesta, se mantiene con vía permeable solución salina 0.9%, ampicilina + sulbactam iv cada 6h por dos días, ranitidina 50 mg cada 12h por 2 días, tramadol 50 mg cada 12h, ketorolaco 30 mg cada 8h, se sienta al paciente.

### **Tercer día**

Paciente decansa intervalos largos de tiempo, se realiza curación de herida, se mantiene a la paciente con dish permeable, ranitidina 50 mg cada 12h por 2 días, tramadol 50 mg cada 12h, ketorolaco 30 mg cada 8h, mantiene una buena ingestión de líquidos, posee más tranquila, descansa bien, su herida presenta ya estado de cicatrización.

### **Cuarto día**

Paciente posee tranquila, ambulante, se alimenta bien de su dieta, se mantiene con ampicilina + sulbactam, metronidazol 250 mg cada 8 horas, su herida está en proceso de cicatrización, se le realiza la limpieza de la misma, toma de signos vitales cada 6 horas.

### **Quinto día**

Paciente en total recuperación médico residente indica alta hospitalaria, ampicilina + sulbactam cada 8 horas por 6 días vía oral, indica referencia inversa a centro anidado para valoración y retiro de puntos luego de 8 días, se le indica medidas de cuidado de su herida en su hogar, se le brinda las recomendaciones necesarias, toma de signos vitales antes de egreso también se le indica que debe llevar una dieta baja en grasa, baja en sal y glucosa para evitar alguna infección y llevar una rápida y buena cicatrización de la herida quirúrgica.

1. Control de signos vitales, enfatizando en el pulso y temperatura y tensión arterial.
2. Administración de medicamentos según prescripción medica, aplicando los cinco correctos.
3. Cuidados para mantener via periférica permeable valorando rubor, calor evitando flebitis fisica y química.
4. Se realiza limpieza de la herida quirúrgica para evitar riesgo de infección.
5. Se realiza el control de normas de bioseguridad, cambios de sabana, higiene ambiental y personal.
6. Se fomenta la educación para salud y su nutrición rica en proteínas y vitamina c.
7. Valorar y evitar riesgos de caída porque después del reposo limitación de la función de los valores receptores, propiciando vértigos, mareos y posibles caídas.
8. Favorecer la deambulación para expulsar gases por boca y recto aumento de los movimientos peristálticos, evitando el ileon paralitico.

La paciente de 17 años de edad, no presento ninguna complicación en la intervención quirúrgica , se le brindo los cuidados de enfermería de calidad y calidez acorde a su mediación en la cual muestra un progreso favorable, después de haber recibido los cuidados específicos a la paciente se logró los objetivos planteado mejorando su estado de salud por lo que se realiza exámenes de laboratorio para verificar que no presente ninguna alteración antes del alta hospitalaria.

Con las recomendaciones necesarias sobre los cuidados que debe tener como cualquier cambio que se presente en la herida entre otras precauciones que debe tener en el domicilio. A los 8 días dicho por medico de unidad operatoria paciente regresa a centro anidado para ser valorada por el médico y relata que no presenta ninguna complicación en la herida quirúrgica y decide a la extracción de puntos.

## **2.6. OBSERVACIONES.**

Se observó en este paciente de 17 años con Apendicitis aguda su evolución en la recuperación, se informó al familiar de la intervención quirúrgica, los procedimientos a realizar, el tiempo de estadía. Durante el periodo de hospitalización mejoró considerablemente su estado de salud respondiendo de manera favorable al procedimiento.

## **CONCLUSIONES**

La culminación de este estudio de caso concluye con la aplicación del proceso de atención de enfermería en una paciente de 17 años de edad con Dx de apendicitis aguda.

Se logró el resultado que se deseaba que era mantener y garantizar el bienestar, de acuerdo con la respectiva valoración de enfermería enfocada en las necesidades de la paciente basado en la teoría de Virginia Henderson y así disminuir los factores que afectaron el estado de salud.

Se desarrolló el plan de cuidado y de actividades de enfermería las cuales se realizaron de manera eficaz y así pudieron lograr el objetivo que se propuso desde el principio. Se establecieron los patrones y necesidades que tenía alterados que mediante las actividades, cuidados y asistencia se mejoró la salud de la paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Suarez , j., del Castillo Arévalo, f., Fernández Fidalgo, D., & Montserrat Muñoz Melendez. (s.f.). *servicio de salud*. Obtenido de manual de valoración:  
<http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
2. Buxhoeveden, d. R. (2019). *Hospital aleman asociacion civil*. Obtenido de <https://www.hospitalaleman.org.ar/prevencion/apendicitis-como-detectarla-a-tiempo/>
3. Luis ángel quezada fierro, k. G. (2012). *Prevalencia de apendicitis en pacientes atendidos en el area de emergencia*. Hospital teófilo dávila, unidad academica de ciencias químicas y de la salud, machala. Obtenido de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/726/7/cd00118-tesis.pdf>
4. MAYOCLINIC. (Mayo de 2018). Obtenido de APENDICITIS: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/appendicitis/symptoms-causes/syc-20369543>
5. Orbea, V. H. (2010). *Utilidad de la escala de alvarado en el diagnostico temprano de apendicitis aguda*. Escuela Superior Politecnica de Chimborazo, Hospital provincial Puyo, Riobamba. Obtenido de <http://dspace.espace.edu.ec/bitstream/123456789/1897/1/94T00076.pdf>
6. Pablo Nelson Naranjo Cajamarca, C. D. (2007). *Apendicitis aguda en pacientes de la tercera edad del Hospital Vicente Corral Moscoso De La Ciudad De Cuenca*. Universidad De Cuenca, Facultad De Ciencias Medicas, CUENCA. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19750/4/APENDICITIS%20AGUDA.pdf>

# ANEXOS

*Imagen 1: realización de laparotomía exploratoria.*







# PRIMERA ETAPA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 04 de Enero del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.  
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, Yo, **MARIA FERNANDA REYES MARTINEZ**, con cédula de ciudadanía **1207940030**, estudiante egresada de la Carrera de **ENFERMERIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del Tema de Caso Clínico: **"PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA"**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **LCDA.INGRID SANDRA AQUIRRE RODRIGUEZ**.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente

**MARIA FERNANDA REYES MARTINEZ.**

**CI: 1207940030**

Recibido  
  
1-1-19



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**



**APROBACIÓN DEL TUTOR**

Yo, **LCDA. INGRID SANDRA AGUIRRE RODRIGUEZ**, en calidad de Docente Tutora del Tema de Caso Clínico (Componente Práctico): "**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA**", elaborado por la estudiante: **MARIA FERNANDA REYES MARTINEZ** de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Salud y Bienestar en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 04 días del mes de enero del año 2019

Firma del Docente -Tutor  
**LCDA. INGRID SANDRA AGUIRRE RODRIGUEZ**  
**CI: 1201422852**



**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 DEL CASO CLINICO**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON  
APENDICITIS AGUDA.**

**AUTORA**

**MARIA FERNANDA REYES M.**

**TUTORA**

**Lcda. INGRID SANDRA AGUIRRE RODRIGUEZ**

**Babahoyo-Los Ríos-Ecuador**

**2018**

## DATOS GENERALES

<b>Nombres y apellidos:</b> NN	<b>Historia clínica:</b> 31272
<b>Edad:</b> 17 años	<b>Sexo:</b> masculino
<b>Raza:</b> indígena	<b>Estado civil:</b> soltera
<b>Lugar y fecha de nacimiento:</b> Saraguro 05/05/ 2001	<b>Comunidad:</b> Urbano
<b>Lugar de procedencia:</b> Saraguro	<b>Área:</b> Cirugía
<b>Residencia actual:</b> Casetas	<b>Ocupación:</b> ama de casa

## MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.

Paciente de 17 años de edad sexo femenino, acude al servicio de emergencia del Hospital Básico de Saraguro, refiere dolor abdominal hace más o menos 24h tipo retorcijón de moderada intensidad localizado en la fosa iliaca derecha de moderada intensidad. se acompaña de nauseas que no llega al vomito y además refiere molestias urinaria, al momento posee Intranquila, se ingresa a servicio de cirugía.

## ANTECEDENTES PATOLOGICOS

<b>Antecedentes patológicos personales</b>	<b>Antecedentes familiares</b>	<b>Antecedentes alérgicos</b>	<b>Antecedentes quirúrgicos</b>
Infección de vías urinarias 16 años	No refiere	No refiere	No refiere

## PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL

La paciente ingresa al servicio de cirugía dolor abdominal tipo retorcijón, de leve intensidad localizado en epigastrio acompañado de náuseas y molestias urinarias

se realizan exámenes de laboratorio por lo cual se le diagnostica apendicitis aguda encontrando plastrón peri apendicular conformado por epiplón e íleon regional, liquido inflamatorio más o menos 200cc. Apéndice pélvico más o menos 8cc en fase IV perforada en su base, tejido friable peri apendicular. Se mantiene en hospitalización por 5 días, con evolución favorable diuresis conservada, buena tolerancia oral.

### **EXAMEN FÍSICO: -**

**Cabeza:** normo cefálica, cabello de implantación normal.

**Ojos:** isocorias, normo reactivas pupilar.

**Nariz:** fosas nasales permeables.

**Boca:** mucosas orales semi húmedas

**Cuello:** simétrico, sin adenopatías y expansibilidad conservada.

**Tórax:** inspección simétrica, elasticidad y expansibilidad conservada.

**Corazón:** R1 y R2 rítmicos

**Abdomen:** blando, depresible, ruidos hidroaéreos . Mc Burney +/- Blumberg +/-, Psaas +/-,

**Extremidades:** simétricas, tono y fuerza muscular conservada.

**Antropometría:** **Peso:** 50 kg **Talla:** 144 cm

### **SIGNOS VITALES**

**FR:** 20 X´ **T:** 37.5 grados **FC:** 100 X´ **T/A:** 110/65 mm/Hg **STO2:** 92%

### **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE LABORATORIO**

<b>BIOMETRIA HEMATICA</b>	
Glóbulos blancos	20.000
Glóbulos rojos	4.4



Neutrófilos	3.11%
Linfocitos	0.95%
Monocitos	12.3%
Eosinófilos	0.09 %
Basófilos	0.02%
Hematocrito	34.1%
Hemoglobina	10.6
Recuento de plaquetas	279
<b>Bioquímica sérica</b>	
Creatinina	0,24mg/dl
Urea sérica	12mg/dl
<b>Electrolitos</b>	
Sodio sérico	141.30moms/l
Potasio	3,57 moms/l
Cloro	109.0

**DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:** Abdomen Agudo Inflamatorio

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:** Apendicitis

**DIAGNOSTICO DEFINITIVO:** Apendicitis Aguda

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:**

**DOLOR AGUDO**

- **relacionado** por procedimiento quirúrgico (apendicetomía)
- **evidenciado** por fascies de dolor.





UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 UNIDAD DE TITULACIÓN  
 PERÍODO OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019  
 CARRERA DE ENFERMERIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 12/12/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO

NOMBRE DEL DOCENTE: LCDA. INGRID SANDRA AQUIRRE RODRIGUEZ. FIRMA:

TEMA DE CASO CLINICO: PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: MARIA FERNANDA REYES MARTINEZ

CARRERA: ENFERMERIA

Pag. Nº. \_\_\_\_\_

Horas de Tutorias	Fecha de Tutorias	Tema tratado	Tipo de tutoria		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
2	20/11/18	Revisión y Corrección del tema del caso clínico	✓		10%		
2	22/11/18	Aprobación del Tema	✓		20%		
2	29/11/18	Revisión y Corrección del Motivo de Consulta y Enfermedad Actual.	✓		40%		
2	3/12/18	Revisión de la propuesta del caso clínico	✓		70%		
2	10/12/18	Aprobación de la propuesta del caso clínico.	✓		100%		

# SEGUNDA ETAPA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



Babahoyo, 09 de Abril del 2019

**A. COORDINADOR(A) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERIA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, REYES MARTINEZ MARIA FERNANDA, con cédula de ciudadanía 1207940030, egresado (a) de la Escuela Salud y Bienestar de la carrera de ENFERMERIA, de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida posible para realizar la entrega de los tres anillados requeridos del Informe Final del Caso clínico tema:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el Consejo Directivo.

Saludos cordiales, quedo de usted muy agradecido (a).

Firma

Recibido  
Lic. Luján A.  
9/4/2019.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



**APROBACIÓN DEL TUTOR**

Yo INGRID SANDRA AGUIRRE RODRIGUEZ, en calidad de tutor(a) del Informe Final del CASO CLINICO con el tema:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA**, elaborado por el(la) estudiante REYES MARTINEZ MARIA FERNANDA de la Carrera de ENFERMERIA, de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el caso clínico sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 09 días del mes de Abril del año 2019



**FIRMA**

**INGRID SANDRA AGUIRRE RODRIGUEZ**

**CI.1201422852**





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 UNIDAD DE TITULACIÓN  
 PERÍODO OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019  
 CARRERA DE ENFERMERIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 09-Abril-2019

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO

NOMBRE DEL DOCENTE: LCDA. INGRID SANDRA AQUIRRE RODRIGUEZ. FIRMA:

TEMA DE CASO CLINICO: PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: MARIA FERNANDA REYES MARTINEZ

CARRERA: ENFERMERIA

Pag. N°.

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
2H	05-03-19	Elaboración de Introducción, Justificación, Marco T.	✓		10%		
2H	15-03-19	Elaboración de Objetivos	✓		20%		
2H	20-03-19	Elaboración de hitos funcionales	✓		40%		
2H	29-03-19	Revisión del PAE.	✓		70%		
2H	30-03-19	Revisión y Aprobación del PAE.	✓		10%		
2H	04-04-19	Subir Informe y Aprobación del Caso Clínico	✓		20%		