



## **Mi Universidad**

**NOMBRE DEL ALUMNO: Yarenis Marilin Rodriguez Diaz**

**TEMA: Apendicitis**

**PARCIAL: 2**

**MATERIA: Prácticas Profesionales**

**NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. Ervin Silvestre Castillo**

**LICENCIATURA: Lic. Enfermería**

**CUATRIMESTRE: 9**

# APENDICITIS

## ANATOMIA

Embriológicamente el apéndice es parte del ciego, formándose en la unión distal en donde se unen las tres tenias. Histológicamente el apéndice es similar al ciego e incluye fibras musculares circulares y longitudinales

El apéndice es similar al ciego e incluye fibras musculares circulares y longitudinales.

La longitud varea de la completa agenesia hasta de un tamaño mayor de los 30 cm, siendo el promedio de 5 a10 con un grosor de 0.5-1 cm.

El mesenterio del apéndice pasa por detrás de íleon y terminal y es continuación del mesenterio del intestino delgado.

## ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA

Presumiblemente la baja ingesta de fibra en la dieta en los países desarrollados predispone a la producción de heces duras, lo cual ocasiona una mayor presión intratómica en información de fecalitos incrementada, con un riesgo mayor de la obstrucción de la luz apendicular,, sin embargo, los estudios hasta este momento no han sido concluyentes

En estaetapa más de 90% de los pacientes adultos presentan anorexia al igual que 50% de los pacientes pediátricos<sup>16</sup> y deltotal 60% presentarán náusea. Salvo esta excepción en los adultos: un paciente que presenta apetito, debe hacer dudarel diagnóstico. Las evacuaciones diarreicas en los adultosson raras, siendo más común en los niños

## BACTERIOLOGIA

*Bacteroides Fragilis* se presenta en más de T0% de pacientes con apéndice fase III. En general más de 10 especies pueden ser cultivadas en pacientes con apendicitis infectada y típicamente los microorganismos anaerobios superan a los aerobios en una proporción

## Cuadro clínico

El diagnóstico de la apendicitis aguda continúa siendoclínico. una historia clínica bien desarrollada, asi como una buena exploración física dan el diagnóstico en la mayoría de los casos

- **Punto de Morris:** Punto doloroso en la unión del tercio medio con el tercio interno de la línea umbílico espinal derecha. Se asocia con la ubicación retroileal del apéndice.
- **Punto de Lanz:** Punto doloroso en la convergencia de la línea interespinal con el borde externo del músculo recto anterior derecho. Se asocia con la ubicación en hueco pélvico del apéndice.

## Laboratorios

El hallazgo más común es la elevación de los leucocitos a 15,000 mm<sup>3</sup>. Sin embargo, no es un hallazgo que siempre está presente. Pieper, et al. realizaron un estudio con 493 pacientes en los cuales sólo 67% presentaban un leucocitosis mayor a 11 mm. El resto de los hallazgos laboratoriales es irrelevante e inconstante.

## Radiografías de abdomen

El hallazgo patognomónico es el apendicolito encontrado únicamente de 5-8%, otros hallazgos no patógeno- mónicos, pero encontrados comúnmente son gas en el apéndice, íleo paralítico localizado, pérdida de la sombra cecal, borramiento del psoas derecho, escoliosis de-recha, opacidad en la fosa ilíaca derecha, líquido o aire libre

## TAC

Los criterios están bien establecidos para diferenciar un apéndice normal de uno inflamado: Visualización del apéndice y diámetro de 6 o más mm con sensibilidad y especificidad de 87-100% y de 95-99%, respectivamente

## TRATAMIENTO

En cualquier caso de apendicitis aguda el tratamiento es quirúrgico y el uso de antibióticos en el pre y en el postoperatorio debe de ir encaminado hacia los microorganismos principalmente aislados como se menciona en los cuadros del texto anteriores posteriormente ajustados al resultado del cultivo tomado durante el acto quirúrgico.