



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

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

**TEMA DEL CASO CLÍNICO**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE 28 AÑOS CON  
APENDICITIS AGUDA**

**AUTORA**

**JOSELYNE LISETTE OCHOA CENTENO**

**TUTORA**

**LCDA. ATIENCIA TORRES MARIA, MSC**

**BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR**

**2021**

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO .....	II
TÍTULO DE CASO CLÍNICO .....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT .....	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
<b>I. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Justificación .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Objetivos.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2.1. Objetivo General.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2.2. Objetivos específicos.....</b>	<b>9</b>
<b>1.3. Datos generales .....</b>	<b>9</b>
<b>II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....</b>	<b>11</b>
<b>2.3. Examen físico (exploración clínica). .....</b>	<b>12</b>
<b>2.3.1. Valoración cefalocaudal .....</b>	<b>12</b>
<b>2.3.2. Valoración de enfermería por patrones funcionales (Marjory Gordon).....</b>	<b>13</b>
<b>2.3.3. Patrones Funcionales Alterados .....</b>	<b>14</b>

<b>2.4. Información de exámenes complementarios realizados .....</b>	<b>15</b>
<b>2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo. ....</b>	<b>16</b>
<b>2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar. ....</b>	<b>17</b>
<b>2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales. ....</b>	<b>21</b>
<b>2.8. Seguimiento.....</b>	<b>24</b>
<b>2.9. Observaciones. ....</b>	<b>26</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>30</b>

## **DEDICATORIA**

Este caso clínico se la dedico con todo mi amor y cariño a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el interno.

A mis padres ANTONIO OCHOA, MIRIAN CENTENO que fueron un gran apoyo durante todo este tiempo por sus consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar.

A mis hermanas (o) por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas

A mi adorado hijo Emir por ser la luz de mi vida, quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder ser un ejemplo para él.

Joselyne Lisette Ochoa Centeno

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero extender un profundo agradecimiento, a quienes hicieron posible este sueño aquellos que junto caminaron en todo momento y siempre fueron inspiración apoyo y fortaleza esta mención en especial a Dios por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, a mis padres, a mis hermanos, y a mi hijo muchas gracias a ustedes por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar en mí

Gracias a nuestros docentes por enriquecer nuestros conocimientos y guiarnos durante todo este proceso para ser profesional.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que creyeron en mí.

Joselyne Lisette Ochoa Centeno

## **TÍTULO DE CASO CLÍNICO**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE 28 AÑOS CON  
APENDICITIS AGUDA

## RESUMEN

El presente caso clínico pertenece a una paciente de sexo femenino de 28 años de edad ingreso al área de emergencia de la unidad hospitalaria acompañada de familiar, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona presentando un cuadro clínico caracterizado por dolor inicial al nivel de la región del hipogastrio que posterior se irradia a la región de la fosa iliaca derecha, acompañado de emesis, náuseas, malestar, irritabilidad, hipertermia de 39.5 °C, frecuencia cardiaca 110x', frecuencia respiratoria 22 x', saturación de oxígeno 99% y tensión arterial 124/62 mmHg, seguido se realiza valoración cefalocaudal y patrones funcionales de Marjory Gordon encontrando otras alteraciones en la paciente fascie pálida, caliente al tacto, diaforesis, malestar a caminar en su extremidad derecha, lo cual dificultad sus actividades cotidianas, no logra conciliar el sueño, duerme cortos periodos por las dolencias presentadas, escala de Eva del dolor en 9, intranquila y angustiada debido a las manifestaciones clínicas presentes, además de realizar exámenes complementarios brindando un diagnóstico definitivo de apendicitis aguda, se crea y brinda intervenciones de enfermería aplicando la teorizante de las 14 necesidades de Virginia Henderson así evitando complicaciones, inicialmente se restringe por vía oral por posible intervención quirúrgica, se canaliza vía intravenosa periférica, administración de medicación según indicaciones médicas, realizar balance hídrico, curva térmica, monitorización de constantes vitales y demás cuidados de enfermería para lograr la independencia

**Palabras claves:** Apendicitis aguda, hipertermia, dolor abdominal, malestar, taquicardia

## ABSTRACT

The present clinical case belongs to a 28-year-old female patient admitted to the emergency area of the hospital unit accompanied by a family member, conscious, oriented in time, space and person presenting a clinical picture characterized by initial pain at the level of the region of the hypogastrium that posteriorly radiates to the region of the right iliac fossa, accompanied by emesis, nausea, malaise, irritability, hyperthermia of 39.5 ° C, heart rate 110x', respiratory rate 22x', oxygen saturation 99% and blood pressure Arterial 124/62 mmHg, followed by a cephalocaudal evaluation and Marjory Gordon's functional patterns, finding other alterations in the patient pale fascie, hot to the touch, diaphoresis, discomfort when walking in her right limb, which hinders her daily activities, she cannot reconcile sleep, sleeps short periods due to the ailments presented, Eva's scale of pain at 9, restless and distressed due to mani Clinical manifestations present, in addition to performing complementary examinations providing a definitive diagnosis of acute appendicitis, nursing interventions are created and provided applying the theorizing of the 14 needs of Virginia Henderson thus avoiding complications, initially it is restricted orally due to possible surgical intervention, it is canalizes peripheral intravenous route, administration of medication according to medical indications, perform fluid balance, thermal curve, monitoring of vital signs and other nursing care to achieve independence

**Key words:** Acute appendicitis, hyperthermia, abdominal pain, malaise, tachycardia



## INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo es definido como un síndrome caracterizado por un fuerte dolor abdominal creando manifestaciones clínicas con repercusión peritoneal con rápida evolución más frecuente en el sexo masculino, además de ser una de las causas más frecuentes de consulta en el servicio de urgencias. El cuadro clínico a presentarse usualmente es dolor en las diferentes regiones abdominales, náuseas, emesis, estreñimiento, rigidez muscular, resistencia muscular, alzas térmicas y deshidratación.

El presente caso clínico hace referencia a apendicitis aguda la misma es inflamación del apéndice vermiforme, iniciando con un cuadro clínico con dolor abdominal, alzas terminas en rangos 37.5°C a 38.5°C, náuseas, emesis, falta de apetito.

Por medio del proceso de atención de enfermería se lo define como metodológico y riguroso, valora las diferentes manifestaciones clínicas para crear diagnóstico enfermero, plan de intervenciones y evaluar el estado del paciente antes y después de la aplicación de los cuidados de enfermería.

## I. MARCO TEÓRICO

### **Abdomen Agudo**

Se define al Abdomen Agudo como un síndrome distinguido por fuerte dolor abdominal intenso, de origen con evolución rápida de pocas horas, no excede una semana, generalmente con repercusión peritoneal, iniciado el cuadro clínico existe el riesgo de graves complicaciones inmediatas peligrando para la vida del paciente, el inminente riesgo demanda acción terapéutica de emergencia considerando las manifestaciones del proceso patológico intraabdominal con compromiso general. (Prieto, R. G. et al. 2016, pág. 271)

### **Clasificación del abdomen agudo según el tiempo de evolución**

Las razones del dolor abdominal son diversas, se conocen como dolor abdominal de origen no traumático con una duración máxima de cinco días. Se clasifica en no urgente por ser afecciones en las que no es necesario tratamiento alrededor de las 24h primeras de evolución, y urgente a aquellas que si requerirán régimen terapéutico dentro de las 24 horas. (Asociación Mexicana de Cirugía General, 2017, pág. 978)

### **Causas**

*Depende de la fuente de origen*

1. Dolor abdominal de origen intraabdominal:
  - a) Por irritación o inflamación peritoneal por la liberación de sustancias implicadas en el proceso inflamatorio, por ejemplo, peritonitis química o bacteriana, pancreatitis aguda.
  - b) Por tensión o efecto mecánico de la serosa ocasionada por tracción, la distensión y estiramiento sobre las capas musculares de las vísceras huecas como en la obstrucción mecánica intestinal o de las vías biliares y uréteres; o por tensión en las capsulas de las vísceras macizas de órganos sólidos como hígado, bazo o riñón.
  - c) Por isquemia, por el cese de riego sanguíneo a una víscera como en enfermedades con compromiso vascular por enfermedad cerebrovascular,

trombosis, rotura, oclusión, compresión o torsión de su pedículo vascular o por enfermedades extravasculares.

2. Dolor abdominal de origen extra abdominal:

a) Referido: dolor localizado en un sitio distante al órgano abdominal originado, como en tórax, pelvis, por causas metabólicas, neurógenas y diversas.

Las causas quirúrgicas de abdomen agudo se producen por:

- Inflamación, infección, o ambas, (apendicitis, colecistitis abscesos intraabdominales.)
- Obstrucción (adherencias tumores, vólvulos, intususcepción e invaginación).
- Hemorragia (rotura de aneurismas, tumores, órganos sólidos como hígado o bazo, rotura de embarazo ectópico, traumatismo abdominal, sangrado posoperatorio).
- Isquemia (enfermedad cerebrovascular, trombosis, infarto esplénico o hepático, torsión de ovario, entre otros).

Las causas intraabdominales que simulan abdomen agudo que no requieren cirugía de urgencia son: pancreatitis aguda, gastritis aguda, hematoma retroperitoneal no evolutivo, peritonitis primaria, linfadenitis mesentérica, enfermedad aguda de la pelvis, ovulación dolorosa, hepatitis aguda. (Asociación Mexicana de Cirugía General, 2017, pág. 978)

### **Manifestaciones clínicas**

El dolor es la principal manifestación clínica en el abdomen agudo, si presenta otros síntomas como: emesis, hipertermia, náuseas se convertiría en un cuadro quirúrgico. Al valorar los signos y síntomas se debe indagar la intensidad, duración, localización y demás características del dolor, además de la cantidad de emesis y los valores del alza térmica en el cuadro clínico. (Ministerio de Salud, 2012)

### **Diagnostico**

El diagnostico se realiza a través de la entrevista y el examen físico en un 80% y exámenes complementarios en un 20%

En la exploración física al evaluar el dolor se debe indagar sus características sea tipo visceral, visceroparietal o parietal, evolución (menos de 6 horas, entre 6 y 48 horas, más de 48 horas), su intensidad sea leve, moderada o severa, su localización en caso de no encontrarse considerar riesgo peritoneal, además de indagar si el dolor migra o irradia desde que inicia, su aparición sea lenta o súbita, la duración y si fuera el caso manifestaciones clínicas asociadas. (Serrano Arenas, M. et al. s.f., págs 18 – 19)

En los exámenes complementarios se realizan exámenes de laboratorio como son: hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría venosa (si lo amerita) hemocultivos (sedimentación de orina), además de realizar electrocardiograma si fuese necesario, pruebas de imágenes pueden ser rayos x de tórax, rayos x de abdomen, ecografía abdominal. (Bassy Iza, N. et al. 2007, págs 571 – 572)

## **Tratamiento**

El conjunto de tratamiento etiológico y la analgesia son fundamentales, estudios determinan que el uso de analgesia no altera los datos subjetivos para distinguir si se trata o no de un caso quirúrgico en infantes. Se recomienda analgesia en dolor abdominal agudo en función de la intensidad del dolor que presenten. Ante un dolor leve la terapéutica será paracetamol, e ibuprofeno; cuando existiera dolor moderado la analgesia será metamizol, metamizol + buscapina, tramadol; en dolor intenso será cloruro morfíneo. (Muñoz-Santanach, D. y Luaces Cubells, C., 2019)

## **Epidemiología**

Los trastornos abdominales agudos se posicionan como uno de las principales causas de consulta en las unidades de salud, efectuándose en todas las edades de la vida, con un 10% en el ámbito hospitalario y 5% en la consulta de atención, que pueden requerir intervención quirúrgica. (Asociación Mexicana de Cirugía General, 2017, pág. 978)

## **Apendicitis Aguda**

Se define como apendicitis aguda a la “inflamación del apéndice vermiforme, constituye una versión de una diverticulitis, en la cual el apéndice representa un

largo divertículo con una luz estrecha. Representa la causa más común de abdomen agudo e indicación quirúrgica de urgencia en el mundo” (Hernández-Cortez, J., 2019, pág. 33).

## **Microbiología**

La apendicitis puede tener un origen infeccioso, presentándose en accesos. Sin embargo, existe relación con diversas bacterias y virus contagiosos en una población pequeña pacientes con apendicitis. La microflora del apéndice inflamado es distinta de lo que es el apéndice normal. Aproximadamente los aspirados de apéndices inflamados tienen anaerobios en un 60% en semejanza los aspirados de apéndices normales que equivalen un 25%. Los especímenes de tejido de la pared apendicular inflamada se desenvuelven en *Escherichia coli* y especies del género *Bacteroides* en el cultivo.

Las bacterias *Fusobacterium nucleatum/necrophorum* son responsables del 62% de apéndices inflamados en la microflora cecal, otras especies habituales son *Peptostreptococcus*, *Pseudomonas*, *Bacteroides splanchnicus*, *Bacteroides intermedius*, *Lactobacillus*, también se han identificado bacilos anaerobios gramnegativos difíciles de cultivar. Al parecer los pacientes con invasión de los tejidos por *Bacteroides* presentan gangrena o apendicitis perforada. (Liang, M. K., et al. 2015, pág. 1243)

## **Etiopatogenia**

La etiopatogenia de la apendicitis no se ha esclarecido del todo, sigue siendo enigmática. Sin embargo, se caracteriza por su fase inicial donde la obstrucción del lumen apendicular es causada por tejido linfoide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños, esto favorece la secreción de moco y el crecimiento bacteriano, generándose entonces distensión luminal y aumento de presión intraluminal. Posteriormente se produce obstrucción del flujo linfático y venoso, favoreciendo aún más el crecimiento bacteriano y desencadenando la producción de edema. La frecuencia de obstrucción de la luz aumenta con la gravedad del proceso inflamatorio. Se identifican casos de apendicitis aguda simple con un 40% de fecalitos y cálculos, apendicitis gangrenosa sin perforación con un 65% y los casos

de apendicitis gangrenosa con perforación con un 90%. (Liang, M. K., et al. 2015, pág. 1243)

Cuando la inflamación y la necrosis acontece, la secuencia previsible de fenómenos son conductores de riesgo a la perforación final del apéndice, acarreando la creación de abscesos localizados o peritonitis difusa. El lapso de tiempo para que ocurra la perforación apendicular es variante; así mismo se relaciona la perforación con el progreso de los cuadros clínicos apendiculares se considera menos de 24 horas es sin perforación apendicular y más de 48 horas es con perforación. (Hernández-Cortez, J., 2019, pág. 34)

### **Manifestaciones Clínicas**

Se clasifican de acuerdo a su evolución que a continuación se detalla:

**Evolución inicial:** Caracterizado por dolor inicial en la región periumbilical y después migra en la región de la fosa ilíaca derecha, presentando alzas terminales en rangos 37.5°C a 38.5°C, náuseas, emesis, inapetencias, con un tiempo no mayor de 24 a 36 horas de evolución.

**Evolución avanzada:** Caracterizado por dolor más generalizado el mismo migra en las diferentes regiones como flanco, fosa ilíaca derecha, hipogastrio, flanco contralateral o generalizado, presentando una facies séptica, deshidratación, aliento cetónico, alteración en constantes vitales (taquipnea, taquicardia, hipertermia en rangos 38°C a 38.5 °C), dolor a la descompresión y defensa más generalizados, algo poco frecuente es plastrón apendicular, con un tiempo mayor de 36 a 48 horas de evolución. (Cuervo, J.L., 2014, págs. 17 - 18)

### **Diagnóstico**

*Datos de laboratorio.*

Las pruebas de laboratorio juegan un papel crucial en el diagnóstico de la apendicitis debido a la gravedad en la respuesta inflamatoria que pueda presentar. La leucocitosis leve se presenta en pacientes con apendicitis aguda no complicada y usualmente se relaciona con una elevación de los polimorfonucleares. Por el contrario, la leucocitosis elevada (>20.000/ml) puede indicar una apendicitis

complicada con gangrena o perforación con o sin absceso. Un incremento de la concentración de proteína C reactiva (CRP) es un indicador potente de apendicitis, específicamente en la apendicitis complicada. En caso de las cifras bajas de leucocitos son debido a la linfopenia o la reacción séptica.

#### *Estudios de imágenes.*

Los rayos x de abdomen por lo general evidencian un fecalito y la carga fecal en el ciego el mismo se une a la apendicitis, son poco útiles para diagnosticar apendicitis aguda. La ecografía es útil en pacientes con dolor abdominal, especialmente para evaluar posible apendicitis. (Liang, M. K., et al. 2015, págs. 1244 – 1246)

#### **Sistemas de puntuación diagnóstico.**

La escala de Alvarado es el sistema de calificación más usado para descartar apendicitis. La misma ha cambiado la puntuación según los principios planteados a continuación: dolor migratorio hacia la fosa iliaca derecha (1 punto), anorexia (1 punto), náusea y emesis (1 punto), dolor en la palpación en la fosa iliaca derecha (2 puntos), rebote positivo en la fosa iliaca derecha (1 punto), temperatura mayor de 37.5 (1 punto) y leucocitosis (2 puntos).

Considerando la puntuación alcanzada será el manejo a seguir:

Puntuación de 0-3: Es un bajo riesgo para apendicitis y podría concluirse con la consejería de volver si no consiguiera mejoría sintomática.

Puntuación de 4-6: Es necesario realizar ingreso hospitalario; si la puntuación se mantiene luego de 12 horas, se recomienda realizar la intervención quirúrgica.

Se debe tener en cuenta en casos de sexo masculino con puntaje entre 7 a 9 se debe considerar apendicectomía, en casos de sexo femenino no gestante entre puntaje de 7 a 9 se debe considerar laparoscopia diagnóstica y apendicectomía si se encuentra indicada por los hallazgos transoperatorios. (Hernández-Cortez, J., 2019, pág. 36)

## **Tratamiento**

En los diferentes casos de apendicitis el tratamiento tiene como fin “la intervención quirúrgica y las acciones a realizar preoperatorio son antibióticos encaminados a los microorganismos patógenos, los mismo deben usarse en el postoperatorio” (Rebollar González, C. R., et al. 2009, pàg. 215)

### *Tratamiento preoperatorio:*

Todo paciente debe ser evaluado completamente; una vez diagnosticado con apendicitis aguda, el paciente debe recibir:

- a. Administración de fluidos intravenosos. en adecuadas cantidades de acuerdo al estado de deshidratación
- b. Administración de analgésicos intravenosos.
- c. Administración de antibióticos intravenosos. preoperatorios que abarquen un amplio espectro de microorganismos gastrointestinales patógenos como bacterias gram negativas. (Cuervo, J.L., 2014)

### *Tratamiento operatorio*

- a. Tratamiento operatorio convencional: Tiene como fin centrarse en resecar el órgano enfermo y en caso de existir una peritonitis se proseguirá a lavar y drenar la cavidad abdominal, la vía de abordaje depende del estado de evolución del paciente.
- b. Tratamiento por vía Laparoscópica: Es empleada para el tratamiento quirúrgico de las múltiples formas de la apendicitis, la misma favorece un buen campo operatorio, iluminación, proporciona un completo lavado de la cavidad abdominal y un adecuado drenaje, existen una leve posibilidad de absceso residual. (Brunicardi Charles F., 2007)

## **Complicaciones**

Según el lapso de tiempo acorde al inicio renuente del cuadro clínico:

- Primer día postoperatorio las posibles complicaciones son: hemorragia, evisceración por mala técnica, íleo adinámico.



- Segundo o tercer día postoperatorio las posibles complicaciones son: dehiscencia del muñón apendicular, atelectasia; Neumonía, I.T.U., fístula estercorácea.
- Cuarto o quinto día postoperatorio las posibles complicaciones son: infección de la herida operatoria.
- Séptimo día postoperatorio las posibles complicaciones son: absceso intraabdominal.
- Décimo día Postoperatorio las posibles complicaciones son: adherencias.
- Décimo quinto día o Más las posibles complicaciones son: bridas.

Existe un 30% de complicaciones en casos de apendicitis agudas con perforación y un 5% de complicaciones ocurren en la apendicitis aguda sin perforación. (Brunicardi Charles F., 2007)

## **Epidemiología**

La apendicitis aguda representa una de las intervenciones quirúrgicas abdominal no traumática de urgencia más común en el mundo; con una tasa anual de aproximadamente 100 por 100 000 personas, el riesgo de mostrarse en el ciclo de la vida es de 8.6% para el sexo masculino y de 6.7% para el sexo femenino. (Liang, M. K., et al. 2015, pág. 1243)

### **1.1. Justificación**

El abdomen agudo encierra un conjunto de patologías muy variadas por lo que, requiere diagnóstico rápido y preciso, el mismo evoluciona generalmente en menos de 48 horas puede llegar a estar acompañado de rigidez abdominal, incremento de sensibilidad abdominal con o sin rebote. Por su lado, el cuadro clínico de la apendicitis es iniciado por dolor abdominal en región periumbilical irradiándose en cuadrante superior derecho, con náuseas vómito, fiebre mayor a 38 centígrados. En este padecimiento la resolución es a través de una apendicetomía.

El propósito de este estudio de caso es la educación sanitaria como elemento prioritario sobre una buena práctica de los cuidados en enfermería en pacientes con diagnóstico dolor abdominal o evolución hacia apendicitis aguda, de tal manera que la identificación de la sintomatología en pacientes sea oportuna, así evitar posibles complicaciones, teniendo una recuperación favorable, mejorando las condiciones de vida y salud.

Este estudio de caso va dirigido a estudiantes y profesionales del área de la salud, es de suma importancia tener conocimiento acerca del tema indagado, es motivo de consulta en los diferentes establecimientos de salud, constantemente se presentan casos de abdomen agudo que se convierten en apendicitis, llegando a la necesidad de tener como tratamiento una intervención quirúrgica.

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo General**

Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente con apendicitis aguda de 28 años de edad.

### **1.2.2. Objetivos específicos**

Valorar las manifestaciones clínicas presentadas en la paciente con apendicitis aguda.

Plantear diagnósticos de enfermería acorde a la necesidad de la paciente con apendicitis aguda.

Ejecutar actividades enfermería para la recuperación de la paciente con apendicitis aguda.

## **1.3. Datos generales**

**Nombres Completos:** XXXX

**Edad:** 28 años

**Sexo:** Femenino

**Estado Civil:** Soltero

**Fecha de Nacimiento:** 13 de Enero de 1993

**Raza:** Mestizo

**Lugar de Nacimiento:** Guayaquil

**Nivel sociocultural/económica:** Media Baja

**Grupo Sanguíneo:** O+

## II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

### 2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

#### Motivo de consulta

Paciente de sexo femenino de 28 años de edad acude a la unidad de salud por el área de emergencia acompañado de familiar, presentando un cuadro clínico  $\pm$  36 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal, acompañado de náuseas, vómitos y fiebre.

#### Antecedentes

Antecedentes familiares: No refiere

Antecedentes patológicos personales: No refiere

Antecedentes ginecológicos: Cesárea, incisión horizontal tres años de evolución

Antecedentes alérgicos: No refiere

### 2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente de sexo femenino de 28 años de edad, ingresando al área de emergencia de la unidad de salud orientado en tiempo, espacio y persona, presentando un cuadro clínico de  $\pm$  36 horas de evolución caracterizado por dolor inicial al nivel de la región del hipogastrio que posterior se irradia a la región de la fosa iliaca derecha, acompañado de emesis, náuseas, malestar, irritabilidad, hipertermia de 39.5 °C, frecuencia cardiaca 110x', frecuencia respiratoria 22 x', saturación de oxígeno 99% y tensión arterial 124/62 mmHg

## **2.3. Examen físico (exploración clínica).**

### **2.3.1. Valoración cefalocaudal**

**Cabeza:** Normocéfalo, sin presencia de lesiones, cicatrices, nódulos o masas, cabello con buena implantación y color castaño claro.

**Cara:** Fascie pálida, sudorosa, caliente al tacto y expresiones faciales de dolor.

**Ojos:** Simétricos, pupilas isocóricas reactivas a la luz.

**Oídos:** Simétricos, conductos auditivos permeables, pabellones auditivos con buena implantación, con buena agudeza auditiva, sin presencia de lesiones o cicatrices.

**Nariz:** Simétrica, permeable, sin presencia de secreciones o lesiones.

**Cavidad Bucal:** Mucosa oral deshidratada, piezas dentarias completas, higiene adecuada.

**Cuello:** Simétrico, sin presencia de lesiones, cicatrices, ganglios linfáticos o adenopatías a la palpación.

**Tórax:** Simétrico, campos pulmonares ventilados, ritmos cardiacos rítmicos y taquicárdicos, sin presencias de lesiones, cicatrices o masas.

**Abdomen:** Blando depresible, mínimamente doloroso a la palpación, dolor profuso en la región de la fosa iliaca derecha.

**Genitales:** Normo configurados, sin presencia de anomalías en el área.

**Extremidades superiores e inferiores:** Simétricas, sin presencia de edematización en la zona, pulso periférico presente.

### **Medidas Antropométricas**

**Peso:** 58 kg

**Talla:** 1.65 m

**IMC:** 21.3

### **Signos Vitales**

**Frecuencia Cardíaca:** 110x´

**Frecuencia Respiratoria:** 22 x´

**Temperatura:** 39.5 °C

**Tensión Arterial:** 124/62 mmHg

**Saturación de Oxígeno:** 99%

### **2.3.2. Valoración de enfermería por patrones funcionales (Marjory Gordon)**

Paciente de sexo femenino de 28 años de edad consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, fascie pálida, sudorosa y caliente al tacto, mucosa oral deshidratada, refiriendo dolor profuso en la región de la fosa iliaca derecha, acompañado de náuseas, emesis, hipertermia y taquicardia.

#### **Patrón 1 Percepción – Manejo de la salud**

Paciente consciente orientada en tiempo, espacio y persona, sin presencia de alergias, refiere dolor, malestar y nauseas.

#### **Patrón 2 Nutricional – Metabólico**

Paciente refiere disminución en su alimentación en un lapso de tres meses en sus comidas, con un IMC 21.3 normo peso, temperatura de 39.5°C, mucosas orales deshidratadas, fascie pálida, sudorosa y caliente al tacto.

#### **Patrón 3 Eliminación**

Presenta diaforesis.

#### **Patrón 4 Actividad/Ejercicio**

Paciente con frecuencia cardíaca 110x´, frecuencia respiratoria 22 x´, saturación de oxígeno 99%, tensión arterial 124/62 mmHg, presenta malestar a caminar en su extremidad derecha, lo cual dificulta sus actividades cotidianas

#### **Patrón 5 Sueño/Descanso**

Paciente refiere no logra conciliar el sueño, duerme cortos periodos por las dolencias presentadas.

### **Patrón 6 Cognitivo/Perceptivo**

Paciente se encuentra consciente orientado en tiempo, espacio y persona, presenta irritabilidad, presenta dolor profuso en la región de la fosa iliaca derecha, escala de Eva del dolor en 9, sin cambios en los sentidos.

### **Patrón 7 Auto percepción – Autoconcepto**

Paciente refiere haber bajado de peso.

### **Patrón 8 Rol – Relaciones**

Vive junto a sus padres e hija

### **Patrón 9 Sexualidad – Reproducción**

Paciente de sexo femenino, una hija, no refiere pareja sexual.

### **Patrón 10 Adaptación Tolerancia al Estrés**

Intranquila y angustiada debido a las manifestaciones clínicas presentes.

### **Patrón 11 Valores y Creencias**

Refiere ser católica

#### **2.3.3. Patrones Funcionales Alterados**

Patrón 1 Percepción – Manejo de la salud

Patrón 2 Nutricional – Metabólico

Patrón 3 Eliminación

Patrón 4 Actividad/Ejercicio

Patrón 5 Sueño/Descanso

Patrón 6 Cognitivo/Perceptivo

Patrón 10 Adaptación Tolerancia al Estrés

## **2.4. Información de exámenes complementarios realizados**

En la apendicitis aguda es detectada a través del diagnóstico mayormente por la anamnesis y exploración física del paciente, además que se realiza un diagnóstico diferencial en el examen físico mediante la ubicación anatomía del apéndice inflamado, la edad, género y evolución en la que se encuentran. (Liang, M. K., et al. 2015, pág. 1243)

Los exámenes de laboratorio del presente caso clínico fueron:

### **Hemograma completo:**

Hematíes:  $3.7 \times 10^6/\mu\text{L}$

Hemoglobina: 11.9 g/dL

Hematocrito: 33%

Leucocitos:  $23 \times 10^9/\text{L}$

Plaquetas:  $250 \times 10^3/\mu\text{L}$

### **Formula leucocitaria:**

Segmentados: 73%

Linfocitos: 22%

Eosinófilos: 1.2%

### **Bioquímica sanguínea:**

Glucosa: 80 mg%

Urea: 25 mg/dL

Creatinina: 0,70 mg/dL

Ácido Úrico: 4,00 mg/dL

PCR: 15.3 mg/L

### **Electrolitos:**

Sodio: 120.3 mEq/L



Potasio: 3.8 mEq/L

Cloro: 100 mEq/L

### **Uroanálisis**

Aspecto: Transparente

Densidad: 1.015

pH: 7

Bacterias: -

Cetona: ++

Células: Epiteliales

Eritrocitos: 0 -1

### **Reporte de Ecografía Abdominal**

Aumento del lumen apendicular.

Hiperecogenicidad de mesenterio y grasa periapendicular.

Flecha larga: apendicolito.

Los exámenes de laboratorio e imagen permiten identificar la causa del abdomen agudo, la cual fue por apendicitis aguda.

En este caso clínico se confirma diagnóstico de apendicitis presentando deshidratación por el alza térmica, personal médico prescribe hidratación intravenosa, antipiréticos, antibióticos, nada por vía oral, curva térmica, interconsulta por cirugía.

#### **2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.**

En el caso clínico se presenta lo siguiente:

**Diagnóstico presuntivo:** Dolor abdominal

**Diagnóstico diferencial:** Gastroenteritis

**Diagnóstico definitivo:** Apendicitis aguda.

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

### **Conductas que determinan el origen del problema**

Paciente refiere que su alimentación anteriormente era poca saludable, la cual decidió cambiar sus hábitos alimenticios

### **Procedimientos a realizar**

De acuerdo a la valoración realizada tanto cefalocaudal y por patrones funcionales de Marjory Gordon, se identificaron las afecciones de la paciente de 28 años de edad con apendicitis aguda para lo cual da inicio al proceso de atención de enfermería

#### *Indicaciones medicas*

Nada por vía oral

Curva térmica

Balance Hídrico

Control, registro y vigilancia de signos vitales

Valoración por cirugía general

Canalización de vía endovenosa periférica catéter #18, administración de medicamentos y registro en Kardex

Exámenes de laboratorio e imagen



# PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA



NANDA: 00132  
NOC: 2102  
NIC: 1400

00132 Dolor Agudo

R/C: Apendicitis aguda

E/P: Escala de dolor Eva 9, cambios en parámetros fisiológicos, conducta expresiva (intranquilidad), diaforesis

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio:** Salud percibida

**Clase:** Sintomatología

**Etiqueta:** 2102 Nivel del dolor

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

**Campo:** 1. Fisiológico: Básico

**Clase:** E Fomento de la comodidad física

**Etiqueta:** 1400 Manejo del dolor

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
210201 Dolor referido	x				
210204 Duración de los episodios de dolor		x			
210226 Diaforesis			x		
210227 Nauseas			x		
210206 Expresiones faciales de dolor			x		
210228 Intolerancia a los alimentos			x		

- ACTIVIDADES**
- Vigilar signos vitales
  - Asegurar de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes
  - Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida
  - Explorar en el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor
  - Proporcionar información acerca del dolor
  - Disminuir o eliminar los factores que precipitan o aumentan la experiencia del dolor
  - Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor
  - Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica
  - Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos específicos



# PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA



NANDA: 0004  
NOC: 0703  
NIC:

00004 Riesgo de Infección

R/C: Apendicitis aguda

E/P: Hipertermia, taquicardia, cambios en la alimentación, intranquilidad

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio:** Salud fisiológica (II)

**Clase:** Respuesta inmune (H)

**Etiqueta:** 0703 Severidad de la infección

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

**Campo:** 4. Seguridad

**Clase:** V Control de riesgos

**Etiqueta:** Control de infecciones

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
070307 Fiebre		X			
070333 Dolor	X				
070311 Malestar general			X		
070332 Pérdida del apetito			X		
070326 Aumento de leucocitos					
070327 Disminución de leucocitos					

- ACTIVIDADES**
- Control y vigilancia de signos vitales
  - Fomentar la ingesta de líquidos
  - Administrar un tratamiento antibiótico
  - Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección
  - Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones
  - Vigilar signos que aumenten/disminuyan la infección
  - Explicar tratamiento primarios y secundarios



# PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA



NANDA: 00007  
NOC: 0800  
NIC: 3740

00007 Hipertermia

**R/C:** Apendicitis aguda, mucosas orales deshidratadas

**E/P:** Fascie caliente al tacto, diaforesis, taquicardia, aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio:** Salud fisiológica (II)

**Clase:** Regulación metabólica (I)

**Etiqueta:** 0800 Termorregulación

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

**Campo:** Fisiológico: Complejo (II)

**Clase:** Termorregulación (M)

**Etiqueta:** 3740 Tratamiento de la Fiebre

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
080010 sudoración con el calor		X			X
080017 frecuencia cardiaca		X		X	
080001 temperatura cutánea aumentada	X		X		
080020 hipertermia	X		X		
080014 deshidratación		X		X	
080018 disminución de la temperatura cutánea			X		X
080005 irritabilidad		x		x	

- ACTIVIDADES**
- Monitorizar los signos vitales
  - Realizar curva térmica
  - Observar el color y la temperatura de la piel
  - Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos
  - Administrar medicamentos o líquidos i.v.
  - Fomentar el consumo de líquidos
  - Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de afección causante de la fiebre
  - Aplicar medios físicos

## **2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.**

En caso clínico expuesto se aplicó la teoría de las 14 necesidades Virginia Henderson, para lo cual realice el proceso de atención de enfermería aplicando las cinco fases como son: valoración del paciente, diagnóstico enfermero, planificación de las intervenciones de enfermería acorde a las necesidades alteradas en él paciente, ejecución de las intervenciones de enfermería planteadas y evaluación del paciente posterior a la aplicación del plan de cuidado con la finalidad de mejorar la salud del paciente.

La teoría de Virginia Henderson conceptualiza a la enfermería como el personal de salud que proporciona ayuda al individuo para lograr la satisfacción de sus 14 necesidades humanas, así mismo conseguir la independencia de la paciente junto al desarrollo de la fuerza, voluntad y conocimientos utilizando tanto los recursos externos como internos para recuperar su salud. Las intervenciones de enfermería se aplican al paciente, familia o sociedad en general acorde a sus necesidades mediante el proceso de atención en enfermería, la misma considera a las necesidades se manifiestan y satisfacen de manera diferente en cada individuo, además que cada una interactúa entre sí, al estar alteradas no pueden entenderse entre sí, por lo mismo se aíslan, por lo cual el personal de enfermería logra ayuda al individuo a conseguir independencia como medida de éxito, en últimos casos de no alcanzarla como es en los casos la muerte inevitable se ayudara al individuo aceptar sus limitaciones. (Bellido Vallejo, J.C., et al., s.f., págs. 19 – 22)

En el presente caso clínico la paciente se encuentra con signos y síntomas que alteran sus 14 necesidades, por lo mismo se aplica la teorizante para ayudar a identificar dichas necesidades la cual la mantiene dependiente para satisfacerlas, posteriormente crear un plan de cuidados de enfermería a aplicar en la paciente para satisfacer sus necesidades y mejorar su estado de salud logrando su independencia.

En los procesos de atención de enfermería expuestos anteriormente se puso en práctica la teorizante de las 14 necesidades de Virginia Henderson junto con las herramientas que lo crean la cual es la formulación de diagnóstico enfermero, estableciendo resultados a esperarse y determinar las intervenciones con el fin de mejorar el estado de salud, para lo mismo se detallan a continuación:

1. Respirar normalmente: Paciente no refiere dificultad respiratoria, frecuencia respiratoria 22 x', saturación de oxígeno 99% y fascie pálida.
2. Comer y beber adecuadamente: Paciente refiere disminución en su alimentación en un lapso de tres meses en sus comidas, con un IMC 21.3 normo peso, mucosas orales deshidratadas.
3. Eliminar por todas las vías corporales: Diaforesis.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas: Presenta malestar a caminar en su extremidad derecha, lo cual dificulta sus actividades cotidianas.
5. Dormir y descansar: Paciente refiere no logra conciliar el sueño, duerme cortos periodos por las dolencias presentadas.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse: Paciente presenta un aspecto limpio y ropa cómoda.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente: Debido al proceso infeccioso presenta alza térmica de 39.5°C, se aplican medios físicos.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: Se realiza baño de esponja en su cama.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas: Presenta dolor profuso en la región de la fosa iliaca derecha, escala de EVA del dolor en 9
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones: Paciente se encuentra consciente orientado en tiempo, espacio y persona, presenta irritabilidad
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias: Paciente refiere ser católico.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal: Vive junto a sus padres e hija
13. Participar en actividades recreativas: Paciente refiere recuperarse para volver a sus actividades cotidianas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles: Paciente desea estar informada de cada paso que se da

Se encontraron diferentes necesidades de acuerdo a la teorizante de Virginia Henderson como son: Comer y beber adecuadamente, Eliminar por todas las vías corporales, Moverse y mantener posturas adecuadas, Dormir y descansar, Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente, Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

### **Proceso de Cuidados de Enfermería**

#### Dolor Agudo

- Vigilar signos vitales
- Asegurar de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida
- Explorar en el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor
- Proporcionar información acerca del dolor
- Disminuir o eliminar los factores que precipitan o aumentan la experiencia del dolor
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor
- Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica
- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos específicos

#### Riesgo de Infección

- Control y vigilancia de signos vitales
- Fomentar la ingesta de líquidos
- Administrar un tratamiento antibiótico
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones
- Vigilar signos que aumenten/disminuyan la infección



- Explicar tratamiento primarios y secundarios

#### Hipertermia

- Monitorizar los signos vitales
- Realizar curva térmica
- Observar el color y la temperatura de la piel
- Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de

las pérdidas insensibles de líquidos

- Administrar medicamentos o líquidos i.v.
- Fomentar el consumo de líquidos
- Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y

de signos y síntomas de afección causante de la fiebre

- Aplicar medios físicos

### **2.8. Seguimiento.**

Paciente es ingresada en la unidad de salud en el área de observación brindando las intervenciones de enfermería acorde con la prescripción médica

En el día 1 paciente de sexo femenino de 28 años de edad con diagnóstico de apendicitis aguda se encuentra orientada en tiempo espacio y persona, con fascie pálida, caliente al tacto, sudorosa, intranquila, mucosa oral deshidratada, hipertermia, taquicardia, abdomen blando depresible, mínimamente doloroso a la palpación, dolor profuso en la región de la fosa iliaca derecha acompañado de emesis, náuseas, malestar, se encuentra canalizada con vía endovenosa periférica, pulsera de identificación, acompañada de familiar, en espera de interconsulta con cirugía general, nada por vía oral, se brindan las intervenciones de enfermería e indicaciones médicas.

En el día 2 paciente de sexo femenino de 28 años de edad con diagnóstico de apendicitis aguda fue intervenida quirúrgicamente en la noche para la extracción del apéndice según indicación por cirugía general, reportan no haber tenido complicaciones durante la intervención paciente consciente en tiempo espacio y persona, con herida quirúrgica apósito limpio, seca, sin signos de infección en el área, presenta dolor en el área y malestar general, se encuentra con terapia del

dolor, sin presencia de edema, hipertermia, náuseas, dieta líquida, se aplican las intervenciones de enfermería e indicaciones medicas

En el día 3 paciente de sexo femenino de 28 años de edad con diagnóstico de apendicitis aguda se encuentra postquirúrgico tras extracción del apéndice se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona con herida quirúrgica con apósito limpio y seco, su escala de dolor Eva en 4, leve malestar en los cambios de posición, dieta general, se sigue indicaciones médicas y se brindan las intervenciones de enfermería

En el día 4 paciente de sexo femenino de 28 años de edad con diagnóstico de apendicitis aguda se encuentra postquirúrgico tras extracción del apéndice se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, con 12 horas de evolución con su dolor según escala de Eva en 2, malestar al realizar movimientos fuertes, se recanaliza con catéter #20, se realiza curación de la herida querida con apósito limpio, seco, sin presencia de signos de infección, se envía muestra para exámenes de laboratorio en espera de resultados para evaluar, se sigue indicaciones médicas y se brindan las intervenciones de enfermería.

En el día 5 paciente de sexo femenino de 28 años de edad con diagnóstico de apendicitis aguda se encuentra postquirúrgico tras extracción del apéndice se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, recibe el alta médica tras mostrar evolución favorable, sin signos de infección en herida quirúrgica, exámenes de laboratorio en rangos normales, sin presencia de signos de alarma, se brindan indicaciones postalta para cuidados en el hogar, limpieza de la herida, apego al tratamiento farmacológico, signos de alarma para acudir a la unidad más cercana, acudir a controles médicos al subcentro que pertenece.

#### *Indicaciones Medicas*

- Nada por vía oral
- Curva térmica
- Balance Hídrico
- Cloruro de Sodio 0.9% 1000 ml
- Paracetamol IV
- Terapia para el dolor

- Ceftriaxona IV
- Omeprazol IV
- Exámenes de laboratorio

## **2.9. Observaciones.**

Paciente al ingresar a la casa de salud con hipertemia, taquicardia, náuseas, dolor en escala de Eva 9, emesis, malestar general, fascie pálida, caliente al tacto, diaforesis, se aplican las indicaciones médicas, se crea y aplica el proceso de atención de enfermería, teniendo como fin el alta médica de la paciente.

## CONCLUSIONES

En el presente caso clínico se tuvo como conclusión al abdomen agudo un síndrome inflamatorio que en el caso fue por apendicitis que se caracterizó por dolor profuso en la región de la fosa iliaca derecha, acompañado de náuseas, emesis, hipertermia y taquicardia, la misma patología debe ser atendida inmediatamente para evitar complicaciones como es la perforación del apéndice, para lo mismo se actuó de manera inmediata realizando valoración se halló fascie pálida, caliente al tacto, sudorosa, intranquila, mucosa oral deshidratada, hipertermia, taquicardia, abdomen blando depresible, mínimamente doloroso a la palpación, dolor profuso en la región de la fosa iliaca derecha acompañado de emesis, náuseas, malestar, además de confirmar diagnóstico de apendicitis aguda tras realización de ecográfica abdominal para la posteriormente se creó tres diagnóstico enfermero dolor agudo, riesgo de infección e hipertermia acorde a las necesidades del paciente, se elaboro y ejecuto intervenciones de enfermería en la cual se logró la independencia de la paciente alcanzando el alta medica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C. y el Consejo Mexicano de Cirugía General, A. C. (2017). *Tratado de Cirugía General. Manual Moderno*.
- Bassy Iza, N., Rodríguez Solís, J., Esteban Dombriz, M.J. y Chaves López, R. (2007). Tratado de Geriatria para residentes. En *Abdomen Agudo* (págs. 567 - 573). Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Bellido Vallejo, J.C., Ríos, A., y Fernández Salazar, S. (s.f.). Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. En *Modelo de Cuidados de Virginia Henderson* (págs. 17 - 33). Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- Brunicardi Charles F. (2007). *Manual de Cirugía de "Schwartz"*. McGraw-Hill.
- Cuervo, J.L. (2014). Apendicitis aguda. *Rev. Hosp. Niños*, 56(252), 15 - 31. <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2014/04/15-31-Apendicitis.pdf>
- Hernández-Cortez, J., De León-Rendón, J. L., Martínez-Luna, M. S., Guzmán-Ortiz, J. D., Palomeque-López, A., Cruz-López, N., y José-Ramírez, H. (2019). Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cirujano genera*, 41(1), 33 - 38.
- Liang, M. K., Andersson, R. E., Jaffe, B. M. y Berger, D. H. . (2015). Schwartz Principios de Cirugía. En *El Apèndice* (págs. 1241 - 1262). Mc Graw Hill Interamericana.
- Ministerio de Salud. (2012). Dolor Abdominal Agudo. *Guías Clínicas de Cirugía General*, 52 - 54. [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia\\_cirugia\\_general.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_cirugia_general.pdf)
- Muñoz-Santanach, D. y Luaces Cubells, C. (2019). Dolor abdominal agudo. *Pediatría Integral*, 1(XXIII ), 15 - 24. [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii01/02/n1-015-024\\_CarlesLuaces.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii01/02/n1-015-024_CarlesLuaces.pdf)

- Prieto, R. G., Carvajal, G. D., Santos, J. H., Upegui, D., Rendón, J. (2016).  
Causas inesperadas de abdomen agudo. *Revista Colombiana de Cirugía*,  
31(4), 269-275. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355549418006>
- Rebollar González, C. R., Garcia Alvarez, J., y Trejo Téllez, R. (2009). Apendicitis  
aguda: Revisión de la literatura. *Revista del Hospital Juárez de México*,  
76(4), 210 - 216. [https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-  
2009/ju094g.pdf](https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2009/ju094g.pdf)
- Serrano Arenas, M., Cadena Angarita, H., Contreras Grimaldos, L. A., Villar  
Centeno, L. A., y Reyes Serpa, W. G. (s.f.). Abdomen Agudo. *Guías de  
práctica clínica basadas en la evidencia*, 18 - 19.

## ANEXOS

Evidencia fotográfica con la paciente en su unidad



Ecografía abdominal

