



Nombre del alumno:

Alan Ivan Hernández Calderón.

Nombre del profesor:

Rubén Eduardo Domínguez García.

Profesionalización.

Materia:

Enfermería quirúrgica.

PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del trabajo:

Anatomía y fisiopatología quirúrgica apéndice.

ANATOMÍA Y FISIOPATOLOGÍA QUIRÚRGICA

En el siguiente ensayo hablo sobre la apendicitis que en nuestros tiempos continúa siendo la patología quirúrgica de urgencia más frecuente y según los que se encuentra sobre este tema es la causa principal de abdomen agudo quirúrgico. Es conocido que el diagnóstico de apendicitis aguda, por lo general suele ser de fácil reconocimiento clínico en manos de un cirujano con experiencia, sin embargo, puede tener una presentación clínica muy variada, y ofrecer serias dificultades diagnósticas, especialmente en niños, ancianos, embarazadas, obesos y en pacientes inmunosuprimidos lo que muchas veces logra confundir al médico tratante y llevarlo a tomar una conducta inadecuada.

Dada las complicaciones que pueden seguir a un cuadro de apendicitis aguda, es importante mantener un alto índice de sospecha diagnóstica y una indicación relativa. El apéndice cecal se encuentra normalmente ubicado en la fosa ileaca derecha, y es una prolongación del ciego, mide entre 6 y 10 cm de largo y entre 3 y 5 mm de diámetro su implantación en el ciego es constante y se encuentra a 2 cm del orificio ileocecal donde convergen las tres tenias del colon. Posee un meso independiente que contiene a los vasos apendiculares. Anatómicamente posee las cuatro capas del intestino a nivel de la mucosa presenta folículos linfoides que están presentes desde la segunda semana de vida.

La teoría más aceptada sobre patogénesis de la apendicitis aguda, es la postula la obstrucción de la luz del apéndice como desencadenante. La obstrucción de la luz estaría causada principalmente por una hiperplasia linfoidea en el 60% de los casos, un fecalito entre el 35% y por cuerpos extraños, parásitos y estenosis inflamatorias o tumorales el resto. La hiperplasia linfoidea es más común entre jóvenes y los fecalitos en adultos, una vez obstruida la luz apendicular, se produce una acumulación de las secreciones normales de la mucosa del apéndice y un sobre crecimiento bacteriano, esto determina un aumento de la presión intraluminal, generando una distensión de la pared, que estimula los nervios del dolor abdominal difuso.

Si bien se ha reportado avances del diagnóstico de la apendicitis aguda por medio de estudios complementarios de diagnóstico, ninguno ha mostrado superar la evaluación clínica. El síntoma inicial y el más frecuente es el dolor abdominal, que se acompaña luego náuseas anorexia. La cronología del dolor en la apendicitis aguda fue descriptiva por Murphy y se encuentra en aproximadamente en el 60% de los pacientes con apendicitis aguda.

Al principio del dolor es de tipo visceral y de una intensidad moderada, de localización no muy bien definida, que es referida como epigástrica o peri umbilical. En la medida que la inflamación del apéndice progresa y compromete el peritoneo parietal entre cuatro y doce horas del inicio del cuadro, el dolor se vuelve somático, comienza aumentar de intensidad y se va localizando en la fosa ileaca derecha.

El paciente presenta fiebre moderada, que aumenta entre un grado y un grado y medio. El aumento de temperatura es mayor cuando el apéndice se perfora y presenta una complicación. El sitio de mayor de dolor depende de la localización del apéndice, pero se sitúa en el punto de Mc Burnney, que se encuentra en la unión de los dos tercios proximales.

La mayoría de los pacientes con apendicitis aguda, tiene una leucocitosis moderada, con desviación a la izquierda. Existe un grupo de pacientes especialmente entre los ancianos, que pueden presentarse con valores normales de glóbulos blancos. El valor de radiografía simple de abdomen, reside en colaborar en el diagnóstico diferencial de otras patologías. Pueden demostrar distensión o nivel hidroaereo a nivel de íleon terminal.