



UDS
Mi Universidad



Nombre del Alumno: ERICK GABRIEL AGUILAR MEZA

Nombre del tema: MAPA MENTAL

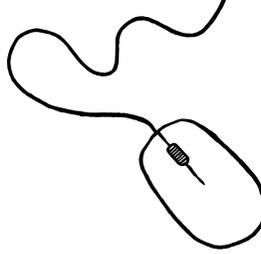
Parcial: 1 PERCIAL

Nombre de la Materia: ENFERMERIA DEL ADULTO

Nombre del profesor: JOSUE ALEJANDRO ROBLERO DIAZ

Nombre de la Licenciatura: ENFERMERIA

Cuatrimestre: 6 CUATRIMESTRE



Concepto

Inflamación aguda del apéndice vermiforme, una pequeña proyección en forma de dedo que se extiende desde el colon. Es una de las causas más comunes de abdomen agudo quirúrgico.

Factores de Riesgo

- * Obstrucción luminal: La causa más común. Puede ser por:
 - * Fecalitos: Pequeñas masas de heces duras.
- * Hiperplasia linfóide: Aumento del tejido linfóide del apéndice, común en niños y adolescentes.
- * Parásitos: Menos común, pero pueden obstruir.
 - * Cuerpos extraños: Rara vez.
- * Tumores: Poco frecuente, pero posible en adultos mayores.
- * Dieta baja en fibra: Podría contribuir a la formación de fecalitos.
- * Historia familiar: Algunas personas pueden tener una predisposición genética.
- * Infecciones: En algunos casos, puede ser desencadenada por una infección viral o bacteriana.
 - Signos y Síntomas

Estadística

* Incidencia: Afecta aproximadamente al 7-10% de la población a lo largo de la vida.

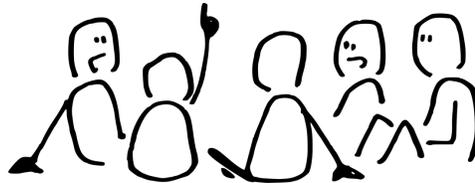
* Edad: Más común entre los 10 y los 30 años, pero puede ocurrir a cualquier edad, incluso en niños pequeños y ancianos.

* Género: Ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres.

Signos y Síntomas

- * Dolor abdominal:
 - * Inicio: Periumbilical o epigástrico, vago y difuso.
 - * Migración: Tras 12-24 horas, el dolor se localiza en la fosa iliaca derecha (punto de McBurney).
 - * Carácter: Constante y progresivo. Empeora con el movimiento, la tos o los estornudos.
 - * Náuseas y vómitos: Frecuentes, después del inicio del dolor.
 - * Anorexia: Pérdida de apetito, casi universal.
 - * Fiebre leve: Generalmente por debajo de 38°C, aunque puede aumentar si hay complicación.
 - * Cambios en el tránsito intestinal: Estreñimiento o, menos común, diarrea.
- * Signos específicos al examen físico:
 - * Punto de McBurney: Dolor a la palpación profunda en el tercio externo de la línea espinoumbilical derecha.
 - * Signo de Blumberg: Dolor de rebote a la descompresión brusca en la fosa iliaca derecha (indicativo de irritación peritoneal).
 - * Signo de Rovsing: Dolor en la fosa iliaca derecha al palpar la fosa iliaca izquierda (debido al desplazamiento de gases).
 - * Signo de Psoas: Dolor en la fosa iliaca derecha al extender la cadera derecha contra resistencia o al flexionar el muslo derecho mientras se presiona la fosa iliaca derecha (cuando el apéndice está retrocecal).
 - * Signo del Obturador: Dolor en el hipogastrio al rotar internamente la cadera derecha flexionada (cuando el apéndice está en contacto con el músculo obturador interno).

Apendicitis Aguda MAPA MENTAL



Escala o Triada

- * Escala de Alvarado: Es la escala de puntuación más utilizada para el diagnóstico de apendicitis aguda. Asigna puntos a diferentes signos, síntomas y hallazgos de laboratorio para estimar la probabilidad de apendicitis.
 - * Síntomas (1 punto cada uno):
 - * Dolor migratorio (1)
 - * Anorexia (1)
 - * Náuseas/Vómitos (1)
 - * Signos (2 puntos cada uno):
 - * Dolor en fosa iliaca derecha (2)
 - * Rebote en fosa iliaca derecha (1)
 - * Fiebre >37.3°C (1)
 - * Laboratorio (2 puntos cada uno):
 - * Leucocitosis >10,000 (2)
 - * Desviación a la izquierda de neutrófilos (1)
 - * Puntuación:
 - * 0-4: Baja probabilidad de apendicitis.
 - * 5-6: Probabilidad intermedia, puede requerir observación o estudios de imagen.
 - * 7-10: Alta probabilidad de apendicitis, generalmente indicación quirúrgica.

Antibióticos

- * Se administran preoperatoriamente para reducir el riesgo de infección.
- * Se continúan postoperatoriamente, especialmente si hay signos de perforación o peritonitis.
- * Manejo conservador (casos seleccionados): En algunos casos de apendicitis no complicada con apendicolito, se puede considerar el manejo no quirúrgico con antibióticos, aunque la apendicectomía sigue siendo el estándar de oro. No es una práctica común en la apendicitis aguda típica.
- * Manejo de complicaciones: Si hay perforación, peritonitis o absceso, el tratamiento incluirá drenaje del absceso, limpieza de la cavidad abdominal y un curso más prolongado de antibióticos, además de la apendicectomía.

Tratamiento

- * Apendicectomía: Es el tratamiento definitivo y estándar.
 - * Quirúrgico:
 - * Laparoscópica: Es el abordaje de elección en la mayoría de los casos. Implica pequeñas incisiones y el uso de un laparoscopio. Ofrece menos dolor postoperatorio, menor tiempo de recuperación y mejores resultados estéticos.
 - * Abierta: Se realiza una incisión más grande en la fosa iliaca derecha (incisión de McBurney). Se utiliza en casos complicados (apéndice perforado, peritonitis difusa, abscesos grandes) o cuando la laparoscopia no es posible.



Bibliografía

Guías de Práctica Clínica y Consensos:

* Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias (WSES):

* Di Saverio, S., Podda, M., de Simone, B., Ceresoli, M., Augustin, G., Gori, A., et al. (2020). Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*, 15(1), 27.

* Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS):

* Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico de Apendicitis Aguda (2009 o versiones posteriores). IMSS.

* Guía de Práctica Clínica: Tratamiento de la Apendicitis Aguda (2009 o versiones posteriores). IMSS.

Sobre la Escala de Alvarado:

* Alvarado, A. (1986). A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Annals of Emergency Medicine*, 15(5), 557-564.