



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: Olivar Pérez Santizo

TEMA: Apendicitis aguda

MATERIA: Prácticas profesionales

PARCIAL: II

NOMBRE DEL PROFESOR: Lic. Ervin Silvestre Castillo

LICENCIATURA: En enfermería

CUATRIMESTRE: 9°

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS. A 11 DE JUNIO DEL 2023.

APENDICITIS AGUDA

Definición de apendicitis

La apendicitis es la inflamación del apéndice, estructura anexa en forma de bolsa que se proyecta desde el colon en el lado inferior derecho de abdomen. Esta inflamación puede causar dolor intenso entre otra sintomatología y puede llegar a ser una urgencia médica.

Apendicitis aguda

La 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, es por ello que es importante conocer ampliamente su anatomía, fisiopatología y evolución a fin de hacer el diagnóstico y proporcionar el tratamiento oportuno.

Diagnostico (introducción)

Su diagnóstico continúa siendo clínico, el interrogatorio y la exploración física son vitales, por ello se describirá ampliamente la mayoría de los signos y síntomas a encontrar durante la evolución del padecimiento.

Anatomía

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 puede mantener diversas posiciones, clásicamente se han postulado la retro cecal, retro ileal, pélvica, cuadrante inferior derecho y cuadrante inferior izquierdo,³ sin embargo, puede mantener cualquier posición en sentido de las manecillas del reloj en relación con la base del ciego.

EPIDEMIOLOGIA

Prevalencia de apendicitis

. El riesgo de presentar apendicitis durante toda la vida es de 6-7%. El pico de mayor incidencia es durante la segunda y tercera décadas de la vida, y es rara en menores de cinco o mayores de 50 años. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino siendo de 1 por cada 35 afectados y de 1 por cada 50 en pacientes femeninas. Después de los 70 años de edad el riesgo de presentar apendicitis es del 1%. En la juventud el promedio de presentación es de 1.3:1 entre hombres y mujeres.

APENCITIS AGUDA

ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA

Baja ingesta de fibra

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 intracólica con formación de fecalitos incrementada, con un riesgo mayor de la obstrucción de la luz apendicular

Formación de fecalitos

La causa 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 carcinoides.

Obstrucción de luz apendicular

La obstrucción de la luz apendicular produce una apendicitis. En especial la obstrucción luminal proximal por numerosos factores provoca el aumento de la presión intra-apendicular, ya que la producción de moco es constante y la capacidad intra-apendicular es a penas de 0.1 mL de capacidad.

FASES DE LA APENDICITIS

Fase I

Fase catarral o edematosa
Se presenta hiperemia de la pared del apéndice, congestión vascular a predominio venoso, disminución del flujo linfático y venoso. Apéndice eritematoso.

Fase II

Fase flegmonosa o supurativa
Mayor congestión venosa con disminución del flujo linfático y venoso. Aparece exudado fibrinopurulento.

APENCITIS AGUDA

Fase III

Fase gangrenosa

Existe compromiso arterial, linfático y venosa, necrosis de la pared con gran componente inflamatorio. Mayor cantidad de líquido purulento, microabsceso, apéndice rígido y duro.

Fase IV

Fase perforada

Se perfora la pared apendicular y su contenido se vacía en la cavidad abdominal y produce peritonitis localizada o peritonitis difusa.

Bacteriología

Bacteroides fragilis se presenta en más de 70% 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 de 3:1.

Cuadro clínico y presentación

En la etapa inicial de la apendicitis el dolor aumenta en el transcurso de 12 a 24 horas y se presenta en 95% de los pacientes con esta entidad. El dolor es mediado por fibras viscerales aferentes del dolor, se caracteriza por ser poco localizado en epigastrio a nivel periumbilical, ocasionalmente como si fuera un calambre que no mejora.

MANIOBRAS Y SIGNOS DESCRIPTIVOS

Punto doloroso de McBurney

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 ilíaca derecha.

APENCITIS AGUDA

Signo de
Blumberg

Dolor en fosa ilíaca derecha a la descompresión. Se presenta en 80% de los casos.

Signo de
Rovsing

Dolor en fosa ilíaca derecha al comprimir la fosa ilíaca izquierda, es explicado por el desplazamiento de los gases por la mano del explorador del colon descendente hacia el transverso, colon ascendente y ciego, que al dilatarse se moviliza produciendo dolor en el apéndice inflamado.

Signo de
obturador

Se flexiona la cadera y se coloca la rodilla en ángulo recto, realizando una rotación interna de la extremidad inferior, lo que causa dolor en caso de un apéndice de localización *pélvica*

DIAGNOSTICO

Laboratorio

El hallazgo más común es la elevación de los leucocitos a 15,000 mm³. 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 una leucocitosis mayor a 11 mm³. El resto de los hallazgos laboratoriales es irrelevante e inconstante.

Diagnostico
diferencial

Se debe realizar un diagnóstico diferencial prácticamente con cualquier patología con potencial afectación del cuadrante inferior derecho. En los niños menores de cinco años, enfermedades extra abdominales como: infección de vías aéreas superiores, neumonía, meningitis, enfermedad diarreica aguda, gastroenteritis.

APENCITIS AGUDA

IMAGENOLOGIA

Radiografía de abdomen

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

Ultrasonido

Los criterios para el diagnóstico ecográfico de apendicitis aguda incluyen 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.

TAC

Los criterios están bien establecidos para diferenciar un apéndice normal de uno inflamado: Visualización del apéndice y diámetro de 6 o más mm³⁵ con sensibilidad y especificidad de 87-100% y de 95-99%, respectivamente.

TRATAMIENTO

Procedimiento quirúrgico

En cualquier caso de apendicitis aguda el tratamiento quirúrgico y el uso de antibióticos en el pre y en el postoperatorio debe de ir encaminado hacia los microorganismos principalmente aislados, posteriormente serán ajustados al resultado del cultivo tomado durante el acto quirúrgico.