



Nombre del equipo: Hiber Alejandro Aguilar Hernández

Nombre del tema: PAE (Apendicitis)

Grupo: "A"

Nombre de la Materia: PRACTICAS PROFESIONALES

Nombre del profesor: María del Carmen López Silva

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 9°

Indice

- 1 *Introducción*
- 2.....*Justificación*
- 3..... *Objetivos*
- 3.1..... *Objetivo general*
- 3.2..... *Objetivos específicos*

4. MARCO TEORICO

- 4.1..... *Definición*
- 4.2..... *fisiopatología*
- 4.3..... *Cuadro clínico*
- 4.4..... *Diagnostico*
- 4.5..... *Tratamiento*

5. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

- 5.1..... *Presentación del caso*
- 5.2..... *Valoración inicial*
- 5.3..... *14 necesidades de Virginia Henderson*
- 5.4..... *Valoración cefalocaudal*
- 5.5..... *Diseño y priorización de diagnóstico de enfermería*

1 Introducción

La apendicitis es una de las emergencias quirúrgicas abdominales más comunes, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. Se caracteriza por la inflamación del apéndice, una pequeña estructura en forma de dedo que se proyecta desde el intestino grueso. Si no se diagnostica y trata a tiempo, esta condición puede progresar rápidamente a complicaciones graves como la perforación del apéndice, la peritonitis (infección generalizada de la cavidad abdominal) o la formación de abscesos, lo que aumenta significativamente la morbilidad y la mortalidad.

El diagnóstico de apendicitis aguda se basa principalmente en la evaluación clínica, que incluye una historia detallada del dolor (típicamente migratorio de la región periumbilical a la fosa ilíaca derecha), síntomas asociados como náuseas, vómitos y anorexia, y un examen físico minucioso que revele signos de irritación peritoneal. Los estudios de laboratorio, como la biometría hemática con leucocitosis y la proteína C reactiva elevada, junto con estudios de imagen como el ultrasonido abdominal o la tomografía computarizada, son herramientas complementarias cruciales para confirmar el diagnóstico y guiar el manejo.

2. Justificación

La apendicitis aguda constituye la condición inflamatoria aguda abdominal más común observada en el ámbito hospitalario. Aproximadamente 7 % de la población general sufre apendicitis en el curso de su vida, por lo que se considera que es la afección quirúrgica más frecuente entre las emergencias hospitalarias.

Según las estadísticas mundiales, es la causa principal del abdomen agudo quirúrgico, pues más del 50% corresponden a apendicitis aguda, y es responsable de las 2/3 partes de las laparotomías practicadas. Esta condición inflamatoria del apéndice, si no se trata a tiempo, puede escalar rápidamente. Un apéndice

inflamado puede perforarse, liberando contenido infectado en la cavidad abdominal. Esto lleva a peritonitis, una infección generalizada del abdomen que pone en riesgo la vida y requiere tratamientos mucho más complejos y prolongados. La perforación también puede resultar en la formación de abscesos, colecciones de pus que necesitan drenaje y prolongan la estancia hospitalaria.

3. Objetivos

Presentar un Plan de atención de Enfermería con el uso de la taxonomía NANDA-NIC-NOC enfocado al paciente con el diagnóstico de apendicitis que presenta dolor en el área peri umbilical y síntomas como náuseas y vómito.

3.1 Objetivo general

El objetivo general en el manejo de Mario Hernández Vásquez nuestro paciente de 18 años con apendicitis aguda, es resolver la inflamación apendicular de manera segura y definitiva, prevenir el desarrollo de complicaciones potencialmente graves y lograr una recuperación postoperatoria completa y sin incidentes, permitiéndole retomar sus actividades diarias lo antes posible.

3.2 Objetivos específicos

- resolver la apendicitis y lograr una recuperación completa.
- Interpretar correctamente los hallazgos clínicos (historia y examen físico) en conjunto con los resultados de laboratorio.
- Aliviar el dolor abdominal y sistémico del paciente.
- Corregir cualquier desequilibrio hidroelectrolítico y mantener una hidratación adecuada

4. MARCO TEORICO

4.1 Definición

La apendicitis es la inflamación del apéndice, un pequeño órgano que se encuentra conectado al intestino grueso en el cuadrante inferior derecho del abdomen.

Esta inflamación ocurre cuando el apéndice se bloquea y esto puede ocurrir por heces endurecidas, por la presencia de un cuerpo extraño o por alguna infección que resulte en hinchazón del tejido linfático de la zona.

Este bloqueo provoca un crecimiento bacteriano que lleva a una infección, que, sin tratamiento, puede progresar de manera rápida a una perforación; esto permite que el contenido infectado se derrame en la cavidad abdominal y cause peritonitis, una condición potencialmente mortal.

4.2 fisiopatología

continúa siendo enigmática, sin embargo, existen varias teorías que intentan explicar esta patología. La más aceptada por los cirujanos describe una fase inicial que se caracteriza por obstrucción del lumen apendicular causada por hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños como huesos de animales pequeños, o semillas; esto favorece la secreción de moco y el crecimiento bacteriano, generándose entonces distensión luminal y aumento de presión intraluminal. Posteriormente se produce obstrucción del flujo linfático y venoso, favoreciendo aún más el crecimiento bacteriano y desencadenando la producción de edema. En este momento encontramos un apéndice edematoso e isquémico, causando una respuesta inflamatoria. Esta isquemia a la que se somete al apéndice puede generar necrosis de la pared con translocación bacteriana, desarrollándose la apendicitis

gangrenosa. Si este proceso se deja evolucionar y el paciente no es intervenido el apéndice ya gangrenoso se perfora y puede generar un absceso con peritonitis local siempre y cuando la respuesta inflamatoria y el omento logren contener el proceso, pero si estos son incapaces se producirá una peritonitis sistémica. Otras teorías han sido descritas como el compromiso del suministro vascular extrapendicular, la ulceración de la mucosa por infección viral y posterior colonización bacteriana, así como una dieta pobre en fibra con enlentecimiento del tránsito intestinal y retención de las heces en el apéndice.

4.3 *Cuadro clínico*

Evolución no mayor de 24-36 horas.

- Inapetencia.
- Dolor peri umbilical y luego en fosa ilíaca derecha.
- Náuseas y/o vómitos.
- Estado subfebril y luego hipertermia, 37,5°-38,5°.

En su forma más simple y clásica, la apendicitis comienza con inapetencia y ilíaca derecha, hipogastrio, flanco contralateral, o generalizado).

- Hipertermia mayor de 38-38,5°.
- Dolor a la descompresión y defensa más generalizados.
- Palpación de una masa tumoral en flanco derecho, fosa ilíaca derecha y/o hipogastrio (plastrón).

4.4 Diagnostico

La apendicitis aguda es un ejemplo clásico de la aplicación de la habilidad clínica que debe poseer el cirujano para establecer su diagnóstico, toda vez que las pruebas básicas de laboratorio y las imágenes no son esenciales para ese fin. Aunque los síntomas y signos son típicos en muchos casos, es un tributo a la agudeza clínica de los internistas y cirujanos, que los datos obtenidos durante la operación confirmen el diagnóstico clínico.

Probablemente muchas formas leves de apendicitis aguda no llegan a producir síntomas y signos clínicos apreciables; en otras, las molestias son tan ligeras, que no inducen a consultar al médico. La crisis apendicular aguda con expresión clínica puede presentar un gran polimorfismo sintomático y evolutivo, sobre todo en las edades extremas de la vida, pero hay un cuadro característico que corresponde, con muy escasas variantes a la mayoría de las apendicitis.

Por lo general, los antecedentes y pródromos faltan completamente y el cuadro clínico inicial se presenta, ordenada y cronológicamente, según describió *Murphy*, por lo que se denominó secuencia de *Murphy* cuando los síntomas aparecen en este orden: dolor epigástrico o umbilical, náuseas o vómitos, hipersensibilidad localizada en la fosa ilíaca derecha (dolor provocado), fiebre, leucocitosis con neutrofilia y desviación a la izquierda. Cuando este orden se altere, dudemos siempre del diagnóstico, decía *Murphy*. Tal afirmación no es exacta por lo menos en 15 a 20 % de los casos, pero con todo merece ser tomada en cuenta.

El dolor es un síntoma capital, el más llamativo y alarmante. Sus características pueden ser tan elocuentes como para decidir la intervención quirúrgica.

Los cuadros clínicos que pueden confundirse con dolor apendicular son: linfangitis mesentérica, divertículo de Meckel complicado, enfermedad inflamatoria pélvica y absceso tubo ovárico, torsión de ovario, folículo ovárico hemorrágico, infecciones

urinarias y litiasis, gastroenteritis, invaginación intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal (ileítis regional de Crohn, colitis ulcerativa o inespecífica, entre otras), púrpura de Schönlein Henoch, diabetes, entre otros.

La literatura científica identifica algunos aspectos relacionados con la clínica que aún son controversiales. En algunos estudios los aspectos clínicos tienen validez, mientras que en otros se ha demostrado que muchos de los signos clínicos espontáneos y evocados, clásicamente descritos, carecen de una adecuada comprobación científica y únicamente son más útiles en la medida en que la condición clínica empeora. Por lo tanto, el hecho de no presentar la sintomatología clásica no excluye la probabilidad diagnóstica de apendicitis y justifica los períodos de observación. Igualmente ocurre con otros métodos de apoyo diagnóstico, los cuales tienen utilidad limitada en servicios de urgencias.

4.5 Tratamiento

El tratamiento más común es la operación de apéndice, que consiste en la extirpación del mencionado órgano, mediante una intervención llamada apendicetomía. Se realiza para evitar que el apéndice explote. La operación se realiza como cirugía abierta o en laparoscopia.

La laparoscopia es menos invasiva que la cirugía abierta y tiene tiempos de curación más cortos. Se realizan varias incisiones pequeñas en el abdomen, que luego se infla con un gas para facilitar la realización de la cirugía. La operación se realiza con la ayuda de un laparoscopio, que es un tubo pequeño con una cámara que transmite las imágenes al cirujano.

En los casos en que el paciente ya se haya sometido a cirugía abdominal o si el apéndice ya ha estallado, puede que no sea posible realizar una laparoscopia. En tales casos, se podría realizar una cirugía abierta, que consiste en una única incisión mucho más grande en el abdomen inferior derecho.

Si el apéndice ha estallado y se ha formado un absceso, será necesario drenar el últimos antes de realizar la apendicetomía.

5. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

5.1 Presentación del caso

- Nombre: Mario Hernández Vázquez
- Edad: 18 años
- Género: Masculino
- Fecha de Ingreso: 14 de junio de 2025
- Ocupación: estudiante
- Estado civil: Soltero
- Religión: católico
- Idioma: español
- Fuente de Información: Padre
- Motivo de Consulta: Dolor abdominal intenso y vómito.

Antecedentes de Importancia:

- Personales Patológicos: Negados.
- Quirúrgicos: Negados.
- Farmacológicos: No refiere uso de medicamentos crónicos.
- Antecedentes Heredofamiliares: apendicitis en parientes cercanos, aunque no es un factor de riesgo directo.

5.2 Valoración inicial

Paciente de 18 años, con clara expresión de dolor, que se presenta a la consulta en un estado de irritabilidad y posturas antiálgicas. Su aspecto general sugiere un proceso inflamatorio agudo, probablemente de origen abdominal. La fiebre y la taquicardia son consistentes con una respuesta sistémica a una infección o inflamación.

5.3 14 necesidades de Virginia Henderson

1. Respirar normalmente

Estado Actual: Frecuencia respiratoria (20 rpm) y saturación de oxígeno (97% al aire ambiente) están dentro de rangos normales para un adulto joven. No hay signos de dificultad respiratoria. Sin embargo, el dolor abdominal intenso puede llevarlo a respiraciones más superficiales para minimizar el movimiento del abdomen. Se debe monitorear esto, especialmente en el postoperatorio.

2. Comer y Beber adecuadamente

Estado Actual: Presenta anorexia y ha tenido dos episodios de vómito. Actualmente se encuentra en ayuno total por su condición. Está recibiendo hidratación intravenosa.

3. Eliminar por todas las vías corporales

Estado Actual: No hay informes de diarrea o estreñimiento significativo antes del ingreso. El Examen General de Orina fue normal. La diuresis se espera que sea adecuada con la hidratación intravenosa.

4. Moverse y mantener una postura adecuada

Estado Actual: El dolor intenso lo lleva a adoptar posturas antiálgicas y limita significativamente su capacidad para moverse libremente, deambular o cambiar de posición sin exacerbar el malestar.

5. Dormir y descansar

Estado Actual: El dolor agudo, la fiebre, la ansiedad por la situación de urgencia y el ambiente hospitalario probablemente le impiden un sueño y descanso reparador. Requiere medidas de control del dolor efectivas y un ambiente propicio para el descanso una vez estabilizado.

6. Vestirse y desvestirse

Estado Actual: Su autonomía para vestirse/desvestirse está comprometida por el dolor y la necesidad de usar ropa hospitalaria. Necesitará ayuda durante el periodo de mayor dolor y en el postoperatorio inmediato.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal

Estado Actual: Presenta fiebre (38.8°C), lo cual es un signo de su proceso inflamatorio. Se requiere manejo con antipiréticos y monitoreo constante de la temperatura para asegurar su normotermia.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Estado Actual: Se asume una higiene personal adecuada antes del ingreso. La intervención quirúrgica (apendicectomía laparoscópica) creará una alteración en la integridad de la piel en el sitio de las incisiones, que requerirá curación y observación para prevenir infecciones y asegurar una cicatrización adecuada.

9. Evitar los peligros del entorno

Estado Actual: El principal peligro es la progresión de la apendicitis a una perforación, que puede llevar a peritonitis, sepsis y riesgo vital.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones

Estado Actual: Mario Hernández Vásquez es un adulto joven, capaz de verbalizar su dolor, náuseas y malestar. Es probable que experimente ansiedad y temor ante la situación de urgencia, la cirugía y la hospitalización.

11. Necesidad de practicar sus creencias

Estado Actual: En una situación de urgencia médica, las prioridades se centran en la supervivencia y el bienestar físico. Es importante respetar cualquier creencia religiosa o cultural que pueda influir en su atención.

12. Ocuparse en algo gratificante para él

Estado Actual: Su condición actual le impide realizar cualquier actividad gratificante (estudio, trabajo, hobbies, interacción social con amigos). Su "ocupación" actual es manejar el dolor y la enfermedad.

13. Participar en actividades recreativas

Estado Actual: Impedido de participar en cualquier forma de recreación debido al dolor, el reposo requerido y la hospitalización.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal

Estado Actual: Su proceso educativo está interrumpido. Como adulto joven, puede tener preguntas sobre su diagnóstico, el procedimiento, el proceso de recuperación y las posibles cicatrices. Necesita información clara y precisa para comprender su situación.

5.4 Valoración cefalocaudal

1. Cabeza y Cuello

Craneo: Normocéfalo, sin deformidades, lesiones o masas palpables. Cabello bien implantado, de distribución y textura normal.

Cara: Facies álgicas (de dolor) evidentes, con ceño fruncido y mirada que denota malestar. Movimientos faciales simétricos. No hay edemas ni lesiones visibles.

Ojos: Conjuntivas rosadas, escleras anictéricas. Pupilas isocóricas y reactivas. Movimientos oculares extrínsecos completos. No hay secreciones.

Oídos: Pabellones auriculares normal implantados, sin signos de inflamación o secreción. Conductos auditivos externos permeables.

Nariz: Permeable, sin secreciones, no hay aleteo nasal.

Boca y Faringe: Mucosas orales secas, rosadas. Lengua con capa blanquecina (saburral), Faringe sin eritema o exudados.

Cuello: Cilíndrico, simétrico, sin masas o adenopatías palpables. Pulsos carotídeos rítmicos y de buena intensidad. Tráquea central.

2. Tórax

Inspección: Tórax simétrico, expansión torácica bilateral y sincrónica. Movimientos respiratorios superficiales en la parte abdominal baja. No hay deformidades o lesiones visibles.

Palpación: Expansión simétrica. Frémito vocal palpable y simétrico. No hay puntos dolorosos en la pared torácica.

Percusión: Sonoridad pulmonar conservada en todos los campos pulmonares.

3. Abdomen

Inspección: Abdomen plano, con ligera distensión. Movimientos respiratorios abdominales disminuidos en el cuadrante inferior derecho. No hay cicatrices previas, hernias o lesiones cutáneas .

Dolor a la palpación superficial y profunda en la fosa ilíaca derecha (FID), con defensa muscular involuntaria.

4. Región Genitourinaria y Rectal

Genitourinario: No se realizó una inspección detallada en este resumen, pero se asume normal para un varón.

Rectal: No se realizó tacto rectal en este resumen

5. Extremidades

Superiores: Simétricas, sin edemas, deformidades o lesiones. Fuerza y sensibilidad conservadas. Pulsos periféricos presentes y simétricos (radial, cubital).

Inferiores: Simétricas, sin edemas, deformidades o lesiones. Fuerza y sensibilidad conservadas. El paciente evita movimientos de la cadera derecha que pudieran extender el músculo debido al dolor.

6. Piel y Anexos

Piel: elasticidad normal, aunque la presencia de fiebre y la posible deshidratación leve podrían afectar estos parámetros.

Uñas: Sin alteraciones, llenado capilar menor a 2 segundos.

7. Sistema Neurológico

Nivel de Conciencia y Orientación: Consciente, alerta y orientado en tiempo, persona y espacio.

Lenguaje: Coherente y claro.

Sensibilidad: Dolorosa y táctil conservada, aunque el dolor abdominal es el foco principal.

Reflejos: No evaluados en este resumen, pero se asumirían normales.

5.5 Diseño y priorización de diagnóstico de enfermería

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: APENDICECTOMIA

DOMINIO: 12 CONFORT

CLASE 1 CONFRT FISICO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

DEFINICIÓN: EXPERIENCIA SENSITIVA Y EMOCIONAL DESAGRADABLE OCASIONADA POR UNA LESION TISULAR REAL O POTENCIAL O DESCRITA EN TALES TERMINOS (INTERNACIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF); INICIO SUBITO O LENTO DE CUALQUIER INTESIDAD DE LEVE A GRAVE CON UN FINAL ANTICIPADO O PREVISIBLE Y UNA DURACION INFERIOR A 6 MESES.

Etiqueta (problema) (P)

(00132) DOLOR AGUDO

Factores relacionados (causas) (E)

AGENTES LESIVOS

Características definitorias (signos y síntomas) (s)

INFORME CODIFICADO CONDUCTA EXPRESIVA

EXPRESION FACIAL

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: (IV) CONOCIMIENTOS Y CONDUCTO DE SALUD	160502 RECONOCE EL COMIENZO DEL DOLOR.	ESCALA: (M) 1. NUNCA DEMOSTRADO.	MANTENER A: 3
CLASE: (Q) CONDUCTAS DE SALUD.	160503 UTILIZA MEDIDAS PREVENTIVAS.	2. RARAMENTE DEMOSTRADO. 3. A VECES DEMOSTRADO.	AUMENTAR A: 5
ETIQUETA DE RESULTADO: (1605) CONTROL DEL DOLOR.	160509 RECONOCE SÍNTOMAS ASOCIADOS AL DOLOR.	4. FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO.	
	160511 REFIERE DOLOR CONTROLADO.	5. SIEMPRE DEMOSTRADO.	

INTERVENCIONES (NIC): 2380 MANEJO DE LA MEDICACION.

CAMPO: (02) FISIOLÓGICO: COMPLEJO

CLASE: (H) CONTROL DE FARMACOS

Pág. 524

ACTIVIDADES

Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.
Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede.
Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
Vigilar los niveles de suero en sangre (electrolitos, protrombina, medicamentos), si procede.
Observar si se producen interacciones no terapéuticas por la medicación.
Revisar periódicamente con el paciente y/o la familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.
Rechazar medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas, si procede.

INTERVENCIONES (NIC): 1400 MANEJO DEL DOLOR.

CAMPO: (1) FISIOLÓGICO: BÁSICO.

CLASE: (E) FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA.

PÁG. 569.

ACTIVIDADES

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio: 4 Actividad/ reposo	Clase: 2 Actividad/ reposo		
Dx: <i>Apandicitis</i>			
Definición: Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno			
Etiqueta (problema) (p) (0088) DETERIORO DE LA AMBULANCIA			
Factores relacionados (causas) (E) DOLOR			
Características definitorias (signos y síntomas)(s) DETERIORO DE LA HABILIDAD PARA CAMINAR LAS DISTANCIAS REQUERIDAS			
RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: (I) SALUD FUNCIONAL	030001 COME	1. GRAVEMENTE COMP.	MANTENER A: 3
CLASE: (D) AUTOCUIDADO	03006 HIGIENE	2. SUSTANCIALMENTE COMP.	AUMENTAR A: 5
	03009 DEAMBULACIÓN	3. MODERADAMENTE COMPROMETIDO	
ETIQUETA DE RESULTADO: (0300) AUTOCUIDADO ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	030012 CAMBIA DE POSICIÓN SOLO	4. LEVEMENTE COMP.	
		5. NO COMP.	

1

INTERVENCIONES (NIC): 0740 CUIDADO DEL PACIENTE ENCAMADO () Campo: (1) FISIOLÓGICO BÁSICO. clase: (c) CONTROL DE INMOVILIDAD página: 274
ACTIVIDADES
<p>Explicar las razones del reposo en cama. Evitar utilizar ropa de cama con texturas áspera. Subir las barandillas si procede. Cambiarlo de posición, según lo indique el estado de la piel. Vigilar el estado de la piel. Realizar ejercicios de margen de movimiento pasivo y/o activos. Ayudar con las actividades de la vida diaria</p>

INTERVENCIONES (NIC): 1801 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE () Campo: (1) FISIOLÓGICO: BÁSICO. clase: (F) FACILITACIÓN DE LOS AUTOCUIDADOS página:
<p>Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados. Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. Comprobar la limpieza de uñas según la capacidad de autocuidados del paciente Mantener rituales higiénicos .</p>