



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado en Enfermería

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE PEDRIATICO
CON APENDICITIS AGUDA**

AUTOR

HECTOR ESPIN ACURIO

TUTOR

ALBAN MENESES CONSUELO

BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR

2021

INDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN (español)	IV
ABSTRACT (resumen en inglés).....	V
INTRODUCCION.....	VI
I. MARCO TEORICO.....	- 1 -
1.1 Justificacion	- 12 -
1.2 Objetivos.....	- 13 -
1.2.1 Objetivo General.....	- 13 -
1.2.2 Objetivos Especificos	- 13 -
1.3. Datos Generales.....	- 14 -
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	- 15 -
2.1 Análisis de motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	- 15 -
2.2 Principales datos clinicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	- 15 -
2.3 Examen fisico (exploracion clinica).....	- 16 -
2.4 Informacion de exámenes complementarios realizados.	- 18 -
2.5 Formulacion del diagnostico presuntivo, diferencia y definitivo.	- 20 -
2.6 Analisis y descripcion de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	- 20 -
2.7 Indicaciones de las razones científica de las acciones de salud, considerando valores normales.	23
2.8 Seguimiento	24
2.9 Observaciones	26
CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	28
ANEXOS.....	30

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico primeramente a Dios quien siempre ha sido el autor de mi vida y destino, por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y poder culminar mi profesión.

A mi familia que son el pilar más importante en mi vida, quienes nunca me dejaron solo, siempre estuvieron apoyándome y alentándome durante los años universitarios.

Agradezco a mis compañeros por el apoyo durante largas horas de clases y los docentes de la universidad, por todas sus enseñanzas, su experiencia y consejos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios quien con su sabiduría infinita me dio las fuerzas necesarias para superar cada etapa que se me presento a lo largo de mis estudios. A mis padres por el apoyo económico y sobre todo emocional, agradezco por sus enseñanzas, consejos y los valores que me inculcaron desde pequeño.

A la Universidad Técnica de Babahoyo, por permitir mi ingreso y mi formación en ella y por dejarme recorrer cada aula donde fui educado personal y profesionalmente. A cada uno de los docentes por su apoyo por sus conocimientos y sus enseñanzas.

TITULO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE
PEDRIATICO CON APENDICITIS AGUDA**

RESUMEN

La apendicitis aguda es una patología cuya condición en la cual se inflama e infecta el apéndice que es un pequeño saco localizado en el intestino grueso, es la segunda causa de cirugía abdominal de emergencia, en el Ecuador esta afecta al 22 % por cada 10.000 habitantes.

La sintomatología se caracteriza por dolor intenso en el lado derecho e inferior del abdomen que se irradia al ombligo y a la espalda, este dolor empeora cuando la persona tose o realiza movimientos bruscos. También se puede presentar náuseas y vómitos e inapetencia.

El presente caso clínico se enfoca en un paciente masculino de 14 años de edad que ingresa por área de emergencia por presencia de dolor intenso en la región iliaca derecha, teniendo como finalidad desarrollar el proceso de atención de enfermería en un paciente con apendicitis aguda, la aplicación en este caso permitió la determinación de las necesidades y/o problemas de salud potenciales que presenta el paciente.

Mediante la valoración y diagnóstico, así mismo suplir y responder a dichas necesidades a través de un plan de cuidados priorizando las intervenciones de enfermería para agilizar la recuperación del paciente, cuyos resultados fueron favorables durante su estancia hospitalaria siendo dado de alta bajo criterio médico tratante en condiciones clínicas.

Palabras claves: apéndice, apendicitis aguda, dolor abdominal, laparoscopia, apendicetomía,

ABSTRACT

Acute appendicitis is a condition in which the appendix is inflamed and infected, which is a small sac located in the large intestine, it is the second cause of emergency abdominal surgery, in Ecuador it affects 22% per 10,000 inhabitants.

The symptoms are characterized by intense pain in the right and lower abdomen that radiates to the navel and back, this pain worsens when the person coughs or makes sudden movements. Nausea and vomiting and loss of appetite may also occur.

The present clinical case focuses on a 14-year-old male patient admitted to the emergency area due to the presence of intense pain in the right iliac region, with the purpose of developing the nursing care process in a patient with acute appendicitis, the Application in this case allowed the determination of the needs and / or potential health problems presented by the patient.

Through the assessment and diagnosis, as well as supplying and responding to these needs through a care plan prioritizing nursing interventions to speed up the recovery of the patient, whose results were favorable during their hospital stay, being discharged under the treating medical criteria in clinical conditions.

Key words: appendix, acute appendicitis, abdominal pain, laparoscopy, appendectomy,

INTRODUCCION

La apendicitis aguda es la primera causa de abdomen agudo quirúrgico, que define una situación clínica de urgencia o emergencia, caracterizada por un comienzo agudo de síntomas abdominales, su prevalencia ha sido mayor en estos últimos años debido a fisiopatología del padecimiento, por eso es importante conocer ampliamente su anatomía, etiología, etiopatogenia y evolución a fin de hacer el diagnóstico y proporcionar el tratamiento oportuno.

Para el diagnóstico el interrogatorio y la exploración física son vitales, de tal manera que se describirá la mayoría de los signos y síntomas que se encontrará durante la evolución del paciente. En la rutina clínica este se rige con base a la anamnesis y exploración física habitual, sin embargo, cuando el diagnóstico es dudoso se debe de apoyar en los exámenes complementarios con el fin de corroborar el mismo, por lo tanto, serán descritos los que se usan con mayor frecuencia.

La apendicitis aguda es una razón habitual de asistencia al servicio de urgencia, es imposible de predecir y evitar, debe una vez confirmado el diagnóstico efectuarse lo más rápido posible la apendicetomía para disminuir las complicaciones que pueden ser hematomas y abscesos de pared e intraabdominal, su intervención quirúrgica predomina como una de la más prácticas en el mundo, la estrategia diagnóstica debe de ser precisa para evitar complicaciones, mitigar la tasa de mortalidad de esta patología (Udaquiola, et al, 2019).

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado se hace factible el desarrollo del caso clínico de un paciente pediátrico diagnosticado con apendicitis aguda, que fue ingresado en el Hospital General IESS Babahoyo, a quien se le desarrolló y aplicó el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), atendiendo las necesidades básicas y patrones funcionales alterados con base a la sintomatología, factores de riesgo, y antecedentes clínicos presentes en la paciente

I. MARCO TEORICO

Antecedentes

En Ecuador durante el año 2017 se registraron 38,533 casos de apendicitis aguda, que representaron 22.97 % de casos de cada 10,000 habitantes, siendo la primera causa de morbilidad infantil en el país. En los últimos cinco años (entre 2012 y 2017) (INEC, 2018).

Según el estudio, se estima que al menos 7 % de la población pediátrica del mundo sufrió de esta patología. En Perú, el 49 % de casos registrado de apendicitis aguda, estos se presentan por demora de la atención médica adecuada y también por la automedicación (Carrillo, 2019).

La incidencia en el año 2016 en Chile fue de 206 de 100,000 habitantes, mortalidad de 0.2 por 100,000 habitantes. Los hombres eran 1,2 veces más propensos que las mujeres en el hospital y 1,8 veces más riesgos para morir por la apendicitis. La tasa más alta de pacientes es de 10- 14 años. La región de Tarapacá tiene un 70% más de riesgo de mortalidad que el promedio de los países (Verena, 2020).

La apendicitis aguda es la más común de 4,000 casos anuales del hospital en Inglaterra y más de 200.000 actividades por año en los Estados Unidos. El rendimiento es del 8,6% para los hombres y el 6,7% en la mujer; Aunque la posibilidad de la apendicectomía es de 12.0%, 23,1% y 23.1% (Rodríguez, 2019).

La apendicitis aguda representa los signos más comunes de la cirugía abdominal no traumática en el mundo; Es una patología que ocurre con más frecuencia entre la segunda y la tercera decencia de la vida. El riesgo de la

incidencia es de 16.33% para hombres y 16.3 % para las mujeres (Hernández, 2019).

Apendicitis Aguda: definición

La apendicitis aguda es una enfermedad inflamatoria infecciosa del apéndice cecal, también denominado apéndice vermiforme, al ser una inflamación aguda, el dolor es de rápido inicio, es la causa más frecuente de patología quirúrgica abdominal en pediatría y afecta con mayor frecuencia entre las edades de 11 y 15 años (Waasdorp, Hollinger, Lee, 2021).

Esta molestia se presenta como dolor abdominal repentino, localizado en el cuadrante inferior derecho del abdomen, esta molestia se agrava con el movimiento, la tos, la respiración profunda o el cambio de posición del cuerpo. El dolor es más intenso en el lugar de la lesión todo esto acompañado de un aumento de tensión en los músculos abdominales a causa de la inflamación del peritoneo (Waasdorp, Hollinger, Lee, 2021).

Anatomía

El apéndice es de forma tubular se encuentra localizado en la pared posteromedial del ciego a 1.7 cm de la válvula ileocecal, donde las tenías del colon desembocan en el ciego, su longitud promedio es 91.2 y 80.3 mm, dicho apéndice es un divertículo, ya que su pared se conforma por mucosa, submucosa, muscular longitudinal, circular y serosa (Waasdorp, Hollinger, Lee, 2021).

Se relaciona anatómicamente con el músculo iliopsoas y el plexo lumbar de forma posterior y la pared abdominal de forma anterior. La irrigación del apéndice cecal se da a través de la arteria apendicular; esta arteria es una rama terminal de

la arteria ileocólica, atraviesa la longitud del mesoapéndice para terminar en la punta del órgano. La punta del apéndice migra hacia diferentes localizaciones: retrocecal, subcecal, preileal, postileal y pélvica (Hernández, et al, 2019).

Epidemiología

Causa más importante de operaciones abdominales en niños y adolescentes, más frecuente en escolares, con máxima incidencia entre 9 y 12 años. Los residentes en áreas rurales y países menos industrializados tienen un riesgo menor de padecer la enfermedad que aquellos que viven en ciudades con más desarrollo industrial. Se admiten factores asociados con el cuadro apendicular, así como: los excesos alimentarios y el estreñimiento, deben tenerse en cuenta (Hernández, et al, 2019).

Etiología

Todo comienza por una obstrucción de la luz apendicular, al ser una parte del intestino, el apéndice se tapa y genera así una inflamación producto del sobrecrecimiento de las bacterias. La obstrucción puede ser causada por: (Udaquiola, et al, 2019).

- hiperplasia linfoide, facalitos o coprolitos.
- cuerpos extraños (semillas, fibras vegetales, fragmentos de huesos, espinas de pescado).
- infecciones parasitarias (Enterobius, Ascaris, Entamoeba, Schistosoma, Strongyloides).
- Enfermedades que cursan con incremento de la presión intraluminal del colon y disminución de la motilidad (agangliones intestinal,

íleo meconial, fibrosis quística), tumor carcinoide, vólvulo de apéndice y trauma (Udaquiola, et al, 2019).

De todas las causas, parece ser la hiperplasia linfoide la causa más frecuente en edades pediátricas. Los gérmenes más aislados en cultivos de la luz apendicular y del líquido peritoneal de paciente con apendicitis son: *Escherichia coli*, *Adenovirus* y *Rotavirus*, entre otros menos frecuentes (Hernández, et al, 2019).

Etiopatogenia

Una vez que sucede la obstrucción, por heces endurecidas o por hiperplasia del tejido linfoide, la acumulación del moco secretado por la mucosa apendicular produce un incremento de la presión intraluminal, lesión progresiva de la mucosa e invasión bacteriana desde la luz apendicular, generalizada a toda la pared del órgano. En la mayoría de los casos, no se puede determinarse con exactitud si la infección es consecuencia de la proliferación bacteriana después de la obstrucción luminal o si el proceso inflamatorio del apéndice es producido por la infección, que a su vez causa hiperplasia del tejido linfoide de la submucosa y la obstrucción de la luz (González, et al, 2020).

Clasificación

La clasificación anatomopatológica de la apendicitis aguda se da de la siguiente manera: (Waasdorp, Hollinger, Lee, 2021).

- Apendicitis congestiva (úlceras mucosas y edema).
- Apendicitis flegmonosa (bloqueo del drenaje venoso).
- Apendicitis gangrenosa (compromiso arterial).
- Apendicitis perforada (perforación de las zonas infartadas).

La apendicitis se puede presentar con peritonitis localizada dependiendo del compromiso del resto de la cavidad abdominal. En el 2%-7% de los pacientes se advertirá una masa palpable en el cuadrante inferior derecho (plastrón) que, de no producir irritación peritoneal, signos de oclusión o abscedación se los trata con antibióticos y se controlan ecográficamente (Udaquiola, et al, 2019).

Manifestaciones clínicas

El síntoma principal de apendicitis aguda es el dolor abdominal, este dolor es de inicio de localización en la zona inferior de epigastrio o periumbilical independientemente de la localización del apéndice dentro de la cavidad abdominal. El dolor generalmente se inicia en forma repentina, algunos pacientes amanecen con un malestar epigástrico de inicio gradual y generalmente persistente, este dolor dura aproximadamente 6 horas en que el dolor se localiza en la fosa iliaca derecha, seguido de esto se presenta: náuseas y vómito, pérdida de apetito, fiebre, estreñimiento o diarrea, flatulencia, hinchazón abdominal (González, et al, 2020).

Las variaciones de los síntomas son generalmente causadas por una localización anatómica inusual del apéndice o la presencia de otra enfermedad. Cuando el apéndice es retrocecal el dolor puede ser en el flanco o posterior, si la punta reposa a nivel del uréter el dolor puede ser referido a la región inguinal o testicular y síntomas urinarios pueden estar presentes, en apendicitis pélvica con la punta cerca a la vejiga puede haber frecuencia urinaria o disuria (Udaquiola, et al, 2019).

Signos y síntomas

Los signos clínicos encontrados en un paciente con apendicitis pueden ser desde levemente sospechosos hasta un estado muy selecto de signos abdominales (Waasdorp, Hollinger, Lee, 2021).

- **Facies:** lo habitual es ver en el enfermo un rostro pálido que refleja dolor.
- **Posición:** en las primeras horas el paciente prefiere el reposo en posición dorsal, cuando los síntomas se localizan en fosa iliaca derecha se va adquiriendo una posición antálgica de semiflexión del muslo sobre el abdomen la cual se hace más notable a medida que el proceso avanza.
- **Pulso:** muy poco alterado al comienzo, va aumentando a medida que la temperatura asciende.
- **Temperatura.** En general no es elevada, sin embargo, en procesos infecciosos agudos o complicados se encuentra elevada la temperatura (Wong, Morón, Espino, Arévalo, 2019).

Signos dolorosos del abdomen

Los hallazgos al examen abdominal varían desde la presencia de dolor a la palpación profunda de la fosa iliaca derecha, hasta signos de reacción peritoneal localizada como dolor a la descompresión y defensa. Se han descrito múltiples signos: (Wong, Morón, Espino, Arévalo, 2019).

- **Dolor en el punto de Mc Burney,** punto doloroso a la palpación en la unión del tercio medio con el inferior al trazar una línea imaginaria entre el ombligo y la cresta iliaca derecha (Waasdorp, Hollinger, Lee, 2021).

- **Punto de Morris:** punto doloroso en la unión del tercio medio con el tercio interno de la fosa iliaca umbilico-espinal derecha.
- **Punto de Lanz:** punto doloroso en la convergencia de la línea interespinal con el borde externo del músculo recto derecho.
- **Signo de Rovsing** es el dolor que parea en el cuadrante inferior derecho, cuando se palpa en el cuadrante abdominal inferior izquierdo.
- **Signo de Blumberg** es la descompresión brusca dolorosa del abdomen y tiene gran importancia en revelar irritación peritoneal, también es conocido como signo de rebote.
- **Score de Alvarado.** Consta de la asignación de puntaje a los signos presentes en el paciente, separando tres grupos: un score inferior a 3-4 aleja el planteo de apendicitis con una sensibilidad de 96%, un score entre 4 y 6 sugiere una sospecha clínica razonable y recomienda la realización de una tomografía computada, y un score de 7 o más el cual establece con elevada sensibilidad el planteo de apendicitis aguda, se recomienda la consulta con el cirujano (Fernández, Marsicano, 2019).

Diagnóstico

Se puede llegar a un diagnóstico de apendicitis por los siguientes medios: (Wong, Morón, Espino, Arévalo, 2019).

Exploración física

el estado general del paciente suele ser bueno, aunque en apendicitis de etapas avanzadas suele deteriorarse. La temperatura es alrededor de 37,5 y 38°C. En la exploración física hay signos que pueden ayudar al diagnóstico: (Fernández, Marsicano, 2019).

- **Dolor en el punto de McBurney:** se marca una línea desde el ombligo hasta la punta del hueso pélvico derecho anterior. El punto es la unión de los dos tercios más cercanos al ombligo con el tercio externo (Waasdorp, Hollinger, Lee, 2021).
- **Signo de Blumberg:** al presionar una zona del abdomen alejada del apéndice se produce dolor en éste de forma refleja.
- **Dolor abdominal a la extensión del muslo:** esta maniobra sólo es útil cuando el apéndice tiene una localización retrocecal, es decir, está colocado detrás del colon y, la palpación del abdomen puede no ser tan efectiva.

Exámenes complementarios

Análisis de laboratorio

- **Análisis de sangre:** la apendicitis suele cursar con un recuento de leucocitos aumentado (o leucocitos moderados), con aumento de neutrófilos, aunque solo se ha observado en fases avanzadas de apendicitis.
- **Análisis de orina:** suele ser normal.

Diagnóstico por imagen

- **Radiología:** la radiología de abdomen suele ser normal, o puede verse una dilatación de asas del intestino debido a la paralización de los movimientos peristálticos. Excepcionalmente, puede apreciarse un fecalito en la fosa iliaca derecha
- **Ecografía:** es muy útil para el diagnóstico de enfermedades. En el caso de apendicitis, la ecografía permite ver el apéndice inflamado o líquido libre por el abdomen. Sin embargo, en algunas ocasiones no se encuentra ningún hallazgo anormal a pesar de que si hay una apendicitis.

- **Tomografía axial computarizada:** esta es un método de diagnóstico muy fiable en una apendicitis y cada vez se usa más en casi de duda, también permite descartar otras patologías
- **Laparoscopia:** en los casos de difícil diagnóstico, sobre todo en mujeres en edad fértil, pacientes obesos o ancianos, puede recurrirse a la laparoscopia para confirmar el diagnóstico. Actualmente se obtiene excelentes resultados utilizando la técnica de simple incisión laparoscopia (SILS-laparoscopia), por la cual se puede realizar no sólo una exploración, sino también la cirugía laparoscópica del apéndice (apendicectomía laparoscópica) (Cortez, Corralo, 2020).

Tratamiento

El tratamiento va a depender de ciertos factores como: los síntomas, la edad y el estado de salud en general del paciente. La apendicitis es una emergencia médica, es probable que el apéndice estalle, eso le causara una infección grave que pone en riesgo su vida. Por esta razón el médico informará que es necesario que el paciente se someta a una cirugía para extirparle el apéndice. El apéndice puede extirparse de la siguiente manera: (Cortez, Corralo, 2020).

Cirugía abierta o tradicional: se realiza un corte o incisión en la esquina inferior derecha del abdomen. El cirujano extraerá el apéndice. Si el apéndice ha estallado, es posible que le coloquen un pequeño para drenar el pus y otros líquidos del abdomen. Se retira el tubo cuando el médico considere que ya no hay infección (Waasdorp, Hollinger, Lee, 2021).

Cirugía laparoscópica: este método utiliza cortes o incisiones muy pequeños y una cámara, llamada laparoscopio, para ver dentro del abdomen. A través de una

o más incisiones pequeñas, se inserta los instrumentos que el cirujano no se suele hacer si el apéndice ya ha estallado.

Apendicetomía de intervalo: a veces, el apéndice se revienta y se puede formar una acumulación de líquidos infectados o pus (absceso). Si esto ocurre y la paciente está estable, el médico puede recomendar la extirpación del apéndice no de forma inmediata, el médico puede tratar la infección primero y después drenar el líquido infectado del absceso. Se extirpa el apéndice más tarde. Este retraso en la cirugía se denomina apendicetomía de intervalo (Waasdorp, Hollinger, Lee, 2021).

Para una apendicetomía de intervalo, a su hijo se le pueden administrar primero antibiótico por vía intravenosa. Una vez que la infección y la inflamación hayan desaparecido, al paciente se lo someterá a la cirugía para extirpar el apéndice (Ryan, Brogan, 2018).

Riesgos de una apendicetomía

Las siguientes son algunas posibles complicaciones de una apendicetomía:

- Hemorragia
- Infección de la herida
- Infección y enrojecimiento e hinchazón (inflamación) del abdomen (si el apéndice estalla durante la cirugía, es decir, si se presenta peritonitis).
- Incisiones infectadas, rara vez la incisión se infecta y debe ser tratada con antibióticos.

- Bloqueo de los intestinos
- Lesión a los órganos cercanos
- Problemas para ir al baño, debido a que la operación cerca del aparato digestivo al extirpar el apéndice (Watson, Turley, 2019).

Complicaciones de la apendicitis

La apendicitis puede causar complicaciones graves, por ejemplo:

- **La perforación del apéndice:** esto puede causar que la infección se esparza por el abdomen (peritonitis). Esta enfermedad puede poner en riesgo la vida y es necesario hacer una cirugía de inmediato para extraer el apéndice y limpiar la cavidad abdominal.
- **Una acumulación de pus que se forma en el abdomen.** Si el apéndice se revienta, se produce una infección (absceso), el cirujano drena el absceso introduciendo un tubo a través de la pared abdominal hasta el absceso. El tubo se deja colocado durante aproximadamente dos semanas y el paciente recibe antibióticos para combatir la infección. Una vez que se elimina la infección, se procede a realizar una cirugía para extraer el apéndice. (Guanche, 2017)

1.1 JUSTIFICACION

El presente caso clínico se elaboró con el fin de aumentar los conocimientos que se tienen sobre una patología tan común como es la apendicitis aguda, y de esta manera determinar el proceso de enfermería que tiene el objetivo de precautelar la salud del paciente y lograr revertir la sintomatología actual. Mejorando la calidad de vida del individuo.

Es vital importancia identificar su etiología, las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y tratamiento oportuno con el fin de evitar complicaciones y ayudarlo de la manera más eficaz a superar la enfermedad.

El desarrollo de este caso es muy importante, ya que es una forma de educación más practica al estar en contacto directo con el paciente se desarrolla empatía, solidaridad, que nos ayudaran en nuestro desarrollo como profesionales.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso de Atención de Enfermería en un paciente pediátrico con diagnóstico de apendicitis aguda ingresado en el Hospital General IESS Babahoyo.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Desarrollar el diagnóstico de enfermería en un paciente pediátrico con apendicitis aguda, teniendo en cuenta los patrones funcionales alterados.
- Evaluar las intervenciones de enfermería aplicadas en el paciente pediátrico con apendicitis aguda.
- Identificar los factores de riesgos que propician el desarrollo de la apendicitis aguda en el paciente pediátrico.

1.3. DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos	NN
Edad	14 años
Fecha de nacimiento	2007/02/09
Sexo	Masculino
Lugar de residencia	Ventanas
Etnia	Mestizo
Estado civil	Soltero
Instrucción	Secundaria
Ocupación	Estudiante
Lateralidad	Diestra
Tipo de sangre	O+
Nivel sociocultural/económico	Medio

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DE MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Historial clínico del paciente.

Paciente de sexo masculino de 14 años de edad acude al área de emergencia en compañía de su madre, con cuadro clínico caracterizado por un fuerte dolor abdominal, el dolor aumenta con determinados movimientos, refiere náuseas y emesis, deposiciones diarreicas amarillentas, fétidas. El paciente se encuentra afebril a su llegada de emergencia, aunque refiere haber tenido febrícula de 37.5°C en su domicilio unas horas antes.

Antecedentes patológicos personales:

✓ No refiere

Antecedentes patológicos familiares:

✓ No refiere

Antecedentes quirúrgicos:

✓ No refiere

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

Paciente consciente, orientado, colaborador, de sexo masculino de 14 años de edad, residente de Ventanas, acude al área de emergencia, por presentar cuadro clínico de 24 horas caracterizado por dolor abdominal de alta intensidad acompañado de náuseas y emesis, familia refiere que el dolor es más intenso en la parte baja derecha del vientre, paciente se fue a dormir sin haber ingerido ningún alimento, pero se levantó en la mañana con intenso dolor por lo que la madre procedió a darle agua de hierba buena y una bactrim, pero las vomitó por lo que acude al centro de salud.

2.3 EXAMEN FISICO (EXPLORACION CLINICA).

Cara: fascies pálida dolorosas

Ojos: Pupilas isocóricas normo reactivas.

CABEZA

Boca: mucosa semihúmeda.

Nariz: Vías aéreas permeables y alineación normal.

Cuello

Normal, sin presencia de adenopatías.

Tórax

Simétrico, campos pulmonares ventilados, ruidos Cardiacos rítmicos.

Abdomen

Blando, depresible no megalias, timpanismo, Auscultación de ruidos abdominales: aumentados

Mc Burney: ++

Extremidades

Simétricos, con movilidad conservada pulso presente.

Piel

con leve palidez

Medidas

Peso:52Kg

Antropométricas

Signos vitales:

Tensión arterial: 100/59 mm/Hg

Frecuencia Cardíaca: 90 lpm

Frecuencia Respiratoria: 20 rpm

Temperatura: 37 °C

SaTO2: 99 %

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES SEGÚN EL MODELO DE MARJORY GORDON

PATRONES FUNCIONALES NO ALTERADOS

Patrón 6: Cognitivo/Perceptivo. Paciente se comunica y mantiene una relación verbal.

Patrón 7: Autopercepción/Autoconcepto. Paciente se encuentra sereno en compañía de su madre.

Patrón 8: Rol/Relaciones. Disposición de la familia en apoyar al paciente.

Patrón 9: Sexualidad/Reproducción. No valorable.

Patrón 11: Valores/Creencias. No valorable

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

Patrón 1: Percepción/manejo de salud. Paciente consiente de su problema de salud y colabora para mejorar.

Patrón 2: Nutricional metabólico. Paciente no puede comer normalmente por presencia de vomito.

Patrón 3: Eliminación. El paciente presenta emesis

Patrón 4: Actividad/Ejercicio. Incapacidad para el movimiento debido a la presencia de dolor.

Patrón 5: Reposo/ Sueño. Paciente no puede dormir, presenta trastornó de la cantidad y calidad del sueño, limitado en el tiempo del dolor.

Patrón 10: Afrontamiento - Tolerancia Al Estrés. Situaciones de estrés, debido a su padecimiento de salud e instancia en el hospital.

2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Rx de tórax: silueta cardiaca normal, no se observan radiopacidades en los campos pulmonares que detonen proceso de infiltrativos activos.

Ecografía: con imagen diana de 13mm en la base. Asociada a cambios inflamatorios de la grasa pericecal. No se visualiza líquidos libres.

Electrocardiograma: ritmo sinusal. Trazado normal

Biométrica hemática: Los exámenes de laboratorio solicitados se realizaron posteriormente a su hospitalización, se encuentran algunos parámetros alterados.

NOMBRE DEL ESTUDIO	RESULTADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACION
LEUCOCITOS#	12.330	5.00 – 10.00 mm	El valor resultado del análisis está aumentado, lo que significa que existe infección o inflamación.
NEUTROFILOS #	85.3	50-70	El valor resultado de análisis se encuentra aumentados por la infección.
LINFOCITOS #	8.6%	23-35 %	El valor encontrado de análisis se observa disminuidos
EOSINOFILOS%	0.4%	0.5-4%	El valor resultado de análisis denota una disminución del valor normal.
HEMOGLOBINA	14.3g/dl	12.0 – 45.0g/dl	El valor resultado de análisis se encuentra dentro de los Parámetros normales.
HEMATOCRITO	41.0	40.0 – 45.0	El valor resultado de análisis se encuentra dentro de los parámetros normales.
MCV (volumen corpuscular medio)	82.0	80.0 – 100.0	El valor resultado de análisis se encuentra dentro de los parámetros normales.
MCH	28.6	25.0 – 33.0	El valor resultado de análisis se encuentra dentro de los parámetros normales.
MCHC	39.9	25.0 – 33.0	alterado
RECuento DE GLOBULOS	5.000.000	4.700.000 - 6.100.000	El valor resultado de análisis se encuentra dentro de los parámetros normales.

ROJOS

MONOCITOS	5.6	2.0 – 10.0	El valor resultado de análisis se encuentra dentro de los parámetros normales.
PLAQUETAS	236.000	150 – 400	El valor resultado de análisis se encuentra dentro de los parámetros normales.
BASOFILOS	0.1	0.5% - 1	El valor resultado de análisis denota una disminución del valor normal.

2.5 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIA Y DEFINITIVO.

Diagnóstico presuntivo: Gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda

Diagnóstico definitivo: Apendicitis aguda

Diagnóstico presuntivo de enfermería: Riesgo de infección

Diagnóstico diferencial de enfermería: Dolor agudo

Diagnóstico definitivo de enfermería: Dolor Agudo

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

La apendicitis aguda consiste en la inflamación y posterior infección del apéndice cecal, un pequeño saco localizado en el intestino grueso. Los exámenes realizados fueron una biométrica hemática, electrocardiograma. Rx de tórax y una ecografía, determinó sugestiva apendicitis aguda, se prepara a la paciente para cirugía de emergencia para apendicectomía para extraer el apéndice infectado. Antes y después de la operación el equipo médico administró líquidos y antibióticos por vía intravenosa, para así prevenir posibles complicaciones como una infección, en caso necesario, recibirá medicamentos para aliviar el dolor (analgésicos).

Dentro de los patrones funcionales alterados se encuentran:

- ✓ Patrón 1: percepción – manejo de la salud
- ✓ Patrón 2: Nutricional metabólico.
- ✓ Patrón 3: eliminación e intercambio

- ✓ Patrón 4: actividad/ejercicio
- ✓ patrón 5: reposo/sueno
- ✓ Patrón 10: Afrontamiento - Tolerancia Al Estrés

Dolor agudo

NANDA: 00132
NOC: 2210
NIC: 02102

M
E
T
A

R/C: agente lesivo biológico (apendicitis aguda)

E/P: dolor, conducta expresiva, (quejidos, inquietud, irritabilidad) posición antálgica.

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

Dominio: V salud percibida

Clase: V sintología

Etiqueta: 2102-Nivel del dolor

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
210201 dolor referido		X			X
210203 frecuencia del dolor		X			X
210205 Expresiones orales de dolor			X		X
210206 Expresiones faciales de dolor			X		X

Campo: Fisiológico complejo

Clase: Control de fármacos

Etiqueta: 2210-administracion de analgésicos

- Actividades:**
1. Elegir la vía IV, en vez de IM, para la inyección frecuente de medicación de contra el dolor, cuando sea posible.
 2. Controlar signos vitales antes y después de administrar los analgésicos al paciente.
 3. Administrar antipiréticos y medios físicos para disminuir la fiebre
 4. Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario.
 5. Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción y riesgos de sobredosis).

2.7 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

El análisis clínico obtenido tras todos los exámenes realizados y el diagnóstico definitivo establecido, determina que se debe aplicar un procedimiento quirúrgico denominado apendicetomía, esta es una técnica quirúrgica utilizada para la extracción del apéndice infectado. Se realiza mediante una incisión en el lado derecho del abdomen y posterior extirpación del apéndice, con el fin de evitar complicaciones como la perforación del apéndice. Esto puede causar que la infección se esparza por el abdomen (peritonitis).

2.8 SEGUIMIENTO

14/10/2020: Al momento paciente consiente orientado en tiempo y espacio, atendido por el médico de turno y con el tratamiento prescrito.

A la valoración física:

Glasgow -15, pupilas reactivas, Facscie dolorosa, pálido algico, refiere dolor intenso, se procede a ponerlo en una camilla para su evaluación, se procede hacer maniobras a la palpación observamos BLOMBERG +++ MACBURNEY +++ PSOAS +++, se canaliza periférica se hidrata, pero el dolor continuo perenne de alta intensidad, se observa al movimiento.

Medicamentos administrados: solución salina 0.9% 1000cc pasar 1000cc luego 45ml /h. Omeprazol 40mg intravenosa. Paciente se encuentra en NPO.

Se prepara al paciente para quirófano. Exámenes complementarios ya realizados.

Paciente irritable por el dolor en su primer día de ingreso con diagnóstico de apendicitis aguda, alerta y consciente a los manejos de enfermería, se realiza control de signos vitales, se le administra la medicación prescrita, se brinda cuidados de enfermería para asegurar confort. Se realiza aseo del paciente. Paciente queda bajo el cuidado y supervisión de enfermería.

15/10/2020: Durante a guardia ha permanecido muy algico, afebril, mucosas orales semihúmedas, -SCPC ventilados, RSCS ritmos regulares, abdomen blando

depresible, RSHS presentes: muy doloroso en fosa iliaca derecha, extremidades simétricas llenado capilar dos segundos.

Con reporte de biométrica y PCR en incremento se comunica caso a la doctora de guardia.

Se prepara al paciente para cirugía. Se entrega toda la documentación al personal de quirófano. Se brindan cuidados de enfermería.

Paciente sale de cirugía instrumentada, aparentemente estable, somnoliento a causa de la anestesia, se administra toda la medicación prescrita.

Paciente pasa el día tranquilo, se cumple con el tratamiento farmacológico indicado.

16/10/2020: Pos-Quirúrgico

- ✓ Intervenciones de Enfermería
- ✓ Control de signos vitales
- ✓ Curación diaria
- ✓ Paciente se inicia la deambulación sin complicaciones
- ✓ Toma de signos vitales
- ✓ Probar Tolerancia oral. Dieta blanda intestinal
- ✓ Administración de analgésicos.
- ✓ Administración de Antibióticos
- ✓ Se envían muestras a laboratorio

Examen físico

FC: 95 lpm FR: 19 rpm T: 37° Sat O2: 98%

Paciente en aparente regular estado general, de nutrición e hidratación, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, con vía periférica permeable en miembro superior derecho

Piel y anexos: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2". No cianosis, no ictericia.

Tejido celular subcutáneo: no edemas Tórax: buena ampliación.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores, no tirajes.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: plano, herida operatoria en fosa iliaca derecha transversa de 3 cms aproximadamente, con bordes afrontados, no signos de flogosis. Blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha.

17/10/2020:

Paciente afebril, luce hidratado no facies algicas, suficiencia cardiorrespiratoria, abdomen blando sin megalias, no doloroso a la palpación, tolera dieta líquida, canaliza flatos, realiza deposiciones, deambula sin dificultad

Intervenciones de enfermería

- ✓ Control de signos vitales
- ✓ Curación diaria
- ✓ Paciente se inicia la deambulación sin complicaciones
- ✓ Toma de signos vitales
- ✓ Probar Tolerancia oral. Dieta blanda intestinal
- ✓ Administración de analgésicos.
- ✓ Administración de Antibióticos
- ✓ Se envían muestras a laboratorio

18/10/2020:

Paciente de 14 años con cinco días de hospitalización por apendicitis aguda.

Se encuentra el paciente con buen estado general se recibe examen de laboratorio los cuales están en parámetros normales, se ha mantenido Afebril sin diarreas, la herida quirúrgica se observa un poco inflamada por lo que se decide realizar ecografía de parte blanda, las mucosas húmedas e hipocoloredas, está

despierto activo reactivo se le realiza ecografía de partes blandas la cual informa normalidad.

Paciente recibe alta con medicación por vía oral y seguimiento post quirúrgico, se entrega toda la documentación de alta.

Paciente en su seguimiento muestra una recuperación esperada, con seguimiento por medio de primer nivel de atención.

2.9 OBSERVACIONES

El cuadro de apendicitis aguda es imposible de predecir y de evitar, una vez confirmado su diagnóstico se efectuó lo más rápido posible la apendicetomía, en este caso el paciente también recibió antibióticos por vía intravenosa para disminuir el riesgo de infección y permaneció hospitalizado por un periodo más prolongado, el papel de enfermería juega un rol fundamental, al realizar una correcta evaluación, se puede detectar los patrones funcionales afectados y suplir esas necesidades, para evitar complicaciones y lograr la recuperación exitosa del paciente.

CONCLUSIONES

- Se logró desarrollar el diagnóstico de enfermería de acuerdo a la taxonomía NANDA, NOC, NIC, en el paciente pediátrico con apendicitis aguda, teniendo en cuenta los patrones funcionales alterados.
- Se evaluó el alcance de las intervenciones aplicadas a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), obteniéndose resultados favorables en cuanto a la recuperación del paciente.
- Se identificaron los factores de riesgo que desencadenaron el desarrollo en el paciente, los cuales fueron el estado inmunológico, los inadecuados hábitos alimenticio y la edad del adolescente.


La apendicitis aguda no presenta mayores consecuencias una vez realizado el diagnóstico y empezar el tratamiento de manera precoz. La intervención quirúrgica fue clave en el proceso de recuperación del paciente. El profesional de Enfermería cumple una labor esencial durante el cuidado a pacientes críticos como el adolescente de apendicitis aguda de quien se habla en este estudio. Por tanto, la aplicación del proceso de enfermería tuvo como base la valoración por patrones funcionales Marjory Gordon y que permitió dar paso a las próximas etapas, a las cuales se evaluó individualmente conforme los diagnósticos de Enfermería (NANDA), intervenciones (NIC) y resultados (NOC)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Carrillo, A. (2019). VARIABLES ASOCIADAS A APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN PACIENTES ADULTOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN, JUNIO 2017-JUNIO 2018.
<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1721/ACARRILLO.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Seg%C3%BAn%20estudios%20se%20estima%20que,como%20casos%20de%20apendicitis%20complicada.>
- Cortez, A., Corralo, S. (2020). Apendicitis. webconsultas- revista de salud y bienestar. Obtenido de <https://www.webconsultas.com/apendicitis/diagnostico-de-la-apendicitis-405>
- Fernández, G., Marsicano, J. (2019). apendicitis aguda. Clin Quir Fac Med UdelaR. Obtenido de https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Apendicitis_aguda_y_sus_complicaciones_CQFM.pdf
- González, S., González, L., Quintero, Z., Rodríguez, B., Rodríguez, Y. (2020). Apendicitis aguda en el niño: guía de práctica clínica. scielo. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000400015
- Guanche, L. (2017). Complicaciones de la apendicitis aguda. Diagnóstico y tratamiento. scielo. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000200012
- Hernández, J., León, J., Martínez, M., Guzmán, J., Palomeque, A., Cruz, N., Ramírez, H. (2019). Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cirujano general*, 41(1), 33-38. Epub http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es&tlng=es.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). La apendicitis aguda, primera causa de morbilidad en el Ecuador. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/la-apendicitis-aguda-primera-causa-de-morbilidad-en-el-ecuador/>
- Ryan J. Brogan, D. (2018). La apendicitis. kidshealth. Obtenido de <https://kidshealth.org/es/parents/appendicitis.html>
- Rodríguez, Z., (2019). Apendicitis aguda recurrente en pacientes apendicectomizados. Revista Cubana de Cirugía. Vol. 58, No. 3. <http://www.revcurugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/750/451>
- Udaquiola, J., Arriaga, V., Oesterreich, R., Cañada, M., Giambini, D. (2019). Apendicitis aguda. PEDIATRÍA PRÁCTICA. Obtenido de https://apelizalde.org/revistas/2014-1-ARTICULOS/RE_2014_1_PP_1.pdf
- Verena, M. (2020). Apendicitis aguda: análisis descriptivo de la situación epidemiológica en Chile. Vol. 2 Núm. 1 <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/496>
- Waasdorp, C., Hollinger, L., Lee, S. (2021). Apendicitis en niños y adolescentes. healthychildren.org. Obtenido de <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/abdominal/Paginas/Appendicitis-in-Teens.aspx>
- Watson, R., Turley, R. K. (2019). Apendicectomía. carefirst. Obtenido de <https://carefirst.staywellsolutionsonline.com/spanish/testsprocedures/92,P09210>
- Wong, P., Morón, P., Espino, C., Arévalo, J. (2019). Apendicitis Aguda. Obtenido de https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_1_1_Apendicitis%20aguda.htm

ANEXOS

	
<p>IRE. Administración de medicamentos.</p>	<p>Evidencia radiográfica del paciente</p>
	
<p>IRE. brindando educación sanitaria al paciente y su familiar</p>	<p>IRE. dando el respectivo seguimiento a la paciente.</p>