



NOMBRE DEL ALUMNO: KARINA LISSETH GARCIA GARCIA.

TEMA: APENDICITIS.

PARCIAL: 2.

MATERIA: PRACTICAS PROFESIONALES.

NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. ERVIN SILVESTRE.

LICENCIATURA: LIC. EN ENFERMERÍA.

**CUADRO
SINÓPTICO**

Apendicitis aguda

Es la principal causa de abdomen agudo quirúrgico, su prevalencia es mayor entre la 2ª y 4ª décadas debido a la fisiopatología del padecimiento

Anatomía

Embriológicamente es parte del ciego formándose en la unión distal en donde se unen las tres tenias.

Puede tener mantener diversas posiciones, clásicamente se ha postulado la retrocecal, retoileal, pélvica, cuadrante inferior derecho y cuadrante inferior izquierdo.

Epidemiología

El riesgo de presentar apendicitis durante toda la vida es de 6-7%. El pico de mayor incidencia es durante la segunda y tercera década de la vida.

Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino siendo de 1 por cada 35 afectados y de 1 por cada 50 pacientes femeninas.

Etiología y fisiopatología

Las causas más común de la obstrucción intestinal son los fecalitos, seguido de la hiperplasia linfoidea, fibras vegetales, semillas de frutas, restos de bario de estudios radiológicos previos, gusanos intestinales y tumores como los cinoides.

Este proceso inflamatorio progresa involucrando la serosa de la apéndice que inflama el peritoneo parietal resultando en el cambio característico del dolor hacia la fosa iliaca derecha.

Cuadro clínico y presentación

En la etapa inicial el dolor aumenta en el transcurso de 12 a 24 horas y se presenta en 95% de los pacientes, el orden de ocurrencia de la sintomatología; dolor, anorexia, aumento de la sensibilidad febre y leucocitosis.

Punto doloroso 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.

Signo de Sumner

Defensa involuntaria de los músculos de la pared abdominal sobre una zona de inflamación intraperitoneal.

Signo de Aaron

Consiste en dolor en epigastrio o región precordial cuando se palpa la fosa iliaca derecha.

Signo de Roving

Dolor en fosa iliaca derecha al comprimir la fosa iliaca izquierda, es explicado por el desplazamiento de los gases por la mano del explorador del colon descendente hacia el transversos.

Diagnostico

La clásica presentación se da en pacientes con el cuadro clínico de apendicitis que ha persistido por uno o dos días asociada a fiebre y que después remite junto con el dolor.

Laboratorios

El hallazgo mas común es la elevación de los leucocitos a 15, 000 mm. Sin embargo no es un hallazgo que este siempre presente.

Diagnostico diferencial

Se debe de realizar un diagnostico diferente prácticamente con cualquier patología con potencial afectada del cuadrante inferior derecho:

- Niños: infección de vías áreas, enfermedad diarreica, neumonía, etc.
- Mujeres: enfermedades ginecológicas.
- Hombres: torsión testicular. Epididimitis, infección en las vías urinarias.

Imagenologia

- Radiografía de abdomen: el hallazgo patognomónico es el apendicolito encontrado únicamente de 5-8%.
- Ultrasonido: incluye la visualización de una imagen tubular, localizada en la FID, cerrada en un extremo, no compresible por medio del transductor, con un diámetro transversal mayor a 6 mm y una pared engrosada mayor de 2 mm.