

Nombre de la alumna:

Yuleidy Nataly Perez Roblero

Nombre del profesor:

Lic. ervin silvestre castillo

Licenciatura:

9no. "A" De Licenciatura En Enfermería Escolarizado.

Materia:

PASIÓN POR EDUCAR

Practicas ´profesionales

Nombre del trabajo:

Tesis del tema:

“apendicitis aguda ”

La apendicitis aguda ha sido una causa de abdomen agudo que requiere tratamiento quirúrgico, es la emergencia quirúrgica más común la incidencia en hombres que en mujeres de 20 años hasta menor de los 50 años de edad, la apendicitis aguda se da por el bajo consumo de fibra ; ya que las heces se vuelven duras y eso hace un factor de riesgo muy importante para la obstrucción de la luz , cuando esto pasa la presión intraapendicular aumenta y el moco es constante y el espacio es reducido y esto hace que el halla una inflamación de la apéndice . Este proceso inflamatorio progresa involucrando salerosa del apéndice que inflama el peritoneo parietal resultado en el cambio característico del dolor de la fosa iliaca derecha. Las causas más comunes es por los fecalitos acumulados, seguido por la hiperplasia linfoidea, fibras de vegetales, semillas de frutas semillas de frutas, restos de bario de estudios radiológicos previos, gusanos intestinales y tumores como los carcinoides.

Su diagnóstico se basa en una historia clínica completa, un examen físico bien orientado y en una adecuada interpretación de los exámenes de laboratorio; la historia clínica enfocada en la evolución del dolor y los síntomas asociados así como los hallazgos obtenidos durante el examen físico son aún las piedras angulares, Anorexia y náusea acompañan frecuentemente al dolor abdominal, el vómito puede presentarse pero rara vez se presenta antes de la instauración del dolor. También en el diagnóstico se encuentra la radiología simple de abdomen no debe ser utilizada de rutina, pero puede ser útil en casos de clínica atípica y duda diagnóstica es decir que no se puede utilizar como una prueba muy común , lo que si es viable son las pruebas de gabinete , La mayoría de los pacientes cuentan con un hemograma previo a la realización de la cirugía como parte de los estudios básicos, se observa muy frecuentemente leucocitosis , Los análisis de orina son solicitados usualmente para excluir la posibilidad de infección del tracto urinario cuando esta se sospecha, pudiéndose encontrar y/o hematuria sin bacteriuria en un tercio de los pacientes con apendicitis debido a la proximidad del uréter y la vejiga. Pero diagnóstico más propensos es cuadro clínico y los signos de criterios como por ejemplo: el punto de Mc Burney que consiste en presionar el tercio medio del ombligo a fosa iliaca derecha, el signo del obturado se flexiona la cadera y se coloca la rodilla en un ángulo recto realizando una rotación de la extremidad inferior lo que causa dolor en caso de una apéndice entre muchas otras más. El tratamiento de la apendicitis aguda se basa en la resucitación inicial del paciente y el tratamiento quirúrgico definitivo. Al momento del diagnóstico el paciente usualmente se encuentra deshidratado y puede estar febril, acidótico y séptico En caso de apendicitis aguda no perforada una dosis única de cefalotoma o ampicilina resulta suficiente para lograr dicho beneficio. Sin embargo en casos de apendicitis perforada se ha utilizado una triple asociación antibiótica con ampicilina, gentamicina y metronidazol/clindamicina